

Schriften des Vereins für Socialpolitik

Band 251/I

Reform des Sozialstaats I

Von

Christoph Badelt, Friedrich Breyer, Roland Eisen, Günter Neubauer,
Anita B. Pfaff, Hans Jürgen Rösner, Winfried Schmähl

Herausgegeben von

Richard Hauser



Duncker & Humblot · Berlin

Schriften des Vereins für Socialpolitik
Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Neue Folge Band 251/I

SCHRIFTEN DES VEREINS FÜR SOCIALPOLITIK

Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Neue Folge Band 251/I

Reform des Sozialstaats I



Duncker & Humblot · Berlin

Reform des Sozialstaats I

**Arbeitsmarkt, soziale Sicherung
und soziale Dienstleistungen**

Von

**Christoph Badelt, Friedrich Breyer, Roland Eisen, Günter Neubauer,
Anita B. Pfaff, Hans Jürgen Rösner, Winfried Schmähl**

Herausgegeben von

Richard Hauser



Duncker & Humblot · Berlin

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Reform des Sozialstaats / hrsg. von Richard Hauser. – Berlin :
Duncker und Humblot

1. Arbeitsmarkt, soziale Sicherung und soziale Dienstleistungen / von
Christoph Badelt . . . – 1997
(Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts-
und Sozialwissenschaften ; N. F., Bd. 251,1)
ISBN 3-428-09102-7

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen
Wiedergabe und der Übersetzung, für sämtliche Beiträge vorbehalten

© 1997 Duncker & Humblot GmbH, Berlin

Fremddatenübernahme und Druck:

Berliner Buchdruckerei Union GmbH, Berlin

Printed in Germany

ISSN 0505-2777

ISBN 3-428-09102-7

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 ☺

Vorwort

Drei Fragen beherrschen gegenwärtig die öffentliche Debatte um die Sozialpolitik: „Globalisierung des Wettbewerbs“, „Erfüllung der Maastricht-Kriterien zum Eintritt in die Europäische Währungsunion“ sowie „Bevölkerungsrückgang und Alterung der Gesellschaft“. Mit dem schillernden Schlagwort „Umbau des Sozialstaats“, das oft nur als vornehme Umschreibung für einen angestrebten Abbau dient, wird auf diese Herausforderungen reagiert. Eine Begrenzung der ökonomischen Belastungen durch die mit dem Leitbild einer Sozialen Marktwirtschaft untrennbar verbundene Sozialpolitik steht dabei meist im Vordergrund, ohne daß dies gegen die originären Ziele der Sozialpolitik „Gerechtigkeit der Verteilung“, „Gewährleistung sozialer Sicherheit“, „Integration *aller* Gesellschaftsmitglieder“, „Aufrechterhaltung des inneren Friedens“ und „Legitimierung des politischen Systems“ ausreichend abgewogen würde. Unbeachtet bleibt meist auch in der mit sehr pauschalen Argumenten geführten öffentlichen Debatte, daß die Lasten der von einer überwältigenden Mehrheit befürworteten deutschen Wiedervereinigung noch eine Generation lang zu tragen sein werden und nicht als untragbare Großzügigkeit des Sozialstaats mißverstanden werden dürfen.

Ausgewählten sozialpolitischen Problemen der deutschen Wiedervereinigung ist der Ausschuß für Sozialpolitik in der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik – auf seinen Jahrestagungen 1990, 1991 und 1994 unter dem Generalthema „Sozialpolitik im vereinten Deutschland“ nachgegangen. Die drei genannten Fragen haben den Ausschuß bewegt, die Jahrestagungen 1995 und 1996 unter das Generalthema „Reform des Sozialstaats“ zu stellen. Die Ergebnisse der Jahrestagung 1995 werden hiermit vorgelegt.

In seinem Beitrag über „Beschäftigungspolitische Implikationen des Globalisierungsphänomens als Herausforderung für den Sozialstaat“ skizziert *Hans Jürgen Rösner* zunächst die veränderten Rahmenbedingungen, denen sich die westeuropäischen Sozialstaaten künftig gegenübersehen. Als wichtigste Aspekte des Globalisierungsphänomens werden die infolge der durchlässiger gewordenen Staatsgrenzen veränderten Austauschbeziehungen, die zunehmende Volatilität der internationalen Kapitalströme, die um sich greifende Dominanz des rein marktwirtschaftlichen Paradigmas, die sich ausweitenden transnationalen Unternehmensstrukturen und der infolgedessen geringer gewordene autonome wirtschafts- und sozialpolitische Handlungsspielraum des Staates herausgearbeitet. Als beschäftigungspolitische Konsequenzen werden zunehmende Flexibilisierung und Differenzierung des Arbeitseinsatzes, Zunahme der peripheren Arbeitsverhältnisse und die Gefahr einer kaum zu überwindenden hohen Arbeitslosigkeit bei gering qualifi-

zierten Arbeitnehmern erwartet. Als mögliche Abwehr- und Reformstrategien des Sozialstaats werden zum einen die Implementierung internationaler Arbeits- und Sozialstandards und zum anderen eine Ausweitung des Sozialversicherungsschutzes bei gleichzeitiger besserer Abstimmung zwischen Beschäftigungs- und Sicherungssystem diskutiert und in vielfältigen Einzelvorschlägen konkretisiert.

„Reformüberlegungen zur Arbeitslosenversicherung“ ist der Beitrag von *Roland Eisen* gewidmet. Hierfür werden zunächst verschiedene Arbeitsmarkttheorien skizziert und dann wichtige empirische Ergebnisse über die Auswirkungen einer Arbeitslosenversicherung referiert. Als Reformvorschläge werden u.a. die Ausgliederung einiger „versicherungsfremder“ Leistungen, eine andere zeitliche Staffelung des Arbeitslosengeldes sowie verschiedene Formen von Lohnsubventionen auf der Basis von Vouchern diskutiert.

Mit „Notwendigkeit und Möglichkeiten der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung“ beschäftigt sich *Anita B. Pfaff*. Ausgehend von Voraussetzungen über künftige Deckungslücken beschränkt sie sich im wesentlichen auf Regelungen zur Umgestaltung der Einnahmen. Insbesondere werden dabei die Anhebung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen, eine gesonderte Beitragsleistung für mitversicherte Ehepartner und die Ausgliederung des impliziten Familienlastenausgleichs für mitversicherte Kinder sowie die Einführung risikoäquivalenter Beiträge geprüft. Während bei der Familienmitversicherung und bei der Erhöhung der Beitrags- und Versicherungspflichtgrenzen sowie bei der Ausweitung der Bemessungsgrundlage Ansatzpunkte für Einnahmesteigerungen gesehen werden, zeigen sich beim Übergang zu risikoäquivalenten Beiträgen gravierende Verteilungsprobleme, die diese Strategie als nicht akzeptabel erscheinen lassen.

Zur „Gesundheitsreform 2000 – Ziele, Konzeption, Instrumente“, die in dem Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen über „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000“ dargestellt wurde, präsentiert *Günter Neubauer* seine eigene Sichtweise. Im Vordergrund steht dabei zwar die Leistungsseite, aber auch einige Änderungen der Finanzierungsseite werden angesprochen. Im einzelnen wird auf die Zielfindung für ein rationales Versorgungssystem, auf das Problem der Bedarfsgerechtigkeit und auf eine verbesserte Wirtschaftlichkeit durch Einführung von stärker wettbewerblich organisierten Steuerungselementen eingegangen. Außerdem wird die Einführung und Festschreibung eines durchschnittlichen Arbeitgeberbeitrags, die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage und die Einführung einer eigenen Beitragspflicht für erwachsene mitversicherte Familienangehörige, die keine Kinder erziehen und keine Angehörigen pflegen, diskutiert.

Winfried Schmähl behandelt in umfassender Weise Reformmöglichkeiten der Finanzierungsstruktur aller Zweige der Sozialversicherungen sowie die ihrer Begründung dienenden allokativen, distributiven und ordnungspolitischen Aspekte und Wirkungen. Als allokativ, distributiv und ordnungspolitisch begründete Leitlinie

für Reformvorschläge wird dabei das „Vorsorgekonzepts“ angesehen, das heißt, daß das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip verstärkt in den Sozialversicherungen Platz greifen sollte. Dabei werden mehrere grundlegende Wege, dies zu erreichen, parallel behandelt: Verlagerung von Umverteilungsaufgaben auf den allgemeinen Staatshaushalt, Finanzierung der Umverteilungskomponenten in den Sozialversicherungen durch erhöhte Staatszuschüsse oder Reduzierung der Umverteilungselemente. Den möglichen Beitragssenkungen werden die Alternativen zur Erhöhung des Steueraufkommens gegenübergestellt.

Einen Aspekt der Leistungsseite der Gesetzlichen Rentenversicherung behandelt *Friedrich Breyer* in seinem Beitrag, in dem er die zunächst paradox anmutende Frage aufwirft: „Sind „äquivalente“ Renten fair?“. Er geht dabei von der normativen Vorstellung aus, daß Versicherte mit gleichen Gesamt-Beitragszahlungen während des Erwerbslebens auch die gleiche Gesamt-Rente während ihres Ruhestandes beziehen sollten, d. h., daß das Risiko unterschiedlicher Restlebenszeiten „fairerweise“ zu Lasten der einzelnen Versicherten gehen müßte. Im einzelnen wird dann diskutiert, wie ein derartig geändertes Systems ausgestaltet sein müßte, wie es sich in die gegebene institutionelle Struktur – z. B. bei Vorhandensein einer Sozialhilferegelung – einpassen ließe und welche Reaktionen der Versicherten zu erwarten wären. Auch die Vereinbarkeit mit dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit und mit dem Rawlsschen Maximin-Kriterium wird untersucht.

Der abschließende Beitrag von *Christoph Badelt* beschäftigt sich mit dem Thema „Soziale Dienstleistungen und der Umbau des Sozialstaates“. Als Ergänzung der Diskussion um die Reform monetärer Sozialleistungen werden hierbei die künftig zunehmenden Probleme sozialer Dienstleistungen in den Vordergrund gerückt. Ausführlich wird die Theorie sozialer Dienstleistungen im Hinblick auf deren Abgrenzung, effizienter Produktion, Trägerschaft und Finanzierung dargestellt und für einen interdisziplinären Ansatz bei der Definition von Standards plädiert. Anhand empirischer Studien wird verdeutlicht, welche Schwierigkeiten bei der Effizienzmessung auftreten, aber auch, welche bisher nicht ausgeschöpften Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. Auf diesem Feld gibt es für Ökonomen mit sozialpolitischer und empirischer Ausrichtung noch ein breites und wenig untersuchtes Forschungsfeld.

Mit den hier vorgelegten Studien hofft der Ausschuß, zur gegenwärtigen sozialpolitischen Reformdebatte beitragen zu können. Auch der folgende Band wird den Problemen einer Reform des Sozialstaats gewidmet sein und damit für die im Jahr 1998 in Rostock vorgesehene Jahrestagung der gesamten Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik – zum Thema „Zukunft des Sozialstaats“ ein breiteres Fundament schaffen.

Frankfurt a. M., im September 1996

Richard Hauser

Inhaltsverzeichnis

Beschäftigungspolitische Implikationen des Globalisierungsphänomens als Herausforderung für den Sozialstaat	
Von <i>Hans Jürgen Rösner</i> , Köln	11
Reformüberlegungen zur Arbeitslosenversicherung	
Von <i>Roland Eisen</i> , Frankfurt a. M.	45
Notwendigkeit und Möglichkeiten der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung	
Von <i>Anita B. Pfaff</i> , Augsburg	77
Gesundheitsreform 2000 – Ziele, Konzeption, Instrumente	
Von <i>Günter Neubauer</i> , München	103
Änderung der Finanzierungsstruktur der sozialen Sicherung und insbesondere der Sozialversicherung als wichtiges Element eines „Umbaus“ des deutschen Sozialstaats. Allokative, distributive und ordnungspolitische Begründungen, quantitative Dimensionen und ökonomische Wirkungen	
Von <i>Winfried Schmähl</i> , Bremen	121
Sind „äquivalente“ Renten fair?	
Von <i>Friedrich Breyer</i> , Konstanz	169
Soziale Dienstleistungen und der Umbau des Sozialstaats	
Von <i>Christoph Badelt</i> , Wien	181

Notwendigkeit und Möglichkeiten der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Von Anita B. Pfaff, Augsburg

I. Problemstellung und Ziel der Arbeit

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stellt zwar nicht den einzigen, mit fast der Hälfte der Ausgaben bei weitem jedoch den größten Finanzierungsträger des Gesundheitswesens dar (Müller 1995). Wenn also über Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens gesprochen wird, so ist die gesetzliche Krankenversicherung in aller Regel ganz wesentlich direkt oder indirekt betroffen. Die Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens ist somit nicht zuletzt auch mit der Sicherung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eng verbunden. Operationalisiert wird dieses Ziel besonders mit dem Anliegen, die Beitragsätze stabil zu halten. Dieses Ziel wird in § 141 Abs. 2 S. 3 SGB V speziell als Empfehlung für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen angesprochen (vgl. Freudenberg 1995). Die Realisierung dieses Ziels kann einerseits Regelungen auf der Leistungs- oder Ausgabenseite, andererseits Regelungen zur Umgestaltung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, SVRKAiG 1989). Um die letzten geht es in diesem Beitrag schwerpunktmäßig.

Mit schon fast „konjunktureller“ Regelmäßigkeit traten in den letzten Jahren immer wieder größere Finanzierungskrisen der gesetzlichen Krankenversicherung auf, gefolgt von gesetzgeberischen Bemühungen, die Kostenentwicklung einzudämmen (Pfaff, Busch und Rindsfüßer 1994, Kapitel 2 und 3). Beginnend mit dem Krankenversicherungs- Kostendämpfungsgesetz (KVKG) 1977, gefolgt vom Krankenversicherungs- Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) 1981, dem Krankenhaus- Kostendämpfungsgesetz (KHKG) 1984 bis zum Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 und zuletzt dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) 1993 wurden in regelmäßigen Abständen umfassendere Versuche unternommen, die Kostenentwicklung einzudämmen. Daneben war in diesem Zeitraum eine erhebliche Zahl (über 80) beschränkterer, kleinerer Eingriffe mit Wirkung auf die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt. Mit der zuletzt durchgeführten großen Reformmaßnahme, dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG), wurde über die reine Kostendämpfung – gleichsam als Notbremse – hinausgehend auch der Ein-

stieg in eine umfassende Struktur- und Organisationsreform begonnen, die zum Teil allerdings erst zwischen 1994 und 1997 in Kraft trat bzw. treten sollte. Zu nennen ist dabei beispielsweise die Reform des Krankenhausesektors sowie erhebliche Einschnitte im Pharmabereich, wie auch, was die Beziehung der Kassen bzw. deren Wettbewerb untereinander betrifft, die Einführung der Kassenwahlfreiheit (vgl. *Jacobs und Reschke* 1992) ab 1. Januar 1996 bzw. 1997 auf dem seit 1995 geltenden bundesweiten, kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich aufbauend (vgl. *Pfaff und Wassener* 1992, *Wassener* 1995 und *Jacobs, Reschke und Bohm* 1996). Aber im Gefolge der Verabschiedung des GSG 1993, zu einer Zeit, in der noch nicht einmal alle Strukturmaßnahmen voll wirksam waren, wurde mit der dritten Stufe der Gesundheitsreform erneut versucht, die aus dem Ruder laufenden Kosten in den Griff zu bekommen.

Als Hauptursachen für den in den letzten Jahren erfolgten und im weiteren bei unveränderten Bedingungen erwarteten Kostenanstieg werden vor allem vier Komplexe genannt:

- die Auswirkung der demographischen Veränderungen;
- der zunehmende Einsatz von Medizintechnologie;
- die epidemiologischen Veränderungen, insbesondere die Zunahme chronischer Erkrankungen (mitunter verbunden mit längerer Pflegebedürftigkeit) sowie
- das Anspruchsverhalten der Versicherten und der Anbieter.

Der erste Aspekt, die *Auswirkung demographischer Veränderungen*, zeigt zweifelsohne gewisse Einflüsse auf alle Zweige der Sozialversicherung, nicht nur die Rentenversicherung, bei der das Problem über viele Jahre hinweg erhebliche Beachtung gefunden hat. In der gesetzlichen Krankenversicherung werden ebenfalls demographisch bedingte Steigerungen zu erwarten sein. Diese alleine werden jedoch voraussichtlich relativ beschränkt ausfallen, wie weiter unten verdeutlicht wird.

Auf die zunehmende *Technologisierung der Behandlungsformen* kann hier nicht im Detail eingegangen werden. Jedoch ist darauf hinzuweisen, daß diese nicht nur generell kostensteigernd wirken muß. So können durch gewisse Verfahren, wie etwa minimalinvasive Chirurgie (*Busch und Engelhart* 1996) und bildgebende Verfahren durchaus auch Kosteneinsparungen bewirkt werden, vor allem wenn man auf die mögliche Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und die Verkürzung von Arbeitsunfähigkeits- und – was die gesetzliche Renten- und Unfallversicherung betrifft – Erwerbsunfähigkeitsperioden abstellt.

Die *epidemiologischen Veränderungen*, wie die Zunahme chronischer Erkrankungen, Allergien, die zunehmende Inzidenz und Prävalenz von Erkrankungen wie Krebs, Stoffwechselerkrankungen und steigender Pflegebedürftigkeit sind natürlich nicht ohne Zusammenhang mit den demographischen Veränderungen und den veränderten Behandlungsmöglichkeiten zu sehen, wengleich auch andere Faktoren zu diesen Veränderungen beitragen, wie etwa Umweltbelastungen, Fehlernäh-

rung, mangelndes Gesundheitsverhalten und sekundäre, negative Nebenwirkungen von Behandlungen.

Schließlich ist im Zusammenhang mit verbesserten Behandlungsmöglichkeiten auch die *Erwartungshaltung bzw. das Anspruchsverhalten von Versicherten und Ärzten* gestiegen, möglichst gute Behandlungen zu erhalten bzw. zu gewähren. In besonderem Maße hat dies die Kosten im Krankenhaus wie auch im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich in der Vergangenheit in die Höhe getrieben.

Im Hinblick auf die Kostendämpfungspolitik haben die meisten Gesetzesvorhaben jedoch fast ausschließlich auf der Hypothese gefußt, die Kosten würden (nur) aufgrund des überzogenen Anspruchsdenkens und -verhaltens der Versicherten steigen. In der Folge lag der Schwerpunkt der Maßnahmen bei nachfrageorientierten Steuerungsversuchen, insbesondere bei der Ausweitung der Selbstbeteiligung. Erst mit dem GSG wurde durch die Strukturmaßnahmen – neben erneuten Steigerungen der Selbstbeteiligung – eine stärkere Gewichtsverlagerung in Richtung „Angebotssteuerung“ und Veränderung der Organisationsstrukturen bewirkt.

Die vorliegende Arbeit verfolgt die Zielsetzungen:

- die Auswirkungen der demographischen Entwicklung der nächsten Jahre unter Status-quo- Bedingungen zu untersuchen;
- die wichtigsten Ansatzpunkte der Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen und schließlich
- die quantitativen Auswirkungen einiger dieser Reformvorschläge auf die Finanzierung zu untersuchen.

II. Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Ausgaben und Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Für die demographische Entwicklung sind drei Phänomene von zentraler Bedeutung: die Fertilität, die Mortalität und die Migration. Diese drei Faktoren stehen mit den verschiedenen Systemen sozialer Sicherung in unterschiedlicher aber bedeutender Wechselbeziehung. Mit dem Gesundheitswesen im allgemeinen und der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung im besonderen bestehen vor allem starke Beziehungen zwischen Veränderungen der Mortalität und den Kostenentwicklungen dieser Sozialversicherungszweige. Diese Beziehung basiert auf der Wechselwirkung bzw. der gegenseitigen Bedingtheit zwischen Morbidität und Mortalität: So steht ein Rückgang (oder eine Zunahme) der Mortalität im allgemeinen auch im Zusammenhang mit einer Veränderung im Morbiditätsspektrum. D.h. ein Rückgang der Mortalität (oder die damit verbundene Steigerung der Lebenserwartung) ist einerseits oft mit einer größeren Häufigkeit

oder längeren Dauer von (chronischen) Krankheiten verbunden. Die Veränderungen der Heilungs- oder Besserungsmöglichkeiten und der Krankheitsdauer treten andererseits häufig nicht in allen Altersstufen gleichermaßen bei allen Krankheiten auf, sondern bei ganz bestimmten Krankheiten.

Dabei kann ein Rückgang der Morbidität allerdings entweder mit einer Heilung oder weitgehenden Freiheit von Beschwerden oder aber mit langjähriger, chronischer, oft auch behandlungsintensiver und kostenaufwendiger Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit verbunden sein. Sinkende Mortalität kann also sowohl mit Verschlechterung wie auch mit Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung einhergehen. Unter dem Begriff „healthy life expectancy“ (Robine und Ritchie 1991) wird versucht, die Abgrenzung der Lebenserwartung in „gesunde“ Perioden und stark beeinträchtigte vorzunehmen. Besonders muß in diesem Zusammenhang darauf verwiesen werden, daß in vielen Fällen gerade in den letzten Monaten vor dem Tod sehr hohe Gesundheitskosten anfallen können (Pfaff et al. 1988; Busse, Schwartz und Krauth 1995).

Was die beiden Bestimmungsfaktoren Fertilität und Migration betrifft, so beeinflussen sie vor allem generell die Bevölkerungsgröße und -struktur, wogegen die Mortalität auf diese scheinbar nur geringen Einfluß hat. Aufgrund der Konzentration der Gesundheitskosten, der Pflegekosten und der Rentenzahlungen auf alte Menschen, tritt jedoch gerade durch die Veränderung der Mortalität eine überproportionale Steigerung bei den Sozialleistungen dieser Versicherungsbranche auf.

Berücksichtigt man die Auswirkungen der heute zu erwartenden Veränderungen auf die Bevölkerung bzw., was hier vor allem interessiert, die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (und damit auch der sozialen Pflegeversicherung) gemäß der mittleren Annahmen der 8. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Sommer 1994), so zeigt sich zwar insgesamt eine leichte Zunahme der Bevölkerung sowie der Versicherten bis zur Jahrtausendwende bzw. ein paar Jahre danach, darüber hinaus jedoch ein Rückgang in der Bevölkerungszahl¹.

Die Entwicklung der Zahl der GKV-Versicherten verläuft ähnlich, jedoch nicht gänzlich identisch. Ursache für die Divergenzen kann neben der Alters- und Geschlechtsstruktur zum einen ein möglicherweise unterschiedliches Wahlverhalten der Versicherten zwischen GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV) sein, was die jüngeren Mitglieder betrifft, da eine solche Entscheidung meist im Zusammenhang mit dem Berufseintritt oder Arbeitsplatzwechsel erfolgt. Mittel- und längerfristig wirkt sich für die Kosten jedoch vielleicht bedeutungsvoller aus, daß durch die GRG- und GSG-Reformen der *späte* Wechsel von der PKV in die GKV im Zusammenhang mit der Verrentung künftig erschwert, ja unmöglich sein

¹ Die große Unwägbarkeit, die Bevölkerungsprognosen ungewiß macht, ist die Migration bzw. die Nettozu- oder -abwanderung. Auf die Beitragssätze hat sie jedoch nicht unbedingt eine sehr große Auswirkung. Bei einigermaßen günstiger Arbeitsmarktentwicklung sollte ein positiver Wanderungssaldo sogar günstige Wirkung aufweisen, weil in der Regel eher jüngere Menschen wandern.

wird². Das bedeutet, daß sich allmählich der Anteil der privat Krankenversicherten und der freiwillig Versicherten unter den über 60jährigen erhöhen wird. Tendenziell wird dies zu einer Kostenentlastung der GKV führen, da künftig die PKV ihre „Altlasten“ nicht mehr (unter Einbehalt der in der Vergangenheit aus Wettbewerbsüberlegungen häufig zu gering berechneten Altersrückstellungen) an die GKV abgeben kann.

Berücksichtigt man die Entwicklung der Versicherten in den kommenden Jahren, so ergeben sich die Beitragssatzeffekte als Resultat der zu erwartenden Entwicklung der Gesamtausgaben und Beitragseinnahmen. (Andere Einnahmen spielen bei der GKV nur eine ganz untergeordnete Rolle). Unter Status-quo-Annahmen – d. h. der Annahme, die Ausgaben für und die Beiträge von Versicherten und der Anteil der GKV-Versicherten an der Bevölkerung würden alters- und geschlechtsspezifisch differenziert unverändert bleiben – wäre zu erwarten, daß die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung rein demographisch bedingt aus jetziger Erkenntnis um etwa 2,4 Beitragssatzpunkte bis zum Jahr 2040 steigen müßten. Geht man alternativ von der heute etwas realistischeren Annahme aus, daß sich der Anteil der KVdR-Versicherten an der Rentnerbevölkerung allmählich reduzieren und an den Anteil der Versicherten im mittleren Lebensalter anpassen wird, weil die privat Versicherten künftig auch nach ihrer Verrentung in der PKV bleiben (müssen), so würde ein etwas geringerer Beitragssatzanstieg von 2,1 Beitragssatzpunkten erforderlich werden (*Busch, Pfaff und Rindsfüßer 1996*)³. Die meisten Autoren sind sich darüber einig, daß in absehbarer Zeit die rein demographischen Effekte nur in geringem Maße für Beitragssteigerungen verantwortlich sein werden (*SVRKAiG 1994; Dudgey 1993, Deutscher Bundestag 1994*).

Die Beitragssatzanhebung in den Vorausberechnungen wird notwendig, um die projizierten Ausgaben decken zu können. Legt man hingegen konstante Beitrags-

² Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V (in der derzeit geltenden Fassung des GSG) ist die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) an relativ lange Vorversicherungszeiten in der GKV gebunden. So müssen neun Zehntel der zweiten Hälfte der Periode zwischen Aufnahme der ersten Erwerbstätigkeit und Rentenanspruch als Pflichtversicherte der GKV belegt sein, wobei der Status als mitversicherte(r) Familienangehörige(r) eines Pflichtmitglieds gleichgestellt ist. Die Regelung wurde durch das GSG insofern gegenüber der Regelung des GRG verschärft, als lange Zeit freiwillig GKV-Versicherte nach Verrentung auch nicht in die Versicherungspflicht der KVdR fallen, sondern auch weiter nur freiwillig versichert bleiben können. Wegen der für freiwillig Versicherte möglicherweise größeren Beitragsbemessungsgrundlage kann dies zu einer höheren Beitragsbelastung dieses Personenkreises führen. Durch das GRG wurde bereits den privat Versicherten der Weg in die KVdR praktisch in den meisten Fällen versperrt.

³ Tatsächlich ist nicht auszuschließen, daß eine stärkere Steigerung erfolgen wird, wenn man berücksichtigt, daß die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Bevölkerungsprognosen, zuletzt die 8. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (BVB) (vgl. *Sommer 1994*), auf Querschnittsdaten beruht. Auf der Basis von Kohortensterbetafeln (vgl. *Dinkel 1992*) ist jedoch in Zukunft von einer verminderten Sterblichkeit in allen Altersgruppen und damit einem stärkeren Anstieg der Lebenserwartung (mit einer stärkeren Zunahme der Gesundheitsausgaben verbunden) auszugehen.

sätze bei unterstellt alters- und geschlechtsspezifisch differenziert gleichbleibenden durchschnittlichen Gesundheitsausgaben und Beiträgen der Versicherten zugrunde, so resultiert eine „Deckungslücke“. D.h. die so errechneten Gesundheitsausgaben der GKV würden – bei unterstellt abnehmenden Anteilen von GKV-Versicherten im Rentenalter gemäß der Regelungen des GRG – nur demographisch bedingt bis zum Jahr 2015 bzw. 2020 um 6% des Niveaus von 1994 ansteigen. Die Beitragseinnahmen würden dagegen bis 2005 bzw. 2010 nur leicht um 1% steigen, dann bis 2040 auf 86% des Niveaus von 1994 absinken. Diese aufgrund der Gesamtbevölkerungszahl und der Alters- und Geschlechtsstruktur divergierende Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben erfordert eine Kompensation durch höhere Beitragssätze (vgl. Abbildung 1).

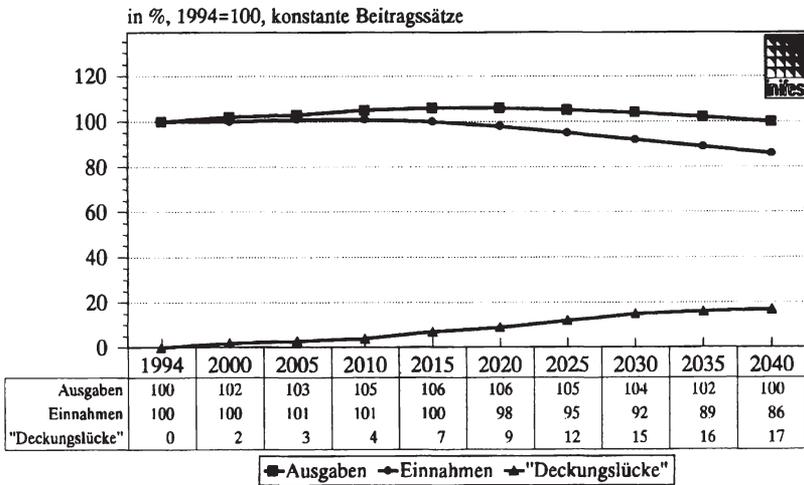


Abbildung 1: Geschätzte Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der GKV 1994-2040 auf Basis der 8. koordinierten BVB (mittlere Variante)*

* Ohne Ausgaben für Dialyse und Schwerpflegebedürftigkeit; Anteil der GKV-Versicherten im Rentenalter gemäß durch GRG erschwerten KVdR-Zugangs allmählich abnehmend.

Quelle: Graphische Darstellung nach Busch, Pfaff und Rindsfüßer 1996, S. 25.

Unberücksichtigt bleiben in dieser Projektion der Beiträge allerdings auch die möglichen Auswirkungen allgemeiner Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, wie etwa eine steigende Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit oder eine, etwa durch den technischen Fortschritt bedingte, zunehmende Freisetzung von Arbeitskräften wie auch eine grundsätzlich andere Verteilung der Erwerbsarbeit, etwa durch Arbeitszeitverkürzung und -flexibilisierung.

III. Ansatzpunkte zu einer Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt erfolgt zu fast 100% aus den Beiträgen der Versicherten bzw. – was die Beitragsleistungen der Arbeitgeber oder der Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung betrifft – für die Versicherten. Bei der Betrachtung der einzelnen Kassen spielten und spielen darüber hinaus die Ausgleichszahlungen im Rahmen des Rentnerfinanzausgleichs bzw. seit 1994 und 1995 des Risikostrukturausgleichs eine nicht unwesentliche Rolle. Bis Ende 1994 war es vor allem der KVdR-Ausgleich, der zu den Einnahmen der Kassen nicht unerheblich beitrug.

Für die Mehrzahl der Versicherten war die Beitragsleistung an die Höhe ihres Einkommens bzw. von Teilen ihres Einkommens gebunden. Eine Einschränkung des beitragspflichtigen Einkommens erfolgte zum einen im Hinblick auf Einkommensarten, zum anderen aufgrund von Beitragsbemessungsgrenzen im Hinblick auf die Einkommenshöhe.

Bei den Pflichtversicherten⁴ und Rentnern⁵ sind nicht alle Einkommensarten Grundlage der Beitragserhebung. So sind z. B. Miet- oder Kapitaleinkommen von Arbeitnehmern oder Rentnern unerheblich für die Erhebung von Beiträgen.

Die Höhe des Einkommens ist insofern von Bedeutung, als untere und obere Einkommensgrenzen als Versicherungspflicht⁶ und – die obere desweiteren auch – als Beitragsbemessungsgrenze⁷ gelten.

Ansatzpunkte für eine Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich in mehrfacher Hinsicht. Übersicht 1 faßt die wichtigsten Ansatzpunkte zusammen, wobei die Vorschläge in vier Gruppen untergliedert werden: In Gruppe A werden die Ansatzpunkte zusammengefaßt, die an der Beitragsbemes-

⁴ Die Beitragspflicht aus versicherungspflichtiger Beschäftigung erstreckt sich gemäß § 226 Abs. 1 Nr. 1-4 SGB V auf Arbeitsentgelte aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, den Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie vergleichbarer Einnahmen (Versorgungsbezüge) sowie Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente etc. erzielt wird. Nach Abs.2 unterliegen die letzteren der Beitragspflicht nur, wenn sie ein Zwanzigstel der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (1995: DM 203 in den alten und DM 164,50 in den neuen Bundesländern) übersteigen.

⁵ Für Rentner wird in § 237 Nr. 1-3 SGB V geregelt, daß der Zahlbetrag der Rente, der Zahlbetrag vergleichbarer Einkommen (Versorgungsbezüge) und Arbeitseinkommen zugrunde gelegt werden. Für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen gilt entsprechend § 226 Abs. 2 SGB V die Beitragspflicht nur, soweit diese ein Zwanzigstel der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV übersteigen.

⁶ Nach § 6 Abs. 1, Nr. 1 SGB V ist die obere Versicherungspflichtgrenze bzw. Jahresentgeltgrenze auf drei Viertel der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten festgelegt.

⁷ Nach § 223 SGB V ist die Jahresentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung als Beitragsbemessungsgrenze festgelegt.

sungsgrenze ansetzen, in B jene, die an der Abgrenzung des mit einem Beitrag versicherten Personenkreises ansetzen. Schließlich umfaßt Gruppe C die Reformmöglichkeiten, die eine Veränderung der Beitragsgestaltung vorsehen und D die Ansätze, die eine unterschiedliche Abgrenzung von Risiken zwischen verschiedenen Sozialversicherungszweigen vornehmen.

Übersicht 1

Wichtigste Ansatzpunkte zur Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

<p>A. Maßnahmen, die an der Beitragserhebung ansetzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf bis zu 100% der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bei bestehender Versicherungspflichtgrenze;</i> 2) <i>Anhebung der Versicherungspflichtgrenze bei bestehender oder steigender Beitragsbemessungsgrenze;</i> 3) Ausweitung der Einkommen, die zur Beitragsbemessung herangezogen werden – bei AKV- und bei KVdR-Mitgliedern; 4) Berücksichtigung gemeinsamer Beitragsbemessungsgrenzen für Ehepaare; 5) Variation der Beitragssplittung, etwa <ul style="list-style-type: none"> – Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge; – Anhebung des Beitragsanteiles der Arbeitgeber bei gleichzeitiger deutlicher Erhöhung der Selbstbeteiligung.
<p>B. Maßnahmen, die an der Abgrenzung des (mit einem Beitrag) versicherten Personenkreises ansetzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Einführung einer generellen Versicherungspflicht für alle; 7) Einbeziehen der geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer(innen) in die Versicherungspflicht (mit Differenzierung nach Personen, die bereits im Rahmen der Familienhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und Personen ohne Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung); 8) <i>Gesonderte Beitragsleistung für mitversicherte Ehepartner(innen);</i> 9) <i>Ausgliederung der Finanzierung der Gesundheitsleistungen von Kindern als steuerfinanzierter Familienlastenausgleich;</i> 10) Differenzierung der Arbeitgeberbeiträge als Wertschöpfungsabgabe.
<p>C. Maßnahmen, die an der grundsätzlichen Veränderung der Beitragsgestaltung ansetzen</p> <ol style="list-style-type: none"> 11) <i>Einführung risikoäquivalenter Beiträge.</i>
<p>D. Veränderungen, die auch weitere Sozialversicherungszweige betreffen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 12) Differenzierung der Arbeitgeberbeiträge nach dem Gesundheitsrisiko vor dem Hintergrund der (ungenügenden) Anerkennung von Berufskrankheiten; 13) Verursachungsgerechtere Zuweisung der Beiträge als Resultat von (Arbeits-)Unfällen; 14) Alternative Berücksichtigung der Beitragsleistung für Arbeitslose; 15) Alternative Gestaltung der Krankenversicherung der Rentner.

* Kursiv: Maßnahmen, deren Auswirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung im weiteren simuliert werden.

IV. Ausgewählte Reformvorschläge und ihre Auswirkungen auf die Finanzierungssituation der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Auswirkungen einiger ausgewählter Reformvorschläge auf die Finanzierungssituation der gesetzlichen Krankenversicherung werden zum einen auf der Basis von Mikrosimulationsergebnissen, zum anderen auf der Basis von allgemeinen Modellrechnungen aufgezeigt. Für verschiedene der Vorschläge gestattet die Datenlage jedoch z.Z. noch keine Rechnungen für die neuen Bundesländer. Deshalb beschränkt sich die Darstellung auf das alte Bundesgebiet.

1. Anhebung der Bemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze

Mit Ausnahme der gesetzlichen Unfallversicherung haben die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung zwar gemeinsam, daß für die ganz überwiegende Zahl der Mitglieder die Beiträge einkommensabhängig erhoben werden. Dennoch bestehen Unterschiede hinsichtlich einiger Parameter. Die wichtigsten sind:

- Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung;
- Beitragsbemessungsgrenzen;
- Beitragszahler bzw. Aufteilung der Beiträge sowie
- Beteiligung des Bundeshaushalts.

Die Unterschiede zwischen den Sozialversicherungszweigen sind insofern von Bedeutung, als im Zuge einer Reform durchaus auch die Abstimmung der Auswirkungen berücksichtigt wird und auch daran gedacht werden kann, eine gewisse Vereinheitlichung oder Harmonisierung vorzunehmen. Dies geschah z. B. im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegeversicherung, bei der eine Abstimmung mit der gesetzlichen Krankenversicherung auch von besonderer Wichtigkeit war⁸. Dabei wurde nach dem Prinzip „die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ verfahren, d. h. alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung – auch die versicherungsberechtigten freiwillig Versicherten – sind bei ihrer jeweiligen Kasse auch (pflicht-)pflegeversichert. Die privaten Krankenversicherungen müssen ihren Versicherten ebenfalls eine Pflegeversicherung anbieten.

Ein Novum ergab sich im Falle der Pflegeversicherung durch die private *Pflichtversicherung*, d. h. die privat Krankenversicherten *müssen* sich auch (privat) pflegeversichern. Desweiteren wurden mit der Einführung der Pflegeversicherung de facto (verstärkt) Elemente des Umlageverfahrens der Finanzierung in die private

⁸ Eine Ursache, warum eine Abstimmung zwischen Pflege- und Krankenversicherung sinnvoll ist, beruht auf der Tatsache, daß Pflegebedürftige, die Sachleistungen nach SGB XI beziehen, in aller Regel auch Behandlungspflege erhalten, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (nach § 37 SGB V) finanziert wird.

Versicherung eingeführt. Anders wäre es nicht möglich gewesen, sicherzustellen, daß auch bereits alte bzw. pflegebedürftige Personen in den Vorteil dieser sozialen Absicherung kommen.

Andererseits kann die unterschiedliche Ausgestaltung des Beitrags in den Sozialversicherungszweigen auch bewußt erwünschte Eigenschaften haben, besonders wenn es um die Verzahnung mit anderen Bereichen, wie dem Bundeshaushalt, geht. So sind Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung vom Bundeshaushalt unabhängig, während z. B. in der gesetzlichen Rentenversicherung nach §213 SGB VI eine Koppelung der Veränderung des Bundeszuschusses in Anbindung an die Beitragsentwicklung und Rentenanpassungen vorliegt. Im Rahmen der Arbeitslosenversicherung muß der Bundeshaushalt für bestimmte Leistungen (z. B. Arbeitslosenhilfe sowie das Defizit) aufkommen.

Im Sinne einer Vereinheitlichung der Beitragsgestaltung zwischen den Versicherungszweigen wurde immer wieder auch die Forderung laut, die Beitragsbemessungsgrenze und/oder die Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung an die der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten bzw. der Arbeitslosenversicherung anzupassen. Der SVRKaiG geht in seinem Gutachten 1995 allerdings nicht auf diese Forderung ein. Als Begründung wird wohl aus ordnungspolitischen Erwägungen angeführt, daß die niedrigere Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung eine „Friedensgrenze“ zur privaten Krankenversicherung darstelle, da eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze die Klientel der PKV stärker beschneiden würde.

Im folgenden wird für das Jahr 1994 auf der Basis von Mikrosimulationsergebnissen für die alten Bundesländern aufgezeigt, wie eine solche Anhebung die Beitragseinnahmen, die Leistungsausgaben und die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflusst hätte⁹. (Dabei wurden allerdings bei den Rechnungen die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach §§ 53-57 SGB V ausgeschlossen.)

In Tabelle 1 sind die wichtigsten Ergebnisse zusammengefaßt. Eine Ausweitung des Pflichtversichertenkreises auf die Arbeiter und Angestellten mit Einkommen über der Bemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung bis maximal der Bemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten würde zu einer Ausweitung der Zahl der Versicherten um 0,88 Mio. führen.

Der Beitragssatzeffekt verteilt sich auf die zusätzlichen Beiträge bisher bereits GKV-versicherter Mitglieder sowie auf die zusätzlichen Beiträge bislang nicht GKV-Versicherter, die zusätzlich unter die Versicherungspflicht fallen würden. Für die letztere Gruppe würden zudem noch zusätzliche Ausgaben hinzukommen. Da es sich um bislang versicherungsberechtigte Personen handelt, die jedoch von einer Versicherung in der GKV Abstand genommen haben, ist davon auszugehen, daß es

⁹ Die Ergebnisse stützen sich auf ein von der Hans-Böckler-Stiftung finanziertes Forschungsprojekt (vgl. *Busch, Pfaff und Rindsfuß* 1996).

sich – unterstellt man ökonomisch rationale Wahlhandlungen – in der Mehrzahl um „gute Risiken“, d. h. relativ junge, gesunde Menschen ohne oder mit wenigen und gesunden mitversicherten Familienangehörigen handelt.

Im Hinblick auf die Kombination von Eigenschaften wäre eine solche Veränderung der Versicherungsvoraussetzungen für die gesetzliche Krankenversicherung mindestens kurzfristig von Vorteil, d. h. sie würde ceteris paribus eine Beitragssatzsenkung gestatten.

Zu den in Tabelle 1 ausgewiesenen Beiträgen nach Gesetzeslage 1994 ist zu beachten, daß es sich hierbei nicht um den tatsächlichen Beitragssatz 1994 handelt, sondern um den fiktiv die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit sowie die Verwaltungskosten. Die tatsächlichen Beitragssätze waren auch höher, weil sie u.a. die in den beiden Jahren vor dem Inkrafttreten des GSG aufgelaufenen Defizite ausgleichen mußten.

Tabelle 1

Auswirkungen einer Anhebung der Beitragsbemessungs- und der Versicherungspflichtgrenze der GKV auf die der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, alte Bundesländer 1994

	Gesetzeslage 1994	BBG und VPG wie GRV	Veränderung	
			absolut	relativ in %
Versicherte	55,93 Mio.	56,81 Mio.	+0,88 Mio.	+1,6%
Beiträge	DM 177,24 Mrd.	DM 190,12 Mrd.*	+DM 12,88 Mrd.	+7,3%
Ausgaben	DM 177,24 Mrd.	DM 180,25 Mrd.	+DM 3,01 Mrd.	+1,7%
hiervon: Krankengeld	DM 12,17 Mrd.	DM 13,29 Mrd.	+DM 1,12 Mrd.	+8,8%
kostendeckender Beitragssatz	12,89%	12,22%	-0,67%	

* Rechnerische Beitragseinnahmen, die sich bei Anwendung des ursprünglich kostendeckenden Beitragssatzes von 12,89 % ergeben würden.

Quelle: Busch, Pfaff und Rindsfüßer (1996), S. 50.

Die Ergebnisse zeigen, daß die durch die Maßnahme ermöglichte Beitragssatzsenkung von durchschnittlich 0,67 Prozentpunkten in der GKV keinesfalls exorbitant ist. Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ließe sich dadurch alleine nicht maßgeblich entschärfen. Es zeigt sich im übrigen, daß auch eine totale Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter und Angestellte unter Bei-

behaltung der Beitragsbemessungsgrenze wie in der GRV zusätzlich nur eine weitere Entlastung um 0,12 Beitragssatzpunkte gestatten würde (ebenda S. 53).

2. Neugestaltung der Familienhilfe

Die unentgeltliche Mitversicherung von unterhaltsberechtigten Familienangehörigen ohne eigene mehr als geringfügige Einkommen (Versicherte nach § 10 SGB V) stellt eine der wesentlichen Unterschiede zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung dar. Auch der SVRKaIG behandelt die alternative Finanzierung in seinem Gutachten 1995 (SVRKaIG 1995, S. 359 ff.).

Zur alternativen Form der Finanzierung der Familienhilfekosten sind verschiedene Varianten denkbar. Dabei kann zum einen unterschieden werden zwischen den mitversicherten Ehegatt(inn)en und den Kindern als die bei weitem zahlenmäßig wichtigsten Gruppen. Insgesamt waren in den alten Bundesländern im Jahr 1994 fast 18 Mio. Personen als mitversicherte Angehörige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, mehr als 6 Mio. männliche – vor allem handelt es sich dabei um Kinder – fast 12 Mio. weibliche. Dies sind für die gesamte GKV etwa 0,45 mitversicherte Angehörige je Mitglied, wobei deutliche Unterschiede zwischen AKV und KVdR sowie zwischen den verschiedenen Kassen(arten) auftreten (vgl. Pfaff und Pfaff 1995, Pfaff 1993).

Da in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur das Mitglied sondern auch die mitversicherten Angehörigen durch *einen* Beitrag versichert sind, kann man das Mitglied mit den Angehörigen als „Versicherteneinheit“ auffassen. Abbildung 2 verdeutlicht die Struktur der Mitglieder hinsichtlich ihrer alleinigen Versicherung bzw. ihrer Versicherung gemeinsam mit Angehörigen.

In den alten Bundesländern ist zu bemerken, daß die Mehrzahl der Mitglieder, nämlich drei Viertel, „alleine“ versichert ist, d. h. daß sie entweder alleinstehend sind oder aber, daß ihr(e) Ehepartner(in) und ihre Kinder selbst als Mitglied versichert sind. Auch „Ehepaare ohne Kind(er)“ sind jedoch durchaus nicht unbedingt kinderlos. Vielmehr handelt es sich bei ihnen oft um ältere Ehepaare, bei denen die Ehefrau als mitversicherte Angehörige versichert ist, die Kinder jedoch schon erwachsen und eigenständig krankenversichert sind. Auch die vergleichsweise große Zahl „Alleinstehender mit Kind(ern)“ umfaßt z. B. als größte Gruppe männliche Mitglieder mit mitversicherten Kindern, deren Frau selbst als Mitglied krankenversichert ist. In nur einer geringen Zahl von Fällen wird es sich dabei um alleinerziehende Väter handeln. Vielmehr ist auch denkbar, daß die Kinder alleinerziehender Frauen, soweit sie nicht mit der selbst als Mitglied versicherten Mutter mitversichert sind, bei ihrem getrennt von ihnen lebenden Vater mitversichert sind. Obwohl im Durchschnitt 31% der Versicherten als Familienangehörige versichert sind, konzentrieren sich diese mitversicherten Familienangehörigen auf eine relativ kleine Zahl von Mitgliedern – zum überwiegenden Teil sind es männliche Mitglieder im Alter zwischen 25 und 54 Jahren, die mitversicherte Angehörige haben.

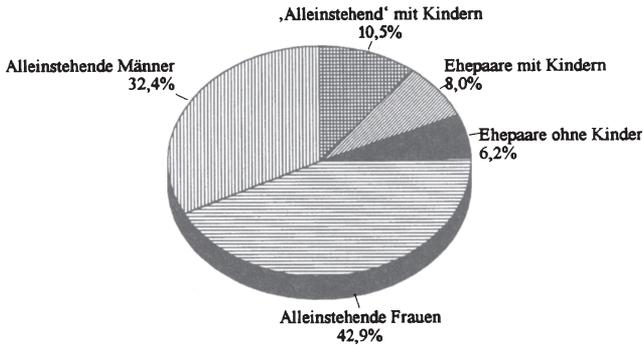


Abbildung 2: „Versicherteneinheiten“ der gesetzlichen Krankenversicherung mit und ohne mitversicherte Familienangehörige, alte Bundesländer 1991

Quelle: Eigene Darstellung nach Pfaff und Pfaff (1995), S. 208.

Der Ausgabenanteil für die Familienhilfe ist mit weniger als einem Fünftel der GKV- Leistungsausgaben – etwa zur Hälfte sind dies Ausgaben für Ehegatten, zur Hälfte für Kinder – deutlich unterproportional und auf den ersten Blick erstaunlich niedrig (Pfaff und Pfaff 1995, S. 209 f.). Dies liegt vor allem an der Altersstruktur der Familienangehörigen, die zu etwa zwei Dritteln Kinder mit durchschnittlich niedrigen Leistungsausgaben sind. Generell sind unter den älteren Versicherten bzw. der KVdR nur sehr wenige mitversicherte Angehörige, da auch die meisten älteren Ehefrauen und natürlich die Witwen als Rentnerinnen selbst Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht jedoch mitversicherte Angehörige, sind.

Würde man also die Familienhilfeausgaben als „versicherungsfremde“ Leistungen bezeichnen – eine Bezeichnung und ein Verständnis, das für eine Sozialversicherung eigentlich nicht zutrifft, da die unentgeltliche Familienabsicherung bisher ein wesentliches Element der Sozialversicherung darstellt – und aus der gesetzlichen Krankenversicherung gänzlich ausgliedern, so könnte damit weniger als ein Fünftel der Ausgaben eingespart und die Beiträge somit auch um weniger als ein Fünftel verringert werden.

Grundsätzlich ließe sich jedoch die Familienhilfe unterschiedlich umgestalten. Die Möglichkeit, die Versicherung für Familienangehörige auszuschließen und etwa für Kinder und für Eltern, die Kleinkinder erziehen, aus Steuermitteln zu finanzieren, stellt nur eine Alternative dar. Es wäre andererseits durchaus denkbar, die Familienangehörigen zwar in der gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin abzusichern, jedoch gegen gesonderte Beiträge. Dabei stellt sich die Frage, in welcher Höhe diese Beiträge erhoben werden sollen. Fingiert man auch für diese Personen die Einkommensbezogenheit der Beiträge, so wird damit die Frage nach dem (fiktiven) Einkommen gestellt.

In Tabelle 2 werden die Auswirkungen der Umgestaltung der Familienhilfe auf die gesetzliche Krankenversicherung in den alten Bundesländern in folgender Form simuliert: Für minderjährige Kinder, auch wenn sie selbst Mitglieder sind, wird unterstellt, daß die Finanzierung ihrer Sicherung aus Steuermitteln, d. h. außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt. (Ob eine administrative Angliederung an die gesetzliche Krankenversicherung mit Kostenerstattung aus allgemeinen Steuermitteln bestehen bleiben sollte, ist dabei offen.) Für bislang mitversicherte Jugendliche bis zum 25. Lebensjahr wird unterstellt, sie müßten einen Beitrag auf der Basis von Einkommen in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze, d. h. etwa DM 70 monatlich, bezahlen. Für mitversicherte Ehepartner(innen) wird ein Beitrag in Höhe von 50% des Beitrags des Mitglieds (inkl. Arbeitgeberbeitrag) erhoben.

Tabelle 2

Auswirkungen einer Ausgliederung der Versicherungsleistungen für Minderjährige und der Einführung gesonderter Beiträge für volljährige Mitglieder* in der gesetzlichen Krankenversicherung, alte Bundesländer 1994

	Gesetzeslage 1994	Familienhilfe ausgliedert*	Veränderung	
			absolut	relativ in %
Versicherte	55,93 Mio.	45,14 Mio.	-10,79 Mio.	-19,3
Beiträge	DM 177,24 Mrd.	DM 194,68 Mrd. **	+ DM 16,10 Mrd.	+9,8
Ausgaben	DM 177,24 Mrd.	DM 165,20 Mrd.	- DM 12,04 Mrd.	-6,8
kostendeckender Beitragssatz	12,89%	10,81%	-2,08%	

* Leistungen für Minderjährige steuerfinanziert, Beiträge für 18-25jährige gemäß Einkommen in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze; Beiträge für ab 25jährige in Höhe der Hälfte der Beiträge des Mitglieds.

** Rechnerische Beitragseinnahmen, die sich bei Anwendung des ursprünglich kostendeckenden Beitragssatzes von 12,89% ergeben würden.

Quelle: Busch, Pfaff und Rindsfüßer (1996), S. 73 ff.

Die in Tabelle 2 zusammengefaßten Ergebnisse der Simulation zeigen, daß eine solche Umgestaltung der Absicherung von Familienangehörigen die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich deutlicher beeinflussen würde, als eine Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen. Immerhin könnte sich bei dieser Alternative eine Minderung des durchschnittlichen Beitrags um 2,08 Prozentpunkte von 12,89% auf 10,81% ergeben. (Für die neuen Bundesländern könnte ein Beitragssatzeffekt von 2,13 Prozentpunkten errechnet werden.)

Daß dieser Effekt vor allem durch die nicht unwesentlichen zusätzlichen Beitragseinnahmen vor allem von Beiträgen für Ehefrauen herrührt, wird aus Tab. 2. ebenfalls deutlich. Eine alternative Simulation, in der die Annahme zugrundegelegt wurde, für *alle* erwachsenen mitversicherten Familienangehörigen würde ein Beitrag auf Basis eines fiktiven Einkommens in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze, entrichtet – die detaillierten Ergebnisse werden hier nicht dargestellt – zeigt, daß in diesem Fall der Beitragssatzeffekt mit 0,4 Prozentpunkten wesentlich geringer ausfallen würde. Die Ausgliederung der minderjährigen Versicherten bewirkt dagegen eine Beitragssatzminderung von immerhin 0,88 Prozentpunkten.

Die simulierte Alternative stellt zwar ein Maßnahmenbündel mit nicht unerheblichem Beitragssatzeffekt dar, ist jedoch – um die extreme Bandbreite abzustecken – weitergehend als ähnliche Vorschläge dieser Art, die etwa vorsehen, daß gesonderte Beiträge für Ehegatt(inn)en nur dann zu entrichten sind, wenn diese keine (kleinen) Kinder betreuen. Eine Einschränkung der Beitragspflicht dieser Art würde allerdings die Ergebnisse nicht unbedingt sehr stark reduzieren, je nachdem bis zu welchem Alter eine Befreiung von Beiträgen gelten soll. Kritisch ist jedoch in allen Alternativen die Höhe der für bislang mitversicherte Angehörige zusätzlich zu entrichtenden Beiträge. Die unterstellte Variante führt allerdings zu ganz erheblichen Beitragsbelastungen von Familien, die zu entrichten für viele finanziell nicht tragbar wäre. Eine solche Maßnahme würde deshalb einen Anreiz schaffen, eine sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit von mindestens geringem Umfang aufzunehmen – oder bei bisherigen „Schwarzarbeiter(innen)“ offiziell zuzugeben¹⁰ – um diesen sehr hohen Beitragszahlungen zu entgehen. Damit wäre zugleich auch ein Anreiz gegen Schwarzarbeit und sozialversicherungsfreie, geringfügige Beschäftigung geschaffen.

3. Einführung risikoäquivalenter Beiträge

Im Zusammenhang mit verschiedenen Reformansätzen der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Möglichkeit, an Stelle einkommensproportionaler Beiträge risikoäquivalente Beiträge zu erheben, eine gewisse Bedeutung. Dies trifft nicht nur für die Frage der generellen Umstellung der Beitragsberechnung zu, die mitunter gefordert wird, um (angeblich) das demographische Risiko einzudämmen. Vielmehr spielt diese Beitragsgestaltung auch dann eine Rolle, wenn man beispielsweise im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Regel- und Wahlleistungen einführen oder generell „Spar-“ und „Luxuspakete“ anbieten würde. Um eine Anti-selektion zu vermeiden, müßte nämlich sichergestellt werden, daß sich nicht alle jungen, gesunden Mitglieder das billige „Sparpaket“ wählen, um dann im mittleren

¹⁰ Schätzungen besagen z. B., daß insbesondere die von Frauen ausgeführten Putzarbeiten in anderen Haushalten zu einem ganz überwiegenden Teil Schwarzarbeit darstellen (vgl. Hanke und Rudzio 1996, S. 25).

Alter zum „Luxuspaket“ zu wechseln. Würde man die zusätzlichen Leistungen mit risikoäquivalenten Beiträgen versehen, so wäre bei ökonomisch rationalem Handeln eine solche Entscheidung zulasten der Versichertengemeinschaft verhindert bzw. erschwert.

Die Erhebung risikoäquivalenter Beiträge würde selbstverständlich eine radikale Veränderung in mehrfacher Hinsicht mit sich bringen. So würde sie tendenziell de facto eine Veränderung der Struktur der realen Entlohnung von Arbeit in Richtung einer Umverteilung zugunsten Bezieher höherer Einkommen bedeuten. Diese Umstrukturierung erfolgt dadurch, daß – bei unterstelltem gleichen Risiko, sieht man von Familienhilfekosten ab – die Beitragslast der Bezieher niedriger Einkommen steigen, die der Bezieher höherer Einkommen sinken würde. Bei risikoäquivalenten Beiträgen wäre eine Ausgliederung der Familienhilfekosten bzw. die Erhebung getrennter Beiträge für alle Versicherten, wie z.Z. in der PKV üblich, durchaus systemkonform. Allerdings wäre eine Integration von Familienhilfekosten in die risikoäquivalenten GKV-Beiträge des Mitglieds ebenfalls denkbar, wenn auch im Hinblick auf die dafür nicht ausreichend vorhandenen longitudinalen Daten zur Verteilung des statistischen „Heiratsrisikos“, des „Kinderrisikos“ und des „Scheidungsrisikos“ eine verlässliche empirische Kalkulation äußerst schwierig wäre. Auch müßten Anhaltspunkte nicht nur über die Verteilung des Alters eines Mitglieds bei Heirat, sondern auch über die Wahrscheinlichkeit des/der Partners/in, künftig bei Geburt der Kinder aus der Erwerbstätigkeit auszuschneiden, bekannt sein.

In der hier vorgestellten Modellrechnung werden nur die Auswirkungen auf die Versicherten unter sehr vereinfachenden Bedingungen dargestellt. Die Modellrechnung erfolgt für das Jahr 1994 für die alten Bundesländer und stellt auf Versicherte, nicht auf Mitglieder, ab.

In Tabelle 3 werden – gesondert für Männer und Frauen – die durchschnittlichen Beiträge je Versicherten, differenziert nach dem Alter, ausgewiesen (Spalten (1) und (4)). Dabei ist allerdings zu beachten, daß diese Darstellung die beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen im Nenner einschließt, d. h. diesen ein Beitrag von Null zugeordnet wird. In Spalten (2) und (5) werden die risikoäquivalenten Beiträge ausgewiesen. Da aufgrund der Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben das Alter beim Eintritt in die Versicherung maßgeblich für die Kalkulation des Beitrags ist, muß eine Annahme über dieses bzw. seine Verteilung getroffen werden. Da in der Bundesrepublik Deutschland fast alle Personen krankenversichert sind, wird unterstellt, daß der Eintritt in die Versicherung mit 20 Jahren erfolgte. Für die meisten GKV-Versicherten scheint dies nicht unrealistisch zu sein, da wohl anzunehmen ist, daß sie etwa in diesem Alter eine eigene Versicherung aufnehmen müssen. Dabei wurde in Analogie zur PKV verfahren, in der Kinder bis zur Volljährigkeit einen gesonderten Beitrag zu bezahlen haben, bei dem keine Altersrückstellung kalkuliert wird. (Bei Erreichen dieser Altersgrenze müssen sie eine neue Versicherung abschließen, die auf der Basis risikoäquivalenter Beiträge eine Altersrückstellung zu enthalten hat.)

Aufgrund der Annahme eines einheitlichen Eintrittsalter bleibt der Beitrag für alle Altersstufen gleich. Es bestehen jedoch Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die Differenz in Spalten (3) und (6) zeigt mit positivem Vorzeichen, daß der aktuelle Beitrag höher ist als der risikoäquivalente, mit einem negativen das Umgekehrte.

Tabelle 3
Alternative Beitragsgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung
(Jahresbeiträge), Modellrechnung 1994

Alter	Männer			Frauen		
	Geltende Beiträge	Risikoäquiv. Beiträge	Differenz (1)-(2)	Geltende Beiträge	Risikoäquiv. Beiträge	Differenz (4)-(5)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20 bis 24	3.469	2.770	699	2.692	3.160	-468
25 bis 29	5.053	2.770	2.283	3.285	3.160	125
30 bis 34	6.278	2.770	3.508	2.857	3.160	-303
35 bis 39	6.365	2.770	3.595	2.410	3.160	-750
40 bis 44	6.725	2.770	3.955	2.721	3.160	-439
45 bis 49	6.579	2.770	3.809	2.643	3.160	-517
50 bis 54	6.511	2.770	3.741	2.361	3.160	-799
55 bis 59	5.801	2.770	3.031	2.070	3.160	-1.090
60 bis 64	4.412	2.770	1.642	1.496	3.160	-1.664
65 bis 69	3.605	2.770	835	1.982	3.160	-1.178
70 bis 74	3.343	2.770	573	2.021	3.160	-1.139
74 bis 79	3.285	2.770	515	2.109	3.160	-1.051
80 und mehr	3.071	2.770	301	2.235	3.160	-925
Insgesamt	4.149	2.770	1.379	1.992	3.160	-1.168

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die risikoäquivalenten Beiträge wurden so berechnet, daß ihr Barwert über das gesamte Leben ab dem 20. Lebensjahr gleich dem Barwert der Leistungsausgaben ist. Als Leistungsausgaben wurden die nach Alter und Geschlecht differenzierten durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertem zugrundegelegt. (Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit wurden ausgeschlossen, da diese ab 1995 in die Pflegeversicherung verlagert wurden.) Es wurde desweiteren unterstellt, daß in jedem Jahr gleich hohe Beiträge bezahlt werden. Eine Ausgabensteigerung aufgrund künftiger Technisierung oder allgemeiner Leistungsverbesserung blieb außer Acht. Die Überlebenswahrscheinlichkeiten wurden gemäß den Sterbetafeln 1991 berech-

net. Es wurde eine jährliche Zinsrate von 3% für die Abzinsung zugrundegelegt. Im Vergleich zu dieser Berechnung könnte die PKV z. B. einen Risikozuschlag von 10% aufschlagen. Desweiteren müßte sie aber auch die zu erwartenden künftigen Ausgabensteigerungen für die Beitragskalkulation berücksichtigen – was ein schier unlösbares Problem darstellt, wenn man bedenkt, daß dies eine Voraussicht für 60 bis 70 Jahre über die Entwicklung des technischen Know-hows und der Preis- bzw. Vergütungsstrukturen und Kapitalerträge erfordern würde. Das heißt, Beiträge, die tatsächlich das Risiko reflektierten, müßten wesentlich höher kalkuliert werden als dies in Tabelle 3 erfolgte, wenn realistische Altersrückstellungen gebildet werden sollen. De facto tritt ein weiteres Problem hinzu, wenn die Kalkulation der Prämien auf der Basis von Querschnittssterbetafeln einer kurzen Periode errechnet werden. Unterstellt man steigende Lebenserwartung, so unterschätzt dies nämlich die Lebenserwartung der Versicherten. (Die PKV hat u.a. wohl deshalb eigene Sterbetafeln zur Kalkulation zugrunde gelegt, nicht primär weil die PKV-Versicherten generell längerlebiger sind als die GKV-Versicherten.)

Bei dieser Betrachtung ist, wie bereits ausgeführt, ein einheitliches Eintrittsalter unterstellt. Aus Tabelle 3 kann der Unterschied der Höhe der risikoäquivalenten Beiträge bei einem Eintrittsalter von 20 Jahren zu den aktuellen Beiträgen verschiedener Altersgruppen ersehen werden.

Männer müßten bei einem Eintrittsalter von 20 zunächst wesentlich niedrigere risikoäquivalente Beiträge zahlen als Frauen, obwohl sie ab einem Alter von etwa 50 Jahren im Durchschnitt höhere Gesundheitskosten verursachen als diese. Aufgrund ihrer geringeren Lebenserwartung und Überlebenswahrscheinlichkeit in allen Altersstufen, besonders aber ab dem mittleren Alter, ist jedoch der Erwartungswert ihrer Ausgaben geringer als der der Frauen.

Der positive Unterschied zwischen risikoäquivalenten Beiträgen und Ausgaben im jüngeren Alter stellt die mögliche Altersrückstellung in der jeweiligen Altersgruppe dar. Im Hinblick auf das oben Ausgeführte können die hier ausgewiesenen Beiträge jedoch in der Praxis sicher nicht zu ausreichender Rückstellung führen.

Wird heute, wie dies in den vergangenen Jahren in der PKV erfolgte, beim Kapitaldeckungsverfahren eine Unterdeckung im höheren Alter offenkundig, so muß der Erwartungswert der bis dato nicht beitragsgedeckten, zusätzlich erforderlichen Mittel auf die verbleibenden Jahre als Beitragssteigerungen verteilt werden. Aufgrund des dann höheren „Eintrittsalters“ – was diese zusätzliche Risikoabdeckung betrifft – sind diese Prämiensteigerungen dann auch entsprechend höher. Wie stark sich solche Änderungen auf die Beiträge auswirken können, wird deutlich, wenn man z. B. bei der Beitragskalkulation alternativ eine jährliche Steigerung der Ausgaben gegenüber den in Tabelle 3 dargestellten jährlichen Ausgaben unterstellt. Würde man nur die bescheidene Annahme einer linearen Steigerung der Ausgaben von DM 14 pro Jahr für Männer und DM 24 für Frauen (jeweils 1% der jährlichen Ausgaben bei 20jährigen) machen, so würde dies bei den Männern eine jährliche Beitragssteigerung um DM 276 und bei Frauen um DM 511 erfordern. Eine Redu-

zierung der Sterbewahrscheinlichkeit alleine wirkt sich dagegen erstaunlich gering aus. (Eine Modellrechnung, bei der eine Verringerung der Sterblichkeit ab einem Alter von 50 Jahren, beginnend mit einer Abnahme der Sterbewahrscheinlichkeit um 0,01% bis zu 1% pro Jahr bei den über 90jährigen unterstellt wurde, steigert die Jahresbeiträge dagegen nur um wenige DM.)

Der Unterschied zwischen Beiträgen nach geltendem Recht und risikoäquivalenten Beiträgen deutet durch das positive Vorzeichen darauf hin, daß die Männer nach geltendem Recht wesentlich höhere (einkommensproportionale) Beiträge bezahlen, die de facto allerdings auch das Risiko für ihre mitversicherten Angehörigen abdecken. Die risikoäquivalenten Beiträge tun dies dagegen nicht.

Frauen zahlen nach geltendem Recht fast in allen Altersgruppen geringere durchschnittliche Beiträge als bei Geltung risikoäquivalenter Beiträge. Dies ergibt sich nicht zuletzt auch als Resultat der Beitragspflicht von mitversicherten Ehefrauen bei Geltung risikoäquivalenter Beiträge.

Betrachtet man die Situation unterschiedlicher Einkommensgruppen, so ergibt sich nach geltendem Recht natürlich eine einkommensproportionale Belastung bis zum Einkommen an der Bemessungsgrenze – DM 68.400 pro Jahr im Jahr 1994 –, unabhängig von der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen. Das bedeutet bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 13,5% einen Anstieg des Krankenversicherungsbeitrags bis auf maximal DM 9.234. Betrachtet man die Summe der risikoäquivalenten Beiträge für ein Ehepaar ohne Kinder, so ergeben sich bei einem unterstellten Eintrittsalter von 20 Jahren für beide Partner gemeinsam Beiträge in Höhe von DM 5.962. Ab einem Einkommen von DM 44.160 würde das Paar – unter Maßgabe der an sich zu niedrig berechneten risikoäquivalenten Beiträge – nach geltendem Recht höhere Beiträge bezahlen als sie an risikoäquivalenten Beiträgen zu leisten hätten. Hätte das Paar Kinder, so müßten auch für diese Beiträge bezahlt werden. Allerdings sind Beiträge für Kinder in der PKV ohne Altersrückstellungen kalkuliert, d. h. sie würden sich – entsprechend den jahresdurchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versicherten im Alter bis zu 20 Jahren – auf etwa DM 1.200 pro Kind belaufen. Bei zwei Kindern würde der Beitrag der Familie also bei etwa DM 8.400 liegen. Berücksichtigt man das unterstellte niedrige Eintrittsalter und die zu niedrige Kalkulation, so zeigt sich, daß eine Familie bei risikoäquivalenten Beiträgen mit zwei Kindern unabhängig von ihrem Einkommen Beiträge etwa in Höhe der geltenden Maximalbeiträge der gesetzlichen Krankenversicherung oder mehr bezahlen müßte. Dies erklärt, warum heute beitragsberechtigte Mitglieder, sobald sie Kinder haben, nicht ungern die gesetzliche Krankenversicherung anstelle der PKV wählen. Die freiwillig versicherten Mitglieder weisen auch mit durchschnittlich einem mitversicherten Familienangehörigen je Mitglied mit Abstand die höchste Zahl der mitversicherten Angehörigen je Mitglied auf.

Vergleicht man die Höhe der risikoäquivalenten Beiträge in Abhängigkeit vom Eintrittsalter in die Versicherung, so ergeben sich interessante Unterschiede, die aus den unterschiedlichen altersspezifischen Leistungsausgaben einerseits und den

unterschiedlichen Sterbewahrscheinlichkeiten andererseits resultieren. Zum ersten gilt natürlich eine grundsätzliche Altersabhängigkeit von Gesundheitsausgaben: mit steigendem Alter steigen die Ausgaben, wie alle empirischen Daten zu diesem Bereich zeigen. Allerdings verursachen Frauen im gebärfähigen Alter, vor allem im Alter, in dem sie tatsächlich Kinder bekommen, verhältnismäßig höhere Ausgaben. Nicht zuletzt schlagen hier die Krankenhauskosten in Verbindung mit der Entbindung durch¹¹.

Tabelle 4 zeigt die Vergleichswerte für risikoäquivalente Beiträge unter analogen Annahmen für einen Eintritt in die Versicherung im Alter von 20, 30, 40 und 50 Jahren. Bei einem Eintrittsalter von 30 lägen die Beiträge für Männer bereits bei DM 3.352, für Frauen bei DM 3.428. Der geringere geschlechtsspezifische Abstand spiegelt die Tatsache wider, daß ein wesentlicher Teil der Mutterschaftskosten im Alter unter 30 auftritt. Bei einem Eintrittsalter ab 40 sind die Beiträge der Männer bereits bei DM 4.071 pro Jahr, die Beiträge eines gleichaltrigen Ehepaares liegen bei DM 7.875.

Tabelle 4

Risikoäquivalente (jahresgleiche) Jahresbeiträge von Männern und Frauen bei alternativem Eintrittsalter in die Krankenversicherung, Modellrechnung für das alte Bundesgebiet 1994

Alter bei Eintritt in die Versicherung	Risikoäquivalente (jahresgleiche) Jahresbeiträge in DM	
	Männer	Frauen
20	2.770	3.160
30	3.352	3.428
40	4.071	3.804
50	5.002	4.401

Quelle: Eigene Berechnungen nach GKVSIM und Sterbetafeln 1991.

Ein geschlechtsspezifischer Vergleich zeigt, daß die risikoäquivalenten Beiträge von Frauen bei einem Eintrittsalter ab 40 niedriger ausfallen als die der Männer. Dieses Ergebnis mag zunächst angesichts der höheren Überlebenswahrscheinlichkeit von Frauen im höheren Alter mit hohen Gesundheitsausgaben erstaunen, ist

¹¹ Die zugrundeliegenden Mikrosimulationsdaten basieren auf Ausgangsdaten aus dem Jahr 1981. Seither ist das Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder etwas angestiegen, so daß möglicherweise die Ausgaben für 25-29jährige Frauen für 1994 danach etwas über-, die für 30-34jährige etwas unterschätzt werden.

jedoch aus PKV-Werten ebenfalls bekannt. Es treffen hier nämlich verschiedene Effekte zusammen: Zum einen senkt die niedrigere Lebenserwartung bzw. Überlebenswahrscheinlichkeit der Männer den Barwert ihrer in dieser Phase zwar an sich (pro Jahr) höheren Leistungsausgaben. Andererseits fallen die relativ hohen Mutterschaftsausgaben bei Frauen dieser Altersgruppen nicht mehr an. Zum anderen bewirkt die höhere Überlebenswahrscheinlichkeit der Frauen aber auch, daß sie nicht nur länger Ausgaben verursachen, sondern auch ihre Beiträge länger bezahlen als die männlichen Versicherten, der Barwert ihrer Beiträge ist also relativ hoch und die Jahresprämien können somit aufgrund der langen Laufzeit geringer ausfallen.

Aus den Strukturen der Beiträge lassen sich Schlußfolgerungen für eine theoretische Umstellung des Systems auf risikoäquivalente Beiträge für alle oder einen Teil der Leistungen ziehen.

1. Die totale Umstellung des Systems innerhalb von kurzer Frist würde eine Staffelung der Beiträge nach dem aktuellen Alter der Versicherten als Eintrittsalter erfordern. Dies würde
 - eine geschlechtsspezifische
 - eine altersspezifische und
 - eine einkommensspezifischeUmstrukturierung zu Lasten der Alten, der Frauen, der Einkommensschwachen und der Familien bedeuten.
2. Eine allmähliche Umstellung des Systems etwa für Neueintritte würde ungeheure Übergangsschwierigkeiten mit sich bringen, da für die „Altbestände“, d. h. die älteren langjährigen Versicherten keine bzw. eine zunehmend abgeschwächte Alimentierung über das Umlageverfahren erfolgen würde. Die bei geltender Regelung niedrigen beitragspflichtigen Einkommen – und Beiträge – der Rentner würden nicht ausreichen, die Finanzierung zu gewährleisten ohne exorbitante Beitragssteigerungen für dieses Versichertenkollektiv.
3. Die Unwägbarkeiten der künftigen Leistungsausgabenentwicklung aufgrund technischen Fortschritts und epidemiologischer Veränderungen machen eine valide Beitragskalkulation unmöglich. Es würden deshalb auch für jung in die Versicherung eintretende Personen immer wieder und mit steigendem Alter (ohne Leistungseinschränkungen) gravierendere Beitragssteigerungen auftreten, ähnlich, wenn vielleicht auch nicht so gravierend, wie sie heute in der PKV erfahren werden. Andererseits würde sich aus wettbewerbspolitischen Gründen und aufgrund der Versicherungsaufsicht eine überhöhte Beitragskalkulation verbieten.
4. Bei einer Einführung von Wahlleistungen, die durch risikoäquivalente Beiträge abzusichern sind, wären in abgeschwächtem Maße die obigen Argumente zutreffend. Hinzu käme eine mögliche Benachteiligung älterer Versicherter da-

durch, daß sie faktisch am medizinischen Fortschritt nur erschwert teilhaben könnten, bzw. nur teilhaben könnten, wenn ihre Einkommen hoch sind.

5. Einkommensproportionale Beiträge können – bei unterstelltem gleichen Risiko – als Form der Preisdiskriminierung interpretiert werden. Preisdiskriminierung kann jedoch durchaus aus allokativer Sicht als wohlfahrtssteigernd gegenüber der Monopolsituation ohne Preisdiskriminierung angesehen werden: Die Gesamtversorgung bei (vollkommener) Preisdiskriminierung nähert sich an die Versorgung bei Wettbewerb an bzw. entspricht ihr, wenn auch mit unterschiedlichen Verteilungseffekten zwischen Anbietern und Nachfragern. Bei risikoäquivalenten Beiträgen entfällt diese Wirkung. Sollte eine positive Korrelation zwischen Einkommenshöhe und (guter) Gesundheit bestehen, so wird der nachteilige Effekt risikoäquivalenter Beiträge sogar noch verstärkt: Nicht nur geht der allokative Vorteil der (sozial) differenzierten Preise verloren, sondern es tritt auch eine bedarfswidrige Steuerung der möglichen Leistungsanspruchnahme auf.

V. Fazit

Die Möglichkeiten der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Finanzierungsseite umfassen eine Reihe möglicher Ansatzpunkte, die allerdings, wie die drei gewählten Beispiele in Abschnitt IV aufzeigen, unterschiedlich starke Auswirkungen auf die Finanzlage und die mögliche Beitragsgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung aufweisen.

Die verschiedenen möglichen Reformansätze können jedoch auch durchaus als interdependentes Maßnahmenpaket gesehen werden, die angesichts ihrer gegenseitigen Abhängigkeit und Ergänzung gemeinsam zu realisieren sind. Geht man zunächst vom voraussichtlichen Handlungsbedarf und -spielraum aus, der sich aus der Kostenentwicklung unter Status-quo-Annahmen ergibt, so zeigt sich, daß eine Deckungslücke bzw. der Zwang zur Beitragssteigerung verstärkt ab 2015 auftreten wird. Die im Zusammenhang mit der Kalkulation risikoäquivalenter Beiträge ebenfalls durchgeführte Berechnung der Auswirkung von Kostensteigerungen in Form der „Versteilung“ der geschlechtsspezifischen Kostenprofile zeigen allerdings auch auf, daß durch solch moderate Veränderungen in den Kostenprofilen bzw. den durchschnittlichen Kosten über die Zeit erhebliche Ausgabensteigerungen auftreten können, die sich dann in Beitragssatzsteigerungen niederschlagen werden, wenn keine entsprechenden Einkommenssteigerungen auftreten. Die Ausweitung der Bemessungsbasis spielt in diesem Zusammenhang neben sicher auch zu erwartenden (moderaten) Einkommenssteigerungen eine Rolle. Wenngleich die Simulation gezeigt hat, daß eine Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze alleine keine grundsätzliche Entlastung vom bestehenden und zu erwartenden Finanzierungsdruck bewirken kann, so ist dennoch auch auf der

Einkommenseite – etwa bei der breiteren Berücksichtigung von Einkommen – ein möglicher Ansatzpunkt zu suchen. Die Berechnung der Auswirkungen einer solchen Maßnahme werden hier nicht dargestellt (vgl. *Busch, Pfaff und Rindsfüßer* 1996). Dennoch kann allgemein gesagt werden, daß angesichts der bereits länger anhaltenden Stagnation im Anteil der Arbeitnehmereinkommen und der zunehmenden Querverteilung der Einkommen bei Arbeitnehmer(inne)n und Rentner(inne)n hier sicher aus systematischen und Gerechtigkeitsgründen ein Ansatzpunkt zu suchen ist.

Im Moment zeigen sich noch etwas stärkere Beitragseffekte, wenn man die Reform der Familienhilfe ins Auge faßt. Allerdings ist in diesem Zusammenhang eine sehr starke Interdependenz zu anderen Bereichen der Arbeitsmarkt-, Arbeitszeit- und Sozialpolitik zu sehen. Da dieser Bereich einen Teil des erweiterten Familienlastenausgleichs darstellt, kann angesichts der neueren Entwicklungen im Zusammenhang mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts selbstverständlich nicht von einer simplen Beschneidung dieses Bereichs ausgegangen werden. Vor allem bei den Leistungen für Kinder muß größtes Gewicht auf eine qualitativ hochstehende, umfassende Versorgung unter Berücksichtigung präventiver Maßnahmen gelegt werden.

Handlungsspielraum bietet sich eher bei den mitversicherten Ehefrauen an, wengleich nicht von der Hand zu weisen ist, daß sich dieses Problem zum Teil – bei flankierender Arbeitsmarktentwicklung – aufgrund der von Kohorte zu Kohorte trotz der bestehenden Hemmnisse zunehmenden Erwerbsbeteiligung von Frauen, wenn nicht gänzlich lösen so doch wesentlich entschärfen wird. Eine entsprechende Veränderung, wie z. B. die Abschaffung bzw. Reduzierung der Sozialversicherungsfreiheit geringfügiger Beschäftigung, verbunden mit einer Versicherungspflicht nicht erwerbstätiger Ehepartner(innen) könnte nicht zuletzt aus Gerechtigkeitsgründen ins Auge gefaßt werden. Allerdings könnte dieser Effekt in ähnlicher Weise auch erreicht werden, wenn für Ehepaare gemeinsame, höhere Versicherungspflicht- und Beitragbemessungsgrenzen bestünden. Für Elternteile während des Erziehungsurlaubs bzw. während der Pflege von Angehörigen kann eine Beitragsleistung durch die jeweilig zuständigen Träger (Bundeshaushalt, Pflegeversicherung oder Sozialhilfe) erfolgen.

Abschließend ist zu bemerken, daß die ausschließliche Befassung mit der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Beitrag nicht bedeutet, daß nur hier Ansatzpunkte zur Reform im Sinne einer besseren Finanzierbarkeit und einer systematisch saubereren Behandlung bestehen. Ausgaben- und Einnahmenseite müssen stets parallel betrachtet werden. Dennoch darf auch die Einnahmenseite nicht gänzlich außer Acht gelassen werden.

Literatur

- Busch, S. / Engelhart, R.* (1996), Sozialwissenschaftliche Evaluation des ambulanten Operierens in Tageskliniken, Forschungsbericht für den IKK-Bundesverband Baden-Baden (im Erscheinen).
- Busch, S. / Pfaff, A. B. / Rindsfüßer, C.* (1996), Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen, in: Graue Reihe der Hans-Böckler Stiftung, Düsseldorf.
- Busse, R. / Schwartz, F. W. / Krauth, C.* (1995), Stationäre Leistungen für Sterbende sinken mit dem Alter, Vortrag bei der Tagung Public Health in Deutschland, Kongreß der Forschungsverbände, Dresden, 5.-7. Oktober 1995.
- Deutscher Bundestag* (Hrsg.) (1994), Enquetekommission Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik – Zwischenbericht, BTDr 12 / 7876 Bonn.
- Dinkel, R. H.* (1992), Kohortensterbetafeln für die Geburtsjahrgänge ab 1900 bis 1962 in den beiden Teilen Deutschlands, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 18. Jg., 95-116.
- Dudey, S.* (1993), Vorausschätzungen der Kostenentwicklung in der GKV, Wissenschaftliche Studie für die Enquetekommission „Demographischer Wandel“ beim Deutschen Bundestag.
- Freudenberg, U.* (1995), Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zur rechtlichen Relevanz einer politischen Zielvorgabe, Baden-Baden.
- Hanke, T. / Rudzio, K.* (1996), Schecks für die Perle, *Die Zeit*, 25. Juni 1996, 25.
- Jacobs, K. / Reschke, P.* (1992), Freie Wahl der Krankenkasse, Baden-Baden.
- Jacobs, K. / Reschke, P. / Bohm, S.* (1996), Notwendigkeit und Möglichkeit eines Umbaus der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Konzeptionelle und empirische Analysen in wettbewerblicher Perspektive, IGES-Papier Nr. 96-09, Berlin.
- Müller, W.* (1995), Ausgaben für Gesundheit 1993, *Wirtschaft und Statistik*, 12, 914-922.
- Pfaff, A. B.* (1993), Familienhilfe: Familienlastenausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, *Sozialer Fortschritt* 42. Jg., 12, 302.
- Pfaff, A. B. / Busch, S. / Rindsfüßer, C.* (1994), Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten, Frankfurt / Main.
- Pfaff, A. B. / Pfaff, M.* (1995), Die Familie als Leistungsträger und Leistungsempfänger im Gesundheitswesen, in: G. Kleinhenz, (Hrsg.), Soziale Ausgestaltung der Marktwirtschaft. Die Vervollkommnung einer „Sozialen Marktwirtschaft“ als Daueraufgabe der Ordnungs- und Sozialpolitik, Festschrift zum 65. Geburtstag für Heinz Lampert, Berlin.
- Pfaff, A. B. / Scheja-Strebak, U. / Büscher, H. / Busch, S.* (1988), Verteilungswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung: Umverteilung, Leistungsstrukturen und Bedarfsgerechtigkeit, Gutachten für das Bundesministerium für Arbeit, Bonn.

- Pfaff, M. / Wassener, D. (1992), Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Konzeption und Auswirkungen verschiedener Ausgestaltungsvarianten auf Finanzströme und Beitragssätze, Graue Reihe der Hans Böckler Stiftung, Band 37, Düsseldorf.*
- Robine J.N. / Richie, K. (1991), Healthy Life Expectancy: Evaluation of Global Indicators of Change in Population Health, British Journal of Medicine, 457-460.*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989), Jahresgutachten, Baden-Baden.*
- (1994), Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sachstandsbericht, Bonn.
 - (1995), Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Sondergutachten, Bonn.
- Sommer, B. (1994), Entwicklung der Bevölkerung bis 2040. Ergebnis der 8. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wirtschaft und Statistik, 7, 407-503.*
- Wassener, D. (1995), Das Gesundheits-Strukturgesetz 1993 und die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt a. Main.*