

Der Sozialausgleich zur Flankierung von Zusatzbeiträgen im Licht von Erfahrungen aus der Schweiz

Nach langen und kontroversen Diskussionen hat der Deutsche Bundestag im November 2010 das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) verabschiedet. Neben der Erhöhung des einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent zum 1. Januar 2011 und seiner Festschreibung auf diesem Niveau stehen im Mittelpunkt des Gesetzes die Neugestaltung der kassenspezifischen Zusatzbeiträge und die Einführung eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs. Im Mittelpunkt dieses Beitrags geht es um eine Bewertung der vom Gesetzgeber im neuen § 242b SGB V beschlossenen Regelungen zum Sozialausgleich. Dies geschieht vor dem Hintergrund praktischer Erfahrungen aus der Schweiz – konkret: mit der sogenannten individuellen Prämienverbilligung im Schweizer Krankenversicherungsgesetz.

■ Marie-Claire Dennig, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Mareen Reinhart

1 Einleitung

Die Schweiz hat bereits seit 1996 administrative Erfahrungen mit der Umsetzung eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs als Ergänzung zu einkommensunabhängigen (pauschalen) Krankenversicherungsbeiträgen gewonnen. Anders als in Deutschland erfolgt die dortige Umsetzung allerdings nicht auf der Ebene des Zentralstaates, sondern auf kantonaler Ebene. Die Folge sind 26 unterschiedliche praktische Umsetzungen des als „Prämienverbilligung“ bezeichneten Ausgleichs für einkommensschwache Beitragszahler. Zentrale Merkmale der Regelungen in den einzelnen Kantonen wurden im Rahmen eines Forschungsprojektes im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda erhoben. Es handelt sich hierbei um eine Vollerhebung bei den durchführenden Institutionen auf kantonaler Ebene mit einer Rücklaufquote von 100

Marie-Claire Dennig, B.Sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Dr. Stefan Greß, Dipl.-Ökonom, Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, beide am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda, Dr. Klaus Jacobs, Dipl.-Volkswirt, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, Mareen Reinhart, B.Sc., AOK Baden-Württemberg

Prozent, so dass die hier präsentierten Informationen ein umfassendes und repräsentatives Bild der Schweizer Erfahrungen darstellen.

Im ersten Hauptteil des Beitrags wird zunächst das Schweizer System der individuellen Prämienverbilligung insbesondere im Hinblick auf die Rahmenvorgaben des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) überblicksartig dargestellt. Im zweiten Hauptteil werden zunächst die Regelungen des GKV-FinG hinsichtlich des Sozialausgleichs dargestellt und anschließend vor dem Hintergrund der Schweizer Erfahrungen bewertet.

2 Steuerfinanzierter Sozialausgleich in der Schweiz: Erfahrungen mit der individuellen Prämienverbilligung

Im Folgenden werden zunächst die Rahmenbedingungen für die individuelle Prämienverbilligung dargestellt. Dabei handelt es sich um eine Synopse der einschlägigen gesetzlichen Regelungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) und der Modalitäten der Finanzierung der individuellen Prämienverbilligung durch den Bund und die Kantone. Anschließend erfolgt eine Betrachtung der Ausgestaltung der Prämienverbilligung durch die Kantone.

2.1 Rahmenbedingungen für die individuelle Prämienverbilligung

Um einer überproportionalen Belastung sozial schwacher Versicherter entgegenzuwirken, wurde in der Schweiz mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) ein System der Prämienverbilligung als soziales Element der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) eingeführt. Grundgedanke ist es, einen Ausgleich zwischen Personen in unterschiedlichen wirtschaftlichen Verhältnissen zu erzeugen und hierzu einkommensschwachen Personen einen Prämienzuschuss zu gewähren. Im Artikel 65 KVG zur Prämienverbilligung heißt es hierzu: „Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen.“

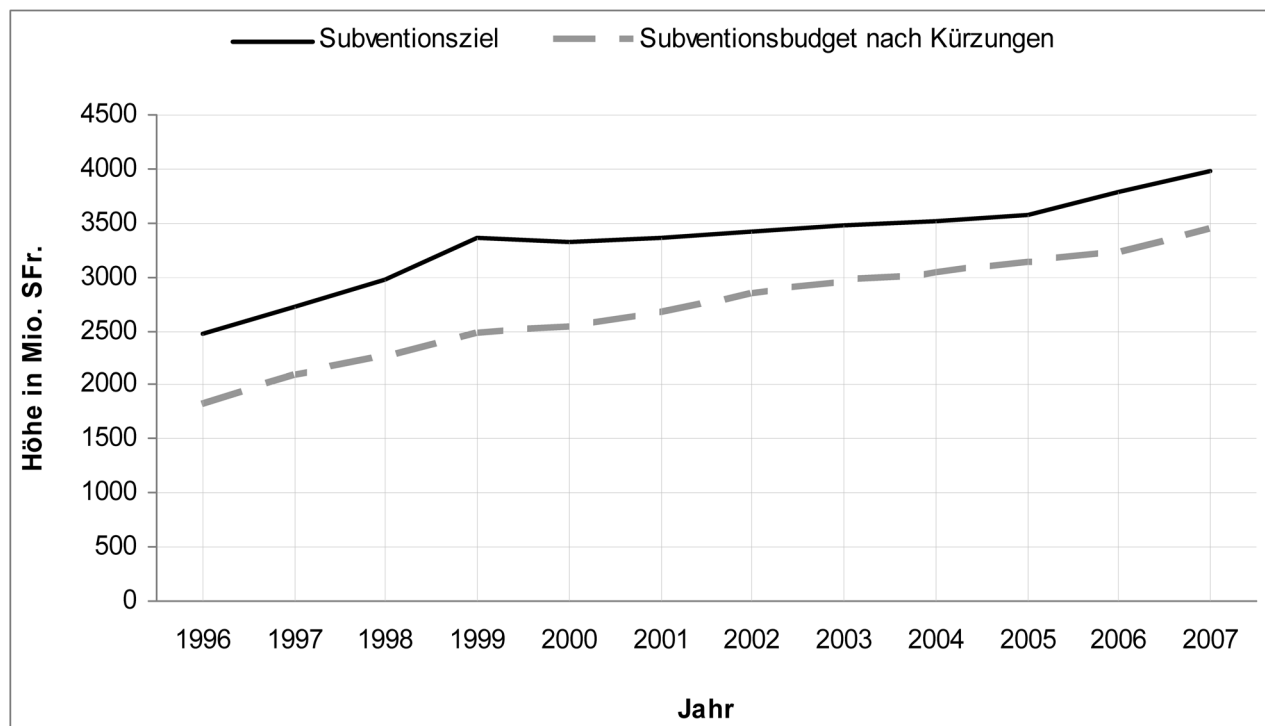
Um eine gewisse Homogenität bei der Umsetzung der Prämienverbilligung zu erreichen, wurden durch das KVG Rahmenvorgaben geschaffen. Grundsätzlich besteht die allerdings nicht verbindlich im Gesetz fixierte soziale Zielsetzung, dass die Prämienlast der Versicherten acht Prozent des Einkommens eines Haushaltes nicht übersteigen soll. Da die Kompetenz zur Durchführung des Transfermechanismus jedoch den einzelnen Kantonen obliegt, existiert kein einheitliches Verfahren zu dessen Ausgestaltung. Demzufolge bestehen in nahezu allen 26 Kantonen unterschiedliche Prämienverbilligungssysteme, die sich in ihrer Ausgestaltung und Umsetzung teils stark unterscheiden (Greß et al. 2010a).

Zur Finanzierung des Systems beteiligt sich der Bund an den Kosten der Prämienverbilligung und verteilt den dafür vorgesehenen Bundesbeitrag auf die Kantone. In Art. 66 Abs. 3 KVG heißt es hierzu „Der Bundesrat setzt die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag nach deren Wohnbevölkerung sowie nach der Anzahl der Versicherten [...] fest.“

Dieser Betrag muss durch die Kantone um einen Komplementärbeitrag ergänzt werden, welcher mindestens 50 Prozent der vom Bund vergebenen Mittel beträgt. Insgesamt wird das Subventionsvolumen somit zu zwei Dritteln vom Bund und zu einem Drittel von den Kantonen finanziert. Die maximale Förderkapazität wird dabei jährlich neu durch den Bund festgelegt. Bis Ende 2007 konnten die Kantone den von ihnen zu tragenden Betrag um bis zu 50 Prozent reduzieren. Unter diesen Bedingungen wurde jedoch auch der Bundesbeitrag im selben Verhältnis gekürzt. Dies führte dazu, dass nicht alle verfügbaren Bundesmittel abgerufen wurden (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1 stellt die Entwicklung der Prämienverbilligung der Jahre 1996 bis 2007 dar. Da sich der Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung an den Bruttokosten der obligatorischen Grundversicherung orientiert und damit Ausgabensteigerungen in der Krankenversicherung berücksichtigt, nahm das maximale Subventionsvolumen von Bund und Kantonen (Subventionsziel) kontinuierlich zu: von 2,5 Mrd. SFr. 1996 auf 4 Mrd. SFr. 2007. Dieser Subventionsbetrag reduzierte sich allerdings durch die in

Abbildung 1: Entwicklung des Volumens der Prämienverbilligung in der Schweiz 1996 – 2007



Quelle: Eigene Darstellung nach BSV (2009: 156)

Anspruch genommenen Kürzungsmöglichkeiten der Kantone im selben Zeitraum um durchschnittlich 19,1 Prozent (Subventionsbudget nach Kürzung). Dabei ist zu erkennen, dass die Kürzungshöhe im Laufe der Jahre aufgrund der steigenden Krankenversicherungsprämien nachließ. Wurde der Subventionsbetrag 1996 noch um 26,5 Prozent verringert, waren es im interkantonalen Durchschnitt 2007 lediglich 13,9 Prozent (BSV 2009: 156).

Die Quote der zur Prämienverbilligung anspruchsberechtigten Bevölkerung, die tatsächlich eine Prämienzuschuss erhalten hat, blieb in den Jahren 1996-2008 weitgehend konstant. Betrachtet man den Anteil der Empfänger des Sozialausgleichs jedoch interkantonal, zeigt sich ein differenziertes Bild (vgl. Abbildung 2). 2008 fiel die Quote im Kanton Waadt mit 21,4 Prozent am niedrigsten aus, während im Kanton Nidwalden 45,5 Prozent der Bevölkerung einen Prämienzuschuss erhielten. Insgesamt erhielten 2008 knapp 30 Prozent der Schweizer Wohnbevölkerung eine individuelle Prämienverbilligung. Auf der Haushaltsebene liegt der Anteil der Empfänger einer Prämienverbilligung noch etwas höher. 2008 erhielten 38 Prozent der Schweizer Haushalte eine Prämienverbilligung – mit einer Spanne zwischen 24 Prozent in Kanton Solothurn und 78 Prozent im Kanton Obwalden.

Der mittlere Zuschuss pro Zuschussempfänger belief sich im Jahr 2007 auf etwa 1500 Sfr. jährlich. Damit konnten rund 40 Prozent der durchschnittlichen Prämie gedeckt werden. 2004 konnten mit einem durchschnittlichen

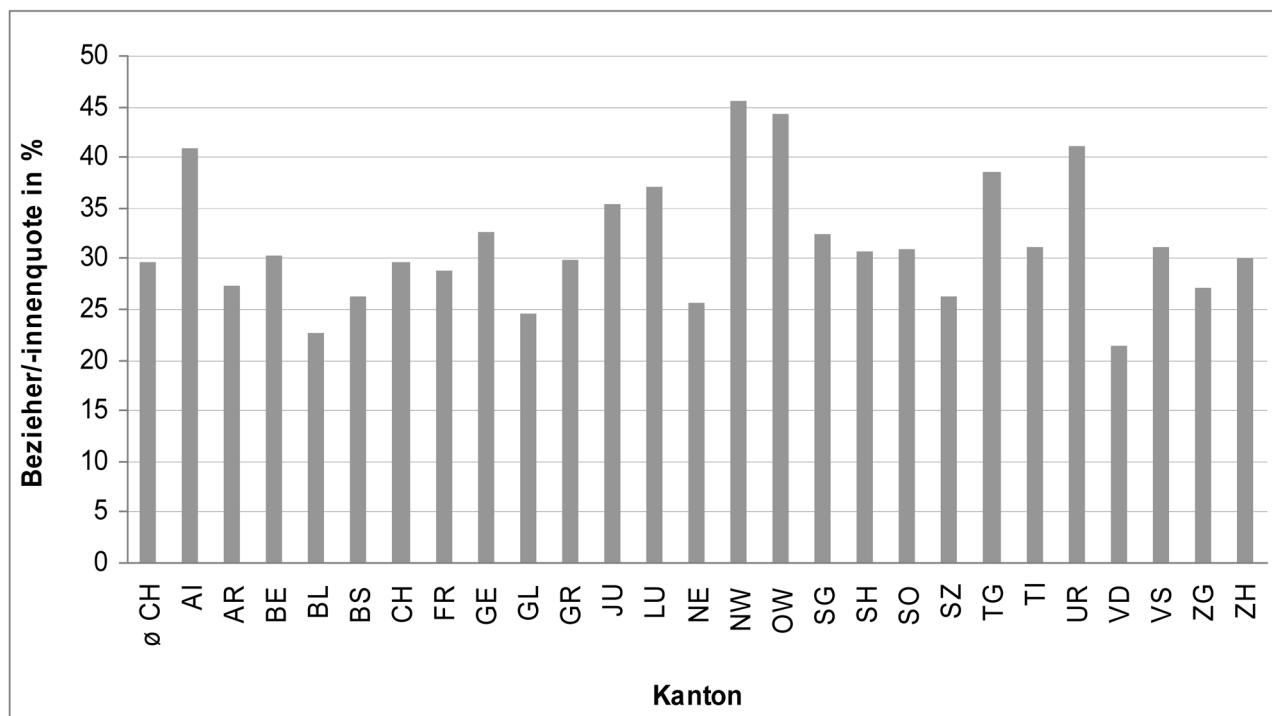
Pro-Kopf-Zuschuss in Höhe von 1342 SFr. noch rund 60 Prozent der von den Beziehern zu tragenden Prämienlast finanziert werden. Dies verweist auf die Problematik, dass das Subventionsziel des Bundes zur Prämienverbilligung deutlich hinter dem Anstieg des Prämienlevels in der Krankenversicherung zurückblieb. Wenn das Subventionsvolumen aber nicht hinreichend mit der Entwicklung des Prämienlevels Schritt hält, können einkommensschwache Personen durch das Prämienverbilligungssystem lediglich in geringerem Umfang unterstützt werden. Dies ist eine Ursache dafür, dass einige Kantone die soziale Zielsetzung der 8-Prozent-Belastungsobergrenze nicht erreichen. Vor allem in Kantonen mit überdurchschnittlichem Prämienniveau erweisen sich die staatlichen Zuschüsse häufig als unzureichend. Eine zentrale Ursache hierfür ist darin zu sehen, dass die Kantone bis 2007 aus fiskalischen Gründen die Zuschüsse zur individuellen Prämienverbilligung möglichst gering zu halten versuchten.

2.2 Umsetzung der individuellen Prämienverbilligung in den Kantonen

2.2.1 Berechnung der Prämienverbilligung

Die kantonalen Berechnungsmethoden im Rahmen der Prämienverbilligung unterscheiden sich in vielfältiger Weise. Erstens wird die Anspruchsberechtigung auf Basis unterschiedlicher Einkommens- und Vermögenskategorien ermittelt. Zweitens werden unterschiedliche

Abbildung 2: Anteil der Versicherten mit Prämienverbilligung nach Kantonen 2008



Quelle: Eigene Darstellung nach BSV (2009: 157)

Abzugsmöglichkeiten und ergänzende Faktoren bei der Ermittlung des maßgeblichen Einkommens berücksichtigt. Drittens beruht die Art der Berechnung auf unterschiedlichen Modellen. Viertens existieren weitere Sonderregelungen für besondere Personengruppen. Soweit nicht anders angegeben, beruhen alle Aussagen in diesem Abschnitt auf den Ergebnissen der eingangs beschriebenen standardisierten Abfrage bei den 26 Kantonen.

Zur Ermittlung der Prämienverbilligungsberechtigung existieren prinzipiell zwei Möglichkeiten. Zum einen können die Kantone auf die Daten der Steuerveranlagung zurückgreifen. Zum anderen können sie die aktuellen Einkommensverhältnisse heranziehen. Alle Schweizer Kantone greifen auf Daten der Steuerveranlagung zurück. Da hierdurch die Einkommensverhältnisse der Vorjahre zur Berechnung der Prämienverbilligung herangezogen werden, kann dies bei sich verändernden wirtschaftlichen oder familiären Verhältnissen zu nachteiligen Auswirkungen führen. Deshalb kann in den meisten Kantonen eine Neuberechnung der Prämienverbilligung beantragt werden. Ein erheblicher Vorteil ergibt sich jedoch im Hinblick auf den erforderlichen administrativen Aufwand der Kantone. Dieser dürfte bei der Berechnung auf Basis der Steuerveranlagung weitaus geringer ausfallen als bei einer Berücksichtigung der aktuellen Einkommensverhältnisse.

Hinsichtlich der Berechnung des zur Prämienverbilligung maßgeblichen Einkommens existieren beachtliche Unterschiede. Als Bezugsgrößen werden unterschiedliche Einkommensverhältnisse (steuerliches Bruttoeinkommen, steuerliches Nettoeinkommen, Reineinkommen, steuerbares Einkommen insgesamt) berücksichtigt. Die meisten Kantone stellen dabei auf das zu versteuernde Einkommen ab. Eine Berücksichtigung der Einkommen aus Vermögen findet indessen in allen Schweizer Kantonen statt. Allerdings werden dabei unterschiedliche Vermögenskategorien verwendet. Auch in Bezug auf die Frage, wie und in welcher Höhe das Vermögen berücksichtigt wird, gibt es Abweichungen zwischen den Kantonen.

Die jeweiligen Einkommensgrundlagen werden zusätzlich in einem Großteil der Kantone bereinigt und durch Aufschläge und Abzüge verändert. In diesem Zusammenhang kann eine unübersichtliche Vielzahl von Korrekturmöglichkeiten (Zweiverdienerabzug, freiwillige Zuwendungen, Kindergeld, Eigenmietwert usw.) identifiziert werden. Weiter werden zusätzliche Faktoren wie die Haushaltsgröße oder die soziale Stellung bei der Berechnung der Prämienverbilligung berücksichtigt. Zwar liegt die Wahrscheinlichkeit höher, dass das maßgebliche Einkommen durch die vorgenommene Korrekturen die tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnisse besser widerspiegelt. Dennoch sind dabei teils aufwändige Berechnungen erforderlich, die einen hohen administrativen Aufwand bedingen.

Die Berechnung der individuellen Anspruchsberechtigung variiert von Kanton zu Kanton, prinzipiell ist dabei aber zwischen drei Berechnungsmodellen zu unterscheiden: dem Prozentmodell, dem Einkommensstufenmodell und einer Kombination aus beiden Modellen. Das am meisten verwendete Berechnungsmodell ist das Prozent-

modell (zehn Kantone). Hier hat der Versicherte unabhängig vom Einkommen grundsätzlich einen prozentualen Teil der Krankenversicherungsprämie selbst zu tragen. Dieser Selbstbehalt entspricht einer individuellen Belastungsgrenze jedes Versicherten. Liegt die Belastung der Prämie höher als diese Grenze, besteht ein Anspruch auf die Prämienverbilligung. Acht Kantone verwenden das Einkommensstufenmodell zur Ermittlung des individuellen Anspruchs. In diesem Modell wird je nach Haushaltszusammensetzung und Einkommensklasse ein fixer Betrag für die Prämienverbilligung festgesetzt. In sieben Kantonen erfolgt die Berechnung der Prämienhöhe durch das Prozentmodell mit unterschiedlichen Prozentsätzen für einzelne Einkommenskategorien.

Im Normalfall ist die Steuerveranlagung einer Person oder eines Haushaltes für einen Anspruch der Prämienverbilligung ausschlaggebend. Darüber hinaus existieren aber in allen Kantonen bundes- und kantonalgesetzliche Regelungen zur Berücksichtigung bestimmter Personenkreise wie beispielsweise für Kinder und junge Erwachsene, Empfänger von Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung und Invalidenversicherung, Sozialhilfeempfänger, Empfängerinnen von Mutterschaftsbeiträgen oder quellenbesteuerte Personen.

2.2.2 Gewährung und Auszahlung der Prämienverbilligung

Teilweise erhebliche interkantonale Unterschiede existieren auch bei der Gewährungs- und Auszahlungspraxis der Prämienverbilligung. Die Modelle unterscheiden sich vor allem im Hinblick auf die Ermittlung der zur Prämienverbilligung anspruchsberechtigten Personen und den Adressaten der Auszahlung.

Bei der Durchführung der Prämienverbilligung ist das System der individuellen Benachrichtigung gegenwärtig am weitesten verbreitet. In 17 Kantonen werden die anspruchsberechtigten Versicherten auf Basis der Steuerdaten ermittelt, erhalten von den Behörden eine Benachrichtigung zugesandt und müssen daraufhin einen Antrag zur Prämienverbilligung stellen. Eine automatische Ermittlung und Auszahlung erfolgt in weiteren sieben Kantonen. Lediglich zwei Kantone vollziehen ein Antragsystem ohne individuelle Benachrichtigung der potenziellen Anspruchsberechtigten.

Bei der Methode der automatischen Ermittlung und Auszahlung ist der Erreichungsgrad der Anspruchsberechtigten am höchsten. Zugleich ist auch die Gefahr am größten, dass ehemalige Bezugsberechtigte erneut und automatisch eine Verbilligung ihrer Prämien erhalten, obwohl keine aktuelle Berechtigung mehr vorliegt. Das System der individuellen Benachrichtigung ermöglicht hingegen einen korrekten und aktuellen Einbezug der Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Das von zwei Kantonen durchgeführte Antragsystem ohne individuelle Benachrichtigung verlangt die größte Eigeninitiative der Anspruchsberechtigten. Nachteilig ist vor allem die Tatsache, dass insbesondere finanziell Benachteiligte bei der Beantragung der Leistungen Unterstützung bedürfen

und sich oftmals scheuen, staatliche Hilfen in Anspruch zu nehmen. Der Erreichungsgrad dieser Zielgruppe fällt daher weitaus geringer aus als in den anderen Systemen.

Knapp zwei Drittel (16) aller Kantone zahlen die Prämienverbilligung direkt an die Krankenversicherung des Anspruchsberechtigten aus. Die monatlichen Prämien werden hier normalerweise automatisch um die Höhe der Verbilligung reduziert. Zehn Kantone zahlen die Prämienverbilligung direkt an die Anspruchsberechtigten aus – in der Regel einmal jährlich in einem Betrag. Dies wirkt sich vor allem auf die Verwendung der Zuschussleistung aus. Generell haben Krankenversicherer in Kantonen, in denen die Prämienverbilligung an die Versicherten ausgezahlt wird, höhere Zahlungsausfälle. Dies deckt sich mit Erfahrungen in den Niederlanden (Grefß et al. 2010a; Grefß et al. 2009). Der Gesetzgeber in der Schweiz hat daher eine schrittweise Änderung der Vorgaben für die Kantone veranlasst. In diesen Vorgaben ist die generelle Vorschrift zur Überweisung der Prämienverbilligung an die Krankenversicherer vorgesehen – was allerdings wiederum mit erhöhtem administrativen Aufwand verbunden ist.

Tabelle 1: Gewährung und Auszahlung der Prämienverbilligung

Ermittlung der Anspruchsberechtigten	Anzahl der Kantone
Individuelle Benachrichtigung	17
Automatische Ermittlung und Auszahlung	7
Ohne individuelle Benachrichtigung	2
Adressat der Auszahlung	Anzahl der Kantone
Krankenversicherung	16
Anspruchsberechtigte	10

Quelle: Eigene Erhebung

2.2.3 Administrativer Aufwand

Systeme mit einer automatischen Ermittlung der anspruchsberechtigten Personen haben den geringsten bürokratischen Aufwand. Hingegen haben die Kantone mit einem System der individuellen Benachrichtigung einen höheren Aufwand. Anträge von Versicherten müssen ergänzt und durch die Behörde auf Richtigkeit und Vollständigkeit kontrolliert werden. Die Anzahl der in den Bearbeitungsprozess eines Antrages involvierten Behörden ist ein weiterer Faktor, der den administrativen Aufwand und die Personalkosten beeinflusst. Je höher die Anzahl der Behörden, desto höher der Aufwand. Jedoch ist zu unterscheiden, ob eine zuständige Behörde Zugriff auf alle notwendigen Daten hat und diese selbst über ein Netzwerk abrufen kann oder ob die Antragsformulare untereinander weitergeleitet werden müssen. Sind Behörden EDV-

technisch gut miteinander vernetzt, vermindert sich der administrative Aufwand erheblich.

3 Steuerfinanzierter Sozialausgleich in Deutschland: Bewertung der Regelungen im GKV-Finanzierungsgesetz

In diesem Abschnitt werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Sozialausgleich in Deutschland zunächst kurz dargestellt und anschließend vor dem Hintergrund der Schweizer Erfahrungen bewertet.

3.1 Rahmenbedingungen für den Sozialausgleich im GKV-FinG

3.1.1 Finanzierung

Gemäß § 221b SGB V ist der Bund verpflichtet, vom Jahr 2015 an Zahlungen zum Sozialausgleich an den Gesundheitsfonds zu leisten. Die genauen Modalitäten dieser Zahlungen werden jedoch erst 2014 gesetzlich festgelegt. Bis einschließlich 2014 wird der Sozialausgleich nach § 271 Abs. 2 SGB V vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – und damit im Grundsatz aus Beitragsmitteln – finanziert. Derzeit ist keineswegs ausgeschlossen, dass sich dies – zumindest teilweise – auch ab 2015 fortsetzt, denn die aktuellen gesetzlichen Regelungen sehen nicht vor, dass der Bund die Ausgaben für den Sozialausgleich dem Gesundheitsfonds ab 2015 in vollem Umfang erstatten muss. Vielmehr werden dem 2014 in dieser Angelegenheit tätigen Gesetzgeber noch erhebliche Gestaltungsspielräume eingeräumt. Dies ist besonders auffällig, weil – ebenfalls in § 221b SGB V – der Bund bereits heute zur vollständigen Kostenübernahme von Zusatzbeiträgen zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit verpflichtet wird.

3.1.2 Einkommensgrundlagen

Mitglieder der GKV haben nach § 242b SGB V Anspruch auf einen Sozialausgleich, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag die Belastungsgrenze für den Sozialausgleich übersteigt. Diese Belastungsgrenze ist erreicht, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds überschreitet. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Gesetzgeber die Definition des beitragspflichtigen Einkommens im Rahmen des GKV-FinG nicht verändert hat. Für pflichtversicherte Mitglieder gilt demnach weiterhin eine andere Bemessungsgrundlage als für freiwillig versicherte Mitglieder. Nach der Gesetzesbegründung des GKV-FinG soll perspektivisch geprüft werden „ob und wie für den Anspruch auf Sozialausgleich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und nicht nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen berücksichtigt werden kann (Deutscher Bundestag 2010: 29).“

3.1.3 Durchführung des Sozialausgleichs

Für die Durchführung des Sozialausgleichs sind im Grundsatz die beitragsabführenden Stellen zuständig. Im Wesentlichen werden hier demnach die Arbeitgeber für unselbständig Beschäftigte und die Rentenversicherungsträger für Renterinnen und Rentner in die Verantwortung genommen. Nach der Gesetzesbegründung sei ein „automatisches Sozialausgleichsverfahren durch die EDV-gestützte Abrechnung von Löhnen, Gehältern, Renten und Leistungen der betrieblichen Altersversorgung handhabbar (Deutscher Bundestag 2010: 29).“

Allerdings kommt auch den Krankenkassen eine Durchführungsverantwortung zu. Dies gilt gemäß § 242b Abs. 3 erstens dann, wenn ein Mitglied zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen hat. In diesem Fall hat die Krankenkasse im Hinblick auf die Summe dieser Einnahmen zu prüfen, ob ein Anspruch auf Sozialausgleich besteht und dies den beitragsabführenden Stellen – also Arbeitgebern und Rentenversicherungsträgern – mitzuteilen. Zweitens haben die Krankenkassen den Sozialausgleich gemäß § 242b Abs. 4 SGB V selbst durchzuführen, wenn Mitglieder ihre Beiträge selbst bezahlen. Gleiches gilt nach § 242b Abs. 5 SGB V für unständig Beschäftigte.

Die Auszahlung des Sozialausgleichs erfolgt durch die individuelle Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragsatzanteils des Mitglieds. Mit anderen Worten sind Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger als beitragsabführende Stellen nicht nur dafür verantwortlich, die Höhe der Anspruchsberechtigung zu ermitteln. Sie sind auch für die Auszahlung des Sozialausgleichs verantwortlich, indem sie den auf der Basis des einheitlichen Beitragsatzes nach § 241 SGB V ermittelten einkommensabhängigen Beitrag der Beschäftigten bzw. der Renterinnen und Rentner individuell ermäßigen. Dies gilt auch für Mitglieder, die mehrere Einkommen haben. Hier sind Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger jedoch auf die entsprechenden Informationen der Krankenkassen angewiesen. § 242 Abs. 4 SGB V kann so interpretiert werden, dass die Krankenkassen für Mitglieder, die ihre Beiträge selbst zahlen, ähnlich wie Arbeitgeber und Sozialversicherungsträger den einkommensabhängigen Beitragsanteil um den Sozialausgleich reduzieren. Unständig Beschäftigte sind nach § 242 Abs. 5 SGB V von den Krankenkassen regelmäßig auf ihr Antragsrecht auf Sozialausgleich hinzuweisen.

3.2 Bewertung und Umsetzungsperspektiven

Wie sind die beschriebenen Regelungen zum Sozialausgleich vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der individuellen Prämienverbilligung in der Schweiz zu bewerten? Dabei ist insbesondere zu fragen, ob die Finanzierung des Sozialausgleichs nachhaltig ist, das vorgeschlagene Verfahren mit vertretbarem administrativem Aufwand durchgeführt werden kann und die Gerechtigkeitsziele des Sozialausgleichs erreicht werden.

3.2.1 Stabilität und Nachhaltigkeit der Finanzierung

Kritiker eines einkommensunabhängigen (pauschalen) Beitragssystems zweifeln seit langem an der stabilen und nachhaltigen Finanzierung des ergänzenden steuerfinanzierten Transfermechanismus (Greß et al. 2010b; Wasem et al. 2005). In der Schweiz hat eine Reihe von Kantonen die bereitgestellten Bundesmittel für die individuelle Prämienverbilligung deshalb nicht vollständig abgerufen, weil sie den eigenen fiskalischen Aufwand für die erforderliche Komplementärfinanzierung begrenzen wollten. Dies hat den Bundesgesetzgeber in der Schweiz zwischenzeitlich dazu veranlasst, den Kantonen entsprechende Kürzungsmöglichkeiten zu untersagen.

In Deutschland hat der Bund ab 2015 den Sozialausgleich zu finanzieren. Dabei besteht allerdings noch erheblicher Spielraum. Die Stabilität und Nachhaltigkeit der Finanzierung des Sozialausgleichs wird letztlich davon abhängen, welche Regelungen der Bundesgesetzgeber im Jahr 2014 treffen wird. Es ist nicht auszuschließen, dass dabei aktuelle fiskalische Erwägungen – etwa vor dem Hintergrund der Einhaltung der neuen grundgesetzlichen Verschuldungsregel – letztlich eine größere Rolle spielen könnten als der durch den Sozialausgleich tatsächlich entstehende Finanzierungsbedarf. Dass die Finanzierung des Sozialausgleichs bis einschließlich 2014 ausschließlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – und damit im Grundsatz aus Beitragsmitteln – erfolgt, ist ausgesprochen kritisch zu bewerten. Zum einen wird dadurch gleich mit Inkrafttreten des neuen Ausgleichsmechanismus gegen die Ankündigung der (laut Bundesregierung vermeintlich gerechteren) Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs verstoßen. Zum anderen wird darüber hinaus bereits von vornherein ein „Schlupfloch“ eröffnet, das dem Bund grundsätzlich auch künftig offen steht, wenn er sich – aus welchen Gründen auch immer – nicht in der Lage sieht, die für den Sozialausgleich benötigten Finanzmittel vollständig zur Verfügung zu stellen. Allein schon die Tatsache, dass die Entscheidung über die konkreten Modalitäten der künftigen Finanzierung des Sozialausgleichs in die kommende Legislaturperiode verschoben wurde, scheint die grundsätzlichen Bedenken in Bezug auf Stabilität und Nachhaltigkeit eines steuerfinanzierten Transfermechanismus zu bestätigen.

Diese Einschätzung gilt umso mehr, als mehrere Simulationen einen schnellen Anstieg der Anzahl der Anspruchsberechtigten für einen Sozialausgleich zeigen. Bei einem jährlichen Anstieg des durchschnittlichen monatlichen Zusatzbeitrags um lediglich vier Euro, wie er von der Bundesregierung selbst für realistisch gehalten wird, hätten schon im Jahr 2014 fast acht Millionen GKV-Mitglieder (16 Prozent aller Mitglieder) einen Anspruch auf Sozialausgleich, davon nahezu zwei Drittel Rentnerinnen und Rentner (Hajji/Schulze 2011: 19). Bereits innerhalb eines Zeitraums von rund 15 Jahren würde diese Quote – unter der keineswegs völlig unrealistisch erscheinenden Annahme, dass die GKV-Ausgaben jahresdurchschnittlich um zwei Prozent schneller wachsen als die Beitragsbasis – sogar auf 100 Prozent steigen (Lüngen/Büscher 2010).

3.2.2 Administrativer Aufwand

Im Gegensatz zur Schweiz hat der Gesetzgeber in Deutschland darauf verzichtet, die Finanzbehörden bei der Abwicklung des Sozialausgleichs zu involvieren. Die Ursache hierfür dürfte vor allem darin zu sehen sein, dass der Bundesgesetzgeber nach den Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen im Mai 2010 und dem danach erfolgten Regierungswechsel eine Zustimmungspflicht des Bundesrates zu den entsprechenden Regelungen vermeiden wollte. Immerhin haben die beschlossenen Regelungen zum Sozialausgleich zumindest einen Vorteil: Durch das weitgehend automatisierte Verfahren dürfte der Ausschöpfungsgrad – der Anteil der Anspruchsberechtigten, die tatsächlich den Sozialausgleich erhalten – vergleichsweise hoch sein. Lediglich bei unstetig Beschäftigten könnten hier Probleme entstehen, weil diese Versichertengruppe einen Antrag bei der Krankenkasse stellen muss.

Nachteilig an dem beschlossenen Verfahren sind nicht nur die entstehenden Gerechtigkeitsdefizite (vgl. Abschnitt 3.2.3). Aus Sicht der Krankenkassen wird außerdem eine Chance vertan, mit dem Sozialausgleich das Risiko des Zahlungsausfalls für die Zusatzbeiträge zu vermindern. Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger vermindern automatisch den obligatorisch abzuführenden einkommensabhängigen Beitrag. Der durch die Krankenkassen von den Versicherten zu erhebende Zusatzbeitrag stellt einen hiervon getrennten Zahlungsstrom dar. Es besteht daher die aus der Schweiz und den Niederlanden bekannte und auch in Deutschland künftig hoch relevante Gefahr von Mitnahmeeffekten. Mit anderen Worten könnten Mitglieder vom Sozialausgleich profitieren, ohne gleichzeitig den Zusatzbeitrag zu zahlen. Das Risiko des Zahlungsausfalls könnte dann vermindert werden, wenn der Zusatzbeitrag automatisch von den Krankenkassen um den Sozialausgleich vermindert würde. Das ist aber mit dem derzeitigen Verfahren unter Einschaltung von Arbeitgebern und Sozialversicherungsträgern nicht möglich.

Auf den ersten Blick vermindert das beschlossene Verfahren die Bürokratiekosten, weil auf bestehende Verfahren zurückgegriffen werden kann. Die Einschätzung im Gesetzentwurf, dass für die Durchführung des Sozialausgleichs in den nächsten Jahren „allenfalls sehr geringe Kosten“ (Deutscher Bundestag 2010: 7) anfallen, kann jedoch nicht geteilt werden. Es ist auch nicht überraschend, dass sowohl die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) als auch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) einen deutlichen Anstieg des Verwaltungsaufwands als Folge der Durchführung des Sozialausgleichs prognostizieren. Die BDA listet in ihrer Stellungnahme zum GKV-FinG die zusätzlichen Belastungen für ihre Betriebe detailliert auf und widerspricht den Ausführungen in der Gesetzesbegründung, dass der Sozialausgleich über die Arbeitgeber leicht handhabbar sei und bei diesen nur geringe Kosten entstünden (BDA 2010). Auch die Deutsche Rentenversicherung Bund stellt fest, dass den Rentenversicherungsträgern mit der Durchführung des Sozialausgleichs ein beträchtlicher Verwaltungs- und Bürokratieaufwand entstünde (DRV-Bund 2010). Nicht zu

vernachlässigen sind darüber hinaus die bei den Krankenkassen zusätzlich entstehenden Bürokratiekosten – insbesondere bei Mitgliedern mit mehreren beitragspflichtigen Einkommen.

3.2.3 Gerechtigkeit des Sozialausgleichs

Ein dritter zentraler Kritikpunkt an der beschlossenen Ausgestaltung des Sozialausgleichs betrifft die entstehenden Gerechtigkeitsdefizite. Die schon bestehenden Defizite der GKV-Finanzierung hinsichtlich horizontaler Gerechtigkeit – gleiche Behandlung gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit – werden durch die Berücksichtigung ausschließlich beitragspflichtiger Einnahmen bei der Definition der Belastungsgrenze noch ein Stück weiter verschärft. Die unterschiedliche Behandlung von Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten bleibt bestehen. Außerdem bleiben nicht beitragspflichtige Einnahmen – insbesondere Kapitaleinkommen und Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze – bei der Berechnung des Sozialausgleichs außen vor. Dieses Defizit ist bei einem Vergleich mit den herangezogenen Einkommensgrundlagen bei der Berechnung der individuellen Prämienverbilligung in der Schweiz besonders offensichtlich.

Diese Schwäche des Sozialausgleichs war und ist in Regierungskreisen bekannt. Dies äußerte sich nicht nur in der Gesetzesbegründung (vgl. oben), sondern darüber hinaus auch in einer gemeinsamen Stellungnahme der für die Gesundheitspolitik verantwortlichen Abgeordneten Jens Spahn (CDU), Max Straubinger (CSU) und Ulrike Flach (FDP), die Anfang November 2004 unmittelbar vor der abschließenden Lesung des GKV-FinG im Bundestag an die Öffentlichkeit lanciert wurde. Darin fordern die Abgeordneten, beim Sozialausgleich in Zukunft („spätestens bei der nächsten Finanzreform“) nicht allein das beitragspflichtige Einkommen der GKV-Mitglieder, sondern deren gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen, weil sonst eine Ungerechtigkeit bestehen bliebe. Es könne nämlich „passieren, dass jemand mit einem kleinen Erwerbseinkommen oder einer kleinen Rente einen Steuerzuschuss zum Zusatzbeitrag erhält, obwohl der Versicherte etwa über erhebliche Zins- oder Mieteinnahmen verfügt“ (Spahn et al. 2010).

Neben dem bereits für sich bemerkenswerten Umstand, dass verantwortliche Urheber des gesetzlich verankerten Sozialausgleichs als einer immer wieder als wichtiger Beitrag zu mehr Gerechtigkeit apostrophierten Finanzierungsregelung diese noch vor Verabschiedung und Inkrafttreten – zumindest in wesentlichen Teilen – selbst als ungerecht bezeichnen, erscheinen zu der Stellungnahme von Spahn, Straubinger und Flach zwei weitere Hinweise angebracht. Erstens geht die dort aufgestellte Behauptung, wonach die Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines GKV-Mitglieds bei der Anspruchsberechtigung in Bezug auf den Sozialausgleich ohne erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand erfolgen könne, an der Realität vollständig vorbei. Zweitens stellt sich die Frage, warum es zwar einerseits als ungerecht emp-

funden wird, wenn etwa ein Kleinrentner mit erheblichen Zins- oder Mieteinnahmen einen Steuerzuschuss zum Zusatzbeitrag erhält, aber andererseits aus Gerechtigkeitserwägungen heraus nicht ebenfalls daran Anstoß genommen wird, dass bei der Ermittlung der Beitragszahlungen an den Gesundheitsfonds der allgemeine Beitragssatz von 15,5 Prozent allein auf die Kleinrente bezogen wird, während die erheblichen Zins- oder Mieteinnahmen hier weiterhin unberücksichtigt bleiben sollen, obwohl sie die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des betreffenden Versicherten offenkundig maßgeblich bestimmen. Eine entsprechende Berücksichtigung würde Vorstellungen einer Bürgerversicherung entsprechen – etwa dem von Bündnis 90/Die Grünen propagierten Modell (Bündnis 90/Die Grünen 2010).

4 Fazit

Ziel dieses Beitrags war es, praktische Erfahrungen mit dem als Prämienverbilligung bezeichneten Beitragsszuschuss aufzubereiten, der seit Mitte der 1990er Jahre in der Schweiz flankierend zu dem vollständig einkommensunabhängig (pauschal) erhobenen Krankenversicherungsbeitrag durchgeführt wird, und für die deutsche Diskussion zu erschließen, insbesondere im Hinblick auf Einschätzungen zu den ab 2011 in der GKV geltenden Regelungen zum Sozialzuschuss, die die schwarz-gelbe Regierungskoalition im Rahmen des GKV-FinG eingeführt hat. Dabei können naturgemäß nur bestimmte Beurteilungskriterien des gesamten Finanzierungskonzepts des GKV-FinG angesprochen werden. Aber selbst dabei ist so lange nur eine eingeschränkte Betrachtung möglich, wie wesentliche Ausgestaltungsregelungen noch nicht endgültig feststehen. Das gilt insbesondere für die erst 2014 vom Gesetzgeber zu treffenden Festlegungen zur genauen Ausgestaltung des steuerfinanzierten Sozialausgleichs. Davon hängen nicht nur Stabilität und Nachhaltigkeit dieses Instruments unmittelbar ab, sondern auch die Beantwortung der Frage, ob das neue Finanzierungskonstrukt Zusatzbeitrag plus Sozialausgleich tatsächlich im Gesamtergebnis zu mehr Verteilungsgerechtigkeit führt. Dies erfordert jedoch eine Reihe von Informationen, die es derzeit noch nicht gibt – nicht zuletzt zur „Gegenfinanzierung“ des in jedem Fall wachsenden Bedarfs an Steuermitteln für den Sozialausgleich, die über höhere direkte oder indirekte Steuern, eine Ausweitung der Staatsverschuldung, Ausgabenkürzungen in unterschiedlichen öffentlichen Aufgabenbereichen oder irgendeine Kombination aus diesen Maßnahmen erfolgen kann und jeweils zu höchst unterschiedlichen Verteilungswirkungen führen würde.

Auch ohne Kenntnis der Details der künftigen Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs zeigen die Erfahrungen aus der Schweiz, dass die in Deutschland bereits geäußerten Sorgen hinsichtlich der Stabilität und Nachhaltigkeit dieses Konstrukts keineswegs zu Unrecht bestehen. Das ist deshalb wenig überraschend, weil allgemeine Steuermittel schließlich grundsätzlich in ständiger Konkurrenz zu anderen – ebenfalls für wichtig erachteten – Verwendungszwecken stehen und nicht unbegrenzt vermehrt werden

können. Die Schweizer Erfahrungen zeigen auch, dass der administrative Aufwand für den Sozialausgleich sowie die Gefahr von drohenden Beitragsausfällen je nach konkreter Ausgestaltungsform variieren können. Dabei ist das vermeintlich unbürokratische, „automatische“ deutsche Verfahren keineswegs so aufwandsarm, wie von seinen Urhebern behauptet, und mindert zudem das Risiko von Zahlungsausfällen beim Zusatzbeitrag bei weitem nicht in der bestmöglichen Form – ein Manko, das auch durch die Androhung von Strafzahlungen kaum kompensiert werden kann. Schließlich aber ist der größte Preis für die in Deutschland gewählte Durchführung des Sozialausgleichs bei Arbeitgebern, Rentenversicherung und Krankenkassen in Gestalt der damit verbundenen Ungerechtigkeit zu bezahlen, dass die finanzielle Leistungsfähigkeit der GKV-Mitglieder bei der Ermittlung ihrer Anspruchsberechtigung auf den Erhalt des Sozialausgleichs nicht umfassend berücksichtigt wird. Wie die Erfahrungen aus der Schweiz zeigen, ist dies in keinem Fall ohne substanziellen administrativen Mehraufwand möglich, den zu begrenzen allein eine möglichst zweckmäßige Einbeziehung der Finanzverwaltung verspricht.

Literatur

- BDA; Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2010), Höhere Arbeitskosten und neue Bürokratie für Arbeitgeber, Stellungnahme zum Kabinettsentwurf für das GKV-Finanzierungsgesetz vom 18. Oktober 2010.
- BSV; Bundesamt für Sozialversicherungen (Hrsg.) (2009). Statistiken zur sozialen Sicherheit. Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2009. Gesamtrechnung, Hauptergebnisse und Zeitreihen der AHV, IV, EL, BV, KV, UV, EO, ALV, FZ. KV Krankenversicherung. Bern, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).
- Bündnis 90/Die Grünen (2010), Zugang, Teilhabe, Prävention: Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität. Beschluss der Ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz, Freiburg, 19.-21. November 2010.
- Deutscher Bundestag (2010). Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG). Drucksache 17/3040 vom 28.09.2010.
- DRV-Bund (2010). Stellungnahme der Deutschen Rentenversicherung Bund für die Öffentliche Anhörung vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. Oktober 2010 zu dem Entwurf eines GKV-Finanzierungsgesetzes – GKV-FinG.
- Greß, S./S. Heinemann/K. Jacobs (2010a). „Spicken beim Nachbarn.“ Gesundheit und Gesellschaft 13 (1): 21-26.
- Greß, S./K. Jacobs/S. Schulze (2010b). „GKV-Finanzierungsreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen.“ Gesundheits- und Sozialpolitik 64 (4): 16-29.
- Greß, S./A. Walendzik/J. Wasem (2009). „Auswirkungen der Maßnahmen gegen Nichtversicherung im GKV-WSG – Eine Zwischenbilanz.“ Sozialer Fortschritt 58 (7): 147-54.
- Hajji, R./S. Schulze (2011). „Wer erhält einen Sozialausgleich?“ Gesundheit und Gesellschaft 14 (1): 18-19.
- Lüngen, M./G. Büscher (2010). Anmerkungen zum geplanten Sozialausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Köln, Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln: Ausgabe 02/2010 vom 07.10.2010.
- Spahn, J./M. Straubinger/U. Flach (2010). ohne Titel. Berlin, 4. November 2010.
- Wasem, J./S. Greß/H. Rothgang (2005). Kopfpauschalen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Lohnt sich ein Systemwechsel? Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie – Expertisen zur Finanzierungsreform der GKV, hrsgg. von S. Greß, A. B. Pfaff, G. G. Wagner. Düsseldorf, Edition der Hans-Böckler-Stiftung. Band 134: 21-132.