

Dorothea Wenzel

Finanzierung des Gesundheitswesens und Interpersonelle Umverteilung



Dorothea Wenzel

Finanzierung des Gesundheitswesens und Interpersonelle Umverteilung

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist ein wesentlicher Bestandteil im staatlichen Umverteilungssystem. Dennoch wurde ihren Umverteilungswirkungen sowohl in der politischen Diskussion als auch in der wissenschaftlichen Forschung bisher wenig Beachtung geschenkt. In dieser Arbeit soll daher untersucht werden, wie die GKV-Finanzierung stärker an ihren Distributionszielen ausgerichtet und somit ihre Verteilungseffizienz erhöht werden kann. Es werden zunächst adäquate Kriterien zur Bewertung und ein Konzept zur Messung der Umverteilungen entwickelt. Damit werden die Wirkungen im heutigen System und von ausgewählten Reformen untersucht. Aus den Ergebnissen der Untersuchung werden abschließend Rahmenbedingungen für eine zukunftsorientierte Finanzierungsreform abgeleitet.

Dorothea Wenzel, geboren 1969, studierte 1988-1994 Wirtschaftsinformatik an der Technischen Hochschule Darmstadt mit Abschluß als Diplom-Wirtschaftsinformatikerin. 1994 Gastsemester an der University of California Berkely. 1997-1998 Promotionsstudium an der Technischen Universität Darmstadt mit Forschungsaufenthalt an der Harvard University, Department of Economics/Health Policy.

**Finanzierung des Gesundheitswesens
und Interpersonelle Umverteilung**

Sozialökonomische Schriften

Herausgegeben von Bert Rürup

Band 17



PETER LANG

Frankfurt am Main · Berlin · Bern · New York · Paris · Wien

Dorothea Wenzel

**Finanzierung
des Gesundheitswesens
und Interpersonelle
Umverteilung**

Mikrosimulationsuntersuchung
der Einkommenswirkung
von Reformvorschlägen zur GKV-Finanzierung



PETER LANG
Europäischer Verlag der Wissenschaften

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Wenzel, Dorothea:

Finanzierung des Gesundheitswesens und interpersonelle Umverteilung : Mikrosimulationsuntersuchung der Einkommenswirkung von Reformvorschlägen zur GKV-Finanzierung / Dorothea Wenzel. - Frankfurt am Main ; Berlin ; Bern ; New York ; Paris ; Wien : Lang, 1999

(Sozialökonomische Schriften ; Bd. 17)

Zugl.: Darmstadt, Techn. Univ., Diss., 1998

ISBN 3-631-34734-0

Open Access: The online version of this publication is published on www.peterlang.com and www.econstor.eu under the international Creative Commons License CC-BY 4.0. Learn more on how you can use and share this work: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



This book is available Open Access thanks to the kind support of ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.

**Gedruckt auf alterungsbeständigem,
säurefreiem Papier.**

D 17

ISSN 0172-1747

ISBN 3-631-34734-0

ISBN 978-3-631-75043-8 (eBook)

© Peter Lang GmbH

Europäischer Verlag der Wissenschaften

Frankfurt am Main 1999

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany 1 2 4 5 6 7

Die vorliegende Arbeit wurde im Wintersemester 1998/1999 vom Promotionsausschuß des Fachbereichs 1 der Technischen Universität Darmstadt als Dissertation angenommen. Ich möchte allen danken, die zum erfolgreichen Abschlusses meines Promotionsvorhabens beigetragen haben.

Ganz herzlich danke ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup für die Betreuung als Doktorandin und die kritischen, anregenden Diskussionen. Herrn Prof. Dr. Reinhard Hujer danke ich für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Für das Korrekturlesen möchte ich mich bei Herr Dr. Ingo Schroeter bedanken. Besonderer Dank gilt meinen Eltern für ihre Unterstützung.

Darmstadt, im Februar 1999

Dorothea Wenzel

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	XI
Tabellenverzeichnis	XII
Abkürzungsverzeichnis.....	XIII
1. Einleitung	1
1.1. Aufgabenstellung	1
1.2. Vorgehen	4
2. Interpersonelle Umverteilungen im deutschen Gesundheitssystem	6
2.1. Abgrenzung der untersuchungsrelevanten Verteilungswirkungen	6
2.1.1. Überblick über die Verteilungswirkungen.....	6
2.1.2. Berücksichtigte Anpassungsvorgänge	8
2.1.2.1. Formale Inzidenz	8
Exkurs: Trennung Finanzierungs- und Leistungserbringungssystem	12
2.1.2.3. Effektive Inzidenz	14
2.1.3. Verteilungssubjekte	15
2.1.3.1. Interpersonelle Inzidenz	16
2.1.3.2. Intergenerative Inzidenz	19
2.1.4. Zeitliche Reichweite.....	23
2.1.5. Verteilungsobjekt	24
2.1.5.1. Beschreibung	24
2.1.5.2. Einflußgrößen	30
2.1.6. Zu untersuchende Verteilungswirkungen	32
2.2. Interpersonelle Verteilungswirkungen der GKV-Finanzierung.....	33
2.2.1. Distributive Wirkungen innerhalb der GKV.....	34
2.2.1.1. Distributive Wirkungen zwischen GKV-Versicherten gruppen.....	34
2.2.1.2. Distributive Wirkungen im gegliederten GKV-System.....	38
2.2.2. Distributive Wirkungen zwischen GKV und PKV	41
2.2.2.1. Distributive Wirkungen durch unterschiedliche Finanzierungsregeln	41
2.2.2.2. Distributive Wirkungen durch begrenzte Wahlmöglich- keiten	45
2.3. Zusammenfassung.....	48

3. Bewertung der GKV-Finanzierung über ihre Verteilungseffizienz	51
3.1. Zielsetzung der Bewertung	51
3.2. Verteilungseffizienz als Bewertungsmaßstab	54
3.2.1. Ausgewählte Gerechtigkeitsprinzipien	55
3.2.2. Ausgewählte Theorien zur interpersonellen Einkommensverteilung	57
3.2.3. Ableitung eines geeigneten Bewertungsmaßstabes	63
3.2.3.1. Umfang der Umverteilung	64
3.2.3.2. Wirkungsrichtungen der Umverteilung	66
3.3. Bewertung der durch die GKV induzierten Umverteilungen	71
3.3.1. Versicherungspflicht	73
3.3.2. Beitragsermittlung	75
3.3.2.1. Proportionale Beitragserhebung	76
3.3.2.2. Beitragsbemessungsgrundlage	76
3.3.2.3. Beitragsbemessungsgrenze	78
3.3.3. Versicherungsfremde Leistungen	78
3.3.4. Familienmitversicherung	82
3.4. Zusammenfassung	88
4. Reformvorschläge zur GKV-Finanzierung	90
4.1. Zielsetzung von Reformvorschlägen	90
4.2. Überblick über Reformvorschläge	94
4.3. Ausgewählte Vorschläge zur Finanzierungsreform und ihre distributiven Wirkungen	98
4.3.1. Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags	98
4.3.2. Neubestimmung der Versicherungspflicht	99
4.3.2.1. Ausweitung der Versicherungspflicht	100
4.3.2.2. Wettbewerb zwischen GKV und PKV	102
4.3.2.3. Ausgleich zwischen GKV und PKV	103
4.3.3. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	105
4.3.4. Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage	106
4.3.5. Modifizierung der Familienmitversicherung	113
4.4. Zusammenfassung und Auswahl untersuchungsrelevanter Reformvorschläge	116

5. Mikrosimulationsmodell zur Berechnung der Umverteilungswirkungen	120
5.1. Bestimmung des Meßkonzeptes	121
5.1.1. Meßkonzepte bisheriger Untersuchungen	121
5.1.2. Allgemeine Konzepte zur Messung von Einkommensverteilungen	126
5.1.2.1. Disparitäts- und Variationsmaße	126
5.1.2.2. Umverteilungsintensität und Umverteilungsquote	129
5.1.3. Entwicklung eines geeigneten Meßkonzeptes	130
5.1.3.1. Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung	130
5.1.3.2. Änderung gegenüber Ausgangsverteilung	134
5.2. Modellbildung	138
5.2.1. Der Mikrosimulationsansatz	138
5.2.2. Abbildung der Versichertenstruktur	140
5.2.2.1. Beschreibung der Haushalte	140
5.2.2.2. Datenbasis	143
5.2.3. Berechnung von Prämien und Beiträgen	147
5.2.3.1. Risikoäquivalente Prämien	147
5.2.3.2. Einkommensabhängige Beiträge	151
5.2.3.3. RSA-Zahlungen von PKV-Versicherten	152
5.2.4. Bestimmung der Einkommensverteilung	154
5.2.5. Validität des Modells	155
6. Bewertung von Reformvorschlägen auf Grundlage von Modellrechnungen	158
6.1. Ergebnisse der Modellrechnung und ihre Bewertung	158
6.1.1. Vorgehen	158
6.1.2. Einkommensumverteilung im heutigen System	161
6.1.2.1. Einkommensausgleich	162
6.1.2.2. Altersausgleich	165
6.1.2.3. Familienlastenausgleich	167
6.1.3. Wirkung ausgewählter Reformvorschläge	172
6.1.3.1. Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage	177
6.1.3.1.1. Wirkung auf die Einkommensverteilung	177
6.1.3.1.2. Bewertung	180

6.1.3.2. Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner	181
6.1.3.2.1. Wirkung auf die Einkommensverteilung	181
6.1.3.2.2. Bewertung	184
6.1.3.3. Verbreiterte Bemessungsgrundlage und Ehepartnerbeitrag	185
6.1.3.3.1. Wirkung auf die Einkommensverteilung	185
6.1.3.3.2. Bewertung	186
6.1.3.4. Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV	187
6.1.3.4.1. Wirkung auf die Einkommensverteilung	187
6.1.3.4.2. Bewertung	190
6.1.3.5. Zusammenfassende Bewertung der Reformvorschläge	191
6.2. Konzeption einer Finanzierungsreform	196
6.2.1. Rahmenbedingungen für eine zukunftsorientierte Finanzierungsreform.....	197
6.2.1.1. Gesundheitspolitische Zielsetzung.....	197
6.2.1.2. Zielorientierte Organisation des Krankenversicherungssystems	203
6.2.2. Vorschlag für eine zukunftsorientierte Finanzierungsreform.....	207
6.2.2.1. Finanzierung eines wettbewerblichen Krankenversiche- rungssystems	207
6.2.2.2. Elemente einer zukunftsorientierten Finanzierungsreform..	212
7. Zusammenfassung und Ausblick	215
Literaturverzeichnis.....	220
Anhang	246

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Austauschbeziehungen im GKV-System	7
Abbildung 2: Untersuchungsrahmen der formalen Inzidenz	11
Abbildung 3: Altersausgleich als Risiko- und Einkommensausgleich	17
Abbildung 4: Umverteilung als Änderung der Einkommensverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung und als Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung	25
Abbildung 5: Systematische Umverteilungen in der GKV	28
Abbildung 6: Änderung der relativen Einkommensverteilung durch Beitragserhebung	29
Abbildung 7: Einflußgrößen der Umverteilung in der GKV	31
Abbildung 8: Abgrenzung der zu untersuchenden Inzidenzen	33
Abbildung 9: Umverteilungen zwischen Gruppen von GKV-Versicherten	37
Abbildung 10: Vereinfachte Darstellung der Begünstigung von PKV-Versicherten	42
Abbildung 11: Erweiterter Untersuchungsansatz	49
Abbildung 12: Entwicklung von Ausgaben, Einkommen und BIP	91
Abbildung 13: Neugestaltung der Beziehung zwischen GKV und PKV	99
Abbildung 14: Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze bei verbreiteter Beitragsbemessungsgrundlage	110
Abbildung 15: Änderung der GKV-Ausrichtung durch Reformvorschläge	116
Abbildung 16: Graphische Herleitung des Gini-Koeffizienten	128
Abbildung 17: Mikrosimulationsmodell zur Berechnung der interpersonellen Umverteilungen	139
Abbildung 18: Einkommensabhängige Änderungsgrade in GKV und PKV	164
Abbildung 19: Altersabhängige Änderungsgrade nach dem Gesamteinkommen	166
Abbildung 20: Einkommensabhängige Wirkung von Reform 2 auf Einkommen von Ein- und Doppelverdienerehepaaren mit einem Kind	183
Abbildung 21: Trennung von Umverteilung und Mittelaufbringung	202
Abbildung 22: Finanzierung eines Systems mit gezieltem Wettbewerb	211
Abbildung 23: Einkommenswirkung des neu eingebrachten Reformvorschlages.....	214

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel für Unterschiede in der Einkommensänderung gegenüber Ausgangszustand und risikoäquivalenter Absicherung	26
Tabelle 2: Versichertenstruktur verschiedener Kassenarten vor Einführung des RSA	39
Tabelle 3: Versichertenstruktur in GKV und PKV	43
Tabelle 4: Struktur der freiwillig Versicherten in PKV und GKV	47
Tabelle 5: Auswahl eines Bewertungsmaßstabes	70
Tabelle 6: Expansion der GKV seit 1985	72
Tabelle 7: Abweichung von der äquivalenz- und der leistungsfähigkeitsorientierten Finanzierung	73
Tabelle 8: Beitragsregelung in der GKV	77
Tabelle 9: Volumen versicherungsfremder Leistungen 1994	81
Tabelle 10: Höhe des Familienlastenausgleichs nach Haushaltstyp	84
Tabelle 11: Prognose der Beitragsätze für ausgewählte Jahre	92
Tabelle 12: Überblick über Reformvorschläge der GKV-Finanzierung	95
Tabelle 13: Meßkonzepte vorliegender Untersuchungen der interpersonellen Umverteilungen der GKV	122
Tabelle 14: Beispiel für relative Meßgröße	126
Tabelle 15: Unterschiedliche Abgrenzung beitragspflichtiger Einkommen ...	141
Tabelle 16: Berechnung der beitragspflichtigen Einkommen aus EVS-Daten	146
Tabelle 17: Geldleistungsanspruch nach Versichertenarten	149
Tabelle 18: Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht für 1993	151
Tabelle 19: Lebensdurchschnittliche jährliche Leistungsausgaben für 1993 .	153
Tabelle 20: Validität des Mikrosimulationsmodells	156
Tabelle 21: Aggregierte Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung ..	161
Tabelle 22: Einkommensausgleich der GKV	162
Tabelle 23: Altersausgleich der GKV	165
Tabelle 24: Familienlastenausgleich der GKV	168
Tabelle 25: Wirkungen der Reformvorschläge auf Einkommensverteilung ...	173
Tabelle 26: Wirkungen der Reformvorschläge auf Einkommensausgleich	174
Tabelle 27: Wirkungen der Reformvorschläge auf Altersausgleich	175
Tabelle 28: Wirkungen der Reformvorschläge auf Familienlastenausgleich .	176
Tabelle 29: Änderung der Ausrichtung der Finanzierung durch Reformen ...	194

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkassen
BMFA	Bundesministerium für Arbeit
BMFG	Bundesministerium für Gesundheit
BMG	Beitragsbemessungsgrundlage
BPfIEK	Beitragspflichtiges Einkommen
BS	Beitragssatz
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DV	Doppelverdienerehepaar
EAN	Ersatzkassen
EK	Einkommen
EV	Einverdienerehepaar
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV _n	Gesetzliche Krankenversicherungen
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HMO	Health Maintenance Organisation
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
IGFS	Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KvdR	Krankenversicherung der Rentner
NOG	Neuordnungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PKV _n	Private Krankenversicherungen
R 1	Reform 1: Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage
R 2	Reform 2: Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner
R 1/2	Kombination von Reform 1 und Reform 2
R 3	Reform 3: Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA
RSA	Risikostrukturausgleich
RV	Rentenversicherungsträger
SGB	Sozialgesetzbuch
SKV	Soziale Krankenversicherung
SP	Stichprobe
SOEP	Sozioökonomisches Panel
StBuA	Statistisches Bundesamt

SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VdpK	Verband der privaten Krankenversicherung
VfP	Versicherungspflichtiger
VPfG	Versicherungspflichtgrenze
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut Düsseldorf
ZEW	Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH

1. Einleitung

1.1. Aufgabenstellung

In den vergangenen 20 Jahren wurden etwa alle vier Jahre Gesetzespakete zur Reform des Gesundheitswesens verabschiedet. Die unterschiedlichen Namen dieser Gesetze, beispielsweise Krankenhausfinanzierungsgesetz oder Gesundheitsstrukturgesetz, lassen dabei zunächst nicht erkennen, daß alle Gesetze dasselbe Ziel verfolgten: Sie sollten den Anstieg der Beitragssätze begrenzen, der vereinfacht und plakativ oft als "Kostenexplosion im Gesundheitswesen" bezeichnet wird. Die meisten Reformen setzten an der Ausgabenseite an und versuchten, das Ausgabenvolumen vor allem über Kürzungen im Leistungsspektrum und bei den Vergütungen für die Leistungserbringer zu senken. Die Einnahmenseite blieb vergleichsweise unbeachtet. Nur wenige Gesetze hatten das Ziel, die Finanzierungsbasis pro Versichertem zu verbreitern, etwa durch Einschränkung des pflichtversicherten Personenkreises mit niedrigem Einkommen. Mit dem weiter steigenden Finanzierungsbedarf wird nun verstärkt der Einnahmenseite Beachtung geschenkt.

Jede Reform, die neue Finanzierungsquellen erschließen soll, verändert zugleich auch die Verteilung der Beitragslast unter den Versicherten, da die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu einem großen Teil über Umverteilungen finanziert werden. Die einkommensabhängige Beitragserhebung bewirkt systematische Umverteilungen, die von Versicherten mit niedrigerem Risiko und höherem Einkommen zu Versicherten mit höherem Risiko und niedrigerem Einkommen stattfinden. Durch die Umverteilungen innerhalb der GKV ändern sich nicht nur die Einkommensverhältnisse der GKV-Versicherten untereinander, sondern auch die Einkommen der GKV-Versicherten im Verhältnis zu den restlichen 10% der Bevölkerung. Der potentielle Einfluß der GKV auf die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung ist mit einem Ausgabenvolumen von über 270 Mrd. DM¹ pro Jahr nicht zu vernachlässigen. Er wird sich

¹ 1996 betragen die Gesamtausgaben in West und Ost ca. 270 Mrd. DM, vgl. BMfAS (1997), Heft 6 S. 123ff. Das tatsächliche Umverteilungsvolumen liegt niedriger, da nicht alle Ausgaben über Umverteilungen finanziert werden.

zukünftig noch deutlich erhöhen, wenn aufgrund demographischer Entwicklungen und medizinisch-technischem Fortschritt die Ausgaben pro Versichertem ansteigen und sich die Differenzen in den individuellen Leistungsbedarfen und Beitragszahlungen weiter vergrößern.

Trotz ihres Einflusses auf die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung sind die genaue Höhe und die Wirkungsrichtungen der Umverteilungen, die zwischen einzelnen Versichertengruppen stattfinden, weitgehend unbekannt. In den 80er Jahren wurden zwar mehrere Analysen und Berechnungen der interpersonellen Umverteilungswirkungen der GKV durchgeführt.² Ziel dieser Arbeiten war es, den Umfang der Umverteilungen zwischen GKV-Versicherten als Differenz zwischen Beitragszahlungen und empfangenen Leistungen für einzelne Versichertengruppen zu quantifizieren. Dieser Ansatz ermöglicht es jedoch nicht, die Wirkung der GKV-Finanzierung auf die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung zu ermitteln und zu bewerten. Außerdem weisen die Ergebnisse hohe Ungenauigkeiten auf, da sie im Rahmen von Gruppenanalysen nur auf Basis von GKV-durchschnittlichen Daten berechnet wurden.

Auch wurde bisher kein Ansatz entwickelt, mit dem die gesamtgesellschaftlichen Einkommenswirkungen bewertet werden können, die über den durch das Sozialstaatsprinzip vorgegebenen Mindestumfang hinausgehen und damit Aufgaben der staatlichen Distributionspolitik übernehmen. Lediglich der SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN nahm in seinem Gutachten 1994 eine Beurteilung der Verteilungswirkungen vor.³ Aber auch er beschränkte sich nur auf die GKV-internen Umverteilungen und stellte sie nicht in den Kontext allgemeiner, staatlicher Distributionsziele. Außerdem blieben seine Ausführungen rein qualitativ, ohne einzelne Wirkungen abzuschätzen oder zu gewichten.

Schon seit vielen Jahren wird Kritik an den Verteilungswirkungen der GKV-Beitragsenerhebung geübt, ohne daß jedoch der Umfang der unerwünschten Effekte abgeschätzt und die zugrunde gelegten Bewertungskriterien genannt wur-

² Vgl. Henke/Behrens (1989), Becker (1985), Ott (1981), Andel (1975)

³ SVR (1994), Ziffer 464ff.

den.⁴ Reformvorschläge, die auf dieser Kritik aufbauten, wurden darüber hinaus nicht auf ihre Verteilungswirkungen untersucht.⁵

Keiner der bisherigen Ansätze ermöglicht also eine Bewertung der Verteilungswirkungen der GKV-Finanzierung, da die quantitativen Arbeiten das Umverteilungsvolumen nur ermittelten, nicht aber bewerteten, und da bisher keine Diskussion über einen geeigneten Bewertungsmaßstab geführt wurde. **Ziel der vorliegenden Arbeit ist es nun, Ansätze zu untersuchen, wie die GKV-Finanzierung stärker an ihren Distributionszielen ausgerichtet und somit ihre Verteilungseffizienz erhöht werden kann.** Diese Zielsetzung geht in vier Aspekten über die bisherigen Untersuchungen hinaus:

- Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung als Parafisc wird anhand der **gesamtgesellschaftlichen Einkommenswirkungen** und nicht nur anhand der Umverteilungen zwischen GKV-Versicherten beurteilt.
- Aus den Verteilungsaufgaben der GKV und allgemeinen distributiven Zielsetzungen werden **adäquate Bewertungskriterien** abgeleitet.
- Neben den heutigen Umverteilungen wird auch die **Wirkung aktueller Reformvorschläge** untersucht und bewertet.
- Aus diesen Bewertungen wird abschließend ein **Reformvorschlag** abgeleitet, der die gesamtgesellschaftliche Verteilungseffizienz der Finanzierung der Krankenversicherung erhöhen soll.

Auch in der **Methodik** geht die vorliegende Arbeit über die bisherigen quantitativen Untersuchungen der GKV-Umverteilungen hinaus:

- Es wird ein **Meßkonzept** entwickelt, mit dem Umverteilungswirkungen entsprechend der Zielsetzung der hier vorgelegten Arbeit auf ihre Einkom-

⁴ Siehe beispielsweise Hüther/Premer (1997), S. 119ff., Pfaff, A.B. (1997), S. 86ff., Felkner (1995), S. 251ff., Henke (1995a), S. 41ff., Reiners (1995), S. 123f., Schmähl (1994), S. 367f.

⁵ Siehe die Quellen in Fußnote 4 oder auch SVR (1995), Ziffer 556ff. Das Sondergutachten 1997 des SACHVERSTÄNDIGENRATES beschäftigt sich auch mit den zukünftigen Anforderungen an die GKV-Finanzierung und mit möglichen Lösungsansätzen, siehe SVR (1997), Ziffer 422ff. Da das Gutachten erst nach Fertigstellung dieser Arbeit veröffentlicht wurde, konnte es nicht mehr berücksichtigt werden. Im wesentlichen gibt es einen umfassenden Überblick über bisher diskutierte Probleme und Reformoptionen. Daher beeinflussen die Darstellungen des Sondergutachtens 1997 die in dieser Arbeit getroffenen Aussagen nicht.

mentwirkungen hin bewertet werden können und das nicht nur, wie die bisherigen Ansätze, der Ermittlung des Umverteilungsumfanga dient.

- Die Umverteilungswirkungen werden mit einem **Mikrosimulationsmodell** berechnet, in dem die Gesamtheit aller Versicherten auf Basis der Einzeldatensätze aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes 1993 abgebildet ist.⁶ Dieser Ansatz ist wesentlich genauer als die bisherigen Berechnungen, die als Gruppenanalysen nur mit durchschnittlichen Versichertendaten arbeiteten.

1.2. Vorgehen

Als Grundlage der Untersuchung werden im **zweiten Kapitel** die **Umverteilungswirkungen im deutschen Krankenversicherungssystem beschrieben**. Über das **Verteilungskonzept** werden die zu untersuchenden Verteilungswirkungen so abgegrenzt, daß alle Wirkungen erfaßt werden, die für die Zielsetzung der Arbeit relevant sind. Anhand dieses Konzeptes werden dann die GKV-internen und gesamtgesellschaftlichen **Umverteilungswirkungen** der GKV-Finanzierung **beschrieben**.

Im **dritten Kapitel** werden diese Umverteilungswirkungen bewertet. Dazu wird zunächst aus den Verteilungsaufgaben der GKV und den Zielen staatlicher Distributionspolitik ein **Bewertungsmaßstab** abgeleitet. Dieser Maßstab wird dann auf die einzelnen Regelungen der GKV-Finanzierung angewendet.

Analog wird im **vierten Kapitel** überprüft, ob **aktuelle Reformvorschläge** die Erreichung der distributiven Ziele unterstützen und so die Verteilungseffizienz erhöhen würden. Dazu werden zunächst aus den vielen, in der Diskussion befindlichen Reformvorschlägen diejenigen ausgewählt, die kurz- bis mittelfristig **realisierbar** scheinen. Vorschläge mit "visionärem" Charakter oder nicht umsetzbare Vorschläge werden nicht berücksichtigt. Die Umverteilungswirkungen, die sich bei Umsetzung der Reformen ergeben würden, werden ebenfalls an-

⁶ Die anonymisierten Einzeldatensätze wurden vom Statistischen Bundesamt für dieses Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt.

hand des im dritten Kapitel hergeleiteten Maßstabes theoretisch bewertet. Daraus leiten sich **Hypothesen über die Wirkung** der Reformen ab.

Diese Hypothesen werden im **fünften Kapitel** durch eine **Modellrechnung** überprüft. Dafür wird zunächst ein **Konzept zur Messung** der zu untersuchenden Verteilungswirkungen entwickelt. Die Berechnung der Umverteilungen nach heutigem Stand und bei Umsetzung der Reformen erfolgt mit Hilfe eines **Mikrosimulationsmodells**. In ihm ist die Gesamtheit aller Versicherten auf Basis der anonymisierten Einzeldatensätze der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993 abgebildet.

Im **sechsten Kapitel** werden die **quantifizierten Umverteilungen** im heutigen System und der Einfluß der Reformen anhand des im dritten Kapitel definierten **Maßstabes bewertet**. Aus diesen Ergebnissen wird abschließend ein **Entwurf für Reformen** abgeleitet, die zu einer höheren Verteilungseffizienz der Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen und gleichzeitig weitere gesundheitspolitische Zielsetzungen unterstützen sollen.

2. Interpersonelle Umverteilungen im deutschen Gesundheitssystem

In diesem Kapitel werden die Umverteilungen dargestellt, die im weiteren Verlauf der Arbeit in einer Modellrechnung berechnet und bewertet werden. Dazu werden die untersuchungsrelevanten Wirkungen zunächst aus der Vielzahl der Umverteilungen im deutschen Gesundheitssystem abgegrenzt. Gemäß dieser Abgrenzung werden im zweiten Teil dieses Kapitels die Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung beschrieben.

2.1. Abgrenzung der untersuchungsrelevanten Verteilungswirkungen

2.1.1. Überblick über die Verteilungswirkungen

Staatliche Aktivitäten bewirken Umverteilungen, wenn durch sie der wirtschaftliche Dispositionsspielraum von Wirtschaftseinheiten verändert wird, der sich in Einkommen, Vermögen und Realgütern sowie der Fähigkeit, diese zu erwerben, zeigt.¹

Die Gesetzliche Krankenversicherung übernimmt als Parafisci mit dem sozialen Ausgleich, der über die einkommensabhängige Beitragsgestaltung und die bedarfsabhängige Leistungsgewährung zustande kommt, staatliche Umverteilungsaufgaben. Durch die GKV-Absicherung ändert sich der Dispositionsspielraum der Versicherten gegenüber einem Zustand ohne GKV-Schutz. Diese Einkommenswirkung der GKV-Finanzierung kann auf zwei Weisen betrachtet werden:

Durch die einkommensabhängige GKV-Beitragserhebung ändert sich das Einkommen der GKV-Versicherten gegenüber den risikoäquivalenten Eigenzahlungen in einem GKV-losen System. Es kommt zu Umverteilungen zwischen GKV-Versicherten.

Darüber hinaus ändert sich indirekt die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung dadurch, daß sich die Einkommen der GKV-Versicherten im Verhältnis zum Rest der Bevölkerung verändern, der nicht in den sozialen Ausgleich der GKV eingeschlossen ist.

¹ Vgl. Kops (1987), S. 59f., siehe auch Behrens/Smolensky (1973), S. 316.

Neben den Versicherten sind noch weitere Wirtschaftssubjekte in ihrem Dispositionsspielraum durch die GKV betroffen (vgl. Abbildung 1). Versicherte reagieren auf den GKV-Schutz mit verändertem Nachfrageverhalten nach Gesundheitsleistungen. Leistungsanbieter passen entsprechend die Mengen und Preise ihrer Leistungen an. Indirekt werden auch Nachfrageeffekte in anderen Sektoren ausgelöst, so daß es zu verschiedenen intra- und intersektoralen Umverteilungen kommt.

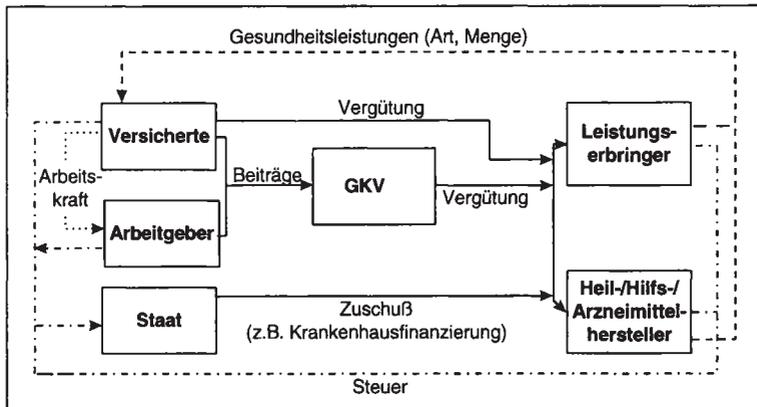


Abbildung 1: Austauschbeziehungen im GKV-System (Quelle: Eigene Darstellung)

Zur Untersuchung können diese komplexen Wirkungszusammenhänge nach folgenden Kriterien strukturiert und abgegrenzt werden:²

- Je nach **Umfang der berücksichtigten Anpassungsvorgänge** werden formale und effektive Inzidenz unterschieden. Die formale Inzidenz berücksichtigt nur plausibel abschätzbare Verhaltensänderungen. Die effektive Inzidenz erfaßt die Gesamtheit aller Anpassungsvorgänge, die durch den Krankenversicherungsschutz induziert werden.
- **Verteilungssubjekte** sind die Wirtschaftssubjekte, deren Dispositionsspielraum durch den GKV-Schutz beeinflusst wird. Je nach Abgrenzung der Wirtschaftssubjekte können unterschiedliche Verteilungswirkungen untersucht werden. Die Inzidenzen werden eingeteilt in

² Einen ähnlichen Beschreibungsansatz verwenden Kops (1987), S. 62ff., Dinkel (1986), S. 79ff., Nowotny (1987), S. 309.

- interpersonelle Inzidenzen durch Gruppierung der Versicherten nach Art des Versicherungsschutzes sowie risiko- und einkommensrelevanten Merkmalen und
- intergenerative Inzidenzen durch Gruppierung nach unterschiedlichen Versicherungsgenerationen.
- Je nach **zeitlicher Reichweite** werden entweder die Umverteilungen zu einem Zeitpunkt in einer Querschnittsbetrachtung oder die Umverteilungen während einer Zeitspanne in einer Längsschnittbetrachtung untersucht.
- Das **Verteilungsobjekt** ist die Größe, an deren Änderung die zu untersuchende Inzidenzwirkung ermittelt wird.

2.1.2. Berücksichtigte Anpassungsvorgänge

Wirtschaftssubjekte reagieren auf Änderungen in ihrem ökonomischen Umfeld, indem sie ihr Verhalten anpassen, um so negative Auswirkungen zu begrenzen bzw. ihren Nutzen zu maximieren. Die tatsächlichen finanziellen Belastungen oder Begünstigungen können dadurch von den Wirkungen abweichen, die durch die staatliche Maßnahme ursprünglich intendiert waren. Die Untersuchungskonzepte der formalen und effektiven Inzidenz unterscheiden sich darin, in welchem Umfang sie Anpassungsvorgänge berücksichtigen.³

2.1.2.1. Formale Inzidenz

Die formale Inzidenz erfasst Einkommensänderungen bei denjenigen, die durch Einführung der Krankenversicherung **direkt betroffen** sind, und zwar in Höhe der **Änderung ihrer Zahlbeträge**. Zusätzlich werden solche **Anpassungswirkungen** berücksichtigt, die aufgrund **plausibler Annahmen abschätzbar** sind. Durch die Einführung der Krankenversicherung direkt betroffen und damit Verteilungssubjekte sind alle diejenigen, deren wirtschaftliche Dispositionsmöglichkeiten sich beim Übergang vom Zustand ohne Krankenversicherung in einen Zustand mit Versicherungsschutz ändern. Dies sind zunächst die Versi-

³ Die Einteilung in formale und effektive Inzidenz wird in Anlehnung an Kops (1987), S. 61, Nowotny (1987), S. 311f., Musgrave (1974), S. 180ff. vorgenommen. Etwas anders werden die Begriffe abgegrenzt bei Zimmermann/Henke (1987), S. 207, Loeffelholz (1979), S. 30ff.

cherten und die Arbeitgeber.⁴ In einem krankenversicherungslosen Zustand müssen die Versicherten für ihre Ausgaben jeweils selber aufkommen. Arbeitgeber sind an der Finanzierung nicht beteiligt. Durch Einführung einer Krankenversicherung ändern sich die Zahlungen der Versicherten entsprechend der Beitragsgestaltung und Arbeitgeber werden über ihre Beitragsanteile an der Finanzierung beteiligt.

Versicherte und Arbeitgeber reagieren auf die Einführung einer Krankenversicherung mit **Verhaltensanpassungen**. Es ist davon auszugehen, daß die **GKV-Versicherten ihre Leistungsanspruchnahme** bei Einführung der GKV aus zwei Gründen **erhöhen**. Zum einen ermöglicht die GKV auch denjenigen eine Gesundheitsversorgung, die sich eine entsprechende Behandlung aus eigenen Mitteln nicht leisten können. Zum anderen erhöht sich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten bei Absicherung durch eine Versicherung.⁵ Es kommt zu moral hazard durch die Versicherten, indem sie durch riskanteres Verhalten die Schadenwahrscheinlichkeit (ex post moral hazard) und im Bedarfsfall ihre Leistungsnachfrage erhöhen (ex ante moral hazard).

In welchem Umfang sich das Inanspruchnahmeverhalten durch den Versicherungsschutz ändert, ist abhängig von dem Einkommen, dem individuellen Risiko und der persönlichen Wertschätzung von Gesundheit der Versicherten. Es ist nicht möglich, diese Wirkungen zu quantifizieren. Der versicherungslose Vergleichszustand kann in der Realität nicht erzeugt und damit die Inzidenzwirkungen nicht empirisch ermittelt werden. Auch aus Nachfrageeffekten, die partiell bei Selbstbehalten auftreten, kann der Gesamteffekt nicht abgeleitet werden.⁶

⁴ Bei dieser Betrachtung wird vernachlässigt, daß auch die Angestellten der sozialen Krankenversicherung ihr Einkommen aus dem Beitragsanteil ziehen, der die Verwaltungsausgaben abdeckt.

⁵ Zu den Formen von moral hazard vgl. Breyer/Zweifel (1997), S. 186 oder Sievering (1996), S. 97, Breyer (1984), S. 289ff.

⁶ Die Unkenntnis der Einkommenselastizität der Nachfrage prägte die Diskussion um Selbstbeteiligungs- und Bonusregelungen in den Krankenversicherungen. Mitte der 80er Jahre wurde daher in den USA das RAND-Experiment durchgeführt. In einer Längsschnittstudie über acht Jahre wurde das Inanspruchnahmeverhalten von 6.000 Personen mit unterschiedlichen soziodemographischen Eigenschaften in Abhängigkeit vom Versicherungsschutz untersucht. Die Ergebnisse zeigen, daß das Inanspruchnahmeverhalten sich nur zu einem geringem Teil aus soziodemographischen Faktoren erklären läßt. Siehe Newhouse (1993), S.

Auch **Arbeitgeber** ändern ihr Verhalten und versuchen, ihren **Beitragsanteil zu überwälzen**. Es gibt drei verschiedene Annahmen, wer letztendlich die Last des Arbeitgeberanteils trägt⁷: Der Arbeitnehmer bei Rückwälzung, der Konsument bei Vorwälzung oder der Arbeitgeber, wenn keine Überwälzung möglich ist. Allgemein wird davon ausgegangen, daß die Arbeitgeberanteile übergewälzt werden. Es werden aber unterschiedliche Auffassungen darüber vertreten, ob es zu einer Vor- oder Rückwälzung kommt. Empirisch läßt sich keine Theorie signifikant belegen.⁸

Untersuchungen der formalen Inzidenz der Krankenversicherung legen im allgemeinen die Annahme der sofortigen Rückwälzung der Arbeitgeberbeiträge zugrunde.⁹ In Realität kann die **Rückwälzung erst mit zeitlicher Verzögerung** im Rahmen der nächsten Lohnverhandlungen erfolgen.¹⁰ Die Annahme der Rückwälzung wird auch durch den Vorschlag des SACHVERSTÄNDIGEN-RATES FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN gestärkt, den Arbeitgeberbeitrag auf einen festen Lohnanteil zu fixieren.¹¹ Bei

338ff. Ähnliche Ergebnisse zeigten auch internationale Untersuchungen von Rau (1992), S. 92ff., Besley (1991), S. 51 ff., Majnoni d'Intignano (1991), S. 11. Auch die in den 80er Jahren in Deutschland heftig geführte Diskussion über die Einführung von Selbstbehaltsregelungen ist von der Unsicherheit über ihre genauen Wirkungen bestimmt, vgl. dazu z.B. Malin/Schmidt (1995), S. 762, Herder-Dorneich (1986), S. 69, Knappe/Fritz (1986), S. 459ff. Pfaff, M. (1986), S. 156ff., Schneider (1986), S. 33ff., Waser/Zweifel (1986), S. 185ff., Zweifel/Waser (1986), S. 480f., Pfaff, M. (1985), S. 276.

⁷ Die Einordnung der Arbeitgeberbeiträge als Lohnbestandteil führt nicht kausal zu der Annahme der Rückwälzung, wie dies oftmals geschieht, vgl. Rürup (1983), S. 484.

⁸ Unterschiedliche theoretische Ansätze und empirische Untersuchungen werden diskutiert bei Loeffelholz (1979), S. 155ff. und S. 141 ff.

In einer Simulationsrechnung zeigt LOEFFELHOLZ, daß durch die Überwälzung die gesamte Umverteilung des deutschen Sozialsystems nur marginal beeinflußt wird. Die Inzidenzwirkung bei den Versicherten unterscheidet sich bei unterschiedlichen Überwälzungsannahmen nur um ca. 2%, Loeffelholz (1979), S. 321ff. Daher wird auf eine detaillierte Darstellung der Überwälzungstheorien hier verzichtet.

⁹ Vgl. Behrens (1991), S. 34, Meierjürgen (1989), S. 94ff., Becker (1985), S. 99, Andel (1975), S. 60ff., Ott (1981), S. 70 und S. 135.

Diese These der allgemeinen Rückwälzung der Sozialversicherungsbeiträge wird auch vertreten bei Neubauer/Birkner (1984), S. 32, Albers (1982), S. 51ff., Transfer-Enquête-Kommission (1981), Ziffer 409.

¹⁰ Vgl. Behrens (1991), S. 31, Schmähl u.a. (1986), S. 32.

¹¹ Vgl. SVR (1995), Ziffer 532ff., insb. Ziffer 546f.

einer solchen Fixierung würden Beitragssatzänderungen ohne Zeitverzögerung in voller Höhe von den Arbeitnehmern getragen.

Untersuchungen der **formalen Inzidenz** bauen daher auf den beiden folgenden Annahmen auf:

- Das **Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten** bleibt bei Einführung der Krankenversicherung **unverändert**.
- Der **Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung** wird **auf die Versicherten rückgewälzt**.

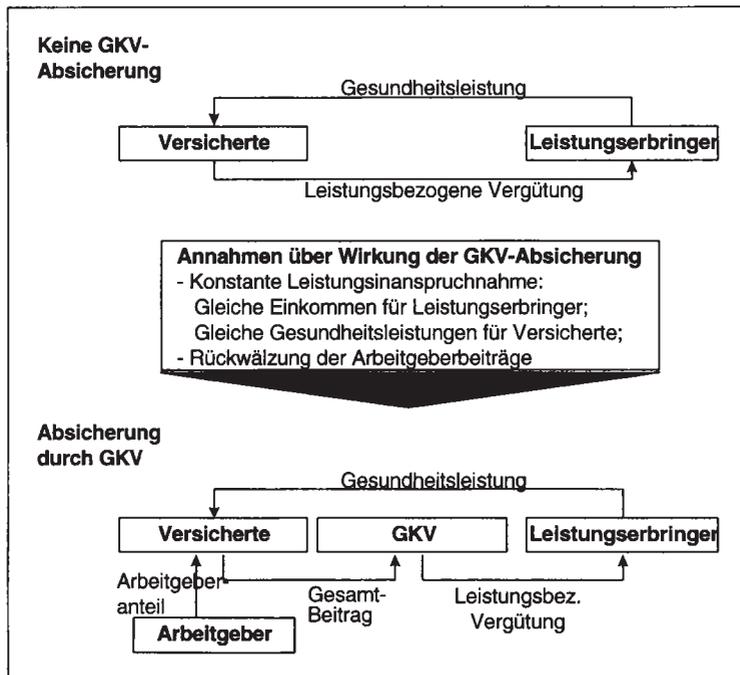


Abbildung 2: Untersuchungsrahmen der formalen Inzidenz (Quelle: Eigene Darstellung)

Unter diesen Annahmen **verändert die Einführung der Krankenversicherung nur den Dispositionsspielraum der Versicherten aufgrund der geänderten Zahlungen**, die sie für die Gesundheitsabsicherung leisten. Menge und Vergütung der nachgefragten Leistungen bleiben unverändert. Damit bleibt der Nutzen, den die Versicherten aus der Gesundheitsversorgung ziehen und damit die Inzidenzen durch die Realleistungsgewährung konstant. Außerdem kommt es

zu keinen Einkommensänderungen bei Leistungserbringern und von ihnen abhängigen Wirtschaftssubjekten (vgl. Abbildung 2).

Exkurs: Trennung Finanzierungs- und Leistungserbringungssystem

Systeme der Gesundheitssicherung bestehen aus zwei weitgehend unabhängigen Subsystemen, dem Leistungserbringungssystem und dem Finanzierungssystem, die unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen und auf unterschiedliche Weise Inzidenzen bei den Versicherten bewirken.¹²

Das **Leistungserbringungssystem** regelt die Bereitstellung und Vergütung der Gesundheitsleistungen etwa über die Zulassung von Leistungserbringern und Behandlungsmethoden, die Zugangsmöglichkeiten der Versicherten zu den Leistungen und das Abrechnungsverfahren mit den Leistungserbringern. Damit wird festgelegt, welche Leistungen die Versicherten erhalten und welchen Nutzen sie durch gesundheitliche Verbesserung ziehen. So bestimmt die Form der Leistungserbringung die **realen Inzidenzen bei den Versicherten**.¹³ Sie beeinflusst weiterhin die Einkommen und damit die **monetären Inzidenzen bei den Leistungserbringern**.

Das **Finanzierungssystem** legt fest, wer nach welchen Regeln und in welcher Höhe zur Aufbringung der Mittel beiträgt, die für die Leistungsvergütung erforderlich sind. Damit werden die **monetären Inzidenzen der Versicherten** für ihren Krankenversicherungsschutz bestimmt.

Unter der Annahme der formalen Inzidenz werden die Umverteilungswirkungen unterschiedlicher Finanzierungsformen bei Konstanz des Leistungserbringungssystems untersucht.¹⁴ Diese **getrennte Betrachtung von Finanzierungs- und Leistungserbringungssystem** geht davon aus, daß unterschiedliche Formen von Finanzierungssystemen und Leistungserbringungssystemen miteinander

¹² Vgl. Henke (1995b), S. 349f., SVR (1994), Ziffer 492, Henke (1986), S. 614f. Ähnliche Abgrenzung findet sich bei Schulenburg (1986), S. 3, Pfaff, M. (1986), S. 146.

¹³ Zu den realen Inzidenzen siehe Gäfgen (1990), S. 131ff., Gäfgen (1988), S. 102ff., Henke (1977), S. 15ff.

¹⁴ Zu diesem Ansatz vgl. Henke (1995b), S. 349f., SVR (1994), Ziffer 492, Musgrave/Musgrave/Kullmer (1990), S. 94, Kitterer (1986b), S. 21.

kombiniert werden können und daß dadurch eine Änderung in der Finanzierung keine Änderung in der Leistungserbringung erforderlich macht.¹⁵

Idealtypischerweise waren in der Vergangenheit bestimmte Formen der Finanzierung immer mit bestimmten Formen der Leistungsbereitstellung gekoppelt: staatliche Finanzierung mit staatlicher Bereitstellung und zentraler Planung, private Finanzierung mit marktlichem Wettbewerb sowie die Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge mit einer Bereitstellung im Rahmen von Gruppenverträgen.¹⁶ In Deutschland bestehen immer noch entsprechende Unterschiede in Vergütung und Bereitstellung von Leistungen zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. Im internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme zeigen sich keine so klaren Abgrenzungen mehr. Im Gegenteil führen die jüngsten Reformen in vielen westlichen Ländern zu einer Angleichung der Leistungserbringungssysteme unabhängig von der Finanzierung: So wurde etwa in dem staatlich finanzierten National Health Service in Großbritannien die staatliche Leistungsbereitstellung zugunsten von Verträgen mit privaten Leistungserbringern zurückgenommen und Wettbewerb mit Kostenverantwortung zwischen den einzelnen Leistungserbringern eingeführt.¹⁷ Im privaten Sektor in den USA ist ein Großteil der Bevölkerung über Health Maintenance Organisationen abgesichert, die vereinfacht ausgedrückt Versicherungen mit angestellten Leistungserbringern sind. Diese Form der Leistungserbringung über Angestellte weist größere Ähnlichkeiten mit der staatlichen Bereitstellung als dem freien Wettbewerb auf.¹⁸ Gleichzeitig werden in den USA die staatlich finanzierten Gesundheitsleistungen zu einem großen Teil von privaten Anbietern erbracht und einzelleistungsbezogen abgerechnet, wie es sonst bei privaten oder auch gesetzlichen Krankenversicherungen üblich ist. Insgesamt zeichnet sich international ein Trend zu mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern ab.¹⁹

¹⁵ Vgl. Neubauer/Birkner (1984), S. 35.

¹⁶ Vgl. Bäumer (1988), S. 312, Neubauer/Birkner (1984), S. 41ff. Zu Typologisierungsansätzen siehe auch Parkin (1991), S. 178, OECD (1987), S. 24, Pfaff, M. (1983), S. 82ff., vgl. auch Pfaff, M. (1990), S. 18.

¹⁷ Vgl. Kellogg (1995), S. 43, Wilsford (1995), S. 599ff., Enthoven (1991), S. 64ff.

¹⁸ Vgl. Schumacher (1995), S. 512.

¹⁹ Vgl. Ham/Brommels (1994), S. 111f. In der Schweiz wurden den sozialen Krankenversicherungen ein größerer Gestaltungsspielraum für die Leistungserbringung eingeräumt, so betreiben die Krankenversicherungen dort seit einigen Jahren HMOs, siehe dazu Geser (1995),

Die realen Systeme bestätigen die Annahme, daß unterschiedliche Formen der Finanzierung mit unterschiedlichen Formen der Leistungserbringung frei kombiniert werden können. Daher ist es möglich, **die monetären Umverteilungswirkungen der Finanzierung unabhängig von den realen Inzidenzen des Leistungserbringungssystems zu untersuchen**. Dabei können die monetären Umverteilungswirkungen sowohl die Zahlungen für die Gesundheitsabsicherung als auch die Leistungsausgaben, also die monetär bewerteten Leistungen, erfassen. Die realen Inzidenzen der Krankenversicherung, d.h. die Verteilung des Nutzens aus den Gesundheitsleistungen und die Verteilungswirkungen bei unterschiedlicher Effizienz der Leistungsbereitstellung, werden dabei als konstant angenommen. Sie sind als Inzidenz des Leistungserbringungssystems getrennt zu untersuchen.

2.1.2.3. Effektive Inzidenz

Die effektive Inzidenz berücksichtigt die **Gesamtheit aller Verhaltensänderungen** und nicht nur plausibel abschätzbare Anpassungsvorgänge.²⁰ Sie setzt am "fiktiven Wirkungsendpunkt"²¹ an und erfaßt dort die Effekte, die sich nach Abschluß aller Anpassungsvorgänge einstellen.

Änderungen in der Gesundheitsabsicherung führen zu komplexen Anpassungswirkungen bei verschiedenen Beteiligten, letztlich in der gesamten Gesellschaft. Zunächst reagieren die Versicherten mit Nachfrageänderungen. Entsprechend passen die Leistungserbringer ihre Angebotsmengen und -preise an. In weiteren Wirkungsrunden werden die Strukturen und Prozesse im gesamten Gesundheitssektor und auch in anderen Sektoren beeinflusst. Verteilungsobjekte sind somit alle, die unmittelbar oder mittelbar von der Finanzierung und Leistungserbringung betroffen sind.

Bisher wurde kein Versuch unternommen, die Gesamtheit der Wirkungszusammenhänge zu erfassen. Es werden zwei Ansätze verfolgt, ein Verständnis

S. 32f., Kocher (1995), S. 250ff. In den Niederlanden wurde den Krankenkassen 1993 die Möglichkeit zur freien Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern gegeben, vgl. Schut (1995), S. 635ff. Auch in Deutschland werden erste Modellversuche zu neuen Kooperationsformen und begrenztem Wettbewerb bei der Leistungserbringung zugelassen, vgl. KBV (1996), S. 7ff.

²⁰ Vgl. Andel (1990), S. 108ff.

²¹ Zimmermann/Henke (1987), S. 207.

von Teilaspekten zu gewinnen. Zum einen werden einzelne Wirkungsmechanismen, z.B. die Nachfragewirkung des Versicherungsschutzes, aus dem Gesamtzusammenhang gelöst und erforscht.²² Zum anderen werden Gesamtwirkungen, wie die Beschäftigungswirkung von Beitragssatzerhöhungen, auf einer aggregierten Ebene abgeschätzt.²³

Da die vielfältigen Anpassungsreaktionen von Versicherten, Leistungserbringern und anderen Beteiligten weitgehend unbekannt sind, können sie nicht bei der Untersuchung berücksichtigt und im Modell abgebildet werden.²⁴ Daher werden hier die **formalen Inzidenzen des Krankenversicherungssystems untersucht** unter den Annahmen, daß das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten sich durch Einführung der Krankenversicherung nicht ändert und daß der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung von den Versicherten getragen wird.

2.1.3. Verteilungssubjekte

Unter den beiden Annahmen der formalen Inzidenz ändert sich durch die Einführung der Krankenversicherung nur der Dispositionsspielraum der Versicherten, die damit Verteilungssubjekte sind. Die Versicherten als Verteilungssubjekte können grundsätzlich nach zwei Kriterien eingeteilt werden.

Zum einen können sie in Abhängigkeit von Versicherteneigenschaften, wie Versicherungsschutz, Einkommen und Risiko, gruppiert werden, um interpersonelle Umverteilungen zwischen den einzelnen Gruppen zu untersuchen. Die interpersonellen Umverteilungen werden als sozialer Ausgleich mit der Mittelaufbringung intendiert.

²² Beispiele für Untersuchungen der Verhaltensänderungen von

- Versicherten ist das RAND-Experiment, siehe Newhouse (1993)
- Leistungserbringern finden sich bei Neubauer (1987), S. 179ff., Schulenburg (1987b), S. 373ff.

²³ Beispiele sind Untersuchungen der Auswirkungen des Gesundheitswesens auf

- die Arbeitsnachfrage, vgl. SVR (1996), Ziffer 4ff. und 300ff.,
- das Arbeitsangebot, vgl. Meierjürgen (1989), S. 56, Groebel (1989), S. 73,
- auf Wachstum und Konjunktur, vgl. Molitor (1987), S. 205ff.

²⁴ Der Ansatz der formalen Inzidenz ist eine weitreichende Vereinfachungen der komplexen realen Zusammenhänge. Dennoch sind diese vereinfachenden Annahmen zur Untersuchung der Wirkungen erforderlich, vgl. Krupp (1973), S. 256. Siehe auch Hauser (1986), S. 439ff.

Zum anderen können die Versicherten nach ihrem Geburtszeitpunkt eingeteilt werden, um die intergenerativen Umverteilungen zwischen verschiedenen Generationen zu analysieren.²⁵ Intergenerative Umverteilungen der GKV werden nicht angestrebt, können aber bei bestimmten Entwicklungen von Versichertenstruktur oder Gesundheitsausgaben auftreten.

*Interpersonelle und intergenerative Umverteilungen werden in getrennten Untersuchungen und über unterschiedliche Ansätze analysiert und bewertet.*²⁶ Da die aktuellen Diskussionen über Finanzierungsreformen fast ausschließlich Bezug auf interpersonelle und nicht auf intergenerative Umverteilungen nehmen, untersucht die *vorliegende Arbeit die interpersonellen Umverteilungswirkungen*. Als Ergänzung zu den interpersonellen Umverteilungen werden in diesem Abschnitt auch die intergenerativen Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung sowie die Probleme ihrer Erfassung beschrieben, da eine vollständige Beurteilung der Umverteilungen die intergenerativen Inzidenzen mit berücksichtigen muß.

2.1.3.1. Interpersonelle Inzidenz

Die interpersonelle Inzidenz untersucht, wie sich die Einkommen unterschiedlicher Versichertengruppen durch eine GKV-Absicherung verändern.

In der GKV werden Leistungen beitragsunabhängig gewährt und die Beiträge einkommensabhängig erhoben. Dadurch kommt es im Rahmen des sozialen Ausgleichs **innerhalb der GKV zu Umverteilungen** in zwei Richtungen, zu

- einem **Risikoausgleich** zwischen Versicherten mit unterschiedlichen Risiken und
- einem **Einkommensausgleich** zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Einkommen.

²⁵ Intertemporale Umverteilungen zählen zu den interpersonellen Umverteilungen. Durch Umverteilungen von jüngeren zu älteren Versicherten wird ein Belastungsausgleich während der gesamten Versicherungszeit hergestellt. Es sollte nicht, kann aber zu intergenerativen Umverteilungen führen.

²⁶ Auch bisherige Untersuchungen beschränkten sich wegen der unterschiedlichen Anforderungen an die Untersuchungsmethodik jeweils entweder auf die interpersonellen oder auf die intergenerativen Umverteilungswirkungen. Henke/Behrens (1989), Becker (1985), Ott (1981), Adel (1975) untersuchten nur die interpersonellen Umverteilungen; Dudey (1996), Behrens (1991), Meierjürgen (1989) nur die intergenerativen Umverteilungen.

Beide Ausgleiche wirken gleichzeitig und überlagern sich, wie am Beispiel des Altersausgleichs deutlich wird (vgl. Abbildung 3). So kommt es beispielsweise auch zu Umverteilungen von Versicherten mit niedrigem Einkommen und niedrigem Leistungsbedarf zu solchen mit hohem Einkommen und hohem Leistungsbedarf.

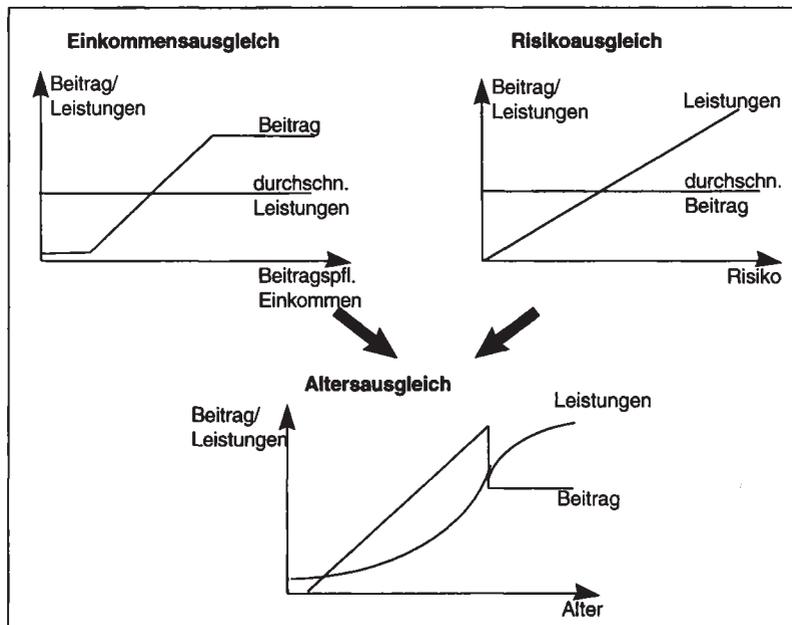


Abbildung 3: Altersausgleich als Risiko- und Einkommensausgleich (Quelle: Eigene Darstellung)

Über die Umverteilungen innerhalb der GKV beeinflusst der soziale Ausgleich auch die **Einkommensverteilung der gesamten Bevölkerung**. Dadurch daß sich die Einkommen der GKV-Versicherten ändern, ändert sich auch das Einkommensverhältnis der GKV-Versicherten im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung und damit die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung. Bisherige Untersuchungen der interpersonellen Umverteilungswirkungen der GKV haben sich immer nur auf die Umverteilungen innerhalb der GKV beschränkt und die

gesamtgesellschaftlichen Einkommenseffekte vernachlässigt.²⁷ Da die GKV als Parafisci mit dem sozialen Ausgleich gesellschaftliche Umverteilungsaufgaben wahrnimmt, müssen die Einkommenswirkungen der Mittelaufbringung anhand der gesamtgesellschaftlichen Einkommenswirkung beurteilt werden. In dieser Arbeit werden daher die interpersonellen Inzidenzen über zwei Ansätze untersucht,

- über die *Umverteilungswirkungen zwischen den GKV-Versicherten* und
- über die *gesamtgesellschaftlichen Einkommenswirkungen*.

Zur Untersuchung der interpersonellen Umverteilungen werden die Versicherten in Gruppen eingeteilt, die jeweils gleiche Einkommensänderungen durch die GKV-Finanzierung erfahren.

Die Umverteilungen innerhalb der GKV werden durch eine Einteilung der Versicherten nach den Merkmalen untersucht, die den Leistungsbedarf und die Beitragszahlung bestimmen. Haupteinflußgrößen des Leistungsbedarfs sind Alter, Geschlecht, allgemeiner Gesundheitszustand, Einkommen und Bildungsniveau der Versicherten.²⁸ Neben diesen personenbezogenen Faktoren haben auch die verfügbaren Versorgungsstrukturen einen bedeutenden Einfluß auf die tatsächlichen Behandlungskosten.²⁹ Die wesentliche Bestimmungsgröße für die Beitragszahlung ist das beitragspflichtige Einkommen.

Zur Bestimmung des gesamtgesellschaftlichen Einkommenseffektes werden zunächst Gruppen nach der Art des Versicherungsschutzes gebildet. Eine Differenzierung nach weiteren Merkmalen, z.B. Einkommen oder Familienstruktur, zeigt die Wirkung bei einzelnen Gruppen der Bevölkerung.

²⁷ Vgl. die Untersuchungen von Henke/Behrens (1989), S. 7ff., Becker (1985), S. 99ff., Ott (1981), S. 77ff., Ansel (1975), S. 43f.

²⁸ Zu den allgemeinen Einflußgrößen vgl. Leu/Doppmann (1986), S. 172ff., Mühlkamp (1991), S. 97f. und Zweifel/Hauser (1987), S. 304f. Siehe auch Kapitel 2.2.1.1.

²⁹ Vgl. Brunkhorst (1987), S. 216, Paquet (1987), S. 58f. oder Henke (1983a), S. 468f.

2.1.3.2. Intergenerative Inzidenz

Intergenerative Umverteilung liegt dann vor, wenn eine **Generation³⁰ einen Realeinkommensgewinn zu Lasten des Realeinkommens einer anderen Generation** erzielt.³¹ Umverteilungen zwischen Generationen finden in jeder Gesellschaft statt. Beispielsweise wird durch Investitionsentscheidungen der lebenden Generation der Kapitalstock der zukünftigen Generation und damit ihre Möglichkeiten zur Einkommenserzielung bestimmt. Aber auch die Aufzucht von Kindern im Familienverbund oder die Kürzung der Sozialleistungen für ältere Leistungsempfänger führen zu intergenerativen Umverteilungen.³²

Die Gesetzliche Krankenversicherung intendiert interpersonelle Umverteilungen zwischen Versichertengruppen. Dadurch können auch intergenerative Umverteilungen verursacht werden. Die intergenerativen Inzidenzen der GKV werden über den Vergleich der Nettoeffekte ermittelt, die die Gesundheitsabsicherung auf das Lebenseinkommen verschiedener Generationen hat.³³ Der **Lebensnettoeffekt** einer Generation wird als Barwert der Differenzen von gezahlten Beiträgen und empfangenen Leistungen aller Perioden berechnet (vgl. Gl. I).³⁴

³⁰ Eine Generation ist die Menge derjenigen, die im gleichen Zeitraum geboren sind. Synonym wird auch der Begriff Kohorte verwendet, vgl. Schmähl (1983), S. 8f.

³¹ Der Begriff der intergenerativen Umverteilung wird zwar häufig verwendet. Er ist aber nicht eindeutig definiert, vgl. Dudey (1996), S. 88. Hier wird die Definition der Weltbank angewendet, vgl. Davies (1996), S. 5. Andere Definitionen beziehen sich nicht auf die Realeinkommen, sondern z.B. auf Konsummöglichkeiten oder generelle Ressourcenverfügbarkeiten, vgl. dazu Raffelhüschen/Walliser (1996), S. 181 und 183 oder auch Dinkel (1986), S. 79.

³² Zu den Wirkungsrichtungen von intergenerativen Umverteilungen siehe Davies (1996), S. 6.

³³ Vgl. Dinkel (1986), S. 79.

³⁴ Dieser Ansatz geht vereinfachend davon aus, daß die Existenz der GKV keine Kapitalmarkt- und Wachstumseffekte hat. In einem System ohne GKV würde sich jedoch die Bevölkerung über Sparen, etwa in Form einer Privatversicherung, gegen das finanzielle Risiko der Krankheit absichern. Von dieser Kapitalakkumulation würden Wachstumswirkungen ausgehen. Diese Wachstumswirkungen einer sozialen Absicherung über Kapitaldeckungsverfahren wurden für die private Altersversorgung bereits untersucht (Einen Überblick über unterschiedliche Modelle der Wirkungsmechanismen geben z.B. Dudey (1996), S. 101, Külp (1991), S. 47f. Bösch (1987), S. 64ff., Wagner (1984), 74ff., aber noch nicht für die private Krankenversicherung analysiert.

Die Wahl des Diskontsatzes bestimmt des Umfang der intergenerativen Umverteilung maßgeblich, vgl. Speckbacher (1994), S. 58f. Der Wert des Diskontsatzes läßt sich nicht eindeutig herleiten. Berechnungen der intergenerativen Umverteilung sind daher immer in dem

Ein negativer Lebensnettoeffekt zeigt an, daß eine Generation mehr Beiträge gezahlt, als sie Leistungen erhalten hat. Generationen mit positivem Lebensnettoeffekt sind Begünstigte.

$$LN^i = \sum_T (L_t^i - B_t^i) * (1+r)^{-t} \quad (I)$$

mit: i:	Durchschnittlicher Versicherter der Kohorte i
LN^i :	Lebensnettotransfer von i
T:	Versicherungszeit $t = 0..T$
B_t^i :	Beitrag von i in Periode t
L_t^i :	Leistungsbedarf von i in t
r	Diskontierungsfaktor

Die umlagefinanzierte GKV bewirkt in einem "steady state Zustand" keine intergenerativen Umverteilungen. Dabei müssen zusätzlich zu den makroökonomischen Bedingungen des steady state Zustandes auch die Änderungsraten von Leistungsspektrum, Morbidität und Kostensteigerung aufgrund medizinischen Fortschritts konstant sein. Diese Bedingungen sind in der Realität nicht erfüllt, so daß es **in der GKV zu intergenerativen Umverteilungen** kommt.³⁵ Dies ist insbesondere **zurückzuführen** auf

- **Demographische Entwicklungen,**
- **Medizinisch-technischen Fortschritt** und
- **Änderungen im wirtschaftlichen Umfeld.**

Änderungen der Fertilitäts-, Morbiditäts- und Migrationsraten führen dazu, daß sich die relativen Stärken der Generationen und über ihre Ausgaben und Beitragsanteile auch die Lebensnettoeffekte der einzelnen Generationen verändern.³⁶

Maße subjektiv, wie die Wahl der Diskontrate von subjektiven Einschätzungen beeinflusst ist, vgl. Dudey (1996), S. 93ff., Raffelhüschen/Walliser (1996), S. 187f., Speckbacher (1994), S. 27f. und 34f., Meierjürgen (1989), S. 98, Dinkel (1986), S. 80, Wagner (1984), S. 57f.

³⁵ Vgl. Schulenburg (1988), S. 209.

³⁶ Einen Überblick über die Teilaspekte der demographischen Veränderungen gibt Schulenburg (1989a), S. 75ff. Zu den Wirkungen

- einer geänderten Bevölkerungsstruktur siehe Erbsland/Ried/Ulrich (1997), S. 7ff., Knappe/Rachhold (1997), S. 99ff., Oberdieck (1996), S. 90ff., Schulenburg (1989b), S. 347ff.
- einer steigenden Morbidität im Alter siehe Oberdieck (1996), S. 104ff., Oberender A. (1996), S.9f., Reiners (1995), S. 121, Schwarz/Busse (1995), S. 130, Zweifel (1990), S. 383f.

Medizinisch-technische Entwicklungen bewirken Änderungen der Behandlungsausgaben pro Versichertem. Fortschritte der medizinischen Forschung führen, anders als in anderen Industrien, meist zu Kostensteigerungen durch den Einsatz neuer Diagnose- und Behandlungsverfahren.³⁷ Da sie überproportional häufig bei älteren Menschen eingesetzt werden,³⁸ erhöht sich der Anteil der Leistungsausgaben für Ältere und es kommt zu intergenerativen Inzidenzen.

Änderungen im wirtschaftlichen Umfeld wirken sich auf die Beitragsbemessungsgrundlage aus und beeinflussen dadurch die Lebensbeitragszahlungen und die intergenerativen Umverteilungswirkungen der GKV.³⁹

Die komplexen Einflüsse von demographischen, medizinisch-technischen und wirtschaftlichen Entwicklungen auf die Lebensnettoeffekte und damit ihre intergenerativen Inzidenzen können in einem **Modell mit zwei Generationen** veranschaulicht werden, das den Ansatz der Overlapping-Generation-Modelle verfolgt. Es geht davon aus, daß eine Generation jeweils zwei Perioden lebt, als Berufstätige und Rentner. In der ersten Periode zahlen die Versicherten einen höheren Beitrag als in der zweiten Periode. Gleichzeitig liegt ihr Leistungsbedarf in der ersten Periode unter dem der zweiten Periode. Der Lebensnettoeffekt der gesamten Versichertenzeit ergibt sich als Barwert der Differenzen aus Beitragszahlungen und erhaltenen Leistungen während der beiden Perioden (vgl. Gl. II). Unter der Annahme, daß die Beiträge rein proportional zum beitragspflichtigen Einkommen erhoben werden (vgl. Gl. III),⁴⁰ wird der Lebensnettoeffekt einer Generation durch Leistungsausgaben, Versichertenzahl und beitragspflichtige Einkommen der Generationen bestimmt (vgl. Gl. V).⁴¹

³⁷ Die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts hat OBERDIECK ausführlich analysiert, siehe Oberdieck (1996), S. 67ff., vgl. auch Brenner (1993), S. 55ff., Knappe/Rachhold (1997), S. 108ff.

³⁸ Vgl. Oberdieck (1996), S. 130ff.

³⁹ Zukünftige Änderungen in den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und ihre Auswirkungen auf die Beitragssatzentwicklung wurden bisher kaum untersucht. Zu einzelnen Abhängigkeiten siehe SVR (1994), S. 161ff., Schmähl (1989), 285ff., Schulenburg (1989a), 76ff., Dinkel (1985), 366ff., Wagner (1984), S. 72f.

⁴⁰ Zur Berechnung des Beitragssatzes vgl. Schmähl (1989), S. 302ff. und Rürup (1986), S. 245f.

⁴¹ Die Herleitung der Gleichung findet sich in Anhang

$$LN^t = L_A^t - B_A^t + (L_R^{t+1} - B_R^{t+1}) * (1+r)^{-1} \quad (II)$$

$$B_A^t = EK_A^t * b^t \text{ bzw. } B_R^t = EK_R^t * b^t \quad (III)$$

$$b^t = \frac{L_A^t * (1+Q^t * I^t)}{EK_A^t * (1+Q^t * ek^t)} \quad (IV)$$

$$\text{mit } I^t = L_R^t / L_A^t$$

$$ek^t = EK_R^t / EK_A^t$$

$$Q^t = \frac{\text{Rentnerzahl}^t}{\text{Arbeitnehmerzahl}^t}$$

$$LN^t = \frac{L_A^{t+1} * (I^{t+1} - ek^{t+1})}{(1+Q^{t+1}ek^{t+1}) * (1+r)} - \frac{L_A^t Q^t (I^t - ek^t)}{1+Q^t ek^t} \quad (V)$$

LN^t	Lebensnettoeffekt der in t geborenen Generation
B_A^t bzw. B_R^t	Beitragszahlung der Arbeitnehmer bzw. Rentner in t
L_A^t bzw. L_R^t	Leistungsausgaben der Arbeitnehmer bzw. Rentner in t
r	Diskontierungsfaktor
EK_A^t bzw. EK_R^t	Einkommen der Arbeitnehmer bzw. Rentner in t
b^t	Beitragssatz in t

Anhand dieser Gleichung können die Einflüsse verschiedener Entwicklungen auf die Lebensnettoinzidenzen und damit die intergenerativen Umverteilungen untersucht werden, wie die Wirkung ausgewählter Änderungen in der Periode t+1 auf den Lebensnettotransfer der in t geborenen Generation zeigt:

Medizinisch technischer Fortschritt führt zu einem Anstieg der Leistungsausgaben pro Kopf in t+1 (L_A^{t+1}). Bei Konstanz der anderen Größen steigt der Lebensnettotransfer und die Generation wird begünstigt. Auch steigender Leistungsbedarf der Rentner im Verhältnis zu den Arbeitnehmern bewirkt (I_A^{t+1}) eine Begünstigung der Rentnergeneration. Ein Anstieg des Rentnerquotienten (Q^{t+1}) senkt den Lebensnettotransfer der in t geborenen Generation, da sie als Rentner einen höheren Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben tragen müssen.

Diese modelltheoretischen Betrachtungen zeigen bereits, daß die intergenerativen Verteilungswirkungen der GKV von vielen, schwierig abzuschätzenden Entwicklungen bestimmt werden. Verschiedene Untersuchungen haben versucht, die intergenerativen Umverteilungswirkungen der GKV zu quantifizie-

ren.⁴² Die **Ergebnisse der Modellrechnungen** zeigen wegen ihrer **hohen Ungenauigkeit** nur, daß es zu intergenerativen Umverteilungen kommen wird, nicht aber in welcher Höhe und mit welcher Belastungsaufteilung auf die einzelnen Generationen. Die hohe Ungenauigkeit ist durch die sehr vereinfachenden Annahmen über Ausgaben- und Beitragsentwicklung unvermeidbar, die getroffen werden müssen, da die Kenntnis über zukünftige medizinisch technische, demographische und wirtschaftliche Entwicklungen gering ist und da keine Längsschnittdaten über Einkommen und Ausgaben der Versicherten vorliegen.

2.1.4. Zeitliche Reichweite

Der Einkommenseffekt der GKV-Absicherung ist abhängig von Einkommen und Risiko der Versicherten. Einkommens- und risikorelevante Eigenschaften ändern sich während der Versichertenzeit. So ist beispielsweise ein Versicherter als Student Nettoempfänger, später als Single mit hohem Einkommen Nettozahler und wird als Familienvater wieder zum Nettoempfänger im sozialen Ausgleich. Zusätzlich können sich die Wirkungsrichtungen des sozialen Ausgleichs und damit die Einkommenswirkung für die Versicherten über die Zeit ändern.⁴³ Daher **kann nicht von der Umverteilungsposition, die ein Versicherter zu einem Zeitpunkt einnimmt, auf seine Umverteilungsposition während der gesamten Versicherungszeit geschlossen werden.**⁴⁴

In einer **Querschnittanalyse** werden die Umverteilungswirkungen zu einem Zeitpunkt ermittelt. Grundlage für die Analyse sind versichertenbezogene Daten zu einem Zeitpunkt, die weitgehend in Statistiken des Statistischen Bundesamtes und der Träger der Gesetzlichen Krankenversicherungen verfügbar sind.

In einer **Längsschnittanalyse** werden die Umverteilungen während des gesamten Versichertenlebens über die Lebensnettoeffekte ermittelt, d.h. die Differenz aus den Barwerten der Beitragszahlungen und der Leistungen während der

⁴² Die Auswirkungen der zukünftigen Ausgabenentwicklung und der resultierenden intergenerativen Umverteilungen auf die Akzeptanz des Systems wurden untersucht von Breyer/Schulenburg (1989), Breyer/Schulenburg (1987), Schulenburg/Kleindorfer (1986).

⁴³ Vgl. Schmähl (1986), S. 200f.

⁴⁴ Vgl. Schmähl (1983), S. 3ff.

gesamten Versichertenzeit.⁴⁵ Für die Untersuchung werden Versichertengruppen nach Eigenschaften gebildet, die über die gesamte Versicherungszeit konstant sind, z.B. nach Zahl aller Kinder oder Geschlecht.⁴⁶

Ergebnisse einer Längsschnittanalyse sind nur sehr begrenzt aussagefähig, da keine versichertenbezogenen Längsschnittdaten über Lebenslauf, Einkommen und Leistungen erhoben werden.⁴⁷ So können nur grobe Einteilungen in wenige durchschnittliche Lebensläufe ohne Berücksichtigung der verteilungsrelevanten Eigenschaften Einkommen und Beruf vorgenommen werden.⁴⁸ Die Berechnungen müssen mit GKV-durchschnittlichen, aus Querschnittsdaten abgeleiteten Pseudolängsschnittdaten über den Einkommens- und Ausgabenverlauf durchgeführt werden. Eine weitere Ungenauigkeit ergibt sich aus der Unsicherheit über die zukünftige demographische und medizinisch-technische Entwicklung.

Wegen dieser vereinfachenden Annahmen können aus Längsschnittanalysen nur allgemeine qualitative, aber keine quantitativen Aussagen abgeleitet werden.⁴⁹ *In dieser Arbeit werden die interpersonellen Umverteilungswirkungen im Rahmen von Querschnittanalysen untersucht*, die relativ zuverlässige quantitative Ergebnisse liefern.

2.1.5. Verteilungsobjekt

2.1.5.1. Beschreibung

Umverteilungen werden durch den Vergleich einer Einkommensverteilung mit einer Referenzverteilung ermittelt. Die Änderungen der Einkommensverteilung, die durch die GKV bewirkt werden, können prinzipiell im Vergleich zu zwei

⁴⁵ Siehe Schmähl (1988), S. 221ff. Siehe auch die Definition der Lebensnettoinzidenz zur Bestimmung der Intergenerativen Umverteilung in Kapitel 2.1.3.2.

⁴⁶ Zu verschiedenen gruppenbildenden Merkmalen siehe Behrens/Henke (1989), S. 6f., Meierjürgen (1989), S. 49, Schulenburg (1988), S. 209, Schmähl u.a. (1986), S. 98, Ott (1981), S. 75f. oder Andel (1975), S. 71.

⁴⁷ Vgl. Schmähl (1985a), S. 278ff.

⁴⁸ Vgl. die Untersuchungen von Behrens (1991), Meierjürgen (1989), Zschocke (1989).

⁴⁹ Längsschnittanalysen lassen "keine haltbaren Aussagen" zu, Henke (1983), S. 158. Vgl. auch Mühlenkamp (1991), S. 107, Schmähl (1989), S. 297, Schmähl u.a. (1986), S. 20.

Referenzverteilungen bestimmt werden (vgl. Abbildung 4) als **Änderung der Einkommensverteilung**

- gegenüber der Einkommensverteilung bei risikoäquivalenter Zahlung und
- gegenüber der Einkommensverteilung vor Beitragszahlung.

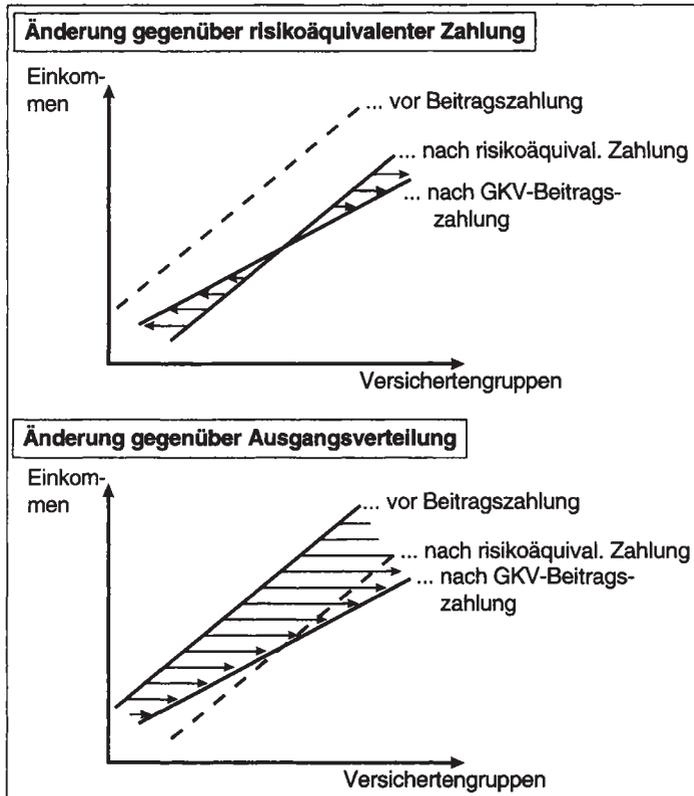


Abbildung 4: Umverteilung als Änderung der Einkommensverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung und als Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung (Quelle: Eigene Darstellung)

Beide Ansätze verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen und ermöglichen unterschiedliche Auswertungen. Der Vergleich mit der **risikoäquivalenten Zahlung** zeigt auf, wie sich die Einkommen der Versicherten durch die GKV-Absicherung verändern und berücksichtigt dabei **sowohl einkommens- als auch risikobezogene Umverteilungen**.

Durch den Vergleich mit der **Einkommensverteilung vor Beitragszahlung** werden Änderungen in den relativen Einkommenspositionen der Versicherten **nur aufgrund der Beitragszahlung** und ohne Berücksichtigung der gewährten Leistungen betrachtet. Diesem Ansatz liegt implizit die Annahme zugrunde, daß unterschiedliche Leistungsanspruchnahme als Versicherungsrisiko von der Versichertengemeinschaft getragen wird und nicht explizit in die Umverteilungsbewertung einfließen soll.

Beide Untersuchungsansätze können zu **unterschiedlichen Bewertungen** führen, wie das Beispiel in Tabelle 1 zeigt. Bei der proportionalen Beitragszahlung bleiben die relativen Einkommensverhältnisse (B/A) der beiden Versicherten verglichen mit der Ausgangsverteilung gleich. Verglichen mit der risikoäquivalenten Zahlung findet jedoch eine Umverteilung von A zu B statt.

	A	B	B/A
Leistungsausgaben	10	50	
Einkommen ...			
... vor Zahlung von Versicherungsbeiträgen	100	200	2,0
... nach Zahlung von proportionalem Beitrag	80	160	2,0
... nach Zahlung von risikoäquivalenter Prämie	90	150	1,7

Tabelle 1: Beispiel für Unterschiede in Einkommensänderung gegenüber Ausgangszustand und risikoäquivalenter Absicherung (Quelle: Eigene Darstellung)

Da **beide Ansätze unterschiedliche Eigenschaften der Umverteilung aufzeigen, werden sie in dieser Arbeit parallel verfolgt**, um die Umverteilungen vollständig bewerten zu können. Im dritten Kapitel ist zu prüfen, welche Bedeutung den einzelnen Ansätzen bei der Bewertung der GKV-Finanzierung zukommt und ob sich eine Priorisierung der Ansätze aus den Verteilungszielen normativ herleiten läßt.

Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung

Die Untersuchung der Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung fragt, welche Versichertengruppen durch die GKV-Absicherung **verglichen mit einer Eigenabsicherung begünstigt bzw. belastet** werden und wie sich die relativen Einkommensverhältnisse der Versicherten ändern.

Die Umverteilungen werden als Differentialinzidenz der Einkommensverteilung bei GKV-Absicherung und in einem fiktiven System ohne GKV-Schutz ermittelt.⁵⁰ Dabei werden die Annahmen der formalen Inzidenz zugrunde gelegt, daß sich die Leistungsansprüche der Versicherten durch den Versicherungsschutz nicht ändert und daß Arbeitgeberbeiträge auf die Versicherten rückgewälzt werden.

Bei Absicherung durch die GKV zahlt der Versicherte seinen GKV-Beitrag. Zusätzlich fallen risikoäquivalente Eigenzahlungen an für Selbstbehalte, die bei Inanspruchnahme von GKV-Leistungen erhoben werden, und als Vergütung für Leistungen, die nicht durch die GKV abgedeckt sind (vgl. Gl. VI). Im System ohne GKV zahlt der Versicherte keine Beiträge. Er trägt die von der GKV gedeckten Leistungen selber (vgl. Gl. VII). Die übrigen risikoäquivalenten Zahlungen bleiben unverändert.

$$GZ_{GKV}^i = B^i + E_{GKV}^i \quad (VI)$$

$$GZ_{GKV-los}^i = L_{GKV}^i + E_{GKV}^i \quad (VII)$$

$$\begin{aligned} U_{GKV}^i &= GZ_{GKV-los}^i - GZ_{GKV}^i = (L_{GKV}^i + E_{GKV}^i) - (B^i + E_{GKV}^i) \\ &= L_{GKV}^i - B^i \\ &= L_{GKV}^i - E(L)_{GKV}^i + E(L)_{GKV}^i - B^i \\ &= VA_{GKV}^i + \Delta R\ddot{A}_{GKV}^i \quad (VIII) \end{aligned}$$

$$\text{mit: } R\ddot{A}_{GKV}^i = E(L)_{GKV}^i \quad (IX)$$

$$VA_{GKV}^i = L_{GKV}^i - E(L)_{GKV}^i = L_{GKV}^i - R\ddot{A}_{GKV}^i \quad (X)$$

$$\Delta R\ddot{A}_{GKV}^i = E(L)_{GKV}^i - B^i = R\ddot{A}_{GKV}^i - B^i \quad (XI)$$

i	Versicherter i
GZ_{GKV}^i	Gesamtzahlung bei Absicherung durch GKV
$GZ_{GKV-los}^i$	Gesamtzahlung ohne Absicherung durch GKV
B^i	Beitrag zur GKV
E_{GKV}^i	Risikoäquivalente Eigenzahlung
L_{GKV}^i	Durch GKV gewährte Leistungen
$E(L)_{GKV}^i$	Erwartungswert der gewährten Leistungen
U_{GKV}^i	Umverteilung durch GKV
$\Delta R\ddot{A}_{GKV}^i$	Systematische Umverteilung
VA_{GKV}^i	Versicherungsimmanenter Risikoausgleich
$R\ddot{A}_{GKV}^i$	Risikoäquivalente Prämie bezogen auf L_{GKV}^i

⁵⁰ Vgl. auch Frey/Leu (1981), S. 326ff.

Die Umverteilung, die als Differenz zwischen den Zahlungen in beiden Systemen berechnet wird, setzt sich aus zwei Komponenten zusammen (vgl. Gl. VI-II),

- dem versicherungsimmanenten Risikoausgleich (VA'_{GKV}) und
- der systematischen Umverteilung ($\Delta RA'_{GKV}$).

Jede Versicherung bewirkt einen Risikoausgleich zwischen den Versicherten.⁵¹ Risikoäquivalente Versicherungsprämien werden so kalkuliert, daß sie in ihrer Höhe dem erwarteten Schadenbedarf entsprechen. Da der reale Schadenverlauf nach Höhe und Zeitpunkt nicht vorhersehbar ist, weichen die Zahlungen im Schadensfall von den Prämienzahlungen ab. Es kommt zu Umverteilungen zwischen Geschädigten und übrigen Versicherten. Diese versicherungsimmanenten Umverteilungen gleichen nur Abweichungen vom erwarteten Leistungsbedarf aus und sichern so ungewisse Risiken ab (vgl. Gl. X).

Zusätzlich zu den versicherungsimmanenten Umverteilungen werden durch den sozialen Ausgleich der GKV systematische Umverteilungen bewirkt, wenn die Beitragszahlungen einer Versichertengruppe von ihrem erwarteten Leistungsbedarf abweichen. Die systematischen Umverteilungen können als Differentialinzidenz zwischen GKV-Beiträgen und risikoäquivalenten Prämien aufgefaßt werden (vgl. Gl. XI). Der Teil der Ausgaben, der nicht gemäß dem Risiko finanziert wird, wird solidarisch finanziert (vgl. Abbildung 5). **Im weiteren wird nur der soziale Ausgleich mit den systematischen Umverteilungen betrachtet, die vereinfachend als Umverteilungen bezeichnet werden.**

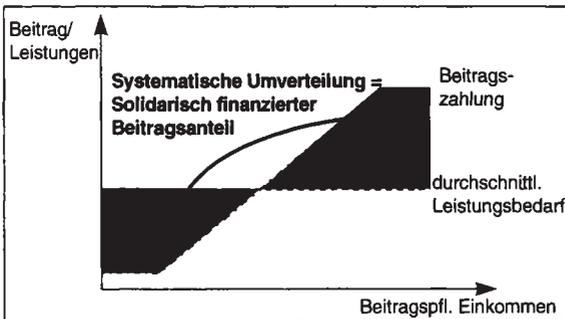


Abbildung 5: Systematische Umverteilungen in der GKV (Quelle: Eigene Darstellung)

⁵¹ Vgl. Bäumer (1988), S. 310, Kolb (1988), S. 97, Neubauer/Birkner (1984), S.28ff., Eisen (1980), S. 529.

Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung

Bei der Untersuchung der Änderung der Einkommensverteilung gegenüber der Ausgangsverteilung wird die **Finanzierung unabhängig von der Leistungsgewährung** betrachtet und gefragt, wie sich die relativen Einkommenspositionen der Versicherten zueinander durch die GKV-Finanzierung ändern.

Die Änderung in der relativen Einkommensverteilung der Versicherten durch die GKV-Beitragszahlung (ΔEK_{GKV}^{ij}) für zwei Versichertengruppen wird als Differenz des Einkommensverhältnisses vor Beitragszahlung und des Einkommensverhältnisses nach Beitragszahlung ermittelt (vgl. Gl.XII).

$$\Delta EK_{GKV}^{ij} = \frac{EK_{GKV}^i}{EK_{GKV}^j} - \frac{EK_{Vor_GKV}^i}{EK_{Vor_GKV}^j} \quad (XII)$$

$$\Delta EK_{GKV}^{ij} = \frac{EK_{Vor_GKV}^i \cdot (1-b)}{EK_{Vor_GKV}^j \cdot (1-b)} - \frac{EK_{Vor_GKV}^i}{EK_{Vor_GKV}^j} = 0 \quad (XIII)$$

mit $EK_{GKV}^i = EK_{Vor_GKV}^i - B^i$

$$B^i = EK_{Vor_GKV}^i \cdot b$$

i, j	Versicherter i , Versicherter j
ΔEK_{GKV}^{ij}	Änderung der Einkommensverhältnisse von i und j
$EK_{Vor_GKV}^i$	Einkommen von i vor GKV-Beitragszahlung
EK_{GKV}^i	Einkommen von i nach GKV-Beitragszahlung
B^i	GKV-Beitrag von i
b	GKV-Beitragssatz

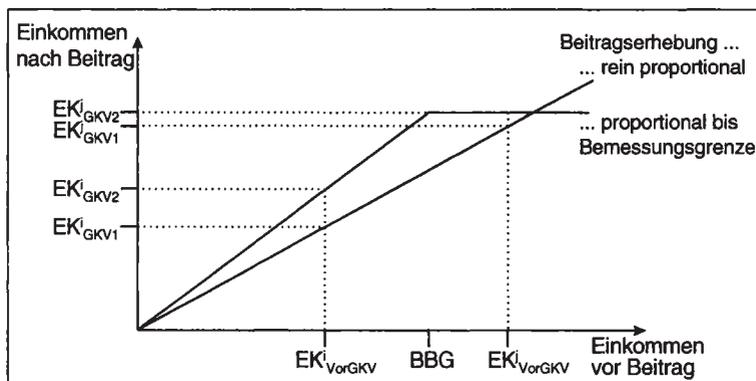


Abbildung 6: Änderung der relativen Einkommensverteilung durch Beitragserhebung
(Quelle: Eigene Darstellung)

Eine rein proportionale Beitragserhebung ist aufkommensneutral und bewirkt keine Änderungen in der relativen Einkommensverteilung der Versicherten (vgl. Gl. XIII). Durch die Einführung einer Beitragsbemessungsgrenze erhöht sich das relative Einkommen von Versicherten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze im Verhältnis zu Versicherten mit niedrigeren Einkommen (vgl. Abbildung 6).

2.1.5.2. Einflußgrößen

Über die versichertenbezogenen Einkommenseffekte wird die Wirkung der Umverteilung auf Mikroebene dargestellt. Auf aggregierter Ebene werden die Umverteilungen der GKV über **zwei Dimensionen** beschrieben, über

- den **Umfang der Umverteilungen** und
- die **Wirkungsrichtung der Umverteilungen**.

Bei konstanten Wirkungsrichtungen des sozialen Ausgleichs ändert sich der Nettoeffekt der Versicherten proportional zum Umverteilungsvolumen. Durch die Wirkungsrichtungen wird festgelegt, wie das Umverteilungsvolumen relativ auf die einzelnen Versichertengruppen aufgeteilt wird. Umfang und Wirkungsrichtung der Umverteilung bestimmen gemeinsam die absoluten Einkommenseffekte der einzelnen Versichertengruppen.

Umfang und Wirkungsrichtung werden durch die **einzelnen Regelungen der GKV bestimmt** über

- das gewährte Leistungsspektrum,
- die Regeln der Beitragsberechnung und
- das Versichertenportfolio.

Der Umfang der Umverteilungen ist proportional abhängig von der Höhe der **beitragsfinanzierten Leistungen** (vgl. Abbildung 7). Eine Erhöhung des Leistungsvolumens bewirkt bei Konstanz der übrigen Faktoren direkt eine entsprechende Erhöhung des solidarisch finanzierten Anteils. Die Struktur der Leistungen bestimmt, welche Versichertengruppe welche Leistungen erhält, und legt damit die Wirkungsrichtungen im Risikoausgleich fest. So führt beispielsweise die Gewährung von Mutterschutzleistungen zu Umverteilungen zugunsten von Frauen im gebärfähigen Alter.

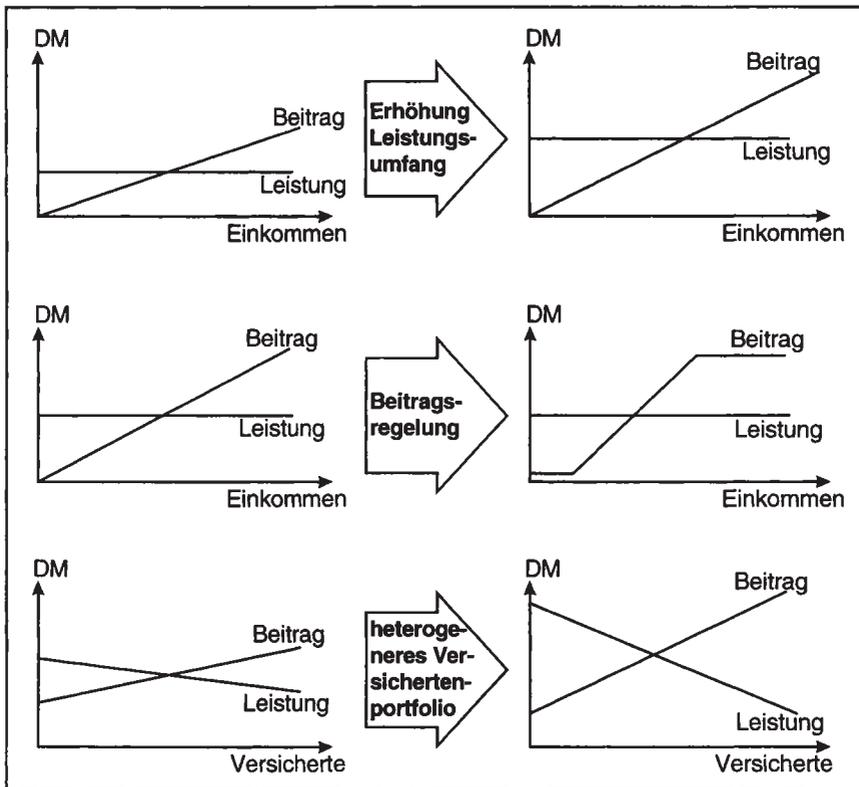


Abbildung 7: Einflußgrößen der Umverteilung in der GKV (Quelle: Eigene Darstellung)

Die **einkommensabhängige Beitragserhebung** bewirkt zunächst einen Einkommens- und einen Risikoausgleich. Einzelregelungen, die von der rein einkommensproportionalen Mittelaufbringung abweichen, verändern den Einkommensausgleich auf unterschiedliche Weise:

Durch die Abgrenzung der **Beitragsbemessungsgrundlage** werden bestimmte Einkommensarten gezielt zur Beitragsaufbringung herangezogen.

Bemessungsgrenzen führen zu Unstetigkeiten in der Beitragsbelastung. Eine untere Freigrenze bewirkt im Übergang von beitragsfreien zu beitragspflichtigen Einkommen eine zum Einkommen progressive Belastung. Eine obere Beitragsbemessungsgrenze bewirkt eine regressive Belastung der darüberliegenden Einkommen.

Sonderbeiträge werden für Gruppen mit geringem oder keinem Einkommen festgelegt. Da diese Beiträge in der Regel geringer als der erwartete Leistungsbedarf sind, findet eine Umverteilung zu den zu Sonderbeiträgen Versicherten statt.

Als dritte Einflußgröße bestimmt die **Zusammensetzung des Versichertenportfolios** Höhe und Wirkungsrichtung der Umverteilung. Wenn alle Versicherten gleiches Einkommen und Risiko haben, finden keine Umverteilungen statt. Je größer die Streuung der beitrags- und leistungsrelevanten Merkmale ist, desto stärker sind die Umverteilungen der GKV.

2.1.6. Zu untersuchende Verteilungswirkungen

Im weiteren werden die **interpersonellen Umverteilungswirkungen** der GKV-Finanzierung in einer **Querschnittanalyse** untersucht (vgl. Abbildung 8).

Dabei werden die beiden Annahmen der **formalen Inzidenz** zugrunde gelegt, daß

- die Leistungsinanspruchnahme durch die Versicherten unabhängig vom Versicherungsschutz ist und
- die Arbeitgeberbeiträge auf die Arbeitnehmer rückgewälzt werden.

Unter diesen Annahmen bewirkt die GKV-Absicherung **nur Einkommensänderungen bei den Versicherten**. Die Einkommen der Leistungserbringer und das gesamte Leistungserbringungssystem bleiben unverändert.

Die Verteilungsobjekte werden dabei so abgegrenzt, daß die Einkommenswirkungen des sozialen Ausgleichs auf zwei Weisen untersucht werden können, anhand

- der **Umverteilungen zwischen verschiedenen GKV-Versichertengruppen** mit unterschiedlichem Risiko und Einkommen und
- der Änderung in der **gesamtgemeinschaftlichen Einkommensverteilung** aufgrund der Veränderung der Einkommen der GKV-Versicherten im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung.

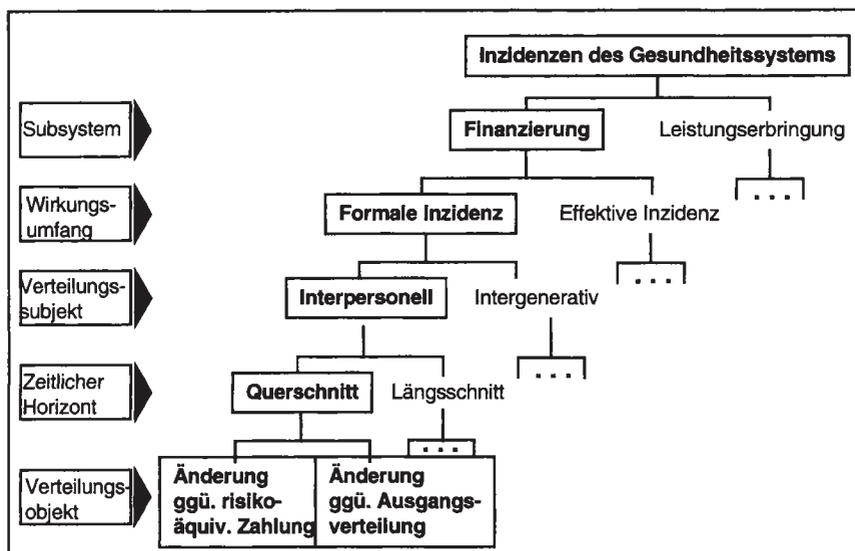


Abbildung 8: Abgrenzung der zu untersuchenden Inzidenzen (Quelle: Eigene Darstellung)

Diese Umverteilung der GKV-Finanzierung werden über zwei Ansätze gemessen, die unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen und unterschiedliche Bewertungen ermöglichen, als **Änderung der Einkommensverteilung**

- **gegenüber risikoäquivalenter Zahlung** und
- **gegenüber der Ausgangsverteilung** der Einkommen vor Beitragszahlung.

2.2. Interpersonelle Verteilungswirkungen der GKV-Finanzierung

In diesem Abschnitt werden nun gemäß der genannten Abgrenzung die wesentlichen Umverteilungswirkungen im deutschen Krankenversicherungssystem beschrieben.

Zunächst werden die distributiven Wirkungen innerhalb der GKV dargestellt, die zum einen zwischen Versichertengruppen mit unterschiedlichem Risiko und Einkommen und zum anderen zwischen Versicherten in unterschiedlichen gesetzlichen Krankenversicherungen des gegliederten GKV-Systems stattfinden. Der zweite Teil beschäftigt sich dann mit den distributiven Wirkungen, die

durch die Koexistenz von GKV und PKV entstehen.⁵² Dazu werden zunächst die grundsätzlichen Wirkungen der unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen und anschließend die Effekte der beschränkten Wahlfreiheit zwischen PKV und GKV untersucht.

2.2.1. Distributive Wirkungen innerhalb der GKV

2.2.1.1. Distributive Wirkungen zwischen GKV-Versichertengruppen

Durch die beitragsunabhängige Leistungsgewährung und die einkommensabhängige Beitragsgestaltung kommt es zu Umverteilungen zwischen verschiedenen Versichertengruppen in der GKV. Diese Umverteilungen finden

- als **Risikoausgleich** von Versicherten mit unterdurchschnittlichem zu solchen mit überdurchschnittlichem Leistungsbedarf und
- als **Einkommensausgleich** von Versicherten mit überdurchschnittlichen zu solchen mit unterdurchschnittlichen Einkommen statt.

Die Vielzahl der Umverteilungen wird meist nur über die **vier Hauptwirkungen** beschrieben,⁵³

- den **Einkommensausgleich** zwischen Empfängern unterschiedlicher Einkommen,
- den **Altersausgleich** zwischen jüngeren, gesünderen und älteren, kränkeren Versicherten,
- den **Familienlastenausgleich** zwischen Alleinstehenden bzw. kleinen Familien und großen Familien sowie
- den **Geschlechterausgleich** zwischen Männern und Frauen.

Alters-, Familien- und Geschlechterausgleich enthalten jeweils Elemente des Risikoausgleichs und des Einkommensausgleichs. Im Durchschnitt haben Frauen ein höheres Krankheitsrisiko als Männer und verfügen gleichzeitig aufgrund ihrer beruflichen Stellung über ein geringeres Einkommen. Ähnliches gilt für die Umverteilungen zwischen Berufstätigen und Rentnern. Der Familienlasten-

⁵² Nicht berücksichtigt werden die Umverteilungswirkungen mit den übrigen ca. 2,5% der Bevölkerung, die nicht in GKV und PKV versichert sind. Zu weiteren Sicherungsformen siehe BMfG (1995a), S. 279, Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 54.

⁵³ Vgl. BMfG (1996), S. 7, Mühlenkamp (1991), S. 103, Henke/Behrens (1989), S. 4, Ott (1981), S. 74.

ausgleich kann sowohl als Einkommensausgleich als auch als Risikoausgleich aufgefaßt werden. Mit der Anzahl der Familienmitglieder ohne Einkommen reduziert sich das Familieneinkommen pro Kopf. Bezogen auf das zahlende GKV-Mitglied erhöht sich sein Leistungsbedarf mit jedem beitragsfrei mitversicherten Familienmitglied.

Zusätzlich zu diesen vier Verteilungsrichtungen bewirkt der soziale Ausgleich **weitere Umverteilungen** zwischen allen GKV-Versicherten mit unterschiedlichem durchschnittlichem Leistungsbedarf und unterschiedlichen Beitragszahlungen. Diese Wirkungen können nicht quantitativ untersucht werden, da keine personenbezogenen Daten über die Leistungsanspruchnahme verfügbar sind. Sie können aber qualitativ beschrieben werden. Dabei werden Gruppen, zwischen denen Umverteilungen stattfinden, dadurch bestimmt, daß sie sich in ihrem Leistungsbedarf und in ihren Beitragszahlungen unterscheiden.

Welche Versicherteneigenschaften die **Leistungsanspruchnahme** bestimmen, war Inhalt verschiedener Untersuchungen.⁵⁴

Das *Alter* ist die Haupteinflußgröße für den Leistungsbedarf.

Der Einfluß des *Geschlechts* auf die Ausgaben ändert sich mit dem Alter. Bis zu einem Alter von 40-45 Jahren haben Frauen höhere Gesundheitsausgaben als Männer, danach niedrigere.⁵⁵ Dabei fragen Frauen mehr ambulante, Männer mehr stationäre Leistungen nach.⁵⁶

Der Gesundheitszustand korreliert positiv mit *Bildungsniveau und Einkommen*.⁵⁷ Sozial höhere Schichten haben einen niedrigeren Leistungsbedarf. Ver-

⁵⁴ Sie beziehen sich auf das Ausland oder auf die PKV, da keine personenbezogenen Leistungsdaten von GKV-Versicherten gespeichert werden. Sofern der Einfluß bestimmter Merkmale auf die Leistungsanspruchnahme system- und landesinvariant nachgewiesen wurden, können die Ergebnisse auch auf die GKV-Versicherten übertragen werden. Einen ausführlichen Überblick über internationale Studien der Risikofaktoren gibt Mühlenkamp (1991), S. 37ff. Eine Untersuchung auf Basis von schweizerischen Daten führten durch Leu/Doppmann (1986), S. 161ff. Zu weiteren Untersuchungen siehe Boehringer (1997), S. 96, Schneider (1994), S. 99, Wüstrich (1994), S. 155ff., Felkner/Stein/Stutzmüller (1990), S. 23ff., sowie die jeweils angegebene Literatur.

⁵⁵ Siehe die altersabhängigen Leistungsausgabenprofile in Reschke/Jacobs (1994), S. 5.

⁵⁶ Vgl. Zoike (1997), S. 251f., Mühlenkamp (1991), S. 97, Leu/Doppmann (1986), S. 173.

⁵⁷ Vgl. Schneider (1994), S. 99f., Mühlenkamp (1991), S. 98, Felkner/Stein/Stutzmüller (1990), S. 26.

gleichsweise gering ist die erhöhte Nachfrage nach Leistungen von Spezialisten, die mit dem Bildungsniveau und dem Einkommen steigt.

Regionale Unterschiede in den Leistungsausgaben werden durch zwei Effekte verursacht. Zum einen ist in umweltbelasteten Regionen, wie Ballungsräumen oder Industrieregionen, die Gesundheit der Bevölkerung stärker gefährdet und dementsprechend steigt der Leistungsbedarf.⁵⁸ Zum anderen bestimmt die jeweilige Angebotsstruktur die Nachfrage. Regionen mit sehr hoher Versorgungsdichte haben auch bei durchschnittlicher Risikostruktur überdurchschnittliche Leistungsausgaben.⁵⁹

Als weitere Einflußfaktoren für die Leistungsausgaben werden der *Gesundheitszustand* und *psychologische Faktoren* nachgewiesen. So zählen Schwerbehinderte und Rehabilitanden zu den Versichertengruppen mit dem höchsten Leistungsbedarf.⁶⁰ Auch bei Arbeitslosen wurden überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben festgestellt. Dies wird mit dem tendenziell schlechteren Gesundheitszustand, vor allem aber mit psychologischen Faktoren erklärt.⁶¹

Gruppen von GKV-Versicherten mit **unterschiedlichen Beitragszahlungen** können zunächst aus unterschiedlichen Berechnungsvorschriften abgeleitet werden. Familienversicherte entrichten keine Beiträge. Studenten zahlen unabhängig von ihrer finanziellen Situation einen niedrigen Fixbeitrag. Weitere Gruppen mit unterdurchschnittlichen Beitragszahlungen sind Behinderte, Rehabilitanden und Auszubildende.⁶² Die Versicherten, die einkommensabhängige Beiträge zahlen, können zusätzlich in Abhängigkeit ihrer Einkommenshöhe eingeteilt werden. Einflußgrößen, die das beitragspflichtige Einkommen bestimmen, sind Alter, Geschlecht, Ausbildung, Familienstand und berufliche Stellung. Beispielsweise zahlen Rentner durchschnittlich niedrigere Beiträge als Arbeitnehmer, da das Rentenniveau als Beitragsbemessungsgrundlage für Rent-

⁵⁸ Vgl. Schneider (1994), S. 101, Felkner/Stein/Stutzmüller (1990), S. 33.

⁵⁹ Vgl. Felkner/Stein/Stutzmüller (1990), S. 33, Henke (1983a), S. 468, Paquet (1987), S. 58, Zweifel/Hauser (1987), S. 304ff.

⁶⁰ Vgl. Stegmüller (1992), S. 25f., Mühlenkamp (1990), S. 3.

⁶¹ Vgl. Felkner/Stein/Stutzmüller (1990), S. 27.

⁶² Die ENQUÊTE-KOMMISSION STRUKTUREREFORM DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG ermittelte, daß die beitragspflichtigen Einnahmen der Behinderten weniger als ein Drittel der durchschnittlichen Grundlohnsumme beträgt, Enquête-Kommission Strukturreform (1990), I/416.

ner unter dem Bruttolohn liegt, der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitnehmer.

Über die risiko- und einkommensrelevanten Versicherteneigenschaften können die einzelnen Umverteilungen der GKV genauer beschrieben werden. Eine relativ grobe Einordnung einzelner Versichertengruppen mit ihrem Einkommen und Risiko im Verhältnis zum GKV-Durchschnitt ist in Abbildung 9 vorgenommen. Sie zeigt in ihrer Aggregation beispielsweise nicht, daß ein großer Teil der Rentner relativ gesund und daher Nettozahler ist. Dennoch verdeutlicht diese Darstellung, daß durch den sozialen Ausgleich **vielschichtige Umverteilungen zwischen unterschiedlichen Versichertengruppen** bewirkt werden, **die nicht allein durch die vier Hauptverteilungswirkungen**, den Einkommens-, Alters-, Familienlasten-, Geschlechterausgleich, **erfaßt werden können**.

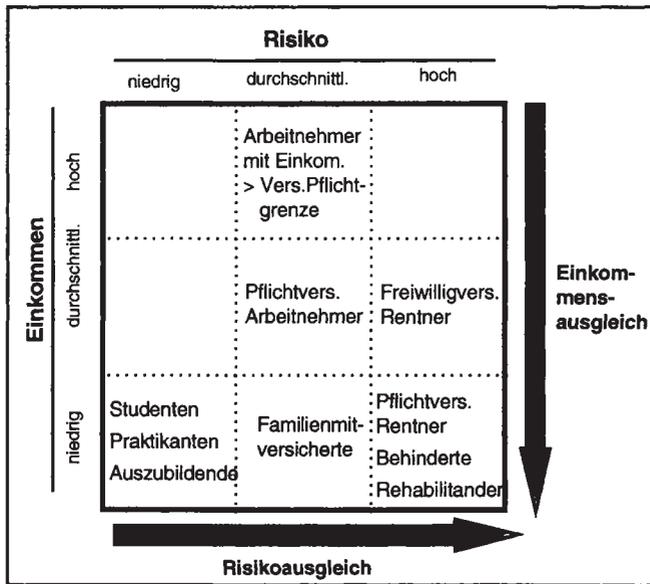


Abbildung 9: Umverteilungen zwischen Gruppen von GKV-Versicherten (Quelle: Eigene Darstellung)

2.2.1.2. Distributive Wirkungen im gegliederten GKV-System

Die GKV als ein einziges System ist nur ein gedankliches Konstrukt, denn sie besteht aus etwa 950 organisatorisch und finanziell selbständigen gesetzlichen Krankenversicherungen,⁶³ für die Beitragserhebung und Leistungsgewährung einheitlich geregelt sind. Innerhalb jeder einzelnen Kasse finden Umverteilungen statt, wie sie im letzten Abschnitt vorgestellt wurden.

$$\text{Beitragssatz} = \frac{\sum_{\text{Versicherten}} \text{Leitungsausgaben}}{\sum_{\text{Versicherten}} \text{beitragspflichtige Einkommen}} \quad (\text{XIV})$$

Historisch bedingt waren einzelne Krankenversicherungen für bestimmte Berufs- und Bevölkerungsgruppen zuständig, die jeweils unterschiedliche durchschnittliche Leistungsbedarfe und beitragspflichtige Einkommen haben. Bei einheitlichem Leistungsspektrum wird die Höhe des Beitragssatzes einer Kasse durch den Leistungsbedarf und die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Versicherten bestimmt (Vgl. Gl. XIV).⁶⁴ Je schlechter das Gesundheitsrisiko und je geringer die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten sind, um so höher muß der Beitragssatz sein. Daraus resultierende **Beitragssatzdifferenzen zwischen Kassen führen zu ungleicher Behandlung von Versicherten der unterschiedlichen Kassen**. Je höher der Beitragssatz, desto geringer ist das Einkommen der Versicherten bei einheitlichem Leistungsspektrum.

Bis Mitte der 90er Jahre wurden die kassenspezifischen Unterschiede noch dadurch verschärft, daß die Wahlmöglichkeit zwischen Krankenversicherungen weitgehend auf die Gruppe der Angestellten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze beschränkt war.⁶⁵ Sie konnten über einen Kassenwechsel ihre Beitragsbelastungen senken. Dadurch vergrößerten sich die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einkommen und damit in den Beitragssätzen zwischen den einzelnen Krankenversicherungen (vgl. Tabelle 2). So variierten die Beitragssätze 1992 zwischen 8% und 16,5%.⁶⁶

⁶³ Stand 1995, BMfG (1995a), S. 280. Zur Gliederungsstruktur siehe Paquet (1987), S. 61f.

⁶⁴ Vgl. Paquet (1987), S. 87.

⁶⁵ Zu den Einzelregelungen der Kassenwahl vgl. Brunkhorst (1987), S. 214, Paquet (1987), S. 254ff.

⁶⁶ Vgl. Schneider u.a. (1995), S. 206.

	Ø GKV	AOK	EAN	BKK
Beitragspfl. Einkommen (DM/Vers.)	39.392,-	36.901,-	40.146,-	46.801,-
Leistungsausgaben (DM/Vers.)	2.995,-	3.064,-	3.064,-	2.828,-
Familienlastquote⁶⁷	0,48	0,45	0,45	0,59
Anteil Arbeitslose	5,42%	8,21%	3,33%	3,93%
Allg. Beitragssatz				
- Durchschnitt	12,7	14,1	13,2	11,9
- Niedrigster	8,0	10,4	10,2	8,0
- Höchster	16,5	16,5	12,3	14,9

Tabelle 2: Versichertenstruktur verschiedener Kassenarten vor Einführung des RSA (GKV-West, Stand 1992) (Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von SVR (1994), S. 320, 328, 330 und 340, Stegmüller (1992), S. 41)

Diese Polarisierung zwischen den verschiedenen Kassen wurde Ende der 80er Jahre für die Versicherten ohne Wahlfreiheit als unzumutbar und als verfassungsrechtlich bedenklich angesehen.⁶⁸ Gleichzeitig war unter diesen verzerrten Startbedingungen kein Wettbewerb der Krankenkassen möglich, der angestrebt wurde, um eine effektivere und effizientere Gesundheitsversorgung entsprechend den Versichertenpräferenzen zu erreichen.⁶⁹

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde zum 1.1.1994 der **Risikostrukturausgleich** (RSA) zwischen den Krankenkassen eingeführt.⁷⁰

Der RSA gleicht mit einem Finanzkraft- und einem Finanzbedarfsausgleich alle finanziellen Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen aus, die auf Abweichungen der Versichertenstruktur mit ihren beitragspflichtigen Einkommen und mit ihren Ausgaben vom GKV-Durchschnitt zurückzuführen sind.⁷¹

⁶⁷ Die Familienlastquote gibt das Verhältnis von Familienmitversicherten zu eigenständig versicherten Mitgliedern, also die durchschnittlich mit jedem Mitglied versicherte Zahl von Familienangehörigen, an.

⁶⁸ Vgl. Cassel (1992), S. 25ff., SVR (1990), Ziffer 558ff., SVR (1989), Ziffer 38ff., SVR (1988), Ziffer 211ff.

⁶⁹ Vgl. Wüstrich (1994), S. 84f., Jacobs (1992), S. 13f.

⁷⁰ Rentner wurden erst 1995 in den RSA einbezogen, vgl. Reichelt (1994b), S. 309ff. Ihre Ausgaben wurden 1994 nochmals im Rahmen des KVdR-Ausgleichs gleichmäßig auf alle Krankenkassen aufgeteilt. Zum KVdR-Ausgleich siehe Schneider (1994), S. 68ff., Bauer/Steffens (1988), S. 171f., Wasem (1988b), S. 114ff.

⁷¹ Zur Funktionsweise des RSA vgl. Reichelt (1994a), S. 77ff., Schneider (1994), S. 123ff.

Der **Finanzkraftausgleich** gleicht kassenspezifische Abweichungen der beitragspflichtigen Einkommen pro Versichertem so aus, daß alle Kassen über die GKV-durchschnittliche Einkommensbasis verfügen. Eine Kasse mit überdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen pro Versichertem⁷² zahlt die Differenz zum GKV-Durchschnitt in den RSA-Topf ein. Eine Kasse mit beitragspflichtigen Einkommen pro Versichertem, die unter dem GKV-Durchschnitt liegen, erhält die Differenz zu den durchschnittlichen Einnahmen aus dem RSA-Topf erstattet.

Der **Finanzbedarfsausgleich** gleicht Unterschiede in den Leistungsausgaben zwischen den Kassen aus, die auf unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten zurückzuführen sind. Die GKV-durchschnittlichen Ausgaben für einen Versicherten in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht sind in Normprofilen erfaßt. Für jede Kasse werden auf Basis der Normprofile die Leistungsausgaben ermittelt, die für einen durchschnittlichen Versicherten dieser Kasse aufgewendet werden. Liegen diese unter dem GKV-Durchschnitt, so muß die Kasse die Differenz für jeden Versicherten in den RSA-Topf einzahlen. Eine Kasse mit überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben pro Versichertem erhält im Gegenzug die Differenz zum GKV-Durchschnitt erstattet.

Der **RSA kann auch als fiktive Einheitskasse** verstanden werden, in die alle gesetzlichen Krankenversicherungen die Beiträge aus den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder einbezahlen und aus dem sie die Ausgaben erstattet bekommt, die im GKV-Durchschnitt zur Behandlung ihrer Versicherten benötigt werden.

Der Risikostrukturausgleich berücksichtigt nur die Leistungsausgaben, die als Sachleistungen gewährt werden. Verwaltungskosten, Geldleistungen und Zuschüsse zu Selbstbehalten für einkommensschwache Versicherte werden nicht ausgeglichen. Diese Ausgaben sind bei den einzelnen Kassen unterschiedlich hoch und wirken sich nach Maßgabe der jeweiligen beitragspflichtigen Ein-

⁷² Der Risikostrukturausgleich unterscheidet nicht zwischen beitragszahlenden Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen. Beitragspflichtige Einnahmen und Leistungsausgaben werden jeweils auf Versicherte bezogen. Dadurch werden Unterschiede in der Familienstruktur vollständig ausgeglichen.

kommen unterschiedlich stark auf den Beitragssatz aus. Daher bleiben auch nach Einführung des RSA weiterhin Unterschiede in den Beitragssätzen zwischen den einzelnen Krankenkassen bestehen.⁷³ Insgesamt konnte durch den RSA die Spanne der Beitragssätze von 8% bis 16,5% in 1992 auf 9% bis 15,6% in 1994 reduziert werden. Deutlicher wird der Effekt an der Streuung der Beitragssätze. Während 1992 noch 39% der Versicherten Beitragssätze zahlten, die mehr als 1% vom GKV-Durchschnitt abwichen, waren es 1994 nur noch 21%.⁷⁴ Das Nettoumverteilungsvolumen des RSA betrug 1996 etwa 18 Mrd. DM, oder 8% der gesamten Leistungsausgaben. Hauptempfänger der Zahlungen waren die Allgemeinen-Ortskrankenkassen, Hauptzahler die Ersatzkassen.⁷⁵

Zusätzlich zum RSA wurde am 1.1.1997 die **Kassenwahlfreiheit für alle Versichertengruppen** eingeführt. Jeder Versicherte kann nun durch entsprechende Kassenwahl seine Beitragsbelastungen beeinflussen.

Wegen der Vereinheitlichung der einzelnen Krankenkassen über Leistungsspektrum, RSA und Wahlfreiheit durch das GSG wird in dieser Arbeit die GKV als ein einheitliches System betrachtet.

2.2.2. Distributive Wirkungen zwischen GKV und PKV

2.2.2.1. Distributive Wirkungen durch unterschiedliche Finanzierungsregeln

Da die PKV-Versicherten in den sozialen Ausgleich der GKV nicht einbezogen sind, verändert sich durch die GKV-internen Umverteilungen nicht nur die Einkommensverteilung der GKV-Versicherten untereinander, sondern auch im Verhältnis zu den GKV-Versicherten. Diese Verteilungswirkung kann aus Sicht

⁷³ Vgl. Pfaff/Busch/Rindsfüßer (1996), S. 104. Zum Ausgleich der weiterhin bestehenden Unterschiede wird teilweise eine weitere Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs, z.B. durch Berücksichtigung von besonderen Risikogruppen, gefordert, vgl. Schmeincck (1996), S. 454f.

⁷⁴ Vgl. Schneider u.a. (1995), S. 206.

⁷⁵ Die 13,1 Mrd. DM RSA-Zahlungen im Westen wurden zu 86,4% von den Ersatzkassen finanziert und kamen zu 85,7% den AOKn zugute. Im Osten zahlten die Ersatzkassen 78,1% des RSA-Volumens, die AOKn erhielten 92% der Nettozahlungen, vgl. Techniker Krankenkasse (1997a), S. 8f. Einzelne Krankenversicherungen zahlen netto mehr als 50% ihrer Beitragseinnahmen in den RSA ein, vgl. Henke (1996b), S. 448.

der GKV-Versicherten und aus Sicht der PKV-Versicherten dargestellt werden. Ein GKV-Versicherter, der in der GKV Nettoempfänger ist, verbessert seine Einkommensposition im Verhältnis zu den PKV-Versicherten, während die Einkommensposition eines Nettozahlers in der GKV sich relativ verschlechtert. Ein PKV-Versicherter mit unterdurchschnittlichem Risiko und überdurchschnittlichem Einkommen verbessert seine Einkommensposition gegenüber der Mitgliedschaft in der GKV, da er dort Nettozahler wäre. Dagegen verschlechtert ein PKV-Versicherter mit überdurchschnittlichem Risiko und unterdurchschnittlichem Einkommen seine Einkommensposition gegenüber GKV-Versicherten.

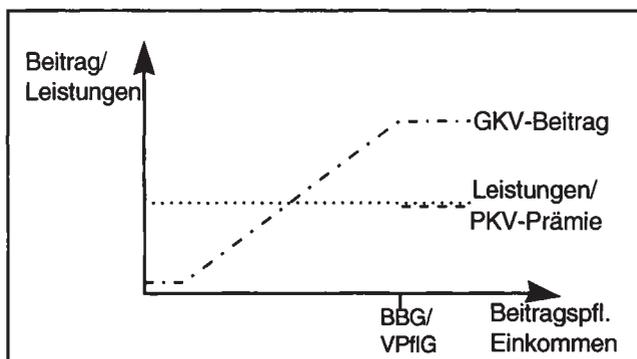


Abbildung 10: Vereinfachte Darstellung der Begünstigung von PKV-Versicherten
(Quelle: Eigene Darstellung)

Wie die Umverteilungen, die innerhalb der GKV stattfinden, sich auf die Einkommensverteilung der gesamten Bevölkerung auswirken, wird durch die Aufteilung der Bevölkerung auf GKV und PKV bestimmt. Oft wird die **Ansicht** vertreten, daß **die PKV-Versicherten sich aufgrund ihrer Versicherungsfreiheit dem sozialen Ausgleich entziehen können und dadurch Vorteile haben.**⁷⁶ Dieser These liegt die vereinfachende Annahme zugrunde, daß alle PKV-Versicherten ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze haben, und über ein durchschnittliches Risiko verfügen. Als GKV-Versicherte mit dem beitragspflichtigen Höchstekommen würden sie über den Einkommens-

⁷⁶ Vgl. Füllsack (1996), S. 39, Pfaff, M. (1995a), S. 197, Reiners (1995), S. 123, Vorstand des AOK Bundesverbandes (1994), S. 159, Volk (1989), S. 141 ff.

ausgleich zu Nettozahlern. Als PKV-Versicherte zahlen sie jedoch niedrigere, risikoäquivalente Prämien. (vgl. Abbildung 10)

Zur Beurteilung der Wirkung der Trennung von GKV und PKV muß ein differenzierterer Ansatz gewählt werden. Er muß berücksichtigen, daß es **PKV-Versicherte mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze** gibt. Gleichzeitig muß er **Unterschiede in der Risikostruktur zwischen PKV- und GKV-Versicherten** erfassen. Beispielsweise könnte ein PKV-Versicherter mit hohem Einkommen aufgrund seines hohen Risikos innerhalb der GKV zu einem Nettobegünstigten werden.

	Arbeitseinkommen	Familienlastquote	Alter
PKV-Versicherte			
Beamte	5.270 DM	0,84	32
Arbeitnehmer	6.690 DM	1,12	32
Selbständige	5.150 DM	0,38	35
Durchschnitt	5.498 DM	0,74	33
GKV-West Durchschnitt	3.606 DM	0,46	46-48

Tabelle 3: Versichertenstruktur in GKV und PKV (Quelle: Daten der PKV aus Auswertung des SOEP, Welle H 1991, in Rohweder (1996), S. 195, 196, 198; Daten der GKV gem. eigener Berechnung auf Basis von SVR (1994), S. 288, 322f. und 328, BMfG (1995a), S. 281, 315)

ROHWEDER hat die Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) nach Einkommen und den Risikomerkmale Familienlastquote und Alter der PKV-Versicherten ausgewertet. Er hat diese Indikatoren jeweils für Selbständige, Beamte und Arbeitnehmer getrennt ermittelt (vgl. Tabelle 3). Die Werte für die GKV-Versicherten sind GKV-Statistiken entnommen. Die Einkommenswerte von GKV- und PKV-Versicherten sind nur bedingt vergleichbar, da in der GKV-Statistik und im SOEP unterschiedliche Abgrenzungen der Einkommen vorgenommen werden.⁷⁷

Das durchschnittliche Einkommen der PKV-Versicherten ist deutlich höher als das der GKV-Versicherten. Bei den Risikoindikatoren zeigt sich ein uneinheit-

⁷⁷ Das SOEP orientiert sich am zu versteuernden Einkommen. Das Einkommen der GKV-Versicherten wurde aus dem beitragspflichtigen Einkommen hochgerechnet, das weniger Abschreibungsmöglichkeiten als das Steuerrecht zuläßt. In welcher Höhe diese Abgrenzungsunterschiede liegen, läßt sich nicht abschätzen.

liches Bild. GKV-Versicherte sind im Durchschnitt um fast 15 Jahre älter, haben aber eine um etwa 40% niedrigere Familienlastquote.

Die einzelnen Versichertengruppen der PKV unterscheiden sich in Einkommen und Risikostruktur. Beamte haben ein höheres Einkommen als der GKV-Durchschnitt und gleichzeitig eine höhere Familienlastquote. Der PKV-Schutz ist für sie attraktiver als die GKV-Versicherung, da sie in der PKV nur die nicht durch die Beihilfe gedeckten Ausgaben absichern und dementsprechend niedrige Prämien zahlen. Wegen ihres um den Beihilfesatz reduzierten Leistungsbedarfs wären sie vermutlich in der GKV trotz ihrer hohen Mitversichertenzahl Nettozahler. In der PKV-versicherte Arbeitnehmer haben verglichen mit dem GKV-Durchschnitt ein überdurchschnittliches Einkommen und unterdurchschnittliches Alter. Daher ist anzunehmen, daß sie trotz ihrer überdurchschnittlichen Anzahl von Familienmitversicherten in der GKV Nettozahler wären. Auch selbständige PKV-Versicherte sind überdurchschnittlich gute Risiken in Vergleich zum GKV-Durchschnitt.

Diese detailliertere Betrachtung legt die Vermutung nahe, daß die **PKV-Versicherten im Durchschnitt in der GKV Nettozahler** wären. Die Unterschiede in Einkommen und Risikostruktur zwischen GKV und PKV sind jedoch **weniger deutlich, als dies zu erwarten ist**. Zukünftig werden sich diese Unterschiede noch reduzieren. Durch die Einschränkung der Wechselmöglichkeiten für ältere PKV-Versicherte in die GKV wird sich das Durchschnittsalter in der PKV erhöhen und die Durchschnittseinkommen sinken.

Der soziale Ausgleich der GKV bewirkt über den Einkommensausgleich eine Annäherung der Einkommen der GKV-Versicherten verglichen mit einem GKV-losen System. Da PKV-Versicherte mit ihrem überdurchschnittlichen Einkommen nicht in den GKV-Einkommensausgleich einbezogen sind, **senkt der soziale Ausgleich nicht die gesamtgesellschaftliche Einkommensspreizung**. Auch zwischen GKV- und PKV-Versicherten mit gleichem Einkommen ändern sich die Einkommensverhältnisse. Je nachdem, ob **PKV-Versicherte** in der GKV begünstigt oder belastet wären, **verschlechtert oder verbessert sich ihre Einkommensposition gegenüber den GKV-Versicherten**.

2.2.2.2. Distributive Wirkungen durch begrenzte Wahlmöglichkeiten

Die distributiven Effekte der parallelen Existenz von GKV und PKV werden neben den unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen und der einkommensabhängigen Versicherungspflicht zusätzlich dadurch beeinflusst, daß einige Versicherte zwischen GKV- und PKV-Absicherung wählen können.

Wahlmöglichkeiten bestehen für alle GKV-Versicherten, die nicht mehr versicherungspflichtig sind. Nach dem Verlassen der GKV ist eine spätere Rückkehr fast ausgeschlossen.⁷⁸ Die heutige Struktur der freiwilligen Mitglieder in der GKV ist jedoch noch durch die großzügigen Wechselmöglichkeiten geprägt, die vor 1989 galten. Der Einfluß der eingeschränkten Rückkehrmöglichkeit wird sich erst in den nächsten Jahren zeigen.

Die These ist weit verbreitet, daß **die GKV durch ihre freiwilligen Mitglieder belastet wird, da diese Gruppe im Durchschnitt zu den Nettoempfängern gehört.**⁷⁹ Begründet wird dies zum einen damit, daß bei rationalem Verhalten alle freiwillig Versicherten die GKV verlassen, die Nettozahler sind.⁸⁰ Sie können durch einen Wechsel in die PKV ihre Einkommensposition verbessern, da sie dort nur Prämien in Höhe ihres Risikos zahlen. In der GKV verbleiben nur noch solche freiwillig Versicherten, die durch die GKV begünstigt werden. Zum anderen wird auf aggregierte Indikatoren verwiesen, die zeigen, daß freiwillig Versicherte im Durchschnitt ein höheres Risiko als Pflichtversicherte aufweisen.⁸¹ So lag 1996 die Familienlastquote im Westen bei freiwillig Versicherten bei 0,89 und bei Pflichtversicherten nur bei 0,51.⁸²

⁷⁸ Ursprünglich konnten alle nicht Versicherungspflichtigen weitgehend frei zwischen GKV und PKV wechseln, so daß viele PKV-Versicherte im Alter in die GKV wechselten, um ihre Beitragsbelastung zu senken. Das Gesundheitsreformgesetz schränkte 1989 die Wechselmöglichkeiten weitgehend ein. Freiwillige Mitgliedschaft in der GKV ist i.d.R. nur noch möglich bei Beurfseinstiegern oder bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze. Vgl. Rohweder (1996), S. 31, Beske (1995), S. 79, Frank (1994), S. 46f., Schneider (1994), S. 57f., Kulbe (1993), S. 80ff.

⁷⁹ Vgl. Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 47, Bartllinck (1995), S. 50, Zschocke (1989), S. 1ff., Paquet (1987), S. 255, Baumann (1986b), S. 182ff.

⁸⁰ Vgl. Paquet (1987), S. 256ff.

⁸¹ Vgl. Rohweder (1996), S. 45f., Mühlenkamp (1990), S. 3.

⁸² Vgl. BMfAS (1997), Heft 7/8, S. 140.

Diese Begründung stellt die Wahlentscheidung zwischen PKV und GKV als vereinfachte Optimierungsaufgabe zwischen zwei unterschiedlichen Beitragszahlungen dar, die der komplexen Entscheidungssituation nicht gerecht wird. Zunächst sind verschiedene Gruppen von freiwillig Versicherten zu unterscheiden. Beamte, Selbständige und Arbeitnehmer haben unterschiedliche Risiko- und Einkommensstrukturen. Sie nehmen dadurch unterschiedliche Positionen im sozialen Ausgleich ein und zeigen unterschiedliches Entscheidungsverhalten.⁸³

Begünstigungs- und Belastungseffekte dürfen weiterhin nicht nur an einzelnen Risiko-Indikatoren festgemacht werden.⁸⁴ Die Leistungsausgaben müssen den Beitragszahlungen gegenüber gestellt werden.⁸⁵ Aufgrund seiner hohen Beitragszahlung kann ein GKV-Versicherter trotz überdurchschnittlichen Risikos insgesamt ein Nettozahler sein.

Außerdem macht ein Versicherter seine Wahlentscheidung von weiteren Faktoren als nur von seinen kurzfristigen Einsparungen abhängig. Bei dieser langfristigen Entscheidung berücksichtigt er auch die zukünftige Entwicklung der Zahlungen in GKV und PKV, seine Familienplanung⁸⁶ und Unterschiede im Leistungsspektrum.

Wegen der unzureichenden Datenlage kann die Subventionierungsthese nicht umfassend quantitativ untersucht werden. Bisherige Analysen haben sich daher entweder auf detaillierte Querschnittbetrachtungen oder auf Längsschnittbetrachtungen unter sehr vereinfachten Annahmen beschränkt.

MÜHLENKAMP zeigt mit ökonomischen Querschnittsanalysen, daß freiwillig versicherte Männer und freiwillig versicherte Frauen mit einem Ein-

Teilweise wird auch auf Einzelindikatoren zur Leistungsanspruchnahme, wie die Anzahl von Übernachtungen im Krankenhaus oder von Krankengeldtagen verwiesen, etwa bei Rohweder (1996), S. 45f. Diese Werte sind für Pflicht- und freiwillig Versicherte aber nicht vergleichbar, da bei den freiwillig Versicherten auch die freiwillig versicherten Rentner mit ihrem überdurchschnittlichen Sachleistungsbedarf enthalten sind, vgl. die Statistiken in BMfG (1995b), T131ff. - 152ff.

⁸³ Vgl. Zschocke (1989), S. 46ff.

⁸⁴ So läßt sich beispielsweise aus der Familienlastquote allein nicht auf eine Begünstigung schließen, denn alte Versicherte ohne Kinder haben höhere Ausgaben als junge Familien.

⁸⁵ Vgl. Mühlenkamp (1991), S. 109ff.

⁸⁶ Vgl. Mühlenkamp (1991), S. 107.

kommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze zu den Nettozahlern gehören. Lediglich die Gruppe der freiwillig versicherten Frauen mit niedrigerem Einkommen zählt zu den Begünstigten.⁸⁷

ROHWEDER analysierte die Struktur der freiwillig GKV-Versicherten auf Basis von Daten aus dem SOEP (vgl. Tabelle 4). Freiwillig versicherte Arbeitnehmer gehören in der GKV zu den Nettozahlern aufgrund ihres unterdurchschnittlichen Alters und ihres Einkommens über der Versicherungspflichtgrenze. Selbständige GKV-Versicherte sind wegen ihres unterdurchschnittlichen Einkommens Nettoempfänger im sozialen Ausgleich. Die Begünstigung der Selbständigen war ursprünglich vom Gesetzgeber beabsichtigt. Bis 1989 galt für einen Großteil dieser Gruppe wegen ihres Schutzbedürfnisses aufgrund des niedrigen Einkommens Versicherungspflicht in der GKV.⁸⁸ Insgesamt läßt sich aus der Betrachtung der einzelnen Versichertengruppen keine allgemeine Aussage über die Umverteilungen zwischen freiwillig und Pflichtversicherten in der GKV ableiten. Der Vergleich mit der durchschnittlichen Versichertenstruktur in der PKV zeigt, daß *die Wahlmöglichkeit für freiwillig Versicherte kaum polarisierend wirkt*.

	Arbeitseinkommen	Familienlastquote	Alter
PKV Durchschnitt	5.498 DM	0,74	33
Freiwillige GKV-Versicherte			
Arbeitnehmer	6.670 DM	1,18	31
Selbständige	3.380 DM	0,67	39
Durchschnitt	5.414 DM	0,99	34
GKV-West Durchschnitt	3.606 DM	0,46	46-48

Tabelle 4: Struktur der freiwillig Versicherten in PKV und GKV (Stand 1991, Westdeutschland) (Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Auswertung des SOEP, Welle H 1991, Rohweder (1996), S. 195, 196 und 198, SVR (1994), S. 288, 322f. und 328, BMfG (1995a), S. 281, 315)

ZSCHOCKE ermittelt den Lebensnettoeffekt in einer vereinfachten Längsschnittanalyse für die beiden Gruppen der freiwillig versicherten Männer und

⁸⁷ Vgl. Mühlenkamp (1990), S. 14.

⁸⁸ Beispielsweise galt Versicherungspflicht für Hebammen, private Lehrer oder Krankenschwestern, vgl. Frank (1994), S. 44f.

der freiwillig versicherten Frauen.⁸⁹ Nach seinen Berechnungen gehören die Männer eindeutig zu den Nettozahlern in der GKV und die Frauen eher zu den Nettoempfängern. Für die gesamte Gruppe der freiwillig Versicherten stellt er keine Begünstigung fest.⁹⁰

Die Ergebnisse aller drei Untersuchungen, die sich jeweils auf unterschiedliche Einzelwirkungen beschränken, zeigen, daß es im Durchschnitt keine Umverteilung zugunsten der freiwillig Versicherten in der GKV gibt. Es ist sogar eher *von einer Subventionierung der Pflichtversicherten durch die freiwillig Versicherten* auszugehen. Dabei *unterscheiden sich die Effekte bei den einzelnen Versichertengruppen deutlich*. Arbeitnehmer mit ihrem überdurchschnittlichen Einkommen stellen überdurchschnittlich gute Risiken dar. Dagegen werden freiwillig versicherte Selbständige sowohl wegen ihres hohen Risikos als auch wegen ihres niedrigen Einkommens begünstigt.

2.3. Zusammenfassung

In dieser Arbeit werden **die interpersonellen Umverteilungen in einer Querschnittanalyse** untersucht, die von den Regeln der GKV-Finanzierung ausgehen. Dabei wird der Ansatz der **formalen Inzidenz** verfolgt unter den Annahmen, daß die Versicherten aufgrund des GKV-Schutzes ihr Nachfrageverhalten nicht ändern und daß die Arbeitgeberbeiträge rückgewälzt werden. Damit beeinflusst die GKV-Finanzierung nur die Einkommen der Versicherten, die somit Verteilungsobjekte sind.

Bisherige Untersuchungen der interpersonellen Umverteilungen der GKV untersuchten nur die Wirkungen auf die Einkommen der GKV-Versicherten im Vergleich zu einem fiktiven Zustand ohne GKV-Absicherung, in dem die Versicherten ihre Gesundheitsversorgung risikoäquivalent selber bezahlen müssen. In dieser Arbeit wird ein **in zwei Dimensionen umfassenderer Untersuchungsansatz** gewählt. (vgl. Abbildung 11)

⁸⁹ Zu den einschränkenden Annahmen der Modellbildung siehe Zschocke (1989), S. 142ff.

⁹⁰ Vgl. Zschocke (1989), S. 177f.

- Die Einkommenswirkungen werden nicht nur über die **Änderung der Einkommensverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung** in einem GKV-losen System, sondern auch über **die Änderung gegenüber dem Ausgangszustand** vor Beitragszahlung ermittelt.
- Zusätzlich zu den **Umverteilungen zwischen den GKV-Versicherten** werden auch die Änderungen der **gesamtgesellschaftlichen Einkommensverteilung** untersucht.

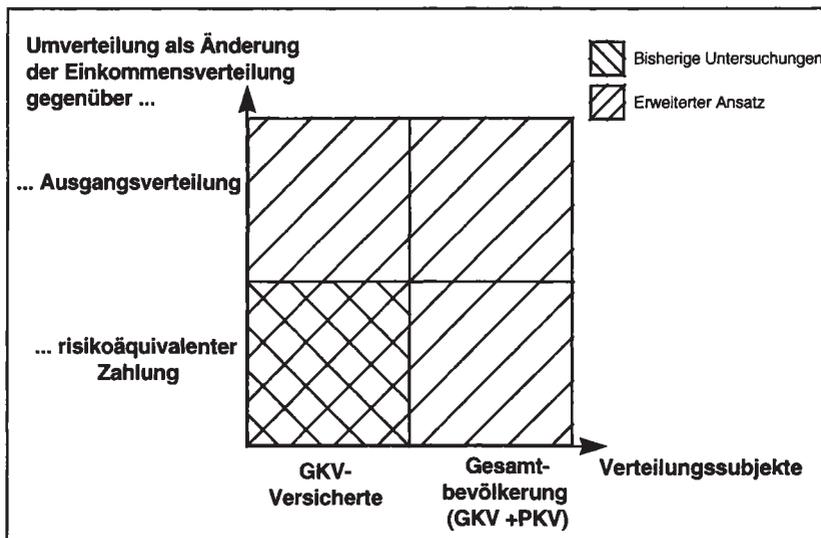


Abbildung 11: Erweiterter Untersuchungsansatz (Quelle: Eigene Darstellung)

Der soziale Ausgleich der GKV intendiert mit der leistungsunabhängigen Beitragsgestaltung Umverteilungen **innerhalb der GKV** zwischen Versicherten-Gruppen mit unterschiedlichem Risiko und Einkommen. Sie finden statt als **Risikoausgleich** von Versicherten mit niedrigem zu solchen mit hohem Risiko und als **Einkommensausgleich** von Versicherten mit hohem zu solchen mit niedrigem Einkommen.

Der soziale Ausgleich beeinflusst die **gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung** dadurch, daß sich die Einkommen der GKV-Versicherten nicht nur untereinander, sondern auch im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung verändern. Im Durchschnitt können **PKV-Versicherte ihre Einkommensposition gegen-**

über einer GKV-Absicherung verbessern. Aufgrund ihres durchschnittlich höheren Einkommens und niedrigeren Risikos wären sie in der GKV Nettozahler. Diese Durchschnittsbetrachtung vernachlässigt, daß einige PKV-Versicherte mit hohem Risiko und niedrigem Einkommen ihre Einkommensposition durch eine GKV-Mitgliedschaft verbessern könnten, da sie Empfänger im sozialen Ausgleich wären. Oft wird die These vertreten, daß wegen der Wahlfreiheit der freiwillig GKV-Versicherten nur solche Mitglieder in der GKV bleiben, die dort Nettoempfänger sind und damit den sozialen Ausgleich belasten. Diese These läßt sich nicht bestätigen, es ist sogar im Gegenteil eher eine **Subventionierung der Pflichtversicherten durch die freiwillig Versicherten in der GKV** anzunehmen.

3. Bewertung der GKV-Finanzierung über ihre Verteilungseffizienz

3.1. Zielsetzung der Bewertung

Innerhalb der GKV finden, wie im letzten Kapitel gezeigt wurde, interpersonelle Umverteilungen aufgrund der einkommensabhängigen Beitragserhebung und der bedarfsabhängigen Leistungsgewährung statt. Die GKV hat einen nicht vernachlässigbaren Einfluß auf die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung mit ihrem Ausgabenvolumen von über 270 Mrd. DM pro Jahr und einem Beitragssatz von etwa 13,5%, auch wenn dieses nicht mit dem gesamten Umverteilungsvolumen gleichzusetzen sind.¹

An den Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung wird immer wieder Kritik geübt.² Sie bezieht sich vor allem darauf, daß der Gesamtumfang der Umverteilung zu hoch und daß einzelne Verteilungswirkungen nicht einsichtig bzw. ungerecht seien. Diese Beurteilungen werden sehr pauschal und rein qualitativ begründet ohne die zugrunde liegenden Bewertungskriterien darzulegen. Auch von juristischer Seite werden Bedenken gegen die GKV-Umverteilungen erhoben. Der soziale Ausgleich der GKV ist zunächst in Art. 20 GG, der Sozialstaatsklausel, begründet.³ Er soll über zwangsweise Umverteilungen den "Schutz der wirtschaftlichen und sozial schwachen Bevölkerung [sicherstellen], die der Wechselfälle des Lebens selber nicht mehr Herr zu werden vermögen"⁴. ***Das Schutzbedürfnis der Versicherten legitimiert nicht mehr die heutigen umfangreichen Umverteilungen, die durch Zwang zustande kommen, und die damit verbundenen Eingriffe in die Freiheitsrechte der Versicherten.***⁵ Fast jeder benötigt eine Absicherung gegen das Großrisiko von schweren, teuren

¹ 1996 betragen die Gesamtausgaben in West und Ost ca. 270 Mrd. DM, vgl. BMfAS (1997), Heft 6, S. 123ff.

² Siehe beispielsweise Hüther/Premer (1997), S. 119ff., Pfaff, A.B. (1997), S. 86ff., Felkner (1995), S. 251ff., Henke (1995a), S. 41ff., Reiners (1995), S. 123f., Schmähl (1994), S. 367f., Albers (1982), S. 63.

³ Vgl. Hesselberger (1990), S. 163.

⁴ BVerfGE 18, 257, 270.

⁵ Vgl. Füllsack (1996), S. 123, SVR (1987), Ziffer 160, Beske/Zalewski (1984), S. 50ff., Herder-Dorneich/Schreiber (1969), S. 12.

Krankheiten. Bei der Beschränkung der Versicherungspflicht auf etwa 70% der Bevölkerung⁶ ist diese Absicherung nicht gewährleistet. Gleichzeitig kann ein Teil der Versicherungspflichtigen viele der von der GKV abgedeckten Leistungen selber tragen und benötigt dafür keinen gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsschutz. Der auf Zwangsmitgliedschaft basierende soziale Ausgleich, der nicht über das Schutzbedürfnis begründet werden kann,⁷ ist aber auch **dann legitimiert, wenn er allgemein akzeptierten Verteilungszielen, d.h. Gerechtigkeitsvorstellungen, entspricht.**⁸

Die allgemeine Kritik und die verfassungsrechtlichen Bedenken zeigen, daß es erforderlich ist, die Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung systematisch zu bewerten, indem adäquate Beurteilungskriterien hergeleitet und die Bewertungsergebnisse auch quantitativ belegt werden.

Eine Beurteilung von Umverteilungswirkungen sollte anhand der Ziele vorgenommen werden, die mit ihnen verfolgt werden. Mit der **Verteilungseffizienz** wird bewertet, in welchem Umfang die Beitragsregelung zur Erreichung der vorgegebenen Verteilungsziele beiträgt.

Das **Verteilungsziel der GKV** leitet sich zunächst aus der Sozialstaatsklausel in Art. 20 GG ab. In diesem Sinn soll der soziale Ausgleich der GKV durch die bedarfsabhängige Leistungsgewährung und die einkommensabhängige Beitragserhebung sicherstellen, daß die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung nicht an wirtschaftlichen Gründen scheitert. Die Operationalisierung dieser Vorgabe, etwa welches bedarfsnotwendige Leistungen sind und wie Beiträge

⁶ Familienversicherte von Pflichtversicherten sind zu den Pflichtversicherten gerechnet.

⁷ Der soziale Ausgleich in seiner derzeitigen Form wird als verfassungsrechtlich bedenklich eingestuft. Verfassungskonflikte werden vor allem in dem Vollschutz, der mit den weitgehenden Eingriffen in die Eigentumsrechte und der Einschränkung der Entscheidungsmöglichkeiten gegen Art.1 GG verstößt, und in der Beschränkung der Versicherungspflicht auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, die gegen das Willkürverbot verstößt, gesehen. Weiterhin wird kritisiert, daß die GKV mit den umfangreichen Umverteilungen die Finanzhoheit des Staates unterläuft. Siehe dazu Füllsack (1996), S. 124ff., Volk (1989), S. 131, Isensee (1983), S. 455f., Leisner (1974), S. 126f., Isensee (1973), S. 50ff.

⁸ Zur Herleitung der Notwendigkeit zur Legitimation von zwangsweisen Umverteilungen siehe SPECKBACHER, Speckbacher (1994), S. 14ff. Vgl. auch Isensee (1973), S. 69.

unter Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit erhoben werden sollen,⁹ ist gesetzlich nicht vorgegeben.¹⁰

Die Umverteilungen gehen heute über den Umfang hinaus, der für eine bedarfsnotwendige Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist. Das **Sozialstaatsprinzip ist somit nicht Zielsetzung für die Umverteilungen, die über die Mindestsicherung hinausgehen, und ist als Bewertungsmaßstab für diese Umverteilungen ungeeignet.**

Da die GKV als Parafisci mit dem sozialen Ausgleich zur gesamten staatlichen Umverteilung beiträgt, sollten **die Verteilungswirkungen der GKV anhand der Ziele der staatlichen Verteilungsaufgaben bewertet werden.**¹¹ Staatliche Distributionspolitik wird mit der Zielsetzung betrieben, allgemein empfundene Ungerechtigkeiten in der Einkommensverteilung zu korrigieren.¹² **Das Ziel der Gerechtigkeit bildet damit auch das übergeordnete Bewertungskriterium für die Umverteilungen der GKV-Finanzierung.**

Aber dieses allgemeine Ziel der Gerechtigkeit ermöglicht noch keine Bewertung konkreter Umverteilungen. Es ist nur eine Leerformel. Fast jeder strebt Gerechtigkeit an. Dabei werden jedoch unter diesem Ziel sehr unterschiedliche und teilweise widersprüchliche Wertvorstellungen und Zielsetzungen subsumiert.¹³ Letztendlich ist es eine politische Entscheidung, wie in einer konkreten Fragestellung der Begriff der Gerechtigkeit interpretiert wird. Daher gibt das **Ziel der Gerechtigkeit keinen intersubjektiv gültigen Umverteilungsmaßstab**

⁹ Die soziale Beitragsgestaltung verlangt nicht, daß die Beiträge "gemäß", sondern nur daß sie "unter Berücksichtigung" der Leistungsfähigkeit bestimmt werden. Diese Vorgabe läßt einen breiten Spielraum für die Beitragsgestaltung, etwa für eine Beitragsbemessungsgrenze, die Einschränkung der Beitragsbemessungsgrundlage, Sonderbeiträge oder risikoäquivalente Selbstbehalte. Um diese Abgrenzung begrifflich zu verdeutlichen, wird kein einheitlicher Terminus verwendet. Es finden sich unterschiedliche Formulierungen, wie
- [Beitragsbestimmung nach] "wirtschaftlicher Leistungskraft", Smigielski (1985), S. 79,
- [Gestaltung entsprechend der] "Belastungsfähigkeit", Neubauer/Birkner (1984), S. 32,
- "Orientierung an Leistungsfähigkeit", Albers (1982), S. 60.

¹⁰ Vgl. Volk (1989), S. 125, Albers (1982), S. 60.

¹¹ Vgl. Füllsack (1996), S. 116, Lepelmeier (1979), S. 192, Isensee (1973), S. 15f.

¹² Vgl. Nowotny (1987), S. 417f., Rürup/Körner (1981), S. 186f., Külpe (1971), S. 109.

¹³ Vgl. Rürup/Körner (1981), S. 187f., Musgrave (1974), S. 20f., Külpe (1971), S. 109ff.

vor. Ebenso ist eine intersubjektiv einheitliche Beurteilung der Umverteilungswirkungen nicht möglich.¹⁴

Weil jede Auswahl eines Bewertungskriteriums für die Gerechtigkeit der GKV-Umverteilungen in gewisser Weise willkürlich ist, unterliegt auch jede Gerechtigkeitsbewertung der gleichen Beliebigkeit. **Diese Arbeit erhebt daher nicht den Anspruch, die Gerechtigkeit der Verteilungswirkungen der GKV-Finanzierung eindeutig zu beurteilen. Sie will vielmehr aufzeigen, in welchem Umfang diese Umverteilungen unterschiedliche Verteilungsziele verfolgen bzw. ihnen widersprechen. Sie untersucht also die jeweilige Verteilungseffizienz in Bezug auf unterschiedliche Zielsetzungen.**¹⁵ Welches Gewicht den einzelnen Zielen und den einzelnen Wirkungen beigemessen wird und wie dadurch die Gesamtwirkung beurteilt wird, ist in einem weiteren Schritt eine politische Entscheidung.

Auch bei dem hier gewählten Vorgehen unterliegt die Auswahl mehrerer Verteilungsziele zur Beurteilung der GKV-Umverteilungen noch einer gewissen Willkür. Um dennoch eine möglichst umfassende Bewertung zu ermöglichen, werden im nächsten Abschnitt allgemeine Prinzipien und Theorien, die Vorgaben für eine als gerecht anzustrebende Einkommensverteilung machen, auf ihre Eignung als Bewertungsmaßstab untersucht. Im Abschnitt 3.3. wird dann die Verteilungseffizienz der Umverteilungen in Bezug auf die unterschiedlichen Zielvorstellungen untersucht.

3.2. Verteilungseffizienz als Bewertungsmaßstab

Alle Theorien, die Zielvorgaben für Einkommensumverteilungen machen, bauen auf Grundannahmen über die anzustrebende, gerechte Verteilung auf. Diese Grundannahmen kommen in Gerechtigkeitsprinzipien zum Ausdruck.¹⁶ Sie erfassen und beschreiben jeweils einen Teilaspekt von Gerechtigkeitsvorstellungen. Je nach Gewichtung können aus der Anwendung der gleichen Prinzipien als elementare Bausteine unterschiedliche Theorien abgeleitet werden. Es wer-

¹⁴ Vgl. Speckbacher (1994), S. 10, Lampert (1990), S. 76.

¹⁵ Vgl. Streb (1993), S. 5f. und Külp (1971), S. 109ff.

¹⁶ Vgl. Musgrave/Musgrave/Kullmer (1990), S. 108, Döring (1995), S. 73.

den nun zunächst grundlegende Gerechtigkeitsprinzipien und Gerechtigkeits-theorien vorgestellt. Sie werden dann auf ihre Eignung als Bewertungsmaßstab für die Umverteilungen der GKV überprüft.

3.2.1. Ausgewählte Gerechtigkeitsprinzipien

Die Gerechtigkeitsprinzipien sind hierarchisch geordnet. Grundlage aller Prinzipien ist der Gleichheitsgrundsatz. Durch unterschiedliche Interpretation des Gleichheitsgedankens werden das Bedarfsprinzip und das Leistungsprinzip abgeleitet. Verschiedene Auslegungen dieser beiden Prinzipien können wiederum als eigenständige, nachgeordnete Prinzipien aufgefaßt werden.¹⁷

Gleichheitsprinzip

Der Gleichheitsgedanke ist Grundlage aller Gerechtigkeitsprinzipien.¹⁸ Die Forderung nach Gleichheit ist, ebenso wie die Forderung nach Gerechtigkeit, interpretationsbedürftig. Es ist zu klären,

- ob Gleichheit im Prozeß der Behandlung oder im Ergebnis der Behandlung angestrebt wird,
- worauf sich die Gleichheitsforderung bezieht, z.B. Rechte, Nutzen oder Einkommen, und
- ob absolute oder relative Gleichheit angestrebt wird.

Je nach Interpretation der Gleichheitsforderung werden unterschiedliche Verteilungen erzielt. So kann absolute Gleichbehandlung zu ungleicher Verteilung im Ergebnis und bei unterschiedlichen Nutzenstrukturen zu nicht paretoeffizienter Verteilung führen.

Schon Aristoteles forderte daher, daß eine gerechte Behandlung sowohl Elemente der Gleichbehandlung als auch der Differenzierung enthalten muß.¹⁹ Die Regel der **horizontalen Gerechtigkeit** besagt, daß gleiche Personen gleich behandelt werden sollen. Die Regel der **vertikalen Gerechtigkeit** fordert ergän-

¹⁷ Vgl. Külp (1971), S. 111.

¹⁸ Zum Gleichheitsgrundsatz vgl. die Ausführungen in Althammer (1991), S. 109, Tillmann (1991), S. 86, Döring (1995), S. 70f. oder Külp (1971), S. 111f.

¹⁹ Vgl. Williams (1993), S. 288f., Aigner (1992), S. 119f., Neppi (1986), S. 16ff.

zend, daß ungleiche Personen entsprechend ihren Unterschieden unterschiedlich behandelt werden.

Leistungsprinzip

Das Leistungsprinzip wird aus dem Gleichheitsprinzip abgeleitet, indem es **gleiche Entlohnung für gleiche Leistung** fordert.²⁰ Durch die leistungsbezogene Einkommensverteilung soll der einzelne zur Leistung motiviert und insgesamt das Volkseinkommen und der Wohlstand der Gesellschaft gesteigert werden. Voraussetzung für die Umsetzung dieser liberalistischen Gerechtigkeitsvorstellung sind das Recht auf Eigentum und die Freiheit der Individuen.

Da die Fähigkeit, Leistungen zu erbringen, von persönlichen Voraussetzungen, etwa der Ausbildung abhängt, wird aus dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit das Prinzip der Chancengleichheit abgeleitet.²¹ Nur wenn Chancengleichheit gewährleistet ist, kann eine leistungsgemäße Einkommensverteilung als gerecht angesehen werden.

Bedarfsprinzip

Das Bedarfsprinzip fordert eine Zuteilung des Einkommens **gemäß dem individuellen Bedarf**. Dadurch soll Gleichheit bei der Versorgung der gesamten Bevölkerung sichergestellt werden. Das Recht auf Eigentum wird hinter das Ziel der gleichmäßigen Verteilung zurückgestellt. Das Bedarfsprinzip bildet somit den Gegenpol zum Leistungsprinzip.²²

Eine bedarfsgerechte Verteilung erfordert bei begrenzten Ressourcen Allokationsentscheidungen. Wegen der individuell unterschiedlichen und nicht vergleichbaren Bedarfs- und Nutzenstrukturen ist jedoch eine dem Bedarf entsprechende, gerechte Versorgung bei begrenzten Ressourcen nicht möglich.

Das Bedarfsprinzip wird selten in seiner Reinform gefordert. Es ist in abgewandelter Form als Prinzip einer Sicherung des Existenzminimums Bestandteil der meisten Gerechtigkeitstheorien.²³

²⁰ Vgl. Lampert (1990), S. 77, Musgrave/Musgrave/Kullmer (1990), S. 100, Külp (1971), S. 127ff.

²¹ Vgl. Lampert (1990), S. 78.

²² Vgl. Külp (1971), S. 137f.

²³ Vgl. Döring (1995), S. 73, Lampert (1990), S. 77.

3.2.2. Ausgewählte Theorien zur interpersonellen Einkommensverteilung

Die Anwendung von Bedarfs- und Leistungsprinzip in ihren Reinformen führen zu unterschiedlichen Verteilungen, die beide als ungerecht empfunden werden. Eine leistungsgerechte Verteilung kann zu Unterversorgung derjenigen führen, die keine Möglichkeit haben, Leistungen zu erbringen. Eine bedarfsgerechte Verteilung berücksichtigt die Leistung des Individuums nicht. Eine gerechte Verteilung vereinigt daher beide Prinzipien.

Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen haben Gerechtigkeitstheorien entwickelt, die Vorgaben für eine gerechte Einkommensverteilung geben sollen. Ihnen liegt jeweils eine bestimmte Vorstellung über den Umfang von Leistungs- und Bedarfsorientierung zugrunde.

Äquivalenzprinzip, Opfertheorie, Utilitaristischer Ansatz und Rawls'sche Gerechtigkeitstheorie werden meist zur Beurteilung der Gerechtigkeit von Sozialversicherungen herangezogen und daher im folgenden untersucht.²⁴

Äquivalenzprinzip

Das Äquivalenzprinzip leitet sich aus dem Leistungsprinzip ab. Es fordert, daß jeder entsprechend der Leistungen, die er erhält, zur Finanzierung öffentlicher Ausgaben beiträgt.²⁵ Das Äquivalenzprinzip ist eine grundsätzlich gerechte Form der Mittelaufbringung.²⁶

Wenn jedoch Personen mit hohem Leistungsbedarf oder niedrigem Risiko die äquivalenten Zahlungen nicht aufbringen können, ist die Sicherung des Mindeststandards nicht mehr gewährleistet. Da dies Voraussetzung für eine gerechte Verteilung ist, gibt das Äquivalenzprinzip in diesen Fällen keinen Gerechtigkeitsmaßstab vor.

²⁴ Zu weiteren Theorien, wie z.B. die Liberalistische oder die marxistische Gerechtigkeitstheorie, siehe Wagstaff/Doorslaer (1993), S. 9, Williams (1993), S. 291ff., Schmidt (1991), S. 11, Tillmann (1991), S. 88f.

²⁵ Vgl. Meierjürgen (1989), S. 11, Nowotny (1987), S. 276, Zimmermann/Henke (1987), S. 129.

²⁶ Vgl. Isensee (1983), S. 445, Eisen (1980), S. 539.

Opfertheorie

Die Verteilung der allgemeinen, nicht direkt zurechenbaren Steuerlast ist nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip dann gerecht, wenn Steuerpflichtige mit gleicher Leistungsfähigkeit (ability to pay) die gleiche Last tragen (Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit) und wenn Steuerpflichtige mit unterschiedlicher Leistungsfähigkeit eine unterschiedliche Last tragen (Prinzip der vertikalen Gerechtigkeit).²⁷ Das Leistungsfähigkeitsprinzip läßt offen, wie die konkrete Lastverteilung in Abhängigkeit von unterschiedlicher Leistungsfähigkeit erfolgen soll. Die Opfertheorie liefert einen Ansatz zur Bestimmung des Belastungsverlaufs und ist damit eine **Interpretation des Leistungsfähigkeitsprinzips**. Die Auslegung des Leistungsfähigkeitsprinzips gemäß der Opfertheorie ist so weit verbreitet, daß diese Interpretation teilweise als originärer Bestandteil des Leistungsfähigkeitsprinzips gesehen wird.²⁸ Auch *in dieser Arbeit wird der Begriff der Leistungsfähigkeit im Sinne einer Verteilung gemäß dem Opferprinzip* verwendet.

Nach der Opfertheorie ist eine Lastverteilung dann gerecht, wenn sie jedem Steuerpflichtigen das gleiche Opfer abverlangt.²⁹ Das Opfer besteht darin, daß der Steuerpflichtige aufgrund seiner Zahlung weniger Bedürfnisse befriedigen kann und ihm Nutzen entgeht.³⁰ Die Forderung, daß jeder ein gleiches Opfer erbringen, also auf den gleichen Nutzen verzichten soll, kann interpretiert werden als gleiches absolutes Opfer, mit gleicher absoluter Nutzeneinbuße für jeden, oder als gleiches relatives Opfer in Verhältnis zum jeweiligen Gesamtnutzen oder als gleiches Grenzopfer.

Die **Schwierigkeiten**, aus der allgemeinen Opfertheorie eine **konkrete Belastungsverteilung** abzuleiten, liegen in

- der Bestimmung der nutzenstiftenden Bezugsgröße,
- der Ableitung des Nutzens aus der Bezugsgröße und

²⁷ Vgl. Musgrave (1974), S. 75f., Zimmermann/Henke (1987), S. 133.

²⁸ Zur Diskussion um die Abgrenzung des Leistungsfähigkeitsbegriffes siehe Pohmer (1988a), S. 137ff.

²⁹ Zur Definition siehe Musgrave (1974), S. 75ff.

³⁰ HACKMANN definiert die Leistungsfähigkeit nicht über den individuellen Nutzen, sondern über die ökonomische Verfügungsmacht, vgl. Hackmann (1983), S. 666ff.

- der Entscheidung für eines der drei Opferkonzepte.

Meist bildet das Gesamteinkommen die nutzenstiftende Bezugsgröße.³¹ Es erfaßt aber nur einen Teil der individuellen Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung.³² Weitere Einflußfaktoren, die teilweise nicht monetär bewertbar sind, müßten in einer sozialen Nutzenfunktion abgebildet werden. Diese Funktion kann wegen ihrer Komplexität nicht empirisch hergeleitet werden.

Der Nutzen, der aus unterschiedlich hohen Bemessungsgrundlagen gezogen wird, ist individuell verschieden und weitgehend unbekannt. Daher kann der Verlauf der allgemeinen Nutzenfunktion weder empirisch noch theoretisch hergeleitet werden. Meist wird ein allgemeiner, degressiver Nutzenverlauf angenommen.

Auch die Auswahl eines der drei Opferkonzepte kann nicht eindeutig theoretisch hergeleitet werden.³³ Meist wird das Konzept des gleichen relativen Opfers angewendet.

Je nachdem, wie Bemessungsgrundlage, Nutzenverlauf und Opferkonzept festgelegt werden, ergeben sich unterschiedliche Belastungsverläufe.³⁴ So führt die Anwendung des gleichen relativen Opfers unter der Annahme einer degressiven Nutzenkurve zu einer progressiven Belastung. Unter anderen Annahmen können aus der Opfertheorie auch degressive oder proportionale Belastungen abgeleitet werden.

Auch wenn eine eindeutige Herleitung des Belastungsverlaufs nicht möglich ist, wird in der Regel davon ausgegangen, daß eine leistungsfähigkeitsorientierte Mittelenerhebung progressiv zum Einkommen erfolgen muß.³⁵

Die **Kritik** an der Opfertheorie richtet sich *gegen die häufig verwendete Annahme einer allgemeinen, degressiv verlaufenden Nutzenfunktion*.³⁶ Eine all-

³¹ Vgl. Andel (1990), S. 270, Zimmermann/Henke (1987), S. 133f.

³² Vgl. Hauser (1996), S. 3ff., Zimmermann (1990), S. 61, Pohmer (1988a), S. 148f., Pohmer (1988b), S. 21ff.

³³ Zur Diskussion darüber, welches Opferkonzept der Ableitung des Belastungsverlaufs zugrunde gelegt werden soll, siehe Haller (1990), S. 24, Pohmer (1988a), S. 140, Pohmer/Jurke (1984), S. 481, Pohmer (1981), S. 280 und die Verweise in Pohmer (1988a), S. 140.

³⁴ Vgl. Nowotny (1987), S. 141, Musgrave (1974), S. 82.

³⁵ Vgl. Pohmer/Jurke (1984), S. 486ff., siehe auch die Diskussion in Pohmer (1988b), S. 20.

gemeine Nutzenfunktion gibt nicht die individuell unterschiedlichen Nutzenverläufe wieder.³⁷ Eine aus ihr abgeleitete, theoretische Opfergleichheit, führt damit nicht notwendigerweise zu gleichen Opfern der Zahlungspflichtigen. Außerdem ist es zwar plausibel, mit steigendem Einkommen einen abnehmenden Grenznutzen anzunehmen. Es gibt bisher aber keine Herleitung des Gossenschen Gesetzes, das für den individuellen Konsum einzelner Güter entwickelt wurde, auf aggregierte Größen.

Solange die Nutzenfunktion nur ein theoretisches Konstrukt ist, das nicht empirisch quantifiziert ist, kann aus der Opfertheorie keine konkrete Belastungsverteilung hergeleitet werden. Sie gibt daher nur den theoretischen Rahmen für eine Belastungsverteilung vor, die als politische Entscheidung festgelegt werden muß.³⁸

Utilitarismus

Der Utilitarismus leitet die gerechte Einkommensverteilung aus einem übergeordneten Ziel ab, nämlich der **Maximierung der gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrt**.³⁹ Demnach ist eine Einkommensverteilung immer dann gerecht und einer anderen vorzuziehen, wenn durch sie die gesamte gesellschaftliche Wohlfahrt gesteigert wird. Die gesellschaftliche Wohlfahrt wird dabei als Summe der Nutzen der einzelnen Individuen definiert.

Die Wirkung der Einkommensverteilung auf die Wohlfahrt hängt von dem individuellen Nutzenverlauf und der einkommensabhängigen Leistungsbereitschaft ab.

In der verbreiteten Interpretation geht der utilitaristische Ansatz davon aus, daß alle Individuen identische, degressive Nutzenfunktionen haben. Unter dieser Annahme wird die gesellschaftliche Wohlfahrt als Summe der Einzelnutzen bei Gleichverteilung der Einkommen maximiert.

Da die Leistungsbereitschaft der Individuen von dem erwarteten, eigenen Nutzen abhängig ist, ändert sich die individuelle Leistung und damit das gesamte

³⁶ Vgl. Althammer (1991), S. 109, Tillmann (1991), S. 97, Zimmermann/Henke (1987), S. 142ff. oder Musgrave (1974), S. 82ff.

³⁷ Zu den Problemen der Messung von Nutzen siehe Hauser (1996), S. 3ff.

³⁸ Vgl. Becker (1990), S. 43.

³⁹ Zum Utilitaristischen Ansatz siehe Streb (1991), S. 7, Schmidt (1991), S. 18.

Einkommen bei Eingriffen in die Einkommensverteilung.⁴⁰ Die gerechte Verteilung unter utilitaristischer Wohlfahrtsfunktion wird dann erreicht, wenn die Differenz zwischen dem zusätzlichen Nutzen durch die Gleichverteilung und den negativen Anreizeffekten durch Umverteilung maximiert wird.

Die **grundlegende Kritik** an dem utilitaristischen Ansatz als Gerechtigkeitsmaßstab besteht darin, die **Wohlfahrt der Gesellschaft zum Maßstab für individuelle Gerechtigkeit zu machen**. Meist wird der utilitaristische Ansatz unter der Annahme einer für alle Individuen gleichen, degressiven Nutzenfunktion angewendet. Im Sinne der Gerechtigkeit wird dann ein Einkommensausgleich unter Berücksichtigung der negativen Anreizeffekte angestrebt. Die erzielte Verteilung kann als gerecht gesehen werden.

Wenn jedoch die Nutzenfunktionen individuell unterschiedlich oder nicht degressiv sind, kann die Maximierung der gesellschaftlichen Wohlfahrt zu einer einseitigen und ungerechten Verteilung der Einkommen führen. Bei der Berücksichtigung individueller Nutzenfunktionen werden Individuen mit größerer Fähigkeit, Nutzen zu ziehen, bevorzugt.⁴¹ Der **Utilitaristische Ansatz stellt dann nicht die Mindestversorgung sicher**, die eine notwendige Grundvoraussetzung für eine gerechte Verteilung ist.

Außerdem ist beim Utilitaristischen Ansatz, wie auch beim Opferprinzip, die Beschränkung des Nutzens auf eine einzige Größe zu kritisieren.⁴²

Rawls'sche Gerechtigkeitstheorie

In seinem 1971 erschienenen Werk "A Theory of Justice" stellt RAWLS die Regeln auf, die seiner Einschätzung nach konstitutive Merkmale eines gerechten Staatssystems sind. Er knüpft an die Theorien des Gesellschaftsvertrags an und geht von der Annahme aus, daß die Regeln eines gerechten Staatssystems von den Gesellschaftsmitgliedern in freier Übereinkunft festgelegt werden müs-

⁴⁰ Vgl. Musgrave/Musgrave/Kullmer (1990), S. 103ff. oder Külp (1973), S. 103f.

⁴¹ TILLMANN verdeutlicht diesen Effekt mit einem "Krüppelbeispiel", vgl. Tillmann (1991), S. 92f., Gaertner (1985), S. 125f.

⁴² Vgl. Speckbacher (1994), S. 18ff., Külp (1973), S. 126ff.

sen.⁴³ Zur Herleitung der Regeln versetzt RAWLS die Individuen in einen hypothetischen Urzustand,⁴⁴ in dem

- frei entscheidende Individuen sich freiwillig und langfristig zu einem Staat zusammenzuschließen,
 - alle Individuen den Schleier des Nichtwissens tragen, d.h. daß sie ihre heutigen und zukünftigen Fähigkeiten und Positionen in der Gesellschaft nicht kennen,
 - die Individuen vernünftig handeln,
 - der Gesellschaftsvertrag einstimmig angenommen werden muß, und
 - die Individuen Freiheiten vor Chancen und Einkommen maximieren und ihnen Sicherung des Existenzminimums wichtiger als zukünftige Chancen sind.
- In diesem Zustand verabschieden die Individuen **zwei Grundsätze des Gesellschaftsvertrags**.⁴⁵

1. Jedermann hat gleiches Recht auf das umfangreichste Gesamtsystem gleicher Grundfreiheiten, das für alle möglich ist.
2. Soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten müssen folgendermaßen beschaffen sein:
 - a) Sie müssen unter der Einschränkung des gerechten Spargrundsatzes den am wenigsten Begünstigten den größtmöglichen Vorteil bringen und
 - b) sie müssen mit Ämtern und Positionen verbunden sein, die allen gemäß fairer Chancengleichheit offenstehen.

Der erste Teil des zweiten Grundsatzes, der als **Differenzprinzip** oder **Minimax-Regel** bezeichnet wird, gibt **Grundsätze für eine gerechte Einkommensverteilung** vor. Teilweise wird aus ihm vereinfachend die Gleichverteilung als einzig gerechte Einkommensverteilung abgeleitet. Nach dem Differenzprinzip ist jedoch jeweils der Zustand vorzuziehen, bei dem der Ärmste sein Einkommen am meisten erhöhen kann. Wenn dabei der reichste einen noch höheren Einkommenszuwachs erfährt, führt der gerechte Zustand zu einer weiteren Spreizung der Einkommensverteilung.⁴⁶ Außerdem vernachlässigt die Ausle-

⁴³ Vgl. Streb (1993), S. 14.

⁴⁴ Zu den Merkmalen des Urzustandes vgl. Speckbacher (1994), S. 22f. Streb (1993), S. 15ff., Schmidt (1991), S. 219.

⁴⁵ Vgl. Rawls (1975), S. 336.

⁴⁶ Vgl. Streb (1993), S. 28ff., Döring (1995), S. 74.

gung, daß die egalitäre Verteilung die strikt beste Lösung sei, die negativen Anreizeffekte von Umverteilung.

Der erste Grundsatz gibt den Rahmen für die Umverteilung vor. Sie darf nur in dem Maße durchgeführt werden, wie dadurch die Grundfreiheiten nicht beeinträchtigt werden.⁴⁷ Gleichzeitig muß Umverteilung in dem Maße durchgeführt werden, wie das Einkommen Voraussetzung für Grundfreiheiten und Chancengleichheit bildet.

RAWLS läßt das Gerechtigkeitsmaß in einem fiktiven Prozeß durch diejenigen festlegen, für die es später gelten soll, und leitet dadurch allgemein akzeptierte Gerechtigkeitsgrundsätze her. Die Ergebnisse eines fiktiven Prozesses sind nur dann allgemeingültig, wenn die getroffenen Annahmen realistisch sind. Einige von RAWLS getroffene *Annahmen über den fiktiven Prozeß sind jedoch zu hinterfragen*.⁴⁸ Zunächst kann keine generelle Risikoaversion aller Individuen unterstellt werden. In realen Situationen sind Menschen durchaus bereit, Risiken einzugehen, um ihr Einkommen zu maximieren. Dies gilt insbesondere, wenn die Wahrscheinlichkeit gering ist, Einkommensschwächster zu werden. Außerdem ist es fraglich, ob alle Individuen Freiheit höher als materiellen Wohlstand schätzen.

3.2.3. Ableitung eines geeigneten Bewertungsmaßstabes

Die interpersonellen Umverteilungen der Gesetzlichen Krankenversicherung werden durch zwei Dimensionen bestimmt, durch ihren Umfang und durch ihre Wirkungsrichtungen, die die Aufteilung des Umverteilungsvolumens auf die einzelnen Versichertengruppen festlegen.⁴⁹ Diese beiden Dimensionen sind getrennt zu untersuchen und entsprechende Bewertungskriterien zu entwickeln.⁵⁰

⁴⁷ Vgl. Gaertner (1984), S. 119f.

⁴⁸ Vgl. Streb (1993), S. 41ff., Gaertner (1985), S. 123f.

⁴⁹ Siehe Kapitel 2.1.5.2.

⁵⁰ Vgl. Schmähl (1985b), S. 5.

3.2.3.1. Umfang der Umverteilung

Der Umfang der Umverteilung wird durch zwei Ziele abgesteckt, durch

- das Ziel der **bedarfsgerechten Versorgung**, aus dem sich ein **Mindestumfang** der Umverteilung ableitet, und
- das Ziel der **allokativen und distributiven Effizienz**, das den **maximalen Umverteilungsumfang** nach oben begrenzt.

In den westeuropäischen Ländern wird eine **bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung** als Grundbedürfnis anerkannt und bildet das Hauptziel der jeweiligen Gesundheitssysteme.⁵¹ Gemäß dem Bedarfprinzip und auch dem Prinzip der Chancengleichheit ist sicherzustellen, daß alle eine dem Umfang und der Qualität nach bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall erhalten.⁵² Umverteilungen werden in dem Maße erforderlich, in dem einzelne Bevölkerungsgruppen die bedarfsgerechte Versorgung oder eine entsprechende Absicherung, z.B. durch eine private Krankenversicherung, nicht selber finanzieren können. Theoretisch wird die Höhe der erforderlichen Umverteilung bestimmt, indem zunächst der Leistungsumfang der bedarfsgerechten Versorgung ermittelt und anschließend die Anteile festgelegt werden, die die einzelnen Gruppen selber finanzieren bzw. nicht mehr finanzieren können. In der Realität läßt sich jedoch der *Mindestumfang der Umverteilung nicht eindeutig definieren*, da es nicht möglich ist, einen einheitlichen Katalog der bedarfsgerechten Leistungen aufzustellen. *Die Abgrenzung von Bedarf und angemessener Behandlung wird immer durch individuelle Wertvorstellungen bestimmt.*⁵³

⁵¹ Vgl. Wagstaff/Doorslaer (1993), S. 11, Döring (1995), S. 77

⁵² Beispielhaft für diese Forderung vgl. Propper (1994), S. 350, Rutten (1993), S. 88f., Culyer (1993), S. 302ff.

⁵³ Vgl. Kersting (1998), S. 26ff. Es wurden verschiedene Versuche unternommen, einen bedarfsgerechten Leistungsumfang zu definieren. Alle diese Ansätze bleiben jedoch auf einer abstrakten Beschreibungsebene und ermöglichen es nicht, einen konkreten Leistungskatalog abzuleiten.

Zu Ansätzen zur Definition und Bestimmung von Bedarf siehe Culyer (1993), S. 107ff., Wagstaff/Doorslaer (1993), S. 10ff., Riege (1993), S. 17ff., Besley (1991), S. 47f., Drummond (1991), S. 102ff., Wagstaff/Doorslaer/Paci (1991), S. 149, Gäfgen (1989), S. 19ff., Gäfgen (1988), S. 102ff., Dardanoni/Wagstaff (1987), S. 283ff., Krämer (1981), S. 121ff. Ansätze zur Ableitung eines bedarfsgerechten Leistungskatalogs werden vorgestellt bei Oberender, A. (1996), S. 156ff., Arnold (1995), S. 202ff., SVR (1994), Ziffer 368ff.

Der soziale Ausgleich der GKV bewirkt Umverteilungen, die **über die reine Bedarfssicherung hinausgehen**. Diese Umverteilungen kommen zustande, wenn nicht bedarfsnotwendige Leistungen gewährt werden und wenn Versichertengruppen begünstigt werden, die sich eine entsprechende Absicherung selber leisten könnten.

Diese über die Bedarfsdeckung hinausgehenden Umverteilungen können nicht über die Ziele der Gesundheitssicherung begründet werden. Sie dienen nicht mehr der bedarfsgerechten Versorgung, sondern bewirken rein finanziell eine Umverteilung der Einkommen.⁵⁴ **Damit sind sie als Teil des gesamten staatlichen Umverteilungssystems zu bewerten.**⁵⁵

Der **maximale Umfang**, ab dem die reinen Einkommensumverteilungen der GKV nicht mehr verteilungseffizient sind, ist dann erreicht, wenn andere Umverteilungsmaßnahmen, z.B. direkte monetäre Transfers, eine effizientere allokativen und distributiven Wirkung haben.⁵⁶

Eine Ausdehnung der staatlichen Gesundheitsleistungen ist dann **nicht allokativen effizient**, wenn durch Maßnahmen in anderen Bereichen eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch Einsatz von weniger Mitteln erreicht wird. Beispielsweise kann es mit geringeren Kosten verbunden sein, durch Maßnahmen im Umweltschutz oder bei der Verkehrssicherheit Gesundheitsschäden zu vermeiden, als diese zu heilen.⁵⁷

Der soziale Ausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung führt auch zu **unerwünschten distributiven Effekten**, da sich die Umverteilungen der GKV schlecht steuern lassen. So werden Versicherte begünstigt, die zwar einen hohen Leistungsbedarf haben, aber materiell nicht bedürftig sind und für ihre Versorgung selber aufkommen könnten. Sie werden teilweise durch gesunde Versicherte mit geringem Einkommen im Rahmen des Risikoausgleichs subventio-

⁵⁴ Vgl. Williams (1993), S. 290ff., Wagstaff/Doorslaer (1993), S. 15.

⁵⁵ Vgl. Rutten (1993), S. 88f., Transfer-Enquête-Kommission (1981), Ziffer 7.

Verschiedene Untersuchungen haben den Progressionsgrad der Finanzierung der Gesundheitssysteme in unterschiedlichen Ländern ermittelt und verglichen, vgl. beispielsweise Doorslaer/Wagstaff (1993), S. 44f. Aus den isolierten Ergebnissen dieser Gegenüberstellung können aber keine weiteren Empfehlungen oder Aussagen abgeleitet werden, solange sie nicht in den Kontext der gesamten Umverteilungssysteme gestellt werden.

⁵⁶ Vgl. Anel (1990), S. 435, Berthold (1986), S. 351.

⁵⁷ Vgl. Oberender, A. (1996), S. 11, Abholz (1995), 154. Gäfgen (1985), S. 260ff.

niert. Diese unerwünschten distributiven Effekte verstärken sich mit dem Umfang der Umverteilung.

Gesundheitsleistungen, die über die bedarfsgerechte Versorgung hinausgehen und die unerwünschte allokativen oder distributiven Wirkungen haben, sollten daher von den Versicherten entsprechend ihren Präferenzen selber abgesichert und gemäß dem Leistungsprinzip **über risikoäquivalente Prämien finanziert** werden.

Der anzustrebende Umfang der Umverteilungen wird also nach unten durch das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung und nach oben durch allokativen Zielsetzungen begrenzt. **Die absolute Höhe des verteilungseffizienten Umverteilungsumfangs kann nicht normativ hergeleitet werden**, da weder die bedarfsnotwendigen Leistungen abgegrenzt noch die allokativen und distributiven Wirkungen des sozialen Ausgleichs ermittelt werden können.

Häufig wird die These vertreten, daß der Umverteilungsumfang derzeit zu hoch sei.⁵⁸ Daraus wird die Forderung abgeleitet, daß die GKV nur noch eine Grundversicherung übernehmen und die Versicherten individuell weitere Leistungen über private Versicherungen abdecken sollen.⁵⁹ Da aber die Höhe des effizienten Verteilungsumfangs nicht normativ hergeleitet werden kann, **ist die Beurteilung des derzeitigen Leistungsumfangs eine politische Entscheidung** und kann in dieser Arbeit nicht theoretisch vorgenommen werden.

3.2.3.2. Wirkungsrichtungen der Umverteilung

Die Wirkungsrichtungen der Umverteilungen können über zwei Ansätze untersucht werden, als Änderung der Einkommensverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung und als Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung. Für beide Ansätze wird überprüft, welche Verteilungsziele, die durch die unterschiedlichen im letzten Abschnitt vorgestellten Theorien vorgegeben werden, als Bewertungsmaßstab geeignet sind.

⁵⁸ Vgl. Henke (1995a) 39ff., Andel (1990), S. 230, Lampert (1990), S. 88, Albers (1982), S. 63.

⁵⁹ Vgl. Oberender, A. (1996), S. 14, Henke (1995a) 39ff., SVR (1994), Ziffer 335ff., Männer (1989), S. 137f.

Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung

Das **Äquivalenzprinzip** gibt zunächst einen Maßstab für eine gerechte Mittelaufbringung vor.⁶⁰ Das Ziel der GKV-Finanzierung besteht aber neben der gerechten Beitragsbelastung der Versicherten auch in der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung. Eine risikoäquivalente Mittelherhebung führt zwar zu einer gerechten Belastungsverteilung der Versicherten, sie stellt aber die bedarfsgerechte Versorgung nicht sicher, da Versicherte mit hohem Risiko oder niedrigem Einkommen eine risikoäquivalente Absicherung nicht finanzieren können. Somit bildet das Äquivalenzprinzip *keinen Bewertungsmaßstab für die Finanzierung der bedarfsgerechten Versorgung und damit für die Gesamtausgaben der GKV*. Es kann aber *Maßstab für die Finanzierung einzelner Ausgaben- oder Beitragsbestandteile sein, sofern die bedarfsgerechte Versorgung insgesamt gewährleistet ist*, etwa bei Selbstbehalten oder Zusatzleistungen.

Die **Opfertheorie** bildet *keinen Maßstab* für die Bewertung der Umverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung. Sie stellt nur Kriterien für die Mittelaufbringung auf. Daher kann sie nicht auf die Umverteilungen angewendet werden, die durch die Gesamtheit von Mittelaufbringung und Leistungsgewährung verursacht werden, wie sie durch die Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung erfaßt werden.

Ebenso können die Umverteilungen nicht anhand des **Utilitaristischen Ansatzes** bewertet werden, da es *nicht möglich* ist, eine reale gesamtgesellschaftliche Wohlfahrtsfunktion aufzustellen. Außerdem gewährleistet er die Mindestsicherung nicht.

Auch das **Rawls'sche Differenzprinzip** ist zur Bewertung der Umverteilungen *nicht geeignet*.⁶¹ Da sich das Differenzprinzip nur auf die Änderung bei demjenigen mit niedrigstem Einkommen bezieht, kann mit ihm nicht die Verteilung der Einkommen zwischen den übrigen Versicherten beurteilt werden. Außerdem ist zu hinterfragen, daß die Gerechtigkeit der gesamten Einkommensver-

⁶⁰ Das Äquivalenzprinzip ist der "klassische Legitimationsgrundsatz", Isensee (1983), S. 445. Vgl. auch Eisen (1980), S. 539.

⁶¹ Vgl. Streb (1993), S. 35ff., Gaertner (1985), S. 119.

teilung nur über die Position des Einkommensschwächsten beurteilt werden soll.

Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung

Da die Umverteilung, die als Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung gemessen wird, die Leistungsausgaben nicht erfaßt, kann das **Äquivalenzprinzip** hier *nicht als Bewertungsmaßstab* angewendet werden.

Die **Opfertheorie** gibt Regeln für die Aufbringung von Finanzierungsmitteln unabhängig von deren Verwendung vor. Da für die Beurteilung der Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung ein Bewertungsmaßstab für die Mittelaufbringung gesucht wird, ist die Opfertheorie von ihrem Erklärungsziel her geeignet.

Die Operationalisierung der Opfertheorie ist jedoch mit Schwierigkeiten verbunden, die in der Bestimmung der Nutzenfunktion und in der Auswahl des Opferkonzepts liegen. In einigen Untersuchungen wurde die Mittelaufbringung der Sozialen Krankenversicherung implizit anhand des Opferprinzips bewertet, indem sie die reale Beitragserhebung mit einer fiktiven, einkommensproportionalen Beitragserhebung verglichen.⁶² Die **proportionale Erhebung als leistungsfähigkeitsorientierter Vergleichsmaßstab** kann, wie alle Belastungsverläufe, nicht eindeutig aus dem Opferprinzip abgeleitet werden. Die proportionale, verteilungsneutrale Mittelaufbringung wird jedoch in allen europäischen Ländern als gerechte Form für die Finanzierung der Sozialversicherung gesehen.⁶³

Die Opfertheorie bildet damit einen **Maßstab für die Beurteilung der GKV-Finanzierung mit den Vorgaben**

- der **horizontalen Gerechtigkeit**,
- der **vertikalen Gerechtigkeit** und
- der **Beitragserhebung proportional zum Gesamteinkommen**.

⁶² Ohne explizit Bezug zum Opferprinzip zu nehmen, wird es implizit als Bewertungsmaßstab verwendet bei Doorslaer/Wagstaff (1993), S. 20, Wagstaff/Doorslaer (1992), S. 363, Huppertz/Siedenberg (1980), S. 84 oder auch die Aufstellung der Untersuchungen bei Propper (1994), S. 350.

⁶³ Vgl. Huppertz/Siedenberg (1980), S. 84. Zur Sozialversicherungsfinanzierung in Europa siehe die Aufstellung in in MISSOC (1996), S. 96ff.

Die **Utilitaristische Theorie** ist zur Beurteilung der Umverteilung gegenüber der Ausgangsverteilung *ungeeignet*, da das Ziel der Maximierung der gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrt nicht die bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet und nicht operationalisierbar ist.

Auch das **Rawls'sche Differenzprinzip** *bildet kein Bewertungskriterium* für die Umverteilung gegenüber der Ausgangsverteilung. Wie bereits dargestellt, setzt es nur an der Änderung der Position des Einkommensschwächsten an und ermöglicht keine Beurteilung der Verteilung der übrigen Versicherten.

Zusammenfassung

Prinzipiell können das Opferprinzip und das Äquivalenzprinzip Verteilungsziele für die GKV-Umverteilungen vorgeben und somit Bewertungsmaßstäbe bilden (vgl. Tabelle 5).

Das **Opferprinzip bzw. Leistungsfähigkeitsprinzip** gibt ein Kriterium für die Bewertung der Umverteilung gegenüber der Ausgangsverteilung vor. Entsprechend dem Bedarfsprinzip soll die Mittelaufbringung unabhängig vom Risiko und nur in Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit erfolgen, indem die Beiträge rein proportional zum Gesamteinkommen erhoben und dabei die Prinzipien der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit erfüllt werden. Die durch das Opferprinzip induzierten Umverteilungen werden in ihrem Umfang nach oben eingeschränkt, wenn nicht bedarfsnotwendige Umverteilungen unerwünschte allokativen und distributiven Wirkungen haben.

Das **Äquivalenzprinzip** gibt als Verteilungsziel vor, daß die Versicherten Beiträge in Höhe ihrer erwarteten Leistungen zahlen. *Es bildet keinen Bewertungsmaßstab für die gesamte Mittelaufbringung*, da bei rein risikoäquivalenter Finanzierung die bedarfsgerechte Versorgung nicht sichergestellt ist. *Das Äquivalenzprinzip kann aber auf einzelne Ausgaben- und Beitragsbestandteile angewendet werden*, solange die bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist.

	Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung	Änderung gegenüber Ausgangsverteilung
Äquivalenz- prinzip	Bedingt Geeignet Für einzelne Ausgabenberei- che, wenn bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt ist	Ungeeignet Abweichung von Äquivalenz nicht bekannt
Opferprinzip	Ungeeignet Nur für Mittelaufbringung, nicht für Mittelaufbringung und -ver- wendung	Geeignet Annahme: Gerechte Mittele- aufbringung erfolgt propor- tional zum Gesamteinkom- men
Utilitarismus	Ungeeignet - Nutzenfunktion nicht ermittel- bar - Mindestsicherung nicht ge- währleistet	Ungeeignet - Nutzenfunktion nicht ermittel- bar - Mindestsicherung nicht ge- währleistet
Rawls'sche Theorie	Ungeeignet - Nur Bewertung der Änderung bei Einkommensschwächstem - Nicht für Einkommensvertei- lung aller Versicherten	Ungeeignet - Nur Bewertung der Änderung bei Einkommensschwächstem - Nicht für Einkommensvertei- lung aller Versicherten

Tabelle 5: Auswahl eines Bewertungsmaßstabes (Quelle: Eigene Darstellung)

Äquivalenz- und Leistungsfähigkeitsprinzip sind beide für sich als Bewertungsmaßstab geeignet. Sie verfolgen aber teilweise konfligierende Zielsetzungen, so daß eine *Ausrichtung an einem Prinzip gegen die Zielvorgabe des jeweils anderen Prinzips verstößt*.⁶⁴ Beispielsweise widerspricht die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen entsprechend dem Leistungsfähigkeitsprinzip den Zielvorgaben der Äquivalenz. Eine eigenständige, risikoäquivalente Beitragszahlung für Ehepartner durchbricht im Gegenzug die leistungsfähigkeitsorientierte Beitragserhebung in Abhängigkeit vom Gesamteinkommen. Eine Finanzierungsreform, die beide Verteilungszielsetzungen gleichzeitig verfolgt, erhöht daher weder die Effizienz in Bezug auf das Leistungsfähigkeitsprinzip noch in Bezug auf das Äquivalenzprinzip. Daraus leitet sich ein wesentlicher Grundsatz für die Gestaltung der Umverteilungen ab. Eine *verteilungseffiziente Finanzierung* ist nur zu erreichen, wenn die Umverteilungswir-

⁶⁴ Vgl. Isensee (1983), S. 454.

kungen *eindeutig an einem Verteilungsziel ausgerichtet* sind. Dabei können *einzelne Ausgaben- oder Beitragsanteile auch unterschiedliche Prinzipien verfolgen*. Der Rahmen für die Ausrichtung wird durch das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung als untere Grenze für die Umverteilungen und durch die allokativen Zielsetzungen als obere Grenze für die Umverteilungen vorgegeben. Je nach Umfang der Umverteilungen gibt es **zwei Grundformen einer verteilungseffizienten Finanzierung**:

- eine *vollständige Ausrichtung an dem Leistungsfähigkeitsprinzip*, sofern der Umverteilungsumfang unterhalb der durch die allokativen Ziele vorgegebenen Obergrenze liegt, und
- die *Trennung des gesamten Ausgaben- bzw. Beitragsvolumens in zwei Teile, einen leistungsfähigkeitsorientierten Teil*, der die bedarfsgerechte Versorgung sicherstellt, *und einen äquivalenzorientierten Teil*, der an allokativen Zielsetzungen ausgerichtet ist.

3.3. Bewertung der durch die GKV induzierten Umverteilungen

In der über 100-jährigen Geschichte hat sich die Ausrichtung der GKV durch Ausdehnung des Versichertenkreises und des abgedeckten Leistungsspektrums wesentlich gewandelt (vgl. Tabelle 6).⁶⁵ Ursprünglich war die GKV eine Arbeiterversicherung, die nur etwa 10% der Bevölkerung abdeckte.⁶⁶ Es bestand weitgehend Äquivalenz zwischen den einkommensabhängigen Beiträgen und den gewährten Leistungen.⁶⁷ Mit über 55%⁶⁸ entfiel der größte Teil der Leistungen auf beitragsäquivalente Geldleistungen.⁶⁹ Auch über die Sachleistungen fanden kaum systematische Umverteilung statt, da die Versicherten wegen ihres

⁶⁵ Zu geschichtlichen Entwicklung siehe Beske (1995), S. 73ff., Schneider u.a. (1995), S. 199ff., Frank (1994), S. 6ff., Herder-Dorneich (1994), S. 86ff., Arnold (1995), S. 39ff., Fachinger/Rothgang (1995b), S. 10ff., Fachinger/Rothgang (1995a), S. 226ff., Perschke-Hartmann (1994), S. 226ff., Alber (1992a), S. 55ff., Alber (1992b), S. 39ff., Wasem (1991), S. 46ff., Zöllner (1981), S. 124ff., am Orde (1997), S. 242ff., BMfG (1997), Blau (1996), S. 33ff.

⁶⁶ Vgl. Frank (1994), S. 34.

⁶⁷ Vgl. Herder-Dorneich (1994), S. 83, Arnold (1995), S. 42, Schneider (1994), S. 88f.

⁶⁸ Vgl. Arnold (1995), S. 47.

⁶⁹ Vgl. Beske (1995), S. 72, Frank (1994), S. 18f.

gleichen Berufes ähnliche Risiken und Einkommen hatten.⁷⁰ Heute ist die GKV ein umfassendes, am sozialen Ausgleich orientiertes Sicherungssystem,⁷¹ das 90% der Bevölkerung abdeckt. Durch die Ausweitung der Sachleistungen und die Einbeziehung heterogener Versichertengruppen hat sich der Umfang des sozialen Ausgleichs vergrößert. Risikoäquivalent werden nur noch etwa 10 % der Gesamtausgaben, die Geldleistungen, finanziert.

Jahr	GKV-Mitglieder ⁷² / Bevölkerung	GKV-Versicherte / Bevölkerung	Beitrags-satz	Anzahl Krankenkassen	Anteil Sach-an Gesamt-leistungen ⁷³
1885	10,0%	10,3%	2,0	18.776	45%
1913/14	23,0%	34,3%	3,0	13.500	o.A.
1924/25	30,6%	51,3%	6,0	7.777	50%
1950/51	40,4%	o.A.	6,0	1.992	o.A.
1960	48,8%	83,1%	o.A.	2.028	70,0%
1970	47,3%	88,1%	8,2	1.815	89,7%
1980	54,4%	90,3%	11,4	1.319	92,3%
1990	56,9%	88,6%	12,5	1.147	93,5%
1995	62,0%	88,4%	13,1	960	92,0%

Tabelle 6: Expansion der GKV seit 1885 (Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Daten aus Alber (1992a), S. 42f., Schneider (1994), S. 260, BMFG (1995c), S. 119, BMfG (1995a) S. 280 und 310, StBuA (1997c), S. 466, STBuA (1996), S. 11, BMfAS (1998), Heft 1 S. 129, BMfAS (1996), Heft 6 S. 107ff.)

Reformen der GKV-Finanzierung erfolgten jeweils als Anpassungen an geänderte gesellschaftspolitische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen. Dabei waren die einzelnen Reformen unmittelbare Reaktionen auf den jeweiligen Handlungsbedarf und wurden nicht aus einer langfristigen Zielvorstellung für die GKV und das gesamte Gesundheitssystem abgeleitet. Aus dieser evolutori-schen Entwicklung heraus ist es zu erklären, warum die Ausrichtung der GKV **heute geprägt ist durch das teilweise wenig abgestimmte Nebeneinander von Gestaltungselementen einer äquivalenzorientierten Versicherung und von**

⁷⁰ Vgl. Herder-Dorneich (1994), S. 83.

⁷¹ Zöllner (1981), S. 126 bezeichnet die GKV als Volksversicherung, obwohl sie nur eine Abdeckung von 90% hat.

⁷² Als Mitglieder werden diejenigen erfaßt, die eigenständige Beiträge zahlen. Versicherte erfassen Mitglieder zzgl. der mitversicherten Familienangehörigen. Ab 1991 sind Gebiete Ost und West zusammengefaßt.

⁷³ Ohne Verwaltungs- und sonstige Ausgaben.

Gestaltungselementen, die eine leistungsfähigkeitsorientierte Umverteilung zwischen den Versicherten bewirken. Eine solch unklare Ausrichtung behindert eine verteilungseffiziente Mittelaufbringung, wie oben gezeigt wurde (vgl. Tabelle 7).

In den folgenden Abschnitten werden nun die Umverteilungswirkungen der Regelungen, die den sozialen Ausgleich der GKV maßgeblich bestimmen, genauer auf ihre Ausrichtung am Leistungsfähigkeitsprinzip und am Äquivalenzprinzip hin untersucht.⁷⁴

	Abweichung von...	
	... Äquivalenzprinzip	... Leistungsfähigkeitsprinzip
Versichertenkreis	- Aufnahme absehbar hoher Versicherungsrisiken	- Abhängigkeit von Beruf und Einkommen
Beitrags'erhebung	- Unabhängigkeit von Risiko - Abhängigkeit von Einkommen - Beitragsfreie Familienversicherung	- Einschränkung der Bemessungsgrundlage auf Arbeitsentgelt - Beitragsbemessungsgrenze - Sonderregelungen
Leistungsspektrum	- Gewährung versicherungsfremder Leistungen	- Gewährung einkommensabhängiger Geldleistungen

Tabelle 7: Abweichung von der äquivalenz- und der leistungsfähigkeitsorientierten Finanzierung (Quelle: Eigene Darstellung)

3.3.1. Versicherungspflicht

Die Festlegung der Versicherungspflicht beeinflusst auf zwei Weisen die distributiven Effekte der GKV, die gesamtgesellschaftlichen Verteilungswirkungen über die Abgrenzung zwischen PKV und GKV und die GKV-internen Wirkun-

⁷⁴ Viele Einzelregelungen bewirken weitere Umverteilungen, wie etwa

- Sonderregelungen der Beitragsberechnung und Leistungsgewährung für einzelne Versichertengruppen, wie z.B. Beamte oder Strafgefangene,
- die Aufgabenabgrenzung gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern,
- Manipulationmöglichkeiten bei der Ermittlung der Beitragshöhe und
- Durchführungsverordnungen zur Beitrags'erhebung.

Siehe dazu Beske/Thiede/Hallhauer (1996), S.66ff., SVR (1994), Ziffer 490, Schmähl u.a. (1986), S. 130ff.

gen über den Umverteilungsbedarf innerhalb der GKV, der sich aus der Heterogenität des Versichertenportfolios ergibt.

Mit der Versicherungspflicht wird die Verteilung des Finanzierungsbedarfs für die Gesundheitsversorgung auf die **gesamte Bevölkerung** festgelegt. Die gesamtgesellschaftlichen Einkommenseffekte ergeben sich aus den unterschiedlichen Finanzierungsprinzipien in GKV und PKV bei der gleichzeitigen Einschränkung der GKV-Versicherungspflicht in Abhängigkeit von Beruf und Einkommen.

Die Versicherungspflicht ist zunächst an den Beruf geknüpft. Ursprünglich waren nur wenige Berufsgruppen in die GKV einbezogen, die besonders schutzbedürftig waren.⁷⁵ Heute gilt Versicherungspflicht für Arbeitnehmer und viele weitere, als schutzbedürftig angesehene Bevölkerungsgruppen.⁷⁶ Nicht versicherungspflichtig sind Beamte und Selbständige, mit Ausnahme von land- und forstwirtschaftlichen Unternehmern. *Die Fähigkeit, sich selber abzusichern, läßt sich aber nicht mehr am Beruf festmachen.* Weder die Höhe des Einkommens noch die Einsicht in die Notwendigkeit einer Absicherung unterscheiden sich bei den versicherungspflichtigen Arbeitnehmern und bei den nicht versicherungspflichtigen Selbständigen oder Beamten.⁷⁷ So zahlen PKV-Versicherte und GKV-Versicherte bei gleichem Einkommen und gleichem Risiko nur aufgrund ihres Berufs unterschiedliche Beiträge. Diese Ungleichbehandlung verstößt gegen das Prinzip der horizontalen Gleichbehandlung.

Die Versicherungspflicht endet für Arbeitnehmer **einkommensabhängig** mit Erreichen der Versicherungspflichtgrenze, die 1970 auf 75% der Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Rentenversicherung festgelegt wurde.⁷⁸ In der GKV zahlen alle Versicherten mit überdurchschnittlichem Einkommen Beiträge, die über dem durchschnittlichen Leistungsbedarf liegen. PKV-Versicherte

⁷⁵ Vgl. Volk (1989), S. 144.

⁷⁶ Die sind gem. § 5 Abs.1 SGB V Empfänger von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenunterstützung oder Unterhaltsgeld, Land- und forstwirtschaftliche Unternehmer, Künstler und Publizisten, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation oder in Einrichtungen der Jugendhilfe, Behinderte, die in Werkstätten, Heimen oder Anstalten beschäftigt sind, und Studenten, Praktikanten und Auszubildende des zweiten Bildungsweges. Siehe auch Frank (1994), S. 41 ff., Kulbe (1993), S. 47 ff.

⁷⁷ Vgl. Herder-Dorneich/Schreiber (1969), S. 12f., SVR (1994), Ziffer 486.

⁷⁸ § 6 und § 7 SGB V.

zahlen im Durchschnitt nur Prämien in Höhe des durchschnittlichen Leistungsbedarfs. Daher sind die Prämien von PKV-Versicherten mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze geringer als die Beiträge von GKV-Versicherten mit einem Einkommen, das über dem GKV-Durchschnitt und unter der Versicherungspflichtgrenze liegt. ***Diese Ungleichbehandlung widerspricht dem Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit des Opferprinzips.***⁷⁹

Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV bestehen nur für freiwillig GKV-Versicherte. Auch diese ***unterschiedliche Behandlung von freiwillig und Pflichtversicherten widerspricht der horizontalen Gleichbehandlung.***

Gleichzeitig kommen ***einige PKV-Versicherte***, die wegen ihres niedrigen Einkommens oder ihres hohen Risikos ***schutzbedürftig sind, nicht in den Genuß des sozialen Ausgleichs***, wie GKV-Versicherte in vergleichbarer Situation.

Die Abgrenzung der Versicherungspflichtigen bestimmt auch den Umfang und die Wirkungsrichtungen der Umverteilungen, die **innerhalb der GKV** stattfinden. Je **heterogener das Versichertenportfolio** in Einkommen und Risikostruktur ist, desto größer sind die Umverteilungen.⁸⁰ Die genaue Belastungsverteilung ergibt sich aus dem Zusammenwirken mit den Umverteilungswirkungen durch die Beitrags- und Leistungsgestaltung, die in den nächsten Abschnitten dargestellt werden.

3.3.2. Beitragsermittlung

Die Beiträge in der GKV werden in der Regel proportional zum Einkommen bis zur Bemessungsgrenze erhoben. Für die ca. 10% der Leistungen, die einkommensabhängig als Geldleistungen gewährt werden, besteht eine Äquivalenz zwischen Beitragszahlung und Leistung. Obwohl der überwiegende Teil der Leistungen risikounabhängig und in Anlehnung an die Leistungsfähigkeit finanziert wird, werden dabei die Bedingungen des ***Opferprinzips nur unvollständig erfüllt.***

⁷⁹ Vgl. Mühlkamp (1991), S. 113.

⁸⁰ Siehe Kapitel 2.2.1.1.

3.3.2.1. Proportionale Beitragserhebung

Das Opferprinzip fordert, daß alle entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zur Finanzierung herangezogen werden und ein gleiches Opfer bringen. Aus diesem Prinzip kann nicht eindeutig ein Belastungsverlauf abgeleitet werden.

Da auch international die verteilungsneutrale Beitragserhebung proportional zum Einkommen als gerechte Form der Mittelaufbringung gilt, *wird die proportionale Beitragsermittlung als gerecht angesehen*.⁸¹

3.3.2.2. Beitragsbemessungsgrundlage

Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Person wird - in der Regel - am gesamten Einkommen als nutzenstiftender Größe festgemacht.⁸² Die GKV-Beiträge werden nur bei der kleinen Gruppe der **freiwillig Versicherten** in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auf **das Gesamteinkommen** erhoben. Für die **übrigen Versichertengruppen** gelten **abweichende Regelungen** (vgl. Tabelle 8).⁸³ Bei dem Großteil der Mitglieder, den pflichtversicherten Arbeitnehmern, bildet das Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrundlage. Bei pflichtversicherten Selbständigen werden die Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit angesetzt, bei pflichtversicherten Rentnern Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen. Für weitere Gruppen, wie Studenten oder Bewohnern von Heimen, gelten Einzelregelungen.

*Aufgrund der unterschiedlichen Abgrenzung der Beitragsbemessungsgrundlage kommt es zu Abweichungen von den Prinzipien der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit.*⁸⁴ Bei gleicher Leistungsfähigkeit zahlen beispielsweise freiwillig Versicherte höhere Beiträge als Pflichtversicherte, die ein Arbeitsentgelt unter der Beitragsbemessungsgrenze sowie weitere Einkommen bezie-

⁸¹ Die proportionale Abgabenerhebung wird nur sehr selten zur Diskussion gestellt, vgl. Schmähl (1994), S. 373, Ott (1981), S. 218, Andel (1975), S. 79f. und Kapitel 3.2.3.2.

⁸² Siehe Fußnote 31.

⁸³ Die Bemessungsgrundlage ist festgelegt in §234 SGB V - §240 SGB V. Siehe auch Bress/Nappert (1993), S. 92ff., 107ff., 144ff., 167ff., Kulbe (1993), S. 142ff., 147ff., 152ff.

⁸⁴ Vgl. SVR (1994), Ziffer 478ff.

hen. Ebenso läßt sich der Fixbeitrag für Studenten nicht durch ein besonderes Schutzbedürfnis erklären.⁸⁵

Weitere *Verstöße gegen die Prinzipien der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit ergeben sich innerhalb der Gruppe der Pflichtversicherten aus der Beschränkung der Beitragsbemessungsgrundlage auf das Arbeitsentgelt*. Ende letzten Jahrhunderts bezogen die Versicherten in der Regel neben ihrem Arbeitsentgelt keine weiteren Einkommen.⁸⁶ Inzwischen erhalten einzelne Bevölkerungsgruppen zu unterschiedlichen Anteilen Einkommen aus anderen Quellen.⁸⁷ Insbesondere mit dem Alter und mit dem Einkommen steigt der Anteil nicht beitragspflichtiger Einkommen.⁸⁸ Dadurch kommt es zu einer mit wachsendem Alter und Einkommen regressiven Beitragsbelastung im Verhältnis zur gesamten Leistungsfähigkeit.

	Beitragspflichtiges Einkommen	Beitragssatz (BS)	Beitrag pro Monat in DM⁸⁹
Pflichtversicherte	Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen	100% BS	W: 86,80 - 882,00 O: 72,80 - 735,00
Pflichtv. Rentner	Rente der GRV Versorgungsbezüge Arbeitseinkommen	Renten: 100% BS Sonst. Eink.: 50% BS	W: 0,00 - 819,00 O: 0,00 - 628,50
Freiw. Versicherte	Gesamteinkommen	100% BS	W: 188,07 - 882,00 O: 157,73 - 735,00
Studenten	BAFöG-Höchstsatz	7/10 des allg. BS	W: 77,19 / O: 65,28
Heimbewohner	Sachleistungen	100% BS	

Tabelle 8: Beitragsregelung in der GKV (Stand 1.1. 1998) (Quelle: Eigene Darstellung)

⁸⁵ In der gesetzlichen Rentenversicherung wurde der Sonderstatus der Studenten 1996 aufgehoben. Für sie gelten nun die allgemeinen einkommensabhängigen Regelungen der Versicherungspflicht.

⁸⁶ Vgl. Ott (1981), S. 215, Ansel (1975), S. 73.

⁸⁷ Vgl. Hertel (1997), S. 37, Beske/Zalewski (1984), S. 63.

⁸⁸ Wie eine Auswertung des Mikrozensus (Quelle: StbuA (1997b), S. 149ff.) zeigt, steigt der Anteil der Einkommen aus Kapital, Vermietung und Verpachtung an den Gesamteinkommen stetig: Mit dem Alter von 4% bei unter 35-Jährigen auf 15% bei über 75-Jährigen; Mit dem Einkommen von 6% bei einem Nettomonatseinkommen unter 2.500 DM auf 12% bei 25.000 DM. Siehe auch Fachinger/Faik (1994), S. 26.

⁸⁹ Annahmen: Allg. Beitragssatz von 14%, Beitragssatz für Rentner 13%.

3.3.2.3. Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt das beitragspflichtige Einkommen und damit die Beitragshöhe nach oben. Bei Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze erfolgt eine proportionale Beitragserhebung. *Die fixe, einkommensunabhängige Beitragszahlung bei höheren Einkommen widerspricht der vertikalen Gerechtigkeit.*⁹⁰

Die Begrenzung der Beitragszahlung kann als **verbliebenes Element einer äquivalenzorientierten Finanzierung** gesehen werden. Die Beitragsbemessungsgrenze beschränkt den Umfang der Umverteilungen. Durch die Vorgabe eines maximalen Beitrags wird der Anschein vermittelt, daß Umverteilungen nur in dem Maße stattfinden, wie sie zur Finanzierung der Ausgaben erforderlich sind.⁹¹ Bei genauer Betrachtung zeigt sich, daß die Beitragsbemessungsgrenze weniger eine Äquivalenz herstellt als vielmehr nur den Eindruck der Äquivalenz vermittelt und damit *im wesentlichen eine psychologische Funktion hat.*

3.3.3. Versicherungsfremde Leistungen

Lange Zeit wurde den versicherungsfremden Leistungen in der GKV geringe Aufmerksamkeit geschenkt verglichen mit den Diskussionen über versicherungsfremde Leistungen in anderen Sozialversicherungssystemen.⁹² In den letzten Jahren wird aber auch im Zusammenhang mit einer Finanzierungsreform der GKV immer wieder die Forderung erhoben, versicherungsfremde Leistungen auszugrenzen oder über Staatszuschüsse zu finanzieren. Die derzeitige Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen wird als ungerecht angesehen, da nur der Teil der Bevölkerung, der in der GKV versichert ist, Ausgaben finanziert, die eigentlich Aufgabe der gesamten Bevölkerung sind und damit auch von der gesamten Bevölkerung finanziert werden müßten.⁹³

⁹⁰ Vgl. Brümmerhoff (1991), S. 193, Volk (1989), S. 166, Anel (1975), S. 73f.

⁹¹ Vgl. Brümmerhoff (1991), S. 194, Bäumer (1988), S. 311, Huppertz/Siedenberg (1980), S. 94.

⁹² Vgl. Schmähl (1994), S. 369.

⁹³ Zu den Forderungen vgl. Berthold/Thode (1996), S. 350, Henke (1995a), S. 39, Vogler-Ludwig/Severin/Langmantel (1996), S. 6, Schmähl (1995), S. 605f., Anel (1990), S. 434.

Die Forderung nach Auslagerung versicherungsfremder Leistungen wird vielfach pauschal erhoben, ohne genauer zu spezifizieren, welche Leistungen als versicherungsfremd anzusehen sind.⁹⁴ Bei der Abgrenzung versicherungsfremder Leistungen werden unterschiedliche Kriterien zugrunde gelegt, die nur selten explizit benannt werden. Die verschiedenen Abgrenzungsvorschläge lassen sich danach einteilen, ob sie ein engeres oder weiteres Verständnis von versicherungsfremden Leistungen zugrunde legen.

In einem **engeren Verständnis** sind alle Leistungen versicherungsfremd, die **nicht der Verhütung oder Behandlung von Krankheiten dienen**, mit Ausnahme des Krankengeldes⁹⁵. Dies sind alle "Leistungen, die vom Gesetzgeber aus gesellschafts-, sozial- und/oder familienpolitischen Gründen der Gesetzlichen Krankenversicherung übertragen worden sind, ohne daß die damit verbundenen Kosten übernommen werden"⁹⁶. Nach diesem Kriterium sind Ausgaben für Betriebs- und Haushaltshilfen, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld, Sterbegeld, Künstliche Befruchtung und Sonstige Hilfen⁹⁷ versicherungsfremde Leistungen.⁹⁸ Die Höhe dieser Leistungen läßt sich nicht exakt ermitteln, da die Ausgaben und Erstattungen nicht auf Einzelleistungsebene erfaßt werden. Für die Jahre 1993/1994 werden Werte

Diese Forderung wird teilweise mit dem Hintergedanken erhoben, die Versicherten finanziell zu entlasten. Auch wenn sich die GKV-Beiträge dadurch senken ließen, fallen die Kosten für die versicherungsfremden Leistungen nicht weg. Je nach Art der Gegenfinanzierung bezahlen die Versicherten weiterhin diese Leistungen, wenn auch mit geänderter Inzidenzwirkung. Vgl. Weeber (1996), S. 83, Hüther/Premer (1997), S. 118.

⁹⁴ Pauschale Forderungen finden sich beispielsweise in Henke (1995a), S. 39, Smigielski (1985), S. 82f.

⁹⁵ Nach der zugrunde liegenden Definition müßte das Krankengeld auch eine versicherungsfremde Leistung sein. Es wird aber nicht zur Disposition gestellt, vermutlich, da es ursprünglich die Kernleistung der GKV war und da ungeklärt ist, wer für eine Gegenfinanzierung aufkommen sollte.

⁹⁶ Beske/Hallhauer/Kern (1996), S. 18, vgl. auch S. 46.

⁹⁷ Darunter fallen Empfängnisverhütung, nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch, nicht rechtswidrige Sterilisation.

⁹⁸ Diese Abgrenzung ist wenig umstritten, vgl. Berthold/Thode (1996), S. 353, Beske/Thiede/Hallhauer (1996), S. 12, Vogler-Ludwig (1996), S. 15, Schmähl (1995), S. 609.

zwischen 3,9 Mrd. DM und 8 Mrd. DM genannt.⁹⁹ **Damit haben diese Leistungen einen Anteil von 2% bis knapp 4% an den Gesamtausgaben.**

Die Gewährung von versicherungsfremden Leistungen wird oft als ungerecht angesehen, da nur ein Teil der Bevölkerung gesamtgesellschaftliche Aufgaben finanziert. Diese Aussage sollte man etwas differenzierter betrachten. Die GKV-Versicherten finanzieren nur Leistungen, die auch wieder GKV-Versicherten zugute kommen. Bei der Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln würden Nicht-GKV-Versicherte diese Leistungen zwar finanzieren, nicht aber empfangen. **Zu kritisieren ist daher nicht allein die Beschränkung der Finanzierung auf die GKV-Versicherten, sondern ebenso die Nicht-Gewährung an PKV-Versicherte und die Mittelaufbringung gemäß den Regeln der GKV-Beitragserhebung.** Die GKV-Beitragserhebung entspricht vor allem wegen der Beitragsbemessungsgrenze, der uneinheitlichen Beitragsbemessungsgrundlage sowie der proportionalen Erhebung nicht den sonst akzeptierten Finanzierungsprinzipien für öffentliche Aufgaben, wie sie im Rahmen der Einkommenssteuer Anwendung finden.¹⁰⁰

In einem **weiteren Verständnis** wird auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen als versicherungsfremd angesehen:¹⁰¹ Mitversicherte haben ohne Beitragszahlung vollen Sachleistungsanspruch. Die übrigen Versicherten finanzieren diese Familienleistung, die eigentlich eine gesellschaftliche Aufgabe ist. Implizit baut die Argumentation darauf auf, daß bei der Familienmitversicherung die **Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen** verletzt wird. Konsequenterweise darf nach dem Äquivalenzprinzip nicht nur der Familienlastenausgleich als versicherungsfremd bezeichnet werden. Nach diesem weiteren Verständnis sind alle Umverteilungen versicherungsfremd, durch die einzelne Versichertengruppen während ihrer gesamten Versicherungszeit be-

⁹⁹ Schmähl (1995), S. 609, nennt ein Volumen von 3,9 Mrd. DM in 1993. Beske/Thiede/Hallhauer (1996), S. 12, nennen das gleiche Volumen für 1994. Vogler-Ludwig (1996), S. 15, nennt 6,4 Mrd. DM für 1993. Berthold/Thode (1996), S. 353, geben sogar 8 Mrd. DM für 1994 an.

¹⁰⁰ Vgl. Schmähl (1995), S. 605f.

¹⁰¹ Vgl. Schmähl (1995), S. 609f.

günstigt werden.¹⁰² **Damit wäre konsequenterweise der soziale Ausgleich an sich versicherungsfremd, der ja gerade die systematischen Umverteilungen bewirken soll.**

Nicht alle Begünstigungs- und Belastungseffekte in der GKV sind systematische Umverteilungen. Sie sind teilweise Ergebnis des versicherungsimmanenten Risikoausgleichs. Um den Umfang der systematischen Umverteilungen zu ermitteln, ist festzulegen, welche Schadensfälle und Abweichungen vom durchschnittlichen Leistungsbedarf als mitversicherte Risiken angesehen werden sollen. **Eine solche Abgrenzung der versicherungsfremden Umverteilungen von den Umverteilungen, die im Rahmen des Risikoausgleichs Aufgabe der Krankenversicherung sind, ist nicht eindeutig möglich.**¹⁰³ So kann beispielsweise die Versicherung von Schwerbehinderten einerseits als versicherungsfremd gesehen werden, da sie immer Netto-Leistungsempfänger sein werden. Andererseits kann ihre Mitgliedschaft als eine umfassende Risikoabsicherung, auch im Fall von Schwerbehinderung, interpretiert werden.

GESAMTE LEISTUNGS-AUSGABEN	217,2 Mrd. DM
Versicherungsfremde Leistungen im engeren Sinn	3,9 Mrd. DM
Versicherungsfremde Leistungen im weiteren Sinn	56,7 Mrd. DM
Beitragsfreie Familienmitversicherung	50,7 Mrd. DM
Beitragsfreiheit im Familienurlaub	1,5 Mrd. DM
Niedrigere Bemessungsgrundlage bei Lohnersatzleistungen	4,5 Mrd. DM

Tabelle 9: Volumen versicherungsfremder Leistungen 1994 (Quelle: Eigene Berechnung, Daten: Beske/Thiede/Hallhauer (1996), S. 86, BMfG (1995a), S. 300.)

BESKE/THIEDE/HALLHAUER haben einen pragmatischen, wenngleich theoretisch nicht exakten, Abgrenzungsansatz gewählt und als versicherungsfremd die Versicherung aller Gruppen definiert, die in besonderem Maße begünstigt werden. Diese Begünstigung knüpfen sie an reduzierte Beiträge oder Beitragsfreiheit für versicherungspflichtige Studenten, Personen in berufsfördernden Einrichtungen der Jugendhilfe, Behinderte, Teilnehmer an berufsfördernden

¹⁰² Vgl. Berthold/Thode (1996), S. 351, Beske/Thiede/Hallhauer (1996), S. 48, Vogler-Ludwig (1996), S. 14, Hofmann (1995), S. 15, Mayer (1995), S. 7.

¹⁰³ Vgl. Berthold/Thode (1996), S. 351, Mayer (1995), S. 7.

Maßnahmen, Familienversicherte und Eltern im Erziehungsurlaub.¹⁰⁴ Sie berechneten, daß durch die Versicherung dieser Gruppen zu erniedrigten Beiträgen der GKV etwa 57 Mrd. DM an Einnahmen im Jahr 1994 entgangen sind. Das sind über 25% der gesamten Ausgaben (vgl. Tabelle 9).

Unabhängig von der genauen Abgrenzung gibt es GKV-Versichertengruppen, die systematisch während ihrer gesamten Versicherungszeit begünstigt werden. Ihre Gesundheitsversorgung wird durch andere GKV-Versicherte finanziert. Es **verstößt gegen die vertikale und horizontale Gerechtigkeit, daß alle PKV-Versicherten an der Finanzierung nicht beteiligt** sind. Wenn es als Aufgabe der gesamten Bevölkerung gesehen wird, diesen Gruppen eine Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, sind **zusätzlich die Finanzierung nach den GKV-Beitragsregeln zu kritisieren**. Sie entsprechen nicht den allgemein akzeptierten Prinzipien der öffentlichen Mittelaufbringung.

3.3.4. Familienmitversicherung

Dieser Abschnitt beschäftigt sich detaillierter mit der Familienmitversicherung, da sie von vielen als nicht mehr zeitgemäße, versicherungsfremde Aufgabe der GKV gesehen wird und sie von ihrem Volumen her, mit etwa 20% der Leistungsausgaben,¹⁰⁵ sehr bedeutend ist.

Geschichte

Seit der Gründung gibt es in der GKV die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen.¹⁰⁶ **Zu der damaligen Zeit war die Familienversicherung mit dem Äquivalenzprinzip vereinbar**. Die Lebensläufe der Versicherten gleichen sich weitgehend. Es war natürlich, daß schon in relativ jungen Jahren Familien gegründet wurden und die Ehefrauen zur Haushaltsführung zu Hause waren. Alle Mitglieder erhielten für ihre Familienangehörigen etwa die gleichen

¹⁰⁴ Vgl. Beske/Thiede/Hallhauer (1996), S. 49ff. Eine ähnliche Abgrenzung von versicherungsfremden Leistungen wird vorgenommen bei Brümmerhoff (1991), S. 198.

¹⁰⁵ Der Umfang der Familienversicherung wird zwischen 40 Mrd. DM und 50,7 Mrd. DM geschätzt. Beske/Thiede/Hallhauer (1996), S. 86, schätzen für 1994 50,7 Mrd. DM, Vogler-Ludwig (1996), S. 15, schätzt für 1993 44,4 Mrd. DM und Schmähl (1995), S. 610, nur 40 Mrd. DM für 1993.

¹⁰⁶ Vgl. Arbold (1995), S. 46f., SVR (1994), Ziffer 475.

Leistungen.¹⁰⁷ Die Familienversicherung war eine Form des intertemporalen Belastungsausgleichs.

Heute durchbricht die Familienversicherung das Äquivalenzprinzip. Die individuellen Lebensläufe variieren stark. Der Anteil der Familien und insbesondere der Einverdienerfamilien ist zurückgegangen. Mit dem Anstieg der Abiturienten- und Studentenzahlen verlängert sich die durchschnittliche Dauer der Mitversicherung von Kindern. Dadurch, daß sich die Anzahl der Mitversicherten reduziert und sich gleichzeitig die Leistungen, die pro Mitversichertem gewährt werden, erhöht haben, sind die Umverteilungswirkungen der Familienversicherung angestiegen. Sie ist damit keine Form des intertemporalen Ausgleichs mehr, sondern ein Bestandteil familienpolitischer Leistungen.¹⁰⁸

Empirische Wirkung

Die Leistungen der Familienmitversicherung in der GKV kommen vor allem mitversicherten, nicht berufstätigen Ehepartnern zu Gute.¹⁰⁹ Sie sind unabhängig von der Übernahme von Familienaufgaben und zeitlich unbegrenzt beitragsfrei mitversichert. Kinder werden durch die beitragsfreie Versicherung nur bis zum Abschluß der Ausbildung, maximal bis zum vollendeten 25. Lebensjahr begünstigt.

PFÄFF hat die Wirkungen der Familienmitversicherung in einer Querschnittuntersuchung analysiert. Sie berechnete die Nettoeffekte der GKV-Absicherung für unterschiedliche Haushaltstypen als Differenz von Beiträgen und empfangenen Leistungen (vgl. Tabelle 10). Die beitragspflichtigen Einkommen ermittelte sie in Abhängigkeit der Haushaltsstruktur aus den Daten des SOEP.

¹⁰⁷ Unterschiedliche Anzahl von Kindern fiel weit weniger ins Gewicht als heute, da die Leistungen für Mutterschaft niedrig und die Leistungsausgaben für Kinder geringer waren.

¹⁰⁸ Zu den Zielen und Maßnahmen der Familienpolitik siehe Oberhauser (1995), S. 186f., Galler (1988), S. 84, Wagner (1984), S. 105ff., Kulp (1971), S. 139. Die Familienmitversicherung ist ein weniger auffälliges, von ihrem Umfang jedoch bedeutendes Mittel der Familienförderung. Der Familienlastenausgleich betrug 1994 schätzungsweise 51 Mrd. DM, während (nur) 21 Mrd. DM an Kindergeld gezahlt wurden, vgl. Beske/Thiede/Hallhauer (1996), S. 86 und StBuA (1997c), S. 464.

OTT analysierte, daß der Effekt des Familienlastenausgleichs bei Einverdiener-Familien größer ist als der des Kindergelds, vgl. Ott (1981), S. 200.

¹⁰⁹ Vgl. Pfaff, A. B. (1993), S. 302.

Frühere Untersuchungen, die haushaltsunabhängige Durchschnittseinkommen zugrunde legten,¹¹⁰ wiesen Einverdienerfamilien mit mehr als einem Kind und Doppelverdienerfamilien mit mehr als drei Kindern als Begünstigte aus.¹¹¹ PFAFF zeigt, daß durch den Familienlastenausgleich Familien nur in geringem Umfang begünstigt werden, nämlich erst ab einer Anzahl von mindestens drei Kindern und unabhängig von der Anzahl der Verdiener.¹¹² Diese Familien stellen nur 2,6% aller Haushalte. Die erstaunlich geringe Begünstigung von Familien ist auf die Korrelation zwischen Einkommen und Kinderzahl zurückzuführen. Über das höhere Einkommen kommen Familien für die Beitragszahlungen ihrer Angehörigen selber auf.

Haushaltstyp ¹¹³	Beiträge in DM	Leistungsaus- gaben in DM	Nettoeffekt in DM
Alleinstehender Mann	4.147	2.899	1.248
Alleinstehende Frau	2.723	3.325	-602
Alleinst. mit 1 Kind	4.669	3.932	737
Alleinst. mit 2 Kindern	4.933	4.004	929
Alleinst. mit mehr als 2 Kindern	5.005	5.878	-873
Ehepaar ohne Kinder	4.586	6.876	-2.290
Ehepaar mit 1 Kind	5.745	5.637	108
Ehepaar mit 2 Kindern	6.015	5.677	338
Ehepaar mit mehr als 2 Kindern	6.042	7.655	-1.613

Tabelle 10: Höhe des Familienlastenausgleichs nach Haushaltstyp (Quelle: Eigene Berechnungen nach Pfaff, A. B. (1993), S. 306)

Eindeutig begünstigt werden Einverdienerpaare ohne Kinder. Bei ihnen handelt es sich durchschnittlich um ältere Versicherte, die keine Kinder versorgen. Sie haben vergleichsweise einen hohen Leistungsbedarf und ein niedriges Einkommen. Hier überlagert sich der Familienlastenausgleich mit dem Altersausgleich. Die begünstigten, alleinstehenden Frauen sind vermutlich zu einem gro-

¹¹⁰ Vgl. Henke/Behrens (1989), S. 54ff., Ott (1981), S. 147ff., Andel (1975), S. 62ff.

¹¹¹ Vgl. Henke/Behrens (1989), S. 61ff., Ott (1981), S. 150ff., Andel (1975), S. 64ff.

¹¹² Vgl. Pfaff, A. B. (1993), S. 304ff.

¹¹³ Ehepaare sind Erwerbstätige mit mitversichertem Ehepartner. Alleinstehende sind eigenständig Versicherte ohne mitversicherte Ehepartner, also Alleinstehende oder Ehepartner aus Doppelverdiener-Ehen.

ßen Teil teilzeitbeschäftigte Ehefrauen. Ihre Begünstigung kann auch als Familienleistung gesehen werden.

Diese detaillierte Analyse zeigt, daß die Umverteilungen und damit die Begünstigungen für Familien im Rahmen der Familienversicherung geringer ausfallen, als bisher angenommen wurde.¹¹⁴ *Die Begünstigungen kommen nur in geringem Umfang den Familien mit Kindern zugute. Nettoempfänger sind vor allem ältere Ehepaare mit nur einem Einkommensempfänger, die keine Kinder (mehr) versorgen.*

Beurteilung der Umverteilungen

Die Umverteilungen der Familienversicherung werden in zwei Schritten beurteilt. Zunächst werden die distributiven Wirkungen, die durch Beschränkung des Familienlastenausgleichs auf die GKV verursacht werden, und anschließend die Umverteilungen zwischen GKV-Versicherten untersucht.

Der Familienlastenausgleich ist ein **Mittel der gesellschaftlichen Familienpolitik**. Er beschränkt sich aber nur auf einen Teil der Bevölkerung, auf die GKV-Versicherten. Diese Einschränkung ist nicht durch den besonderen Bedarf der in der GKV-versicherten Familien begründet, sondern durch die allgemeinen Regeln der Versicherungspflicht. *Die unterschiedlichen Zahlungen von GKV- und PKV-Versicherten widersprechen der horizontalen Gleichbehandlung.*¹¹⁵

GKV-Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige sind Nettozahler in den Familienlastenausgleich. PKV-Versicherte tragen zu diesem Ausgleich nicht bei. Gleichzeitig zahlt ein GKV-Mitglied für seine nicht erwerbstätigen Familienangehörigen keine Beiträge, während ein PKV-Versicherter jedes Familienmitglied gegen eine eigenständige Prämienzahlung versichern muß.

¹¹⁴ Der reale Umfang der Umverteilung liegt vermutlich noch unter den von PFAFF berechneten Werten, da diese unter der Annahme von der Familienstruktur unabhängiger Leistungsausgaben ermittelt wurden. Es gibt jedoch gewisse Indikatoren, die nahelegen, daß der Leistungsbedarf bei Familienmitgliedern niedriger ist als bei Alleinstehenden mit gleichem Alter und Geschlecht, vgl. Pfaff/Pfaff (1995), S. 200ff.

¹¹⁵ SVR (1994), Ziffer 489.

Diese Ungleichbehandlung verschärft sich noch dadurch, daß freiwillig GKV-Versicherte zwischen GKV und PKV wählen können. So liegt die Familienquote der freiwillig Versicherten in der GKV höher als in der PKV.¹¹⁶

Als Grundlage für die Bewertung der **Umverteilungen innerhalb der GKV** ist die Regelung der Familienmitversicherung zunächst in die Grundsätze der Beitragsgestaltung der GKV einzuordnen. Der Begriff der "beitragsfreien Mitversicherung" kann im Sinne des **Äquivalenzprinzips** so interpretiert werden, daß durch die Familienmitversicherung alle nicht erwerbstätigen Angehörigen eine kostenlose Mitgliedschaft erhalten. Dies entspricht einer Subventionierung von Familien in Höhe der gewährten Leistungen. Da sonst jeder Versicherte in der GKV, wenn auch nur minimale, Beiträge zahlt, **werden die Familienangehörigen in besonderer Weise bevorzugt.**

In einem anderen Licht erscheint die Familienmitversicherung, wenn sie aus dem Grundsatz der **einkommensproportionalen Erhebung von GKV-Beiträgen** abgeleitet wird. Im Fall der Familienversicherung wird diese Regel auf die gesamte Familie und nicht nur auf das Mitglied angewendet. Die Berechnung der Beiträge einer Familie erfolgt proportional zu ihrem Haushaltseinkommen. Ein Mitglied, das alleinverdienender Familienvorstand ist, zahlt daher für seine Familie den gleichen Beitrag, wie ein Single mit gleichem Haushaltseinkommen. **Die Familienmitversicherung ist somit eine Form des allgemeinen Einkommensausgleichs der GKV.**¹¹⁷

Diese an der Leistungsfähigkeit orientierte Familienversicherung verstößt jedoch in einigen Punkten gegen die Zielsetzung des Leistungsfähigkeitsprinzips. Bei Ehepaaren wird die Beitragsbemessungsgrenze auf jeden Einkommensbezieher getrennt angerechnet. Dadurch zahlen Paare¹¹⁸ mit gleichem Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bei unterschiedlicher Aufteilung auf die Ehepartner unterschiedliche Gesamtbeiträge.¹¹⁹ Dies wird am Beispiel von Ein- und Doppelverdienerehepaaren verdeutlicht und gilt

¹¹⁶ Siehe Kapitel 2.2.2.2.

¹¹⁷ Vgl. Hofmann (1995), S. 15, Mayer (1995), S.7.

¹¹⁸ Gilt analog für Familien mit gleicher Anzahl mitversicherter Kinder bei entsprechender Erwerbstätigkeit der Eltern.

¹¹⁹ Vgl. SVR (1994), Ziffer 475ff und Ziffer 488, Ott (1981), S. 202, Andel (1975), S. 75.

in gleicher Weise auch für Doppelverdienerhepaare mit unterschiedlicher Aufteilung des Haushaltseinkommens. Der Alleinverdiener zahlt den Höchstbeitrag auf das Einkommen an der Beitragsbemessungsgrenze für sich und seinen Ehepartner. Jeder der Doppelverdiener zahlt einen eigenen Beitrag auf sein Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Sie zahlen damit in Summe mehr als das Einverdiener-Paar, maximal den doppelten Beitrag. Diese unterschiedliche Beitragszahlung bei gleichem Familiengesamteinkommen widerspricht der horizontalen Gleichbehandlung.

Als ungerecht wird teilweise auch kritisiert, daß bei der Beitragsberechnung nur das Einkommen, nicht aber familiäre Belastungen berücksichtigt werden, die die Leistungsfähigkeit reduzieren, etwa durch Kinderfreibeträge.¹²⁰ Gegen diese Argumentation kann eingewendet werden, daß das einzelne Familienmitglied mit seinem anteiligen Familieneinkommen den gleichen GKV-Beitrag zahlt, wie ein Single mit gleichem Einkommen. Im Gegenteil zieht ein Familienmitglied einen höheren Nutzen aus seinem Einkommensanteil als ein Single wegen der Synergieeffekte, die sich im Haushaltsverbund ergeben.¹²¹ ***Es verstößt daher nicht gegen die leistungsfähigkeitsorientierte Beitragserhebung, wenn die Familienstruktur nicht berücksichtigt wird.***

Die theoretische Betrachtung und die empirische Untersuchung zeigen, daß die Regelungen der Familienversicherung zu vielschichtigen Umverteilungen führen. ***Die Bewertung der Wirkungen hängt davon ab, worin das Ziel der Familienversicherung gesehen wird. Als Mittel der gesamtgesellschaftlichen Familienpolitik ist sie nicht effizient.*** Es widerspricht dem Gleichbehandlungsgrundsatz, daß Finanzierung und Leistungsgewährung nur auf die GKV-Versicherten beschränkt sind. Außerdem erfolgt die Finanzierung über GKV-Beiträge nicht nach den sonst akzeptierten Regeln der Aufbringung öffentlicher Mittel. Letztlich ist die Familienversicherung auch kein effektives Mittel der Familienpolitik, da sie nur in sehr begrenztem Umfang Familien und überwiegend ältere Einverdienerhepaare begünstigt.

¹²⁰ SCHMÄHL bezeichnet diese Form der Finanzierung als "familienunfreundlich", Schmähl (1994), S. 367.

¹²¹ Zu Synergieeffekten und ihrer Abbildung über Äquivalenzskalen siehe Hauser (1996), S. 16ff., Klein (1986), S. 10ff.

Wird die *Familienversicherung als Anwendung des allgemein üblichen Prinzips der einkommensbezogenen Beitragserhebung auf den Haushalt als Bezugsgröße verstanden, so weicht die uneinheitliche Anrechnung der Beitragsbemessungsgrenze von der Zielsetzung der Leistungsfähigkeitsorientierung ab*. Es verstößt gegen das Prinzip der Gleichbehandlung, daß die Beitragszahlung von der Aufteilung des Gesamteinkommens auf die Ehepartner abhängig ist.

3.4. Zusammenfassung

Seit Gründung der GKV wurden der versicherte Personenkreis und das abgedeckte Leistungsspektrum immens erweitert. Dadurch hat sich der soziale Ausgleich von einer beschränkten, vor allem intertemporalen Umverteilung, bei der die individuelle Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungen weitgehend gewährleistet war, zu einem vielschichtigen Umverteilungssystem entwickelt, in dem sich verschiedene Formen des Risiko- und Einkommensausgleichs überlagern und das das Prinzip der individuellen Äquivalenz nur in Ausnahmen erfüllt.

Diese umfangreichen Umverteilungen der GKV-Finanzierung werden immer wieder kritisiert, ohne dabei jedoch die jeweils angelegten Bewertungskriterien explizit zu nennen. Die Verteilungswirkungen der GKV-Finanzierung sind an ihren Zielsetzungen zu messen, die sich aus der Sozialstaatsklausel und aus allgemeinen distributionspolitischen Zielen ableiten. Da das allgemeine Distributionsziel der gerechten Einkommensverteilung sehr unterschiedlich interpretiert und operationalisiert wird, ist es nicht möglich, die GKV-Umverteilungen eindeutig anhand eines allgemein anerkannten Kriteriums zu bewerten. Daher kann eine **Beurteilung** nur aufzeigen, inwieweit die Mittelaufbringung *unterschiedliche Verteilungsziele unterstützt und sie bezüglich dieser Vorgaben verteilungseffizient* ist.

Der **Umfang der Umverteilung** wird durch das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung, das eine untere Grenze für die Umverteilung vorgibt, und das Ziel der allokativen Effizienz abgesteckt, das die Umverteilung nach oben begrenzt. Der

absolute Umfang der verteilungseffizienten Umverteilung kann nicht normativ hergeleitet oder bewertet werden und *ist immer eine politische Entscheidung*, da die Leistungen einer bedarfsgerechten Versorgung und die allokativen Wirkungen nicht eindeutig bestimmt werden können.

Als **Bewertungsmaßstab für die Wirkungsrichtungen** der Umverteilungen der GKV-Finanzierung sind geeignet

- das **Opfer- bzw. Leistungsfähigkeitsprinzip** für die Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung, das bei proportionaler Beitragserhebung das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung verfolgt, und
- in **begrenztem Umfang das Äquivalenzprinzip** für die Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung, das eine leistungsgerechte Finanzierung verfolgt, solange die bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist.

Aufgrund ihrer unterschiedlichen Zielsetzung führen beide Prinzipien zu unterschiedlicher und meist widersprüchlicher Gestaltung der Mittelaufbringung, die gegen die jeweils andere Zielsetzung verstößt. *Daher kann die Verteilungseffizienz der Finanzierung nur erhöht werden, wenn die Beitragserhebung für getrennte Ausgabenteile jeweils vollständig an einem Prinzip ausgerichtet wird.*

Wesentliche Abweichungen der GKV-Finanzierung von den beiden Verteilungszielen sind in folgenden Regeln der Versicherungspflicht, der Beitrags- und der Leistungsgestaltung begründet.

- **Bestimmung der Versicherungspflicht:** Die *berufsabhängige Abgrenzung* berücksichtigt die Leistungsfähigkeit nicht. Die *einkommensabhängige Begrenzung* entbindet Bezieher hoher Einkommen von ihrem Beitrag zum sozialen Ausgleich.
- **Abgrenzung der Beitragsbemessungsgrundlage:** Die *uneinheitliche Abgrenzung zwischen Pflicht- und freiwillig Versicherten* widerspricht der horizontalen Gleichbehandlung. Die *Beschränkung auf das Arbeitsengelt bei Pflichtversicherten* und die *Beitragsbemessungsgrenze* wirken bei steigendem Alter und Einkommen regressiv.
- **Gewährung versicherungsfremder Leistungen:** Da versicherungsfremde Leistungen nicht eindeutig vom versicherungsimmanenten Risikoausgleich abgegrenzt werden können, ist *keine allgemeine Bewertung möglich*. Dies

gilt **auch für den Sonderfall der Familienversicherung**. Als Mittel der Familienpolitik ist sie nicht effizient. Als Anwendung des Einkommensausgleichs verstößt die uneinheitliche Anwendung der Beitragsbemessungsgrenze bei Ehepaaren gegen die horizontale Gleichbehandlung.

4. Reformvorschläge zur GKV-Finanzierung

4.1. Zielsetzung von Reformvorschlägen

Die Reformen der GKV in den späten 70er und frühen 80er Jahren waren darauf ausgerichtet, durch Leistungskürzungen, durch Umstrukturierungen im Bereich der Leistungserbringung und durch höhere Selbstbeteiligungen den Ausgabenanstieg zu bremsen. Diese Reformen führten jeweils kurzfristig zu einer Senkung der Ausgaben und auch der Beitragssätze, ohne den generellen Wachstumstrend zu stoppen.

Eine **Beitragssatzerhöhung** muß jedoch nicht nur in der Ausweitung des Leistungsspektrums und der Vergütung für die Leistungen begründet sein. Der Beitragssatz ist außerdem abhängig von der Struktur der Versicherten mit ihren individuellen Leistungsbedarfen und ihren individuellen beitragspflichtigen Einkommen, die wiederum von wirtschaftlichen Entwicklungen beeinflusst werden¹ (vgl. Gl. XV). Zum Anstieg des Beitragssatzes kommt es, wenn die Ausgaben stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen steigen, oder anders formuliert, wenn die beitragspflichtigen Einnahmen nicht mit den Ausgaben wachsen. **Bei der Beitragssatzentwicklung in den letzten Jahren handelt es sich zu einem Teil um ein Finanzierungsproblem**. Die Ausgaben pro Versichertem sind weniger stark als das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf gewachsen. Dennoch mußten die Beitragssätze wegen der geringen Steigerung der beitragspflichtigen Einkommen erhöht werden (vgl. Abbildung 12).²

¹ Zur Analyse der Beitragssatzentwicklung vgl. SVR (1987), Ziffer 138ff., SVR (1994), Ziffer 59ff.

² Vgl. Dreßler (1996), S. 63.

$$\text{Beitragssatz} = \frac{\text{Leistungsausgaben}}{\text{Beitragspflichtige Einkommen}}$$

$$= \frac{f(\text{Gesundheitszustand, Inanspruchnahme, Vergütung})}{f(\text{Versichertenstruktur, gesamtwirtschaftliche Lage})} \quad (\text{XV})$$

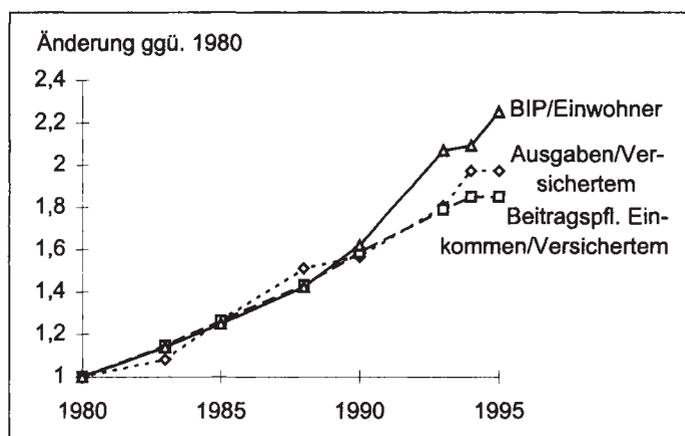


Abbildung 12: Entwicklung von Ausgaben, beitragspflichtigen Einkommen und BIP (Quelle: Eigene Berechnung, Daten: StBuA (1997c), S. 60, BMfG (1995a), S. 285, S. 300, S. 315)

Eine Steigerung der Gesundheitsausgaben kann zunächst als positive Entwicklung gesehen werden, da Arbeitsplätze im Gesundheitssektor geschaffen bzw. gesichert werden und durch die Gesundheitsleistungen die Verfügbarkeit des Faktors Arbeit erhöht wird.³ Der Anstieg der GKV-Ausgaben und der Beitragssätze führt aber gleichzeitig zu einer **unerwünschten Steigerung der Lohnnebenkosten** über die Arbeitgeberanteile im Rahmen der paritätischen Finanzierung. Die Verteuerung des Faktors Arbeit behindert die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Industrie und den Abbau der Arbeitslosigkeit.⁴ Um diese Effekte zu begrenzen, wurde in §141 SGB V das **Ziel der Beitrags-**

³ Vgl. SVR (1996), Ziffer 297ff., Oberender/Hebborn (1994), S. 152.

⁴ Vgl. Hinrichs (1994), S. 124ff.

satzstabilität festgeschrieben.⁵ Demnach ist eine Erhöhung der Beitragssätze nur dann zulässig, wenn alle Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft sind und sonst die medizinisch notwendige Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Beitragssatzstabilität kann über die Senkung der Ausgaben oder über die Erhöhung der Einnahmen erreicht werden. Neben Vorschlägen zur Ausgabenreduzierung wurden daher auch Vorschläge zur Erschließung neuer Einnahmequellen über eine Finanzierungsreform erarbeitet.⁶

	2000	2010	2020	2030
Meierjürgen	16,3%	20,4%	26,0%	33,9%
Oberdieck	13,4%	15,0%	18,0%	24,8%
Behrens	14,1%	14,7%	15,8%	17,6%
Erbsland	13,5%	14,0%	14,5%	15,5%

Tabelle 11: Prognose der Beitragssätze für ausgewählte Jahre (Quelle: Meierjürgen (1989), Oberdieck (1996), Behrens (1991), Erbsland (1995))

Auch die **langfristige Entwicklung der GKV-Ausgaben** wird als Anlaß für Reformen genommen.⁷ Die Erhöhung des Anteils älterer Versicherter aufgrund demographischer Entwicklungen, der Anstieg der Morbidität mit dem Alter und die Kostensteigerung durch den medizinisch-technischen Fortschritt⁸ werden zu einem deutlichen Anstieg der Ausgaben und des Beitragssatzes führen.⁹ Je nach Annahmen über die Entwicklung von beitragspflichtigen Einkommen und Aus-

⁵ Das Ziel der Beitragssatzstabilität ist umstritten. Wesentliche Kritikpunkte an einer rein an den Einnahmen orientierten Ausgabenpolitik richten sich dagegen, daß sie die Chancen des Wachstumsmarktes nicht berücksichtigt, nicht den Versichertenpräferenzen entspricht und zu Unterversorgung führen kann, vgl. SVR (1996), Ziffer 35ff., SVR (1995), Ziffer 516ff., SVR (1994), Ziffer 118ff., SVR (1989), Ziffer 68ff. und 276ff., Cassel (1996), S. 69, Henke (1995a), S. 38f., Schmähl (1994), S. 371f.

⁶ Vgl. Hüther/Premer (1997), S. 117, Reiners (1995), S. 123, Müller (1988), S. 122ff., SVR (1988), Ziffer 203.

⁷ Mit der zukünftigen finanziellen Entwicklung hat sich auch der SACHVERSTÄNDIGEN-RAT in seinen letzten Gutachten eingehend auseinandergesetzt, siehe SVR (1996), Ziffer 56ff., SVR (1995), Ziffer 18ff., SVR (1994), Ziffer 161ff. und 192ff.

⁸ Zu den Auswirkungen von demographischen, medizinisch-technischen und wirtschaftlichen Entwicklungen auf die GKV-Finanzierung siehe Kapitel 2.1.3.2.

⁹ Da in der GKV Rentner selber zur Finanzierung ihrer Krankenversicherung beitragen und die Arbeitnehmer selber Leistungsempfänger sind, ist sie von demographischen Entwicklungen weniger betroffen als die Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Schmähl (1989), S. 302ff., Rürup (1986), S. 246.

gaben werden für das Jahr 2010 Beitragssätze von 14% bis 20,4% und für 2020 von 15,5% bis 33,9% geschätzt (vgl. Tabelle 11).¹⁰

Wie in Kapitel 2.1.3.2. dargestellt wurde, führt dieser Beitragssatzanstieg zu intergenerativen Umverteilungen.¹¹ Auch wenn diese Entwicklung vielfach untersucht und allgemein bekannt ist, wird sie kaum als Anlaß für konkrete Reformvorschläge genommen. SCHULENBURG's Vorschlag aus den 80er Jahren wurde nicht weiter verfolgt, durch den Aufbau eines Kapitalstocks die zukünftige Ausgabensteigerung zu antizipieren und damit die Belastung aller Generationen auszugleichen.¹²

¹⁰ Die Beitragssatzentwicklung wird von der demographischen Entwicklung und von der Ausgabensteigerung aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts bestimmt. Demographische Änderungen haben einen vergleichsweise geringen Einfluß. Die Prognose des Beitragssatzes nur unter Berücksichtigung demographischer Änderungen gibt eine untere Grenze an. Der wesentliche Bestimmungsfaktor für die Beitragssatzentwicklung sind die Steigerungen der Ausgaben im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen. In der Vergangenheit sind die Ausgaben immer stärker gestiegen als die Einnahmen. Es gibt kein Anzeichen dafür, daß sich dieser Trend in Zukunft ändert. Die zukünftige Ausgabensteigerung ist jedoch kaum vorhersagbar. Vgl. Fickel (1995), S. 135ff.

Die einzelnen Beitragssatzprognosen gehen von folgende Annahmen aus:

Meierjürgen (1989), S. 164: 5% Ausgaben-, 3,5% Einkommenssteigerung; Oberdieck (1996), S. 200f.: konstante Einnahmen, Ausgabensteigerungen wie in Vergangenheit; Behrens (1991), S. 170: konstante Einnahmen und Ausgaben je Versichertengruppe; Erbsland (1995), S. 24: konstante Einnahmen und Ausgaben je Versichertengruppe; graphische Ergebnisdarstellung, daher gerundete Prozentangaben.

¹¹ So berechnete SCHULENBURG eine maximale Nettolebensbelastung von 166.000 DM bei einer realen Ausgabensteigerung von 4%, vgl. Schulenburg (1987a), S. 175.

¹² Vgl. die theoretischen Überlegungen in Kleindorfer/Schulenburg (1986), S. 122ff. und die Modellrechnungen in Schulenburg/Kleindorfer (1986), S. 400ff. Zu den Wirkungen einer stärker risikoorientierten Finanzierung über höhere Selbstbehalte, vgl. Schulenburg (1987a), S. 182ff.

OBERDIECK und BEHRENS sehen eine Möglichkeit zur mittel- und langfristigen Finanzierung der GKV bei gleichmäßiger Beitragsbelastung der Versicherten in der Umstellung der GKV auf eine risikoäquivalente kapitalfundierte (private) Krankenversicherung, ohne jedoch Umstellungsszenarien und Beitragssatzwirkungen zu untersuchen, vgl. Oberdieck (1996), S. 164ff., Behrens (1991), S. 143ff.

Der SACHVERSTÄNDIGENRAT nimmt die absehbare Entwicklung nicht als Anlaß für Reformüberlegungen zur mittelfristigen Stabilisierung des Beitragssatzes. Nach seiner Einschätzung, unter der optimistischen Annahme gleichbleibender medizinischer und ökonomischer Rahmenbedingungen, ist "keine dramatische Verschlechterung der finanziellen Situation der GKV in den nächsten 15 Jahren zu erwarten", SVR (1994), Ziffer 217. So nimmt die intergenerative Gerechtigkeit unter den Bewertungskriterien für die Reformen eine

Einzelne Verteilungswirkungen der GKV-Finanzierung **verstoßen gegen allgemeine Zielsetzungen staatlicher Distributionsaufgaben**, wie im letzten Kapitel dargestellt wurde. Diese Wirkungen wurden lange Zeit nicht als Anlaß für Reformüberlegungen zur GKV-Finanzierung genommen. Der SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN, der im folgenden vereinfachend nur als SACHVERSTÄNDIGENRAT bezeichnet wird, führte die distributive Gerechtigkeit als Beurteilungskriterium in seinem Gutachten 1994 ein. Seither begründet er Finanzierungsreformen nicht mehr über die Notwendigkeit, neue Einnahmequellen zu erschließen, sondern über das Ziel einer gerechteren Finanzierung, ohne jedoch aus diesem Ziel neue Reformvorschläge abzuleiten. Distributive Wirkungen der Finanzierung sind also eher Bewertungskriterium als der Grund für Reformvorschläge.¹³

4.2. Überblick über Reformvorschläge

Die derzeit diskutierten Vorschläge zur Finanzierungsreform (vgl. Tabelle 12) verfolgen primär das Ziel, die Finanzierung der GKV über die Erschließung neuer Mittel und eine gleichmäßigere Belastungsverteilung auf die Versicherten sicherzustellen.

nachgeordnete Stellung hinter den Zielen der zeitpunktbezogenen, interpersonellen Gerechtigkeit ein, vgl. SVR (1995), Ziffer 587ff., SVR (1994), Ziffer 466ff.

Auch PFAFF leitet aus der erwarteten Beitragssatzentwicklung keine längerfristig ausgerichteten Reformen ab. Sie nimmt diese Entwicklung zwar als Anlaß für Reformüberlegungen, vgl. Pfaff, A. B. (1997), S. 79ff., untersucht Reformvorschläge aber nur auf kurzfristige Wirkungen, vgl. S. 87ff.

¹³ Der SACHVERSTÄNDIGENRAT weist darauf hin, daß die Finanzierungsdiskussion "freilich den falschen Eindruck erwecken [könnte], als ginge es hier in erster Linie darum, der GKV neue Finanzquellen zu erschließen und ihr damit eine bequemere Ausgabenpolitik zu ermöglichen", SVR (1994), Ziffer 465. Dennoch läßt sich dieser Eindruck nicht ganz vermeiden, da er in früheren Gutachten die gleichen Finanzierungsreformen mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität und der Erhöhung der Einnahmen diskutiert hat, vgl. SVR (1987), Ziffer 203ff. und SVR (1988), Ziffer 138ff.

Elemente der GKV-Finanzierung	Gestaltungsalternativen
Versicherungspflicht	
Versicherungspflichtgrenze	- Anheben auf Niveau der GRV - Senken
Versicherungspflichtige Gruppen	- Allgemeine Versicherungspflicht - Gruppenunabhängige Regelung - Einschränkung auf Arbeitnehmer
Wahlmöglichkeit	- Abschaffen der Wahlmöglichkeit - Ausweiten auf alle Versicherten
Beitragsgestaltung	
Beitragsbemessungsgrundlage	
- Orientierung an Einkommen	- Risikoorientierung bei Versicherten - Wertschöpfungsbezug bei Arbeitgeber
- Einkommensarten	- Bisher beitragsfreie Einkommen zu 50% - Generell Gesamteinkommen
Berechnungsvorschrift	
- Ein einheitlicher Beitragssatz	- Differenzierung nach Risikogruppen - Progressive Beitragserhebung
- Beitragsbemessungsgrenze	- Anheben auf Niveau von GRV - Abschaffen
- Sonderregelungen	- Beitragszahlung für Familienversicherte - Keine Sonderregelungen für Studenten
Zahllast	
- Arbeitgeberanteil und Anteil der Rentenversicherungsträger	- Fixierung - Auszahlung an Versicherte
Externe Finanzierung	
Erstattung	- Für versicherungsfremde Leistungen
Zuschüsse	- Aus Gesundheitsabgaben ¹⁴
Überweisungen von anderen Sozialversicherungsträgern	- Erhöhung der Zahlungen durch GRV
Realleistungen	- Monistische Krankenhausfinanzierung
Finanzierungsform	
Umlageverfahren	- Übergang zu Kapitalstockverfahren - Temporärer Aufbau eines Kapitalstocks

Tabelle 12: Überblick über Reformvorschläge der GKV-Finanzierung (Quelle: Eigene Darstellung)

¹⁴ Als Quelle für weitere Staatszuschüsse werden Gesundheitsabgaben auf gesundheitsschädliche Güter gesehen, vgl. Brümmerhoff (1991), S. 204f., Müller (1988), S. 125ff., Müller (1984), S. 265. Gegen die Einführung einer solchen zweckgebundenen Steuer sprechen verschiedene Punkte, insbesondere, daß die Lenkungsfunction der Finanzierungsfunktion entgegenläuft. So würde über den Konsum ungesunder Güter die Gesundheitsversorgung verbessert. Zu der Diskussion siehe Henke (1995a), S. 44, Reiners (1995), S. 122, Schmähl (1989), S. 322.

Da durch die Regeln der Finanzierung der soziale Ausgleich der GKV bestimmt wird, ändern sich mit Finanzierungsreformen auch die Umverteilungen der GKV. Je nach Reformvorschlag wird das Äquivalenzprinzip oder der soziale Ausgleich innerhalb der GKV gestärkt. Das gesamte System bewegt sich damit in Richtung Versicherung oder in Richtung Steuer-Transfer-System¹⁵.¹⁶ Oft werden die Ausrichtungen der einzelnen Reformen nicht deutlich; teilweise werden sie nicht genannt,¹⁷ teilweise sind die Wirkungen nicht eindeutig.¹⁸ Die Ausrichtung der GKV hat sich seit Gründung von der weitgehenden Orientierung an dem Äquivalenzprinzip stärker hin zu einem umverteilungsorientierten Steuer-Transfer-System verschoben. Dieser Wandel hat sich weitgehend unbemerkt vollzogen, da die grundsätzlichen Regelungen der Beitragserhebung und Leistungsgewährung beibehalten wurden. ***Eine Reform der Finanzierungsgrundsätze würde offensichtlich und nachhaltig die zukünftige Entwicklung der GKV in Richtung Private Versicherung bzw. in Richtung Steuer-Transfer-System bestimmen.***

Eine Zielvorstellung ist es, die GKV nach den **Prinzipien einer privaten Krankenversicherung** zu organisieren.¹⁹ Die Finanzierung erfolgt dann über risikoäquivalente Prämien. Um Unterversorgung zu vermeiden, werden sozial Schwachen Staatszuschüsse gewährt. Der einzelne Versicherte übernimmt mehr Verantwortung für seine Gesundheitssicherung und zwar sowohl bei der Entscheidung über den Umfang der Absicherung als auch bei der Finanzierung. Die Trennung zwischen GKV und PKV könnte aufgehoben werden.

¹⁵ Solange die Beiträge für die Gesetzliche Krankenversicherung getrennt von der allgemeinen Steuer erhoben werden, ist die Gesetzliche Krankenversicherung nicht Bestandteil des Steuer-Transfer-Systems, vgl. Schäfer (1995), S. 363ff., Isensee (1983), S. 449ff. Da dieser Unterschied nach außen nicht deutlich wird und da mit der Finanzierung der Krankenversicherung über steuerähnliche Beiträge die Absicherung im Krankheitsfall den Charakter einer staatlichen Versorgung erhält, wird im weiteren vereinfachend der Begriff "Steuer-Transfer-System" und nicht "Krankenversicherung im Sinne eines Steuer-Transfer-Systems" verwendet.

¹⁶ Vgl. Schmähl (1995), S. 602.

¹⁷ Vgl. Rosenbrock (1996), S. 454.

¹⁸ Die Auslagerung versicherungsfremder Leistungen kann beispielsweise einerseits als Stärkung des Solidargedankens, siehe Brümmerhoff (1991), S. 198, und andererseits als stärkere Risikoorientierung interpretiert werden, siehe Henke (1988), S. 152.

¹⁹ Vgl. Wasem (1993), S. 143ff., Brümmerhoff (1991), S. 199ff., Henke (1985), S. 65ff.

Eine GKV, die die Beiträge vollständig nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip erhebt und Leistungen nach dem Bedarfsprinzip gewährt, übernimmt die **Aufgabe eines Steuer-Transfer-Systems**.²⁰ Gesundheitsversorgung wird zu einem öffentlich finanzierten Gut. Ihr kommt eine besondere Stellung verglichen mit anderen Grundbedürfnissen zu, bei denen staatliche Hilfe nur im Sinne des Subsidiaritätsprinzips bei finanzieller Bedürftigkeit gewährt wird. Diese Sonderstellung läßt sich nicht mit Marktversagen auf dem Gesundheitsmarkt erklären. Externe Effekte und mangelnde Konsumentensouveränität erfordern zwar eine Marktregulierung, nicht jedoch vollständig öffentliche Finanzierung.²¹ In einer GKV, die als Steuer-Transfer-System arbeitet, werden alle Versicherten gleich behandelt. Eine gegliederte Struktur mit mehreren Kassen ist dann nicht mehr erforderlich und sinnvoll. Außerdem müßten entsprechend dem Gleichbehandlungsgrundsatz auch die bisher nicht GKV-Versicherten einbezogen werden. Die GKV würde zu einer über Gesundheitssteuern finanzierten Volksversicherung bzw. zu einem Volksversorgungssystem.

Eine Änderung in der grundsätzlichen Ausrichtung der GKV hat über die Verteilung der Finanzierungsbelastungen hinaus auch Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung zwischen Individuum und Gesellschaft bei der Gesundheitsversorgung und auf die Organisationsform des Krankenversicherungssystems. In der Regel werden Vorschläge zur Finanzierungsreform nur anhand ihrer budgetären und distributiven Wirkungen bewertet: Dabei wird ihr Einfluß auf die grundsätzliche Ausrichtung der GKV zwischen privater Versicherung und Steuer-Transfer-System vernachlässigt. Da jede Finanzierungsreform die zukünftige Systemgestaltung beeinflusst, werden im folgenden die Reformvorschläge neben ihren distributiven Wirkungen auch auf ihre Implikationen für die zukünftige Ausrichtung der GKV untersucht.

²⁰ Vgl. Wasem (1993), S. 151f., Brümmerhoff (1991), S. 192ff.,

²¹ Vgl. Breyer/Zweifel (1997), S. 153ff., Bürger (1997), S. 108ff. WASEM bezeichnet die öffentliche Bereitstellung von Gesundheitsleistungen als "nicht legitimierbare Überregulierung", Wasem (1993), S. 141.

4.3. Ausgewählte Vorschläge zur Finanzierungsreform und ihre distributiven Wirkungen

4.3.1. Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags

Die paritätische Beteiligung von Arbeitgebern an der Beitragszahlung läßt sich historisch aus der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers erklären. Inzwischen finanzieren die Arbeitgeber über den sozialen Ausgleich zu einem großen Teil auch Ausgaben für nicht abhängig Beschäftigte. Über die Arbeitgeberzahlungen bewirken Beitragssatzsteigerungen eine unerwünschte Verteuerung des Faktors Arbeit. Dem soll mit der gesetzlichen Festschreibung des Ziels der Beitragssatzstabilität begegnet werden.²²

Am einfachsten ließe sich das Problem steigender Lohnnebenkosten lösen, wenn der Arbeitgeberanteil festgeschrieben und an **die Arbeitnehmer ausbezahlt** würde und die Arbeitnehmer dann für die Beitragszahlungen voll aufkommen würden. Diese einfache Lösung wird schon seit langer Zeit gefordert.²³ Sie wurde bisher vermutlich noch nicht weiter konkretisiert, da ungeklärt ist, welche Berechtigung dann noch Arbeitgebervertreter in der Selbstverwaltung hätten und ob dies ein Präzedenzfall für die paritätische Finanzierung aller Sozialversicherungen würde.²⁴

Der SACHVERSTÄNDIGENRAT hat zwei Vorschläge zur Reform der Arbeitgeberzahlungen unterbreitet, die **Fixierung** der Arbeitgeberzahlungen oder die **Bestimmung einer Obergrenze** für die Arbeitgeberzahlungen.²⁵ Beide Vorschläge verfolgen primär das Ziel konstanter Arbeitgeberzahlungen. Da alle Beitragssatzänderungen vom Arbeitnehmer getragen werden, dient die fixe Arbeitgeberzahlung nur noch formal der Begründung der paritätischen Besetzung der Selbstverwaltung.

²² Vgl. Fußnote 5.

²³ Vgl. Am Orde (1997), S. 243, Cassel (1996), S. 69f., SVR (1994), Ziffer 534, Müller (1988), S. 123, Albers (1982), S. 51ff.

²⁴ Zu diesen und weiteren möglichen Gründen siehe Hoffmann (1997), S. 47, Reiners (1995), S. 124, Groser (1994), S. 214f., SVR (1994), Ziffer 537, Schmähl (1994), S. 374f., Wagner (1994), 48, Brümmerhoff (1991), S. 207f., Transfer-Enquête-Kommission (1981), Ziffer 406ff. Zur Funktion der Selbstverwaltung siehe Bußmann (1983), S. 538ff.

²⁵ Vgl. SVR (1995), Ziffer 534ff. Eine Fixierung der Arbeitgeberzahlungen wird auch vorgeschlagen bei Henke (1996a), S. 66.

Eine Fixierung oder Auszahlung des Arbeitgeberanteils hat keinen Einfluß auf die formale Inzidenz der GKV-Finanzierung. Unter der Annahme, daß Arbeitgeberanteile auf die Arbeitnehmer, wenn auch mit zeitlicher Verzögerung, *rückgewälzt werden, tragen die Arbeitnehmer in jedem Fall die volle Beitragslast.*²⁶ *Durch die Fixierung oder Auszahlung der Arbeitgeberanteile würde dies auch nach außen deutlich.*

4.3.2. Neubestimmung der Versicherungspflicht

Durch die Beschränkung der Versicherungspflicht in der GKV auf bestimmte Bevölkerungsgruppen mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze kommt es zu unerwünschten distributiven Effekten zwischen GKV- und Nicht-GKV-Versicherten. Die Lösung dieses Problems wird oft in einer allgemeinen GKV-Versicherungspflicht oder zumindest in der deutlichen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze gesehen.²⁷ Das Ziel, diese ungleichen Einkommenswirkungen zu beseitigen, kann jedoch auch über andere Ansätze erreicht werden (vgl. Abbildung 13).

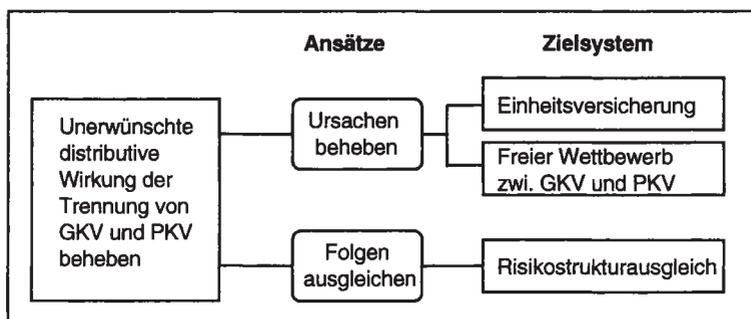


Abbildung 13: Neugestaltung der Beziehung zwischen GKV und PKV (Quelle: Eigene Darstellung)

²⁶ Siehe Kapitel 2.1.2.1.

²⁷ Vgl. Pfaff, M. (1995a), S. 197, Reiners (1995), S. 123, Vorstand des AOK Bundesverbandes (1994), S. 159, Volk (1989), S. 128f.

4.3.2.1. Ausweitung der Versicherungspflicht

Durch Ausweitung der Versicherungspflicht wird ein größerer Teil der Bevölkerung in den sozialen Ausgleich einbezogen und dadurch der Umfang der unterschiedlichen Behandlung von GKV- und PKV-Versicherten reduziert. Die Versicherungspflicht kann in zwei Richtungen erweitert werden, um bisher nicht versicherungspflichtige Bevölkerungsgruppen mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und über die Erhöhung bzw. Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.²⁸

Die derzeitige Kopplung der Versicherungspflicht an den Beruf, die sich nicht an der Leistungsfähigkeit der Versicherten orientiert, widerspricht der horizontalen Gleichbehandlung. Eine **rein einkommensabhängige Festlegung** der Versicherungspflicht *würde diese Ungleichbehandlung beheben*. Sie wird jedoch *selten gefordert*.

Die Versicherungspflichtgrenze wurde 1970 auf 75% der Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) festgelegt (§6 Abs.1 SGB V). Dies ist eine willkürliche Festlegung, die nicht aus dem Schutzbedürfnis der Versicherten heraus erklärt werden kann.²⁹ Die Versicherungspflichtgrenze bestimmt den Versichertenkreis der GKV so, daß genug Versicherte mit hohem Einkommen eingeschlossen sind, um den Solidarausgleich unter den Versicherten zu ermöglichen. Sie begrenzt gleichzeitig den Solidarausgleich um den einkommensstarken Teil der Bevölkerung nach oben. Bei konsequenter Umsetzung des Solidarprinzips müßte die **Versicherungspflichtgrenze aufgehoben und eine allgemeine Versicherungspflicht** eingeführt werden.

*Dies ist rechtlich und politisch nicht durchsetzbar.*³⁰ Eine allgemeine Versicherungspflicht würde die Existenz der privaten Versicherungsgesellschaften gefährden.³¹ Außerdem würden die derzeit PKV-Versicherten Anrechte auf ihre angesammelten Altersrückstellungen verlieren.³² Es wäre auch nicht möglich, das PKV-System in langen Übergangszeiten auslaufen zu lassen. Da innerhalb

²⁸ Vgl. Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 48ff.

²⁹ Vgl. SVR (1994), Ziffer 494, SVR (1995), Ziffer 583f.

³⁰ Vgl. Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 48ff., SVR (1995), Ziffer 584, Volk (1989), S. 128f.

³¹ Vgl. Henke (1997b), S. 14, Herder-Domeich/Schreiber (1969), S. 14.

³² Vgl. Herder-Domeich/Schreiber (1969), S. 31.

der PKV-Tarife Umverteilungen von jüngeren zu älteren stattfinden,³³ ist ein ständiges Auffrischen des Bestandes mit jungen Versicherten erforderlich, um die Prämien der jeweils älteren stabil zu halten.³⁴

Daher wird oft nur eine **Anhebung der Versicherungspflichtgrenze** auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der GRV gefordert.³⁵ Diese Festlegung ist ebenso willkürlich wie die heutige Höhe. Eine Kopplung beider Grenzen läßt sich nicht über die Vereinheitlichung der Sozialversicherungssysteme begründen, da beide Grenzen unterschiedliche Funktionen erfüllen.³⁶ **Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze dient damit primär der Erschließung weiterer Geldquellen.**³⁷

Durch **Ausweitung der Versicherungspflicht** wird ein größerer Teil der Bevölkerung in den sozialen Ausgleich der GKV einbezogen. Dadurch reduziert sich der Umfang der Ungleichbehandlung von GKV- und PKV-Versicherten. Da sich der Einfluß der Umverteilung der GKV ausweitet, **wird die Umvertei-**

³³ Das Umlageverfahren wird beispielsweise angewendet bei der Zuführung von Überzinsen und der nicht ausgeschütteten Beitragsrückerstattungen zu den Altersrückstellungen oder bei der Finanzierung des Standardtarifs, vgl. Bohm/Jacobs/Reschke (1996), S. 52, Fiedler (1995), S. 213, Scharge (1995), S. 858, Wasem (1995a), S. 92. Siehe auch zu ähnlichen Zusammenhängen bei privaten Lebensversicherungen, Rürup (1995), S. 75f.

³⁴ Der Bedarf nach einer Umlagefinanzierung in der PKV wird sich zukünftig noch stark erhöhen, da die Ausgabenentwicklung unterschätzt und wesentlich zu niedrige Altersrückstellungen gebildet wurden. So betragen die PKV-Altersrückstellungen in 1982 11,8 Mrd. DM. Eine Hochrechnung aufgrund der realen Gesundheitsausgaben in 1982 und der erwarteten Bevölkerungsentwicklung ergab einen um etwa 25 Mrd. DM höheren Bedarf an Altersrückstellungen. Zu den Berechnungen siehe Felderer (1991), S. 34, vgl. auch Rohweder (1996), S. 174ff. Gründe für die zu niedrigen Altersrückstellungen sind vor allem darin zu suchen, daß

- die Steigerung der Lebenserwartung vernachlässigt bzw. unterschätzt wurde: Versicherungen kalkulierten bis Anfang der 90er Jahre ihre Prämien mit vergangenheitsorientierten Sterbetafeln, teilweise sogar aus den Jahren 1949/1951. Inzwischen werden die zukunftsbezogenen Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes eingesetzt. Vgl. Kulbe (1993), S. 168, Felderer (1991), S. 34.
- der Ausgabenanstieg durch medizinisch-technischen Fortschritt zu niedrig angesetzt wurde, vgl. Kühn (1995), S. 172, Merckens/Birgelen (1991), S. 134f.,
- durch das Gesundheitsreformgesetz der Wechsel von älteren PKV-Versicherten in die GKV fast unterbunden wurde und damit die vorhandenen Altersrückstellungen auf mehr Versicherte aufgeteilt werden müssen, vgl. Kulbe (1993), S. 167.

³⁵ Vgl. Pfaff, M. (1995a), S. 197, Reiners (1995), S. 123.

³⁶ Vgl. Beseke/Zalewski (1984), S. 60, Herder-Dorneich/Schreiber (1969), S. 41f.

³⁷ Vgl. Ott (1981), S. 221f.

lungsaufgabe der GKV gestärkt und das gesamte Gesundheitssystem nähert sich weiter einem Steuer-Transfer-System an.

4.3.2.2. Wettbewerb zwischen GKV und PKV

Unerwünschte distributive Wirkungen liegen nicht in der Existenz der unterschiedlichen Systeme von GKV und PKV begründet, sondern in der zwangsweisen Versicherung eines Teils der Bevölkerung in der GKV. Die unerwünschten distributiven Effekte würden durch **eine allgemeine Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV** behoben, die jedoch **wegen der unterschiedlichen Finanzierungsformen der beiden Systeme derzeit nicht möglich** ist. Alle guten Risiken würden sich aufgrund von Adverse Selection in der PKV sammeln. Versicherte mit hohem Einkommen und niedrigem Risiko würden den für sie preiswerteren, risikoäquivalenten Privatversicherungsschutz wählen. In dem Maße, in dem gute Risiken abwandern, steigt der Beitragssatz in der GKV an und ein Wechsel zur PKV wird für weitere Versichertengruppen attraktiv. Ein Wettbewerb zwischen den beiden Systemen führt nur dann nicht zur Risikoselektion, wenn sich entweder beide Systeme über risikoäquivalente Prämien finanzieren³⁸ oder wenn Unterschiede in der Risikostruktur nachträglich ausgeglichen werden.³⁹ Beide Formen des Wettbewerbs erfordern umfangreiche Regelungen, um Risikoselektion zu verhindern. Beispielsweise ist festzulegen, wie beim Wechsel zwischen GKV und PKV Solidaranteile und Altersrückstellungen übertragen werden. Völlig ungeklärt ist, wie eine Umstellung der umlagefinanzierten GKV auf risikoäquivalente Prämien erfolgen könnte. Der Wettbewerb stellt daher kurz- bis mittelfristig kein Mittel dar, um unerwünschte distributive Wirkungen der eingeschränkten GKV-Versicherungspflicht zu beheben. **Eine Freigabe des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV würde die Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Ob bei der individuellen Wahl die private Absicherung oder der soziale Ausgleich präferiert würde, läßt sich nicht vorhersehen.**

³⁸ Vgl. Brümmerhoff (1991), S. 201, Zweifel/Hauser (1987), S. 308ff.

³⁹ Siehe Kapitel 6.2.1.2.

4.3.2.3. Ausgleich zwischen GKV und PKV

Die unerwünschten distributiven Effekte der Trennung von PKV und GKV werden dadurch verursacht, daß der soziale Ausgleich nur auf die GKV-Versicherten beschränkt ist. Ohne organisatorische Änderungen in den Systemen von GKV und PKV könnten diese unerwünschten Einkommenseffekte durch einen zusätzlichen **sozialen Ausgleich zwischen GKV und PKV** behoben werden. Dazu würde für jeden GKV- und PKV-Versicherten seine Begünstigungsposition in Abhängigkeit seines Einkommens und Risikos bestimmt. Ein Nettobegünstigter erhält aus dem Ausgleichsfond Geld, während ein überdurchschnittlich gutes Risiko Zahlungen in den Fond leisten muß. Dieser GKV-übergreifende Risikostrukturausgleich erfolgt völlig unabhängig von der Prämienfestsetzung und Abrechnung der PKV.

Ein solcher systemweiter Ausgleich könnte im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (RSA) der GKV durchgeführt werden. Der RSA gleicht in gleicher Weise Unterschiede in den Einnahmen und Ausgaben zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen aus, die durch unterschiedliche Einkommens- und Risikostruktur der Versicherten verursacht werden.⁴⁰ Es gibt **prinzipiell zwei Möglichkeiten** zur Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA, ***nur die Einbeziehung in den Finanzkraftausgleich*** oder ***die Einbeziehung in den vollständigen Ausgleich von Finanzkraft und Finanzbedarf***.⁴¹

Beim reinen **Finanzkraftausgleich** werden nur die Einkommensunterschiede zwischen PKV- und GKV-Versicherten ausgeglichen. PKV-Versicherte, die ein Einkommen über dem durchschnittlichen beitragspflichtigen GKV-Einkommen haben, zahlen auf den darüberliegenden Einkommensanteil bis zur Beitragsbemessungsgrenze eine Solidarabgabe in Höhe des allgemeinen Beitragssatzes. Alle PKV-Versicherten mit einem Einkommen unter dem GKV-Durchschnitt erhalten Zahlungen aus dem Ausgleichstopf. Die Höhe berechnet sich als Anteil entsprechend dem allgemeinen Beitragssatz auf die Differenz aus Einkommen des Versicherten und durchschnittlichem GKV-Einkommen.

⁴⁰ Zur Funktionsweise des RSA in der GKV siehe Kapitel 2.2.1.2.

⁴¹ Vgl. Bohm/Jacobs/Reschke (1996), S. 51ff., Pfaff, M.(1995b), S. 17f., Pfaff, A. B. (1993), S. 307f.

Die Einbeziehung der PKV-Versicherten in den reinen Finanzkraftausgleich läßt sich leicht umsetzen. **Die Verstöße gegen die Prinzipien der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit würden beseitigt, die dadurch entstehen, daß Beziehler hoher Einkommen nicht in den sozialen Ausgleich der GKV einbezogen sind.**⁴² **Verstöße gegen die horizontale Gleichbehandlung, die in der Risikostruktur begründet sind, bleiben weiterhin bestehen.** So könnte es beispielsweise sein, daß ein PKV-versicherter Familienvater zusätzlich zu den PKV-Prämien für seine Familienangehörigen Zahlungen in den Finanzkraftausgleich leisten muß. Seine Belastung wäre wesentlich höher als die eines GKV-versicherten Familienvaters mit gleichem Einkommen, dessen Angehörige durch den Familienlastenausgleich beitragsfrei versichert sind.

Diese Ungleichbehandlungen werden behoben, wenn die PKV-Versicherten zusätzlich in den **Finanzbedarfsausgleich** des RSA einbezogen werden. Der Finanzbedarfsausgleich gleicht Unterschiede in den Ausgaben pro Versichertem aus, die auf die Anzahl mitversicherter Familienangehöriger, Geschlecht und Alter zurückzuführen sind. Eine vollständige Integration der PKV-Versicherten in diesen Ausgleich ist nicht sinnvoll. Ein junger PKV-Versicherter müßte Nettoszahungen in den Ausgleichstopf leisten und erhielte dann im Alter Nettobegünstigungen. Dadurch würde ein intertemporaler Belastungsausgleich erreicht. Er konfliktiert mit dem intertemporalen Ausgleich, der in der PKV über das Anwartschaftsdeckungsverfahren bereits gegeben ist. Ein solcher GKV-übergreifender Ausgleich würde auf Akzeptanzprobleme bei den PKV-Versicherten stoßen und **die Neuberechnung der Altersrückstellungen der PKV** erforderlich machen, um wieder eine gleichmäßige intertemporale Belastung der Versicherten zu erreichen.⁴³ **Die vollständige Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA ist daher nicht sinnvoll** und entsprechende Reformen werden nicht gefordert.

Hier wird ein weiterer Vorschlag eingebracht, bei dem durch eine modifizierte Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Finanzbedarfsausgleich ein vollständiger Risikoausgleich zwischen GKV und PKV erreicht werden kann, ohne daß Änderungen in der PKV-Finanzierung erforderlich werden. Der

⁴² Vgl. Bohm/Jacobs/Reschke (1996), S. 52, Pfaff, M. (1995b), S. 17.

⁴³ Vgl. Pfaff, M. (1995b), S. 18.

modifizierte Finanzbedarfsausgleich erfaßt nur Unterschiede in Geschlecht und Anzahl der Familienangehörigen und nicht im Alter. Er reduziert sich damit auf die drei Versichertengruppen Kinder, Frauen und Männer. Für diese Gruppen werden jeweils die durchschnittlichen Leistungsausgaben berechnet.⁴⁴ Für jedes Mitglied⁴⁵ werden die durchschnittlichen Leistungsausgaben für sich und seine Familienangehörigen addiert. Liegen die Ausgaben eines Mitglieds für sich und seine Familienangehörigen unter dem GKV-Durchschnitt, zahlt er den Differenzbetrag in den Ausgleichstopf ein. Im anderen Fall erhält er die Differenz aus dem Topf erstattet. Eine Kombination von Finanzkraft- und modifiziertem Finanzbedarfsausgleich für PKV-Versicherte ist kaum aufwendiger als der reine Finanzkraftausgleich, stellt aber einen (fast) vollständigen Risikoausgleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten her.

Bei der Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich werden die Umverteilungen der GKV auch auf die PKV-Versicherten ausgedehnt. Dadurch wird die *Ungleichbehandlung von GKV- und PKV-Versicherten je nach Form der Einbeziehung reduziert bzw. behoben*. Auf die PKV-Versicherten wirken die Ausgleichszahlungen wie Gesundheitssteuern bzw. Transfers. *Insgesamt wird der Charakter der GKV als Steuer-Transfer-System gestärkt*.

4.3.3. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze ist zusammen mit der Versicherungspflichtgrenze willkürlich auf 75% der Beitragsbemessungsgrenze der GRV festgelegt. Sie bewirkt einen regressiven Belastungsverlauf bei Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Außerdem beschränkt sie die beitragspflichtigen

⁴⁴ Für Kinder werden die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, für Frauen und Männer die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben während der eigenständigen PKV-Versicherungszeit und zwar jeweils zu den Kosten des aktuellen Jahres angesetzt. Siehe Kapitel 5.2.3.3.

⁴⁵ Mitglieder sind diejenigen, die bei GKV-Versicherung eigenständige Beiträge zahlen würden, und Familienangehörige diejenigen, die beitragsfrei in der GKV mitversichert wären.

Einkommen und damit die Finanzierungsbasis der GKV. Daher wird eine **Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze** gefordert.⁴⁶

Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bei konstanter Versicherungspflichtgrenze ist nicht sinnvoll. Die PKV würde für freiwillig GKV-Versicherte attraktiver und dadurch würden Nettozahler die GKV verlassen.⁴⁷ Unabhängig von den Abwanderungen ist eine Anhebung fiskalisch weniger ergiebig als es zunächst scheint. Nur ein geringer Teil von weniger als 8% der Versicherten verfügt über Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.⁴⁸

Die Beitragsbemessungsgrenze schränkt das Umverteilungsvolumen innerhalb der GKV ein und stellt einen gewissen Umfang von Äquivalenz her.⁴⁹ Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde die Finanzierung der GKV **stärker am Leistungsfähigkeitsprinzip ausrichten**. Gleichzeitig würden sich aber die Belastungsunterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten mit hohen Einkommen und damit die Verstöße gegen die horizontale Gleichbehandlung vergrößern. *Unter gegebenen Rahmenbedingungen ist die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze also keine sinnvolle Reformoption, da sie fiskalisch wenig ergiebig ist und gesamtgesellschaftlich keine stärkere Ausrichtung am Leistungsfähigkeitsprinzip bewirkt.*

4.3.4. Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage

Der am häufigsten diskutierte Reformvorschlag ist die **Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage für Pflichtversicherte**⁵⁰ auf das Gesamteinkom-

⁴⁶ Vgl. Reiners (1995), S. 123, Volk (1989), S. 166ff.

⁴⁷ Vgl. SVR (1994), Ziffer 495.

⁴⁸ Berechnung für 1994 auf Basis von BMfG (1995b), T5/1994 ff. Auf die geringe Ergiebigkeit einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze verweisen auch Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 48ff., Herder-Dorneich/Schreiber (1969), S. 48

⁴⁹ Vgl. SVR (1995), Ziffer 582, Schmähl (1994), S. 373.

⁵⁰ Dieser Vorschlag bezieht sich nur auf die Arbeitnehmerzahlungen. Er ist zu unterscheiden von Vorschlägen für eine modifizierte Beitragsbemessungsgrundlage der Arbeitgeberzahlungen, die oft vereinfachend als "Maschinenbeitrag" bezeichnet wird. Siehe dazu beispielsweise die Abhandlungen von Peeters (1988), Rürup (1983), Mackscheidt (1983), Bußmann (1983). Eine solche Umstellung wird derzeit für die GKV nicht diskutiert, da eher die Abschaffung der Arbeitgeberbeiträge angestrebt wird.

men analog zur Beitragsbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte.⁵¹ Damit werden vor allem drei Ziele verfolgt:

Zum einen **sinkt** bei gleichem Ausgabenvolumen der Beitragssatz und damit **die Arbeitgeberzahlungen**, da mit jedem Beitragssatzpunkt höhere Einnahmen erzielt werden.⁵² Zusätzlich wird bis zur Beitragsbemessungsgrenze eine **dem Leistungsfähigkeitsprinzip entsprechende Finanzierung** erreicht.⁵³ Für freiwillig Versicherte und Pflichtversicherte gelten dann einheitliche Beitragsberechnungsvorschriften. Regressive Belastungen werden behoben, die darin begründet sind, daß mit steigendem Einkommen und Alter der Anteil der derzeit beitragspflichtigen Einkommen am Gesamteinkommen abnimmt. Der dritte Vorteil einer verbreiterten Beitragsbemessungsgrundlage ist darin zu sehen, daß die GKV-Finanzierung **etwas unabhängiger von den Arbeitsentgelten** und damit von wirtschaftlichen Entwicklungen wird.⁵⁴

Wie dieser Reformvorschlag operationalisiert werden kann, wurde bisher kaum diskutiert. Lediglich der SACHVERSTÄNDIGENRAT stellte in seinem Gutachten 1995 erste Ansätze zur Umsetzung vor. Zur **Konkretisierung** des Vorschlages ist festzulegen,

- wie das Gesamteinkommen ermittelt wird,
- welcher Beitragssatz auf die einzelnen Einkommensarten angewendet wird und
- wie Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze festgelegt werden.

Das **beitragspflichtige Gesamteinkommen** kann von dem zu versteuernden Einkommen des §2 EStG abweichen.⁵⁵ Nach heutiger Regelung werden bei der Bestimmung des Gesamteinkommens der freiwillig Versicherten Abschreibungen des Steuerrechts nur sehr begrenzt zugelassen.⁵⁶ Dadurch wird vermieden,

⁵¹ Zur Diskussion siehe Henke (1997b), S. 16f., Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 51f., Rürup (1996), S. 66ff., Arnold (1995), S. 39ff., SVR (1995), Ziffer 569ff., SVR (1994), Ziffer 481ff., Volk (1989), S. 167ff.

⁵² Vgl. SVR (1995), Ziffer 578, Mackscheidt (1983), S. 504.

⁵³ Vgl. Henke (1996a), S. 67, SVR (1995), Ziffer 537.

⁵⁴ Vgl. SVR (1995), Ziffer 573.

⁵⁵ Vgl. SVR (1995), Ziffer 571.

⁵⁶ Vgl. Bress/Napper (1993), S. 108ff.

daß Versicherte mit hohem Arbeitsentgelt aufgrund von Verlusten bei anderen Einkommensarten nur einen sehr geringen Beitrag entrichten.

Der SACHVERSTÄNDIGENRAT stellt die Höhe des auf das Gesamteinkommen anzuwendenden **Beitragssatzes** zur Diskussion.⁵⁷ Eine Erhebung von Beiträgen in Höhe des vollen Beitragssatzes wäre eine konsistente Lösung. Bei freiwillig und Pflichtversicherten würden dann die gleichen Regeln zur Anwendung kommen und alle Einkommensarten gleichmäßig belastet. Dem Pflichtversicherten wäre jedoch zunächst unverständlich, warum er Beiträge auf das Arbeitsentgelt in Höhe des halben und auf alle anderen Einkommensarten in Höhe des vollen Beitragssatzes abführen soll. Der SACHVERSTÄNDIGENRAT schlägt daher die Anwendung des halben Beitragssatzes auf alle neu beitragspflichtigen Einkommen bei Pflichtversicherten vor. Freiwillig Versicherte sollen weiterhin den vollen Beitragssatz auf alle Einkommen abführen. Die Ungleichbehandlung von freiwillig und Pflichtversicherten würden damit nur reduziert und nicht behoben.

Auch die Festlegung der **Versicherungspflichtgrenze** ist zu überdenken. Die Beibehaltung der Versicherungspflichtgrenze in ihrer derzeitigen Höhe und ihre Anwendung auf die erweiterte Beitragsbemessungsgrundlage würde die Zahl der Versicherungspflichtigen und damit der GKV-Versicherten reduzieren. Die Abwanderung von Versicherten mit überdurchschnittlichem Einkommen würde den Solidarausgleich der GKV belasten. Die Versicherungspflichtgrenze müßte daher anders festgelegt werden.⁵⁸

Eine Möglichkeit besteht darin, die Versicherungspflichtgrenze auf ihrem **derzeitigen Niveau** zu belassen und sie auf die **bisher beitragspflichtigen Einkommen** anzuwenden. Diese Option verstößt immer noch gegen den Grundsatz der horizontalen Gleichbehandlung, da die Versicherungspflicht weiterhin nicht an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, dem Gesamteinkommen, anknüpft. Alternativ könnte die Versicherungspflichtgrenze **auf die Gesamteinkommen** bezogen werden. Ihre Höhe wäre so festzulegen, daß der Anteil der Pflichtversicherten an der Gesamtbevölkerung insgesamt gleich bleibt. An diese Grenze

⁵⁷ Vgl. SVR (1995), Ziffer 571.

⁵⁸ Zu den Vorschlägen des SACHVERSTÄNDIGENRATES vgl. SVR (1995), Ziffer 578.

könnte auch eine generell einkommensabhängige Versicherungspflicht geknüpft werden und damit die derzeitigen berufsbezogenen Ungleichbehandlungen aufgehoben werden.

Die Anwendung der aktuellen **Beitragsbemessungsgrenze** auf eine verbreiterte Beitragsbemessungsgrundlage führt dazu, daß mehr Versicherte die Beitragsbemessungsgrenze erreichen und den Höchstbeitrag zahlen. Die regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze würde verstärkt.⁵⁹ Der SACHVERSTÄNDIGENRAT diskutiert keine Optionen zur Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Im folgenden werden **zwei Ansätze zur Erhöhung der Bemessungsgrenze** untersucht, die sich an die derzeitige Regelung anlehnen.

Der erste Vorschlag geht davon aus, daß die Versicherungspflichtgrenze auf das Gesamteinkommen bezogen festgesetzt wird. Die Beitragsbemessungsgrenze wird dann analog zur heutigen Regelung an die Versicherungspflichtgrenze gekoppelt.

Der zweite Vorschlag hat zum Ziel, die maximale Beitragszahlung konstant zu halten. Die Beitragsbemessungsgrenze wird dann aus dem gegebenen Ausgabenvolumen und der gegebenen Einkommensverteilung abgeleitet. Sie kann in einem bestimmten Verhältnis zur Versicherungspflichtgrenze festgeschrieben und dadurch zukünftig dynamisiert werden.

Aus den beiden Gestaltungsmöglichkeiten für die Versicherungspflichtgrenze und den drei Gestaltungsmöglichkeiten für die Beitragsbemessungsgrenze ergeben sich fünf *unterschiedliche Modelle einer erweiterten Beitragsbemessungsgrundlage* (vgl. Abbildung 14). Wie die folgenden Betrachtungen zeigen,⁶⁰ haben *die Varianten sehr unterschiedliche Einkommenswirkungen bei einzelnen Versichertengruppen*. Dies wurde jedoch *in der bisherigen Diskussion über eine verbreiterte Beitragsbemessungsgrundlage nicht berücksichtigt*.

⁵⁹ Vgl. SVR (1995), Ziffer 574.

⁶⁰ Wie sich die Umverteilungen in der GKV durch die verschiedenen Modelle ändern, wird durch die Einkommensstruktur der Versicherten bestimmt und kann nicht allgemein beschrieben werden. Die folgende theoretische Betrachtung der einzelnen Varianten kann daher nur wahrscheinliche Änderungen aufzeigen. Es wird dabei angenommen, daß sich das Wahlverhalten der Versicherten zwischen GKV und PKV nicht ändert.

Beitragsbemessungsgrenze für Gesamteinkommen...	Versicherungspflichtgrenze bezogen auf...	
	... beitragspfl. Einkommen nach heutiger Abgrenzung	... Gesamteinkommen
... auf heutiger Höhe	1	2
... auf Höhe von Versicherungspflichtgrenze		3
... so daß maximaler Beitrag gleich bleibt	4	5

Abbildung 14: Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze bei verbreiteter Beitragsbemessungsgrundlage (Quelle: Eigene Darstellung)

Variante 1 hat eine *regressivere Wirkung als die heutige Regelung*. Aufgrund der verbreiteten Bemessungsgrundlage erreichen mehr Versicherte die Beitragsbemessungsgrenze und zahlen den Höchstbeitrag. Der regressive Effekt setzt daher schon bei niedrigeren Einkommen ein. Da die unteren Einkommensklassen neben dem Arbeitsentgelt nur über sehr geringe Einkommen verfügen, erfahren sie tendenziell eine Entlastung. Die mittleren Einkommen werden aufgrund ihrer höheren beitragspflichtigen Einkommen stärker belastet.

Variante 2 unterscheidet sich von Variante 1 nur in der Abgrenzung der Pflichtversicherten, nicht jedoch in der Anzahl. Sie hat daher *vergleichbare Verteilungswirkungen wie Variante 1*.

Variante 3 wirkt *progressiver als die derzeitige Beitragserhebung*. Der Höchstbeitrag wird, wie heute, nur von Versicherten mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze gezahlt. Da die Gesamteinkommen mit den Arbeitsentgelten überproportional steigen, vergrößert sich das Verhältnis von niedrigstem zu höchstem beitragspflichtigem Einkommen bei einer Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage. Bei proportionaler Beitragsberechnung vergrößert sich in gleicher Weise auch das Verhältnis von niedrigster zu höchster Beitragszahlung. Damit insgesamt die gleichen Beitragseinnahmen erzielt werden, steigen die maximalen Beitragszahlungen an. Die Beitragserhebung ist damit progressiver als heute.

Variante 4 wirkt *regressiver als die heutige Regelung und etwas progressiver als Variante 1*. Damit bei gleichem Maximalbeitrag und bei einer größeren

Spreizung in den beitragspflichtigen Einkommen die gleichen Einnahmen erzielt werden wie heute, müssen in Variante 4 mehr Versicherte den Maximalbeitrag zahlen. Die regressive Wirkung setzt dann bei niedrigeren Einkommen ein. Gleichzeitig steigen die Zahlungen im Bereich der mittleren Einkommen. Wegen des höheren Maximalbeitrags ist Variante 4 nicht so regressiv wie Variante 1.

Variante 5 hat eine vergleichbare Wirkung wie Variante 4 und unterscheidet sich nur in der Abgrenzung des Versichertenkreises.

Der SACHVERSTÄNDIGENRAT spricht sich für eine **Einbeziehung weiterer Einkunftsarten nach Variante 1 oder 2** aus.⁶¹ Die **Versicherungspflichtgrenze** soll entweder wie heute, nur auf das Arbeitsentgelt bezogen, **beibehalten** werden oder neu für die Gesamteinkommen festgelegt werden. Die Beitragsbemessungsgrenze soll in ihrer heutigen Höhe auf die Gesamteinkommen angewendet werden. Für **freiwillig und Pflichtversicherte** werden **differenzierte Beitragssätze** vorgeschlagen. Bei den Versicherungspflichtigen sollen Beiträge auf bisher nicht-beitragspflichtige Einkommensarten nur in Höhe des halben Beitragssatzes erhoben werden. Freiwillig Versicherte zahlen wie bisher den vollen Beitragssatz auf alle Einkommen. Um den Erhebungsaufwand zu vereinfachen, sollen für Kapitaleinkünfte Freibeträge in Anlehnung an das Steuerrecht gelten.

Dieser Vorschlag senkt die Ungleichbehandlungen aufgrund unterschiedlicher Abgrenzung der beitragspflichtigen Einkommen für verschiedene Versicherungsgruppen wesentlich. Durch die differenzierten Beitragssätze bei freiwillig und Pflichtversicherten kommt es auch weiter zu Verstößen gegen die horizontale und vertikale Gerechtigkeit, wenn auch in geringerem Umfang als bisher. **Insgesamt wird die Ausrichtung der GKV-Finanzierung an der Leistungsfähigkeit der Versicherten gestärkt. Gleichzeitig wird der Umverteilungsumfang durch die regressivere Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze reduziert.**

Gegen eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage werden zwei **Hauptkritikpunkte** vorgebracht.⁶²

⁶¹ Vgl. SVR (1995), Ziffer 572 und 578.

⁶² Zu Kritikpunkten siehe Henke (1997b), S. 16f., SVR (1995), Ziffer 574, Henke (1995a), S. 43.

Zum einen wird kritisiert, daß die Beiträge zu sehr einer **Steuer angeglichen** würden.⁶³ Mit der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage werden Verstöße gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip beseitigt. Damit wird der Beitrag einer leistungsfähigkeitsorientierten Steuer ähnlicher. Diese Ähnlichkeit entsteht aber nicht erst durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten, sondern ist bereits schon in der Abweichung vom Äquivalenzprinzip begründet. Sie wurde bisher nur nicht so deutlich, da die Beitragserhebung in einigen Punkten offensichtlich gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip verstößt. Daher richtet sich die Kritik an einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage *nicht gegen die resultierenden Belastungswirkungen, sondern gegen die offensichtliche Ähnlichkeiten der Mittelaufbringung mit einer Steuer.*⁶⁴ Bei Bezug auf das gesamte Einkommen verschwindet die Beitragsfiktion. Pflichtversicherte⁶⁵ fassen den Beitrag als "Zuschlag auf die Einkommenssteuer zur Finanzierung der GKV"⁶⁶ auf. Es wird befürchtet, daß der Widerstand gegen Beitragserhöhungen dann wächst.

Außerdem werden gegen den Vorschlag **Erhebungsprobleme** angeführt.⁶⁷ Auf die Krankenversicherungen kämen große Verwaltungsaufgaben zu, wenn sie die Gesamteinkommen aller Versicherten erfassen und den Beitragseinzug sicherstellen müßten. Pointiert ausgedrückt müßte "die Krankenkasse zum zweiten Finanzamt"⁶⁸ werden. Es wird in Frage gestellt, ob die geringen zu erwartenden Mehreinnahmen diesen Erhebungsaufwand rechtfertigen.⁶⁹

⁶³ HENKE nennt diese Form der Beitragserhebung eine "zur Steuer mutierte Finanzierung", Henke (1997a), S. 494. SCHMÄHL fragt, warum bei einem Angleich an die Steuer nicht auch eine progressive Beitragserhebung erfolgt, vgl. Schmähl (1994), S. 373. Auch MEINHOLD kritisiert diese Form der Mittelaufbringung, als "proportionale Steuer nur bis zu einem gewissen Einkommen, welche eine seltsame Form der Einkommens-Steuer", Meinhold (1985), S. 24.

⁶⁴ Auch wenn die GKV-Beiträge nach den Regeln der Einkommenssteuer erhoben würden, wären sie dennoch keine Steuern. Für Steuern gilt das Nonaffektationsprinzip, während Beiträge zweckgebunden erhoben werden und damit letztlich dem Versicherten in Form von Leistungen wieder zugute kommen, vgl. Schäfer (1995), S. 363ff., Isensee (1983), S. 449ff.

⁶⁵ Für freiwillig Versicherte gelten diese Regeln schon heute.

⁶⁶ Brümmerhoff (1991), S. 196.

⁶⁷ Vgl. Henke (1995a), S. 41, Herder-Dorneich/Schreiber (1969), S. 154.

⁶⁸ Reiners (1995), S. 122.

⁶⁹ Vgl. Felkner (1995), S. 253f.

4.3.5. Modifizierung der Familienmitversicherung

Reformvorschläge zu einer Modifizierung der Familienmitversicherung sind unterschiedlich motiviert.

- Einige Reformen sollen die GKV von den finanziellen Belastungen durch den als versicherungsfremd angesehenen Familienlastenausgleich befreien.
- Andere Reformen sollen die ungleiche Behandlung von Einverdienerfamilien und Doppelverdienerfamilien ausgleichen.

Die Reformvorschläge, die die versicherungsfremde Familienbegünstigung aus der GKV herausnehmen wollen, verfolgen eine **stärkere Ausrichtung der GKV am Äquivalenzprinzip**.

Als einfachste Lösung wird vorgeschlagen, die Leistungsausgaben oder Beitragszahlungen für mitversicherte Ehepartner und Kinder **aus Staatsmitteln zu erstatten**.⁷⁰ Es ist mit der grundsätzlichen Leistungsfähigkeitsorientierung der Finanzierung vereinbar, die Familienversicherung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe entsprechend den sonst üblichen Regeln der Aufbringung öffentlicher Mittel zu finanzieren.

Die unterschiedlichen Einkommenswirkungen bei GKV- und PKV-Versicherten würden jedoch noch verstärkt. Konsequenterweise müßte der Staat auch für die Beiträge der PKV-versicherten Familienangehörigen aufkommen - was allerdings nie diskutiert wird. Grundsätzlich ist die Frage zu stellen, warum gerade die Umverteilungen im Rahmen der Familienversicherung aus öffentlichen Mitteln finanziert werden sollen, alle anderen Formen des sozialen Ausgleichs aber weiterhin durch GKV-Versicherte bezahlt werden. *Außerdem ist die Frage der Gegenfinanzierung kaum zu lösen.*

Auch durch eine generelle **Beitragspflicht für alle Versicherten** würde der Äquivalenzgedanke gestärkt.⁷¹ Die Höhe der Beitragszahlungen kann je nach Alter und Aufgabe in der Familie unterschiedlich festgesetzt werden. PFAFF schlägt beispielsweise vor, daß für Minderjährige risikoäquivalente Beiträge aus Staatsmitteln gezahlt werden und daß volljährige Kinder in Ausbildung einen

⁷⁰ Vgl. Schmähl (1995), S. 610, Schmähl (1989), S. 329.

⁷¹ Vgl. Pfaff, A. B. (1997), S. 89ff., Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 63ff., Schmähl (1995), S. 610, Pfaff, A. B. (1993), S. 307ff., Schmähl (1989), S. 329.

Mindestbeitrag von derzeit etwa 200 DM entrichten. Bisher mitversicherte Ehepartner sollen beitragsfrei bleiben, wenn sie Kinder erziehen oder alte Menschen pflegen, und sonst einen Beitrag in Höhe des halben Beitragssatzes auf das beitragspflichtige Einkommen des Ehepartners zahlen.⁷² Durch diese Regelung würde das Einkommen von Einverdienerfamilien mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze doppelt der Beitragserhebung unterliegen. *Dies führt zu neuen, unterschiedlichen Beitragszahlungen in Abhängigkeit vom Familientyp und widerspricht dem Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit.* Durch den Reformvorschlag *wird der Äquivalenzgedanke betont und das gesamte Umverteilungsvolumen gesenkt.*

Andere Reformvorschläge sind darauf ausgerichtet, die beitragsfreie Mitversicherung nicht aufzuheben, sondern entsprechend der **leistungsfähigkeitsorientierten Finanzierung** Ungleichbehandlungen zu beseitigen, die durch die Familienmitversicherung induziert werden. Ehepaare mit gleichen Gesamteinkommen werden immer dann ungleich behandelt, wenn die Einkommen unterschiedlich auf die Ehepartner aufgeteilt sind und einer der Ehepartner ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze hat. Die Ungleichbehandlung ist kein originäres Problem der Familienversicherung, sondern ist in der uneinheitlichen Anrechnung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Familieneinkommen begründet.

Ein erster Lösungsansatz ist ein **Ehegattensplitting**.⁷³ Dadurch würden alle Ehepaare gleich behandelt. Dieses Splitting kann aber zur Benachteiligung von Ehepaaren gegenüber nicht ehelichen Lebensgemeinschaften führen, für die das Splitting nicht gilt.⁷⁴ Dies **widerspricht Art.6 GG**.

Ein **leistungsgerechtes Splitting** des Familieneinkommens bei Einverdienerhepaaren wäre mit Art. 6 GG vereinbar. Bei einem solchen Splitting würde der

⁷² Vgl. Pfaff, A. B. (1997), S. 89ff., Pfaff, A. B. (1993), S. 307ff. Modifikationen dieses Vorschlages werden diskutiert bei Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 96ff.

⁷³ Vgl. SVR (1995), Ziffer 575, Ott (1981), S. 206ff.

⁷⁴ Vgl. SVR (1995), Ziffer 579. Bei einem Splitting wäre außerdem die Anwendung der Versicherungspflichtgrenze zu klären, ob sie getrennt für jeden Ehepartner auf sein beitragspflichtiges Einkommen oder auf das Familiengesamteinkommen bezogen wird, vgl. SVR (1995), Ziffer 577.

haushaltsführende Ehepartner von dem einkommensbeziehenden Ehepartner fiktiv für die Haushaltsführung in Höhe eines Mindesteinkommens entlohnt.⁷⁵ Beide Ehepartner wären getrennt beitragspflichtig, der haushaltsführende Ehepartner auf Basis seines Mindesteinkommens und der andere Ehepartner auf Grundlage seines Einkommens abzüglich des Mindesteinkommens. Wenn das Familieneinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, bleibt die gesamte Beitragszahlung der Familie unverändert. Sonst werden um maximal den Mindestbeitrag höhere Beiträge gezahlt.

Der SACHVERSTÄNDIGENRAT schlägt einen ähnlichen Ansatz vor, den er jedoch nicht aus dem leistungsgerechten Splitting ableitet. Für derzeit **mitversicherte Ehepartner soll ein Mindestbeitrag** erhoben werden.⁷⁶ Dieser Vorschlag weicht von einem leistungsgerechten Splitting darin ab, daß diese Zahlung nicht auf das Einkommen des einkommenserzielenden Ehepartners angerechnet wird.

Beide Vorschläge eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner verringern die heutigen Ungleichbehandlungen etwas. Die Beitragszahlungen von Ehepaaren mit Gesamteinkommen über der Beitragsbemessungsgrenze variieren aber immer noch mit der Aufteilung auf die Ehepartner. Je ungleichmäßiger die Aufteilung ist, desto geringer sind die Gesamtzahlungen.

Ein allgemeiner Ehepartnerbeitrag verursacht zusätzlich neue Ungleichbehandlungen von Ein- und Zweiverdienerfamilien mit gleichem Gesamteinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze, da Einverdienerfamilien in Summe höhere Beiträge zahlen.

Auch die unerwünschte Ungleichbehandlung von GKV- und PKV-versicherten Familien bleiben bei den Vorschlägen bestehen, die nur auf eine GKV-interne Gleichbehandlung aller Familien ausgerichtet sind.

Eine Versicherung von Familienangehörigen gegen eigenständige Beitragszahlungen stärkt das Äquivalenzprinzip in der GKV. Ein reines Splitting ist nur darauf ausgerichtet, Ungleichbehandlungen zu beseitigen ohne die Ausrichtung der GKV zu verändern.

⁷⁵ Zur Idee des leistungsgerechten Splittings siehe Cuvillier (1993), S. 442ff.

⁷⁶ Vgl. SVR (1995), Ziffer 575.

4.4. Zusammenfassung und Auswahl untersuchungsrelevanter Reformvorschläge

Vorschläge zur Finanzierungsreform unterscheiden sich darin, welche Form der Gesundheitssicherung sie unterstützen und wie sie die Umverteilungswirkungen der GKV beeinflussen. Abbildung 15 ordnet die diskutierten Reformvorschläge danach, ob sie den Versicherungsgedanken oder den Umverteilungsgedanken in der GKV stärken. Die meisten Vorschläge würden die Umverteilungswirkungen erhöhen und damit die GKV mehr in Richtung eines Steuer-Transfer-Systems verändern. Die Äquivalenzorientierung und der Versicherungsgedanke wird nur durch den Vorschlag eines Beitrags für derzeit mitversicherte Familienangehörige und mit dem wenig realistischen Vorschlag zum freien Wettbewerb zwischen GKV und PKV gestärkt.

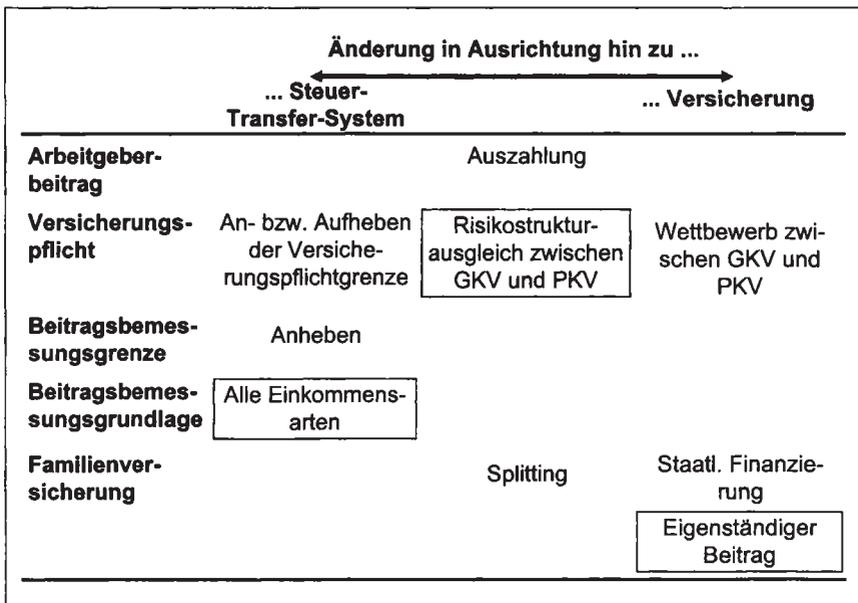


Abbildung 15: Änderung der GKV-Ausrichtung durch Reformvorschläge (Quelle: Eigene Darstellung)

Die vorgestellten Reformen wurden mit ganz unterschiedlicher Zielsetzung vorgeschlagen, die teilweise sehr konkret sind und kurz- bis mittelfristig zu Änderungen der Finanzierungsregeln führen, teilweise Visionen für die zukünftige Gestaltung der GKV aufzeigen oder teilweise einfach nur neue Aspekte in die Finanzierungsdiskussion einbringen sollen.

In der folgenden Modellrechnung werden nur **Vorschläge mit hoher politischer Relevanz** untersucht. Sie müssen die **beiden folgenden Bedingungen** erfüllen,

- den **Bestand von GKV und PKV nicht gefährden**⁷⁷ und
- die **Verteilungseffizienz der derzeitigen Finanzierung erhöhen** bzw. wahren.

Viele Reformen, die das **Verhältnis zwischen GKV und PKV** neu abgrenzen sollen, können wegen der unterschiedlichen Strukturen von GKV und PKV nicht umgesetzt werden. Sie würden entweder den Bestand der PKV durch Ausweitung der Versicherungspflicht oder den sozialen Ausgleich der GKV durch Abwanderung der guten Risiken gefährden. **Nur ein übergreifender Risikostrukturausgleich würde das Verhältnis zwischen GKV und PKV ändern, ohne den Bestand der beiden Systeme zu gefährden.**

Die Erhöhung der **Beitragsbemessungsgrenze** ist **bei konstanter Versicherungspflichtgrenze nicht sinnvoll**. Dadurch würden Versicherte mit überdurchschnittlichen Einkommen in die PKV wechseln und damit der soziale Ausgleich der GKV geschwächt.

Eine Verbreiterung der **Beitragsbemessungsgrundlage** berührt das Verhältnis von GKV und PKV nicht und führt zu einer gleichen Behandlung von freiwillig und Pflichtversicherten. **Der einzige konkretisierte Reformvorschlag wurde vom SACHVERSTÄNDIGENRAT vorgelegt**. Er sieht vor, generell alle Einkommen in die Beitragsbemessungsgrundlage einzubeziehen und auf Kapitaleinkommen einen Freibetrag zu gewähren. Pflichtversicherte sollen Beiträge in Höhe des halben Beitragssatzes auf alle neu versicherungspflichtigen Einkommen zahlen, während freiwillig Versicherte weiterhin Beiträge in Höhe des

⁷⁷ Siehe Fußnoten 30ff.

vollen Beitragssatzes entrichten. Der Kreis der Versicherungspflichtigen wird beibehalten. Die Versicherungspflichtgrenze wird an die Höhe der Arbeitsentgelte oder alternativ der Gesamteinkommen geknüpft. Die Beitragsbemessungsgrenze wird in ihrer derzeitigen Höhe auf die Gesamteinkommen bezogen. Eine solche Verbreiterung der Bemessungsgrundlage würde die Ungleichbehandlungen von freiwillig Versicherten und Pflichtversicherten nur reduzieren und nicht aufheben, da weiterhin unterschiedliche Beitragssätze angewendet werden. Sie würde die Beitragserhebung grundsätzlich stärker an der Leistungsfähigkeit orientieren und dies auch nach außen verdeutlichen, weil die Beiträge mehr Ähnlichkeiten mit einer Steuer bekommen. Da durch die Beibehaltung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze die Maximalbeiträge sinken, reduziert sich gleichzeitig das gesamte Umverteilungsvolumen der GKV.

Für eine Reform der **Familienversicherung** werden verschiedene Vorschläge gemacht. Eine vollständige Finanzierung aus Steuermitteln würde sich in die derzeitige Finanzierungsstruktur einpassen. Der Äquivalenzgedanke würde gestärkt und gleichzeitig der Grundsatz der einkommensorientierten Finanzierung beibehalten. Konsequenterweise müßten dann auch andere Formen des sozialen Ausgleichs staatsfinanziert werden, die die GKV neben dem Familienlastenausgleich übernimmt.

Der Äquivalenzgedanke in der GKV würde auch gestärkt, wenn bisher mitversicherte Familienangehörige einen eigenen, am Familieneinkommen orientierten Beitrag entrichten. Durch die in gewisser Hinsicht willkürliche Anwendung des Äquivalenzprinzips auf die beitragsfreie Mitversicherung würde die grundsätzlich an der Leistungsfähigkeit orientierte Beitragserhebung durchbrochen. Die Verteilungszielsetzung der GKV-Finanzierung würde noch unklarer und die Verteilungseffizienz dadurch gesenkt. Der Vorschlag bietet daher keine geeignete Lösung für die Reform der Familienversicherung.

Auch der Reformvorschlag, der die Einführung eines Ehegattensplittings vorsieht, ist nicht praktikabel, da er mit der möglichen Besserstellung von nichtehelichen Lebensgemeinschaften gegen Art.6 GG verstößt.

Der SACHVERSTÄNDIGENRAT schlägt die Zahlung eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner vor. Die eigenständige Beitragszahlung der Ehepartner betont den Versicherungscharakter. Dieser Vorschlag reduziert die

derzeitigen Ungleichbehandlungen von Ehepaaren mit gleichem Einkommen bei unterschiedlicher Aufteilung auf die Ehepartner nur zum Teil. Gleichzeitig kommt es zu neuen Ungleichbehandlungen von Ein- und Zweiverdienerhaushalten mit einem Haushaltseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Unter allen Vorschlägen zur Reform der Familienversicherung ist dieser Vorschlag jedoch **zu präferieren, da er am stärksten die derzeitigen Verteilungsziele der GKV unterstützt.**

Damit verbleiben **drei relevante Reformvorschläge**, die den Bestand von GKV und PKV nicht gefährden und die die derzeitigen ungleichen Einkommenswirkungen reduzieren. Es sind die beiden vom SACHVERSTÄNDIGENRAT geforderten Optionen zur

- **Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage** und
 - **Zahlung eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner**
- sowie der neu eingebrachte Vorschlag zur
- **Einführung eines modifizierten Risikoausgleichs zwischen PKV und GKV.**

Die beiden vom SACHVERSTÄNDIGENRAT vorgeschlagenen Reformen verändern die Finanzierungsstruktur der GKV kaum. Sie verstärken die unklare Ausrichtung der GKV und **erhöhen somit nicht die Verteilungseffizienz des sozialen Ausgleichs**, da die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage die Leistungsfähigkeitsorientierung und der Ehepartnerbeitrag die Äquivalenzorientierung betont. Außerdem beheben diese Reformen die Ungleichbehandlungen der derzeitigen Finanzierung nur teilweise. So wird durch die Neubestimmung der Beitragsbemessungsgrundlage die Beitragsberechnung der verschiedenen Versichertengruppen zwar angeglichen und stärker an der Leistungsfähigkeit der Versicherten orientiert. Gleichzeitig wird aber die regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze verstärkt. Auch die Einführung des Ehepartnerbeitrags tauscht nur Ungleichbehandlungen von Ehepaaren mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze gegen neue Ungleichbehandlungen in unteren Einkommensgruppen ein.

Insgesamt würden diese beiden Reformen keine Signale für eine zukünftige Ausrichtung der GKV setzen und weiterhin die Entwicklung Richtung Private Versicherung und Steuer-Transfer-System ermöglichen.

Die Vorschläge des SACHVERSTÄNDIGENRATS belassen das Verhältnis zwischen PKV und GKV. **Die ungleichen Einkommenswirkungen bei GKV- und PKV-Versicherten könnten durch einen einheitlichen Risikostrukturausgleich für alle PKV- und GKV-Versicherten reduziert werden.** Der RSA würde **zunächst den Charakter der GKV als Steuer-Transfer-System stärken**, da dann auch die PKV-Versicherten über eine Art Gesundheitssteuer zur GKV-Finanzierung beitragen.

Dennoch läßt er alle Möglichkeiten für die zukünftige Ausrichtung des Gesundheitssystems offen. Der Strukturausgleich kann sowohl Vorstufe für eine Einheitskasse sein als auch Vorstufe sein für den Wettbewerb zwischen gesetzlichem und privatem Krankenversicherungssystem, das die subsidiäre Gesundheitsabsicherung stärkt.

5. Mikrosimulationsmodell zur Berechnung der Umverteilungswirkungen

Im letzten Kapitel wurden die interpersonellen Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung theoretisch analysiert. Es wurde aufgezeigt, daß das derzeitige System durch die gleichzeitige Äquivalenz- und Leistungsfähigkeitsorientierung keine eindeutige Verteilungszielsetzung verfolgt. Die vom SACHVERSTÄNDIGENRAT vorgeschlagenen **Reformen zur Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und zur Einführung eines Ehepartnerbeitrags** beheben die als ungerecht empfundenen Umverteilungswirkungen nur eingeschränkt. Sie verfolgen keine konsistente Ausrichtung der Finanzierung an einer Verteilungszielsetzung und **erhöhen damit die Verteilungseffizienz nicht.** Außerdem bleiben **die distributiven Ungleichbehandlungen aufgrund der Systemunterschiede zwischen GKV und PKV** weiterhin bestehen. Ohne in die Funktionsweise beider Systeme einzugreifen, könnten diese Einkommenswirkungen **durch einen Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV behoben** werden.

Die Hypothesen über die Verteilungswirkungen der GKV-Finanzierung und der drei Reformvorschläge werden in diesem Kapitel **durch eine Modellrechnung**

gen quantitativ überprüft. Die Wirkungen auf die Einkommen der GKV-Versicherten und die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung wird dabei gemäß dem im zweiten Kapitel definierten Verteilungskonzept auf zwei Weisen gemessen, als

- Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung und als
- Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung.

5.1. Bestimmung des Meßkonzeptes

In diesem Abschnitt wird ein Meßkonzept hergeleitet mit dem die Umverteilungswirkungen in der Modellrechnung so quantifiziert werden, daß entsprechend der Zielsetzung der Untersuchung die Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung bewertet werden können. Dazu werden zunächst die Meßkonzepte auf ihre Eignung überprüft, die bisherige Untersuchungen der interpersonellen Umverteilungswirkung der GKV verwendeten. Im Anschluß werden allgemeine Konzepte zur Messung von Verteilungen vorgestellt und darauf aufbauend ein für diese Untersuchung geeignetes Meßkonzept entwickelt. Mit dem Meßkonzept wird festgelegt

- gegenüber welcher **Referenzverteilung** die Änderung der Einkommensverteilung durch die GKV-Finanzierung ermittelt wird,
- wie die Umverteilungen **dargestellt** werden, als absoluter oder relativer Wert bzw. als aggregierte Kennzahlen oder als Einzelwert je Versichertengruppe, und
- in welcher **Auswertungsrichtung** die Umverteilungen durch entsprechende Gruppierung der Verteilungssubjekte untersucht werden.

5.1.1. Meßkonzepte bisheriger Untersuchungen

ANDEL quantifizierte 1975 erstmals Umfang und Wirkungsrichtung der einzelnen interpersonellen Umverteilungen der GKV.¹ Dieser Ansatz wurde in den achziger Jahren von OTT, BECKER und HENKE/BEHRENS ausgebaut.²

¹ Siehe Andel (1975).

² Siehe Ott (1981), Becker (1985), Henke/Behrens (1989).

Alle vier Untersuchungen verfolgen denselben Ansatz. Sie ermitteln den Umfang und die Wirkungsrichtung der Umverteilungen innerhalb der GKV. Dabei sind die Umverteilungen definiert als Abweichung der GKV-Beitragszahlungen von Zahlungen für die Gesundheitssicherung in einem Referenzsystem ohne GKV, in dem die Versicherten zur Eigenabsicherung risikoäquivalente Prämien zahlen müßten.³ Es werden jeweils die formalen Inzidenzen der GKV untersucht. Unter der Annahme, daß die Leistungsanspruchnahme systemunabhängig ist und daß die Arbeitgeberbeiträge auf die Arbeitnehmer rückgewälzt werden, wird Umverteilung als Differenz von GKV-Beiträgen in Höhe des vollen Beitragssatzes und risikoäquivalenten Prämien, in Höhe der erwarteten GKV-Leistungsausgaben, ermittelt.⁴

Die vier Untersuchungen beschränken sich auf den Kreis der GKV-Versicherten. Der Einfluß der GKV-Umverteilungen auf die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung unter Einbeziehung von Nicht-GKV-Versicherten wird nicht untersucht.

Die einzelnen Arbeiten unterscheiden sich bei gleicher Zielsetzung darin, wie sie die Umverteilungen darstellen und in welchen Wirkungsrichtungen sie diese auswerten (vgl. Tabelle 13).

Untersuchung	Darstellung der Umverteilung	Auswertungsrichtung
Andel (1975)	- Absolut: DM je Versichertem	- Alter - Familienstruktur
Ott (1981)	- Absolut: DM je Versichertem - Absolut: DM je Versichertengruppe - Relativ: DM / Beitragspfl. Einkommen	- Alter - Familienstruktur - Einkommen
Becker (1985)	- Relativ: DM / Bruttogesamteinkommen	- Familienstruktur - Einkommen - Sozialer Status
Henke/ Behrens (1989)	- Absolut: DM je Versichertem - Absolut: DM je Versichertengruppe - Relativ: DM / Beitragspfl. Einkommen	- Alter - Familienstruktur - Versicherungsstatus

Tabelle 13: Meßkonzepte vorliegender Untersuchungen der interpersonellen Umverteilungen der GKV (Quelle: Eigene Darstellung)

³ Vgl. Henke/Behrens (1989), S. 8ff. und S. 19f., Becker (1985), S. 99, Ott (1981), S. 64 und S. 73, Andel (1975), S. 43.

⁴ Vgl. Henke/Behrens (1989), S. 4ff., Becker (1985), S. 100, Ott (1981), S. 66ff., Andel (1975), S. 40f.

ANDEL mißt den Umfang der Umverteilung als Differenz der GKV-Beiträge und risikoäquivalenter Prämien absolut in DM je Versichertem.⁵ Ein Vergleich dieser Nettoeffekte verschiedener Versichertengruppen zeigt die Wirkungsrichtungen der Umverteilung. Aus dieser absoluten Darstellung ohne Bezug zum Einkommen kann aber keine Aussage über die Wirkung auf die Einkommensverteilung der GKV-Versicherten oder der Bevölkerung abgeleitet werden. ANDEL quantifiziert den Alters- und den Familienlastenausgleich sowie die kombinierte Wirkung dieser beiden Effekte.⁶

Im Anschluß an die quantitative Ermittlung bewertet ANDEL die Umverteilungen. Er analysiert, ob die Mittelaufbringung entsprechend der Leistungsfähigkeit der Versicherten erfolgt.⁷ Dabei kann er nicht auf die Ergebnisse seiner Berechnungen zurückgreifen, da sein Meßkonzept nur auf die Ermittlung des Verteilungsumfangs, nicht jedoch auf die Bewertung der Lastverteilung ausgerichtet ist.

OTT beschreibt den Umfang der Umverteilungen auf drei Weisen. Die absolute Umverteilung je Versichertem berechnet er wie ANDEL als Differenz zwischen dem GKV-Beitrag und einer risikoäquivalenten Prämie. Zusätzlich ermittelt er das aggregierte Umverteilungsvolumen je Versichertengruppe als Nettoeffekt pro Versichertem multipliziert mit der Anzahl der Versicherten je Versichertengruppe.⁸ Neben den absoluten Effekten berechnet er außerdem die relativen Einkommensänderungen als absolute Umverteilung im Verhältnis zum beitragspflichtigen Einkommen.⁹

Mit der Untersuchung der aggregierten Umverteilungseffekte und der relativen Einkommensänderungen geht OTT über die Analyse von ANDEL hinaus. Die Ermittlung der relativen Änderungen im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einkommen bildet die Einkommenswirkung nur verzerrt ab, weil das beitragspflichtige Einkommen von dem gesamten Einkommen abweicht. Dadurch werden zu hohe relative Umverteilungswirkungen im Verhältnis zum Gesamtein-

⁵ Vgl. Anandel (1975), S. 62ff.

⁶ Vgl. Anandel (1975), S. 62ff.

⁷ Vgl. Anandel (1975), S. 73ff.

⁸ Vgl. Ott (1981), S. 172.

⁹ Vgl. Ott (1981), S. 152.

kommen bei Versicherten mit hohen, nicht-beitragspflichtigen Einkommensanteilen ausgewiesen.

OTT untersucht, wie ANDEL, den Altersausgleich, den Familienlastenausgleich und zusätzlich noch den Einkommensausgleich.¹⁰

Abschließend bewertet OTT die Umverteilungswirkungen danach, ob die Mittelehebung gemäß der Leistungsfähigkeit erfolgt.¹¹ Auch er kann diese Bewertung nicht auf die Ergebnisse seiner vorherigen Analysen stützen, die nur den Umfang der Umverteilungen je Versichertengruppe messen.

BECKER untersucht nur die relativen Einkommensänderungen durch die GKV-Finanzierung. Sie ermittelt die relativen Einkommenswirkungen als Differenz von GKV-Beitrag und risikoäquivalenter Prämie im Verhältnis zu einem modifizierten Bruttogesamteinkommen. Das modifizierte Bruttogesamteinkommen umfaßt, im Unterschied zum beitragspflichtigen Einkommen von OTT, alle Einkommen der Versicherten sowie entsprechend der Überwälzungsannahme auch den Arbeitgeberanteil.¹² Dadurch wird die relative Umverteilung verzerrt dargestellt.

BECKER untersucht den Einkommensausgleich, den Familienlastenausgleich und Umverteilungen zwischen unterschiedlichen sozialen Gruppen in Abhängigkeit von der beruflichen Stellung des Haushaltsvorstands.¹³

HENKE/BEHRENS verwenden das gleiche Meßkonzept wie OTT und ermitteln die Umverteilungen der GKV über die absoluten Nettoeffekte je Versichertem, über die aggregierten absoluten Effekte und über die relativen Effekte im Verhältnis zum beitragspflichtigen Einkommen.

Sie untersuchen den Alters- und den Familienlastenausgleich. Zusätzlich teilen sie die Mitglieder noch nach ihrem Versichertenstatus in freiwillig und Pflichtversicherte ein.

¹⁰ Vgl. Ott (1981), S. 151ff.

¹¹ Vgl. Ott (1981), S. 183ff.

¹² Vgl. Becker (1985), S. 106.

¹³ Vgl. Becker (1985), S. 114ff.

Für die Zielsetzung der *vorliegenden Untersuchung sind nur einzelne Elemente der bisher verwendeten Meßkonzepte geeignet.*

Die **absoluten Verteilungseffekte** erfassen *den Umfang der Änderung der Einkommensverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung.* Der Vergleich der Effekte unterschiedlicher Versichertengruppen zeigt die Wirkungsrichtung der Umverteilung. Die absoluten Zahlen ermöglichen darüber hinaus keine Aussagen über Änderung der relativen Einkommen der Versicherten.

Änderungen der relativen Einkommensverteilung werden über die Darstellung der absoluten Umverteilung in Verhältnis zum Einkommen erfaßt. Die vorgestellten relativen Kennzahlen setzen jeweils die Abweichungen der GKV-Beiträge von risikoäquivalenten Prämien ins Verhältnis zu den Einkommen vor Beitragszahlung. Sie verknüpfen also die Messung der Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung im Zähler mit der Messung der Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung durch das Einkommen vor Beitragszahlung im Nenner.

Dieser gemischte Indikator ist für die Ermittlung der Änderung in der Einkommensverteilung anhand der vorliegenden Fragestellungen ungeeignet.

Aus ihm kann weder die Einkommensverteilung nach Beitragszahlung noch die Verteilung nach risikoäquivalenter Zahlung und damit nicht die jeweiligen Änderungen ermittelt werden. Außerdem zeigt dieser Indikator nicht alle Änderungen in der Einkommensverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung und gegenüber der Ausgangsverteilung an. Tabelle 14 gibt ein Beispiel für die beschränkte Aussagekraft des Indikators. Es sind zwei Fälle mit unterschiedlicher Beitragsberechnung und mit unterschiedlicher Leistungsanspruchnahme durch B dargestellt. In beiden Fällen bleibt der Indikator ($(EK_{\text{Beitr}} - EK_{\text{RA}}) / EK_{\text{Ausg}}$) gleich, obwohl sich die relativen Einkommen bei Beitragszahlung verglichen mit den Einkommen bei risikoäquivalenter Prämienzahlung ($EK_{\text{Beitr}} / EK_{\text{RA}}$) und auch verglichen mit der Ausgangsverteilung ($EK_{\text{Beitr}} / EK_{\text{Ausg}}$) verändert haben.

Der von OTT und HENKE/BEHRENS verwendete relative Indikator ist darüber hinaus wegen des *beitragspflichtigen Einkommens als Bezugsgröße ungeeignet, da er die Verteilungswirkungen verzerrt abbildet.*

	1. Rein proportionale Beitragserhebung		2. Proport. bis Beitragsbemessungsgrenze 150	
	A	B	A	B
LA	30	30	30	20
EK _{Ausg}	100	200	100	200
EK _{Beitr}	80	160	80	170
EK _{RA}	70	170	70	180
$\frac{(EK_{Beitr} - EK_{RA})}{EK_{Ausg}}$	1/10	-1/20	1/10	-1/20
EK_{Beitr} / EK_{RA}	8/7	16/17	8/7	17/18
EK_{Beitr} / EK_{Ausg}	8/10	16/20	8/10	17/20
LA	Leistungsausgaben			
EK _{Ausg}	Einkommen in Ausgangszustand vor Beitragszahlung			
EK _{Beitr}	Einkommen nach GKV-Beitragszahlung			
EK _{RA}	Einkommen nach Zahlung risikoäquivalenter Prämie			

Tabelle 14: Beispiel für relative Meßgröße (Quelle: Eigene Darstellung)

Die bisherigen Meßkonzepte können auch deshalb nicht unmittelbar auf die zu untersuchende Fragestellung angewendet werden, weil mit ihnen *jeweils nur die Umverteilungswirkungen zwischen GKV-Versicherten erfasst werden, nicht aber die gesamtgesellschaftlichen Einkommenswirkungen*.¹⁴

5.1.2. Allgemeine Konzepte zur Messung von Einkommensverteilungen

5.1.2.1. Disparitäts- und Variationsmaße

Mit Disparitäts- und Variationsmaßen wird die Zuordnung eines Einkommensvolumens auf die Menge der Einkommensempfänger beschrieben. Diese aggregierten Kennzahlen stellen jeweils bestimmte Eigenschaften der Verteilung dar.¹⁵ Disparitätsmaße, auch als Konzentrationsmaße bezeichnet, erfassen den Umfang der Abweichung einer gegebenen Verteilung von der Gleichverteilung.

¹⁴ Vgl. Henke (1983), S. 156. OTT bezeichnet die von ihm ermittelten, aggregierten Umverteilungsvolumina pro Versichertengruppe als "gesamtgesellschaftliche Verteilungswirkung", Ott (1981), S. 172. Da diese Auswertung sich nur auf die Gruppe der GKV-Versicherten bezieht, ist die Bezeichnung gesamtgesellschaftlich irreführend.

¹⁵ Vgl. Pflug (1979), S. 245.

Sie berücksichtigen nicht, ob die Abweichungen ihrerseits gleichverteilt sind oder stark zwischen den einzelnen Gruppen streuen. Diese Streuung wird mit Variationsmaßen beschrieben.

Verschiedene Disparitäts- und Variationsmaße¹⁶ erfassen je nach Zielsetzung und mathematischer Formulierung bestimmte Verteilungseigenschaften unterschiedlich sensitiv. So kann die Anwendung verschiedener Indikatoren auf dieselbe Verteilung zu unterschiedlichen Bewertungen führen.¹⁷

Da die Wahl der Meßgröße das Ergebnis der Analyse entscheidend bestimmt, sind die geeigneten Kennzahlen in Abhängigkeit von der Zielsetzung der Untersuchung und dem vorliegendem Verteilungsmuster sorgfältig auszuwählen. Dieser Auswahlentscheidung wird wenig Beachtung geschenkt. So sind zwar eine Vielzahl von Indikatoren mathematisch beschrieben.¹⁸ Es gibt jedoch kaum Analysen über ihre Anwendungsmöglichkeiten. Empirische Verteilungen werden meist mit dem Gini-Koeffizienten und dem Variationskoeffizienten beschrieben.¹⁹

Gini-Koeffizient

Der Gini-Koeffizient mißt den Umfang der Abweichung einer Verteilung von der Gleichverteilung. Er wird aus der Darstellung der Einkommensverteilung über eine Lorenzkurve im Einheitsquadrat abgeleitet.²⁰ Er berechnet sich als Fläche A zwischen der Einkommenskurve und der Diagonalen, die die Gleichverteilung repräsentiert, im Verhältnis zur Fläche unter der Diagonalen.²¹ Er nimmt Werte zwischen 0 bei Gleichverteilung und 1 bei völliger Ungleichverteilung an.

¹⁶ Einen umfassenden Überblick über verschiedene Indikatoren gibt Piesch (1975).

¹⁷ Zu Beispielen für widersprüchliche Bewertungen durch unterschiedliche Kennzahlen, siehe Champernowne (1974), S. 806f. Vgl. auch Genser (1991), S. 620, Schmid (1975), S. 155, Schaich/Wisniewski (1974), S. 486.

¹⁸ Siehe beispielsweise Schmid (1979), Schmid (1978).

¹⁹ Vgl. Hauser (1996), S. 20f., Atkinson (1970), S. 244.

²⁰ Zur mathematischen Beschreibung der Lorenzkurve siehe Ramser (1987), S. 10ff., Piesch (1975), S. 23.

²¹ Vgl. Molitor (1988), S. 250f., Nowotny (1987), S. 498f. Zu unterschiedlichen mathematischen Berechnungsmöglichkeiten des Gini-Koeffizienten siehe Piesch (1975), S. 53.

Der Gini-Koeffizient gibt den Umfang der Gesamtdisparität an. Dabei gewichtet er Abweichungen in allen Einkommensklassen gleich und zeigt damit nicht an, ob sich die Abweichungen auf bestimmte Einkommensgruppen konzentrieren.²²

Zum Vergleich von zwei Einkommensverteilungen ist der Gini-Koeffizient nur bedingt geeignet. Die Differenz der jeweiligen Gini-Koeffizienten zeigt den Umfang an, in dem sich die gesamte Einkommensverteilung der Gleichverteilung annähert. Diese Differenz läßt keine Aussage darüber zu, wie sich die Einkommen einzelner Versichertengruppen verändern.²³

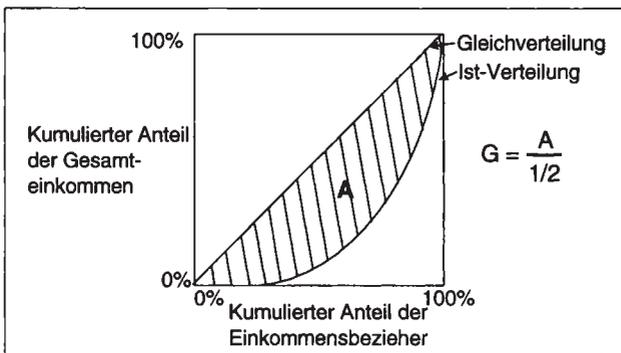


Abbildung 16: Graphische Herleitung des Gini-Koeffizienten (Quelle: Nowotny (1987), S. 448)

Variationskoeffizient

Auch der Variationskoeffizient vergleicht eine gegebene Einkommensverteilung mit der Gleichverteilung als Referenzsystem. Er erfaßt die Verteilung der Abweichung von der Gleichverteilung auf die einzelnen Einkommensgruppen unabhängig vom Gesamtumfang der Umverteilung.²⁴ Er hat bei gegebenem Verteilungsumfang sein Minimum, wenn alle Abweichungen betragsmäßig gleich groß sind, und reagiert auf Streuungen überproportional stark.

²² Vgl. Piesch (1975), S. 32.

²³ Dies gilt nicht nur bei sich schneidenden Lorenzkurven, wie oftmals vereinfachend angenommen wird. Zu Auswertungsmöglichkeiten bei sich schneidenden Lorenzkurven siehe Hinterberger (1988), S. 2f., bei sich nicht schneidenden Lorenzkurven siehe Hinterberger (1989), S. 2ff. und die dort aufgeführten Beispiele.

²⁴ Vgl. Aigner (1993), S. 63, Schaich/Wisniewski (1974), S. 475.

$$VK = \frac{\sigma(ek_i)}{\mu(ek_i)} \quad (XVI)$$

i	Einkommensbezieher
VK	Variationskoeffizient
ek _i	Einkommen von i
σ	Standarsabweichung
μ	Mittelwert

5.1.2.2. Umverteilungsintensität und Umverteilungsquote

ALBERS hat ein Meßkonzept definiert, das die Änderung der Einkommensverteilung durch die Erhebung von Steuern ermittelt.²⁵ Als Referenzsystem wählt er die Einkommensverteilung, die sich bei rein proportionaler Steuererhebung einstellen würde. Eine rein proportionale Mittelaufbringung läßt die relativen Einkommensverhältnisse unverändert und ist damit umverteilungsneutral.²⁶ Der Vergleich der realen Einkommen mit dieser Referenzverteilung zeigt die Änderung in der relativen Einkommensverteilung an. ALBERS erfaßt diese Umverteilungen mit zwei Kennzahlen, der Umverteilungsintensität und der Umverteilungsquote.

Umverteilungsintensität

Die Umverteilungsintensität ermittelt mit der "Schärfe des steuerlichen Zugriffs"²⁷ den Gesamteinfluß der Umverteilung auf die Einkommensverteilung. Das gesamte Umverteilungsvolumen wird ins Verhältnis zu den Gesamteinkommen gesetzt. Dabei berechnet sich das Umverteilungsvolumen als Summe der betragsmäßigen Differenzen zwischen den realen und den fiktiven, proportionalen Steuerzahlungen über alle Einkommensklassen.²⁸

$$I_u = \sum_{i=1}^l \frac{|S_i - Y_i \cdot s|}{2Y_i} \cdot 100 \quad (XVII)$$

I _u	Umverteilungsintensität
S _i	Steueraufkommen in der Einkommensgrößenklasse i
Y _i	Steuerbemessungsgrundlage in der Einkommensgrößenklasse i
s	Steuersatz bei fiktiver, proportionaler Steuererhebung
l	Anzahl der Einkommensgrößenklassen

²⁵ Vgl. Albers (1974), S. 70ff.

²⁶ Vgl. Albers (1974), S. 71 oder auch Nowotny (1987), S. 449, Rose (1977), S. 54f.

²⁷ Albers (1974), S. 73.

²⁸ Vgl. Albers (1974), S. 72.

Umverteilungsquote

Die Umverteilungsquote setzt das gesamte Umverteilungsvolumen ins Verhältnis zum gesamten Steueraufkommen.²⁹ Diese Kennzahl zeigt die Bedeutung der Umverteilung als Aufgabe der Steuererhebung, ohne die Einkommenseffekte zu erfassen.

$$Q_U = \frac{\sum_{i=1}^I |S_i - Y_i \cdot s|}{2T_G} \cdot 100 \quad (\text{XVIII})$$

Q_U Umverteilungsquote

T_G Gesamtes Steueraufkommen

5.1.3. Entwicklung eines geeigneten Meßkonzepts

5.1.3.1. Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung

Referenzsystem

Für die Messung der Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung wird als Referenzverteilung die Einkommensverteilung in einem GKV-losen System verwendet, in dem sich die Versicherten gegen risikoäquivalente Zahlung selber absichern. Die Umverteilungen werden **als Differenz zwischen GKV-Beiträgen und risikoäquivalenten Prämien** berechnet und erfassen damit den sozialen Ausgleich mit den systematischen Umverteilungen.³⁰

$$\begin{aligned} \Delta R\ddot{A}_i &= EK_B_i - EK_R\ddot{A}_i = (EK_A_i - B_i) - (EK_A_i - R\ddot{A}_i) \\ &= R\ddot{A}_i - B_i \end{aligned} \quad (\text{XIX})$$

i	Versicherter der Gruppe i
$\Delta R\ddot{A}_i$	Umverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung für i
EK_B_i	Einkommen nach Zahlung von GKV-Beitrag
$EK_R\ddot{A}_i$	Einkommen nach Zahlung von risikoäquivalenter Prämie
EK_A_i	Gesamteinkommen vor Zahlung für Krankenversicherung
$R\ddot{A}_i$	Risikoäquivalente Prämie
B_i	GKV-Beitrag

²⁹ Vgl. Albers (1974), S. 72.

³⁰ Siehe Kapitel 2.1.5.1.

Darstellung

Die Umverteilung als Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung soll den absoluten Umfang der Umverteilung beschreiben und die Änderung in der relativen Einkommensverteilung. Die absolute Umverteilung wird über die Einzelwerte je Versichertengruppe dargestellt, damit die horizontale und vertikale Aufkommensgerechtigkeit beurteilt werden kann. Ergänzend wird die Gesamtwirkung in einer aggregierten Kennzahl zusammengefaßt.³¹ Die Umverteilungen je Versichertengruppe werden durch den **Umverteilungsumfang** ($\Delta R\ddot{A}_i$) beschrieben. Er gibt die Begünstigung ($\Delta R\ddot{A}_i > 0$) bzw. Belastung ($\Delta R\ddot{A}_i < 0$) eines repräsentativen Versicherten der Gruppe i durch die GKV wieder.

$$\Delta R\ddot{A}_i = R\ddot{A}_i - B_i \quad (\text{XX})$$

Die aggregierte Kennzahl **Gesamtumfang der Umverteilung** ($\Sigma R\ddot{A}$) wird als Hälfte der Summe der betragsmäßigen Umverteilungsumfänge aller Versicherten berechnet.

$$\Sigma R\ddot{A} = \frac{\sum |\Delta R\ddot{A}_i| \cdot n_i}{2} \quad (\text{XXI})$$

$\Sigma R\ddot{A}$	Gesamtumfang der Umverteilung
I	Gesamtheit aller Versichertengruppen i
n_i	Anzahl Versicherte in Gruppe i

Der Variationskoeffizient ist ungeeignet, um die Streuung der Umverteilung auf die einzelnen Versichertengruppen zu messen, da er die Gleichverteilung und nicht die risikoäquivalente Absicherung als Referenzmaßstab wählt. Außerdem ist es nicht erforderlich, die Standardabweichung ins Verhältnis zur durchschnittlichen Beitragszahlung zu setzen, da sie bei konstantem Ausgabenvolumen gleich bleibt. In Anlehnung an den Variationskoeffizienten wird daher eine neue Kennzahl definiert, die die Abweichungsquadrate der Beitragszahlungen von den risikoäquivalenten Prämien aller Versicherten erfaßt. Sie läßt sich auch als empirische **Varianz der Umverteilung** ($V_{R\ddot{A}}$) auffassen.

³¹ Vgl. Atkinson (1970), S. 262. GENSER warnt davor, die Einkommensverteilung nur anhand von einzelnen Progressivitätsmaßen zu beurteilen, vgl. Genser (1991), S. 622.

$$\begin{aligned}
 V_{\text{R}\ddot{A}} &= \frac{1}{N-1} \sum_i (\text{R}\ddot{A}_i - B_i | * n_i)^2 = \frac{1}{N-1} \sum_i (0 - \Delta \text{R}\ddot{A}_i | * n_i)^2 & \text{(XXII)} \\
 &= \frac{1}{N-1} \sum_i (|\overline{\Delta \text{R}\ddot{A}_i} - \Delta \text{R}\ddot{A}_i | * n_i)^2 = s^2(\Delta \text{R}\ddot{A}_i)
 \end{aligned}$$

$$\text{mit } \overline{\Delta \text{R}\ddot{A}_i} = \frac{1}{N} \sum_i (\text{R}\ddot{A}_i - B_i) * n_i = \frac{1}{N} (\sum_i \text{R}\ddot{A}_i * n_i - \sum_i B_i * n_i) = \frac{1}{N} * 0 = 0$$

$V_{\text{R}\ddot{A}}$	Varianz der Umverteilung
N	Gesamtzahl aller Versicherten
s^2	empirische Varianz

Der **Umverteilungsgrad** erfaßt den Einfluß der GKV-Finanzierung auf die relative Einkommensverteilung als absolute Umverteilung im Verhältnis zum Einkommen. Dabei gibt es prinzipiell drei Möglichkeiten für die Wahl der Einkommensbezugsgröße:

BECKER wählte das Bruttogesamteinkommen als Bezugsgröße. Wie oben dargestellt, ist die so gebildete Meßgröße für diese Untersuchung ungeeignet, da sie nicht alle Änderungen gegenüber risikoäquivalenter Zahlung und gegenüber der Ausgangsverteilung erfaßt.³²

Der Umverteilungsgrad, der in Bezug zum Einkommen nach Zahlung risikoäquivalenter Prämien gebildet ist, zeigt an, um welchen Anteil die Einkommensverteilung durch die GKV-Absicherung verändert wird. Er erfaßt alle Änderungen in der Einkommensverteilung und ist damit als Meßgröße geeignet.

Die gleichen Auswertungen erlaubt auch der Umverteilungsgrad mit dem **Einkommen nach GKV-Beitragszahlung als Bezugsgröße**, wie er in dieser Arbeit definiert wird. Er gibt an, welcher Anteil der resultierenden Einkommensverteilung auf die GKV-Umverteilungen zurückzuführen ist.

Zur Beurteilung der Mittelaufbringung wird der **Umverteilungsgrad (UG)** für einzelne Versichertengruppen gebildet. Die Umverteilungswirkung wird zusätzlich in einer Kennzahl, dem **Gesamtumverteilungsgrad (ΣUG)**, zusammengefaßt. Er berechnet sich, ähnlich wie die Umverteilungsintensität, als Quotient aus Summe der betragsmäßigen Abweichungen im Verhältnis zu den gesamten Einkommen und gibt an, welcher Anteil der Einkommensverteilung auf die GKV-Umverteilung zurückzuführen ist.

³² Siehe Kapitel 5.1.1.

$$UG_i = \frac{\Delta R \ddot{A}_i}{EK_B_i} \quad (XXIII)$$

$$\sum UG = \frac{\sum R \ddot{A}}{\sum EK_B_i \cdot n_i} \quad (XXIV)$$

UG_i Umverteilungsgrad Versichertengruppe i
 $\sum UG$ Gesamtumverteilungsgrad

Die Umverteilungswirkungen der GKV bei Umsetzung der **Reformen** werden ebenfalls über diese Indikatoren beschrieben. Zusätzlich werden die Änderungen in den Umverteilungen gegenüber dem heutigen System durch die Differenzen der Indikatoren erfaßt.

$$\Delta R(\Delta R \ddot{A}_i) = \Delta R \ddot{A}_i^R - \Delta R \ddot{A}_i \quad (XXV)$$

$$\Delta R(\sum R \ddot{A}) = \sum R \ddot{A}^R - \sum R \ddot{A} \quad (XXVI)$$

$$\Delta R(V_R \ddot{A}) = V_R \ddot{A}^R - V_R \ddot{A} \quad (XXVII)$$

$$\Delta R(UG_i) = UG_i^R - UG_i \quad (XXVIII)$$

$$\Delta R(\sum UG) = \sum UG^R - \sum UG \quad (XXIX)$$

$\Delta R(\dots)$ Wirkung der Reform
 X^R Wert des Indikators bei Umsetzung der Reform

Auswertungsrichtung

Die Untersuchungsrichtungen werden so festgelegt, daß die wesentlichen, in Kapitel 2.2. dargestellten Verteilungswirkungen und die Änderungen durch die vorgestellten Reformen untersucht werden können.

Die Einteilung nach dem **Einkommen** zeigt die Wirkung des Einkommensausgleiches und dient insbesondere zur Untersuchung der Wirkung des Vorschlages einer verbreiterten Beitragsbemessungsgrundlage.

Die Auswertung nach der **Familienstruktur** zeigt Umfang und Gestaltung des Familienlastenausgleichs und insbesondere Änderungen durch Einführung eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner.

Mit der Auswertung der Umverteilungen in Abhängigkeit vom **Alter** wird der Altersausgleich und seine besondere Abhängigkeit von der Abgrenzung der Beitragsbemessungsgrundlage untersucht.

5.1.3.2. Änderung gegenüber Ausgangsverteilung

Referenzsystem

Mit der Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung wird untersucht, wie sich die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung, d.h. die Einkommensverteilung der GKV- und der Nicht-GKV-Versicherten, durch die GKV-Absicherung verändert, verglichen mit der Einkommensverteilung vor Zahlung von GKV-Beiträgen und PKV-Prämien. Referenzsystem bildet dabei die Verteilung der Bruttogesamteinkommen. Sie umfassen sämtliche Einkommensarten ohne Beschränkung durch eine Beitragsbemessungsgrenze sowie die Arbeitgeberanteile gemäß der Überwälzungsannahme.

Da die Bruttoeinkommen immer höher sind als die Einkommen nach Beitragszahlung, lassen sich aus der Differenz dieser beiden Einkommensgrößen keine Aussagen über Änderungen der Einkommensverteilung ableiten. Daher wird nach dem Prinzip des verteilungsneutralen Referenzsystems von ALBERS³³ die Einkommensverteilung als **Referenzmaßstab** definiert, die sich bei **verteilungsneutraler Beitragserhebung rein proportional zum Gesamteinkommen im Ausgangszustand** ergibt (vgl. Gl. XXXI f.). Abweichungen der realen Einkommensverteilung nach Beitragserhebung von der fiktiven Verteilung bei proportionaler Beitragszahlung zeigen Änderungen in den relativen Einkommenspositionen an (vgl. Gl. XXX).

$$\begin{aligned}\Delta PR_i &= EK_B_i - EK_PR_i \\ &= PR_i - B_i\end{aligned}\quad (XXX)$$

$$PR_i = EK_A_i * b_{PR} \quad (XXXI)$$

$$b_{PR} = \frac{\sum_i R\ddot{A}_i * n_i}{\sum_i EK_A_i * n_i} \quad (XXXII)$$

ΔPR_i	Abweichung von umverteilungsneutralem, proportionalem Beitrag
EK_PR_i	Einkommen nach Zahlung von proportionalem Beitrag
PR_i	Umverteilungsneutraler, proportionaler Beitrag
b_{PR}	Beitragsatz bei proportionaler Beitragserhebung

³³ Siehe Kapitel 5.1.2.2.

Mit diesem Ansatz wird auch die Wirkung auf die Einkommen der **PKV-Versicherten** und damit die gesamtgesellschaftliche Einkommenswirkung erfaßt. In gleicher Weise wie das Einkommen der GKV-Versicherten nach Beitragszahlung wird das Einkommen der PKV-Versicherten nach Zahlung ihrer risikoäquivalenten Prämien in Höhe des erwarteten Leistungsbedarfs ermittelt. Außerdem werden die PKV-Versicherten in die Berechnung der Referenzverteilung eingeschlossen (vgl. Gl. XXXIII ff.).

$$\begin{aligned}\Delta PR_j &= EK_R\ddot{A}_j - EK_PR_j \\ &= PR_j - R\ddot{A}_j\end{aligned}\quad (XXXIII)$$

$$PR_j = EK_A_j * b_{PR} \quad (XXXIV)$$

$$b_{PR} = \frac{\sum_i R\ddot{A}_i * n_i + \sum_j R\ddot{A}_j * n_j}{\sum_i EK_A_i * n_i + \sum_j EK_A_j * n_j} \quad (XXXV)$$

- j PKV-Versicherter der Gruppe j
- J Menge aller PKV-Versichertengruppen
- n_j Anzahl Versicherte in Gruppe j
- EK_R \ddot{A}_j Einkommen nach Zahlung von risikoäquivalenter Prämie

Das verteilungsneutrale Referenzsystem bildet gleichzeitig einen **Bewertungsmaßstab für die Verteilungseffizienz** der Beitragserhebung im Sinne des Leistungsfähigkeitsprinzips. Gemäß der Opfertheorie sollen die Beiträge streng proportional zum Gesamteinkommen erhoben werden und die Grundsätze der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit erfüllt sein. Die fiktive, proportionale Beitragserhebung des Referenzsystems entspricht diesen Bedingungen. Abweichungen der tatsächlichen Einkommensverteilung von der Referenzverteilung zeigen damit auch Abweichungen von dem durch das Leistungsfähigkeitsprinzip vorgegebenem Verteilungsziel.

Darstellung

Die **absolute Einkommensänderung** (ΔPR) als Differenz zwischen den realen und den fiktiven, proportionalen Beiträgen hat nur einen begrenzten Aussagewert. Daher wird die Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung relativ als Änderung der relativen Einkommensverhältnisse gemessen. Der **Änderungsgrad der Einkommensverteilung** ist als absolute Änderung der Einkommensverteilung im Verhältnis zum Einkommen definiert. Dabei können prinzipiell wieder drei unterschiedliche Einkommensabgrenzungen die Bezugsgröße bilden:

Der im Verhältnis zum Bruttogesamteinkommen gebildete Änderungsgrad entspricht der von ALBERS definierten Umverteilungsintensität. Er zeigt an, um welchen Anteil des ursprünglichen Einkommens sich die Einkommensverteilung verändert hat. Da diese Größe die Beitragszahlung nicht berücksichtigt, läßt sie keine Aussagen über die resultierende Einkommensverteilung zu.

Mit der Einkommensverteilung bei fiktiver, proportionaler Beitragserhebung als Bezugsgröße können sowohl Aussagen über den Umverteilungsanteil am Einkommen als auch über die resultierende Einkommensverteilung getroffen werden. Dieser Änderungsgrad zeigt an, um welchen Anteil sich die Einkommensverteilung durch die GKV-Finanzierung verändert hat.

Auch der Änderungsgrad, der in Abhängigkeit von der Einkommensverteilung nach GKV-Beitragszahlung berechnet wird, ermöglicht diese Aussagen. Er zeigt an, welcher Anteil der derzeitigen Einkommensverteilung auf Änderungen gegenüber der ursprünglichen Einkommensverteilung zurückzuführen ist. Der Änderungsgrad wird wie der Umverteilungsgrad im **Verhältnis zum Einkommen nach GKV-Beitragszahlung** festgelegt. Durch die gleiche Einkommensbezugsgröße sind beide relativen Umverteilungsmaße quantitativ vergleichbar.

Die einzelnen Meßgrößen für die Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung werden analog zur Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung definiert.

Der **Änderungsgrad** (AG_i) wird für einzelne Versichertengruppen ermittelt und mißt die jeweilige Änderung in der Einkommensposition.

Der **Gesamtänderungsgrad** (ΣAG) gibt als aggregierte Kennzahl den Anteil des Volumens der Einkommensänderung am Gesamteinkommen aller Versicherten wieder.

Die **Varianz der Änderung** (V_{PR}) zeigt die Gleichmäßigkeit der Einkommensänderung bei den verschiedenen Versichertengruppen.

$$\dot{A}G_i = \frac{\Delta PR_i}{EK_{-B_i}} \quad (XXVI)$$

$$\sum \dot{A}G = \frac{\sum PR}{\sum EK_{-B_i} * n_i} \quad (XXXVII)$$

$$\text{mit: } \sum PR = \frac{\sum |\Delta PR_i| * n_i}{2}$$

$$V_{PR} = \frac{1}{N-1} \sum (|\Delta PR_i| * n_i)^2 = s^2(\Delta PR_i) \quad (XXXVIII)^{34}$$

$\dot{A}G_i$	Änderungsgrad Versichertengruppe i
$\Sigma \dot{A}G$	Gesamtänderungsgrad
ΣPR	Gesamtumfang der Änderung
V_{PR}	Varianz der Einkommensänderung

Die Wirkung der **Reformvorschläge** wird wieder zunächst durch die eben definierten Kennzahlen nach Umsetzung der Reformen und durch die Änderung dieser Meßgrößen gegenüber der derzeitigen Regelungen ermittelt.

$$\Delta R(\dot{A}G_i) = \dot{A}G_i^R - \dot{A}G_i \quad (XXXIX)$$

$$\Delta R(\Sigma \dot{A}G) = \Sigma \dot{A}G^R - \Sigma \dot{A}G \quad (XL)$$

$$\Delta R(V_{PR}) = V_{PR}^R - V_{PR} \quad (XLI)$$

Auswertungsrichtung

Änderungen der Einkommensverteilung gegenüber der Ausgangsverteilung werden nach den gleichen Wirkungsrichtungen ausgewertet, wie die Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung nach **Einkommen**, **Familienstruktur** und **Alter**. Zusätzlich werden die unterschiedlichen Wirkungen bei GKV- und PKV-Versicherten durch eine Differenzierung nach dem **Versicherungsschutz** untersucht.

³⁴ Zur Herleitung vgl. Varianz der Umverteilung in Kapitel 5.1.3.1.

5.2. Modellbildung

5.2.1. Der Mikrosimulationsansatz

Bisherige Untersuchungen der Umverteilungswirkungen der GKV verfolgten den Ansatz der Gruppenanalyse. Dabei wird die Gesamtheit aller Haushalte auf eine begrenzte Anzahl von Haushaltstypen reduziert und für diese die Einkommenswirkungen ermittelt. Wegen der frühen Aggregation werden die Einkommenseffekte auf Basis der durchschnittlichen Merkmalsausprägungen in jeder Gruppe berechnet. Diese Durchschnittsbetrachtung bildet nichtlineare Zusammenhänge nicht ab³⁵ und führt zu dementsprechend ungenauen Ergebnissen.³⁶ Ein weiterer Nachteil der Gruppenanalyse liegt in der auf die gewählte Gruppeneinteilung beschränkten Auswertungsmöglichkeiten der Ergebnisse.

In dieser Untersuchung wird ein **Mikrosimulationsansatz** angewendet.³⁷ Er unterliegt nicht den Einschränkungen der Gruppenanalyse, da im Mikrosimulationsmodell die Gesamtheit aller Haushalte und nicht nur durchschnittliche Haushaltstypen abgebildet werden.³⁸ Um die Komplexität des Modells zu verringern, wird die Gesamtheit der Haushalte durch eine repräsentative Stichprobe dargestellt.³⁹ Für jede dieser Untersuchungseinheiten werden die GKV-Beiträge und die resultierenden Einkommen bei heutiger Beitragsregelung, bei Umsetzung der Reformen und in den Referenzsystemen in einer statischen Modellrechnung simuliert. Eine dynamische Modellrechnung, die auch Veränderungen in der Struktur der Untersuchungseinheiten berücksichtigt, ist unter der Annahme der formalen Inzidenz nicht erforderlich.⁴⁰ Zur Bestimmung und Bewertung der Einkommensverteilung werden die Haushalte der Stichprobe auf die Gesamtheit der deutschen Haushalte hochgerechnet und diese nach den gewünschten Untersuchungskriterien ausgewertet.

³⁵ Beispielsweise entspricht das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen aller Versicherten nicht dem durchschnittlichen Gesamteinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze, das bei der Gruppenanalyse verwendet wird.

³⁶ Vgl. Gasnier/Jöhnk (1994), S. 724ff., Kitterer (1986c), S. 22ff.

³⁷ Vgl. Orcutt (1986), S. 11ff.

³⁸ Vgl. Galler (1994), S. 370.

³⁹ Vgl. Orcutt (1986), S. 22f., Orcutt/Glazer (1980), S. 124f.

⁴⁰ Zu den Unterschieden statischer und dynamischer Modelle siehe Galler (1994), S. 371ff., Merz (1994), S. 381.

Das Mikrosimulationsmodell zur Bestimmung der Einkommensumverteilungen durch die GKV-Finanzierung besteht aus drei Komponenten (vgl. Abbildung 17):

- **Repräsentative Abbildung der Versichertenstruktur** und Beschreibung über ihre Einkommen und die Eigenschaften, die für die Bestimmung der Beitragszahlungen erforderlich sind.
- Berechnungsmodul zur **Simulation der einkommensabhängigen Beiträge und leistungsabhängigen Prämien** im heutigen Zustand, bei Umsetzung der Reformen und in den Referenzsystemen.
- **Messung der Umverteilung der Einkommen** durch Hochrechnung der Ergebnisse für die Einzelhaushalte auf die gesamte Bevölkerung und Auswertung nach dem festgelegten Meßkonzept.

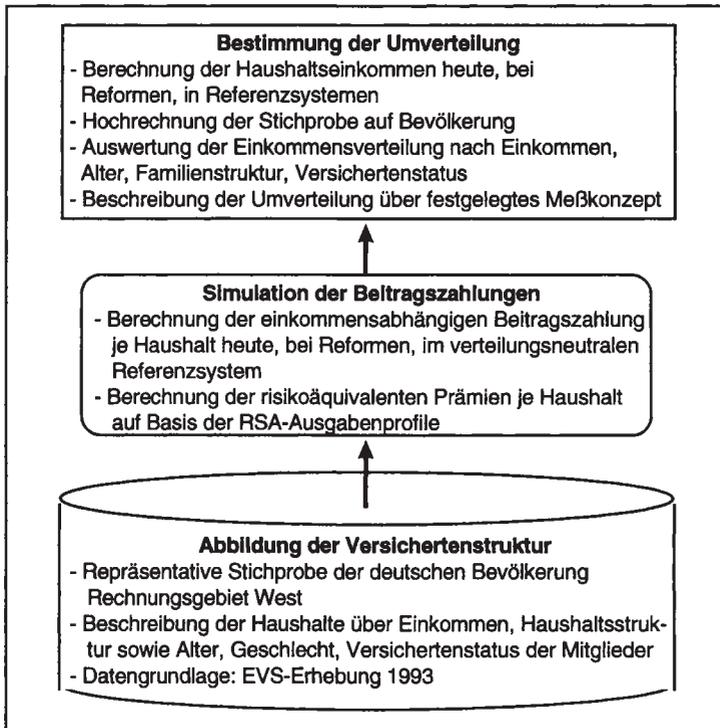


Abbildung 17: Mikrosimulationsmodell zur Berechnung der interpersonellen Umverteilungen
(Quelle: Eigene Darstellung)

Die GKV trennt immer noch die Rechnungskreise Ost und West, in denen bei gleichem Beitrags- und Leistungsrecht aufgrund der jeweiligen Versichertenstruktur unterschiedliche Beitragssätze gelten. Die Modellrechnung quantifiziert die Umverteilungen im Gebiet West. Die Ergebnisse dieser Rechnung gelten qualitativ auch für das Gebiet Ost.

5.2.2. Abbildung der Versichertenstruktur

5.2.2.1. Beschreibung der Haushalte

In dem Modell wird die gesamte, in GKV und PKV krankenversicherte Bevölkerung abgebildet. Untersuchungseinheiten sind dabei die einzelnen Haushalte. Ein Haushalt umfaßt in Anlehnung an die Abgrenzung der Familien im Rahmen der GKV-Familienversicherung jeweils die Bezugsperson und soweit vorhandenen Ehepartner sowie im Haushalt lebende Kinder, die die Kriterien der Mitversicherung erfüllen.

Die Darstellung der Haushalte bildet den Kern des Modells. Ihre Struktur muß über entsprechende **Attribute so abgebildet** werden, daß

- die Verteilung der **Haushaltseinkommen** nach heutiger Regelung, bei den Reformen und in den Referenzsystemen wiedergeben wird und
- eine **Auswertung** der Einkommensverteilung durch Gruppierung der Haushalte nach den oben festgelegten Auswertungsrichtungen möglich ist.

Die Einkommensverteilung ergibt sich durch die Verteilung der **Gesamteinkommen** der Haushalte abzüglich der jeweiligen Zahlungen für den Versicherungsschutz in den verschiedenen Systemen. **Alter, Geschlecht, Familienstruktur** und **Versichertenstatus** sind erforderlich, um die risikoäquivalenten Prämien zu berechnen. Zur Bestimmung der einkommensabhängigen Beiträge müssen die unterschiedlichen Einkommensarten und der Versicherungsstatus abgebildet werden, aus denen die **beitragspflichtigen Einkommen** abgeleitet werden können. Anhand dieser Attribute sind auch die gewünschten Auswertungen nach Einkommen, Alter und Familienstruktur möglich.

	Heutige Regelung	Reform 1: Verbreiterte Bemessungs- grundlage	Reform 2: Beitrag für mitversicherte Ehepartner	Reform 3: RSA zwischen GKV und PKV
Arbeitsentgelt	PfV Arbeitnehmer Freiw. Versicherte	Pflichtversicherte Freiw. Versicherte	PfV Arbeitnehmer Fiktiv Ehepartner Freiw. Versicherte	PfV Arbeitnehmer Freiw. Versicherte PKV-Versicherte
Arbeitsein- kommen	PfV Selbständige PfV Rentner Freiw. Versicherte	Pflichtversicherte Freiw. Versicherte	PfV Selbständige PfV Rentner Freiw. Versicherte	PfV Selbständige PfV Rentner Freiw. Versicherte PKV-Versicherte
Renten der GRV	PfV Rentner Freiw. Versicherte	Pflichtversicherte Freiw. Versicherte	PfV Rentner Freiw. Versicherte	PfV Rentner Freiw. Versicherte PKV-Versicherte
Versorgungs- bezüge	PfV Rentner Freiw. Versicherte	Pflichtversicherte Freiw. Versicherte	PfV Rentner Freiw. Versicherte	PfV Rentner Freiw. Versicherte PKV-Versicherte
Einkommen aus Kapitalvermögen	Freiw. Versicherte	Pflichtversicherte Freiw. Versicherte	Freiw. Versicherte	Freiw. Versicherte PKV-Versicherte
Einkommen aus Vermietung und Verpachtung	Freiw. Versicherte	Pflichtversicherte Freiw. Versicherte	Freiw. Versicherte	Freiw. Versicherte PKV-Versicherte
sonst. Einkommen	Freiw. Versicherte	Pflichtversicherte Freiw. Versicherte	Freiw. Versicherte	Freiw. Versicherte PKV-Versicherte
Arbeitgeber- anteil	Bei Anspruch	Bei Anspruch	Bei Anspruch	Bei Anspruch

Tabelle 15: Unterschiedliche Abgrenzung der beitragspflichtigen Einkommen (Quelle: Eigene Darstellung)

Wesentlich ist bei der Modellbildung die Beschreibung der Haushalte über ihre beitragspflichtigen Einkommen und Gesamteinkommen.

Die Abgrenzung der **beitragspflichtigen Einkommen** wird durch die jeweilige Beitragsregelungen heute, bei den Reformen und im Referenzsystem in Abhängigkeit vom Versichertenstatus vorgegeben (vgl. Tabelle 15).

Der Begriff Einkommen bzw. **Gesamteinkommen** ist nicht allgemein und einheitlich definiert und daher für die Modellbildung abzugrenzen.⁴¹ Ein bestimmter Einkommensbegriff wird jeweils über zwei Dimensionen definiert, die berücksichtigten Einkommensarten und den Zeitpunkt im Einkommensverteilungsprozeß, an dem das Einkommen ermittelt wird. Der Katalog der berücksichtigten

⁴¹ Vgl. Giloy (1978), S. 27ff., Hansen (1974), S. 26.

sichtigen Einkommensarten ergibt sich aus den zugrunde gelegten theoretischen Einkommenskonzepten und dem Untersuchungsziel.⁴² Nach ihrem Erhebungszeitpunkt werden vier verschiedene Einkommensstypen unterschieden:⁴³

- Das Primäreinkommen vor Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern und Transfers ist Grundlage für die Ermittlung der Sozialversicherungsbeiträge.
- Das Einkommen vor Steuern berechnet sich aus dem Primäreinkommen unter Abzug der Sozialversicherungsbeiträge und bildet die Steuerbemessungsgrundlage.
- Das Nachsteuer-Einkommen als Grundlage für die staatlichen monetären Transfers berücksichtigt zusätzlich die Steuerzahlungen.
- Das verfügbare Einkommen errechnet sich als Nachsteuer-Einkommen zuzüglich der staatlichen monetären Transfers.

Das Gesamteinkommen soll im Modell die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Haushalte wiedergeben. Die gleiche Zielsetzung verfolgt auch die Abgrenzung des Gesamteinkommens gemäß §240 SGB V als Beitragsbemessungsgrundlage der freiwillig Versicherten. In Anlehnung an den Einkommensbegriff des Steuerrechts werden dabei Einkommen aus unselbständiger Arbeit, selbständiger Arbeit, Renten, Versorgungsbezüge, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Kapitaleinkommen sowie sonstige Einkommen berücksichtigt. Die Elemente des steuerrechtlichen Einkommensbegriffs, die wirtschafts- oder sozialpolitisch motiviert sind und nicht der Bestimmung der objektiven Leistungsfähigkeit dienen, werden nicht übernommen.⁴⁴

Im Modell wird das **Gesamteinkommen im Sinne der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit** gem. §240 SGB V **zuzüglich der Arbeitgeberbeiträge** festgelegt, die gemäß der getroffenen Überwälzungsannahme auf die Arbeitnehmer rückgewälzt werden.

Das Gesamteinkommen wird im Ausgangszustand als Primäreinkommen vor Steuer- und Transfer-Zahlungen erfaßt. Die **Einkommen nach Beitragszahlung** berechnen sich als **Primäreinkommen abzüglich der jeweiligen Beiträge**.

⁴² Vgl. Tipke/Lang (1991), S. 200f., Giloy (1978), S. 32.

⁴³ Eine ähnliche Einteilung findet sich bei HAUSER, siehe Hauser (1994), S. 21.

⁴⁴ Vgl. Bress/Nappert (1993), S. 108ff., Tipke/Lang (1991), S. 19f., Neumark (1988), S. 55ff., Hackmann (1983), S. 677ff.

Bei diesem Ansatz werden die Bruttowirkungen der GKV-Finanzierung auf die Einkommen vor Steuern und Transfers erfaßt. Dieser Bruttoeffekt entspricht nicht dem Nettoeffekt auf die verfügbaren Einkommen, da Krankenversicherungsbeiträge steuerabzugsfähig sind und sich damit auf die Einkommen nach Steuerzahlung nach Maßgabe des jeweiligen Grenzsteuersatzes unterschiedlich auswirken.⁴⁵ Die Nettoeffekte zeigen die aggregierten Wirkung des gesamten staatlichen Steuer- Transfer-Systems. Die eigenständigen Verteilungswirkungen der GKV-Finanzierung sind daher anhand der Bruttoeffekte vor Steuerzahlung zu beurteilen.

5.2.2.2. Datenbasis

Für die Berechnung der Verteilungseffekte wird eine Datenbasis benötigt, die

- die Haushalte mit den eben dargestellten, berechnungsrelevanten Merkmalen beschreibt,
- GKV- und PKV-Versicherte umfaßt und
- die gesamte Bevölkerung repräsentativ abbildet.

Mit der Statistik der Rentenversicherungsträger, der Einkommenssteuerstatistik, dem Mikrozensus, dem Sozio-ökonomischen Panel und der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe stehen prinzipiell fünf Statistiken zur Verfügung, die auf Mikroebene deutsche Haushalte mit ihren Einkommen erfassen.

Die einzige Statistik über die Einkommensstruktur der sozialversicherten Bevölkerung wird durch die **Träger der Rentenversicherung** erstellt. Sie ist als Datenbasis für die Untersuchung ungeeignet, da Personenkreis und beitragspflichtiges Einkommen in GKV und GRV unterschiedlich abgegrenzt sind.⁴⁶

In der **Einkommenssteuerstatistik** werden alle steuerpflichtigen Personen mit ihren zu versteuernden Einkommen erfaßt.⁴⁷ Auch diese Statistik ist als Datenbasis ungeeignet, da das zu versteuernde Einkommen vom Gesamteinkommen

⁴⁵ Vgl. Davies (1996), S. 11. Zusätzlich ist beim Nettoeffekt zu berücksichtigen, daß verschiedene Arten von Gesundheitsausgaben steuerlich unterschiedlich berücksichtigt werden, vgl. Kraft/Schulenburg (1986), S. 5f.

⁴⁶ Vgl. Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 48.

⁴⁷ Vgl. Aigner (1993), S. 103, Euler (1985), S. 57.

gemäß SGB V abweicht und da mit den Steuerpflichtigen nur ein Teil der GKV-Versicherten erfaßt wird.

Der **Mikrozensus** bildet als repräsentative Statistik der gesamten Bevölkerung zwar die Struktur aller GKV- und PKV-Versicherten ab. Er erfaßt jedoch die Einkommensstruktur der Haushalte nur über ihr Nettoeinkommen⁴⁸, das in Selbsteinschätzung in bestimmten Einkommensklassen angegeben wird. Aus dieser Angabe können weder das oben definierte Gesamteinkommen noch das beitragspflichtige Einkommen berechnet werden. Außerdem ist die Selbsteinschätzung sehr ungenau.⁴⁹ Auch wenn auf Basis des Mikrozensus immer wieder Berechnungen der Einkommensverteilung durchgeführt werden,⁵⁰ kommt das Vorgehen wegen seiner Ungenauigkeit für diese Untersuchung nicht in Betracht.

Primärer Zweck des **Sozio-ökonomische Panel (SOEP)** ist die Bereitstellung von sozio-demographischen Daten der deutschen Bevölkerung für Längsschnittanalysen.⁵¹ Die Daten einer Erhebungswelle können aber auch für Querschnittuntersuchungen herangezogen werden. Die Einkommen der Haushalte werden über 12 Einkommensarten erfaßt. Aus diesen können Gesamteinkommen und beitragspflichtige Einkommen berechnet werden.

Wegen der geringen Grundgesamtheit von 8.606 Personen in 4.445 Haushalten bei der dreizehnten Welle 1996 ist das SOEP jedoch als Datenbasis für die Untersuchung ungeeignet,⁵² da eine Auswertung der Ergebnisse nach mehreren Haushaltseigenschaften bei der kleinen Besetzungszahl nicht mehr möglich ist.

⁴⁸ Zur Definition des Nettoeinkommens siehe StBuA (1997a), S. 13f.

⁴⁹ Zur Ungenauigkeit des Nettoeinkommens durch Selbsteinschätzung und durch Hochrechnung von einem repräsentativen Monat siehe Euler (1985), S. 56. Zu Fehlern bei der Auswertung der gruppierten Einkommensdaten siehe Krupp (1975), S. 92.

⁵⁰ Beispielsweise werden Berechnung im Bereich der GKV auf Basis vom Mikrozensus durchgeführt bei Busch/Pfaff/Rindsfüßer (1996), S. 53.

⁵¹ Vgl. Wagner/Schupp/Rendtel (1994), S. 70. Zu den erfaßten Personenkreisen siehe Hauser/Becker (1996), S. 285, Projektgruppe Sozio-ökonomisches Panel (1995), S. 5. Zu den erfaßten Daten siehe Wagner/Schupp/Rendtel (1994), S. 72.

⁵² Zum Auswahlverfahren und der Beteiligung vgl. Hanefeld (1987), S. 141ff., Projektgruppe Sozio-ökonomisches Panel (1997).

Die **Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS)** erfaßt 56.000 Haushalte über ihre sämtlichen Einnahmen und Ausgaben in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren.⁵³ Ein auf dem Mikrozensus basierendes Quotenwahlverfahren stellt sicher, daß die Haushaltsstruktur in Deutschland, mit geringen Einschränkungen, in der EVS repräsentativ wiedergegeben wird.⁵⁴ Lediglich Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen über 35.000 DM wurden in der EVS 1993 nicht erfaßt.⁵⁵

Die Abgrenzung der Einkommen folgt keinem bestimmten ökonomischen Einkommenskonzept. Die EVS erfaßt "alle Einkommen, die Privatpersonen zufließen"⁵⁶. Die detaillierte Einkommenserfassung ermöglicht die Bestimmung der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einkommen und des Gesamteinkommens für die Modellrechnung (vgl. Tabelle 16).

Die in der EVS erfaßten sozioökonomischen Haushaltseigenschaften enthalten alle für die Beschreibung der Haushalte im Modell erforderlichen Attribute.

Daher wird die aktuellste EVS aus 1993 als Datenbasis für die Untersuchung verwendet. Das Statistische Bundesamt stellte für dieses Forschungsvorhaben die faktisch anonymisierten Einzeldatensätze zur Verfügung.

Nicht alle EVS-Datensätze werden in die Haushaltsbasis des Modells übernommen. Zunächst wird die Datenbasis auf das Rechnungsgebiet West beschränkt. Haushalte mit Mitgliedern, die weder in der GKV noch in der PKV versichert sind, sowie Haushalte mit Beamten oder Pensionären, die nur eine Teilversicherung benötigen, werden ausgeschlossen. Außerdem unterscheidet sich die Abgrenzung der Haushalte in der EVS von der im Modell.⁵⁷ ***Im Modell werden dem Haushalt zusätzlich zum Haushaltsvorstand nur Ehepartner und mitversicherte Kinder zugerechnet.*** Da der Versicherungsschutz von nicht verwandten, aber im Haushalt lebenden Personen sich nicht aus den EVS-

⁵³ Vgl. Fachinger/Faik (1994), S. 6, Pöschl (1993), S. 389f., Euler (1992), S. 463ff.

⁵⁴ Zum Auswahlverfahren siehe Fachinger/Faik (1994), S. 6f., Pöschl (1993), S. 385, Kitterer (1986a), S. 27ff.

⁵⁵ Nachdem seit 1993 die EVS auch Haushalte der ehemaligen DDR und von Ausländern, sowie Bewohner von Anstalten erfaßt, wird die Aussagekraft der Statistik nur noch durch die mangelnde Bereitschaft von Haushalten mit sehr hohem Einkommen eingeschränkt. Vgl. Hauser/Becker (1996), S. 285, Euler (1992), S. 463 und S. 467.

⁵⁶ Fachinger/Faik (1994), S. 9, vgl. auch Hauser/Becker (1996), S. 285.

⁵⁷ Zur Abgrenzung des Haushalts in der EVS siehe Fachinger/Faik (1994), S. 10.

Datensätzen abgeleiten läßt, können diese Personen nicht im Modell berücksichtigt werden. Dadurch werden insbesondere nichtverheiratete Lebenspartner und deren Kinder aus der Modellrechnung ausgeschlossen. Insgesamt erfaßt das Modell 31.047 Haushalte.

Einkommensarten gemäß GKV-Beitragsberechnung						
	1	2	3	4	5	6	7
... EVS-Erhebung							
Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit	X						
Bruttoeinkommen aus selbständiger Arbeit		X					
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung						X	
Einnahmen aus Geldvermögen					X		
Renten der Gesetzlichen Rentenversicherung			X				
Renten der Zusatzversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes				X			
Renten der Gesetzlichen Unfallversicherung							X
Krankengeld der Gesetzlichen Krankenversicherung							
Laufende Übertragungen der Arbeitsförderung							X
Laufende Übertragungen der Gebietskörperschaften - Kindergeld, Mutterschaftsgeld, Wohngeld, Sozialhilfe, Erziehungsgeld, BaföG - Renten aus Kriegsopferversorgung - Arbeitslosenhilfe, Vorruhestandsgeld							X X
Öffentl. Pensionen, Pensionen öffentl. Unternehmen				X			
Einkommen aus nicht öffentl. Transferzahlungen - Werkspensionen, Werksrenten, u.ä. - Sonstige laufende Übertragungen				X			
Einnahmen aus einmaligen und unregelmäßigen Übertragungen							
Einnahmen aus Untervermietung, Warenverkauf							
Einkommensarten GKV-Beitragsberechnung: 1: Arbeitsentgelt 4: Versorgungsbezüge 7: sonstige Einkommen 2: Arbeitseinkommen 5: Einkommen aus Kapitalvermögen 3: Renten 6: Einkommen aus Vermietung und Verpachtung							

Tabelle 16: Berechnung der beitragspflichtigen Einkommen aus EVS-Daten (Quelle: Eigene Auswertung von StBuA (1995), S. 1ff., Bress/Nappert (1993), S. 167f.)

5.2.3. Berechnung von Prämien und Beiträgen

5.2.3.1. Risikoäquivalente Prämien

Bei der Modellrechnung übernehmen risikoäquivalente Prämien zwei Funktionen. Sie geben die Höhe der Zahlungen Privatversicherter für ihren Versicherungsschutz an und sie bilden das Referenzsystem ohne GKV-Schutz. Die realen PKV-Prämien weichen von diesen rechnerischen risikoäquivalenten Prämien in zwei Punkten ab. Zum einen werden die PKV-Prämien nie rein risikoäquivalent gebildet, da die Versicherungen das individuelle Risiko nicht genau kennen und da sie mit der Prämienbildung noch weitere Ziele, wie etwa die Gewinnung von Marktanteilen, verfolgen.⁵⁸ Zum anderen werden die risikoäquivalenten Prämien hier jeweils auf eine Periode bezogen. Die Abbildung des in der PKV angewendeten Anwartschaftsdeckungsverfahrens ist im Modell nicht sinnvoll, da dabei die Unsicherheiten der zukünftigen Prämienentwicklung auf die Ergebnisse der interpersonellen Verteilungsanalyse übertragen würden.⁵⁹

Die risikoäquivalente Prämie für einen Versicherten wird im Modell als Erwartungswert seiner Ausgaben berechnet. Der Leistungsbedarf hängt von verschiedenen Einflußfaktoren ab.⁶⁰ Bei der Modellrechnung kann bei Sachleistungen nur der **Einfluß von Alter und Geschlecht** und bei Geldleistungen zusätzlich die Abhängigkeit vom Einkommen erfaßt werden. Es gibt nämlich nur eine Statistik, die RSA-Bedarfsprofile, die die Leistungsausgaben nach Versichertengruppen differenziert darstellt. Sie berücksichtigt nur den Einfluß von Alter und Geschlecht auf den Leistungsbedarf.

Auf Basis der RSA-Ausgabenprofile werden die risikoäquivalenten Prämien sowohl für GKV- als auch für PKV-Versicherte berechnet, da gemäß den oben getroffenen Überwälzungs- und Anpassungsannahmen Menge und Kosten der

⁵⁸ Vgl. Brümmerhoff (1991), S. 180, Meierjürgen (1989), S. 12, Eisen (1984), S. 130ff., Karsten (1977), S. 189 und 192f.

⁵⁹ Zu den Unsicherheiten des Anwartschaftsdeckungsverfahrens allgemein siehe Dinkel (1984), S. 167, Hempe (1977), S. 247. Zu den Unsicherheiten der PKV-Prämienberechnung siehe Rohweder (1996), S. 174ff., Kühn (1995), S. 172, Kulbe (1993), S. 168, Felderer (1991), S. 34, Merckens/Birgelen (1991), S. 134f., sowie die Ausführungen in Kapitel 4.3.2.1.

⁶⁰ Siehe Kapitel 2.2.1.1.

in Anspruch genommenen Leistungen unabhängig von der Art des Versicherungsschutzes sind.⁶¹

Die RSA-Ausgabenprofile enthalten nach Alter und Geschlecht differenziert durchschnittliche Sachleistungsausgaben, die für alle Versichertengruppen gelten, und durchschnittliche Geldleistungen für die geldleistungsberechtigten Versichertengruppen. Die RSA-Profile werden in drei Schritten für die Modellrechnung aufbereitet durch

- Erweiterung der Sachleistungsprofile um nicht RSA-ausgleichsfähige Leistungen,
- einkommensabhängige Darstellung der durchschnittlichen Geldleistungen und
- Rückrechnung der RSA-Profile auf das Untersuchungsjahr 1993.

Nicht RSA-ausgleichsfähige Leistungen

Die RSA-Profile decken nur die Leistungen ab, die im Rahmen des RSA ausgleichsfähig sind. Nicht erfaßt werden Verwaltungskosten und kassenspezifische Mehrleistungen, wie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen.⁶² Sie sind jedoch bei der Berechnung der risikoäquivalenten Prämien zu berücksichtigen.

Der Verwaltungsaufwand ist für einzelne Versichertengruppen unterschiedlich hoch.⁶³ Diese Unterschiede werden bei der weit verbreitete Pro-Kopf-Aufteilung der Verwaltungskosten nicht erfaßt.⁶⁴ Ebenso willkürlich wäre auch die Aufteilung nach der Leistungsanspruchnahme,⁶⁵ da der Verwaltungsaufwand nicht von der Höhe, sondern von der Anzahl der Leistungsabrechnungen abhängt. Bisher ist unbekannt, wie sich die Verwaltungsleistungen auf die unterschiedlichen Gruppen aufteilen, so daß hier **durchschnittliche Verwaltungskosten pro Kopf** angesetzt werden.

⁶¹ Siehe Kapitel 2.1.2.1.

⁶² Vgl. Schneider (1994), S. 125 und S. 268ff.

⁶³ Vgl. Mühlenkamp (1991), S. 226ff., Adam/Finsinger (1986), S. 318f.

⁶⁴ Sie wird vorgenommen bei Ott (1981), S. 115, Andel (1975), S. 57.

⁶⁵ Dieses Vorgehen wird von Henke/Behrens (1989), S. 54 gewählt.

Auf die **nicht ausgleichsfähigen Sachleistungen** entfielen 3,4% aller GKV-Ausgaben in 1993.⁶⁶ Da anzunehmen ist, daß die Nachfrage nach diesen Leistungen vom allgemeinen Gesundheitszustand abhängig ist, wird das Gesamtvolumen dieser Leistungen proportional zu den übrigen Sachleistungsausgaben in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht umgelegt.

Einkommensabhängige Geldleistungen

Die Geldleistungen Krankengeld, Mutterschaftsgeld und Sterbegeld werden für die einzelnen Versichertengruppen nach unterschiedlichen Regelungen gewährt, wie in Tabelle 17 dargestellt.⁶⁷ Die RSA-Ausgabenprofile unterscheiden nach dem Geldleistungsanspruch jedoch nur die beiden Versichertengruppen Mitglieder und Familienversicherte.⁶⁸ In der Gruppe der Mitglieder werden alle Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten und Rentner zusammengefaßt, unter der Annahme, daß sie Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag Arbeitsunfähigkeit, auf Mutterschaftsgeld und auf 2.100 DM Sterbegeld haben. Familienversicherte haben keinen Anspruch auf Krankengeld, erhalten Entbindungsgeld und Sterbegeld in Höhe von 1.050 DM. Daher kann auch im Modell nur eine Differenzierung zwischen Mitgliedern und Familienversicherten vorgenommen werden.

	Anteil	Krankengeldanspruch		Mutter- schafts- geld	Entbin- dungs- geld	Sterbegeld in DM	
		ohne	ab 8.Tag ab 43.Tag			2.100	1.050
Pflichtversicherte	85%		X	X		X	
	13%	X			X	X	
	2%		X	X		X	
Freiw. Versicherte	54%		X	X		X	
	38%	X			X	X	
	8%		X	X		X	
Rentner	100%	X			X	X	
Familienversicherte	100%	X			X		X

Tabelle 17: Geldleistungsanspruch nach Versichertenarten (Stand 1994 West), vereinfachte Darstellung (Quelle: Eigene Auswertung auf Basis von Kulbe (1993), S. 225ff., BmFG (1995b), S. T5ff.)

⁶⁶ Vgl. Schneider (1994), S. 126.

⁶⁷ Zu den einzelnen Regelungen siehe Frank (1994), S. 57, Kulbe (1993), S. 157ff. und S. 238ff.

⁶⁸ Vgl. Jacobs/Kniesche/Reschke (1993), S. 66.

Die RSA-Profile geben jeweils die durchschnittlichen Geldleistungen je Versichertem ohne Bezug zum Einkommen an. Für die Modellrechnung sind **die Geldleistungen einkommensabhängig darzustellen**, da die einkommensabhängigen Umverteilungen sonst zu hoch ausgewiesen würden. In bisherigen Untersuchungen wurden die Geldleistungen jeweils aus der Anzahl der Leistungsfälle in Abhängigkeit des beitragspflichtigen Einkommens berechnet.⁶⁹ Diese Berechnungen sind auf Annahmen über die Leistungsanspruchnahme angewiesen, da es keine Statistiken über alters- und geschlechtsspezifische Leistungsfälle gibt.

Hier wird daher ein anderer Ansatz gewählt, der darauf aufbaut, daß Geldleistungen einkommensabhängig gewährt werden. Für jede nach Alter und Geschlecht differenzierte Versichertengruppe werden zusätzlich zu den durch die RSA-Profile vorgegeben durchschnittlichen Geldleistungen die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen ermittelt. Die Geldleistungen eines Versicherten werden dann als durchschnittliche Geldleistungen seiner Versichertengruppe gewichtet mit seinem relativen Einkommen berechnet. Das relative Einkommen eines Versicherten ergibt sich als Verhältnis seines beitragspflichtigen Einkommens zum durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen in seiner Versichertengruppe.

Rückrechnung auf Untersuchungsjahr 1993

Die RSA-Ausgabenprofile wurden erstmals für die RSA-Abschlagszahlungen 1994 entwickelt. Die 1994er Profile sind für die Untersuchung ungeeignet, da erst ab 1995 Rentner in den RSA einbezogen wurden⁷⁰ und da 1994 die Profile noch vollständig auf Schätzungen der Ausgaben beruhten.⁷¹ Für die Modellrechnung werden daher die risikoäquivalenten Prämien auf Basis der Abschlagsprofile für 1995 ermittelt, die aus den tatsächlichen gruppenspezifischen Leistungsausgaben von 1994 abgeleitet wurden.

Die Ausgabenprofile des Jahres 1995 werden auf das Jahr 1993 durch Abdiskontierung mit den Steigerungsraten der GKV-Ausgaben von 1994/95 und 1993/94 zurückgerechnet.

⁶⁹ Vgl. Henke/Behrens (1989), S. 46ff., Ott (1981), S. 102ff., Andel (1975), S. 52ff.

⁷⁰ Vgl. Jacobs/Kniesche/Reschke (1993), S. 11.

⁷¹ Vgl. Reschke/Jacobs (1994), S. 9, Jacobs/Kniesche/Reschke (1993), S. 8.

Alter	Sachleistungen in DM/Jahr		Geldleistungen in DM/Jahr		Ø Beitragspfl. Einkommen in DM/Monat
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
0 - 19	1.179,44	1.239,44	27,06	26,98	3508,95
20 - 29	1.330,80	1.889,72	146,16	229,84	3508,95
30 - 39	1.652,29	2.101,40	244,02	254,89	3986,65
40 - 49	2.135,30	2.363,05	498,40	304,13	4633,41
50 - 59	2.909,25	2.896,88	1.016,72	610,24	4612,59
60 - 69	3.994,83	3.619,59	712,00	533,49	3901,54
70 - 79	5.405,38	5.046,09	0,28	2,32	3380,36
≥ 80	6.397,79	6.207,24	0,67	3,85	3380,36

Tabelle 18: Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht für 1993 (Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Reschke/Jacobs (1994), S. 20ff.)

Tabelle 18 zeigt die **resultierenden Ausgabenprofile für die Modellrechnung**. Die ersten beiden Spalten enthalten die für alle Versichertengruppen einheitlichen Sachleistungsausgaben. In Spalten 3 und 4 sind die durchschnittlichen Geldleistungen für Rentner, freiwillig- und pflichtversicherte Mitglieder aufgeführt. Ihre durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen, über die die relativen Einkommen von einzelnen Versicherten und ihre Geldleistungsausgaben berechnet werden, stehen in der letzten Spalte.

5.2.3.2. Einkommensabhängige Beiträge

In Abhängigkeit vom Einkommen werden die GKV-Beiträge nach heutiger Regelung, die Beitragszahlungen gemäß der Reformvorschläge und die proportionalen, leistungsfähigkeitsorientierten Beiträge des Referenzsystems ermittelt. Die Beitragszahlung eines Haushalts wird als Anteil des jeweils beitragspflichtigen Haushaltseinkommens in Höhe des Beitragssatzes ermittelt (vgl. Gl. XLII). Der Beitragssatz errechnet sich dabei als Quotient der Ausgaben aller Versicherten im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einkommen aller Versicherten. Die Ausgaben für einen Versicherten entsprechen der zuvor berechneten risikoäquivalenten Prämie (vgl. Gl. XLIII).

Beitragspflichtiges Einkommen und Beitragssatz werden für die heutige Regelung, für jeden Reformvorschlag und für das leistungsfähigkeitsorientierte Referenzsystem getrennt ermittelt. Die beitragspflichtigen Einkommen sind heute

und bei den Reformen für die einzelnen Versichertengruppen unterschiedlich abgegrenzt und unterliegen unterschiedlichen Beitragssätzen. Um diese Differenzierung abzubilden, werden die Versicherten in 19 Gruppen eingeteilt.

$$B_i = EK_BPfl_i * b \quad (XLII)$$

$$b = \frac{\sum_i R\ddot{A}_i * n_i}{\sum_i EK_BPfl_i * n_i} \quad (XLIII)$$

i	GKV-Versicherter der Gruppe i
n_i	Anzahl GKV-Versicherte in Gruppe i
B_i	Beitragszahlung Versicherter der Gruppe i
b	Beitragssatz
EK_BPfl_i	Beitragspflichtiges Einkommen des Versicherten i
$R\ddot{A}_i$	Risikoäquivalente Prämie = Leistungsbedarf von i

5.2.3.3. RSA-Zahlungen von PKV-Versicherten

Reformvorschlag 3 sieht eine modifizierte Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich vor. PKV-Versicherte werden im Finanzkraftausgleich mit ihrem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze und im Finanzbedarfsausgleich mit ihren lebensdurchschnittlichen jährlichen Leistungsausgaben berücksichtigt.⁷²

Die Nettozahlungen eines PKV-Versicherten in den bzw. aus dem RSA berechnen sich als **Differenz aus seinen lebensdurchschnittlichen jährlichen Leistungsausgaben und seiner fiktiven Beitragszahlung in Höhe des allgemeinen Beitragssatzes** auf sein beitragspflichtiges Einkommen (vgl. Gl. XLIV). PKV-Versicherte ohne oder mit unterdurchschnittlichem Einkommen, z.B. Kinder oder Rentner, werden durch die Einbeziehung in der RSA begünstigt ($RSA_NET_j > 0$). PKV-Versicherte mit überdurchschnittlichem Einkommen werden zu Nettozahlern in den RSA ($RSA_NET_j < 0$).

$$RSA_NET_j = \varnothing LA_j - EK_BPfl_j * b_3 \quad (XLIV)$$

j	PKV-Versicherter der Gruppe j
RSA_NET_j	Nettotransfer zwischen PKV-Versichertem j und RSA
$\varnothing LA_j$	Lebensdurchschnittliche jährliche Leistungsausgaben von j
EK_BPfl_j	Beitragspflichtiges Einkommen von j
b_3	Allgemeiner Beitragssatz bei Reform 3

⁷² Siehe Kapitel 4.3.2.3.

Die **lebensdurchschnittlichen jährlichen Leistungsausgaben** werden für Kinder bzw. Jugendliche und für Erwachsene getrennt berechnet. Für Kinder und Jugendliche wird einheitlich der durchschnittliche Jahresbedarf bis zum vollendeten 20. Lebensjahr angenommen.⁷³ Für Erwachsene werden die durchschnittlichen jährlichen Leistungsausgaben über ihr gesamtes Versichertenleben angesetzt. Dabei wird ein Eintrittsalter von 20 Jahren und die derzeitige Lebenserwartung bei Frauen von 79 Jahren und bei Männer von 73 Jahren angenommen. Die Ausgaben werden nach dem Geschlecht und nach dem Geldleistungsanspruch differenziert ermittelt (vgl. Tabelle 19).

	Frauen	Männer
Kinder, Jugendliche <20 Jahre	1.209 DM	1.209 DM
Ohne Geldleistungsanspruch	2.526 DM	2.951 DM
Mit Geldleistungsanspruch	3.279 DM	3.011 DM

Tabelle 19: Lebensdurchschnittliche jährliche Leistungsausgaben für 1993 (Quelle: Eigene Berechnung)

Die Beitragsbemessungsgrundlage für PKV-Versicherte bildet, wie für alle nicht in der GKV Versicherungspflichtigen, das Gesamteinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Durch die Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA verändert sich die Summe der beitragspflichtigen Einkommen und der Ausgaben und damit auch der Beitragssatz. Er wird als Quotient der Leistungsausgaben der GKV-Versicherten und der lebensdurchschnittlichen jährlichen Ausgaben der PKV-Versicherten in Verhältnis zur gesamten Beitragsbemessungsgrundlage aller GKV- und PKV-Versicherten berechnet (vgl. Gl. XLV).

$$b_3 = \frac{\sum_i R\ddot{A}_i * n_i + \sum_j \emptyset LA_j * n_j}{\sum_i EK_BP\pi_i * n_i + \sum_j EK_BP\pi_j * n_j} \quad (XLV)$$

⁷³ Die Grenze von 20 Jahren wurde gewählt, da die RSA-Profile immer nur Leistungsausgaben in 10er Schritten angeben.

5.2.4. Bestimmung der Einkommensverteilung

Die Einkommensumverteilung der GKV-Finanzierung wird in **drei abschließenden Schritten** berechnet, durch

- Berechnung der Einkommen der Versicherten nach heutiger Regelung, den Reformen und in den Referenzsystemen,
- Hochrechnung der repräsentativen Stichprobe auf die Grundgesamtheit aller Haushalte und
- Beschreibung der Umverteilungen über das im vorigen Abschnitt definierte Meßkonzept.

Gemäß der getroffenen Überwälzungsannahme ist der **Arbeitgeberanteil** Bestandteil des Gesamteinkommens der Arbeitnehmer. Die Arbeitgeberzahlungen sind für verschiedene Versichertengruppen unterschiedlich geregelt.⁷⁴ Der Arbeitgeberzuschuß wird jeweils für die Finanzierung nach heutiger Regelung, für die einzelnen Reformen und für die Referenzsysteme getrennt berechnet.⁷⁵ Mit der Änderung der Arbeitgeberzahlungen in den einzelnen Szenarien variieren auch die Gesamteinkommen der Versicherten. Beispielsweise sinkt durch die Berücksichtigung weiterer Einkommen bei der Beitragsberechnung der Anteil der Arbeitsentgelte an der Beitragsbemessungsgrundlage und damit auch die Arbeitgeberzahlungen sowie die Gesamteinkommen.

⁷⁴ Bei Reform 2 wird davon ausgegangen, daß der Anspruch auf Arbeitgeberzuschuß sich auch auf den Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner erstreckt in Analogie zur Regelung der Versicherung von Familienangehörigen in der PKV.

Bei Empfängern von Lohnersatzleistungen, wie Krankengeld oder Arbeitslosengeld, werden von der leistungsgewährenden Stelle die Zahlungen zur Krankenversicherung i.d.R. zu 100% übernommen. Die EVS-Daten zeigen nur den zum Erhebungszeitpunkt aktuellen Versicherungsstatus an. Wenn während des Jahres ein Wechsel im Versichertenstatus mit Änderung des Anspruchs auf Arbeitgeberzahlung stattgefunden hat, können die Arbeitgeberzahlungen nicht korrekt berechnet werden. So wird beispielsweise bei einem zum Erhebungszeitpunkt Arbeitslosen auch auf das Arbeitsentgelt der vorangegangenen Beschäftigung ein Arbeitgeberanteil von 100% angesetzt und damit sein Gesamteinkommen zu hoch berechnet.

⁷⁵ Alternativ könnte der Arbeitgeberzuschuß in heutiger Höhe einmalig berechnet und für die gesamte Modelluntersuchung fixiert werden. Dieser Ansatz würde eine einmalige Auszahlung des Arbeitgeberzuschusses abbilden. Dies entspricht jedoch nicht der heutigen Regelung, bei der der Arbeitgeberzuschuß (noch) in Abhängigkeit der jeweils gültigen Beitragsberechnungsvorschriften ermittelt wird.

Die **Einkommen** nach Zahlung von Beiträgen und Prämien werden für jeden Versicherten als Gesamteinkommen abzüglich der jeweiligen Beiträge bzw. Prämien berechnet.

Zur Bestimmung der gesamtgesellschaftlichen Einkommensverteilung wird die repräsentative Haushaltsstichprobe auf die Gesamtbevölkerung mit den vom Statistischen Bundesamt angegebenen, haushaltsspezifischen **Hochrechnungsfaktoren** hochgerechnet.

Die Umverteilungen durch die GKV-Finanzierung werden gemäß dem oben festgelegten Meßkonzept als Differenz der Haushaltseinkommen nach Beitragszahlung zu den Einkommen im Referenzsystem ermittelt. Zur **Quantifizierung der Umverteilungen anhand des definierten Meßkonzeptes**, die zwischen einzelnen Versichertengruppen stattfinden, werden die Haushalte nach ihren Eigenschaften Haushaltseinkommen, Familienstruktur, Alter des Haushaltsvorstandes und Art des Versicherungsschutzes gruppiert:

- Nach dem jährlichen Gesamteinkommen werden zehn Haushaltstypen,
- nach der Familienstruktur werden weitere zwölf Haushaltstypen, zunächst nach Alleinstehenden, Einverdiener-Ehepaaren und Zweiverdiener-Ehepaaren und im weiteren nach der Anzahl der Kinder (0,1,2, 3 und mehr),
- nach dem Alter der Bezugsperson werden weitere zehn Haushaltstypen und
- nach dem Versicherungsschutz werden drei Haushaltstypen unterschieden, bei denen alle Haushaltsmitglieder in der GKV, alle in der PKV oder teilweise in PKV und GKV versichert sind.

5.2.5. Validität des Modells

Jedes Modell stellt die Realität nur vereinfacht dar.⁷⁶ Die Güte der Abbildung bestimmt, wie genau die Ergebnisse von Modellrechnungen reale Entwicklungen wiedergeben. Die Genauigkeit der Modellbildung für die Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung ist wesentlich durch die verfügbaren Mikrodaten über die krankenversicherte Bevölkerung vorgegeben.⁷⁷ Zu Abweichun-

⁷⁶ Vgl. Law/Kelton (1982), S. 337.

⁷⁷ Zur Abhängigkeit der Modellbildung von verfügbaren Daten siehe Krupp (1986), S. 35f.

gen des Modells von der Realität kommt es sowohl bei der Abbildung der Haushaltsstruktur als auch bei der Berechnung der Beiträge und Ausgaben:⁷⁸ Differenzen in der Haushaltsstruktur können in fehlerhaften Angaben bei den EVS-Daten oder in der modifizierten Übernahme der Haushalte im Modell begründet liegen.

Die Güte der Abbildung der einkommensabhängigen Beitragszahlungen hängt maßgeblich von der Güte der zugrunde liegenden Einkommensdaten ab. Teilweise werden Versicherte gegenüber der GKV andere Angaben machen als bei der EVS, etwa um ihr beitragspflichtiges Einkommen zu senken.

Die Abbildung der Leistungsausgaben ist das kritischste Element der Modellbildung, da nur die Abhängigkeit der Ausgaben von Alter und Geschlecht berücksichtigt wird und da die RSA-Profile keine realen Werte wiedergeben, sondern zukünftige Ausgaben auf Basis von Vergangenheitswerten schätzen.

Die Validierung zeigt, wie genau das Modell trotz der Einschränkungen bei der Modellierung die Realität abbildet und damit wie zuverlässig die Ergebnisse sind.⁷⁹ Die Validierung erfolgt meist über die Bestimmung der Güte der Abbildung der Realität im Modell.⁸⁰ Das Modell zur Berechnung der GKV-Umverteilung kann nicht über den Vergleich der rechnerischen mit der realen Einkommensumverteilung validiert werden, da die realen Effekte unbekannt sind. Daher wird das Modell über die Güte der Abbildung einzelner Kennzahlen der Versicherten- und Finanzstruktur validiert (vgl. Tabelle 20).

	Modell 1993	Ist 1993
Anteil GKV-Versichertengruppen		
Anteil Mitglieder	42%	49%
Anteil Rentner	21%	20%
Anteil Familienversicherte	37%	31%
Verhältnis von PKV- zu GKV-Versicherten	6%	12%
Beitragssatz		
allgemeiner		13,4%
rechnerischer	12,1%	12,8%

Tabelle 20: Validität des Mikrosimulationsmodells (Quelle: Eigene Berechnung)

⁷⁸ Zu den Fehlerarten vgl. Lindner/Freitag (1986), S. 311f.

⁷⁹ Vgl. Krupp (1986), S. 39, Fachinger/Faik (1994), S. 8.

⁸⁰ Vgl. Law/Kelton (1982), S. 338ff.

Der Kennzahlenvergleich zeigt, daß das Modell die Versicherungsstruktur wie erwartet betragsmäßig nicht exakt abbildet, die Verhältnisse aber relativ gut erfaßt.

Abweichungen in den Anteilen der einzelnen Versichertengruppen können neben Fehlern in der Datenquelle auf die Aufbereitung der EVS-Daten für die Modellrechnung zurückgeführt werden. Im Modell werden nur Personen erfaßt, die mit der Bezugsperson verwandt sind. So werden beispielsweise Partner in nichtehelichen Lebensgemeinschaften und eigenständig versicherte, im Haushalt lebende Kinder im Modell nicht abgebildet. Der Anteil der Mitglieder liegt daher im Modell verglichen mit der Realität zu niedrig, der der Familienversicherten und Rentner zu hoch.

Das Modell erfaßt nur GKV- und PKV-Vollversicherte, nicht aber Beamte, Pensionäre und Personen mit anderem Versicherungsschutz. Da etwa 50% aller PKV-Versicherten Beamte und Pensionäre sind,⁸¹ liegt der Anteil der PKV-Versicherten im Verhältnis zu den GKV-Versicherten im Modell entsprechend zu niedrig.

Die Differenz des rechnerischen Beitragssatzes im Modell von dem rechnerischen Beitragssatz in 1993 um nur etwa 6% zeigt, daß das Modell insgesamt die Realität relativ genau erfaßt.⁸² Bisherige Untersuchungen verfolgten den stark vereinfachenden Ansatz der Gruppenanalyse. Es ist davon auszugehen, daß ***der hier gewählte Mikrosimulationsansatz die Umverteilungswirkungen wesentlich genauer ermittelt als die bisherigen Untersuchungen***, für die keine Fehlerabschätzungen durchgeführt wurden.

⁸¹ Vgl. Rohweder (1996), S. 49ff.

⁸² Da die GKV-Ausgaben in 1993 um 5% unter den Einnahmen lagen, hätte ein rechnerischer Beitragssatz von 12,8% ausgereicht, um die Ausgaben zu decken. Da im Modell der Beitragssatz aus den Ausgaben hochgerechnet wird, wird der im Modell errechnete Beitragssatz zur Überprüfung der Validität mit dem rechnerischen Beitragssatz von 12,8% verglichen.

6. Bewertung von Reformvorschlägen auf Grundlage von Modellrechnungen

In diesem Kapitel werden Vorschläge zu einer GKV-Finanzierungsreform auf Grundlage von Ergebnissen der Mikrosimulationsuntersuchungen bewertet. Im ersten Teil werden auf Basis der Modellrechnung die wesentlichen Umverteilungswirkungen im heutigen Zustand ermittelt und anschließend die im vierten Kapitel abgeleiteten Hypothesen über die Wirkung ausgewählter Reformvorschläge untersucht.

Die Ergebnisse dieser Bewertung werden im zweiten Teil dann in den Kontext allgemeiner gesundheitspolitischer Zielsetzungen und Entwicklungen gestellt und daraus ein Entwurf für eine zukunftsweisende Finanzierungsreform abgeleitet.

6.1. Ergebnisse der Modellrechnung und ihre Bewertung

6.1.1. Vorgehen

Die Ergebnisse der Modellrechnung werden in zwei Schritten ausgewertet: Zunächst wird der derzeitige Zustand beschrieben. Anschließend werden Änderungen in den Umverteilungen durch die Reformvorschläge dargestellt und bewertet. Die Ergebnisse sind abschließend in Kapitel 6.1.3.5 zusammengefaßt.

Es ist unmöglich, die Vielzahl aller Einkommenswirkungen in diesem Kapitel darzustellen und zu bewerten. Einschränkungen werden daher vorgenommen hinsichtlich

- der einbezogenen Verteilungssubjekte,
- der betrachteten Wirkungsrichtungen und
- der auszuwertenden Indikatoren.

Die Umverteilungswirkungen, die im folgenden untersucht werden, werden so ausgewählt, daß sie anhand der im dritten Kapitel dargestellten distributiven Zielsetzung bewertet werden können:

Die Verteilungswirkungen werden jeweils für **GKV- und PKV-Versicherte getrennt** ermittelt. Haushalte, in denen sowohl GKV- als auch PKV-

Versicherte leben, werden wegen der geringen Besetzungszahlen nicht berücksichtigt.

Die Untersuchung bleibt außerdem auf die wesentlichen Umverteilungen des **Einkommens-, Alters- und Familienlastenausgleichs** beschränkt.

Die einzelnen Umverteilungswirkungen werden nach dem Meßkonzept jeweils als Änderung der Einkommensverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung und als Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung dargestellt und bewertet. Die **Änderung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung** beschreibt alle Umverteilungen in ihrem Umfang und ihren Wirkungsrichtungen. Über sie kann die Verteilungseffizienz der Finanzierung nicht unmittelbar beurteilt werden, da das Äquivalenzprinzip alleine die bedarfsnotwendige Versorgung nicht sicherstellt und damit als Verteilungsmaßstab für die gesamte Mittelaufbringung ungeeignet ist.¹

Die wesentlichen Wirkungen werden über folgende Indikatoren beschrieben:

- Der **Gesamtumfang der Umverteilung** ($\Sigma R\ddot{A}$) gibt das Gesamtvolumen der Differenz von Beiträgen und risikoäquivalenten Zahlungen in seiner absoluten Höhe an.
- Der **Gesamtumverteilungsgrad** (ΣUG) beschreibt die relative Umverteilungswirkung des Umverteilungsvolumens im Verhältnis zum Gesamteinkommen.
- Die **Varianz der Umverteilung** ($V_{R\ddot{A}}$) erfaßt zusätzlich zum Umfang der Umverteilung auch die Streuung der Umverteilungen auf die einzelnen Versichertengruppen.
- Über die **absolute Umverteilung pro Versichertengruppe** ($\Delta R\ddot{A}$) werden die Wirkungen der Umverteilung auf einzelne Versichertengruppen dargestellt.

Die **Änderung gegenüber der Ausgangsverteilung** wird durch einen Vergleich mit der Einkommensverteilung in einem Referenzsystem unter proportionaler Beitragserhebung ermittelt. Durch die proportionale Beitragserhebung verändern sich die Einkommenspositionen der Versicherten nicht, so daß ein Vergleich der relativen Einkommen heute mit denen im Referenzsystem Ände-

¹ Siehe Kapitel 3.2.3.2.

rungen in der relativen Einkommensverteilung anzeigt. Die proportionale Beitragserhebung bildet gleichzeitig den Maßstab für eine im Sinne des Opferprinzips gerechte Mittelaufbringung. Damit zeigen Änderungen in der relativen Einkommensverteilung gegenüber dem Ausgangszustand immer auch Abweichungen von der Zielsetzung der leistungsfähigkeitsorientierten Finanzierung an.

- Der **Gesamtänderungsgrad** ($\Sigma\Delta G$) zeigt die aggregierte Wirkung in der Einkommensverteilung aufgrund der Beitragserhebung an, indem er das Gesamtvolumen der Abweichung von verteilungsneutraler Beitragszahlung ins Verhältnis zum Gesamteinkommen setzt. Anhand von Gesamtänderungsgraden kann die Verteilungseffizienz verschiedener Verteilungen verglichen werden, da mit dem Änderungsgrad die Abweichung von der leistungsfähigkeitsorientierten Mittelaufbringung steigt.
- Die **Varianz der Änderung** (v_{PR}) erfaßt zusätzlich zum Umfang auch noch die Streuung der Abweichungen auf die einzelnen Versichertengruppen. Sie dient bei gleich hohem Gesamtänderungsgrad als sekundäres Bewertungskriterium.
- Der **Änderungsgrad pro Versichertengruppe** ($\Delta\Delta G_i$) zeigt die Veränderung der relativen Einkommenspositionen einzelner Versichertengruppen an. Anhand des Verlaufs der Änderungsgrade kann überprüft werden, an welchen Stellen die Einkommensverteilung gegen die Prinzipien der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit im Sinne des Opferprinzips verstößt. Er ermöglicht damit eine detailliertere Analyse der durch den Gesamtänderungsgrad erfaßten, globalen Wirkung.²

Änderungsgrad bzw. Gesamtänderungsgrad sind damit wesentliche Kennzahlen zur Bewertung der Verteilungseffizienz. Bei der Interpretation des Änderungsgrades ist zu beachten, daß er von der Höhe des Gesamteinkommens und damit

² Anhand der einzelnen Änderungsgrade wird beispielsweise sichtbar, wenn eine Reduktion des Gesamtänderungsgrades auf zwei gegensätzlichen Effekten beruht, einer Senkung der Abweichungen bei bestimmten Versichertengruppen und einer betragsmäßig geringeren Erhöhung bei anderen Versicherten.

von den Arbeitgeberzahlungen abhängt. So bewirkt eine Senkung der Arbeitgeberzahlungen auch eine Senkung des Änderungsgrades.³

6.1.2. Einkommensumverteilung im heutigen System

In diesem Abschnitt werden die wesentlichen Umverteilungswirkungen im heutigen System durch die Ergebnisse der Modellrechnung beschrieben. Einen Überblick über die Wirkungen geben die aggregierten Verteilungskennzahlen in Tabelle 21. Sie werden in den folgenden Abschnitten genauer analysiert, indem für die einzelnen Wirkungsrichtungen jeweils zunächst bezogen auf die GKV und dann auch auf die PKV die Änderungen gegenüber risikoäquivalenter Zahlung und gegenüber der Ausgangsverteilung untersucht werden.

ÄNDERUNG GEGENÜBER RISIKOÄQUIVALENTER ZAHLUNG						
	Gesamtumverteilungsgrad (Σ UG)			Varianz (V_RÄ)		
	Einkom	Alter	Familie	Einkom.	Alter	Familie
GKV	0,796%	0,855%	0,382%	1.209.232	1.226.811	448.344
GKV+PKV	0,704%	0,755%	0,343%	1.131.811	1.146.678	424.423
ÄNDERUNG GEGENÜBER AUSGANGSVERTEILUNG						
	Gesamtänderungsgrad (Σ ÄG)			Varianz (V_PR)		
	Einkom.	Alter	Familie	Einkom.	Alter	Familie
GKV	0,392%	0,390%	0,364%	1.863.267	290.183	412.006
PKV	2,257%	2,135%	2,143%	44.198.927	23.318.977	23.850.320
GKV+PKV	0,612%	0,598%	0,578%	4.876.697	2.037.466	2.188.033

Tabelle 21: Aggregierte Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung (Quelle: Eigene Berechnung)

³ Dadurch ist der Änderungsgrad heute im Durchschnitt höher als im proportionalen Referenzsystem und als bei Reform 1, da bei der verbreiterten Beitragsbemessungsgrundlage die Arbeitgeberzahlungen jeweils sinken. Zur Berechnung der Arbeitgeberanteile siehe Kapitel 5.2.4.

6.1.2.1. Einkommensausgleich

Der Gesamtumfang der Umverteilung, d.h. der Differenzen zwischen GKV-Beiträgen und **risikoäquivalenten Zahlungen**, in Abhängigkeit vom Einkommen **innerhalb der GKV** beträgt nach der Modellrechnung 11,4 Mrd. DM⁴ oder etwa 15% des Gesamtbudgets der GKV.

Die Wirkungsrichtung der Umverteilung zwischen den einzelnen Versicherten-Gruppen wird anhand der absoluten $\Delta R\ddot{A}_i$ in Tabelle 22 deutlich. Wie zu erwarten

- sind Versicherte mit niedrigem Einkommen begünstigt und Versicherte mit hohem Einkommen Nettozahler.
- Dabei nehmen mit steigendem Einkommen die $\Delta R\ddot{A}_i$ stetig zu.
- Oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, die bei einem beitragspflichtigen Einkommen von 64.800 DM liegt, bleiben die Beitragszahlungen konstant. Diese Wirkung zeigt sich in der Darstellung in Abhängigkeit vom Gesamteinkommen erst mit Verzögerung, da das beitragspflichtige Einkommen niedriger liegt und da die Beitragsbemessungsgrenze bei Doppelverdienerfamilien zwei Mal angewendet wird.

	Bruttogesamteinkommen in DM									
	0-15.000	15.001-25.000	25.001-35.000	35.001-45.000	45.001-55.000	55.001-65.000	65.001-80.000	80.001-100.000	100.001-150.000	>150.000
GKV										
$\Delta R\ddot{A}_i$	1.077,-	1.219,-	1.143,-	667,-	108,-	-360,-	-720,-	-1.246,-	-1.963,-	-1.976,-
$\ddot{A}G_i$	0,74%	0,54%	0,41%	0,27%	-0,08%	-0,20%	0,02%	0,36%	1,23%	3,80%
PKV										
$\ddot{A}G_i$	-10,06%	-2,92%	-2,14%	-0,26%	1,48%	2,24%	3,01%	3,80%	4,51%	5,91%
GKV+PKV										
$\ddot{A}G_i$	0,32%	0,46%	0,34%	0,24%	-0,07%	-0,15%	0,15%	0,64%	1,64%	4,48%

Tabelle 22: Einkommensausgleich der GKV (Quelle: Eigene Berechnung)

Da die Beitragserhebung der GKV nicht rein proportional zum Gesamteinkommen erfolgt, verändert sie die Einkommensverteilung der Versicherten **gegenüber der Ausgangsverteilung**. Der Gesamtänderungsgrad ($\Sigma \ddot{A}G$ in Tabelle 21)

⁴ Aufgrund der Einschränkung des Versichertenkreises im Modell, siehe Kapitel 5.2.2.2., werden in der Modellrechnung Einnahmen, Ausgaben und der Arbeitgeberanteil um ca. 20% unterschätzt.

zeigt, daß die Verteilung sich in Abhängigkeit vom Einkommen der Versicherten insgesamt um 0,392% des Einkommens ändert.

Wie sich die Einkommenspositionen der einzelnen Versichertengruppen verändern, wird durch die Änderungsgrade (ÄG_i) in Tabelle 22 erfaßt. Man kann erwarten, daß der Änderungsgrad bis zur Beitragsbemessungsgrenze auf konstantem, niedrigem Niveau liegt und daß er bei höheren Einkommen ansteigt. Die Zahlen zeigen diese Wirkungen etwas modifiziert:

- Mit steigendem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze sinkt der Änderungsgrad leicht. Dieser Effekt ist jedoch mit weniger als einem Prozentpunkt vernachlässigbar gering.
- Die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze zeigt sich bezogen auf das Gesamteinkommen in dem Anstieg des Änderungsgrads erst mit Verzögerung.

Da die **PKV-Versicherten** rein risikoäquivalente Prämien zahlen, finden zwischen ihnen keine Umverteilungen statt. Durch die einkommensunabhängige Prämienzahlung verändern sich aber die relativen Einkommenspositionen der PKV-Versicherten im Verhältnis zur Ausgangsverteilung und im Verhältnis zu GKV-Versicherten (vgl. Tabelle 22):

- Mit dem Einkommen steigt der Änderungsgrad der PKV-Versicherten kontinuierlich an von -10% gegenüber der Ausgangsverteilung bei einem Einkommen unter 15.000 DM auf fast 6% gegenüber der Ausgangsverteilung bzw. 2% gegenüber GKV-Versicherten bei einem Einkommen über 150.000 DM.
- Die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung wird maßgeblich durch die Umverteilungen der GKV bestimmt und durch die PKV nur im Bereich hoher Einkommen beeinflusst, wo sie einen Abdeckungsgrad von 10% hat.⁵

⁵ In der Modellrechnung wird der Einfluß der PKV-Finanzierung auf die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung zu gering ausgewiesen. Der Anteil der PKV-Versicherten liegt im Modell um etwa 50% niedriger als in der Realität, da die Beamten und Pensionäre wegen ihres besonderen Versicherungsschutzes nicht berücksichtigt wurden, siehe Kapitel 5.2.2.2.

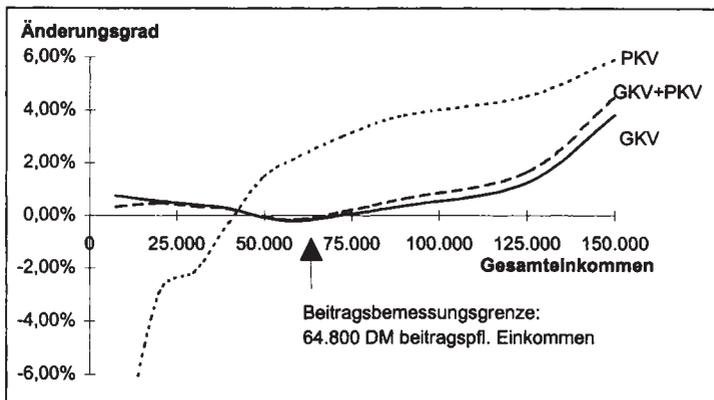


Abbildung 18: Einkommensabhängige Änderungsgrade in GKV und PKV (Quelle: Eigene Berechnung)

Die unterschiedlichen Wirkungen der GKV-Finanzierung auf die GKV-interne und auf die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung entspricht **nicht der Zielsetzung einer Mittelaufbringung gemäß der gesamtgesellschaftlichen Leistungsfähigkeit** (vgl. Abbildung 18).

- Innerhalb der GKV werden unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze die relativen Einkommensverhältnisse im wesentlichen gewahrt. Es kommt nur zu geringen Abweichungen von der leistungsfähigkeitsorientierten Mittelaufbringung. Bei darüberliegenden Einkommen wirkt die Beitragserhebung regressiv und verstößt gegen das Kriterium der vertikalen Gerechtigkeit.
- Durch die unterschiedliche Mittelaufbringung kommt es zur Ungleichbehandlung von GKV- und PKV-Versicherten. Diese horizontale Ungleichbehandlung ist zwar wegen des geringen Anteils der PKV-Versicherten, insbesondere von solchen mit niedrigen Einkommen, von ihrem Gesamtvolumen her gering, führt aber bei einzelnen Versicherten, insbesondere mit niedrigen Einkommen, zu deutlichen Unterschieden in ihren relativen Einkommenspositionen.

6.1.2.2. Altersausgleich

Dadurch, daß Einkommen und Risiko mit dem Alter steigen, kommt es **in der GKV** zum Altersausgleich. Der Altersausgleich ist der größte soziale Ausgleich mit einem Gesamtumfang der Umverteilung **gegenüber risikoäquivalenter Zahlung** von 12,2 Mrd. DM⁶.

Die Wirkungsrichtungen des Altersausgleichs zeigen die $\Delta R\ddot{A}_i$ der einzelnen Altersgruppen in Tabelle 23:

- Mit dem Alter steigen die Differenzen zwischen risikoäquivalenten Zahlungen und GKV-Beiträgen stetig an, abgesehen von den unter 30-Jährigen⁷.
- Versicherte sind bis etwa Mitte 50 Jahre Nettozahler, danach werden sie zu Nettoempfängern im Altersausgleich.

	Alter						
	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	> 79
GKV							
$\Delta R\ddot{A}_i$	-894,-	-1.052,-	-973,-	-474,-	884,-	1.602,-	2.216,-
$\ddot{A}G_i$	-0,35%	0,16%	0,92%	1,09%	1,33%	1,19%	0,82%
Einkommen ⁸	44.739,-	67.732,-	82.069,-	75.849,-	48.739,-	37.397,-	30.534,-

Tabelle 23: Altersausgleich der GKV (Quelle: Eigene Berechnung)

Die einkommensabhängige Beitragserhebung intendiert keine altersabhängigen Änderungen in der Einkommensverteilung **gegenüber der Ausgangsverteilung**. Dennoch bewirkt der Altersausgleich Verschiebungen in den relativen Einkommen der Versicherten:

- Seine Wirkung ist mit einem Gesamtänderungsgrad von 0,390% etwa so hoch wie die des Einkommensausgleichs ($\Sigma \ddot{A}G$ in Tabelle 21).
- Bis zu einem Alter von 60-70 Jahren steigen die relativen Änderungen der einzelnen Altersgruppen stetig an und nehmen dann wieder ab ($\ddot{A}G_i$ in Tabelle 23).

⁶ Siehe Fußnote 4.

⁷ Die geringere Belastung der 20-29 Jährigen im Verhältnis zu den mit den 30-39 Jährigen ist durch ihr niedriges Durchschnittseinkommen und damit die niedrigen Beitragszahlungen begründet.

⁸ Bruttogesamteinkommen im Sinne der Abgrenzung in Kapitel 5.2.4.

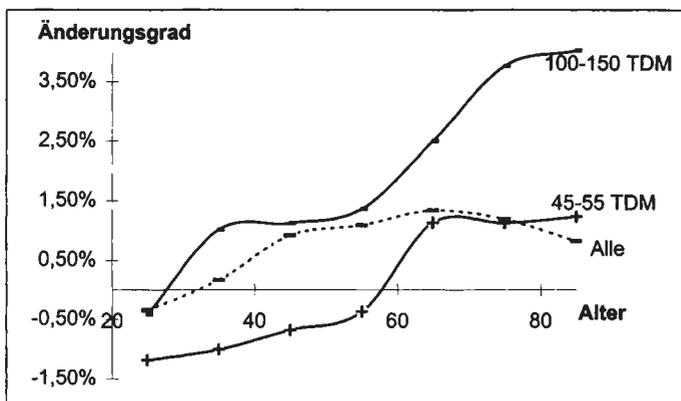


Abbildung 19: Altersabhängige Änderungsgrade nach dem Gesamteinkommen
(Quelle: Eigene Berechnung)

Die mit dem Alter steigende, relative Begünstigung ist auf eine Senkung des Anteils der beitragspflichtigen Einkommen am Gesamteinkommen zurückzuführen, da weitere, beitragsfreie Einkommen (wie Kapitaleinkünfte) erschlossen werden und die Höhe der beitragspflichtigen Einkommen zurückgeht (Rente statt Arbeitsentgelt). Dieser Effekt ist unabhängig von der Höhe des Gesamteinkommens. Wie die Auswertung des Altersausgleichs in Abhängigkeit vom Einkommen zeigt (vgl. Abbildung 19), steigen in den Einkommensklassen die Änderungsgrade von der niedrigsten bis zur höchsten Altersklasse kontinuierlich an. Der aggregierte Effekt, daß die durchschnittliche relative Begünstigung ab einem Alter von 70 Jahren zurückgeht, ist auf die niedrigeren Gesamteinkommen und damit die geringere regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze zurückzuführen.

Es widerspricht der **horizontalen Gleichbehandlung**, daß durch den Altersausgleich ältere Versicherte zu niedrige Beiträge zahlen und zwar sowohl verglichen mit ihrer Leistungsfähigkeit als auch verglichen mit jüngeren Versicherten, die das gleiche Gesamteinkommen beziehen.

In der PKV wird der intertemporale Belastungsausgleich über das Kapitalstockverfahren erreicht. Für einzelne Versicherte ergeben sich unterschiedliche Belastungsverläufe in Abhängigkeit von ihrem Eintrittsalter und den gebildeten

Rückstellungen.⁹ Der Altersausgleich der PKV kann daher nicht allgemein abgebildet und nicht untersucht werden.

6.1.2.3. Familienlastenausgleich

Verschiedene Untersuchungen schätzen das Volumen des Familienlastenausgleichs in der GKV auf 40 bis 50 Mrd. DM.¹⁰ Sie berechnen das Umverteilungsvolumen als Summe der Leistungsausgaben für alle mitversicherten Familienangehörigen. Dies entspricht nicht der in dieser Arbeit getroffenen Definition von Umverteilung als Differenz zwischen der Beitragszahlung und den erwarteten Leistungsausgaben bezogen auf Haushalte. Die haushaltsbezogene Abgrenzung erfaßt Korrelationen der Familienstruktur mit dem Haushaltseinkommen und damit mit den Beitragszahlungen, die der bisherige, personenbezogene Ansatz vernachlässigt. Dadurch berücksichtigt sie, daß beitragszahlende Mitglieder, deren Beiträge höher als ihre Leistungsausgaben sind, bereits die Ausgaben für ihre mitversicherten Familienangehörigen mitfinanzieren.

Der Familienlastenausgleich, der nach dieser Abgrenzung als haushaltsbezogene Abweichung der **Beiträge von risikoäquivalenten Zahlungen** berechnet wird,

- fällt mit einem Gesamtvolumen der Umverteilung von 5,6 Mrd. DM¹¹ etwa um den Faktor 10 geringer aus als nach bisherigen Schätzungen¹² und
- ist damit weniger als halb so groß wie der Einkommens- und der Altersausgleich.

Bezogen auf die einzelnen Haushaltstypen wäre zu erwarten, daß die Begünstigungen im Vergleich zu risikoäquivalenten Zahlungen mit der Anzahl der Kinder und bei Mitversicherung eines Ehepartners steigen. Die durchschnittlichen ΔRA der Haushalte zeigen zum Teil abweichende Ergebnisse (vgl. Tabelle 24). Sie bestätigen, daß

⁹ Siehe Kapitel 5.2.3.1.

¹⁰ Siehe die Ausführungen in Kapitel 3.3.4.

¹¹ Siehe Fußnote 4.

¹² Dieses Ergebnis, daß der Familienlastenausgleich bei Berücksichtigung der familienabhängigen Einkommensverteilung wesentlich geringer ausfällt als weithin angenommen, wird auch durch die Untersuchung von PFAFF auf der Ebene von Einzelhaushalten bestätigt, vgl. Pfaff/Pfaff (1995), S. 200ff. und die detailliertere Darstellung in Kapitel 3.3.4.

- bei Familien mit der Anzahl der Kindern die Begünstigungen steigen, bzw. die Belastungen sinken und daß
- Einverdienerhepaare begünstigt und Doppelverdienerhepaare belastet werden.

Wider Erwarten sind jedoch

- Paare ohne Kinder stärker begünstigt als Paare mit ein oder zwei Kindern und
- Einverdienerhepaare mit zwei und mehr Kindern weniger stark begünstigt als Alleinerziehende mit gleicher Kinderzahl.

		Anzahl Kinder			
		0	1	2	≥3
ALLEINSTEHEND					
GKV	$\Delta R\ddot{A}_i$	-122,-	-211,-	907,-	2.588,-
	\ddot{A}_i	0,21%	0,77%	1,77%	3,59%
	Einkommen	37.478,-	44.708,-	40.435,-	34.706,-
	Alter	54,1	40,3	38,2	38,0
PKV	\ddot{A}_i	4,42%	4,02%	3,46%	-1,61%
	Einkommen	75.360,-	80.771,-	94.524,-	64.349,-
GKV+PKV	$\Delta R\ddot{A}_i$	-115,-	-189,-	848,-	2.280,-
	\ddot{A}_i	0,73%	1,13%	2,04%	2,61%
EINVERDIENEREHEPAAR					
GKV	$\Delta R\ddot{A}_i$	1.041,-	78,-	220,-	1.140,-
	\ddot{A}_i	1,68%	1,72%	1,74%	1,80%
	Einkommen	61.156,-	77.457,-	82.242,-	79.802,-
	Alter	60,0	44,7	39,8	39,7
PKV	\ddot{A}_i	3,69%	4,18%	4,17%	4,23%
	Einkommen	123.106,-	134.910,-	149.117,-	178.898,-
GKV+PKV	$\Delta R\ddot{A}_i$	1.011,-	69,-	211,-	1.098,-
	\ddot{A}_i	1,77%	1,85%	1,91%	1,94%
DOPPELVERDIENEREHEPAAR					
GKV	$\Delta R\ddot{A}_i$	-331,-	-1.606,-	-1.277,-	-358,-
	\ddot{A}_i	0,36%	0,09%	0,52%	0,71%
	Einkommen	79.735,-	93.071,-	99.259,-	95.862,-
	Alter	57,5	41,8	39,9	39,6
PKV	\ddot{A}_i	4,89%	5,34%	4,84%	4,71%
	Einkommen	183.624,-	194.536,-	185.039,-	183.046,-
GKV+PKV	$\Delta R\ddot{A}_i$	-351,-	-1.436,-	-1.066,-	-192,-
	\ddot{A}_i	0,96%	0,85%	1,38%	1,61%

Tabelle 24: Familienlastenausgleich der GKV (Quelle: Eigene Berechnung)

Diese Effekte werden durch die **Überlagerung von Alters- und Einkommensausgleich** mit dem Familienlastenausgleich wie folgt erklärt:

Der Einfluß des **Altersausgleichs** wird in der Darstellung des Familienlastenausgleichs in Abhängigkeit vom Alter deutlich. Wie zu erwarten, steigen die ΔRA , in jeder Altersklasse mit der Anzahl der Kinder und sie steigen bei jedem Familientyp mit dem Alter. Da die Bezugspersonen in Haushalten ohne Kinder jeweils überdurchschnittlich alt sind, erhalten diese Haushalte im Rahmen des Altersausgleichs überdurchschnittlich hohe Leistungen. Die Modellrechnung bestätigt also die Untersuchung von PFAFF,¹³ daß

- durch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen vor allem Einverdienerepaare mit überdurchschnittlichem Alter begünstigt werden, die keine Kinder (mehr) versorgen.

Der Familienlastenausgleich wird zusätzlich durch den **Einkommensausgleich** überlagert, da es eine Korrelation zwischen Haushaltseinkommen und Haushaltstyp gibt: Doppelverdiener haben die höchsten durchschnittlichen Haushaltseinkommen. Einverdienerehepaare verfügen über ein vergleichsweise hohes Gesamteinkommen, das nur 15-25% unter dem von Doppelverdienern liegt. Alleinstehende haben ein vergleichsweise niedriges Haushaltseinkommen, das deutlich unter 50% des Einkommens entsprechender Doppelverdienerhaushalte liegt. Außerdem steigt bei Ehepaaren das Einkommen bis zu einer Anzahl von zwei Kindern an, und nimmt bei drei und mehr Kindern leicht ab. Das Einkommen von Alleinerziehenden sinkt mit der Anzahl der Kinder.¹⁴

- Durch diese haushaltsspezifischen Unterschiede in den Gesamteinkommen findet ein Einkommensausgleich von Haushaltstypen mit hohen zu solchen mit niedrigen Einkommen statt.

Wenn alle Haushaltstypen die gleiche durchschnittliche Einkommens- und Altersstruktur hätten, gäbe es keine **Änderungen** in der relativen Einkommensverteilung **gegenüber der Ausgangsverteilung** in Abhängigkeit vom Haushaltstyp. Wegen der Korrelation von Haushaltstyp mit Einkommen und Alter

¹³ Vgl. Pfaff, A. B. (1993), S. 302.

¹⁴ Diese negative Korrelation könnte durch die beschränkten Möglichkeiten Alleinerziehender zur Erwerbstätigkeit bei steigender Kinderzahl erklärt werden.

verändert der Familienausgleich aber die Einkommenspositionen der Versicherten mit einem Gesamtänderungsgrad von 0,364% (vgl. Tabelle 21).

Die einzelnen Änderungsgrade (vgl. Tabelle 24) differieren sehr stark zwischen den unterschiedlichen Haushaltstypen verglichen mit dem Einkommens- und dem Altersausgleich:

- Bei Alleinstehenden steigen sie mit der Anzahl der Kinder von 0,2% auf 3,6% an.
- Bei Einverdienerehepaaren sind sie weitgehend konstant zwischen 1,7% und 1,8%.
- Bei Doppelverdienerehepaaren schwanken sie auf einem mittleren Niveau zwischen 0,1% und 0,7%.

Diese großen Differenzen sind in den unterschiedlichen Einkommensstrukturen der einzelnen Haushaltstypen begründet.

Die starke Begünstigung der Alleinerziehenden ist unerwartet und kann verschiedene Gründe haben: Teilweise handelt es sich bei den Alleinstehenden um getrennt lebende Ehepartner, die immer noch mit dem nicht mehr im Haushalt lebenden Ehepartner mitversichert sind und daher keine Beiträge zahlen. Außerdem kommt es zu Begünstigungen in der relativen Einkommensposition, wenn Empfänger staatlicher Lohnersatzleistungen (z.B. Arbeitslosengeld, Sozialhilfe) weitere Einkommen beziehen, die GKV-Beiträge aber direkt von der zuständigen staatlichen Stelle und nur bezogen auf die Transfers entrichtet werden.

Die relativ hohen Änderungsgrade der Einverdienerehepaare sind zum einen in der regressiven Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze begründet, da ihre Durchschnittseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Zusätzlich werden sie gegenüber Doppelverdienern begünstigt, bei denen die Beitragsbemessungsgrenze bei gleichem Haushaltseinkommen doppelt angesetzt wird.¹⁵ Die Tatsache, daß mitversicherte Ehepartner teilweise Einkommen, z.B.

¹⁵ Diese Ungleichbehandlung ist nicht zu vernachlässigen, da immerhin etwa 10% der GKV-versicherten Haushalte Einverdienerhaushalte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze sind.

aus selbständiger Arbeit, der Krankenversicherung gegenüber nicht angeben, kann einen weiteren Teil der Abweichungen erklären.¹⁶

Insgesamt führt die GKV-Mittelaufbringung zu Änderungen der relativen Einkommensverhältnisse in Abhängigkeit von der Familienstruktur. Dies **verstößt gegen den Grundsatz der horizontalen Gleichbehandlung**. Insbesondere **verschlechtert sich die Position von Doppelverdienerfamilien im Verhältnis zu den übrigen Haushalten** mit gleicher Kinderzahl und gleichem Gesamteinkommen. Diese Ungleichbehandlung ist **nicht in der beitragsfreien Mitversicherung an sich** begründet, sondern sie kommt dadurch zustande, daß bei den einzelnen Haushaltstypen die **Beitragsbemessungsgrenze unterschiedlich angewendet** wird und unterschiedliche Einkommensanteile beitragspflichtig sind.

PKV-Versicherte sind nicht in den Familienlastenausgleich der GKV einbezogen und verändern daher ihre relative Einkommensposition in Verhältnis zur Ausgangsverteilung und in Verhältnis zu den GKV-Versicherten. Man könnte erwarten, daß PKV-Versicherte mit Kindern und nicht erwerbstätigen Ehepartnern verglichen mit entsprechenden GKV-Versicherten in ihrer Einkommensposition benachteiligt werden und daß gleichzeitig die übrigen PKV-Versicherten gegenüber entsprechenden GKV-Versicherten begünstigt werden. Die Änderungsgrade der PKV-versicherten Haushalte bestätigen diese These jedoch nicht (vgl. Tabelle 24):

- Nur Alleinerziehende mit drei und mehr Kindern verschlechtern ihre relative Einkommensposition verglichen mit dem Ausgangszustand und GKV-Versicherten.
- Allen übrigen Haushalte verbessern ihre relative Einkommensposition.

Diese durchschnittliche Verbesserung der PKV-Versicherten ist in ihren hohen Durchschnittseinkommen begründet. PKV-Versicherte verfügen über überdurchschnittliche Einkommen und wären unabhängig von der Familienstruktur in der GKV Nettozahler. Durch die risikoäquivalente, einkommensunabhängige

¹⁶ Dieser Erklärungsansatz wird durch die Auswertung der Änderungsgrade nach Einkommen und Familienstruktur bestätigt (vgl. Tabelle A.3.3.). In jeder Einkommensklasse unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen die Änderungsgrade der Einverdienerehepaare um etwa einen Prozentpunkt über denen der Doppelverdienerehepaaren bei gleicher Kinderzahl. Ab der Beitragsbemessungsgrenze, wo die unterschiedliche Behandlung von Ein- und Doppelverdienern einsetzt, verstärkt sich dieser Effekt auf zwei bis drei Prozentpunkte.

Prämienzahlung können sie ihre relative Einkommensposition im Verhältnis zu GKV-Versicherten verbessern. Wie sich die Einkommenswirkung bei PKV-Versicherten in Abhängigkeit von ihrem Einkommen unterscheidet, läßt sich aufgrund der geringen Besetzungszahlen der PKV-Versicherten nach Einkommen und Familienstruktur nicht untersuchen.

6.1.3. Wirkung ausgewählter Reformvorschläge

In diesem Abschnitt wird untersucht, welche Wirkungen die im vierten Kapitel ausgewählten Reformvorschläge,

1. einer verbreiterten Beitragsbemessungsgrundlage,
 2. eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner und
 3. eines Risikostrukturausgleiches zwischen GKV- und PKV-Versicherten,
- auf die Einkommensverteilung haben. Die Effekte werden zunächst für die einzelnen Reformen getrennt dargestellt und jeweils bewertet. Im letzten Abschnitt, in Kapitel 6.1.3.5., werden diese Einzelergebnisse zusammengefaßt und die Wirkung von kombinierten Reformen beurteilt.

Die aggregierten Wirkungen der Reformvorschläge sind in der folgenden Tabelle über den Grad und die Varianz der Änderung der Einkommensverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung und gegenüber der Ausgangsverteilung dargestellt. Drei weitere Tabellen erfassen die wesentlichen Wirkungsrichtungen der Reformen auf den Einkommens-, den Alters- und den Familienlastenausgleich. Sie werden jeweils versichertenbezogen über Änderungen in den absoluten Umverteilungen ($\Delta(\Delta R_A)$) und den Änderungsgraden ($\Delta(\Delta G_i)$) beschrieben.

ÄNDERUNG GEGENÜBER RISIKOÄQUIVALENTER ZAHLUNG						
	Gesamt-Umverteilungsgrad $\Sigma R\ddot{A}$ / bei Reform $\Delta(\Sigma R\ddot{A})$			Varianz der Umverteilung $V_R\ddot{A}$ / bei Reform $\Delta(V_R\ddot{A})$		
	Einkom.	Alter	Familie	Einkom.	Alter	Familie
GKV						
Heute	0,796%	0,855%	0,382%	1.209.232	1.226.811	448.344
Reform 1	0%	-6%	12%	1%	-14%	3%
Reform 2	-5%	0%	-44%	-10%	1%	-53%
Reform 1/2	-3%	-6%	-30%	-9%	-12%	-49%
Reform 3	-4%	-5%	-9%	-10%	-4%	-5%
GKV + PKV						
Heute	0,704%	0,755%	0,343%	1.131.811	1.146.678	424.423
Reform 1	1%	-5%	13%	2%	-14%	5%
Reform 2	-5%	0%	-43%	-11%	1%	-53%
Reform ½	-3%	-5%	-29%	-8%	-12%	-48%
Reform 3	17%	13%	33%	52%	42%	150%
ÄNDERUNG GEGENÜBER AUSGANGSVERTEILUNG						
	Gesamt-Änderungsgrad $\Sigma \ddot{A}G$ / bei Reform $\Delta(\Sigma \ddot{A}G)$			Varianz der Änderung V_PR / bei Reform $\Delta(V_PR)$		
	Einkom.	Alter	Familie	Einkom.	Alter	Familie
GKV						
Heute	0,392%	0,390%	0,364%	1.863.267	290.183	412.006
Reform 1	5%	-27%	-24%	0%	-40%	-20%
Reform 2	5%	-2%	-3%	5%	-6%	-43%
Reform 1/2	14%	-27%	-29%	5%	-41%	-61%
Reform 3	14%	17%	23%	9%	35%	25%
PKV						
Heute	2,257%	2,135%	2,143%	44.198.927	23.318.977	23.850.320
Reform 3	-39%	-51%	-55%	-53%	-75%	-61%
GKV + PKV						
Heute	0,612%	0,598%	0,578%	4.876.697	2.037.466	2.188.033
Reform 1	2%	-16%	-14%	-2%	-9%	-7%
Reform 2	3%	0%	-1%	3%	1%	-5%
Reform ½	7%	-16%	-16%	1%	-7%	-12%
Reform 3	-11%	-13%	-12%	-33%	-61%	-51%

Tabelle 25: Aggregierte Wirkungen der Reformvorschläge auf die Einkommensverteilung
(Quelle: Eigene Berechnung)

	Einkommen									
	0-15.000	15.001-25.000	25.001-35.000	35.001-45.000	45.001-55.000	55.001-65.000	65.001-80.000	80.001-100.000	100.001-150.000	>150.000
GKV										
$\Delta R\ddot{A}$	1.077,-	1.219,-	1.143,-	667,-	108,-	-360,-	-720,-	-1.246,-	-1.963,-	-1.976,-
$\Delta^1(\Delta R\ddot{A})$	-16,-	-61,-	-133,-	-174,-	-166,-	-190,-	-186,-	-85,-	-36,-	-6,-
$\Delta^2(\Delta R\ddot{A})$	-124,-	-45,-	-42,-	-51,-	-53,-	-65,-	-33,-	69,-	162,-	92,-
$\Delta^{1,2}(\Delta R\ddot{A})$	-134,-	-100,-	-164,-	-210,-	-205,-	-238,-	-204,-	-12,-	121,-	82,-
$\Delta^3(\Delta R\ddot{A})$	15,-	31,-	50,-	69,-	91,-	110,-	129,-	154,-	186,-	212,-
$\ddot{A}G$	0,74%	0,54%	0,41%	0,27%	-0,08%	-0,20%	0,02%	0,36%	1,23%	3,80%
$\Delta^1(\ddot{A}G)$	-0,14%	-0,32%	-0,47%	-0,46%	-0,35%	-0,34%	-0,27%	-0,10%	-0,03%	0,00%
$\Delta^2(\ddot{A}G)$	-1,10%	-0,23%	-0,15%	-0,13%	-0,11%	-0,11%	-0,05%	0,08%	0,14%	0,05%
$\Delta^{1,2}(\ddot{A}G)$	-1,18%	-0,52%	-0,57%	-0,55%	-0,44%	-0,42%	-0,30%	-0,01%	0,11%	0,04%
$\Delta^3(\ddot{A}G)$	0,14%	0,16%	0,17%	0,18%	0,19%	0,19%	0,19%	0,18%	0,16%	0,11%
Alter	49,9	58,5	61,0	55,1	50,7	47,8	46,3	45,8	45,7	49,1
PKV										
$\Delta^3(\Delta R\ddot{A})$	1.631,-	810,-	112,-	-869,-	-1.730,-	-2.624,-	-3.556,-	-3.744,-	-3.227,-	-3.692,-
$\ddot{A}G$	-10,06%	-2,92%	-2,14%	-0,26%	1,48%	2,24%	3,01%	3,80%	4,51%	5,91%
$\Delta^3(\ddot{A}G)$	16,43%	4,54%	0,42%	-2,44%	-3,79%	-4,73%	-5,19%	-4,31%	-2,73%	-1,54%
Alter	28,3	33	54,8	55,2	53,1	52,2	45,8	44,5	45,2	48,6

Tabelle 26: Wirkungen der Reformvorschläge auf den Einkommensausgleich
(Quelle: Eigene Berechnung)

	Alter						
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	>79
GKV							
$\Delta\text{R}\ddot{\text{A}}$	-894,-	-1.052,-	-973,-	-474,-	884,-	1.602,-	2.216,-
$\Delta^1(\Delta\text{R}\ddot{\text{A}})$	31,-	-1,-	-55,-	-132,-	-283,-	-253,-	-191,-
$\Delta^2(\Delta\text{R}\ddot{\text{A}})$	-35,-	2,-	19,-	-39,-	-104,-	52,-	60,-
$\Delta^{1,2}(\Delta\text{R}\ddot{\text{A}})$	-5,-	1,-	-33,-	-159,-	-363,-	-185,-	-120,-
$\ddot{\text{A}}\text{G}$	-0,35%	0,16%	0,92%	1,09%	1,33%	1,19%	0,82%
$\Delta^1(\ddot{\text{A}}\text{G})$	0,07%	0,00%	-0,07%	-0,18%	-0,60%	-0,70%	-0,65%
$\Delta^2(\ddot{\text{A}}\text{G})$	-0,08%	0,00%	0,02%	-0,05%	-0,22%	0,14%	0,20%
$\Delta^{1,2}(\ddot{\text{A}}\text{G})$	-0,01%	0,00%	-0,04%	-0,22%	-0,77%	-0,51%	-0,41%
Einkommen	44.739	67.732	82.069	75.849	48.739	37.397	30.534

Tabelle 27: Wirkungen der Reformvorschläge auf den Altersausgleich
(Quelle: Eigene Berechnung)

	Familienstruktur mit ... Anzahl Kindern											
	Alleinstehend				Einverdiener Ehepaar				Doppelverdiener Ehepaar			
	0	1	2	≥ 3	0	1	2	≥ 3	0	1	2	≥ 3
GKV												
ΔRÄ	-122,-	-211,-	907,-	2.588,-	1.041,-	78,-	220,-	1.140,-	-331,-	-1.606,-	-1.277,-	-358,-
Δ ¹ (ΔRÄ)	-217,-	-306,-	739,-	2444,-	812,-	32,-	231,-	1091,-	-532,-	-1688,-	-1409,-	-528,-
Δ ² (ΔRÄ)	112,-	129,-	49,-	-69,-	-605,-	-566,-	-563,-	-573,-	297,-	354,-	364,-	344,-
Δ ^{1,2} (ΔRÄ)	19,-	35,-	-109,-	-199,-	-790,-	-583,-	-528,-	-593,-	97,-	262,-	225,-	170,-
Δ ³ (ΔRÄ)	65,-	81,-	71,-	33,-	90,-	111,-	120,-	114,-	136,-	163,-	168,-	158,-
ÄG	0,21%	0,77%	1,77%	3,59%	1,68%	1,72%	1,74%	1,80%	0,36%	0,09%	0,52%	0,71%
Δ ¹ (ÄG)	-0,27%	-0,22%	-0,43%	-0,41%	-0,39%	-0,06%	0,01%	-0,06%	-0,27%	-0,09%	-0,14%	-0,19%
Δ ² (ÄG)	0,31%	0,30%	0,12%	-0,20%	-1,03%	-0,75%	-0,71%	-0,74%	0,39%	0,40%	0,38%	0,37%
Δ ^{1,2} (ÄG)	0,05%	0,08%	-0,28%	-0,57%	-1,34%	-0,78%	-0,66%	-0,77%	0,13%	0,30%	0,24%	0,18%
Δ ³ (ÄG)	0,18%	0,19%	0,18%	0,09%	0,15%	0,15%	0,15%	0,15%	0,18%	0,18%	0,18%	0,17%
Alter	54,1	40,3	38,2	38,0	60,0	44,7	39,8	39,7	57,5	41,8	39,9	39,6
Einkom.	37.478,-	44.708,-	40.435,-	34.706,-	61.156,-	77.457,-	82.242,-	79.802,-	79.735,-	93.071,-	99.259,-	95.862,-
PKV												
Δ ³ (ΔRÄ)	-2.758,-	-1.426,-	-669,-	2.024,-	-824,-	-345,-	711,-	2.191,-	-6.032,-	-4.659,-	-2.994,-	-1.418,-
ÄG	4,42%	4,02%	3,46%	-1,61%	3,69%	4,18%	4,17%	4,23%	4,89%	5,34%	4,84%	4,71%
Δ ³ (ÄG)	-3,75%	-1,80%	-0,73%	3,42%	-0,68%	-0,25%	0,47%	1,20%	-3,32%	-2,38%	-1,62%	-0,77%
Einkom.	75.360,-	80.771,-	94.524,-	64.349,-	123.106,-	134.910,-	149.117,-	178.898,-	183.624,-	194.536,-	185.039,-	183.046,-

Tabelle 28: Wirkungen der Reformvorschläge auf den Familienlastenausgleich

(Quelle: Eigene Berechnung)

6.1.3.1. Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage

6.1.3.1.1. Wirkung auf die Einkommensverteilung

Durch Reform 1, eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage, nimmt die Bedeutung des Arbeitseinkommens für die GKV-Mittelaufbringung ab. Der Beitragssatz sinkt von 12,5% bezogen auf die ursprüngliche Bemessungsgrundlage auf 11,5% bezogen auf die erweiterte Beitragsbemessungsgrundlage. Durch diese Beitragssatzreduktion werden die Arbeitgeber um $\frac{1}{12,5}$ ihrer Zahlungen oder 3,1 Mrd. DM¹⁷ entlastet, die die Arbeitnehmer auf ihre neu in die Beitragsberechnung einbezogenen Einkommen entrichten.

Die **wesentlichen Wirkungen** der Reform zeigen sich in den Änderungen der aggregierten Abweichungen von der risikoäquivalenten Zahlung und von der Ausgangsverteilung. So zeigen die Gesamtänderungsgrade in Tabelle 25, daß durch diese Reform das Ziel der stärkeren Ausrichtung an der Leistungsfähigkeit der **GKV-Versicherten** nur teilweise erreicht wird. Reformvorschlag 1

- verstärkt die Abweichung des Einkommensausgleichs von der proportionalen, leistungsfähigkeitsorientierten Mittelaufbringung um 5% und
- reduziert die Abweichungen des Alters- und des Einkommensausgleichs von der leistungsfähigkeitsorientierten Finanzierung um 27% bzw. 24%.

Gleichzeitig verändern sich die Umverteilungen gegenüber risikoäquivalenter Zahlung:

- Der Altersausgleich geht, wie zu erwarten, in seinem Gesamtumfang um 6% zurück, da ältere Versicherte nun mit ihren hohen, bisher beitragsfreien Einkommensanteilen zur Finanzierung herangezogen werden.
- Die familienbezogenen Umverteilungen erhöhen sich um 12%, was zunächst unerwartet ist.

Im einzelnen zeigen sich bei den **GKV-Versicherten** folgende Änderungen im Einkommens-, Alters- und Familienlastenausgleich.

Die Wirkung der Reform auf den **Einkommensausgleich** wird im wesentlichen durch die Beitragsbemessungsgrenze bestimmt. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze steigen die absoluten Beitragserhöhungen mit dem Einkommen zunächst auf bis zu 190 DM an und fallen dann bei Einkommen über 80.000 DM steil ab

¹⁷ Siehe Fußnote 4.

(vgl. $\Delta R'(\Delta R\bar{A}_i)$ in Tabelle 26). Die Änderungen der absoluten Beiträge führen zu entsprechenden Verschiebungen in der relativen Einkommensverteilung ($\Delta R'(\bar{A}G_i)$ in Tabelle 26).

- Durch die Reform werden vor allem Haushalte mit einem Gesamteinkommen zwischen 25.000 DM und 80.000 DM relativ belastet.
- Die übrigen Einkommensklassen, also vor allem oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, halten ihre relative Einkommensposition.¹⁸

Die starke Belastung der mittleren Einkommen ist durch zwei Effekte zu erklären. Zum einen steigt mit dem Einkommen der Anteil der beitragsfreien Einkommen und damit steigen die Beitragszahlungen bei Reform 1. Dieser Effekt verstärkt sich noch dadurch, daß das Durchschnittsalter der Bezugspersonen im Bereich der mittleren Einkommen überdurchschnittlich hoch ist und sie damit derzeit einen höheren Anteil beitragsfreier Einkommen beziehen.

Die Änderung des **Altersausgleichs** bei den einzelnen Altersgruppen zeigt die erwarteten Effekte (vgl. Tabelle 27): Die absoluten Beitragserhöhungen ($\Delta R'(\Delta R\bar{A}_i)$) der Versicherten steigen ab einem Alter von etwa 40 Jahren wegen der hohen bisher nicht berücksichtigten Einkommensanteile stark an. In sehr hohem Alter wird das Wachstum durch das niedrigere Gesamteinkommen begrenzt. Deutlicher ist der Effekt an der Änderung der Änderungsgrade zu erkennen:

- Die überdurchschnittliche Begünstigung der älteren Versicherten über 60 Jahre wird deutlich zurückgenommen und
- die Einkommenspositionen der jüngeren Versicherten bleiben weitgehend konstant.
- Insgesamt wird eine gleichmäßige Annäherung an die leistungsfähigkeitsorientierte Finanzierung erreicht mit einer entsprechend geringen Spanne der Änderungsgrade.

Der **Familienlastenausgleich** ändert sich durch die Reform in zwei Richtungen:

- Das Umverteilungsvolumen steigt an und gleichzeitig wird
- eine stärkere Ausrichtung an der Leistungsfähigkeit erreicht.

¹⁸ Die vergleichsweise geringe Belastung der ganz niedrigen Einkommen könnte auf den hohen Anteil von Studenten, die durch die Reform nicht betroffen sind, in dieser Klasse zurückgeführt werden.

Durch die Reform erhöhen sich die durchschnittlichen Beitragszahlungen ($\Delta R(\Delta R\ddot{A})$) von Doppelverdienerhaushalten, Einverdienerhepaaren ohne Kinder und Alleinerziehenden mit zwei und mehr Kindern überdurchschnittlich (vgl. Tabelle 28).

Doppelverdienerhaushalte zahlen höhere Beiträge, da bei jedem Verdienere bis zur Beitragsbemessungsgrenze weitere Einkommen berücksichtigt werden. Bei Einverdienerhepaaren mit Kindern steigen die Beitragszahlungen kaum, da ihre Durchschnittseinkommen oberhalb der einfachen Beitragsbemessungsgrenze liegen. Mit der Rücknahme des Altersausgleichs erhöhen sich die Beiträge von Ehepaaren ohne Kinder wegen ihres überdurchschnittlichen Alters. Die stärkere Belastung von Alleinstehenden mit zwei und mehr Kindern ist nicht unmittelbar plausibel. Es könnte sein, daß sie über Einkommen verfügen, die bei der Beitragsberechnung nicht berücksichtigt werden, wenn sie Mitversicherte sind oder wenn sie Lohnersatzleistungen beziehen.

- Die höheren Zahlungen der Alleinstehenden und Einverdienerhepaare reduzieren die familienabhängigen Umverteilungen.
- Die höheren Nettzahlungen der Doppelverdienerfamilien haben jedoch einen größeren Umfang, so daß sich das Gesamtvolumen der Umverteilung erhöht.

Auch wenn die Abweichung der Einkommensverteilung von der proportionalen Mittelaufbringung insgesamt zurückgeht, zeigen sich bei einzelnen Versichertengruppen unterschiedliche Änderungen in den relativen Einkommenspositionen. Bei Alleinerziehenden mit mehr als einem Kind und bei Einverdienerhepaaren ohne Kinder gehen die Änderungsgrade zurück, bleiben aber weiterhin mit 1,3% bzw. 3,2% überdurchschnittlich hoch. Die Änderungsgrade der Doppelverdienerhaushalte sinken nochmals ab. Die Begünstigungsposition der Einverdienerhaushalte mit Kindern bleibt auf dem überdurchschnittlichen Niveau von etwa 1,7%.

- Insgesamt verstärkt sich die unterschiedliche Behandlung von Einverdiener- und Doppelverdienerhepaaren noch.¹⁹

¹⁹ Die einzelnen Wirkungen zeigen sich bei einem Vergleich der Haushaltstypen in Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze verringert sich durch die höheren Beitragszahlungen der Einverdienerhepaare die Ungleichbehandlung gegenüber den Doppelverdienerhaushalten. Bei höheren Einkommen vergrößern sich die Differenzen

6.1.3.1.2. Bewertung

Die Ergebnisse der Modellrechnung zeigen, daß eine **Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage nicht primär zu einer stärkeren Leistungsorientierung der Finanzierung und damit zu einer höheren Verteilungseffizienz des Einkommensausgleichs im Sinne der Leistungsfähigkeit führt**, wie man zunächst annehmen würde. Neben dem Einkommensausgleich werden maßgeblich der Alters- und der Familienlastenausgleich beeinflußt. Es ergeben sich folgende unterschiedliche Auswirkungen auf das Ziel der leistungsorientierten Finanzierung:

- Die horizontale **Ungleichbehandlung**, die derzeit dadurch entsteht, daß Versicherte **altersabhängig** in unterschiedlichem Umfang über beitragsfreie Einkommensteile verfügen, wird durch die Reform **maßgeblich, um 27%, verringert**. Sie wird jedoch **nicht ganz behoben**, weil die Reform, die **neu einbezogenen Einkommensarten nur zu 50% berücksichtigt** und weil die **regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze** mit der Höhe des Einkommens altersabhängig bleibt.
- Die **aggregierten Abweichungen der familienzuspezifischen** Beitragserhebung von der Leistungsfähigkeit werden ebenfalls **deutlich, um 24%, verringert**. Trotz dieses hohen, aggregierten Rückgangs **verstärken sich die Ungleichbehandlungen von Ein- und Doppelverdienern** mit hohen Haushaltseinkommen.
- Das Hauptziel der Reform, die Finanzierung **insgesamt stärker an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit** der Versicherten zu orientieren, **wird nicht erreicht**. So nähert sich die Finanzierung zwar im Bereich der unteren Einkommen an die zum Gesamteinkommen proportionale Beitragserhebung an. Gleichzeitig wirkt aber bei einem niedrigeren Beitragssatz die **konstante Beitragsbemessungsgrenze regressiver** als heute und **belastet die mittleren Einkommensgruppen**. Insgesamt entfernt sich der Einkommensausgleich von der leistungsorientierten Mittelaufbringung.

Die Reduktion der alters- und familienzuspezifischen Ungleichbehandlungen zeigt, daß die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage ein Ansatz zur

aber noch, da die Beiträge der Einverdienerhaushalte mit dem Beitragssatz zurückgehen, während die Beiträge der Doppelverdiener noch ansteigen.

Steigerung der Verteilungseffizienz im Sinne des Leistungsfähigkeitsprinzips ist. Dieser Vorschlag **erhöht die Verteilungseffizienz aber nur dann eindeutig, wenn die Beitragsbemessungsgrenze so weit angehoben** wird, daß die mittleren Einkommen nicht stärker belastet werden.

Gleichzeitig sollte eine für alle Versicherten **einheitliche Abgrenzung der Beitragsbemessungsgrundlage** angestrebt werden, um die Beitragszahlungen von freiwillig und Pflichtversicherten vollständig anzugleichen.

Die **Ungleichbehandlung von GKV- und PKV-Versicherten werden durch die Reform nicht gesenkt** und so die gesamtgesellschaftlichen Verteilungsziele nur beschränkt beeinflußt. So bewirkt die Annäherung des Alters- und des Familienlastenausgleichs an die proportionale Mittelaufbringung innerhalb der GKV um 27% bzw. 24% nur einen Rückgang der gesamtgesellschaftlichen Änderungsgrade um 16% bzw. 14%. Gesamtgesellschaftlich kann die Verteilungseffizienz nicht allein über Reformen der GKV-Beitragsberechnung gesteigert werden.

6.1.3.2. Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner

6.1.3.2.1. Wirkung auf die Einkommensverteilung

Auch Reformvorschlag 2, ein Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner, verbreitert die Beitragsbemessungsgrundlage und senkt den Beitragssatz auf 11,2%. Der Entlastungseffekt für die Arbeitgeber ist mit 0,2 Mrd. DM²⁰ wesentlich geringer als bei Reform 1, unter der Annahme, daß analog zur Zuschußregelung für Privatversicherte, die Arbeitgeber auch an der Finanzierung der Ehepartnerbeiträge beteiligt werden.

Die aggregierten Kennzahlen zeigen die beiden wesentlichen Umverteilungswirkungen dieses Reformvorschlages (vgl. Tabelle 25):

- Der Gesamtumfang der Umverteilung ($\Delta(\Sigma UG)$) des Familienlastenausgleichs wird massiv, um 44%, zurückgenommen.
- Die erhöhte Abweichung des Einkommensausgleichs von der leistungsfähigkeitsorientierten Mittelaufbringung um 5% ($\Delta(\Sigma \Delta G)$), ist dagegen vergleichsweise gering, aber absolut nicht zu vernachlässigen.

²⁰ Siehe Fußnote 4.

Im Durchschnitt kommt es zu einer Verschiebung im **Familienlastenausgleich** (vgl. $\Delta R^2(\Delta RA)$ in Tabelle 27).

- Die Zahlungen von Einverdienerhepaaren erhöhen sich aufgrund des Beitrags für mitversicherte Ehepartner um 560 DM bis 600 DM.
- Die übrigen Familientypen zahlen nach Maßgabe ihres beitragspflichtigen Einkommens entsprechend dem niedrigeren Beitragssatz geringere Beiträge.²¹

Zugleich ändert sich die relative Einkommensverteilung der Versicherten gegenüber heute und gegenüber der Ausgangsverteilung ($\Delta R^2(\Delta G_i)$). Die relative Einkommensposition von Alleinstehenden und Doppelverdienerhepaaren verbessert sich gegenüber heute um 0,2 bis 0,4 Prozentpunkte, während sich die Position von Einverdienerhepaaren um bis zu einen Prozentpunkt verschlechtert.

- Im Durchschnitt gleichen sich die Änderungsgrade über alle Familientypen an.

Dieser aggregierte Effekt zeigt aber nicht, daß Reform 2 je nach Gesamteinkommen unterschiedliche und gegenläufige Wirkungen hat. Dies zeigt die Auswertung der Änderungsgrade in Abhängigkeit von der Familienstruktur und vom Einkommen (vgl. Abbildung 20):²²

- In allen Einkommensklassen weisen Einverdienerhepaare aufgrund des Ehepartnerbeitrags einen niedrigeren Änderungsgrad auf als Haushalte von Alleinstehenden.
- Im Bereich der Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze werden Einverdienerhaushalte auch stärker relativ belastet als Doppelverdienerhepaare.

²¹ Eine Ausnahme bilden Alleinstehende mit drei Kindern, die im Durchschnitt 70 DM höhere Beiträge zahlen. Dieser Wert kann als Bestätigung der Hypothese gesehen werden, daß diese Gruppe einen hohen Anteil von mitversicherten, vom Ehepartner getrennt lebenden Personen hat. Er sollte aber nicht überbewertet werden, da zu dieser Gruppe nur 0,3% der GKV-Versicherten gehören.

²² Diese Betrachtung gilt immer für Haushalte mit gleichem Gesamteinkommen und gleicher Kinderzahl.

- Im Bereich darüber liegender Einkommen wird die heutige, starke Begünstigung der Einverdienerhepaare etwas zurückgenommen. Bei sehr hohen Einkommen hat der Mindestbeitrag eine geringe relative Wirkung.

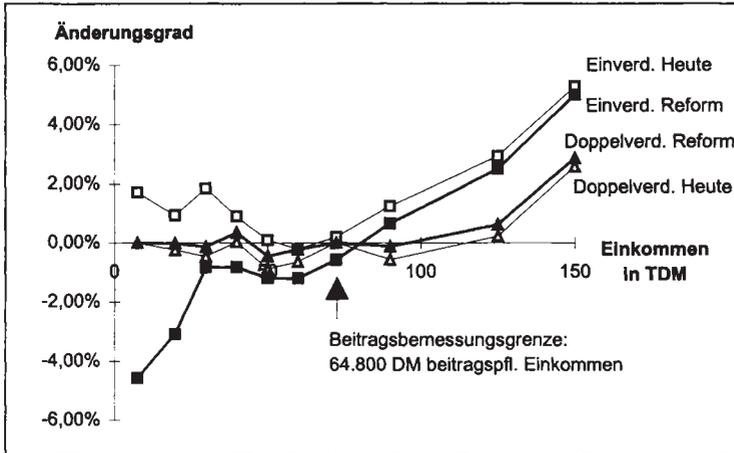


Abbildung 20: Einkommensabhängige Wirkung von Reform 2 bei Ein- und Doppelverdienerhepaaren mit einem Kind (Quelle: Eigene Berechnung)

Die Veränderung des **Einkommensausgleichs** zeigt (vgl. Tabelle 26), daß auch Reform 2 eine regressiv Wirkung hat. Sie führt zu weitgehend konstanten, betragsmäßig geringen Mehrzahlungen im Bereich der Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Haushalte mit Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze werden im Durchschnitt durch die Reform entlastet, da mit dem Beitragssatz der Höchstbeitrag sinkt.

- Der regressiv Effekt zeigt sich auch in der Entwicklung der Änderungsgrade. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze verschlechtern sich die relativen Einkommenspositionen der Versicherten. Darüber verbessern sich die Haushalte in ihrer relativen Einkommenspositionen, wobei dieser Effekt mit steigendem Einkommen abnimmt.

6.1.3.2.2. Bewertung

Die Einführung eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner soll die familientypspezifischen Ungleichbehandlungen reduzieren, die durch die unterschiedliche Anrechnung der Beitragsbemessungsgrenze bei Ein- und Doppelverdienerehepaaren entstehen, und so die Umverteilungen stärker am Leistungsfähigkeitsprinzip orientieren.

- Bei der derzeitigen Versichertenstruktur ergibt sich **aggregiert eine Reduktion der familientypspezifischen Abweichungen von der proportionalen Mittelaufbringung um 3%**. Wegen der teilweise gegenläufigen Einzeleffekte ist sie nicht mit einer eindeutigen Erhöhung der Verteilungseffizienz gleichzusetzen. Die Reform senkt nämlich nicht die familientypabhängigen Unterschiede in den Beitragszahlungen, sondern **ändert die Begünstigungs- und Belastungspositionen**.²³
- Die **horizontalen Ungleichbehandlungen**, die durch unterschiedliche Aufteilung der Haushaltseinkommen bei **Doppelverdienerehepaaren entstehen, bleiben unverändert**.
- Die bezogen auf die Einkommen **regressive Wirkung** des Mindestbeitrags führt zu einer weiteren **Abweichung von der leistungsfähigkeitsorientierten Finanzierung**.

Ein Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner ist daher nicht geeignet, die Ungleichbehandlungen der Familienversicherung zu beheben und **die Verteilungseffizienz im Sinne der Leistungsfähigkeit zu erhöhen**. Ihre wesentliche Wirkung zeigt sich nicht in der Annäherung an die leistungsfähigkeitsorientierte Finanzierung, sondern in der **Reduktion des Gesamtumverteilungsumfanges um 44% und damit in der Betonung des Äquivalenzprinzips**.

PKV-Versicherte sind von Reform 2 nicht betroffen. Wie auch bei Reform 1 führen die Umverteilungswirkungen zwischen den GKV-Versicherten daher nur in abgeschwächter Form zu gleichgerichteten Änderungen der gesamtgesellschaftlichen Einkommensverteilung.

²³ Einverdienerehepaare mit Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze verschlechtern ihre relative Einkommensposition gegenüber anderen Haushalten mit gleichem Einkommen, während die Begünstigung von Einverdienerehepaaren mit höheren Einkommen zurückgenommen, aber nicht aufgehoben wird.

6.1.3.3. Verbreiterte Bemessungsgrundlage und Ehepartnerbeitrag

6.1.3.3.1. Wirkung auf die Einkommensverteilung

Da die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und die Einführung eines Beitrags für mitversicherte Ehepartner über verschiedene Ansatzpunkte die GKV-Umverteilungen verändern, ergeben sich die Wirkungen einer kombinierten Reform 1/2 weitgehend als Addition der beiden Einzeleffekte. Die zweifach verbreiterte Beitragsbemessungsgrundlage führt zu einer Absenkung des Beitragssatzes auf 10,7%. Der Entlastungseffekt für die Arbeitgeber liegt wie bei Reform 1 etwa bei 3,0 Mrd. DM.²⁴

- Der Einkommensausgleich wird deutlich regressiver gegenüber heute, wie die Zunahme des Gesamtänderungsgrades um 14% zeigt ($\Delta(\Sigma\text{ÄG})$ in Tabelle 25).
- Der Altersausgleich wird um 27% stärker an die leistungsfähigkeitsorientierte Mittelaufbringung angeglichen ($\Delta(\Sigma\text{ÄG})$).
- Die Umverteilungen des Familienlastenausgleichs ($\Delta(\Sigma\text{UG})$) werden massiv um 30% zurückgenommen. Gleichzeitig werden die familientypspezifischen Abweichungen der Finanzierung vom Leistungsfähigkeitsprinzip in gleichem Umfang reduziert.

Der **Einkommensausgleich** verschiebt sich zu Lasten der Bezieher von Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze, deren Zahlungen um 100 DM bei unteren Einkommen bis 238 DM bei Einkommen an der Beitragsbemessungsgrenze zunehmen (vgl. Tabelle 26). Diese Zahlungen sind höher als bei den Einzelreformen. Haushalte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze werden demgegenüber deutlich, um etwa 100 DM, entlastet. Entsprechend verschlechtern sich die Einkommenspositionen von Versicherten unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze um etwa 0,5% ihres Gesamteinkommens und die der übrigen Versicherten verbessern sich um bis zu 0,1%.

Der **Altersausgleich** wird durch die Kombination der Reformen stärker an die Leistungsfähigkeit der Versicherten angeglichen und in seinem Volumen um 6% reduziert. Die leistungsfähigkeitsorientierte Ausrichtung zeigt sich in den

²⁴ Siehe Fußnote 4.

nur noch geringen Streuungen der altersspezifischen Änderungsgrade (vgl. Tabelle 27).

Änderungen im **Familienlastenausgleich** werden maßgeblich durch die Wirkung des Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner bestimmt. Die familienbezogenen Umverteilungen reduzieren sich insgesamt um 30% und die Finanzierung nähert sich stärker an die leistungsfähigkeitsorientierte Mittelaufbringung an. Entsprechend sinken die familientypspezifischen Änderungen der relativen Einkommen. Die Änderungsgrade variieren nur noch zwischen 0,3 und 1,5 Prozentpunkten (vgl. Tabelle 28).²⁵ Am höchsten ist die Senkung des Änderungsgrades von 1,68% auf 0,34% bei Einverdienerhepaaren ohne Kinder, die derzeit die Hauptbegünstigten im Familienlastenausgleich sind. Die durchschnittlichen Änderungsgrade von Ehepaaren mit einem und zwei Verdienern haben sich weitgehend angeglichen, wenngleich sich einkommensabhängig die Ungleichbehandlungen teilweise noch verstärkt haben, wie im letzten Abschnitt ausführlich dargestellt wurde.

6.1.3.3.2. Bewertung

Ziel des Reformpaketes ist es, Abweichungen vom Grundsatz der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit zu reduzieren, also die Finanzierung stärker an der Leistungsfähigkeit auszurichten. Die Reformen haben *vier unterschiedliche Wirkungen, die nicht zu einer stärkeren Orientierung an der Leistungsfähigkeit führen und grundsätzlich keine einheitliche Zielsetzung für die GKV-Finanzierung erkennen lassen.*

- Durch *Reform 1* wird die Finanzierung im Bereich der unteren und mittleren Einkommen sowie im Alters- und Familienlastenausgleich *stärker an der Leistungsfähigkeit* orientiert.
- *Beide Reformen* erhöhen die Abweichungen des Einkommensausgleichs von der leistungsfähigkeitsorientierten Mittelaufbringung wegen der *regressiven Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze* bei niedrigerem Beitragssatz

²⁵ Die Gruppe der Alleinstehenden mit drei Kindern wurde wegen ihres geringen Anteils von 0,3% vernachlässigt.

und wegen des einkommensunabhängigen Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner.

- Auch die Hauptwirkung von **Reform 2**, die **Äquivalenzorientierung** der Familienversicherung, widerspricht der stärkeren Orientierung an der Leistungsfähigkeit, die durch Reform 1 angestrebt wird.
- Gesamtgesellschaftlich sind die Abweichungen von der leistungsfähigkeitsorientierten Mittelaufbringung in Abhängigkeit vom Einkommen um etwa 40% größer als innerhalb der GKV und in Abhängigkeit von der Familienstruktur sogar um etwa 90% größer. Das Ziel der **gesamtgesellschaftlichen Leistungsfähigkeitsorientierung kann nicht effizient durch Reformen unterstützt werden, die sich nur auf die GKV beschränken**.

Die Kombination von Reform 1 und Reform 2 führt zwar **partiell, zu einer Erhöhung der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit** der Mittelaufbringung. Die Gesamtheit der Wirkungen unterstützt dieses Ziel aber nicht, da es gleichzeitig zu **neuen Verstößen gegen diese Prinzipien** kommt. Außerdem unterstützen die Reformen unterschiedliche Zielsetzungen. Daher wird die **Verteilungseffizienz weder im Sinne der Leistungsfähigkeit noch im Sinne der Äquivalenzausrichtung erhöht**.

6.1.3.4. Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV

6.1.3.4.1. Wirkung auf die Einkommensverteilung

Durch den dritten Reformvorschlag, eine modifizierte Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich, werden die interpersonellen Umverteilungen der GKV, mit Ausnahme des Altersausgleichs, auf den Kreis der PKV-Versicherten ausgedehnt. Die Berechnung ergibt (vgl. $\Delta^3(\Sigma AG)$ in Tabelle 25), daß dabei

- die Abweichungen von der leistungsfähigkeitsorientierten Mittelaufbringung in der PKV um etwa 50% und gesamtgesellschaftlich um über 10% reduziert werden.

Unerwartet ist zunächst die Erhöhung der Abweichungen der GKV-Beiträge von der proportionalen Mittelaufbringung. Sie bedeutet keine stärkere Abweichung vom Leistungsfähigkeitsprinzip, sondern ist in der unterschiedlichen Be-

rechnung der Arbeitgeberanteile heute und im Referenzsystem begründet.²⁶ Deutlicher wird die Angleichung der Einkommensverteilung von GKV- und PKV-Versicherten anhand der absoluten Einkommensänderungen. Heute haben die GKV-Versicherten im Durchschnitt ein um 435 DM höheres Einkommen als im Referenzsystem. Durch diesen Reformvorschlag würde sich die Differenz auf 533 DM erhöhen. Bei PKV-Versicherten würde die Begünstigung gegenüber einer proportionalen Beitragserhebung von 4.388 DM auf 1.992 DM zurückgehen. In dieser immer noch stärkeren Begünstigung der PKV-Versicherten zeigt sich die regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze. Das Durchschnittseinkommen von PKV-Versicherten liegt nämlich mit etwa 100.000 DM wesentlich über der Bemessungsgrenze und über dem der GKV-Versicherten von etwa 60.000 DM.

Durch die Einbeziehung der PKV in den RSA kommt es insgesamt zu Nettoszahlungen von PKV-Versicherten an GKV-Versicherte in Höhe von etwa 6 Mrd. DM²⁷. Dadurch sinkt der GKV-Beitragssatz von 12,1% auf 11,7%. Diese Beitragssatzreduktion unterscheidet sich von der Senkung bei den anderen beiden Reformen in zwei Punkten:

- Diese Senkung führt nur zu einer vergleichsweise geringen Reduktion der gesamten Zahlungen durch die Arbeitgeber.
- Insgesamt erhöht sich das Gesamteinkommen der GKV-Versicherten nach Maßgabe der Beitragssatzreduktion.

Die Arbeitgeber entrichten für GKV-Versicherte zwar niedrigere Beiträge, gleichzeitig übernehmen sie aber für PKV-Versicherte, die Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuß haben, auch 50% der RSA-Zahlungen.²⁸ Da der Anteil der Versicherten mit Anspruch auf Arbeitgeberzuschuß in der GKV höher als in der PKV ist, gehen die Arbeitgeberzahlungen insgesamt leicht zurück.

Bei den anderen beiden Reformen kann der Beitragssatz aufgrund der verbreiterten Bemessungsgrundlage gesenkt werden. Dabei bleibt das Gesamtvolumen der Beitragszahlungen und damit der Gesamteinkommen der GKV-Versicherten

²⁶ Siehe Fußnote 3.

²⁷ Siehe Fußnote 4.

²⁸ Arbeitgeber werden damit analog zur privaten Krankenversicherung von Familienangehörigen und zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs in der GKV auch an der Finanzierung der RSA-Zahlungen der PKV-Versicherten beteiligt.

gleich. Dagegen führt die Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA zu einer Umverteilung von PKV- zu GKV-Versicherten und damit zu einer Erhöhung der Gesamteinkommen der GKV-Versicherten nach Maßgabe der Beitragssatzreduktion.

Die interpersonellen Umverteilungen **innerhalb der GKV** werden durch diese Reform nur unwesentlich beeinflusst. Die Änderungsgrade erhöhen sich leicht um 0,15 bis 0,2 Prozentpunkte. Diese Wirkung nimmt mit dem Anteil des beitragspflichtigen Einkommens am Gesamteinkommen ab, z.B. bei Einverdienerhepaaren oder bei Haushalten mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

- Dadurch geht die regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze leicht zurück.

Mit der Einbeziehung in den RSA werden Einkommens- und der Familienlastenausgleich auf die **PKV-Versicherten** übertragen.

Die Prämienzahlungen der PKV-Versicherten haben in **Abhängigkeit vom Einkommen** derzeit eine regressive Wirkung, wie das monotone Wachstum des Änderungsgrads zeigt (vgl. Tabelle 26).

- Die Einbeziehung in den RSA nimmt diese Änderungen in den relativen Einkommensverteilung der PKV-Versicherten zurück. Bei den Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze reduziert sich die einkommensabhängige Spreizung im Änderungsgrad um 40%.
- Dabei verschlechtert sich die Einkommensposition der PKV-Versicherten gegenüber GKV-Versicherten mit gleichem Einkommen.

Diese Ungleichbehandlung hat vor allem zwei Gründe. Zum einen wird für die PKV-Versicherten das beitragspflichtige Einkommen nach den Regeln für die freiwillig GKV-Versicherten angesetzt und liegt damit über dem GKV-Durchschnitt. Zum anderen haben PKV-Versicherte nur zu einem kleineren Anteil als GKV-Versicherte Anrecht auf einen Arbeitgeberzuschuß. Damit ist ihr Gesamteinkommen nach Beitragszahlung bei gleicher Beitragshöhe niedriger.

Die Reform dehnt auch den **Familienlastenausgleich** auf die PKV aus. Dadurch müßten Einverdienerfamilien und Familien mit Kindern in der PKV begünstigt werden. Dieser Effekt zeigt sich jedoch nicht an den durchschnittlichen

Änderungsgraden in Tabelle 28, da er durch den Einkommensausgleich überlagert wird. Diese Überlagerung wird in der Aufgliederung des familientypspezifischen Änderungsgrads in Abhängigkeit vom Einkommen deutlich.

- In den unteren Einkommensklassen werden PKV-versicherte Familien mit Kindern und Einverdienerehepaare durch die Einbeziehung in den RSA relativ begünstigt.
- Mit steigendem Einkommen werden die Zahlungen in den Einkommensausgleich höher als die empfangenen Leistungen aus dem Familienausgleich, so daß die PKV-versicherten Familien zu Nettozahlern in den RSA werden und sich ihr Änderungsgrad reduziert.²⁹
- Im Durchschnitt werden Einverdienerehepaare mit zwei und mehr Kindern wegen ihres hohen Leistungsbedarfs und Alleinerziehende mit drei Kindern wegen ihres geringen Einkommens relativ begünstigt.
- Insgesamt werden die Abweichungen von der proportionalen Beitragserhebung in Abhängigkeit vom Familientyp in der PKV um 55% reduziert.

Damit wird der Familienlastenausgleich mit einem Gesamtänderungsgrad von 0,96% stärker an der Leistungsfähigkeit orientiert als der Einkommensausgleich mit einem Gesamtänderungsgrad von 1,38%, der durch die Beitragsbemessungsgrenze deutlich begrenzt ist (vgl. Tabelle 25).

6.1.3.4.2. Bewertung

Ein Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV hat zwei Haupteffekte auf die Umverteilungen.

- Die *Verstöße gegen die Prinzipien der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit werden behoben, die sich durch den Ausschluß der PKV-Versicherten* von den interpersonellen Umverteilungen der GKV ergeben; die relativen Begünstigungen und Belastungen durch die Zahlungen für den Krankenversicherungsschutz werden bei PKV- und GKV-Versicherten weitgehend angeglichen.

²⁹ Besonders offensichtlich zeigt sich diese Wirkung in der Senkung des Änderungsgrads um 3,7 Prozentpunkte bei der Gruppe der Alleinstehenden ohne Kinder, zu denen immerhin 61% der PKV-Versicherten gehören.

- Die Wirkungsrichtungen der GKV-Umverteilungen werden beibehalten, so daß es **auch weiterhin zu vertikalen und horizontalen Ungleichbehandlungen in GKV und PKV** kommt aufgrund der uneinheitlichen Abgrenzung der Beitragsbemessungsgrundlage, aufgrund der uneinheitlichen Beitragsberechnung bei Ehepaaren und aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze.

Von den untersuchten Reformvorschlägen bewirkt Reform 3 in allen Auswertungsrichtungen die **stärkste Annäherung an die gesamtgesellschaftlich leistungsfähigkeitsorientierte Finanzierung**, ohne dabei neue Abweichungen vom Prinzip der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit zu verursachen. Damit **erhöht sie eindeutig die Verteilungseffizienz der an der Leistungsfähigkeit orientierten Mittelaufbringung** der Krankenversicherung.

6.1.3.5. Zusammenfassende Bewertung der Reformvorschläge

Wie die Detailbetrachtung zeigte, hat jeder der drei Reformvorschläge unterschiedliche Wirkungen. Jede Reform verfolgt in unterschiedlichem Umfang das Äquivalenz- und das Leistungsfähigkeitsprinzip. Sie führen jeweils in einzelnen Aspekten zur Annäherung an das Leistungsfähigkeitsprinzip und verursachen teilweise neue Abweichungen von dieser Zielsetzung.

Ziel von **Reform 1**, einer Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, ist es, Ungleichbehandlungen zu beheben, die dadurch entstehen, daß der Anteil des beitragspflichtigen Einkommens am Gesamteinkommen bei verschiedenen GKV-Versichertengruppen unterschiedlich hoch ist.

- Im Bereich der **mittleren Einkommen nähert** sich die GKV-Finanzierung durch die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage entsprechend der Zielsetzung **an die leistungsfähigkeitsorientierte Mittelaufbringung an**.
- Wegen der konstanten Höhe der Beitragsbemessungsgrenze werden GKV-Versicherte mit Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entlastet und die Reform **wirkt insgesamt regressiv**, wie der Anstieg des einkommensbezogenen aggregierten Änderungsgrads um 5% zeigt.
- Insbesondere senkt Reform 1 die **altersbezogenen Abweichungen von der proportionalen Erhebung um 27%** und gleichzeitig **den Altersausgleich um 6%**, da mit dem Alter der Anteil der bisher beitragsfreien Einkommensteile steigt.

- Da Reform 1 sich nur auf die GKV bezieht, ist die Wirkung auf die **gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung nur etwa halb so groß** wie die GKV-internen Effekte.

Reform 2, die Einführung eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner, hat zum Ziel, Ungleichbehandlungen des Familienlastenausgleichs zu reduzieren, die bei unterschiedlicher Aufteilung des Familieneinkommens auf die Ehepartner, insbesondere bei Ein- und Doppelverdienern, entstehen.

- Wesentliche Wirkung eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner ist aber **die Reduktion des Familienlastenausgleichs um 44%** und damit eine **stärkere Ausrichtung der GKV-Finanzierung am Äquivalenzprinzip**.
- Die **Annäherung** der familientypspezifischen Beitragszahlungen an die **leistungsfähigkeitsorientierte Mittelaufbringung fällt mit 3% dagegen gering** aus.
- Die aggregierte Kennzahl zeigt außerdem nicht, daß die Reform bei **einigen GKV-Versicherten die Abweichungen von der leistungsfähigkeitsorientierten Beitragszahlung** erhöht. So verschlechtert sich die Einkommensposition von Einverdienerhepaaren mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze gegenüber anderen Haushalten mit gleichem Einkommen.
- Die Beitragssatzreduktion **entlastet Bezieher von Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze** und verstärkt die Abweichungen des Einkommensausgleichs von der leistungsfähigkeitsorientierten Finanzierung um 5%.
- Auch **Reform 2 beschränkt sich auf die GKV-Versicherten** und hat damit nur einen abgeschwächten Einfluß auf die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung.

Durch **Reform 3**, einen Risikostrukturausgleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten, sollen die Unterschiede in der Einkommenswirkung der Beitrags-erhebung in GKV und PKV reduziert und damit die Finanzierung auch gesamtgesellschaftlich stärker am Prinzip der Leistungsfähigkeit orientiert werden.

- Entsprechend dieser Zielsetzung werden der **Einkommens- und der Familienlastenausgleich um 11% bzw. 12% an die gesamtgesellschaftliche Leistungsfähigkeit angenähert**.

- In der *PKV sinken die familientyp- und einkommensspezifischen Abweichungen um 55% bzw. 39%*.
- *Weitere Abweichungen von der proportionalen Mittelaufbringung bleiben aber weiterhin* aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze, der Beschränkung der Beitragsbemessungsgrundlage bei GKV-Pflichtversicherten und aufgrund der uneinheitlichen Anrechnung der Beitragsbemessungsgrenze bei Ehepaaren bestehen.

Nach dieser Zusammenfassung der Wirkungen der drei Reformvorschläge, soll nun bewertet werden, wie ihre Kombination die Verteilungseffizienz der Finanzierung verändern würde.

Das Leistungsfähigkeitsprinzip und das Äquivalenzprinzip geben zwei grundsätzliche distributive Zielsetzungen vor. Das Äquivalenzprinzip ist allerdings nur als Verteilungsziel und damit als Bewertungsmaßstab geeignet, wenn die Mindestversorgung gesichert ist. Beide Prinzipien verfolgen eine unterschiedliche Zielsetzung und führen zu Regelungen, die der Ausrichtung im Sinne des jeweils anderen Prinzips entgegenlaufen. Die derzeitige GKV-Finanzierung ist durch die unklare und scheinbar willkürliche Ausrichtung an beiden Prinzipien charakterisiert. Die resultierenden *Verteilungsineffizienzen können nur durch Reformen gesenkt werden, die eine eindeutige Ausrichtung getrennter Beitragsanteile an jeweils einer Zielsetzung verfolgen*.³⁰

Die untersuchten Reformvorschläge verfolgen keine einheitliche Zielsetzung, wie die Einordnung der Einzelwirkungen in Tabelle 29 und die unterschiedlichen gesamtgesellschaftlichen Umverteilungswirkungen (vgl. Tabelle 25) zeigen. Durch Reform 1 und Reform 3 wird die Finanzierung der Krankenversicherung stärker an der Leistungsfähigkeit orientiert. Dagegen liegt die Hauptwirkung von Reform 2 in einer Stärkung des Äquivalenzprinzips. Wegen der unterschiedlichen Zielsetzungen erhöhen nicht alle Kombinationen der Einzelreformen die Verteilungseffizienz des sozialen Ausgleichs.

³⁰ Siehe Kapitel 3.2.3.2.

	Änderung in Ausrichtung an ...	
	... Leistungsfähigkeitsprinzip	... Äquivalenzprinzip
Reform 1	<ul style="list-style-type: none"> + Einkommensausgleich im Bereich mittlerer Einkommen stärker leistungsfähigkeitsorientiert; Aber beschränkt, da Einbeziehung weiterer Einkommensarten nur zu 50% - Stärker regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) + Angleichung des Altersausgleichs +/- Insgesamt stärkere Leistungsfähigkeitsorientierung des Familienausgleichs; Aber größere Ungleichbehandlung von Ein- und Doppelverdienerehepaaren - Nur bezogen auf GKV 	<ul style="list-style-type: none"> + Rücknahme der altersspezifischen Umverteilungen - Erhöhung der familienspezifischen Umverteilungen
Reform 2	<ul style="list-style-type: none"> - Regressivere Wirkung der BBG - Regressive Wirkung des fixen Ehepartnerbeitrags +/- Insgesamt leichte Senkung der Abweichung von Leistungsfähigkeitsprinzip bei Familienausgleich + Senkung von Ungleichbehandlungen bei Einkommen oberhalb BBG - Neue Ungleichbehandlungen bei Einkommen unterhalb BBG - Weiterhin ungleiche Behandlung von Doppelverdienerehepaaren - Nur bezogen auf GKV 	<ul style="list-style-type: none"> + Einführung einer beschränkten Äquivalenz durch eigenständige Beitragszahlung für Ehepartner
Reform 3	<ul style="list-style-type: none"> + Erhöhung der gesamtgesellschaftlichen Leistungsfähigkeitsorientierung durch Ausgleich zwischen GKV und PKV + Auch innerhalb von PKV Leistungsfähigkeitsorientierung + In GKV geringere regressive Wirkung der BBG wegen niedrigerem Beitragssatz 	<ul style="list-style-type: none"> - Abweichung von Risikoäquivalenz bei PKV-Versicherten

Tabelle 29: Änderung der Ausrichtung der Finanzierung durch die Reformen
(Quelle: Eigene Darstellung)

Die Kombination von **Reform 1 mit Reform 2**, wie sie der SACHVERSTÄNDIGENRAT vorschlägt, verfolgt *parallel zwei Verteilungszielsetzungen*. Dadurch wird die Mittelaufbringung insgesamt weder effizienter im Sinne des leistungsfähigkeits- noch im Sinne des äquivalenzorientierten Verteilungsziels. Die Reformen sind außerdem nur auf den Kreis der GKV-Versicherten beschränkt und *beachten damit nicht den größten Hebel zur Erhöhung der gesamtgesellschaftlichen Verteilungseffizienz*, die Unterschiede zwischen GKV und PKV.

Reform 1 und Reform 3 verfolgen beide das Leistungsfähigkeitsprinzip und würden bezogen auf dieses Ziel die *Verteilungseffizienz erhöhen*. Reform 1 nähert GKV-intern die Mittelaufbringung im Bereich mittlerer Einkommen, Reform 3 die gesamtgesellschaftliche Lastverteilung stärker an die Leistungsfähigkeit an. Auch nach Umsetzung dieser beiden Reformen bleiben *weiterhin Abweichungen von der Mittelaufbringung im Sinne des Opferprinzips bestehen*, etwa durch die Beitragsbemessungsgrenze oder durch die ungleiche Behandlung von Ein- und Doppelverdienern.

Eine Kombination von **Reform 2 und Reform 3** ist wegen ihrer unterschiedlichen Zielsetzung *nicht sinnvoll*.

Die Kombination aller **drei Reformoptionen stärkt insgesamt die Leistungs-fähigkeitsorientierung**. Die Äquivalenzausrichtung von Reform 2 fällt dabei weniger ins Gewicht. Wenn jedoch die Entscheidung für das Leistungsfähigkeitsprinzip gefallen ist, dann sollte Reform 2 modifiziert werden, etwa indem der Ehepartnerbeitrag nur bei Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze erhoben wird oder indem ein Ehegattensplitting durchgeführt wird. Dann würde auch die Familienversicherung die allgemeine Ausrichtung unterstützen.

Diese Betrachtungen verdeutlichen nochmals, daß Reformen, die jeweils für sich genommen klare Zielsetzungen verfolgen, in Kombination keineswegs die Verteilungsziele der GKV-Finanzierung unterstützen und damit die Verteilungseffizienz nicht erhöhen. Da das Ziel jeder Umverteilung letztlich die gerechte Einkommensverteilung ist, erhöhen solche Reformpakete mit einer uneinheitlichen Ausrichtung die Gerechtigkeit der Finanzierung nicht.

Daher ist Vorsicht geboten, *Finanzierungsreformen mit der Erhöhung der Gerechtigkeit der Mittelaufbringung zu begründen*, wie dies beispielsweise

der SACHVERSTÄNDIGENRAT tat.³¹ Selbst wenn einzelne Reformen für sich genommen ungerechte Finanzierungsregeln beheben, muß die gesamte Finanzierung nicht gerechter werden. Im Gegenteil, eine auf der Gerechtigkeit begründete Finanzierungsdiskussion kann sogar die Akzeptanz des Systems schwächen. Die derzeitige Form der Beitragserhebung wird nämlich von den GKV-Versicherten weitgehend als gerecht empfunden und akzeptiert.³² Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, daß den Versicherten aufgrund der Äquivalenzfiktion der Umfang und die Ausgestaltung der interpersonellen Umverteilungen nicht bewußt sind.³³ Durch Finanzierungsreformen, die mit dem Ziel einer gerechteren Finanzierung diskutiert werden, kann die Äquivalenzfiktion bei den Versicherten zerstört werden und die Versicherten erkennen Umfang und auch ungleiche Behandlungen bei den Umverteilungen. Wenn dann diese Reformen die Gerechtigkeit nicht erhöhen - was sie ja normativ wegen der unterschiedlichen Interpretationen des Gerechtigkeitsbegriffes gar nicht können - kann der Widerstand gegen die als ungerecht empfundenen Finanzierungsregeln wachsen und die *Akzeptanz des Krankenversicherungssystems insgesamt geschwächt* werden.³⁴

6.2. Konzeption einer Finanzierungsreform

In diesem abschließenden Abschnitt wird ein Entwurf für eine Finanzierungsreform vorgestellt, der die bisherigen Ergebnisse der Arbeit in den Kontext allgemeiner gesundheitspolitischer Ziele setzt. Dazu werden in einem ersten Teil aktuelle gesundheitspolitische Zielsetzungen und Entwicklungen vorgestellt. Im zweiten Teil werden dann aus diesen Zielen und Entwicklungen Rahmenbedingungen für eine zukunftsorientierte Finanzierung abgeleitet.

³¹ Siehe SVR (1995), Ziffer 556ff.

³² Vgl. Rinne/Wagner (1995), S. 294, Hinrichs (1994), S. 138ff.

³³ Vgl. Brümmerhoff (1991), S. 194, Bäumer (1988), S. 311, Huppertz/Siedenberg (1980), S. 94.

³⁴ Vgl. Hinrichs (1995), S. 679ff., Olk/Riedmüller (1994), S. 23. Zur Akzeptanz des Systems siehe auch Breyer/Schulenburg (1989), Breyer/Schulenburg (1987), Schulenburg/Kleindorfer (1989).

6.2.1. Rahmenbedingungen für eine zukunftsorientierte Finanzierungsreform

Die GKV-Finanzierung beeinflusst neben dem distributiven Ziel der interpersonell gerechten Mittelaufbringung, weitere distributive und allokativen Ziele der Gesundheitsversorgung.³⁵ Gleichzeitig gibt die Organisationsform des Krankenversicherungssystems Rahmenbedingungen für die Finanzierung vor. Eine zukunftsorientierte Finanzierung sollte sich daher an zukünftigen Zielsetzungen und Entwicklungen des Gesundheitssystems orientieren. In diesem Abschnitt werden daher zunächst relevante gesundheitspolitische Zielsetzungen dargestellt. Im zweiten Teil wird dann eine zukunftsorientierte Organisationsstruktur des Krankenversicherungssystems dargestellt, die sich aus den Zielsetzungen ableitet.

6.2.1.1. Gesundheitspolitische Zielsetzung

Als wesentliche Zielsetzungen, die derzeit eine hohe Relevanz haben oder voraussichtlich zukünftig haben werden, werden hier die distributiven Fragestellungen nach der interpersonellen und der intergenerativen Gerechtigkeit sowie die allokativen Fragestellung der effizienten Gesundheitsversorgung entsprechend den Versichertenpräferenzen betrachtet.³⁶

Distributive Ziele

Bisher bezieht sich die Diskussion der **interpersonellen Gerechtigkeit** der Gesundheitsabsicherung i.d.R. auf die Beitragsregelung der GKV, also nur auf die Regeln der Finanzierung eines vorgegebenen Budgets. In den letzten 25 Jahren wurden immer wieder Kürzungen im Leistungsumfang der GKV vorgenommen und die Zuzahlungen der Versicherten erhöht. Dabei blieben die Wirkungen der interpersonellen Umverteilungen zwischen den GKV-Versicherten unverändert. Diese Reformen führten aber bezogen auf die gesamte Gesellschaft und die Finanzierung aller Gesundheitsleistungen zu Umverteilungen. Wenn zukünftig

³⁵ Vgl. Krupp (1973), S. 255, Zimmermann/Henke (1987), S. 180.

³⁶ Als weitere Fragestellungen werden die Konsistenz der GKV-Finanzierung mit den anderen Sozialversicherungen und dem staatlichen Steuer-Transfer-System, vgl. Hauser (1994), S. 25, und die Wohlfahrtseffekte der Gesundheitssicherung, vgl. Cutler/Reber (1996), S. 24ff., Sinn (1995), S. 23ff., genannt.

der Leistungsumfang der GKV weiter eingeschränkt wird, wie dies aufgrund der derzeit geführten Diskussionen und der sich abzeichnenden Ausgabensteigerungen anzunehmen ist,³⁷ dann gewinnen diese gesamtgesellschaftlichen Umverteilungswirkungen weiter an Bedeutung. **Die Frage nach den Umverteilungswirkungen der Gesundheitsfinanzierung kann sich dann nicht mehr nur auf die Regelungen der GKV-Beitragshebung beziehen.**

Es wäre (neu) festzulegen, welche Leistungen solidarisch abgesichert werden sollen und in welchem Umfang jeder einzelne zu seiner Gesundheitsabsicherung beitragen soll.³⁸ Prinzipiell kann diese Abgrenzung auf zwei Wegen vorgenommen werden. Sie könnte entweder in einem Schritt durch eine Gesamtreform umgesetzt werden oder sie könnte sich in mehreren Einzelreformen herausbilden. Jede Neudefinition des Sicherungsumfangs, ob sie deutlich wird oder nicht, hat zwei Implikationen auf die Einkommensverteilung:

- Über den Beitrag, den der einzelne für die Gesundheitsversorgung leistet, wird die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung beeinflusst.
- Der solidarisch finanzierte Sicherungsumfang gibt außerdem den Rahmen für die sozialpolitischen Aufgaben und die Umverteilungen der GKV vor.

Wie in Kapitel 2.1.3.2. dargestellt, werden sich zukünftig die **intergenerativen Umverteilungen** zwischen unterschiedlichen Versichertengenerationen innerhalb der GKV verstärken. Dieser Entwicklung wurde bisher wenig Beachtung geschenkt. Bei einem merklichen Anstieg der Beitragssätze und der Belastungen für die einzelnen Generationen wird die Frage nach der intergenerativen Gerechtigkeit der Finanzierung an Bedeutung gewinnen. Als Lösung wird derzeit vorgeschlagen, den Umfang dieser Umverteilungen über eine Kapitalfundierung zu senken, entweder über Kapitalstöcke bezogen auf einzelne Versicherte oder über einen aggregierten Kapitalstock für die gesamte Versicherten-gemeinschaft.³⁹ Der erste Vorschlag sieht die Absicherung im Rahmen einer privaten Versicherung bei Finanzierung über risikoäquivalente Prämien statt über einkommensorientierte Beiträge vor. Dieser Übergang von einer umlagefinanzierten zu einer kapitalfundierte GKV ist aber kurz- bis mittelfristig nicht

³⁷ Vgl. Döhler (1994), S. 150ff.

³⁸ Vgl. Hüther/Premier (1997), S. 120f.

³⁹ Vgl. Oberdieck (1996), S. 164ff., Behrens (1991), S. 143ff., Schulenburg/Kleindorfer (1986), S. 400ff.

möglich.⁴⁰ Der zweite Vorschlag erfordert keine Änderung in der GKV-Beitrags Erhebung. Daher wird bei den weiteren Betrachtungen die intergenerative Zielsetzung nicht gesondert berücksichtigt.

Allokative Ziele

Die Forderung nach mehr Wettbewerb im System der GKV ist weit verbreitet, da in ihm ein "Instrument zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung"⁴¹ gesehen wird.⁴² Durch den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen wird die sehr geringe Nachfrageelastizität nach Gesundheitsleistungen bei den Versicherten erhöht. Dadurch sollen die Krankenversicherungen Anreize zu Kostensenkung und Effizienzsteigerung erhalten.⁴³ Gleichzeitig wird angenommen, daß die Qualität der Versorgung durch die stärkere Ausrichtung an den Bedürfnissen der Versicherten steigt.⁴⁴

Die Vorschläge für eine stärkere Wettbewerbsorientierung der GKV beschränken sich bisher noch auf globale Forderungen nach Freigabe der Gestaltung des Leistungsumfanges und des Vertragsabschlusses mit den Leistungserbringern.⁴⁵ Ferner wird der Risikostrukturausgleich als nicht marktlicher Eingriff gesehen und die Abschaffung bzw. die Reduzierung auf einen Finanzausgleich gefordert.⁴⁶ Gleichzeitig wird betont, daß auch in einem wettbewerblichen System die wesentlichen Charakteristika der GKV beibehalten werden sollten, wie Umlageverfahren und sozialer Ausgleich.⁴⁷ ***Konkrete Modelle, wie der Wettbewerb mit den Grundsätzen der Sozialen Krankenversicherung vereint werden kann, wurden bisher nicht entwickelt.***

⁴⁰ Siehe die Ausführungen in Kapitel 6.2.2.2.1.

⁴¹ Schmeinck (1996), S. 452.

⁴² Vgl. Henke (1997a), S. 478ff., Stillfried (1997), S. 342f., Cassel (1996), S. 70f., Schäfer (1995), S. 374, Biermann (1992), S. 336ff., Oberender (1989), S. 386ff., Schmid (1987), Berthold (1987).

⁴³ Vgl. Enthoven (1993a), S. 136f., Newhouse (1982), S. 110.

⁴⁴ Vgl. Enthoven (1993d), S. 40f.

⁴⁵ Siehe die in Fußnote 42 aufgeführten Quellen.

⁴⁶ Vgl. Henke (1996b), S. 447f.

⁴⁷ Vgl. Henke (1997a), S. 490, Knieps (1995), S. 17.

Da der Markt der Gesundheitsleistungen kein vollkommener Markt ist,⁴⁸ würde die Freigabe des Wettbewerbs bei der derzeitigen Organisation der GKV zu unerwünschten Selektionseffekten durch Versicherungen und Versicherte führen. Eine geeignete Organisationsstruktur und *Finanzierung muß sicherstellen, daß auch in einem wettbewerblichen GKV-System die Gesundheitsversorgung in gleichem Umfang gewährleistet* bleibt. Um geeignete Strukturen ableiten zu können, werden zunächst die kritischen Selektionsmechanismen dargestellt.

In einem wettbewerblichen System werden die Krankenversicherungen versuchen, nur solche Personen zu versichern, deren Beitragseinnahmen mindestens so hoch sind, wie die erwarteten Leistungsausgaben, und damit **“Cream Skimming”** zu betreiben.⁴⁹

Bei den großen Differenzen in den Beiträgen und dem Risiko einzelner Versicherungsguppen kann durch die Auswahl der Versicherten der Beitragssatz wesentlich stärker beeinflußt werden als durch kostensenkende Maßnahmen.⁵⁰ So lagen die Jahresbeiträge zwischen 926 DM und 10.282 DM in 1997,⁵¹ und die altersabhängigen Leistungsausgaben zwischen 1.437 DM für 20-jährige Männer und 7.345 DM für über 80-jährige Männer in 1995.⁵² Größere Unterschiede ergeben sich durch den gesundheitlichen Zustand. So betragen die Leistungsausgaben für 65-jährige, männliche Empfänger von Erwerbsunfähigkeitsrente sogar etwa 26.000 DM in 1995.⁵³ Zukünftig wird Cream Skimming durch den verstärkten Einsatz der Datenverarbeitung weiter vereinfacht.

⁴⁸ Zu den allgemeinen Merkmalen siehe Burger (1997), S. 89ff., Rice (1997), S. 398ff., Rosenbrock (1996), S. 450, Enthoven/Singer (1995), S. 111f. Zu beschränkter Konsumentensouveränität und assymetrischen Informationen siehe Schwartz/Garnick (1998), S.3, Burger (1997), S. 97f. und 101f., Breyer/Zweifel (1997), S. 156ff., Enthoven (1993c), S. 11f.

⁴⁹ Vgl. van Barneveld/van Vliet/van de Ven (1996), S. 135, Newhouse (1982), S. 112. Bei allgemeinem Kontrahierungszwang beeinflussen die Krankenversicherungen die Wahlentscheidung der Versicherten subtil, etwa durch unfreundliches Verhalten gegenüber unerwünschten Versicherten oder einem Zugang zur Geschäftsstelle über hohe Treppen, vgl. Newhouse (1994), S. 137ff.

⁵⁰ Vgl. Dibbern (1996), S. 455, Rosenbrock (1996), S. 451.

⁵¹ Der Berechnung liegt ein Beitragssatz von 13,6% zugrunde.

⁵² Vgl. Reschke/Jacobs (1994), S. 20ff.

⁵³ Diese Zahlen beziehen sich jeweils auf Versicherte, die vollen Beitragssatz zahlen. Vgl. Bundesversicherungsamt (1997), Verhältniswerte.

Auch die Versicherten verhalten sich selektiv,⁵⁴ indem Versicherte mit unterdurchschnittlichem Leistungsbedarf ihre Versicherung verlassen. „**Adverse Selection**“ führt in einem sich wiederholenden Prozeß zum Beitragsanstieg und zur Risikoentmischung zwischen den Versicherungen.⁵⁵ In einem GKV-System, in dem alle Versicherten freie Wechselmöglichkeiten haben und für Versicherungen Kontrahierungszwang besteht, dürfte Adverse Selection theoretisch kein Problem sein. Wenn nämlich alle Versicherten ihren Versicherungsschutz nach dem Preis, also nach dem niedrigsten Beitragssatz auswählen, müßte es insgesamt zu einer Risikostreuung und nicht zu einer Risikoentmischung kommen. Erste Erfahrungen mit der Wahlfreiheit in der GKV zeigen jedoch, daß gerade junge Versicherte, also überdurchschnittlich gute Risiken, ihre Versicherung wechseln⁵⁶ und es damit zu Adverse Selection kommt.

Cream Skimming und Adverse Selection würden in einer wettbewerblichen GKV ohne RSA dazu führen, daß sich die Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenkassen weiter verstärken. Junge Versicherte mit ihren unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben wechseln in die Kasse mit der besten Versichertenstruktur. Die Struktur der übrigen Kassen verschlechtert sich weiter und die Beitragssätze steigen an. Dieser sich verstärkende Effekt führt im Extremfall dazu, daß in einer Rumpfkasse nur noch die Kranken versicherte sind, die physisch nicht mehr zu einem Kassenwechsel in der Lage sind. Sie zahlen dann immens hohe Beiträge entsprechend ihrem durchschnittlichen Leistungsbedarf. Der *versicherungsimmanente Risikoausgleich zwischen Gesunden*

⁵⁴ Die Implikationen von asymmetrischer Information für den Versicherungsmarkt machte zum ersten Mal Akerlof (1970) deutlich. Vgl. auch Pauly (1984), S. 89ff.

⁵⁵ ROTHSCILD/STIGLITZ zeigten, daß es bei asymmetrischer Information auf dem Versicherungsmarkt kein Poolinggleichgewicht mit Vollsicherung für alle Versicherten gibt. Ein Gleichgewicht ist nur möglich bei Unterabsicherung für gute Risiken. Vgl. Rothschild/Stiglitz (1976), S. 648, vgl. auch Sinn (1997), S. 247ff. In der Realität sind die Effekte von Adverse Selection jedoch nicht so umfangreich, wie es das theoretische Modell erwarten läßt, da die Wechselbereitschaft der Versicherten aufgrund von Transaktionskosten und Risikoaversion eingeschränkt ist, vgl. Newhouse (1996), S. 1243ff., van de Ven/van Vliet (1995), S. 166f.

⁵⁶ Vgl. Müller/Schneider (1997), S. 17.

und Kranken und der intertemporale Ausgleich zwischen Jungen und Alten wären außer Kraft gesetzt.⁵⁷

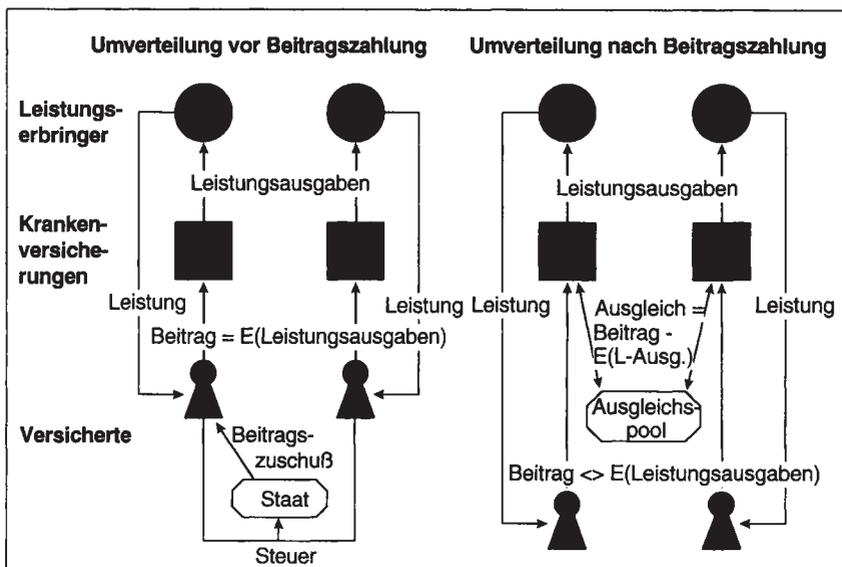


Abbildung 21: Trennung von Umverteilung und Mittelaufbringung (Quelle: Eigene Darstellung)

Selektionseffekte können in einem wettbewerblichen GKV-System nur vermieden werden, wenn die Krankenversicherungen für jeden Versicherten Einnahmen in Höhe seiner erwarteten Ausgaben erhalten. Diese risikoäquivalente Finanzierung der Krankenkassen kann durch eine **Trennung von Mittelaufbringung und Umverteilung auf zwei Weisen** sichergestellt werden, die

⁵⁷ Diese theoretische Betrachtung über Selektionseffekte wird durch Analysen des amerikanischen Gesundheitssystem bestätigt. Sie werden in den USA noch dadurch verstärkt, daß die Versicherungen über die Gestaltung des Leistungsspektrums gezielt bestimmte Versicherungstruppen ansprechen können.

Nach der Freigabe des Wettbewerbs zwischen verschiedenen Absicherungsformen sind andauernde, sich selbst verstärkende Adverse Selection Effekte deutlich zu erkennen, die letztlich zu Rumpfkassen und staatlicher Subventionierung der Krankenversorgung führen, vgl. Cutler/Reber (1996), S. 15ff.

Auch nach Abschluß der Marktaufteilung ist eine eindeutige Korrelation zwischen dem Gesundheitszustand und der gewählten Absicherungsform nachweisbar, vgl. Newhouse (1994), S. 134ff., sowie die in Newhouse (1996), S. 1253ff. genannten Untersuchungen.

jeweils unterschiedliche Anforderungen an die Finanzierung stellen (vgl. Abbildung 21):

- Die Zahlungen der Versicherten werden **auf risikoäquivalente Prämien** umgestellt. Damit jeder Versicherte seinen Versicherungsschutz finanzieren kann, sind Umverteilungen durch **staatliche Zuschüsse** an die bedürftigen Versicherten **im Vorfeld der Beitragszahlung** erforderlich.
- Die Versicherten zahlen weiterhin **einkommensabhängige Beiträge** an ihre Krankenversicherung. Unterschiede in der Einkommens- und Risikostruktur der Versicherten werden **im Anschluß zwischen den Krankenversicherungen** ausgeglichen.

6.2.1.2. Zielorientierte Organisation des Krankenversicherungssystems

Für die Organisation der GKV gibt es prinzipiell zwei Möglichkeiten, die Einheitskasse oder das wettbewerbliche System mehrerer Kassen.⁵⁸ In der Einheitskasse⁵⁹ gelten für alle Versicherten einheitliche Beitragsregelungen und ein einheitliches Leistungsspektrum sowie für alle Leistungserbringer einheitliche Verträge mit den Versicherungen. In einem Wettbewerbssystem findet Wettbewerb sowohl zwischen den Leistungserbringern als auch zwischen den Krankenversicherungen statt. Die Wettbewerber differenzieren sich über die Gestaltung und über den Preis ihrer Leistungen.

Die heutige GKV könnte sich sowohl zu einem wettbewerblichen System entwickeln als auch zu einer Einheitsversicherung.⁶⁰ Obwohl das Gesundheitsstrukturgesetz den Wettbewerb erhöhen sollte, verstärkte es die Spannung zwischen Wettbewerb und Vereinheitlichung innerhalb der GKV.⁶¹ Immer noch ist das GKV-System der Einheitskasse näher als dem Wettbewerbsmodell.

Die oftmals pauschal geführte und ideologisch geprägte Diskussion, ob eine Einheitsversicherung oder eine wettbewerbliche Struktur anzustreben ist, ist bei der Bestimmung eines geeigneten Zukunftsmodells wenig hilfreich.⁶² Die Argumente stützen sich zumeist auf Eigenschaften der Systeme in ihren Idealfor-

⁵⁸ Vgl. Genosko (1995), S. 333ff., Olk/Riedmüller (1994), S. 31.

⁵⁹ Das System der Einheitskasse läßt sich auch in Form organisatorisch eigenständiger Krankenversicherungen mit identischen Beiträgen und Leistungen verwirklichen.

⁶⁰ Vgl. Cassel (1996), S. 71, Genosko (1995), S. 326f.

⁶¹ Vgl. Stillfried (1997), S. 342, Schmeinck (1996), S. 453, Wasem (1993), S. 157.

⁶² Vgl. Münnich (1986), S. 644.

men, die aus theoretischen Betrachtungen abgeleitet und wegen der Besonderheiten des Marktes nicht unmittelbar auf die Realität übertragbar sind.⁶³ Reale Systeme sind immer Mischformen der Grundtypen.⁶⁴ So war etwa das Gesundheitswesen der USA, das immer wieder als Beispiel für ein wettbewerbliches System angeführt wird, im Jahr 1994 zu 44,3% staatlich finanziert.⁶⁵ Die Diskussion über die GKV-Organisation sollte daher nicht darauf ausgerichtet sein, Vor- und Nachteile der idealen Systemtypen gegenüberzustellen, sondern ein geeignetes Mischsystem zu entwickeln.⁶⁶

Untersuchungen der realen Systeme sowie aufbauende theoretische Analysen legen nahe, daß ein *Mischsystem mit gezieltem Wettbewerb ein effizientes Gesundheitssystem* ist.⁶⁷ Ein solches System wird global gesteuert, beispielsweise über Vorgaben von Leistungsumfang, Beitragserhebung, Zulassung von Krankenversicherungen und Ärzten oder auch Globalbudgets, und es läßt Wettbewerb gezielt in einzelnen Bereichen zu, z.B. bei der Vertragsgestaltung zwischen Leistungsanbietern und Versicherungen über Art und Vergütung der zu erbringenden Leistungen. Die Versicherten können die Krankenkasse frei wählen bei Kontrahierungszwang für die Krankenversicherungen. Der Rahmen für die **Finanzierung eines solchen Mischsystems** wird über folgende Eigenschaften beschrieben:

- Alle Krankenversicherungen bieten ein standardisiertes Leistungsspektrum an.⁶⁸
- Die Mittelaufbringung ist von der Umverteilung getrennt. Die Umverteilung kann entweder vor oder nach der Zahlung der Beiträge durch die Versicherten stattfinden. Entsprechend erfolgt die Finanzierung entweder über risikoäquivalente Prämien oder über leistungsunabhängige Beiträge.
- Alle Krankenversicherungen erheben leistungsunabhängige Beiträge nach den gleichen Regeln.

⁶³ Vgl. Genosko (1995), S. 333ff., Wagner (1994), S. 37, Wasem (1993), S. 159.

⁶⁴ Siehe Schneider u.a. (1995), S. 17.

⁶⁵ Vgl. Evans (1997), S. 435, Feldstein (1996), S. 102f.

⁶⁶ Vgl. Pfaff, M. (1987), S. 308.

⁶⁷ Vgl. Wilsford (1995), 604ff., Enthoven (1993d), S. 40ff.

⁶⁸ Zu den unerwünschten Wirkungen bei unterschiedlichen Leistungsspektren siehe Breyer (1989).

- Zwischen den Krankenversicherungen findet Wettbewerb über die kassen-spezifische Beitragshöhe und die Art der Leistungserbringung statt.

Es läßt sich durch theoretische Betrachtungen nicht eindeutig begründen und auch an realen Systemen nicht nachweisen, daß ein solches Mischsystem mit gezieltem Wettbewerb anderen Systemen überlegen ist. Als Beleg für die Vorzüge dieses Systems kann aber gesehen werden, daß in den letzten Jahren in mehreren Ländern, die ursprünglich ganz unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsversorgung verfolgten, Reformen in Richtung auf ein solches Mischsystem umgesetzt wurden. Beispielhaft wird dies an den Systemen der Niederlande und der USA im folgenden Exkurs dargestellt.

Exkurs: Reformen in den Niederlanden und den USA

In den **Niederlanden** war die Krankenversicherung ursprünglich sehr ähnlich zu dem deutschen System organisiert.⁶⁹ 1993 wurde der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen freigegeben.⁷⁰ Bei gleichem Leistungsumfang konkurrieren sie nun über die Beiträge, d.h. über die kostengünstige Bereitstellung der Leistungen. Als Gestaltungsparameter können die Kassen eigenständig Verträge mit den Leistungserbringern abschließen.

Über den Central-Fund wurde die **Mittelaufbringung** von der risiko- und einkommensbezogenen **Umverteilung getrennt**.⁷¹ Die Beiträge bestehen aus zwei Teilen, zu etwa 10% aus einem kassenspezifischen, fixen Anteil und zu etwa 90% aus einem einkommensabhängigen Anteil, der in Höhe eines für alle Kassen einheitlichen Beitragssatzes erhoben wird. Die **einkommensabhängigen Beitragsanteile** fließen in den Central Fund, aus dem die einzelnen Versicherungen für jeden Versicherten 90% der erwarteten Leistungsausgaben erhalten.⁷² Sie werden in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Region und Behinderte-

⁶⁹ Vgl. Gronewegen (1994), S. 137ff.

⁷⁰ Zu der Reform siehe Schut (1995), S. 639ff.

⁷¹ Zur Gestaltung des General Fund siehe van Barneveld/van Vliet/van de Ven (1996), S. 133f., van de Ven u.a. (1994), S. 125.

⁷² Vgl. van de Ven u.a. (1994), S. 124. Ursprünglich erfolgten die Zahlungen zu 97% als Erstattung der realen Kosten. Inzwischen ist der Anteil der Capitation-Zahlungen auf etwa 70% angewachsen und soll in den nächsten Jahren auf 100% erhöht werden.

rung festgelegt.⁷³ Die Ausgaben für besonders hohe Risiken werden in einem separaten Verfahren ausgeglichen. Die Differenz zwischen den Einnahmen aus dem Central Fund und den tatsächlichen Kosten deckt jede Kasse aus den **fixen Beitragsanteilen** ihrer Versicherten.

Gleichzeitig wird die Annäherung und der Wettbewerb von gesetzlichen und privaten Versicherungen angestrebt. Private und gesetzliche Krankenversicherungen dürfen nun über organisatorisch eigenständige Einheiten auch in dem jeweils anderen Marktsegment tätig werden und Kooperationen mit anderen Kassen eingehen.⁷⁴ Außerdem werden **Privatversicherte an dem sozialen Ausgleich der gesetzlichen Kassen beteiligt**, indem sie einen Beitrag in den Central Fund zur Finanzierung der über 65-jährigen Sozialversicherten leisten müssen.

Das Gesundheitssystem in den USA ist, abgesehen von der staatlichen Gesundheitsversorgung durch Medicare und Medicaid, ein kompetitives System. Konzentrationen auf dem Markt der Versicherungen⁷⁵ und die Zielsetzung, Krankenversicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen, laufen auf eine Beschränkung des bisherigen Wettbewerbs hinaus. Ein wichtiges Ziel der amerikanischen Politik ist es, Personen zu versichern, die bisher aufgrund ihres hohen Risikos oder niedrigen Einkommens nicht abgesichert sind. Dies ist im Rahmen des derzeitigen Systems nur bei Eingriffen in den Wettbewerb möglich. ENTHOVEN entwickelte mit dem "consumer choice health plan" unter "managed competition" ein Modell für eine entsprechende Wettbewerbssteuerung.⁷⁶ Neben USA-spezifischen Regelungen⁷⁷ fordert ENTHOVEN **Einschränkungen des Wettbewerbs** durch einen **standardisierten Leistungskatalog, jährliche Wechselmöglichkeiten für die Versicherten** und einen **Fi-**

⁷³ Die ursprüngliche Differenzierung nach Alter und Geschlecht reduzierte die Anreize für Cream Skimming nicht in ausreichendem Maße, vgl. Schut (1995), S. 644. Weitere Differenzierung nach Beruf bzw. Branche und Arbeitslosigkeit sind für die nächsten Jahre geplant.

⁷⁴ Vgl. Gronewegen (1994), S. 144.

⁷⁵ Vgl. Given (1996), S. 708f., Christianson/Feldman/Wholy (1996), S. 138ff., Robinson/Gardner (1995), S. 1173ff.

⁷⁶ Vgl. Enthoven (1993d), S. 31ff., Enthoven (1978a), Enthoven (1978b).

⁷⁷ Vgl. Enthoven (1993b), S. 32ff.

nanzausgleich zwischen Versicherungen mit unterschiedlichen Risikostrukturen.⁷⁸

In New Jersey wurde 1993 der Versicherungsmarkt mit dem Ziel reguliert, bisher nicht versicherte Personen abzusichern.⁷⁹ Wesentliche Elemente der Reform waren die Einführung einer Police mit **standardisiertem Leistungsumfang** und ein **Finanzausgleich zwischen den Versicherungsgesellschaften**.

Sowohl die Reformvorschläge als auch die Erfahrungen aus New Jersey zeigen, daß in dem rein wettbewerblichen System Regulierungen zur Steuerung des Wettbewerbs erforderlich sind, um Selektionseffekte und als Folge Unterversorgung bzw. einen hohen Anteil an staatlicher Gesundheitsversorgung zu vermeiden.

6.2.2. Vorschlag für eine zukunftsorientierte Finanzierungsreform

Die Zielsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes und die Erfahrungen aus anderen Ländern lassen die Einführung eines gezielten Wettbewerbs in der GKV als angebracht und als wahrscheinlich erscheinen, wie eben dargestellt wurde. In einem solchen System würden sich die Rahmenbedingungen für die Finanzierung ändern. Diese Implikationen für das Finanzierungssystem werden im folgenden Abschnitt dargestellt und abschließend in Kapitel 6.2.2.2. daraus konkrete Reformvorschläge für eine zukunftsorientierte Finanzierung abgeleitet.

6.2.2.1. Finanzierung eines wettbewerblichen Krankenversicherungssystems

*Bei der Finanzierung eines wettbewerblichen Krankenversicherungssystems ist die Trennung von Mittelaufbringung und Umverteilung erforderlich, um Selektionseffekte zu vermeiden. Die Form der Umsetzung, ob also die Versicherten vor Zahlung risikoäquivalenter Prämien staatlich subventioniert werden oder ob ein nachträglicher Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherungen erfolgt, legt den **Rahmen für die Gestaltung der Beitragszahlung** fest.*

⁷⁸ Diese Voraussetzungen für die Absicherung bisher nicht versicherter Personen auf dem Versicherungsmarkt nennen auch Schwartz/Garnick (1998), S. 7f.

⁷⁹ Zu der Gestaltung und der Wirkung der Reform siehe im Detail Schwartz/Garnick (1998), S. 9ff.

Forderungen, die Umverteilungen aus der GKV-Finanzierung herauszunehmen und über staatliche Zuschüsse an die Versicherten zu ihren risikoäquivalenten Prämien zu realisieren, sind schon älter und weit verbreitet.⁸⁰ Sie werden überwiegend damit begründet, daß die Umverteilungen als Staatsaufgabe auch durch den Staat zu finanzieren seien. Gleichzeitig wird hervorgehoben, daß die Umverteilungen besser auf das gesamte Steuer-Transfer-System abgestimmt werden können. Außerdem soll durch die höhere Transparenz und Äquivalenzorientierung die Akzeptanz der GKV gestärkt werden.⁸¹

Die Gestaltung eines solchen Finanzierungssystems ist jedoch schwieriger, als es zunächst erscheinen mag.⁸² Die GKV könnte in einer kurzen Übergangszeit nur auf eine risikoäquivalente Finanzierung umgestellt werden, bei der die Beiträge jeweils bezogen auf die erwarteten Ausgaben der nächsten Periode berechnet würden. Lebenszeitbezogene risikoäquivalente Prämien, wie sie in der PKV erhoben werden, erfordern den Aufbau von Kapitalstöcken und lassen sich nur in sehr langen Übergangszeiten realisieren. Da sich die durchschnittlichen Leistungsausgaben eines Jahres relativ genau aus den Ausgaben des Vorjahres ableiten lassen,⁸³ zahlen bei Prämien, die jeweils nur bezogen auf ein Jahr berechnet werden, Kranke und Alte sehr hohe Beiträge.⁸⁴ Ein Großteil des versicherungsimmanenten Risikoausgleichs im Fall von Krankheit und der intertemporalen Umverteilungen würden zurückgenommen und wären dann vom einzelnen Versicherten bzw. über die Prämienzuschüsse vom Staat zu tragen. *Es ist ungeklärt, wie bei jahresbezogener risikoäquivalenter Prämiengestaltung der*

⁸⁰ Vgl. beispielsweise Schmähl (1995), S. 605f., Schulenburg (1988), S. 212ff., Wasem (1988a), S. 31, Albers (1982), S. 57, Karten (1977), S. 200, Metze (1977), S. 129ff., Musgrave (1974), S. 21.

⁸¹ Vgl. Mitschke (1994), S. 156ff. Es ist umstritten, daß eine höhere Transparenz die Akzeptanz des Systems stärken würde, vgl. Hinrichs (1995), S. 679ff., Groser (1994), S. 214. Zur allgemeinen Diskussion der Merklichkeit und Transparenz der Steuererhebung siehe Neumark (1988), S. 51ff.

⁸² Bei dieser Betrachtung wird nicht auf die Frage eingegangen, ob die Erhebung risikoäquivalenter Prämien, wie sie derzeit bei den PKVn praktiziert wird, in Anbetracht der zukünftigen Entwicklungen der GKV-Beitragserhebung überlegen ist. Siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 4.3.2.1.

⁸³ Vgl. van de Ven u.a. (1994), S. 124f.

⁸⁴ Vgl. Jack (1997), S. 10.

versicherungsimmanente Risikoausgleich und der intertemporale Belastungsausgleich sichergestellt werden können.

Kurzfristig ist für eine wettbewerbliche GKV daher nur eine Finanzierung denkbar, bei der die Versicherten weiterhin einkommensabhängige Beiträge zahlen und anschließend Unterschiede in der Versichertenstruktur zwischen den Versicherungen ausgeglichen werden. Vorbild könnte dabei das niederländische Gesundheitssystem sein.

Ob Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen dauerhaft möglich ist, hängt maßgeblich von dem **Ausgleichsverfahren zwischen den Krankenkassen** ab.⁸⁵ Es muß die risikorelevanten Versicherteneigenschaften möglichst genau abbilden, um die Anreize der Versicherungen zur Selektion gering zu halten. Entsprechend müßte **der heutige RSA um weitere Faktoren erweitert** werden, wie Vorliegen einer Behinderung, Vorjahresausgaben und Region.⁸⁶

In diesen Ausgleichspool könnten auch die **privaten Krankenversicherungen einbezogen** werden. Dies würde zunächst mit dem Ziel geschehen, die gesamtgesellschaftlichen distributiven Ungerechtigkeiten zu beheben, die durch die unterschiedlichen Versichertenstrukturen und die unterschiedlichen Finanzierungsverfahren von GKV und PKV verursacht werden. Der gemeinsame Ausgleichspool schafft darüber hinaus auch die **Voraussetzungen für einen Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen**. Es scheint mittelfristig nicht sinnvoll, die Trennung der beiden Systeme beizubehalten. In einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem sollte der Versicherte nicht nur zwischen unterschiedlichen umlagefinanzierten Systemen,

⁸⁵ Es besteht keine Einigkeit darüber, ob es überhaupt möglich ist, Ausgleichszahlungen so zu gestalten, daß Cream Skimming vermieden wird. NEWHOUSE ist skeptisch, da die Varianz der Ausgaben nie vollkommen durch verfügbare Risikofaktoren erklärt werden kann, vgl. Newhouse (1994), S. 140f., während andere herausstellen, daß es ausreicht, das Risiko möglichst gut abzubilden und dadurch die Anreize zum Cream Skimming zu reduzieren, vgl. van de Ven u.a. (1994), S. 130ff.

⁸⁶ Zu geeigneten Risikofaktoren siehe van de Ven u.a. (1994), S. 123ff. Zusätzlich können die Anreize zum Cream Skimming durch einen high risk pool reduziert werden, der die Ausgaben für Versicherte mit absehbarem, überdurchschnittlichem Leistungsbedarf ausgleicht, siehe van Barneveld/van Vliet/van de Ven (1996), S. 135ff., van de Ven u.a. (1994), S. 129ff. Zu weiteren Mechanismen zur Vermeidung von Cream Skimming, wie partial capitation, Kontrahierungszwang und Wechselmöglichkeiten siehe Newhouse (1994), S. 142ff., Neudeck/Podczeczek (1996), S. 388.

sondern auch zwischen umlage- und kapitalstockfinanzierten Systemen wählen können. Außerdem nähern sich das GKV-System und das PKV-System ohnehin langsam einander an.⁸⁷ So finanziert sich die PKV immer stärker über Umverteilungen von jungen zu alten Versicherten, wie bei der Finanzierung der privaten Pflegeversicherung oder auch bei "vergreisten Tarifen" deutlich wird. Eine Einbeziehung in den RSA könnte daher sogar für einige private Versicherungen mit niedriger Rate von Neuabschlüssen stabilisierend wirken. Gegen eine Einbeziehung der PKV in den RSA wird vorgebracht, daß die jahresbezogenen Ausgleichszahlungen nicht mit der risikoäquivalenten, kapitalstockbasierten Finanzierung der PKV vereinbar wären. Eine volle Integration in den Finanzkraftausgleich und modifizierte Integration in den Finanzbedarfsausgleich, wie in *Reform 3 vorgeschlagen, würde jedoch keine Änderung der PKV-Finanzierung erforderlich machen*. Auch bei der PKV wäre die Mittelaufbringung über die risikoäquivalenten Prämien von der Umverteilung über den Ausgleichspool getrennt.

Wenn in einem wettbewerblichen System die Unterschiede in der Versichertenstruktur nachträglich ausgeglichen werden, kann die **Beitragsgestaltung** unabhängig von der Organisation der GKV vollständig an den **anderen Zielen der Gesundheitssicherung** ausgerichtet werden. Diese werden im wesentlichen dadurch vorgegeben,

- in welchem Umfang die Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeits- und dem Äquivalenzprinzip erfolgen soll und
- welche sozialpolitischen Aufgaben die GKV wahrnehmen soll.

Die Verteilungseffizienz der Finanzierung ist nur zu erhöhen, wenn getrennte Beitragsteile eindeutig an einer Zielvorgabe, an dem Leistungsfähigkeits- oder an dem Äquivalenzprinzip, ausgerichtet werden. Daher sind *einkommensabhängige GKV-Beitragsanteile gegenüber heute stärker an dem Leistungsfähigkeitsprinzip auszurichten*. Wie die Modellrechnungen dieser Arbeit gezeigt haben, wird dies erreicht, indem bei allen Versichertengruppen das Gesamteinkommen die Beitragsbemessungsgrundlage bildet und gleichzeitig die Bei-

⁸⁷ Siehe zur Konvergenzthese Wasem (1995a), S. 90ff., Wasem (1995b), S. 273ff., Döhler (1994), S. 161 Weber (1997), S. 2ff. und die Ausführungen zu den Ansätzen der Umlagefinanzierung in der PKV in Kapitel 4.3.2.1. Der Konvergenzthese widerspricht Greisler (1995), S. 846ff.

tragsbemessungsgrenze mindestens so hoch angehoben wird, daß der Maximalbeitrag konstant bleibt. Durch ein generelles Ehegattensplitting werden die Ungleichbehandlungen von Ehepaaren bei unterschiedlicher Aufteilung des Haushaltseinkommen auf die Ehepartner behoben.

Es ist außerdem zu überlegen, ob einzelne Umverteilungen der GKV als Aufgaben der Gesellschaft anzusehen und aus der GKV auszulagern sind, insbesondere die Versicherung von Familien und von Versicherten mit absehbar hohen Leistungsausgaben, z.B. Schwerbehinderten. Wenn die Finanzierung grundsätzlich wesentlich stärker an der Leistungsfähigkeit ausgerichtet wird, **weicht die Familienversicherung nicht** mehr von den allgemeinen Grundsätzen der Finanzierung ab, sondern ist die Anwendung des Leistungsfähigkeitsprinzips auf Haushaltsebene. Damit besteht kein Grund für ihre Auslagerung. Auch ein **Staatzuschuß für Versichertengruppen mit besonders hohen Leistungsausgaben erscheint nicht sinnvoll**, da die versicherungsfremden Umverteilungen nicht eindeutig von dem versicherungsimmanenten Risikoausgleich abgegrenzt werden können.⁸⁸

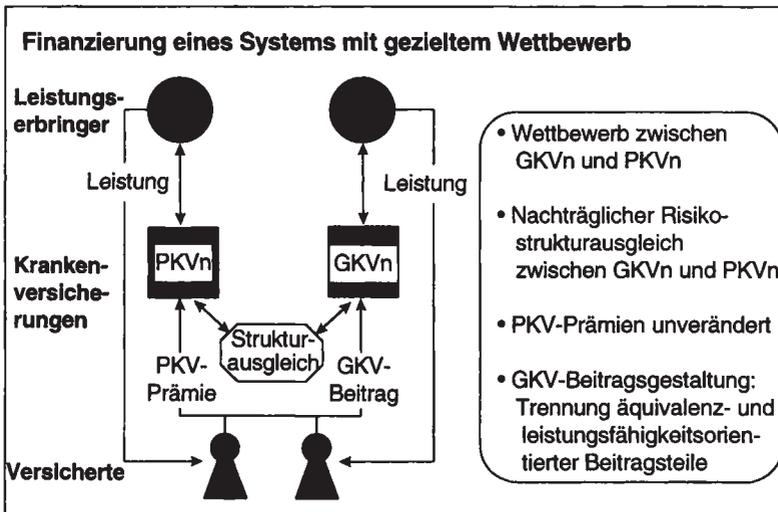


Abbildung 22: Finanzierung eines Systems mit gezieltem Wettbewerb (Quelle: Eigene Darstellung)

⁸⁸ Siehe Kapitel 3.3.3.

Die wesentlichen Rahmenbedingungen für die Finanzierung eines wettbewerblichen Krankenversicherungssystems sind damit

- der *Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen*,
- der Ausgleich der unterschiedlichen Versichertenstrukturen zwischen den einzelnen *gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen über einen verfeinerten Strukturausgleich* und
- die *Trennung der GKV-Beiträge in Anteile*, die nach dem *Leistungsfähigkeitsprinzip und nach dem Äquivalenzprinzip finanziert* werden, und ihre konsequente Ausrichtung an dem jeweiligen Gestaltungsprinzip.

6.2.2.2. Elemente einer zukunftsorientierten Finanzierungsreform

Um das heutige GKV-System dem gerade vorgestellten Zielsystem anzunähern, sind mehrere Reformschritte erforderlich.⁸⁹ Als erste Ansätze zur Finanzierungsreform sollten

1. die *Verteilungseffizienz der GKV-Beitragshebung erhöht werden* durch
 - die *Trennung in äquivalenz- und leistungsfähigkeitsorientierte Anteile*,
 - die *Ausdehnung der Bemessungsgrundlage* auf das Gesamteinkommen,
 - die *Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze*, so daß die Maximalbeiträge gleich bleiben, und
 - ein *generelles Ehegattensplitting*⁹⁰,
2. die *PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden* und
3. der *Risikostrukturausgleich verfeinert werden*.

⁸⁹ Eine solche Reform wäre kein Ausstieg aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern eine Weiterentwicklung unter Beibehaltung der Charakteristika der Zwangsversicherung mit sozialem Ausgleich. Zur Diskussion über Ausstieg und Weiterentwicklung der GKV siehe Döhler (1994), S. 159ff., Olk/Riedmüller (1994), S. 22, Volk (1989), S. 125ff.

⁹⁰ Um den Erhebungsaufwand zunächst gering zu halten, kann das Ehegattensplitting in zwei Stufen eingeführt werden. Im ersten Schritt könnte ein Beitrag für mitversicherte Ehepartner von Mitgliedern mit einem beitragspflichtigen Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze in Höhe des Mindestbeitrags oder, etwas aufwendiger aber gerechter, über ein leistungsgerechtes Splitting erhoben werden. Im zweiten Schritt wird dann ein Ehegattensplitting für alle Haushalte eingeführt. Alternativ zur paritätischen Aufteilung könnte ein generell leistungsgerechtes Splitting durchgeführt werden, das mit Artikel 6 GG vereinbar wäre, siehe Kapitel 4.3.5.

Diese Ansätze sind zunächst einmal Modifikationen der oben ausführlich untersuchten Reformvorschläge. Sie bieten gegenüber diesen Reformvorschlägen aber zwei grundsätzliche Vorteile, indem sie zum einen die Verteilungseffizienz der Finanzierung erhöhen und zum zweiten die Voraussetzungen für einen zukünftigen Wettbewerb der Krankenversicherungen schaffen, ohne den Weg für andere Entwicklungen zu verschließen.

Eine Reform der **GKV-Beitrags Erhebung**, wie sie im ersten Punkt dargestellt ist, verdeutlicht über die Trennung von äquivalenz- und leistungsfähigkeitsorientierten Bestandteilen die distributiven Zielsetzungen der Finanzierung und **erhöht durch die konsequentere Ausrichtung an diesen Zielen die Verteilungseffizienz**. Die **Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich** orientiert die Finanzierung des sozialen Ausgleichs als gesamtgesellschaftliche Aufgabe **stärker an den gesamtgesellschaftlichen Verteilungszielen**.

Diese Effekte werden in einer weiteren Modellrechnung deutlich, die bei heutigem Ausgabenvolumen die Einkommenswirkung einer wie im ersten Punkt beschriebenen GKV-Beitrags Erhebung unter Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich simuliert. Die Ergebnisse der Rechnung zeigen, daß die hier vorgeschlagenen Reformen die GKV-Finanzierung wesentlich stärker an dem Leistungsfähigkeitsprinzip ausrichten würden (vgl. Abbildung 23). So nehmen die relativen Abweichungen von der proportionalen Mittelaufbringung des Einkommens-, Alters- und Familienlastenausgleichs mit dem Rückgang der Gesamtänderungsgrade deutlich, um durchschnittlich etwa 50%, ab. Die hier vorgeschlagenen Reformen gehen in ihrer Wirkung über die oben untersuchten Reformen hinaus, bei denen die Änderungsgrade weniger stark zurückgingen und teilweise sogar anstiegen (vgl. Tabelle 25). Da der hier vorgestellte Reformentwurf die Umverteilungen sowohl innerhalb der GKV als auch gesamtgesellschaftlich wesentlich stärker an der Leistungsfähigkeit der Versicherten ausrichtet, **erhöht er die Verteilungseffizienz im Sinne des Leistungsfähigkeitsprinzips** eindeutig.

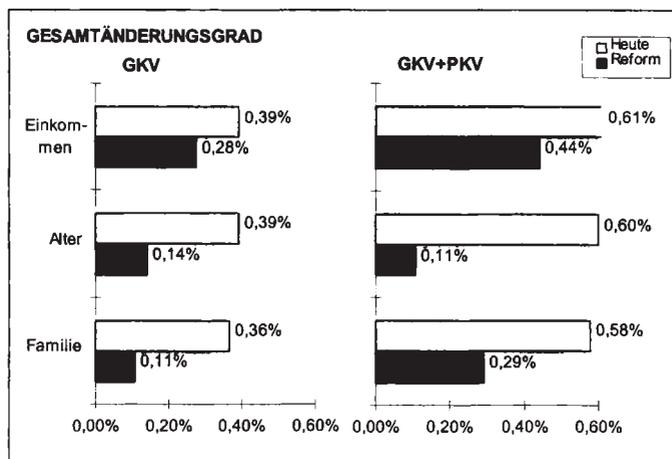


Abbildung 23: Einkommenswirkung des neu eingebrachten Reformvorschlages
(Quelle: Eigene Berechnung)

Ein weiterer Vorteil des hier vorgestellten Reformentwurfs liegt darin, daß er *bereits zukünftige Entwicklungen des Gesundheitssystems antizipiert*. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen kann nur dann wie angestrebt weiter ausgedehnt werden, wenn Unterschiede in den Einkommens- und Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen mit einem Verfahren ausgeglichen werden, das gegenüber dem heutigen RSA deutlich verfeinert ist. Die Einbeziehung der PKVn in diesen Ausgleich schafft darüber hinaus die Voraussetzungen für einen mittelfristigen Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und könnte diesen sogar beschleunigen. Dabei führen diese Reformvorschläge zur Verfeinerung und Ausdehnung des Risikostrukturausgleichs nicht notwendigerweise in ein wettbewerbliches System. Sollten sich die grundsätzliche Zielvorgaben für die Gesundheitssicherung ändern, bilden sie gleichzeitig auch die Voraussetzung für eine Entwicklung hin zu einer Einheitsversicherung.

Insgesamt können die hier vorgestellten Reformen die Verteilungseffizienz erhöhen und zugleich die zukünftige Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems unterstützen. Damit zeigt dieser Reformvorschlag wesentliche Elemente für eine zukunftsorientierte Finanzierungsreform auf.

7. Zusammenfassung und Ausblick

In der Gesetzlichen Krankenversicherung finden in großem Umfang Umverteilungen statt. Mit diesen Umverteilungen trägt sie zur gesamtgesellschaftlichen Distributionspolitik bei. Die vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, diese gesamtgesellschaftlichen Verteilungswirkungen zu ermitteln und Ansätze zu untersuchen, wie die Verteilungseffizienz der GKV-Finanzierung erhöht werden kann. In einem ersten Teil analysierte die Arbeit theoretisch die aktuellen Umverteilungen sowie die Änderungen, die sich durch Reformen ergeben würden. Die dabei gebildeten Hypothesen wurden in einem zweiten Teil durch eine Modellrechnung überprüft. Abschließend wurden die Ergebnisse der Modellrechnung bewertet und daraus ein zusammenfassender Reformentwurf für eine zukunftsorientierte Finanzierung des Gesundheitssystems abgeleitet. Die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit können wie folgt zusammengefaßt werden:

Die GKV nimmt als Parafisci mit ihren Umverteilungen gesamtgesellschaftliche Aufgaben wahr. Daher müssen ihre Verteilungswirkungen anhand der *gesamtgesellschaftlichen Einkommenswirkungen* und nicht nur anhand der GKV-internen Umverteilungen bewertet werden. Das Konzept zur Messung dieser gesamtgesellschaftlichen Einkommenswirkungen beschreibt Umverteilungen *über zwei unterschiedliche Ansätze*, die jeweils unterschiedliche Wirkungen erfassen,

- als Änderung der Einkommensverteilung gegenüber einer risikoäquivalenten Zahlung und
- als Änderung der Einkommensverteilung gegenüber der Ausgangsverteilung vor Zahlung von Versicherungsbeiträgen.

Für die Beurteilung der interpersonellen Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung gibt es *keinen allgemeinen Maßstab*. Daher sind Bewertungskriterien aus den Verteilungszielen der GKV und der staatlichen Distributionspolitik abzuleiten. Demnach muß die Finanzierung so erfolgen, daß die bedarfsgerechte Mindestversorgung sichergestellt ist und daß das Finanzierungsvolumen auf die Beitragszahler nach allgemein als gerecht empfundenen Kriterien aufgeteilt wird. Als Maßstab für die Belastungsverteilung sind das Opferprinzip und das Äquivalenzprinzip geeignet.

- Das **Opferprinzip** baut auf dem Bedarfsprinzip auf und fordert, daß die Finanzierung in Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit erfolgt. Bezogen auf die Krankenversicherung sollen die Beiträge proportional zum Gesamteinkommen erhoben werden.
- Nach dem **Äquivalenzprinzip** soll jeder im Sinne der Leistungsgerechtigkeit Beiträge in Höhe seiner erwarteten Leistungsausgaben zahlen. Es gewährleistet jedoch nicht die bedarfsgerechte Versorgung und bildet daher kein Kriterium für die Bewertung des gesamten Ausgabenvolumens. Es kann aber auf einzelne Ausgabenbereiche angewendet werden, wenn insgesamt die bedarfsgerechte Versorgung gegeben ist.

Wegen ihrer unterschiedlichen Zielsetzungen führt die Anwendung der Prinzipien jeweils zu Regelungen, die der Zielerreichung im Sinne des anderen Prinzips entgegenstehen. Daher ist die **Verteilungseffizienz** nur zu erhöhen, wenn **getrennte Beitragsteile jeweils eindeutig an einer Zielsetzung** ausgerichtet werden.

Das deutsche Krankenversicherungssystem ist in zweierlei Hinsicht ein Mischsystem aus umverteilendem Versorgungssystem und äquivalenzorientierter Versicherung. Es besteht zunächst aus der am sozialen Ausgleich orientierten GKV und der äquivalenzfinanzierten PKV. Die GKV verbindet außerdem als Soziale Krankenversicherung die äquivalente Absicherung mit der umverteilenden Versorgung. Einzelne Regelungen der GKV-Finanzierung sind noch in ihrer ursprünglichen Äquivalenzausrichtung begründet, wie die Gewährung einkommensabhängiger Geldleistungen. Der Großteil der Regelungen ist jedoch aus der Orientierung an der Leistungsfähigkeit der Versicherten zu erklären, etwa die beitragsunabhängige Gewährung von Sachleistungen. Diese Mischung von Äquivalenzorientierung und Leistungsfähigkeitsorientierung bewirkt, daß die **GKV-Finanzierung kein eindeutiges Verteilungsziel verfolgt**, also nicht verteilungseffizient ist. Dabei wird die unterschiedliche Ausrichtung der einzelnen Regeln teilweise als ungerecht empfunden, beispielsweise

- die **unterschiedliche Abgrenzung der Beitragsbemessungsgrundlage** bei Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten,
- die **Beitragsbemessungsgrenze**, die bei Ehepaaren nicht einheitlich angewendet wird und die bei hohen Einkommen zu einer regressiven Belastungen führt, und

- die **Beschränkung des sozialen Ausgleichs** als gesamtgesellschaftliche Aufgabe auf den Kreis der GKV-Versicherten.

Zur Senkung der als ungerecht empfundenen Belastungsverteilungen werden verschiedene Reformen vorgeschlagen. Kurz- bis mittelfristig realisierbar erscheinen die **Reformvorschläge** des SACHVERSTÄNDIGENRATS ZUR KONZERTIERTEN AKTION IM GESUNDHEITSWESEN

- einer verbreiterten Beitragsbemessungsgrundlage und
- eines Mindestbeitrags für mitversicherte Ehepartner sowie der neu eingebrachte Vorschlag
- eines Risikostrukturausgleichs zwischen GKV und PKV.

Diese Reformen würden die **Verteilungseffizienz der GKV-Finanzierung insgesamt nicht erhöhen**, da sie im Gegenteil mit ihren unterschiedlichen Zielsetzungen die unklare Ausrichtung verstärken würden. So betont ein Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner den Äquivalenzgedanken in der GKV. Dagegen stärken die anderen beiden Vorschläge die Ausrichtung an der Leistungsfähigkeit, bezogen auf die GKV-Versicherten bei Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und gesamtgesellschaftlich bei einem übergreifenden Risikostrukturausgleich.

Die Hypothesen über die Wirkungen der Reformen werden durch die Ergebnisse einer **Mikrosimulationsberechnung** bestätigt. Das Modell berechnet die Einkommenswirkungen der heutigen GKV-Finanzierung und der Reformen auf Basis von Mikrodaten der deutschen Bevölkerung, der anonymisierten Einzeldatensätze der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993. Es ermöglicht damit eine genauere und detailliertere Auswertung als der weit verbreitete Ansatz der Gruppenanalyse. Die Ergebnisse der Berechnungen werden mit einem auf **das Untersuchungsziel ausgerichteten Meßkonzept** dargestellt, das Bewertungen sowohl als Änderung der Einkommensverteilung gegenüber risikoäquivalenter Zahlung als auch gegenüber der Ausgangsverteilung ermöglicht.

Die wesentlichen **Ergebnisse der quantitativen Untersuchung** sind:

- Eine **Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage** nähert die Mittelaufbringung bei Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze deutlich an die Leistungsfähigkeit an. Gleichzeitig wirkt die Beitragsbemessungsgrenze regressiver.

- Durch einen **Mindestbeitrag für mitversicherte Ehepartner** wird der Familienlastenausgleich massiv, um über 40%, zurückgenommen. Das Verteilungsziel der leistungsfähigkeitsorientierten Mittelaufbringung wird nicht eindeutig unterstützt und die Verteilungseffizienz nicht erhöht. So werden die Ungleichbehandlungen bei Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze zwar gesenkt, aber gleichzeitig kommt es zu neuen Ungleichbehandlungen bei niedrigeren Einkommen. Zusätzlich wird auch durch diese Reform die regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze verstärkt.
- Durch einen **Risikostrukturausgleich zwischen GKV und PKV** wird die gesamtgesellschaftliche Verteilungseffizienz im Sinne der Leistungsfähigkeitsorientierung eindeutig verbessert. Die PKV-Versicherten werden im Durchschnitt an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs in der GKV beteiligt. Gleichzeitig werden einzelne PKV-Versicherte begünstigt, die im Sinne des sozialen Ausgleichs bedürftig sind.
- Die **Kombination der Reformen** verstärkt die unklare Ausrichtung der GKV und senkt dadurch die Verteilungseffizienz.

Die theoretischen Überlegungen und die Berechnungen dieser Arbeit zeigen, daß die Verteilungseffizienz der Finanzierung nur durch Reformen erhöht werden kann, die eine klare Ausrichtung verfolgen. Diese Erkenntnis ist Grundlage für den abschließenden **Entwurf einer Finanzierungsreform**. Er berücksichtigt neben dem Ziel der interpersonellen Gerechtigkeit weitere Ziele der Gesundheitssicherung und insbesondere die **allokative Zielsetzung**, durch Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Diese Zielsetzung läßt sich mittelfristig vermutlich am ehesten durch ein **Mischsystem mit beschränktem Wettbewerb** erreichen. In einem solchen System treten GKVn und PKVn in den Wettbewerb, der durch einen differenzierten Ausgleich von Unterschieden in Einkommens- und Risikostruktur zwischen den Versicherungen ermöglicht wird. Durch **erste Reformen der GKV-Finanzierung** kann dieses Zielsystem angenähert werden, indem

- der **Risikostrukturausgleich verfeinert** wird,
- die **PKV-Versicherten in den Ausgleich einbezogen** werden und sich die Finanzierung somit stärker an der gesamtgesellschaftlichen Leistungsfähigkeit orientiert und

- die **Beitragshebung in der GKV stärker an distributiven Zielsetzungen ausgerichtet** wird durch die Trennung von leistungsfähigkeits- und äquivalenzorientierten Beitragsteilen und durch ihre konsequente Ausrichtung an den jeweiligen Prinzipien, etwa durch das Gesamteinkommen als Beitragsbemessungsgrundlage, die Anhebung der Bemessungsgrenze und ein Ehegattensplitting.

Diese Reformen sind Modifikationen der oben untersuchten, aktuell diskutierten Vorschläge. Sie gehen aber über diese Vorschläge hinaus, indem sie die distributiven Zielsetzungen der Leistungsfähigkeits- und Äquivalenzorientierung effizienter verfolgen, Voraussetzungen für ein wettbewerbliches Krankenversicherungssystem schaffen und dabei trotzdem unterschiedliche Entwicklungen des Gesundheitssystems ermöglichen.

Die Einzelergebnisse der Arbeit lassen sich zum Abschluß in zwei Sätzen zusammenfassen:

- Eine vollständige Umsetzung der distributiven Zielsetzungen und damit eine gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems ist nicht möglich, da es unterschiedliche Vorstellungen gibt über den Umfang bedarfsnotwendiger Versorgung und über den Umfang, in dem der einzelne zur Finanzierung der gesamten Gesundheitsausgaben beitragen soll.
- Die Verteilungseffizienz der Krankenversicherungsfinanzierung könnte dadurch erhöht werden, daß ihre distributiven Zielsetzungen verdeutlicht werden und einzelne Finanzierungsregelungen in GKV und PKV konsequenter an diesen Zielen ausgerichtet werden.

Im Sinne dieser beiden Aussagen sind die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht als Anleitung zu einer verteilungseffizienten oder gar gerechten Finanzierung zu verstehen. Sie wollen aber aufzeigen, daß die Frage nach den gesamtgesellschaftlichen Verteilungswirkungen im Kontext der gesundheitspolitischen Zielsetzungen verfolgt werden sollte. Vielleicht gibt dabei der abschließend vorgestellte Reformentwurf neue Anstöße für eine Diskussion über eine zukunftsorientierte Finanzierung des gesamten Krankenversicherungssystems.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H. (1995): Rationale Leistungssteuerung und Rationierung der Medizin, in: Isenberg, Th./Malzahn, J. (Hrsg.): *Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten?*, Frankfurt a.M., S. 152-169.
- Adam, H./Finsinger, J. (1986): Verwaltungskosten und Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Finanzarchiv* 44 (1986) 2, S. 306-319.
- Aigner, K. (1993): *Einkommensverteilung und Einkommensumverteilung*, Frankfurt u.a.
- Akerlof, G. (1970): The Market for "Lemons" - Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in: *Quarterly Journal of Economics* 84 (1970), S. 237-249.
- Alber, J. (1992a): Bundesrepublik Deutschland, in: Alber, J./Bernardis-Schenkluh, B. (Hrsg.): *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich*, Frankfurt, S. 31-176.
- Alber, J. (1992b): *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland*, Frankfurt.
- Albers, W. (1977): Transferzahlungen als Instrument der Verteilungspolitik, in: Dreißig, W. (Hrsg.): *Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung V*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 75/V, Berlin, S. 157-182.
- Albers, W. (1982): *Soziale Sicherung*, Stuttgart.
- Althammer, W. (1991): Steuern und Gerechtigkeit - Einige Bemerkungen zum Problem einer ökonomischen Theorie der Gerechtigkeit, in: Wahl, J. (Hrsg.): *Steuerpolitik vor neuen Aufgaben*, Regensburg, S. 105-112.
- am Orde, B. (1997): Die GKV-Neuordnungsgesetze - eine neue Ära mit vielen Verlierern und wenigen Gewinnern beginnt, in: *Soziale Sicherheit* 46 (1997) 7, S. 242-250.
- Andel, N. (1975): Verteilungswirkungen der gesetzlichen Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Dreißig, W. (Hrsg.): *Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 75/III, Berlin, S. 39-82.
- Andel, N. (1990): *Finanzwissenschaft*, 2. Auflage, Tübingen.
- Arnold, M. (1995): *Solidarität 2000*, 2. völlig überarb. Aufl., Stuttgart.
- Atkinson, A. B. (1970): On the Measurement of Inequality, in: *Journal of Economic Theory* 2 (1970), S. 244-263.
- Bartilink, H. (1994): Pflichtmitglieder zahlen für Freiwillige, in: *Arbeit und Sozialpolitik* 39 (1985) 2, S. 50.
- Bastiani, A. (1995): *Die private Krankenversicherung in ausgewählten Ländern der Europäischen Union*, München.

- Bauer, G./Steffens, J. (1988): Perspektiven der Rentnerkrankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse 70 (1988) 6, S. 169-172.
- Baumann, M. (1986a): Demographische Entwicklung und Gesundheitswesen, Sonderforschungsbereich 3 Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik Arbeitspapier Nr. 222, Frankfurt/Mannheim.
- Baumann, M. (1986b): Familienstruktur und Beitragsbelastungsunterschiede in der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung, in: Krankenversicherung 35 (1986) 8, S. 180-185.
- Bäumer, A. P.(1988): Soziale Sicherung durch Individualversicherung, in: Maydell, B./Kannengießler, W. (Hrsg.): Handbuch Sozialpolitik, Pfullingen, S. 310-316.
- Becker, H. (1990): Finanzwissenschaftliche Steuerlehre, München.
- Becker, I. (1985): Einkommensumverteilung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung - Eine empirische Untersuchung, in: Schmähl, W. (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S. 98-119.
- Behrens, C. (1991): Intertemporale Verteilungswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt a.M.
- Behrens, J./Smolensky, E. (1973): Alternative Definitions of Income Redistribution, in: Public Finance 28 (1973) 3-4, S. 315-332.
- Berthold, A. (1987): Der Wettbewerb unter Krankenversicherungsgesellschaften als Mittel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, Nürnberg.
- Berthold, N. (1986): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, in: Finanzarchiv 44 (1986) 2, S. 350-358.
- Berthold, N./Thode, E. (1996): Auslagerung versicherungsfremder Leistungen - Ausweg oder Kreisverkehr, in: Wirtschaftsdienst 76 (1996) 7, S. 351-358.
- Beske, F. (1995): Das Gesundheitswesen in Deutschland - Struktur / Leistungen / Weiterentwicklung, 2. Aufl., Köln.
- Beske, F./Hallhauer, J. F./Kern, A. O. (1996): Rationierung im Gesundheitswesen? - Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistungen, Kiel.
- Beske, F./Thiede, M./Hallhauer, J. F. (1996): Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Fremdleistungen - Analysen und Lösungsvorschläge, Kiel.
- Beske, F./Zalewski, T. (1984): Gesetzliche Krankenversicherung - Systemerhaltung und Finanzierbarkeit, Kiel.
- Besley, T. (1991): The Demand for Health Care and Health Insurance, in: McGuire, A./Fenn, P./Mayhew, K. (Hrsg.): Providing Health Care - The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery, Oxford, S. 46-64.
- Biermann, H. (1992): Die Gesundheitsfalle, Hamburg.
- Blau, H. (1996): Entwicklungen und Reformansätze im Gesundheitswesen, in: ifo-Schnelldienst 17-18 (1996) 49, S. 26-37.

- Blühm, N. (1986): Grundsätze und Ziele der Gesundheitspolitik, in: Gäfgen G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 13-18.
- Boehringer, M. (1998): Gesundheitsmessung - Theoretische Ansätze und empirische Analyse unter der besonderen Berücksichtigung von Paneldaten, Idstein.
- Bohm, S./Jacobs, K./Reschke, P. (1996): Notwendigkeit und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Hans-Böckler-Stiftung Graue Reihe - N.F. 111, Düsseldorf.
- Bösch, M. (1987): Umverteilung, Effizienz und demographische Abhängigkeit von Rentenversicherungssystemen, Berlin u.a.
- Brenner, G. (1993): Faktoren, die den Kostenanstieg in der Gesundheitsversorgung beeinflussen, in: IGSF (Hrsg.): Bericht über die Tagung Künftige Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei steigenden Kosten und begrenzten Ressourcen, Würzburg, S. 51-65.
- Bress, D./Nappert, A. (1993): Einkommensarten in der gesetzlichen Krankenversicherung, Sankt Augustin.
- Breyer, F. (1984): Moral Hazard und der optimale Krankenversicherungsvertrag - Eine Übersicht, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft 140 (1984) 2, S. 288-307.
- Breyer, F. (1989): Verteilungswirkungen wahlweiser Selbstbeteiligung in der GKV - eine risikotheorietische Analyse, in: Gäfgen, Gerard, Oberender, Peter (Hrsg.): Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden, 1989, S. 47-72.
- Breyer, F./Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (1987): Voting on Social Security - The Family as Decision-Making Unit, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- Breyer, F./Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (1989): Social Security, Demographic Change, and the Reversibility of Majority Decisions, in: Felderer, B. (Hrsg.): Einkommensverteilung und Bevölkerungsentwicklung, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 187, Berlin, S. 121-133.
- Breyer, F./Zweifel, P. (1997): Gesundheitsökonomie, 2. überarb. und erw. Aufl, Berlin u.a.
- Brümmerhoff, D. (1991): Äquivalenzprinzip versus Solidaritätsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Berlin, S. 177-211.
- Brunkhorst, J. (1987): Zur Problematik unterschiedlicher Risikostrukturen und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, BMfAS (1996-1998): Bundesarbeitsblatt, Stuttgart/Köln.

- Bundesministerium für Gesundheit, BMfG (1995a): Daten des Gesundheitswesens, Baden-Baden.
- Bundesministerium für Gesundheit, BMfG (1995b): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1995, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit, BMfG (1995c): Übersicht über das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit, BMfG (1996): Die Gesetzliche Krankenversicherung, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit, BMfG (1997): Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung, Informationsmaterial des BMfG, Bonn.
- Bundesversicherungsamt (1997): Verhältniswerte und standardisierte Leistungsausgaben je Versicherten in jeder Versichertengruppe, Berlin.
- Burger, C. (1997): Marktversagen bei Gesundheitsgütern, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften 48 (1997), S. 89-112.
- Busch, S./Pfaff, A. B./Rindsfüßer, C. (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Hans-Böckler-Stiftung Graue Reihe - N.F. 110, Düsseldorf.
- Bußmann, L. (1983): Konsequenzen sozialversicherungspolitischer Grundsätze für die Bemessungsgrundlage, in: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.): Staatsfinanzierung im Wandel, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. 134, Berlin, S. 523-543.
- Cassel, D. (1992): Wirtschaftliche und soziale Auswirkung von Wahlmodellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.
- Cassel, D. (1996): Mehr Wettbewerb wagen, in: Wirtschaftsdienst 76 (1996) 2, S. 68-71.
- Champernowne, D. G. (1994): A Comparison of Measures of Inequality of Income Distribution, in: The Economic Journal 84 (1974) 6, S. 787-816.
- Christianson, J./Feldman, R./Wholy, D. (1996): HMO Mergers - Estimating Impact on Premiums and Costs, in: Health Affairs 16 (1997) 6, S. 133-141.
- Culyer, A. J. (1993): Health, Health Expenditures, and Equity, in: Wagstaff, A./Doorslaer, E. v./Rutten, F. (Hrsg.): Equity in the Finance and Delivery of Health Care, Oxford/New York/Tokyo, S. 299-319.
- Cutler, D. M./Reber, S. (1996): Paying for Health Insurance - The Tradeoff between Competition and Adverse Selection, National Bureau of Economic Research Working Paper No. 5796, Cambridge MA.
- Cuvillier, R. (1993): Equality of Treatment for Housewives in Tax and Benefit Systems - A Proposal, in: Journal of Social Policy 22 (1993) 4, S. 439-460.
- Dardanoni/Wagstaff (1987): Uncertainty, Inequalities in Health and the Demand for Health, in: Journal of Health Economics 6 (1987), S. 283-290.

- Davies, B. (1996): Equity Within and Between Generations, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hrsg.): Pensions in the European Union - Adapting to Economic and Social Changes, Discussion Papers, Köln.
- Dibbern, G. (1996): Gleiche Chancen für die zukunftssichere private Alternative, in: Wirtschaftsdienst 76 (1996) 9, S. 455-458.
- Dinkel, R. (1984): Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren als Organisationsprinzipien einer allgemeinen Sozialversicherung, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 13 (1984) 4, S. 165-169.
- Dinkel, R. (1985): Das Äquivalenzprinzip in Privat- und Sozialversicherung - eine kritische Auseinandersetzung mit der herrschenden Orthodoxie, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 74 (1985) 2/3, S. 345-370.
- Dinkel, R. (1986): Social Security And Intergenerational Equity, in: Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (Hrsg.): Essays in social security economics, Berlin/Heidelberg, S. 77-107.
- Döhler, M. (1994): Gesundheitsreform als Ausstieg aus der klassischen Sozialversicherung?, in: Riedmüller, B./Olk, T. (Hrsg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates, Opladen, S. 146-163.
- Doorslaer, E. v./ Wagstaff, A. (1993): Equity in the Finance Health Care - Methods and Findings, in: Wagstaff, A./Doorslaer, E. v./Rutten, F. (Hrsg.): Equity in the Finance and Delivery of Health Care, Oxford/New York/Tokyo, S. 20-49.
- Döring, D. (1995): Anmerkungen zum Gerechtigkeitsbegriff der Sozialpolitik mit besonderer Berücksichtigung liberaler Wertvorstellungen zur Sozialversicherungspolitik, in: Döring, D. u.a. (Hrsg.): Gerechtigkeit und Wohlfahrtsstaat, Marburg, S. 67-113.
- Dreßler, R. (1996): Notwendig ist eine Kombination aus Wettbewerb und Globalbudget, in: Wirtschaftsdienst 76 (1996) 2, S. 62-64.
- Drummond, M. (1991): Output Measurement for Resource-Allocation Decision in Health Care, in: McGuire, A./Fenn, P./Mayhew, K. (Hrsg.): Providing Health Care - The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery, Oxford, S. 99-120.
- Dudey, S. (1996): Verteilungswirkungen des Sozialversicherungssystems der Bundesrepublik Deutschland und Modellierung seiner zukünftigen Entwicklung, Bochum.
- Eisen, R. (1980): Das Äquivalenzprinzip in der Versicherung - Unterschiedliche Folgerungen aus verschiedenen Interpretationen, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 69 (1980) 4, S. 529-556.
- Eisen, R. (1984): Der Organisationstyp "Private Krankenversicherung" - Merkmale der Finanzierungs-, Allokations-, Produktions- und Distributionsebene, in: Neubauer, D. (Hrsg.): Alternativen der Steuerung des Gesund-

- heitswesens im Rahmen einer Sozialen Marktwirtschaft, Gerlingen, S. 101-160.
- Engelhardt, W. W. (1995): Grundsätzliche und aktuelle Aspekte der Sicherung, Subsidiarität und Sozialpolitik, in: Kleinherz, G. (Hrsg.): Soziale Ausgestaltung der Marktwirtschaft, Berlin, S. 3-28.
- Enquête-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (1990): Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Endbericht der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Bonn.
- Enthoven, A. (1991): Internal Market Reform of the British National Health Service, in: Health Affairs 10 (1991) 3, S. 60-70.
- Enthoven, A. (1993a): Health Care Costs - A Moral and Economic Problem, in: California Management Review 35 (1993) 2, S. 134-151.
- Enthoven, A. (1993b): Why Managed Care has Failed to Contain Health Costs, in: Health Affairs 12 (1993) 3, S. 27-43.
- Enthoven, A. (1993c): Market Reform and Universal Coverage - Avoid Market Failure, in: Health Care Strategic Management 11 (1993) 2, S. 11-14.
- Enthoven, A. (1993d): The History and Principles of Managed Competition, in: Health Affairs 12 (1993) Suppl., S. 24-48.
- Enthoven, A. C. (1978a): Consumer Choice Health Plan Part I, in: The New England Journal of Medicine 298 (1978) 12, S. 650-658.
- Enthoven, A. C. (1978b): Consumer Choice Health Plan Part II, in: The New England Journal of Medicine 299 (1978) 13, S. 709-720.
- Enthoven, A./Singer, S. J. (1995): Market-Based Reform - What to Regulate and by Whom, in: Health Affairs 14 (1995) 1, S. 105-119.
- Erbsland, M. (1995): Demographische Effekte auf die zukünftigen Behandlungsausgaben und den zukünftigen Beitragssatz der GKV, ZEW Discussion Paper No. 95-18, Mannheim.
- Erbsland, M./Ried, W./Ulrich, V. (1997): Der Einfluß der "doppelten Alterung" auf Gesundheitsausgaben und Beitragssatz - Simulationsergebnisse für die Gesetzliche Krankenversicherung, Forschungspapier Universität Mannheim/ZEW Mannheim, Vortrag auf der Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik 23.-26. Sept. 1997, Mannheim.
- Euler, M. (1985): Erfassung und Darstellung der Einkommen privater Haushalte in der amtlichen Statistik, in: Wirtschaft und Statistik (1985) 1, S. 56-62.
- Euler, M. (1992): Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993, in: Wirtschaft und Statistik (1992) 7, S. 463-469.
- Evans, R. G. (1997): Going for the Gold - The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reforms, in: Journal of Health Politics, Policy and Law 22 (1997) 2, S. 427-465.
- Fachinger, U./Faik, J. (1994): Die Veränderung der personellen Einkommensstruktur in der Bundesrepublik Deutschland, Arbeitspapier Nr. 4 EVS-

- Projekt "Personelle Einkommensverteilung in der Bundesrepublik Deutschland" Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Frankfurt.
- Fachinger, U./Rothgang, H. (1995a): Die Neustrukturierung der Finanzierung von Pflegeleistungen - Eine Analyse ihrer Wirkungen auf die personelle Einkommensverteilung, in: Fachinger, U./Rothgang, H. (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Berlin, S. 223-244.
- Fachinger, U./Rothgang, H. (1995b): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die personelle Einkommensverteilung, ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/95, Bremen.
- Felderer, B. (1991): Demographische Entwicklung, Nettoprämien und Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik 45 (1991) 5-6, S. 30-35.
- Feldman, R./Wholy, D./Christianson, J. (1996): Effect of Mergers on Health Maintenance Organization Premiums, in: Health Care Financing Review 17 (1996) 3, S. 171-189.
- Feldstein, M. (1996): A New Era of Social Security, in: Public Interest (1998) 4, S. 102-125.
- Felkner, C. (1995): Die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland - ein Paradigmenwechsel in der sozialen Absicherung des Krankheitsrisikos?, in: Sozialer Fortschritt 44 (1995) 10, S. 250-255.
- Felkner, C./Stein, P./Stutzmüller, U. (1990): Die Entwicklung der Beitragssatzstruktur und ihrer Bestimmungsgründe in der GKV, Stuttgart.
- Fickel, N. (1995): Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland auf die Ausgaben für Gesundheit, Frankfurt u.a.
- Fiedler, E. (1995): Konvergenz der Systeme? Neue Wege zwischen GKV und PKV, in: Die Ersatzkasse (1995) 6, S. 211-215.
- Frank, A. (1994): Die geschichtliche Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, München.
- Frey, R. L./Leu, R. E. (1981): Demographie und Inzidenz der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik 37 (1981) 3, S. 319-335.
- Füllsack, M. (1996): Reformmodelle in der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Vereinbarkeit mit der Verfassung, Konstanz.
- Gaertner, W. (1985): Einige Theorien der Verteilungsgerechtigkeit im Vergleich, in: Enderle, G. (Hrsg.): Ethik und Wirtschaftswissenschaft, Schriften des Vereins für Socialpolitik, NF. 147, Berlin, S. 111-142.
- Gäfen, G. (1985): Die ethische Problematik von Allokationsentscheidungen am Beispiel des Ressourceneinsatzes im Gesundheitswesen, in: Dreißig, W. (Hrsg.): Ethik und Wirtschaftswissenschaft, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 147, Berlin, S. 249-274.

- Gäfen, G. (1988): Gesundheitspolitik als Verteilungspolitik, in: *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 13 (1988), S. 95-108.
- Gäfen, G. (1989): Gesundheit, Gerechtigkeit und Gleichheit - Distributive Aspekte der Gesundheitsversorgung, in: Gäfen, G./Oberender, P. (Hrsg.): *Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden*, S. 11-46.
- Gäfen, G. (1990): *Gesundheitsökonomie: Grundlagen und Anwendungen, Baden-Baden*.
- Galler, H. P. (1988): Familiäre Lebenslagen und Familienlastenausgleich - Zu den Opportunitätskosten familiärer Entscheidungen, in: Felderer, B. (Hrsg.): *Familienlastenausgleich und demographische Entwicklung, Berlin*, S. 83-112.
- Galler, H. P. (1994): Mikrosimulationsmodelle in der Forschungsstrategie des Sonderforschungsbereichs 3, in: Hauser, R. (Hrsg.): *Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik - Ergebnisse aus dem gleichnamigen Sonderforschungsbereich an den Universitäten Frankfurt und Mannheim, Bd. 2: Erhebungsverfahren, Analysemethoden und Mikrosimulation, Berlin*, S. 369-379.
- Gasnier, S./Jöhnk, M.-D. (1994): Eingrenzung der Lorenzkurve und des Gini-Koeffizienten aus klassierten Daten bei verschiedenen Annahmen über den Informationsstand, in: *Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik* 213 (1994), S. 724-746.
- Genosko, J. (1995): Einige ordnungspolitische Überlegungen zum Gesundheitswesen, in: Kleinherz, G. (Hrsg.): *Soziale Ausgestaltung der Marktwirtschaft, Berlin*, S. 323-340.
- Genser, B. (1991): Die Messung der Steuerprogression - Verteilungsabhängige Progressionsmaße, in: *Wirtschaftsstudium* 20 (1991) 8/9, S. 617-623.
- Geser, G. (1995): Die Schweizer Krankenkassen im Zeichen von Managed Care, in: *Arbeit und Sozialpolitik* 9 (1995) 9/10, S. 27-36.
- Giloy, J. (1978): *Vieldeutige Einkommensbegriffe, Berlin*.
- Given, R. (1996): Economies of Scale and Scope as an Explanation of Merger and Output Diversification Activities in the Health Maintenance Organization Industry, in: *Journal of Health Economics* 15 (1996) 6, S. 685-713.
- Greisler, P. (1995): Konvergenz oder Wettbewerb in GKV und PKV?, in: *Versicherungswirtschaft* 13 (1996) 50, S. 846-856.
- Groebel, A. (1989): *Verteilungspolitik - Arbeits- und Sozialordnung, München*.
- Gronewegen, P. P. (1994): The Shadow of the Future - Institutional Change in Health Care, in: *Health Affairs* 13 (1994) 5, S. 137-148.
- Grosier, M. (1994): Der Arbeitgeberbeitrag - eine sozialpolitische Illusion?, in: Riedmüller, B./Olk, T. (Hrsg.): *Grenzen des Sozialversicherungsstaates, Opladen*, S. 205-218.

- Hackmann, J. (1983): Die Bestimmung des steuerlichen Einkommensbegriffs aus finanzwissenschaftlicher Sicht, in: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.): Staatsfinanzierung im Wandel, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. 134, Berlin, S. 661-702.
- Haller, H. (1990): Umstrittene Fragen der Leitungsfähigkeitsbesteuerung, in: Bea, F. X. (Hrsg.): Finanzwissenschaft im Dienst der Wirtschaftspolitik - Dieter Pohmer zum 65. Geburtstag, Tübingen, S. 21-40.
- Ham, C./Brommels, M. (1994): Health Care Reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom, in: Health Affairs 13 (1994) 5, S. 106-119.
- Hanefeld, U. (1987): Das Sozio-ökonomische Panel - Grundlagen und Konzeption, Frankfurt a.M./New York.
- Hansen, A. (1974): Die Einkommens- und Vermögensverteilung in der Bundesrepublik Deutschland aus statistischer Sicht, in: Albers, W. (Hrsg.): Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung I, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Band 75/I, Berlin, S. 21-93.
- Hauser, R. (1986): Empirische Umverteilungsanalysen als Beitrag zu einer Theorie des Systems der sozialen Sicherung, in: Hanau, K./Hujer, R./Neubauer, W. (Hrsg.): Wirtschaft- und Sozialstatistik - Empirische Grundlagen politischer Entscheidungen, Göttingen, S. 417-443.
- Hauser, R. (1994): Die Arbeiten des Sonderforschungsbereichs 3 - Ein Überblick, in: Hauser, R. (Hrsg.): Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik - Ergebnisse aus dem gleichnamigen Sonderforschungsbereich an den Universitäten Frankfurt und Mannheim, Bd. 1: Ausgewählte Probleme und Lösungsansätze, Berlin, S. 1-35.
- Hauser, R. (1996): Zur Messung individueller Wohlfahrt und ihrer Verteilung, Arbeitspapier Nr. 7 EVS-Projekt "Personelle Einkommensverteilung in der Bundesrepublik Deutschland" Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M., Frankfurt.
- Hauser, R./Becker, I. (1996): Zur Entwicklung der personellen Verteilung der Einkommen in West- und Ostdeutschland 1973 bzw. 1990 bis 1994, in: Sozialer Fortschritt 45 (1996) 12, S. 285-293.
- Hempe, K. (1977): Redistributionsprozesse in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland und die Möglichkeit der Einführung des versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips, Frankfurt a.M.
- Henke, K.-D. (1977): Öffentliche Gesundheitsausgaben und ihre Verteilung, Göttingen.
- Henke, K.-D. (1983): Kommentar zu Ott, G.: Einkommensumverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Finanzarchiv 41 (1983), S. 155-158.
- Henke, K.-D. (1983a): Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung aus allokativer und distributiver Sicht, in: Hansmeyer, K.-H.

- (Hrsg.): Staatsfinanzierung im Wandel, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. 134, Berlin, S. 463-481.
- Henke, K.-D. (1985): Zur Rolle des Versicherungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schmähl, W. (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S. 55-75.
- Henke, K.-D. (1986): Möglichkeiten einer Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 611-630.
- Henke, K.-D. (1988): Langfristige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zimmermann, H. (Hrsg.): Die Zukunft der Staatsfinanzierung, Stuttgart, S. 143-159
- Henke, K.-D. (1995a): Bleibt unser Gesundheitswesen finanzierbar?, Vortragsabend mit der Akademie der Wissenschaften zu Göttingen am 10. November 1994, Hannover.
- Henke, K.-D. (1995b): Von der fiskalischen Betrachtung zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen, in: Kleinherz, G. (Hrsg.): Soziale Ausgestaltung der Marktwirtschaft, Berlin, S. 341-356.
- Henke, K.-D. (1996a): Auf dem Weg zu mehr Rationalität im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftsdienst 76 (1996) 2, S. 64-68.
- Henke, K.-D. (1996b): Krankenkassenwettbewerb oder Einheitskasse?, in: Wirtschaftsdienst 76 (1996) 9, S. 447-449.
- Henke, K.-D. (1997a): Die Zukunft der Gesundheitssicherung, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 216 (1997) 4/5, S. 478-497.
- Henke, K.-D. (1997b): Quo vadis Gesundheitswesen?, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation Diskussionspapier 1997/04 Technische Universität Berlin, Berlin.
- Henke, K.-D./Behrens, C. (1989): Umverteilungswirkungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth.
- Herder-Dorneich, Ph. (1980): Gesundheitsökonomik - Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart.
- Herder-Dorneich, Ph. (1986): Ordnungspolitik des Gesundheitswesens - Eine analytische Grundlegung, in: Gäfgen G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 55-70.
- Herder-Dorneich, Ph. (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens - Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden.
- Herder-Dorneich, Ph./Schreiber, W. (1969): Einkommensgrenzen und Kassensanierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

- Hertel, J. (1997): Einnahmen und Ausgaben der privaten Haushalte 1993, in: StBuA (1997b), S. 28-41.
- Hesselberger, D. (1990): Das Grundgesetz - Kommentar für die politische Bildung, 6. verb. Aufl., Bonn.
- Hinrichs, K. (1994): Restrukturierung der Sozialpolitik? - Das Beispiel der Gesundheitspolitik, in: Riedmüller, B./Olk, T. (Hrsg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates, Opladen, S. 119-145.
- Hinrichs, K. (1995): The Impact of the German Health Insurance Reforms on Redistribution and the Culture of Solidarity, in: Journal of Health Politics, Policy and Law 20 (1995) 3, S. 653-694.
- Hinterberger, F. (1988): Zur Interpretation von Umverteilungsmaßen bei sich schneidenden Lorenzkurven, Finanzwissenschaftliche Arbeitspapiere Nr. 15 Universität Gießen, Gießen.
- Hinterberger, F. (1989): Zur Messung der Umverteilung: eine Verallgemeinerung, Finanzwissenschaftliche Arbeitspapiere Nr. 25 Universität Gießen, Gießen.
- Hoffmann, V. (1997): Beschäftigung und Sozialstaat, München.
- Hofmann, J. (1995): Befreiung der Sozialversicherung von versicherungsfremden Leistungen, in: Arbeit und Sozialpolitik 49 (1995) 11/12, S. 12-16.
- Huppertz, P.-H./Siedenberg, A. (1980): Organisations- und Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Forschungsbericht Gesundheitsforschung 26, Bonn.
- Hüther, M./ Premer, M. (1997): Zwischen individueller und solidarischer Absicherung, in: Wirtschaftsdienst 77 (1997) 29, S. 117-124.
- Isensee, J. (1973): Umverteilung durch Sozialversicherungsbeiträge, Berlin.
- Isensee, J. (1983): Nichtsteuerliche Abgaben - Ein weißer Fleck in der Finanzverfassung, in: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.): Staatsfinanzierung im Wandel, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. 134, Berlin, S. 435-461.
- Jack, W. (1997): Intergenerational Risk Sharing and Health Insurance Financing, Centre for Economic Policy Research Australian National University, Working Paper No. 321, o.O.
- Jacobs, K. (1992): Freie Wahl der Krankenkasse - Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs, Baden-Baden.
- Jacobs, K./Kniesche, A./Reschke, P. (1993): Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht in der gesetzlichen Krankenversicherung, Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs, IGES-Papier Nr. 93-59, Berlin.
- Karten, W. (1977): Solidaritätsprinzip und versicherungstechnischer Risikoausgleich - einige ökonomische Grundtatbestände, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 66 (1977) 2, S. 185-203.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV (1996): Vernetzte Praxen und flexible Vertragsformen - Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, Köln.
- Kellogg, V. S. (1995): The National Health System of Great Britain, in: Health Systems Review 28 (1995) 1, S. 40-44.
- Kersting, W. (1998): Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung, in: Schöffski, O./Glaser, P./Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen - Grundlagen und Standortbestimmung, Berlin u.a., S. 25-38.
- Kitterer, W. (1986a): Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes (EVS), in: Lindner, H. (Hrsg.): Aussagefähigkeit von Einkommensverteilungsrechnungen für die Bundesrepublik Deutschland, Tübingen, S. 25-102.
- Kitterer, W. (1986b): Effizienz- und Verteilungswirkungen des Steuersystems, Frankfurt a.M./Bern/New York.
- Kitterer, W. (1986c): Zielsetzungen und Probleme empirischer Verteilungsrechnungen, in: Lindner, H. (Hrsg.): Aussagefähigkeit von Einkommensverteilungsrechnungen für die Bundesrepublik Deutschland, Tübingen, S. 1-24.
- Klein, T. (1986): Äquivalenzskalen - Ein Literatursurvey, Arbeitspapier 195 Projekt C-1 "Soziale Sicherung" Universität Frankfurt, Frankfurt.
- Kleindorfer, P. R./Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (1986): Intergenerational Equity and Fund Balances for Statutory Health Insurance, in: Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (Hrsg.): Essays in social security economics, Berlin/Heidelberg, S. 108-129.
- Knappe, E./Fritz, W. (1986): Direktbeteiligung der Patienten - Auswirkungen eines absoluten Selbstbehalts, in: Gäfgen G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 449-468.
- Knappe, E./Rachhold, U. (1997): Demographischer Wandel und Gesetzliche Krankenversicherung, in: Knappe, E./Winkler, A. (Hrsg.): Sozialstaat im Umbruch - Herausforderungen an die deutsche Sozialpolitik, Frankfurt, 1997, S. 91-118.
- Knieps, F. (1995): Perspektiven einer solidarischen Gesundheitspolitik, in: Arbeit und Sozialpolitik 49 (1995) 1/2, S. 12-21.
- Kocher, R. (1995): Die "besonderen Versicherungsformen" im Aufwind, in: Soziale Sicherheit 3 (1995) 5, S. 250-256.
- Kops, M. (1987): Der Inzidenzbegriff in der Finanzwissenschaft, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium 16 (1987) 2, S. 59-65.
- Kraft, K./Schulenburg, M. v.d. (1986): Auswirkungen der steuerlichen Behandlung von persönlichen Gesundheitsausgaben und des Arbeitsgeberzuschusses auf das Konsumentenverhalten, Discussion Papers IIM/IP 86 - 21

- Gesamthochschule Universität Kassel/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Kassel.
- Krämer, W. (1981): Zum Begriff "Bedarf" in der Gesundheits- und Sozialpolitik, in: Sozialer Fortschritt 30 (1981) 6, S. 121-123.
- Krupp, H. J. (1973): Verteilungswirkungen der Steuerfinanzierung des sozialen Altersversicherungssystems, in: Külp, B./Stützel, W. (Hrsg.): Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik, Berlin, S. 253-272.
- Krupp, H. J. (1975): Möglichkeiten der Verbesserung der Einkommens- und Vermögensstatistik, Göttingen.
- Krupp, H. J. (1986): Potential and Limitations of Microsimulation Models, in: Orcutt, G. H./Merz, J./Quinke, H. (Hrsg.): Microanalytic Simulation Models to Support Social and Financial Policy, o.O., S. 31-41.
- Kühn, H. (1995): Privat oder Kasse, in: Isenberg, Th./Malzahn, J. (Hrsg.): Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten?, Frankfurt a.M., S. 170-180.
- Kulbe, A. (1993): Die gesetzliche und private Krankenversicherung, Freiburg.
- Külp, B. (1971): Verteilungspolitik, in: Werner, J./Külp, B. (Hrsg.): Wachstumspolitik Verteilungspolitik, Stuttgart, S. 91-230.
- Külp, B. (1973): Die Rolle der Einkommensverteilung innerhalb der Wohlfahrtstheorie, in: Külp, B./Stützel, W. (Hrsg.): Beiträge zu einer Theorie der Sozialpolitik, Berlin, S. 99-130.
- Külp, B. (1991): Unterschiedliche Finanzierungssysteme der gesetzlichen Rentenversicherung und ihr Einfluß auf die Verteilung zwischen den Generationen, in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik 36 (1991), S. 35-54.
- Lampert, H. (1990): Die Bedeutung der Gerechtigkeit im Konzept der Sozialen Marktwirtschaft, in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 35 (1990), S. 75-88.
- Law, A. M./Kelton, W. D.(1982): Simulation Modeling and Analysis, New York u.a.
- Leisner, W. (1974): Sozialversicherung und Privatversicherung, Berlin.
- Leu, R. E./Doppmann, R. J. (1986): Die Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen, in: Gäfgen G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 161-175.
- Lindner, H./Freitag, B.(1986): Die Einkommensverteilungsrechnung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), in: Lindner, H. (Hrsg.): Aussagefähigkeit von Einkommensverteilungsrechnungen für die Bundesrepublik Deutschland, Tübingen, S. 141-427.
- Loeffelholz, H. D. v. (1979): Die personale Inzidenz des Sozialhaushaltes - Eine theoretische und empirische Studie, Göttingen.

- Mackscheidt, K. (1983): Alternative Beitragsbemessungsgrundlagen für die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung, in: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.): Staatsfinanzierung im Wandel, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. 134, Berlin, S. 503-522.
- Mackscheidt, K. (1985): Über die Belastbarkeit mit Sozialversicherungsbeiträgen aus der Sicht der Steuerwiderstandsforschung, in: Schmähl, W. (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S. 27-54.
- Majnoni d'Intignano, B. (1991): Analyse der neuesten Entwicklungen und Reformen in Sachen Finanzierung der Gesundheitssysteme, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit 44 (1991) 3, S. 5-23.
- Malin, E.-M./Schmidt, E. M. (1995): Beitragsrückzahlung in der GKV, in: Die Betriebskrankenkasse 47 (1995)12, S. 759-763.
- Männer, L. (1984): Der Organisationstyp "Gesetzliche Krankenversicherung" - Merkmale der Finanzierungs-, Allokations-, Produktions- und Distributionsebene, in: Neubauer, D. (Hrsg.): Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen einer Sozialen Marktwirtschaft, Gerlingen, S. 161-198.
- Männer, L. (1989): Einführung von Wahlтарifen und deren Auswirkungen auf den Solidarausgleich in der GKV - Empirische Ergebnisse, in: Gäfgen, G./Oberender, P. (Hrsg.): Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden, S. 111-140.
- Mayer, O. G. (1995): Sozialabgaben, versicherungsfremde Leistungen und Beschäftigung, HWWA Diskussionspapier Nr. 26, Hamburg.
- Meierjürgen, R. (1989): Intertemporale und intergenerative Verteilungswirkungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt a.M. u.a.
- Meinhold, H. (1985): Die ordnungspolitische Bedeutung des Versicherungsprinzips in der deutschen Sozialpolitik, in: Schmähl, W. (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S. 13-26.
- Merkens, G./Birgelen, W.v. (1991): Die private Krankenversicherung - Eine Arbeitshilfe für die GKV, Sankt Augustin.
- Merz, J. (1994): Statisches Sonderforschungsbereich 3-Mikrosimulationsmodell - Mainframe- und PC-Version, in: Hauser, R. (Hrsg.): Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik - Ergebnisse aus dem gleichnamigen Sonderforschungsbereich an den Universitäten Frankfurt und Mannheim, Bd. 2: Erhebungsverfahren, Analysemethoden und Mikrosimulation, Berlin, S. 380-398.
- Metze, (1977): Allokation und Distribution im Bereich der sozialen Sicherung, in: Dreißig, W. (Hrsg.): Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung V, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 75/V, Berlin, S. 127-155.
- MISSOC-Secretariat (1996): Social Protection in the Member States of the European Union, Brussels/Luxembourg, 1996.

- Mitschke, J. (1994): Integration von Steuer- und Sozialleistungssystem - Chancen und Hürden, in: *Steuer und Wirtschaft* 24 (1994) 2, S. 153-162.
- Molitor, B. (1987): *Theorie der Sozialpolitik*, München.
- Molitor, B. (1988): *Wirtschaftspolitik*, München/Wien.
- Mühlenkamp, H. (1990): Empirische Ergebnisse zur Ausgabenbelastung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch einzelne Mitgliedergruppen, *Arbeitsberichte des Fachbereichs Wirtschafts- und Sozialwissenschaften* Nr. 81 Universität Lüneburg, Lüneburg.
- Mühlenkamp, H. (1991): *Die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Berlin.
- Müller, J. (1984): GKV-Finanzierung über Zwecksteuern?, in: *Mensch, Medizin, Gesellschaft* 9 (1984), S. 260-265.
- Müller, J. (1988): Grenzen der Beitragsbelastung und alternative Abgabeformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Groser, M. (Hrsg.): *Beiträge zur sozialen Ordnungspolitik*, Baden-Baden, S. 113-136.
- Müller, J./Schneider, W. (1997): Mitgliederbewegung und Beitragssätze in Zeiten des Kassenwettbewerbs, in: *Arbeit und Sozialpolitik* 51 (1997) 3/4, S. 11-24.
- Münnich, F. E. (1986): Das Gesundheitssystem im Umbruch - Zukunftsperspektiven der Gesundheitsversorgung, in: Gäfgen G. (Hrsg.): *Ökonomie des Gesundheitswesens*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 631-648.
- Musgrave, R. A. (1974): *Finanztheorie*, 2., erg. und verb. Aufl., Tübingen.
- Musgrave, R. A./Musgrave, P. B./Kullmer, L. (1990): *Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis* 1, 5. überarb. Aufl., Tübingen.
- Nepl, R. (1986): *Zur Wahrnehmung und Bewertung der Gerechtigkeit der Einkommens-Verteilung*, Regensburg.
- Neubauer, G. (1987): Gesundheitsberufe vor den Toren der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Männer, L./Sieben, G. (Hrsg.): *Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen*, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 11, Gerlingen, S. 179-222.
- Neubauer, G./Birkner, B. (1984): Alternativen der Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens, in: Neubauer, D. (Hrsg.): *Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen einer Sozialen Marktwirtschaft*, Gerlingen, S. 13-70.
- Neudeck, W./Podczek, K. (1996): Adverse Selection and Regulation in Health Insurance Markets, in: *Journal of Health Economics* 15 (1996) 4, S. 387-408.
- Neumark, F. (1988): Steuerpolitische Ideale der Gegenwart, in: Zimmermann, H. (Hrsg.): *Die Zukunft der Staatsfinanzierung*, Stuttgart, S. 45-60.
- Newhouse, J. P. (1982): Is Competition the Answer?, in: *Journal of Health Economics* 1 (1982), S. 109-116.

- Newhouse, J. P. (1994): Patients at risk - Health Reform and Risk Adjustment, in: *Health Affairs* 13 (1994) 1, S. 132-146.
- Newhouse, J.P. (1996): Reimbursing Health Plans and Health Providers - Efficiency in Production versus Selection, in: *Journal of Economic Literature* 34 (1996) 3, S. 1236-1263.
- Newhouse, P. (1993): *Free for All? Lessons from the RAND-Health Insurance Experiment*, Cambridge MA.
- Nowotny, E. (1987): *Der öffentliche Sektor - Einführung in die Finanzwissenschaft*, Berlin/Heidelberg/New York.
- Oberdieck, V. (1996): *Beitragsexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung? - Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragsatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen*, Duisburg.
- Oberender, A. (1996): *Zur Reform der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung - Eine ordnungspolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs*, Freiburg i. Br.
- Oberender, P. (1989): *Wieviel Markt im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist nötig und möglich, um der demographischen Herausforderung zu begegnen?*, in: Ferber, C. v. (Hrsg.): *Die demographische Herausforderung - Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur*, Gerlingen, S. 377-410.
- Oberender, P./Hebborn, A. (1994): *Wachstumsmarkt Gesundheit - Therapie des Kosteninfarkts*, Frankfurt a.M.
- Oberhauser, A. (1995): *Familienlastenausgleich und Familienbesteuerung*, in: Kleinherz, G. (Hrsg.): *Soziale Ausgestaltung der Marktwirtschaft*, Berlin, S. 185-194.
- Olk, T./Riedmüller, B. (1994): *Grenzen des Sozialversicherungsstaates oder grenzenloser Sozialversicherungsstaat?*, in: Riedmüller, B./Olk, T. (Hrsg.): *Grenzen des Sozialversicherungsstaates*, Opladen, S. 9-36.
- Orcutt, G. H. (1986): *Views on Microanalytic Modeling*, in: Orcutt, G. H./Merz, J./Quinke, H. (Hrsg.): *Microanalytic Simulation Models to Support Social and Financial Policy*, o.O., S. 9-26.
- Orcutt, G. H./Glazer, A. (1980): *Microanalytic Modeling and Simulation*, in: Bergmann, B./Eliasson, G./Orcutt, G. (Hrsg.): *Micro Simulation - Models*, o.O., S. 121-177.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD (1987): *Financing and Delivering Health Care - A Comparative Analysis of Seven OECD-Countries*, Paris.
- Ott, G. (1981): *Einkommensumverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Frankfurt a.M.

- Paquet, R. (1987): Umverteilung und Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen Band 19, Berlin.
- Parkin, D. (1991) Comparing Health Service Efficiency Across Countries, in: McGuire, A./Fenn, P./Mayhew, K. (Hrsg.): Providing Health Care - The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery, Oxford, S. 172-191.
- Pauly, M. (1984): Is Cream Skimming a Problem for the Competitive Medical Market?, in: Journal of Health Economics 3 (1984), S. 88-91.
- Peeters, J. (1988): The "Maschinenbeitrag" Debate in Europe - In Search of the Optimal Financing Base for Social Security, in: Journal of Social Policy 17 (1988) 1, S. 41-60.
- Perschke-Hartmann, C. (1994): Die doppelte Reform - Gesundheitsreform von Blühm zu Seehofer, Opladen.
- Pfaff, A. B. (1992): Zwischen Eigennutz und Solidarität, ZeS-Arbeitspapier Nr. 11/92, Bremen.
- Pfaff, A. B. (1993): Familienhilfe - Familienlastenausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 42 (1993) 12, S. 302-308.
- Pfaff, A. B. (1997): Notwendigkeit und Möglichkeit der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hauser, R. (Hrsg.): Reform des Sozialstaats I, Frankfurt, S. 77-101.
- Pfaff, A. B./Busch, S./Rindsfüßer, C. (1994): Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt/New York.
- Pfaff, A. B./Pfaff, M. (1995): Die Familie als Leistungsträger und Leistungsempfänger im Gesundheitswesen, in: Kleinherz, G. (Hrsg.): Soziale Ausgestaltung der Marktwirtschaft, Berlin, S. 195-224.
- Pfaff, M. (1983): Finanzierungs- und Ausgabenströme im Gesundheitssektor - Eine realtypische Betrachtung fiskalischer Systeme, in: Häuser, K. (Hrsg.): Finanzsysteme: Ideal- und Realtypen - Gesundheitswesen und Hochschulausbildung, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 135, Berlin, S. 57-174.
- Pfaff, M. (1985): Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig "sozial tragbar" und "kostendämpfend" sein?, in: Sozialer Fortschritt 34 (1985) 11, S. 272-276.
- Pfaff, M. (1986): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich - Einkommens- und Preiselastizitäten für Gesundheitsausgaben und die Nutzung von Gesundheitsgütern, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 145-160.
- Pfaff, M. (1987): Reform der Krankenversicherung - Ausgabensteuerung durch Wettbewerb oder Budgetierung, in: Arbeit und Sozialpolitik 41 (1987) 11, S. 298-308.

- Pfaff, M. (1990): Differences in Health Care Spending Across Countries - Statistical Evidence, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 15 (1990), S.1-67
- Pfaff, M. (1995a): Bürgernahe Reform, in: Isenberg, Th./Malzahn, J. (Hrsg.): *Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten?*, Frankfurt a.M., S. 181-199.
- Pfaff, M. (1995b): Funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb und zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen, in: *Arbeit und Sozialpolitik* 49 (1995) 9/10, S. 12-20.
- Pflug, G. (1979): Statistische Konzentrationsmaße - ein mathematischer Überblick, in: *Allgemeines Statistisches Archiv* 63 (1979), S. 240-259.
- Piesch, W. (1975): Statistische Konzentrationsmaße, Tübingen.
- Pohmer, D. (1981): Finanzwissenschaft III - Politik, in: Albers, W. (Hrsg.): *Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft Bd. 3*, Stuttgart/New York/Tübingen, S. 261-286.
- Pohmer, D. (1988a): Einige Bemerkungen zu Inhalt und Bedeutung des Leistungsfähigkeitsprinzips, in: *Finanzarchiv* 46 (1988) 2, S. 134-153.
- Pohmer, D. (1988b): Wirtschaftswachstum und Einkommensverteilung, in: Seidl, Chr. (Hrsg.): *Steuern, Steuerreform und Einkommensverteilung*, Berlin u.a., S. 17-28.
- Pohmer, D. / Jurke, G. (1984): Zu Geschichte und Bedeutung des Leistungsfähigkeitsprinzips, in: *Finanzarchiv* 42 (1984), S. 445-489.
- Pöschl, H. (1993): Werbung und Beteiligung der Haushalte an der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993, in: *Wirtschaft und Statistik* (1993) 6, S. 385-390.
- Projektgruppe Sozi-ökonomisches Panel (1995): Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) im Jahre 1994, in: *Vierteljahreszeitschrift zur Wirtschaftsfor-*
schung 64 (1995) 1, S. 5-15.
- Projektgruppe Sozi-ökonomisches Panel (1997): SOEP-INFO, Diskettenversion, Berlin.
- Propper, C. (1994): Equity and the UK National Health Service - A Review of the Evidence, in: *The Economic and Social Review* 25 (1994) 4, S. 343-365.
- Raffelhüschen, B., Walliser, J. (1996): Generational Accounting, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium* 25 (1996) 4, S. 181-188.
- Ramser, H. J. (1987): *Verteilungstheorie*, Berlin/Heidelberg/New York.
- Rau, F. (1992): Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen - Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich, Konstanz.
- Rawls, J. (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*, Frankfurt a.M.
- Reichelt, H. (1994a): Kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich, in: *Die Ortskrankenkasse* 76 (1994) 3, S. 76-81.
- Reichelt, H. (1994b): Umkehrung des Generationenvertrages in der GKV?, in: *Die Ortskrankenkasse* 76 (1994) 10, S. 309-311.

- Reiners, H. (1995): Auf dem Prüfstand – Die solidarische und paritätische Finanzierung der GKV, in: Isenberg, Th./Malzahn, J. (Hrsg.): *Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten?*, Frankfurt a.M., S. 121-125.
- Reschke, P./Jacobs, K. (1994): *GKV-Ausgabenprofile nach Alter und Geschlecht 1995*, Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes, IGES-Papier Nr. 94-42, Berlin.
- Rice, T. (1997): *Can Markets Give Us the Health System We Want?*, in: *Journal of Health Policy* 22 (1997) 2, S. 383-426.
- Richter, W. F. (1991): *Utilitarismus und Gerechtigkeit*, in: Wahl, J. (Hrsg.): *Steuerpolitik vor neuen Aufgaben*, Regensburg, S. 113-118.
- Riege, F. (1993): *Gesundheitspolitik in Deutschland*, Berlin.
- Rinne, K./Wagner, G. (1995): *Droht ein "Krieg der Generationen"?*: in: *Sozialer Fortschritt* 44 (1995) 12, S. 288-295.
- Robinson, J. C./Gardner, L. B. (1995): *Adverse Selection Among Multiple Competing Health Maintenance Organizations*, in: *Medical Care* 33 (1995) 12, S. 1161-1175.
- Rohweder, J. Ph. (1996): *Nachfrage nach Krankenversicherung - Eine Untersuchung des Wahlverhaltens der freiwillig Versicherten in Deutschland*, Karlsruhe.
- Rose, M. (1977): *Finanzwissenschaftliche Verteilungslehre*, München.
- Rosenbrock, R. (1996): *Die Beziehungen der Krankenkassen untereinander sind ein nachrangiges Problem*, in: *Wirtschaftsdienst* 76 (1996) 9, S. 449-452.
- Rothschild, M./Stiglitz, J. (1976): *Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information*, in: *Quarterly Journal of Economics* 90 (1976) 4, S. 629-649.
- Rürup, B. (1983): *Alternative Beitragsbemessungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung in einnahmetheoretischer Sicht*, in: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.): *Staatsfinanzierung im Wandel*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. 134, Berlin, S. 483-502.
- Rürup, B. (1986): *Die Auswirkungen der langfristigen Bevölkerungsentwicklung auf die gesetzliche Krankenversicherung*, in: *Die Krankenversicherung* 38 (1986) 9, S. 245-248.
- Rürup, B. (1995): *Rentenfinanzierung nach dem Kapitalstockverfahren - Möglichkeiten und Probleme*, in: *Forschungsinsitut der Friedrich-Ebert-Stiftung* (Hrsg.): *Harmonisierung der Rentenversicherungssysteme - Sprengen Pensionslasten die Staatskasse?*, S. 71-80.
- Rürup, B. (1996): *Finanzierungsperspektiven des deutschen Sozialstaates unter geänderten Rahmenbedingungen*, in: Schulte, D. (Hrsg.): *Erneuerung des Sozialstaates*, S. 59-69.
- Rürup, B./Körner, H. (1981): *Finanzwissenschaft - Grundlagen öffentlicher Finanzierung*, Düsseldorf.

- Rutten, F. (1993): Policy implications of the COMAC-HSR Project, in: Wagstaff, A./Doorslaer, E. v./Rutten, F. (Hrsg.): *Equity in the Finance and Delivery of Health Care*, Oxford/New York/Tokyo, S. 88-97.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (1987): *Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1989*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (1988): *Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1988*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (1989): *Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1989*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (1990): *Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1990*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (1994): *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht 1994*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (1995): *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sondergutachten 1995*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (1996): *Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band I, Sondergutachten 1996*, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVR (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II, Sondergutachten 1997*, Baden-Baden.
- Schäfer, D. (1995): Der Gesundheitssektor als volkswirtschaftlicher Wachstumssektor. Kassenzwang- versus Zwangskassen-Modell, in: Kleinherz, G. (Hrsg.): *Soziale Ausgestaltung der Marktwirtschaft*, Berlin, S. 357-378.
- Schaich, E./Wisniewski, M. (1974): Sensitivitätsanalyse von Disparitätsmaßen, in: *Allgemeines Statistisches Archiv* 58 (1974), S. 457-488.
- Scharge, C. (1995): Beitragsentlastungstarife in der PKV - Ungelöste Probleme, in: *Versicherungswirtschaft* (1995) 13, S. 857-858.
- Schlotter, H.-G. (1984): Die Grenzen des Sozialstaates als normatives Problem, in: Herder-Dorneich, Ph. (Hrsg.): *Überwindung der Sozialstaatskrise - Ordnungspolitische Ansätze*, Baden-Baden, S. 69-101.
- Schmähl, W. (1983): *Lebenseinkommensanalyse - Einige methodische und empirische Fragen im Überblick*, in: Schmähl, W. (Hrsg.): *Ansätze zur Lebenseinkommensanalyse*, Tübingen, S. 1-55.

- Schmähl, W. (1985a): Prozeßproduzierte Längsschnittinformationen zur Einkommensanalyse - Anmerkungen zu den Datenquellen, in: Allgemeines Statistisches Archiv 69 (1985), S. 275-285.
- Schmähl, W. (1985b): Versicherungsgedanke und Sozialversicherung - Konzepte und politische Bedeutung, in: Schmähl, W. (Hrsg.): Versicherungsprinzip und soziale Sicherung, Tübingen, S. 1-12.
- Schmähl, W. (1986): Lohnentwicklung im Lebenslauf, in: Allgemeines Statistisches Archiv 70 (1986), S. 180-203.
- Schmähl, W. (1988): Einkommensentwicklung und Einkommensverteilung im Lebenslauf, in: Soziale Sicherung (1988) 10, S. 221-228.
- Schmähl, W. (1989): Demographischer Wandel und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung - Auswirkungen und Finanzierungsalternativen, in: Ferber, C. v. (Hrsg.): Die demographische Herausforderung - Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur, Gerlingen, S. 281-340.
- Schmähl, W. (1994): Finanzierung sozialer Sicherung in Deutschland unter veränderten gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen, in: Deutsche Rentenversicherung (1994) 6, S. 357-378.
- Schmähl, W. (1995): Funktionsgerechte Finanzierung der Sozialversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung (1995) 10-11, S. 601-618.
- Schmähl, W., u.a. (1986): Soziale Sicherung 1975-1985, Frankfurt u.a.
- Schmeink, W. (1996): Wettbewerb als Ordnungsprinzip für eine leistungsfähige Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst 76 (1996) 9, S. 452-455.
- Schmid, F. (1975): Zur Sensitivität von Disparitätsmaßen, in: Allgemeines Statistisches Archiv 59 (1975), S. 155-167.
- Schmid, F. (1978): Zur Messung der interdistributionellen Einkommensungleichheit, in: Allgemeines Statistisches Archiv 78 (1978), S. 401-420.
- Schmid, F. (1979): Zur Messung der interdistributionellen Einkommensungleichheit - inferentielle Verfahren, in: Allgemeines Statistisches Archiv 60 (1979), S. 278-288.
- Schmid, H. (1987): Finanzielle Anreize und fehlender Markt im Gesundheitswesen, Stuttgart/New York.
- Schmidt, J. (1991): Gerechtigkeit, Wohlfahrt und Rationalität, Freiburg/München.
- Schneider, M. (1986): Sozial tragbare Selbstbeteiligung in der Sozialen Krankenversicherung, Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Materialien und Berichte 17, Stuttgart.
- Schneider, M., u.a. (1995): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Ausgabe 1994, Augsburg.
- Schneider, W. (1994): Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

- Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (1986): Social Security at the Crossroads, in: Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (Hrsg.): Essays in social security economics, Berlin/Heidelberg, S. 3-10.
- Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (1987a): Selbstbeteiligung, Tübingen.
- Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (1987b): Verbände als Interessenwahrer von Berufsgruppen im Gesundheitswesen, in: Männer, L./Sieben, G. (Hrsg.): Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 11, Gerlingen, S. 373-418.
- Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (1988): Solidaritätsprinzip und Verteilungsgerechtigkeit - Probleme einer wettbewerbsorientierten Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hauser, H./Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (Hrsg.): Health maintenance organizations, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 19, Berlin, S. 195-235.
- Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (1989a): Demographischer Wandel der Umverteilung via Gesetzliche Krankenversicherung, in: Gäfgen, G./Oberender, P. (Hrsg.): Verteilungsziele und Verteilungswirkungen im Gesundheitswesen, Baden-Baden, S. 73-92.
- Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (1989b): Verteilungswirkungen demographischer Verschiebungen, in: Ferber, C. v. (Hrsg.): Die demographische Herausforderung -Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur, Gerlingen, S. 341-376.
- Schulenburg, J.- M. Graf v.d./Kleindorfer, P. (1986): Wie stabil ist der Generationenvertrag in der sozialen Krankenversicherung? - Zum Problem der Gerechtigkeit und Akzeptanz intergenerativer Umverteilung, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 413-434.
- Schumacher, H. (1996): Die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen im Vergleich, in: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik 41 (1996), S. 189-215.
- Schut, F. T. (1995): Health Care Reform in the Netherlands - Balancing Corporatism, Etatism, and Market Mechanism, in: Journal of Health Politics, Policy and Law 20 (1995) 3, S. 615-652.
- Schwartz, K./Garnick, D. (1998): Unintended But Predictable Outcome of Regulations - The Case of New Jersey's Individual Health Coverage Program, Working Paper Harvard University/School of Public Health, Cambridge MA.
- Schwarz, F.-W./Busse, R. (1995): Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen - zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland, in: Isenberg, Th./Malzahn, J. (Hrsg.): Wieviel Krankheit können Sie sich noch leisten?, Frankfurt a.M., S. 126-139.

- Seehofer, H. (1996): Die dritte Stufe der Gesundheitsreform, in: *Wirtschaftsdienst* 76 (1996) 2, S. 59-62.
- Sievering, O. (1996): *Pflegeversicherung - Allokative, meritorische und distributive Aspekte staatlicher Eingriffsmöglichkeiten*, Frankfurt a.M. u.a.
- Sinn, H.-W. (1995): *Social Insurance, Incentives and Risk Taking*, National Bureau of Economic Research Working Paper No. 5335, Cambridge MA.
- Sinn, H.-W. (1997): *The Selection Principle and Market Failure in Systems Competition*, in: *Journal of Public Economics* 66 (1997) 2, S. 247-274.
- Smigielski, E. (1985): *Die Bedeutung des Versicherungsgedankens für die gesetzliche Krankenversicherung*, in: Schmähl, W. (Hrsg.): *Versicherungsprinzip und soziale Sicherung*, Tübingen, S.76-88.
- Speckbacher, G. (1994): *Alterssicherung und intergenerationale Gerechtigkeit*, Heidelberg.
- Statistisches Bundesamt, StBuA (1995): *Code-Verzeichnis der Einnahmen und Ausgaben der privaten Haushalte für die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993, IX C 14*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, StBuA (1996): *Fachserie 13 Reihe 1 - Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, StBuA (1997a): *Fachserie 1 Reihe 3 - Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Haushalte und Familien 1995*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, StBuA (1997b): *Fachserie 15 Heft 4 - Haushalt und Familie*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, StBuA (1997c): *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1997*, Stuttgart.
- Stegmüller, K. (1992): *Wettbewerb und Solidarprinzip - Determinanten der Unvereinbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Arbeitspapier Nr. 10/1992 Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt.
- Stillfried, D. Graf v. (1997): *Eine Neudefinition der Solidarität als Reformperspektive im Gesundheitswesen*, in: *Wirtschaftsdienst* 77 (1997) 6, S. 340-344.
- Streb, J. (1993): *Eignet sich die von John Rawls in seiner Theorie der Gerechtigkeit vorgeschlagene vertragstheoretische Konzeption als Verfahren zur Begründung von Verteilungsnormen?*, Heidelberg.
- Techniker Krankenkasse (1997a): *Solidarität und Wettbewerb statt Subvention*, Hamburg.
- Techniker Krankenkasse (1997b): *TK-Beitragsätze*, in: *TK aktuell* (1997) 4, S. 15-17.
- Tillmann, G. (1991): *Steuern und Gerechtigkeit*, in: Wahl, J. (Hrsg.): *Steuerpolitik vor neuen Aufgaben*, Regensburg, S. 83-104.
- Tipke, K./Lang, J. (1991): *Steuerrecht*, 13. völlig überarb. Aufl., Köln.

- Transfer-Enquête-Kommission (1981): Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart u.a.
- van Barneveld, E.M./van Vliet, R.C.J.A./van de Ven, W.P.M.M. (1996): Mandatory High-Risk Pooling - An Approach to Reducing Incentives for Cream Skimming, in: *Inquiry* 33 (1996) 2, S. 133-143.
- van de Ven, W.P.M.M. u.a. (1994): Risk-Adjusted Capitation - Recent Experiences in the Netherlands, in: *Health Affairs* 13 (1994) 5, S. 120-136.
- van de Ven, W.P.M.M./van Vliet, R.C.J.A. (1995): Consumer Information Surplus and Adverse Selection in Competitive Health Insurance Markets - An Empirical Study, in: *Journal of Health Economics* 14 (1995) 2, S. 149-169.
- Verband der privaten Krankenversicherung, VdpK (1996a): Die private Krankenversicherung - Zahlenbericht 1995/1996, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung, VdpK (1996b): Standpunkte der PKV zur Gesundheitsreform, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung, VdpK (1997a): Die private Krankenversicherung - Zahlenbericht 1996/1997, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung, VdpK (1997b): Standpunkte der PKV zur Struktur des Krankenversicherungssystems, Köln.
- Vogler-Ludwig, V. (1996): Versicherungsfremde Leistungen in der Sozialversicherung, in: *ifo-Schnelldienst* 49 (1996) 17/18, S. 14-25.
- Vogler-Ludwig, V./Severin, C./Langmantel, E. (1996): Versicherungsfremde Leistungen in der Sozialversicherung, ifo Institut Kurzstudie, München.
- Volk, M. (1989): Individualprinzip versus Sozialprinzip, Bayreuth.
- Vorstand des AOK-Bundesverbandes (1994): AOK-Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, in: *Die Ortskrankenkasse* 76 (1994) 6, S. 157-161.
- Wagner, G. (1984): Umverteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt a.M.
- Wagner, G. (1994): Möglichkeiten des "Sozialversicherungsstaates"- Prinzipielles und Reformvorschläge an den Beispielen Gesundheits- und Umweltvorsorge, in: Riedmüller, B./Olk, T. (Hrsg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates, Opladen, S. 37-57.
- Wagner, G./Schupp, J./Rendtel, U. (1994): Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) - Methoden der Datenproduktion und -aufbereitung im Längsschnitt, in: Hauser, R. (Hrsg.): Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik: Ergebnisse aus dem gleichnamigen Sonderforschungsbereich an den Universitäten Frankfurt und Mannheim, Bd. 2: Erhebungsverfahren, Analysemethoden und Mikrosimulation, Berlin, S. 70-112.
- Wagstaff, A./Doorslaer, E. v. (1992): Equity in the Finance of Health Care - Some International Comparisons, in: *Journal of Health Economics* 11 (1992) 4, S. 361-387.

- Wagstaff, A./Doorslaer, E. v. (1993): Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions, in: Wagstaff, A./Doorslaer, E. v./Rutten, F. (Hrsg.): Equity in the Finance and Delivery of Health Care, Oxford/New York/Tokyo, S. 7-19.
- Wagstaff, A./Doorslaer, E. v./Paci, P. (1991): Equity in the Finance and Delivery of Health Care - Some Tentative Cross Country Comparisons, in: McGuire, A./Fenn, P./Mayhew, K. (Hrsg.): Providing Health Care - The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery, Oxford, S. 141-171.
- Wasem, J. (1988a): Äquivalenzprinzip und Leistungsfähigkeitsprinzip in der Sozialversicherung, in: Groser, M. (Hrsg.): Beiträge zur sozialen Ordnungspolitik, Baden-Baden, S. 15-42.
- Wasem, J. (1988b): Einige Modellrechnungen zu den finanziellen Auswirkungen von Veränderungen des Belastungsausgleiches in der Krankenversicherung der Rentner, in: Sozialer Fortschritt 37 (1988) 5, S. 113-118.
- Wasem, J. (1991): Nach der "Gesundheitsreform" - Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Henke, K.-D. (Hrsg.): Die Zukunft der sozialen Sicherung in Deutschland, Baden-Baden, S. 46-72.
- Wasem, J. (1993): Gesundheitsökonomie und Versicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 82 (1993) 1/2, S. 123-160.
- Wasem, J. (1995a): Gesetzliche und private Krankenversicherung - Auf dem Weg in die Konvergenz?, in: Sozialer Fortschritt 44 (1995) 4, S. 89-96.
- Wasem, J. (1995b): Zwischen Sozialbindung und versicherungstechnischer Äquivalenz - Die private Krankenversicherung und die Pflegepflichtversicherung, in: Fachinger, U./Rothang, H. (Hrsg.): Die Wirkung des Pflege-Versicherungsgesetzes, Berlin, S. 263- 278.
- Waser, O./ Zweifel, P. (1986): Innovation in Health Insurance - Bonus Systems in Western Germany, in: Schulenburg, J.- M. Graf v.d. (Hrsg.): Essays in social security economics, Berlin/Heidelberg, S. 169-211.
- Weber, C. (1997): PKV-Elemente für die GKV fragwürdig, in: Forum für Gesellschaftspolitik (1997) 4, S. 8-11.
- Weeber, J. (1996): Mehrwertsteuererhöhung zur Finanzierung von Sozialleistungen?, in: Wirtschaftsdienst 76 (1996) 2, S. 81-86.
- Williams, A. (1993): Equity in Health Care - The Role of Ideology, in: Wagstaff, A./Doorslaer, E. v./Rutten, F. (Hrsg.): Equity in the Finance and Delivery of Health Care, Oxford/New York/Tokyo, S. 287-298.
- Wilsford, D. (1995): States Facing Interests - Struggles over Health Care Policy in Advanced, Industrial Democracies, in: Journal of Health Politics, Policy and Law 20 (1995) 3, S. 571-613.
- Wüstrich, T. (1994): Wettbewerb und Soziale Krankenversicherung - Eine methodisch-empirische Untersuchung zur Notwendigkeit eines Risikostrukturgleiches, Bayreuth.

- Zeckhauser, R. (1970): Medical Insurance - A Case Study of the Tradeoff between Risk Spreading and Appropriate Incentives, in: *Journal of Economic Theory*, 2 (1970), S. 10-26.
- Zimmermann, H. (1990): Aspekte der horizontalen Gerechtigkeit, in: Bea, F. X. (Hrsg.): *Finanzwissenschaft im Dienst der Wirtschaftspolitik* - Dieter Pohmer zum 65. Geburtstag, Tübingen, S. 53-68.
- Zimmermann, H./Henke, K.-D. (1987): *Finanzwissenschaft*, 5. überarb. u. erg. Aufl., München.
- Zoike, E. (1997): Besondere Auswirkungen der gesundheitspolitischen Sparmaßnahmen auf Frauen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Soziale Sicherheit* 46 (1997) 7, S. 250-253.
- Zöllner, D. (1981): *Ein Jahrhundert Sozialversicherung in Deutschland*, Berlin.
- Zschocke, A. (1989): Zur These der Subventionierung der freiwilligen Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung, Idstein.
- Zweifel, P. (1990): Bevölkerung und Gesundheitswesen - Ein Sisyphus-Syndrom, in: Felderer, B. (Hrsg.): *Bevölkerung und Wirtschaft*, Berlin, S. 373-386.
- Zweifel, P./Hauser, H. (1987): Krankenversicherung unter Wettbewerbsbedingungen - Zur Rolle der Äquivalenzprinzips, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 76 (1987) 2, S. 301-317.
- Zweifel, P./Waser, O. (1986): Bonus-Optionen in der Krankenversicherung - Eine mikroökonomische Untersuchung, in: Gäfgen, G. (Hrsg.): *Ökonomie des Gesundheitswesens*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 159, Berlin, S. 469-481.

Anhang: Overlapping Generation Modell der intergenerativen Umverteilungen in der GKV mit zwei Generationen

$$LN^t = L_A^t - B_{A,R}^t + (L_R^{t+1} - B_R^{t+1}) * (1+r)^{-1} \quad (II)$$

$$B_{A,R}^t = EK_{A,R}^t * b^t \quad (III)$$

$$b^t = \frac{L_A^t}{EK_A^t} * \frac{1 + Q^t * I^t}{1 + Q^t * ek^t} \quad (IV)$$

$$\begin{aligned} \text{mit } I^t &= L_R^t / L_A^t \\ ek^t &= EK_R^t / EK_A^t \\ Q^t &= \frac{\text{Rentnerzahl}^t}{\text{Arbeitnehmerzahl}^t} \end{aligned}$$

Mit (IV) in (III) eingesetzt und mit (III) ergibt sich aus (II):

$$\begin{aligned} LN^t &= L_A^t - EK_A^t * \frac{L_A^t}{EK_A^t} * \frac{1 + Q^t * I^t}{1 + Q^t * ek^t} \\ &\quad + (L_R^{t+1} - EK_R^{t+1} * \frac{L_A^{t+1}}{EK_A^{t+1}} * \frac{1 + Q^{t+1} * I^{t+1}}{1 + Q^{t+1} * ek^{t+1}}) * (1+r)^{-1} \\ &= \frac{L_A^t * (1 + Q^t * ek^t) - L_A^t * (1 + Q^t * I^t)}{1 + Q^t * ek^t} \\ &\quad + \frac{L_A^{t+1} * I^{t+1} * (1 + Q^{t+1} * ek^{t+1}) - ek^{t+1} * L_A^{t+1} * (1 + Q^{t+1} * I^{t+1})}{1 + Q^{t+1} * ek^{t+1}} * (1+r)^{-1} \\ &= \frac{L_A^t * Q^t * (ek^t - I^t)}{1 + Q^t * ek^t} + \frac{L_A^{t+1} * (I^{t+1} - ek^{t+1})}{(1 + Q^{t+1}) * ek^{t+1} * (1+r)} \end{aligned}$$

oder

$$LN^t = \frac{L_A^{t+1} * (I^{t+1} - ek^{t+1})}{(1 + Q^{t+1} * ek^{t+1}) * (1+r)} - \frac{L_A^t * Q^t * (I^t - ek^t)}{1 + Q^t * ek^t} \quad (V)$$

LN^t	Lebensnettoeffekt der in t geborenen Generation
$B_{A,R}^t$	Beitragszahlung in t der Arbeitnehmer bzw. Rentner
$L_{A,R}^t$	Leistungsausgaben in t der Arbeitnehmer bzw. Rentner
r	Diskontfaktor
$EK_{A,R}^t$	Einkommen in t der Arbeitnehmer bzw. Rentner
b^t	Beitragsatz in t

SOZIALÖKONOMISCHE SCHRIFTEN

Herausgegeben von Professor Dr. Dr. h.c. Bert Rürup

- Band 1 Marietta Jass: Erfolgskontrolle des Abwasserabgabengesetzes. Ein Konzept zur Erfassung der Gesetzeswirkungen verbunden mit einer empirischen Untersuchung in der Papierindustrie. 1990.
- Band 2 Frank Schulz-Nieswandt: Stationäre Altenpflege und "Pflegenotstand" in der Bundesrepublik Deutschland. 1990.
- Band 3 Helmut Böhme, Alois Peressin (Hrsg.): Sozialraum Europa. Die soziale Dimension des Europäischen Binnenmarktes. 1990.
- Band 4 Stephan Ruß: Telekommunikation als Standortfaktor für Klein- und Mittelbetriebe. Telekommunikative Entwicklungstendenzen und regionale Wirtschaftspolitik am Beispiel Hessen. 1991.
- Band 5 Reinhard Grünewald: Tertiärisierungsdefizite im Industrieland Bundesrepublik Deutschland. Nachweis und politische Konsequenzen. 1992.
- Band 6 Bert Rürup, Uwe H. Schneider (Hrsg.): Umwelt und Technik in den Europäischen Gemeinschaften. Teil I: Die grenzüberschreitende Entsorgung von Abfällen. Bearbeitet von: Thomas Kemmler, Thomas Steinbacher. 1993.
- Band 7 Mihai Nedelea: Erfordernisse und Möglichkeiten einer wachstumsorientierten Steuerpolitik in Rumänien. Dargestellt am Beispiel der Textil- und Bekleidungsindustrie. 1995.
- Band 8 Andreas Schade: Ganzjährige Beschäftigung in der Bauwirtschaft – Eine Wirkungsanalyse. Analyse und Ansätze für eine Reform der Winterbauförderung. 1995.
- Band 9 Frank Schulz-Nieswandt: Ökonomik der Transformation als wirtschafts- und gesellschaftspolitisches Problem. Eine Einführung aus wirtschaftsanthropologischer Sicht. 1996.
- Band 10 Werner Sesselmeier / Roland Klopffleisch / Martin Setzer: Mehr Beschäftigung durch eine Negative Einkommensteuer. Zur beschäftigungspolitischen Effektivität und Effizienz eines integrierten Steuer- und Transfersystems. 1996.
- Band 11 Sylvia Liebler: Der Einfluß der Unabhängigkeit von Notenbanken auf die Stabilität des Geldwertes. 1996.
- Band 12 Werner Sesselmeier: Einkommenstransfers als Instrumente der Beschäftigungspolitik. Negative Einkommensteuer und Lohnsubventionen im Lichte moderner Arbeitsmarkttheorien und der Neuen Institutionenökonomik. 1997.
- Band 13 Stefan Lorenz: Der Zusammenhang von Arbeitsgestaltung und Erwerbsleben unter besonderer Berücksichtigung der Erwerbstätigkeiten von Frauen und Älteren. 1997.
- Band 14 Volker Ehrlich: Arbeitslosigkeit und zweiter Arbeitsmarkt. Theoretische Grundlagen, Probleme und Erfahrungen. 1997.
- Band 15 Philipp Hartmann: Grenzen der Versicherbarkeit. Private Arbeitslosenversicherung. 1998.
- Band 16 Martin Setzer / Roland Klopffleisch / Werner Sesselmeier: Langzeitarbeitslose und Erster Arbeitsmarkt. Eine kombinierte Strategie zur Erhöhung der Wiederbeschäftigungschancen. 1999.
- Band 17 Dorothea Wenzel: Finanzierung des Gesundheitswesens und Interpersonelle Umverteilung. Mikrosimulationsuntersuchung der Einkommenswirkung von Reformvorschlägen zur GKV-Finanzierung. 1999.

Michael Steiner (Hrsg.)

Wirtschaftspolitische Beratung heute

Mit Beiträgen von Wolfgang Franz, Helmut Kramer, Herbert Paierl, Gerhard Rosegger, Kurt Rothschild, Michael Steiner, Erich Streißler, Gunther Tichy

Frankfurt/M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, 1998. 83 S.
ISBN 3-631-32969-5 · br. DM 28.-*

Wirtschaftspolitische Beratung bewegt sich seit jeher im Spannungsfeld vielfältiger Interessen, oft widersprüchlicher ökonomischer Erkenntnisse und unterschiedlicher Verantwortungsbereiche der Beratenen und Beratenden. Angesichts der Debatten um Globalisierung und Internationalisierung, des Konfliktes von Staatsinterventionismus versus Neoliberalismus sowie der Situation auf dem Arbeitsmarkt bleibt sie auch heute eine heikle Aufgabe. Die Beiträge dieses Bandes – von international renommierten Wirtschaftsforschern verfaßt – geben einen Einblick in die Schwierigkeiten der wirtschaftspolitischen Beratung; sie zeigen aber auch, daß man alten und neuen Problemen nicht hilflos ausgeliefert ist und ökonomischer common sense korrigierend einzugreifen vermag.

Aus dem Inhalt: Wider das Technokratentum in der Ökonomie · Wirtschaftliche Beratung als selbstreflexive Aufklärung · Beratung als kontinuierlicher Diskurs · Beratung als diktatorisches Unterfangen · Über die Liebe zwischen Politikern und Beratern und andere kontroverse Fragen der Politikberatung · Gegen wirtschaftliche und denkerische Krisen



Frankfurt/M · Berlin · Bern · New York · Paris · Wien

Auslieferung: Verlag Peter Lang AG

Jupiterstr. 15, CH-3000 Bern 15

Telefax (004131) 9402131

*inklusive Mehrwertsteuer

Preisänderungen vorbehalten

