

WSI

Diskussionspapiere

Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem progressiven Beitragssatz

Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dr. Robert Arnold

WSI-Diskussionspapier Nr. 187

Dezember 2013

**Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der
Hans-Böckler-Stiftung , Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf**

In der Reihe „WSI-Diskussionspapiere“ erscheinen in unregelmäßiger Folge Arbeiten aus dem WSI zu aktuellen Vorgängen auf wirtschafts-, sozial- und gesellschaftspolitischem Gebiet. Sie basieren u. a. auf Vorträgen, die Mitglieder des Instituts gehalten haben oder auf gutachterlichen Stellungnahmen, können aber auch Diskussionsbeiträge zu ausgesuchten Einzelthemen sein. Für den Inhalt sind die Autorinnen und Autoren selbst verantwortlich.

Dieses und andere WSI-Diskussionspapiere finden sie als pdf-Datei unter:
www.wsi.de

Gedruckte Einzelexemplare sind zu beziehen über:
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI i.d. HBS), Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf

Dr. Florian Blank
WSI in der Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
florian-blank@boeckler.de

WSI-Diskussionspapiere (Print)
WSI-Diskussionspapiere (Internet)

ISSN 1861-0625
ISSN 1861-0633

WSI

Diskussionspapiere

Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem progressiven Beitragssatz

Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dr. Robert Arnold

WSI-Diskussionspapier Nr. 187

Dezember 2013

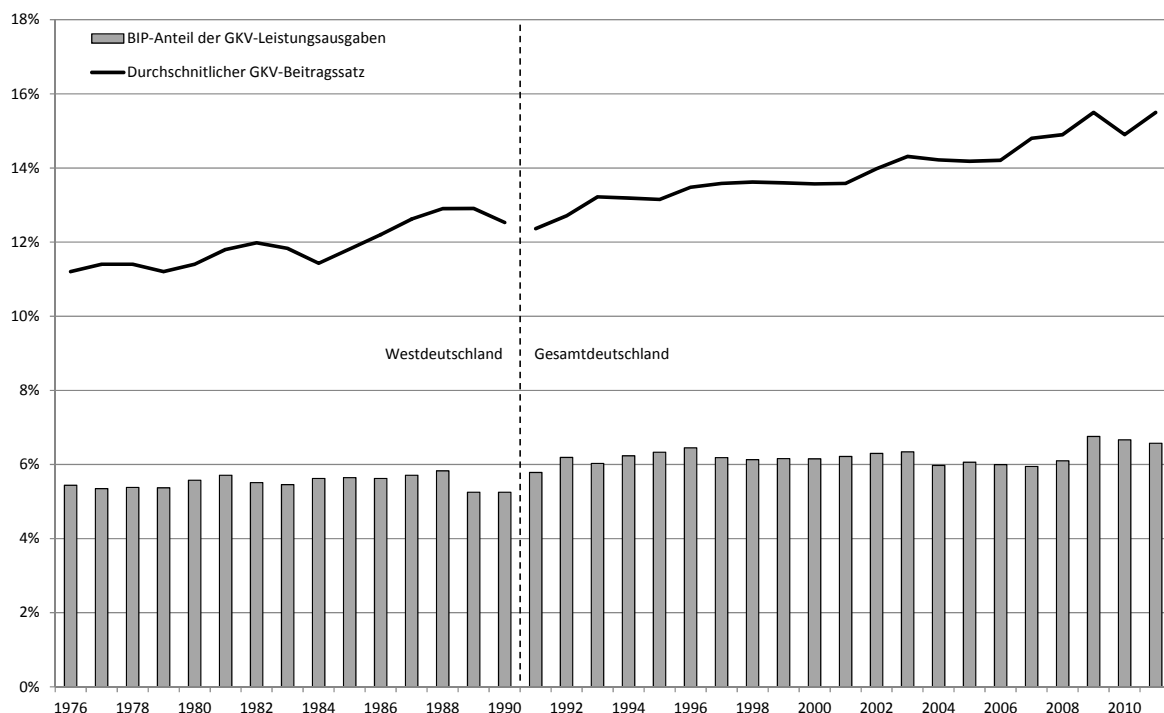
Inhalt

I	Einleitung	2
II	Stand der Forschung und Gutachtauftrag	5
III	Integrierte Krankenversicherung	6
IV	Methodische Vorgehensweise	10
	IV.1 Verwendete Daten	11
	IV.2 Rechenweg zum Beitragssatz	12
V	Fiskalische Effekte eines Progressivtarifs	13
VI	Ausgewählte Verteilungswirkungen	18
	VI.1 Status quo	21
	VI.2 Referenzmodell	25
	VI.3 Progressivtarif – Modell A	31
	VI.4 Progressivtarif – Modell B	35
VII	Fazit	39
VIII	Literatur	41
IX	Technischer Anhang	44
	IX.1 Datengrundlage und Grundgesamtheit der Simulation	44
	IX.2 Hochrechnung des SOEP an die GKV- und PKV-Versicherten in Deutschland	44
	IX.3 Kalibrierung des beitragspflichtigen Entgelts	45
	IX.4 Verwendete Einkommensvariablen	46

I Einleitung

Trotz des mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 vollzogenen Umstieg auf eine Kostendämpfungspolitik in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem seitdem verfolgten Ziel der Beitragssatzstabilität hat sich der durchschnittliche GKV-Beitragssatz von 1976 bis 1990 von 11,2 Beitragssatzpunkten auf 12,5 Beitragssatzpunkte und damit um 12 % des Ausgangswertes erhöht. Der Anteil des BIP, der für GKV-Leistungsausgaben verwendet wurde, ist dagegen weitgehend konstant geblieben und lag 1990 sogar noch unter dem Wert von 1976. Ein ähnliches Bild zeigt sich für das wiedervereinigte Deutschland nach 1991: Der GKV-Beitragssatz ist von 1991 bis 2011 um über 25 Prozent gestiegen, der BIP-Anteil, der für GKV-Leistungsausgaben verwendet wird, dagegen im gleichen Zeitraum nur um etwa halb so viel. Dabei ist der Anstieg dieses BIP-Anteils noch aufgrund der 2009 einsetzenden Finanzkrise überzeichnet, die das BIP-Wachstum verlangsamt hat (bzw. 2009 sogar zu einem BIP-Rückgang geführt hat) und so zu einer erhöhten Quote führt. Wird auf 2008 als letztes Vorkrisenjahr Bezug genommen, liegt das gesamte Wachstum des Anteils des BIP, der für GKV-Leistungsausgaben verwendet wird, seit der Wiedervereinigung bei 5,5 Prozent und weist damit einen praktisch konstanten Wert auf (Abbildung 1).

Abbildung 1: Beitragssatzentwicklung in der GKV im Vergleich zum Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP

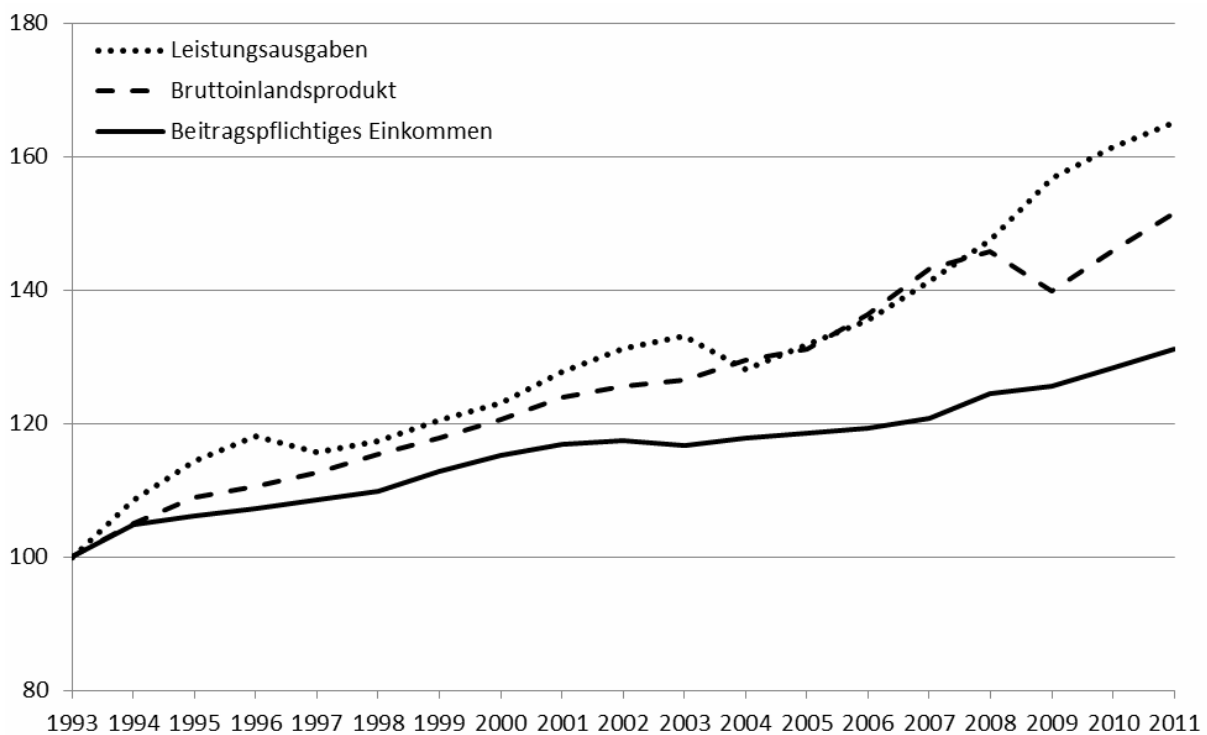


Quelle: Rothgang/Götze 2013: 129, basierend auf Angaben des Statistisches Bundesamtes und des Bundesministeriums für Gesundheit.

Ursache für diese unterschiedlichen Entwicklungen ist die „strukturelle Einnahmeschwäche“ der GKV (vgl. als Beispiel für viele Wille 2010; Reiners 2009), die darin begründet liegt, dass nur ein Teil des Sozialproduktes zur Finanzierung der GKV herangezogen wird, nämlich im Wesentlichen nur die Arbeitseinkommen und die abgeleiteten Lohnersatzleistungen. Einkommen aus Vermietung und Verpachtung und Kapitalerträge werden dagegen nicht zur Finanzierung herangezogen. Eine Verschiebung in der funktionalen Einkommensverteilung zugunsten des Faktors Kapital und zulasten des Faktors Arbeit führt daher dazu, dass sich ein Keil zwischen der Entwicklung des BIP und der „Grundlohnsumme“ als der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen schiebt. Ebenso führt die in den letzten drei Dekaden zu beobachtende Abwanderung gut verdienender Personen aus der GKV in die PKV zu einer Schwächung der Einnahmehasis dieses Zweigs der Sozialversicherung.¹

Das Ergebnis zeigt Abbildung 2:² Während die Leistungsausgaben pro Mitglied im Wesentlichen wie das BIP pro Einwohner wachsen, wächst das beitragspflichtige Einkommen pro GKV-Mitglied deutlich langsamer und verursacht so den steigenden Beitragssatz.

Abbildung 2: Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner und beitragspflichtige Einkommen sowie Leistungsausgaben pro GKV-Mitglied; Index: 1993 = 100



Quelle: Rothgang / Götze 2013: 131, basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes und des Bundesministeriums für Gesundheit.

¹ Lag der Bevölkerungsanteil mit einer substitutiven privaten Krankenversicherung 1976 noch bei 7 % ist er bis 1990 auf 11 % angestiegen. In den neuen Bundesländern wurde die PKV erst nach der Wiedervereinigung eingeführt und ist dann allmählich gestiegen, von 0,9 % im Jahr 1990 auf 4,1 % im Jahr 2000. Für Gesamtdeutschland ist dieser Anteilswert nach der Wiedervereinigung deshalb zunächst auf 8,8% zurückgegangen (1991), dann aber wieder gestiegen, auf 10,6 % im Jahr 2007 (Rothgang et al. 2010c: 150). Ende 2011 hatten dann 10,97 % der Bevölkerung in Deutschland eine private Vollversicherung, so dass der Anteilswert von 1990 wieder erreicht wurde (PKV-Verband 2012: 27).

² Die Zeitreihe beginnt mit dem Jahr 1993, um den Effekt der Wiedervereinigung auszublenden.

Daneben werden auch *Gerechtigkeitsdefizite* der GKV-Finanzierung diskutiert (vgl. Greß/Rothgang 2010). Wie eine „gerechte Finanzierung“ des Gesundheitssystems ausgestaltet sein sollte ist, ist nach wie vor umstritten. So hat die Weltgesundheitsorganisation in ihrem World Health Report 2000 die Forderung nach einem einkommensproportionalen Finanzierungsbeitrag erhoben (WHO 2000; Murray et al. 2003), ist dafür aber auch stark kritisiert worden (Musgrove 2003; Nord 2002; vgl. Härpfer et al. 2009 für einen Überblick). In Deutschland wurde insbesondere darüber diskutiert, ob bzw. in welchem Umfang ex ante-Umverteilung (insbesondere nach Einkommen) Teil der Gesetzlichen Krankenversicherung sein soll (Breyer 2002; Jacobs et al. 2003; Rothgang et al. 2005). Gerechtigkeitsdefizite lassen sich aber auch festmachen, wenn das Selbstverständnis der GKV zugrunde gelegt wird. Diesem Selbstverständnis nach, ist die GKV durch das Solidarprinzip gekennzeichnet (vgl. Döhler 1994), das eine Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip und eine Leistungsgewährung nach dem Bedarfsprinzip miteinander verbindet. Dabei postuliert das der Einkommensteuertheorie entstammende Leistungsfähigkeitsprinzip, dass Haushalte mit gleicher Leistungsfähigkeit, also gleichem (äquivalenzgewichteten) Einkommen, gleich belastet werden sollen (horizontale Gerechtigkeit), Haushalte mit höherer Leistungsfähigkeit und damit höherem Einkommen aber in stärkerem Ausmaß zur Finanzierung herangezogen werden sollen (vertikale Gerechtigkeit) (Wasem/Greß 2002).³

Beide Gerechtigkeitsgrundsätze werden in der aktuellen GKV-Finanzierung aber verletzt: Die Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze verletzt das Prinzip der *vertikalen Gerechtigkeit*, da Einkommen oberhalb dieser Grenze nicht verarbeitet wird. Dieser Verstoß wird zwar durch jede Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze abgemildert, kann aber nur aufgehoben werden, wenn die Beitragsbemessungsgrenze in ihrer derzeitigen Form abgeschafft wird. Dies wäre auch gegeben, wenn oberhalb dieser Grenze dann nur noch ein verringerter Beitragssatz (Solidarbeitrag) erhoben würde.⁴ Das Prinzip der *horizontalen Gerechtigkeit* wird in zweifacher Hinsicht verletzt. Zum einen sind bei Pflichtversicherten nur die Arbeitseinkommen und die Lohnersatzleistungen (insbesondere Renten und Arbeitslosengeld), nicht aber andere Einkommensarten wie Einkommen aus Vermietung und Verpachtung oder Einkommen aus Vermögen beitragspflichtig. Dies führt dazu, dass Haushalte mit gleichem (äquivalenzgewichteten) Einkommen je nach relativem Gewicht der verschiedenen Einkommensarten in unterschiedlichem Ausmaß zur Beitragszahlung herangezogen werden. Zum anderen kann es zu einer ähnlichen Ungleichbehandlung in Abhängigkeit davon, wie die beitragspflichtigen Einkommen im Haushalt auf die Haushaltsmitglieder verteilt sind, kommen. Liegt das Haushaltseinkommen insgesamt oberhalb der einfachen Beitragsbemessungsgrenze, unterscheidet sich die Beitragspflicht – bei gleichem Haushaltseinkommen – nämlich danach, wie sich dies auf die beiden Ehepartner verteilt (Dräther/Rothgang 2004). Im Extremfall ist das beitragspflichtige Einkommen einer Einverdienerehe dann – bei gleichem Haushaltseinkommen – nur halb so hoch wie das einer Zweiverdienerehe, obwohl beide Paare das gleiche Haushaltseinkommen aufweisen. Eine „gerechte“ Finanzierungsreform sollte diese Ungerechtigkeiten soweit wie möglich beseitigen oder zumindest reduzieren.

Als Beitrag zur Lösung sowohl des Finanzierungs- als auch des Gerechtigkeitsproblems wird u. a. von der DGB-Reformkommission „Für ein Solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ insbesondere die Einführung einer integrierten Krankenversicherung für die gesamte

³ Das aus dem Leistungsfähigkeitsprinzips abgeleitete Prinzip der vertikalen Gerechtigkeit erlaubt dabei für sich genommen noch keine Aussagen darüber, ob die Abgaben progressiv, proportional oder regressiv zunehmen sollen. Die Forderung nach einem progressiven Abgabentarif, der in der Einkommensbesteuerung weit verbreitet ist, ist somit ein zusätzliches Werturteil, das nicht unmittelbar aus dem Leistungsfähigkeitsprinzip abgeleitet werden kann.

⁴ Entsprechende Berechnungen wurden von Rothgang/Arnold (2011) vorgelegt.

Bevölkerung unter Verbeitragung aller Einkommensarten diskutiert („*Bürgerversicherung*“) (Reformkommission 2010). Diskutiert wird gleichzeitig aber auch, inwieweit eine stärkere *Steuerfinanzierung* zur Lösung beitragen kann. Positiv an einer Steuerfinanzierung wird dabei hervorgehoben, dass Steuern nicht nur die derzeit in der GKV erfassten Personen betreffen, sondern auch die privat Versicherten, und dass eine Finanzierung über die Einkommenssteuer progressiv wirkt. Negativ ist allerdings, dass die Kopplung von Finanzierungsbeitrag und Leistungsanspruch bei einer Steuerfinanzierung komplett entfällt und fraglich ist, wie stabil Steuerzuschüsse zu einer Krankenversicherung sind („Finanzierung nach Kassenlage“).

Eine Möglichkeit, die Vorteile der Steuerfinanzierung in die GKV-Finanzierung einzubeziehen, ohne zugleich ihre Nachteile in Kauf nehmen zu müssen, besteht darin, den Beitragstarif der Krankenversicherung in Richtung Einkommensteuertarif anzupassen und hierzu die Beitragsbemessungsgrenze zu modifizieren und einen progressiven Beitragssatz vorzusehen (Greß/Rothgang 2010).⁵

Allerdings können derartige Vorschläge nur ernsthaft diskutiert werden, wenn Berechnungen darüber vorliegen, welche finanziellen Auswirkungen und Verteilungswirkungen mit derartigen Vorschlägen verbunden sind. Hierzu soll das vorliegende Gutachten einen Beitrag leisten.

Dazu ist es zunächst notwendig, die Forschungsdesiderate zu identifizieren und vor diesem Hintergrund den Gutachtauftrag zu beschreiben (Abschnitt II). In Abschnitt III wird die untersuchte Integrierte Krankenversicherung beschrieben, Abschnitt IV erläutert die verwendeten Daten und Methoden. In Abschnitt V werden dann die finanziellen Wirkungen verschiedener Setzungen für den Beitragstarif betrachtet, um die Parameterkonstellationen auszuwählen, für die in Abschnitt VI ausgewählte Ergebnisse der Verteilungsanalysen präsentiert werden. Abschnitt VII fasst die zentralen Ergebnisse des Gutachtens noch einmal zusammen.

II Stand der Forschung und Gutachtauftrag

Eine Option, die Gerechtigkeit der GKV-Finanzierung im o. g. Sinn zu verbessern und zugleich die Nachhaltigkeit der Finanzierung zu fördern, besteht im Konzept der Bürgerversicherung, die in verschiedenen Varianten vorgeschlagen wird (vgl. z. B. Nachhaltigkeitskommission 2003; Engelen-Kefer 2004; Strengmann-Kuhn 2005; Spies 2006; DGB-Reformkommission 2010).⁶

Von entscheidender Bedeutung für die Beurteilung möglicher Varianten sind deren fiskalischen Effekte und Verteilungswirkungen. Entsprechende Berechnungen zu den fiskalischen Effekten einer Bürgerversicherung sind bereits 2004 in einem IGES-Gutachten (Sehlen et al. 2004) vorgelegt worden. Weitere Berechnungen des IGES-Instituts für die Hans-Böckler-Stiftung wurden 2006 veröffentlicht (Albrecht et al. 2006). Auch der Abschlussbericht der so genannten Rürup-Kommission (Nachhaltigkeitskommission 2003) enthält diesbezügliche Zahlen. Diese Berechnungen beruhen allerdings alle auf Daten vom Anfang des Jahrhunderts und sind damit zu alt, um damit aktuelle Politikempfehlungen zu begründen. Aktuellere Berechnungen zur den fiskalischen Effekten und zu Verteilungswirkungen haben Rothgang et al. (2010a und 2010b) vorgelegt. Die Verteilungswirkungen werden dabei für insgesamt 8, die

⁵ Aus ähnlichen Erwägungen wurde von der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen bezogen auf die gesamten Sozialabgaben bereits 2006 ein sogenanntes „Progressivmodell“ vorgeschlagen, das progressive Beitragssätze vorsieht (Bundestags-Drucksache 16/446). Der Ansatz wurde dann aber nicht weiter verfolgt.

⁶ Auf die Bürgerversicherungskonzepte der politischen Parteien soll hier nicht eingegangen werden. Vgl. hierzu auch die Synopse im Dossier Bürgerversicherung unter <http://www.dgb.de/themen/++co++57bf4a7c-226d-11e1-6a12-00188b4dc422/@/@dossier.html>.

finanziellen Effekte für 720 Varianten angegeben. Diese Varianten ergeben sich, wenn verschiedene Ausprägungen der Kernelemente

- Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in eine integrierte Krankenversicherung,
- Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht zu dieser integrierten Krankenversicherung und
- Anhebung/Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze

und weitere Elemente miteinander kombiniert werden.

Nicht enthalten sind in diesem Gutachten aber insbesondere alle Varianten eines zusätzlichen Solidarbeitrags oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze und von progressiven Beitragsverläufen bis zur Beitragsbemessungsgrenze wie sie u. a. von Greß/Rothgang (2010) vorgeschlagen wurden. Die fiskalischen Auswirkungen und die Verteilungswirkungen verschiedener Varianten eines zusätzlichen Solidarbeitrags oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze wurden inzwischen von Rothgang/Arnold (2011) berechnet.

Weiterhin fehlt hingegen die Analyse progressiver Beitragstarife. Aus dieser Forschungslücke ergibt sich das zentrale Ziel dieses Gutachtens: die Untersuchung fiskalischer Effekte und ausgesuchte Verteilungswirkungen einer integrierten Krankenversicherung mit modifizierter Beitragsbemessungsgrenze und einem *progressiven Beitragstarif*.

III Integrierte Krankenversicherung

In diesem Gutachten werden folglich zwei Effekte kombiniert und mit dem Status quo verglichen: Zum einen wird eine integrierte Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung mit Beitragspflicht für alle Einkommensarten bis zu einer erhöhten Beitragsbemessungsgrenze simuliert („Bürgerversicherung“)⁷ und zum zweiten wird ein progressiver Beitragstarif modelliert („Progressivtarif“), der bis zur Beitragsbemessungsgrenze progressiv verläuft, danach aber den Beitragssatz kontinuierlich abschmilzt und schließlich auf einen geringen proportionalen Beitragssatz absinkt.

Das Grundmodell einer „Bürgerversicherung“ sieht dabei vor, dass

- alle bislang privat versicherten Personen in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen und dabei die derzeitigen Regelungen zur Familienmitversicherung beibehalten werden,
- alle Einkommensarten beitragspflichtig werden (wobei für Einkommen aus Zinsen ein Freibetrag in Höhe von 801 Euro (Höhe des Sparerfreibetrages für 2007) angesetzt wird),
- die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung in Westdeutschland angehoben wird und
- Arbeitnehmer und Arbeitgeber den Krankenversicherungsbeitrag zu gleichen Teilen zahlen (Parität wird wieder hergestellt).

Gegenüber diesem Grundmodell zeichnet sich der „Progressivtarif“ dadurch aus, dass

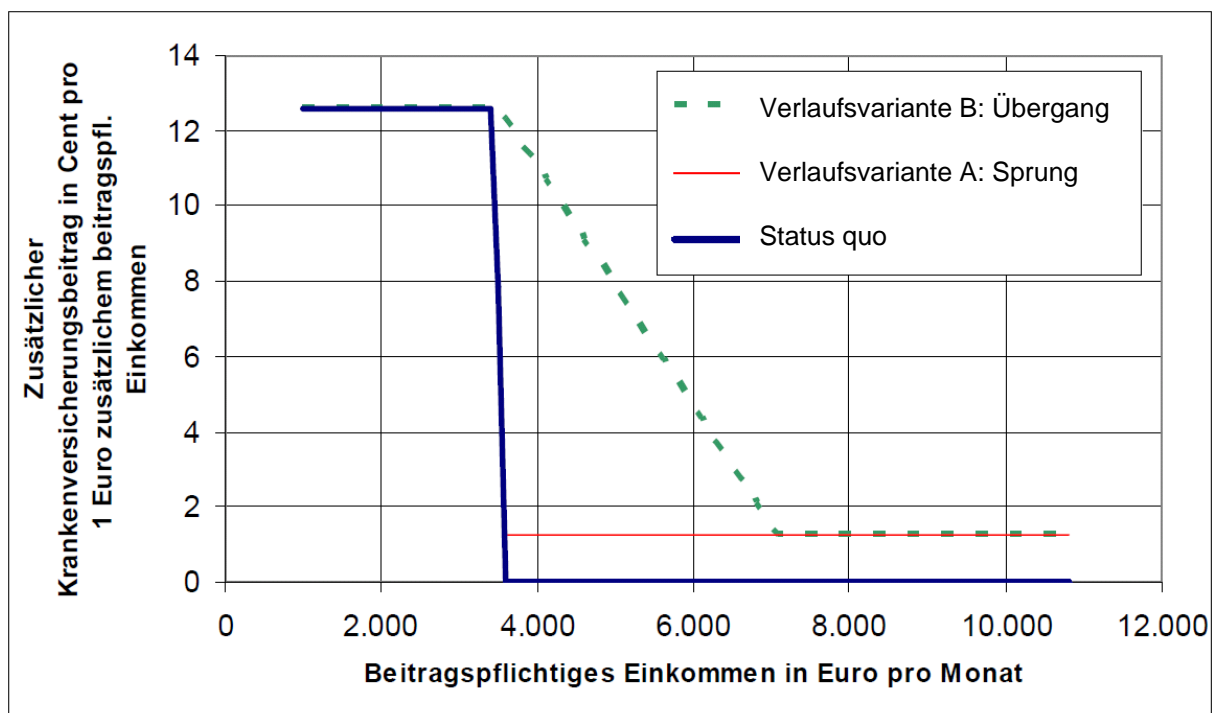
- der Eingangsbeitragssatz abgesenkt wird,

⁷ In Rothgang et al. 2010b werden verschiedene Setzungen für die Stellschrauben miteinander kombiniert, so dass sich der fiskalische Effekt für insgesamt 720 Varianten einer Bürgerversicherung ablesen lässt.

- der Beitragssatz dann linear-progressiv bis zur Beitragsbemessungsgrenze steigt und
- oberhalb der „Beitragsbemessungsgrundlage“ in einem Einkommensbereich bis zur doppelten Beitragsbemessungsgrenze linear fällt und ab der doppelten Beitragsbemessungsgrenze auf einem niedrigeren Beitragssatz verharret.

Oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze könnte – wie im Status quo – alternativ ein marginaler Beitragssatz von null angesetzt werden. Damit ist aber das Postulat der vertikalen Gerechtigkeit verletzt. Andererseits ist eine volle Beitragspflicht für das gesamte Einkommen – wöglichlich mit einem progressiven Verlauf – aber kaum mit dem Versicherungsprinzip vereinbar. Die gesetzliche Krankenversicherung als Sozialversicherung ist aber durch die Mischung des Umverteilungsgedankens und des Versicherungsprinzips gekennzeichnet. Eine Versöhnung beider Prinzipien ist denkbar, wenn der Charakter der Beitragsbemessungsgrenze verändert wird und diese als die Grenze konzipiert wird, an der der progressive Beitragstarif endet und auf einen regressiven Tarifverlauf wechselt („Beitragssatzbegrenzungsgrenze“). Wird der „Solidarbeitragssatz“ in einem Bereich von 1-2 % festgelegt, geht er im Ergebnis nicht über die Belastung hinaus, die in den Kopfprämienmodellen für die hohen Einkommen – zur Finanzierung des Sozialausgleichs – vorgesehen sind. Dadurch, dass der Marginalbeitrag größer als null ist, wird die Regressivität der GKV-Beitragsbelastung für hohe Einkommen verringert und der Verstoß gegen das Gebot der vertikalen Gerechtigkeit aufgehoben. Dem folgend wird im Weiteren mit einem derartigen „Solidarbeitrag“ oberhalb der „Beitragsbemessungsgrenze“ gerechnet (vgl. hierzu auch Rothgang/Arnold 2011).

Abbildung 3: Krankenversicherungsbeitrag: Grenzbelastung

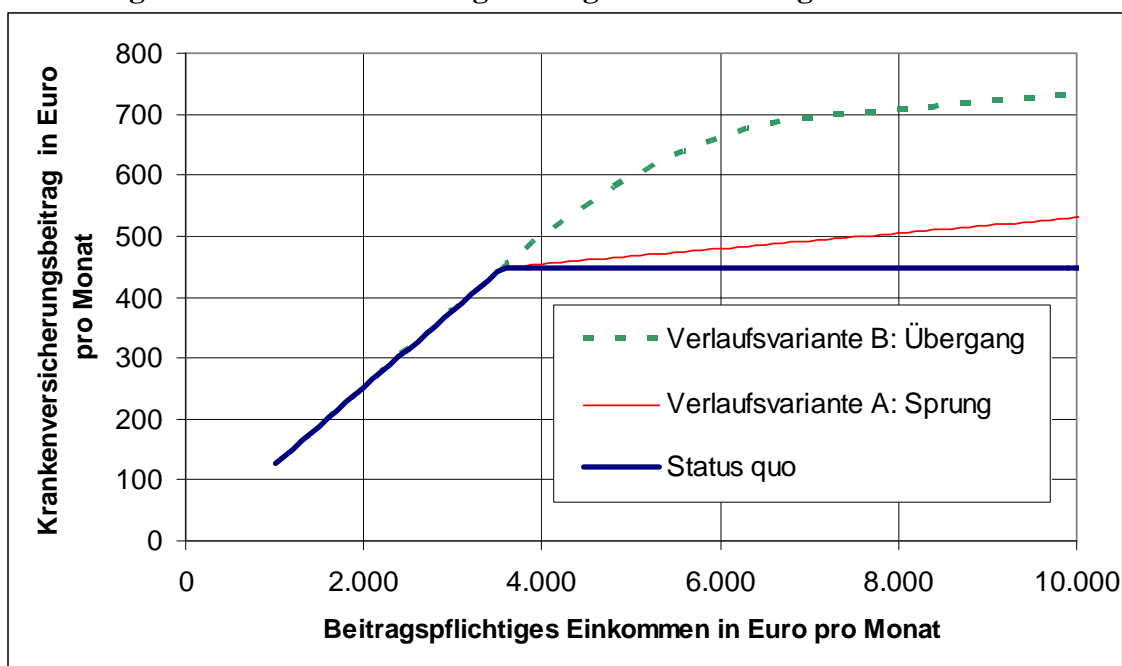


Quelle: Rothgang/Arnold 2011: 10.

Der Übergang vom „normalen“ zum „Solidarbeitragssatz“ kann sprunghaft erfolgen („Sprungvariante“) oder graduell („Übergangsvariante“). In Abbildung 3 sieht die Verlaufsvariante A: „Sprung“ vor, dass die Grenzbelastung ab der Beitragssatzbegrenzungsgrenze nicht auf null sinkt, sondern auf die Höhe des Solidarbeitragssatzes (je nach Variante 10 %

bzw. 20 % des allgemeinen Beitragssatzes; hier: 10 %). Dieser Grenzbelastungsverlauf ist als dünne (rote) Kurve zu sehen und der sich daraus ergebende Krankenversicherungsbeitrag als gleichfarbigen Kurve in Abbildung 4. Bei der Beitragslast (Abbildung 4) hat die durch die dünne (rote) Kurve dargestellte Variante A bei der Beitragssatzbegrenzungsgrenze einen Knick, ab dem der Beitrag zur Krankenversicherung langsamer ansteigt als bei niedrigerem Einkommen. Dieser Knick wird durch die Verlaufsvariante B „Übergang“ vermieden: Die gestrichelte (grüne) Kurve in Abbildung 4 steigt stetig und ohne Knick. Abbildung 3 zeigt dementsprechend einen langsamen Übergang vom allgemeinen Beitragssatz zum Solidarbeitragssatz. Ab der Beitragssatzbegrenzungsgrenze sinkt die Grenzbelastung linear, bis sie ab der doppelten Beitragssatzbegrenzungsgrenze genauso groß ist wie der Solidarbeitragssatz.

Abbildung 4: Krankenversicherungsbeitrag: Absolutbetrag



Quelle: Rothgang/Arnold 2011: 11.

Wie Rothgang/Arnold (2011: 14ff.) gezeigt haben, ist die fiskalische Ergiebigkeit der Verlaufsvariante mit bestehender Beitragsbemessungsgrenze genauso groß wie die der Sprungvariante mit einer auf das Niveau der Rentenversicherung angehobenen Beitragsbemessungsgrenze.⁸ Jeweils beläuft sich die Beitragssatzentlastung auf 2,2 Beitragssatzpunkte. Im Folgenden wird daher die Verlaufsvariante „Übergang“ zugrunde gelegt.

Die bisherigen Überlegungen werden nun um einen progressiven Verlauf des Krankenversicherungsbeitrags erweitert. Für die Prüfung eines solchen Progressivmodells sprechen einige gewichtige Gründe, die bei von Greß/Rothgang (2010) im Detail diskutiert werden. Mit der Absenkung des Eingangsbeitragssatzes zur GKV im Progressivmodell werden die negativen Arbeitsanreize der derzeitigen Finanzierung verringert. So wird allgemein beklagt, dass von der derzeitigen Gestaltung der Sozialversicherungsbeiträge negative Arbeitsanreize in Bezug auf sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse ausgehen. Bereits ab einem monatlichen Einkommen von 800 Euro wird der volle Beitragssatz erhoben, so dass sich allein für den Arbeitnehmeranteil eine Grenzbelastung von derzeit 8,2 % ergibt, die

⁸ Hierbei wurde die 2011 geltende Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 5.500 Euro zugrunde gelegt.

gleichzeitig aber auch die Durchschnittsbelastung ist. Wird zutreffenderweise davon ausgegangen, dass auch der Arbeitgeberanteil ein einbehaltener Lohnbestandteil ist, beträgt die Belastung sogar 15,5 % (bezogen auf das Arbeitnehmerbrutto) bzw. 13 % (bezogen auf das Arbeitgeberbrutto).⁹ Im Einkommenssteuerrecht liegt der Eingangssteuersatz dagegen bei 14 %. Aufgrund des Steuerfreibetrags ergibt sich bei einem zu versteuernden jährlichen Einkommen von 10.000 Euro dann allerdings ein Durchschnittssteuersatz von unter 3 %. Es sind somit die Sozialabgaben, die die niedrigen Einkommen in erster Linie belasten und damit die negativen Arbeitsanreize auslösen. Durch Einführung eines linear-progressiven Tarifs bis zur Beitragssatzbegrenzungsgrenze würde der Beitragstarifverlauf an den Einkommensteuertarif angenähert. Der Vorteil gegenüber einer (Teil)Umstellung auf eine (Einkommens)Steuerfinanzierung besteht darin, dass es sich nach wie vor um zweckgebundene Beiträge handelt, so dass die Gefahren einer schwankenden Finanzierungsbasis, die mit einer Steuerfinanzierung verbunden sind (vgl. Greß/Rothgang 2011: 21), vermieden werden. Ein solch progressiver Tarif bietet – bei entsprechender Ausgestaltung – zudem die Chance, die bisherigen Sonderregelungen für Minijobs und die „Gleitzone“, die deutliche Anreize zur Umwandlung von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen in geringfügig Beschäftigung beinhalten, aufzuheben.

Der Beitragstarif wäre dabei – wie der derzeitige Beitragssatz im Gesundheitsfonds – bundesweit festzulegen. Soll der Kassenwettbewerb funktionieren, benötigen die Kassen nach allen bislang gemachten Erfahrungen aber einen differenzierten Beitrag als Wettbewerbsparameter. Im derzeitigen System wird diese Beitragsdifferenzierung durch den Zusatzbeitrag gewährleistet. Bei dem hier vorgeschlagenen System könnte er durch einen *kassenindividuellen Hebesatz* auf den bundeseinheitlichen Tarif, analog etwa zum kommunalen Hebesatz auf die Grundsteuer und auf die Gewerbesteuer, ersetzt werden. Dieser Hebesatz wirkt als Faktor mit dem die Beiträge multipliziert werden, die sich nach dem bundeseinheitlichen Tarif ergeben. Ein solcher Faktor ist leicht verständlich und schafft daher Transparenz für die Versicherten.

Wegen des progressiven Beitragstarifes können die Arbeitgeberbeiträge nicht mehr auf den einzelnen Beschäftigten bezogen werden, ohne Anreize zu schaffen, Arbeitsplätze aufzusplitten, um in niedrigere Tarifzonen zu gelangen. Daher muss der *Arbeitgeberanteil* in Bezug auf die beitragspflichtige Lohnsumme erhoben werden, die sich als Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen der Beschäftigten eines Unternehmens ergibt. Auf diese Lohnsumme ist dann ein bundeseinheitlicher Beitragssatz anzuwenden. Der Beitragssatz kann dabei so berechnet werden, dass die Parität zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen gewahrt bleibt. Eine derartige Parität bei differenzierten Beitragssätzen ist auch Teil des aktuellen SPD-Bürgerversicherungskonzepts (SPD 2011).

Durch die Einführung eines progressiven Beitragstarifs und den Solidarbeitrag oberhalb der Beitragssatzbegrenzungsgrenze wird die intendierte vertikale Umverteilung nach Einkommen grundsätzlich verstärkt. Da die derzeitige Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland immer noch insgesamt regressiv ist (Härpfer et al. 2009), ist eine solche Stärkung der vertikalen Umverteilung selbst dann wünschenswert, wenn auch nur eine insgesamt proportionale Abgabenbelastung für Finanzierungsbeiträge zum Gesundheitssystem angestrebt wird.¹⁰ Der Kassenwettbewerb wird gegenüber dem Status quo insofern gestärkt, als die Kas-

⁹ Dieser Wert ergibt sich, wenn davon ausgegangen wird, dass einem Arbeitnehmerbrutto von 100 Geldeinheiten ein Arbeitgeberbrutto von rund 120 gegenübersteht, das sich durch Addition der gesamten Arbeitgeberbeiträge aller Sozialversicherungszweige zum Arbeitnehmerbrutto ergibt. Bezogen auf diese Entlohnung von 120 Geldeinheiten beläuft sich die Belastung dann auf $15,5/120 = 12,9\%$.

¹⁰ So etwa die WHO (2000) in ihrem World Health Report 2000.

sen mit dem kassenindividuellen Hebesatz wieder selbst über ihren Beitragssatz bestimmen können. Zwar können sie derzeit einen kassenindividuellen pauschalen Zusatzbeitrag erheben, jedoch wurde diese Option bei Einführung des Gesundheitsfonds als Ausdruck von ineffizientem Kassenhandeln thematisiert und damit diskreditiert, so dass Kassen von Anfang an erhebliche Anstrengungen unternommen haben, um einen derartigen Zusatzbeitrag zu vermeiden.

Um einen Progressivtarif abschließend beurteilen zu können, sind allerdings Modellrechnungen notwendig, um zu ermitteln, wie ein aufkommensneutraler Beitragstarif mit entsprechendem Eingangs- und Höchstbeitragssatz sowie Beitragssatzbegrenzungsgrenze und Solidarbeitragssatz aussehen könnte. Für die „richtige“ Höhe der Beitragsbemessungsgrenze/Beitragssatzbegrenzungsgrenze gibt es dabei keinen wissenschaftlich ableitbaren Wert. Da durch die Absenkung der Beitragssätze für niedrigere Einkommen aber Einnahmeausfälle entstehen, bietet es sich an, diese Grenze so zu wählen, dass der „Spitzenbeitragssatz“ nicht zu groß wird. Bei gegebener Beitragssatzbegrenzungsgrenze und Solidarbeitragssatz hängen die unmittelbaren Auswirkungen auf die GKV-Einnahmen bei einem linear-progressiven Tarif von der gewählten Kombination vom Eingangs- und Spitzenbeitragssatz ab. Im Folgenden wird dabei eine aufkommensneutrale Ausgestaltung des Beitragstarifs im Vergleich zum Referenzmodell – einem Bürgerversicherungsmodell mit einem Solidarbeitrag – unterstellt. Damit reduziert sich die Frage nach den fiskalischen Effekten auf die Wahl der Kombination von Eingangsbeitragssatz, Spitzenbeitragssatz, Beitragssatzbegrenzungsgrenze und Solidarbeitragssatz (Abschnitt V).

IV Methodische Vorgehensweise

Die Untersuchung umfasst mehrere Schritte. Zunächst muss der Beitragssatz im Grundmodell der Bürgerversicherung ermittelt werden, um vor diesem Hintergrund die Kombination der Parameter für einen Progressivtarif mit Solidarbeitrag zu bestimmen. Für diesen Tarif, von dem nachfolgend zwei Varianten berücksichtigt werden, sollen dann die jeweils resultierenden Verteilungswirkungen ermittelt werden.

Für die Schätzung der Beitragssätze werden beitragspflichtige Einkommen im Status quo und für jede Modellvariante für alle Personen, für die in der verwendeten Bevölkerungsstichprobe genug Daten (insbesondere vollständige Einkommensangaben) vorliegen, berechnet. Aus dem Quotienten der beitragspflichtigen Einnahmen und der Ausgaben ergibt sich der Beitragssatz im Grundmodell der Bürgerversicherung. Dabei liegen die Ausgaben für bereits im Status quo gesetzlich versicherte Personen in entsprechenden Statistiken vor, während die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung für die gegenwärtig privat Versicherten geschätzt werden müssen. Zu diesem Zweck wurden aus den Daten des Risikostrukturausgleiches alters- und geschlechtsspezifische Ausgaben berechnet, die den gegenwärtig Privatversicherten zugeordnet wurden.¹¹ Um die Auswirkungen der Einführung einer Bürgerversicherung auf die Einkommensverteilung zu untersuchen, gibt es im Wesentlichen zwei methodische Ansätze: Zum einen können Simulationsrechnungen durchgeführt werden, bei denen Verteilungswirkungen auf konstruierte Haushalte simuliert werden. Dieser Ansatz wurde 2004 vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) bei seinem Gutachten zur „Grünen Bürgerversicherung“ gewählt (Sehlen et al. 2004). Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass insbesondere die Einkommenssituation für jeden Haushalt per Annahme gesetzt wird und damit

¹¹ Dabei werden noch zusätzliche Einnahmen und Ausgaben berücksichtigt, die nicht aus beitragspflichtigen Einnahmen stammen. Steuereinnahmen bleiben dabei aber unberücksichtigt.

klar definiert ist. So gelingt es, präzise die Effekte für eine bestimmte Haushaltskonstellation zu berechnen. Der Nachteil dieser Vorgehensweise besteht insbesondere darin, dass nicht gesagt werden kann, wie viele Haushalte in der Realität genau diesem Haushaltstyp entsprechen und inwiefern die gesetzte Konstellation typisch ist. Um auch hierzu Informationen bereitstellen zu können, wurde in diesem Gutachten der andere Weg beschritten. Basierend auf bevölkerungsrepräsentativen Mikrodaten wurden die Effekte der Einführung verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung für die gegenwärtig privat und gesetzlich versicherte Bevölkerung errechnet. Der Nachteil dieser Vorgehensweise liegt darin, dass die tatsächliche Einkommenssituation nie ganz vollständig in der Datengrundlage abgebildet ist und vereinzelt Annahmen getroffen werden müssen, z. B. zur individuellen Zuordnung von Einkommen, das in der Datenquelle auf Haushaltsebene erfasst ist. Der große Vorteil liegt darin, dass nicht nur gesagt werden kann, welcher Haushaltstyp in welchem Umfang betroffen ist, sondern auch, wie viele Haushalte sich hinter dem entsprechenden Typ verbergen. Darüber hinaus ermöglicht es der Zugriff über die Mikrodaten auch, die Beitragsvarianz innerhalb einer Einkommensklasse zu erfassen, bzw. zu beobachten, wie sich diese Varianz durch Einführung der Bürgerversicherung verändert.

Nachfolgend wird auf die hierbei verwendeten Daten (Abschnitt IV.1) und Berechnungsansätze (Abschnitt IV.2) eingegangen.

IV.1 Verwendete Daten

Als Datengrundlage für eine derartige Fragestellung kommen in Deutschland nur zwei Datenquellen in Frage: die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes (EVS) und das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). Die EVS ist eine vom Statistischen Bundesamt durchgeführte Haushaltsbefragung. Sie findet alle fünf Jahre statt – 2008 zum zehnten Mal (vgl. Statistisches Bundesamt 2005). Die EVS bietet detaillierte Angaben zu Einkünften und Ausgaben der privaten Haushalte und wäre als Datengrundlage für das Gutachten geeignet. Allerdings waren die Ergebnisse der Erhebung von 2008 zum Zeitpunkt der ersten Berechnungen zu den Auswirkungen einer Bürgerversicherung noch nicht vollständig verfügbar, so dass aktuelle EVS-Daten nicht zur Verfügung standen. Stattdessen wurde mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) gerechnet. Da die Berechnungen zum Progressivtarif auf den vorliegenden Berechnungen zu anderen Elementen der Bürgerversicherung aufsetzen sollen und zudem die Anschlussfähigkeit an die Berechnungen zu den Effekten eines Solidarbeitragssatzes oberhalb der derzeitigen Beitragsmessungsgrenze (BBG) gewahrt sein soll (Rothgang/Arnold 2011), wird auch nachfolgend weiter auf das Sozio-oekonomische Panel als Datenbasis abgestellt.

Das SOEP wird seit 1984 als jährliche Wiederholungsbefragung (Panel) von anfänglich ca. 12.000 befragten Personen ab 16 Jahren in Privathaushalten durchgeführt (SOEP Group 2001). Nach einer Erweiterung der Stichprobe stehen für die Erhebungsjahre ab 2000 Angaben für mehr als 20.000 Befragte zur Verfügung. Die Berechnungen in diesem Gutachten beziehen sich auf das Jahr 2007, wofür zum Teil Daten aus der Befragung, die 2008 durchgeführt wurde, verwendet wurden. Weitere Informationen zur Datengrundlage sind im Anhang zusammengefasst.

IV.2 Rechenweg zum Beitragssatz

Für das Grundmodell der Bürgerversicherung und den Status quo kann die Berechnung des Beitragssatzes in Tabelle 1 nachvollzogen werden. Der Beitragssatz ergibt sich demnach als Quotient aus den um die Beiträge geringfügig Beschäftigter, der ALG II-Beiträge und der Beiträge Sonstiger reduzierten Ausgaben (Leistungsausgaben zuzüglich Verwaltungsausgaben und sonstiger Ausgaben) und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen.

Tabelle 1: Berechnung des Beitragssatzes des Status quo und des Grundmodells

Ausgaben und Beiträge in Mrd. Euro/Jahr	Status quo	Grundmodell (Bürgerversicherung)	Differenz ¹⁾
Beitragssatz =	14,8%	12,6%	-2,2
(Leistungsausgaben	144,429	159,328	+14,899
+Ausgaben Verwaltung	8,180	9,024	+0,844
+Ausgaben Sonstige	1,270	1,401	0,131
-Beitrag geringfügig Beschäftigter	2,450	2,450	0
-Beitrag ALG II	4,479	4,479	0
-Beitrag Sonstige)	5,712	5,712	0
/ Beitragspflichtiges Einkommen	954,664	1243,576	+288,912

¹⁾ Abweichungen können aufgrund von Rundungen entstehen.

Quelle: SOEP (2007/2008), eigene Berechnungen.

Für den Progressivtarif ist es nicht mehr möglich, den (einheitlichen) Beitragssatz durch Division der zu finanzierenden Ausgaben durch die Grundlohnsumme zu ermitteln. In Abschnitt V werden daher zunächst die Parameter dieses Tarifs bestimmt, der dann auf die Individual-einkommen angewandt wird.

Das in Abschnitt III beschriebene Grundmodell der Bürgerversicherung führt gegenüber dem Status quo zu einer Beitragssatzreduktion von minus 2,2 Beitragssatzpunkten (Rothgang et al. 2010a). Diese Wirkung ergibt sich aus dem Zusammenspiel der verschiedenen „Stellschrauben“, deren Wirkung ebenfalls dem Gutachten zur Bürgerversicherung (Rothgang et al. 2010a: 25) entnommen werden.¹² Demnach ist allein vom Einbezug der privat Versicherten in die GKV ein Effekt von minus 1,2 Beitragssatzpunkten zu erwarten. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der BBG der Rentenversicherung würde allein einen Beitragssatzeffekt von minus 0,5 Beitragssatzpunkten bewirken, deren Aufhebung einen Effekt von minus 0,8 Beitragssatzpunkten. Ein Einbezug anderer Einkommensarten mit Sparerfreibetrag senkt den Beitragssatz um ca. 0,4 Prozentpunkte. Dabei wird in den Berechnungen der volle Beitragssatz auf andere Einkommensarten angewandt. Außerdem wird von jeglichen Übergangsregelungen abgesehen und die Umstellung innerhalb einer „logischen Sekunde“ unterstellt.

Der Progressivtarif ist jetzt so zu berechnen, dass er dieselbe Einnahme generiert wie das Grundmodell, dabei aber die aufgeführten Vorteile in Bezug auf die (vertikale) Verteilungsgerechtigkeit und auf die angesprochenen Arbeitsmarktanreize aufweist.

¹² Aufgrund von Rundungsfehlern, Durchschnittsbildungen und Interaktionseffekten weicht die Summe der ausgewiesenen Einzeleffekte um 0,1 Beitragssatzpunkt von dem Gesamteffekt aller „Stellschrauben“ zusammen ab.

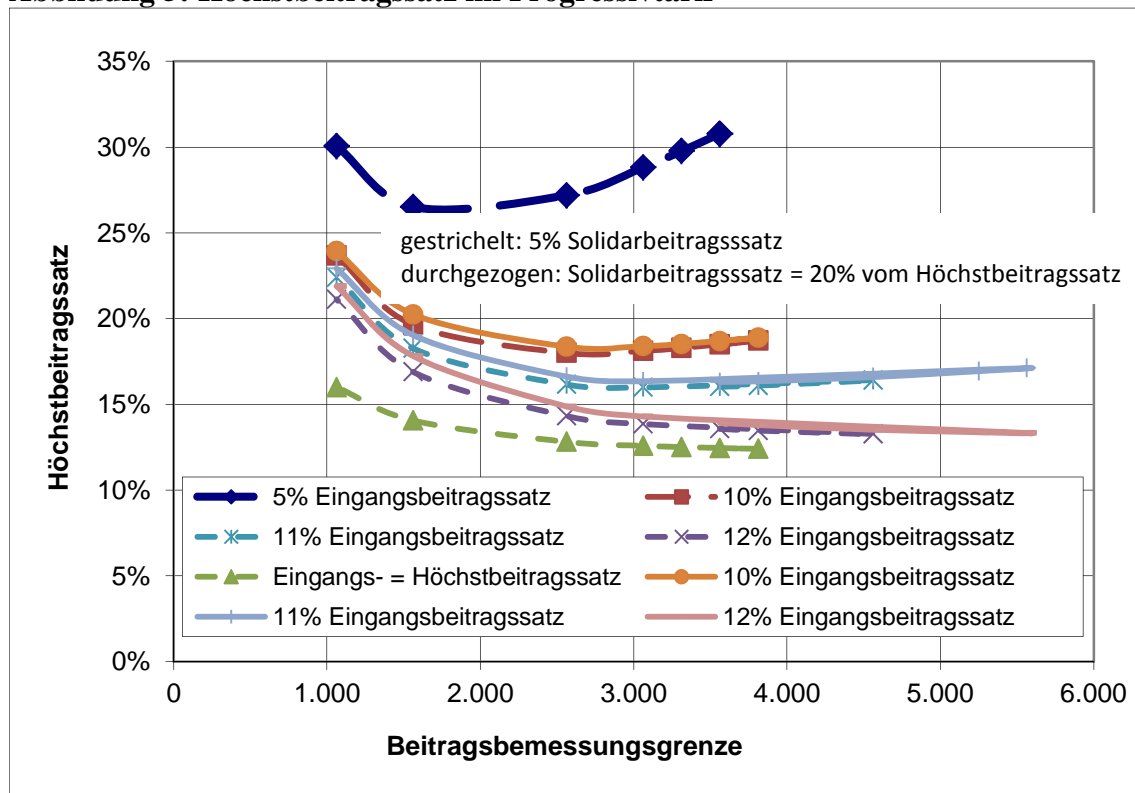
V Fiskalische Effekte eines Progressivtarifs

Um einen zum Grundmodell aufkommensneutralen Tarif zu bestimmen, sind im Progressivtarif folgende vier Parameter festzusetzen:

- Eingangsbeitragssatz,
- Höchstbeitragssatz,
- „Beitragsbemessungsgrenze“ bzw. „Beitragssatzbegrenzungsgrenze“ und
- Solidarbeitragssatz.

Die empirisch ermittelten Zusammenhänge zwischen diesen Größen sind in Abbildung 5 grafisch dargestellt. Dabei wurden für den Solidarbeitragssatz zwei und für den Eingangsbeitragssatz vier Werte gesetzt: Als Solidarbeitragssatz wurden von Rothgang/Arnold (2011) 10 % bzw. 20 % des Beitragssatzes angesetzt. Im Progressivtarif ist der Beitragssatz selbst aber variabel. Der Solidarbeitragssatz wurde daher hier mit 20 % des Höchstbeitragssatzes und – als Sensivitätstest – mit 5 % des Höchstbeitragssatzes angesetzt. Für den Eingangsbeitragssatz wurde zum einen ein sehr niedriger Wert von 5 % untersucht, der die positiven Arbeitsmarkteffekte maximiert, zum anderen Werte im Bereich von 10-12 %, die stärker am Status quo orientiert sind.¹³ Für die drei „realistischen“ Eingangsbeitragssätze von 10 %, 11 % und 12 % wurden beide Solidarbeitragssätze mit den Eingangsbeitragssätzen verknüpft. Für die resultierenden Wertepaare kann in der Abbildung nun die Kombination von „Beitragssatzbegrenzungsgrenze“ und Höchstbeitragssatz abgelesen werden, die notwendig ist, um Ausgabenneutralität zu erreichen.

Abbildung 5: Höchstbeitragssatz im Progressivtarif

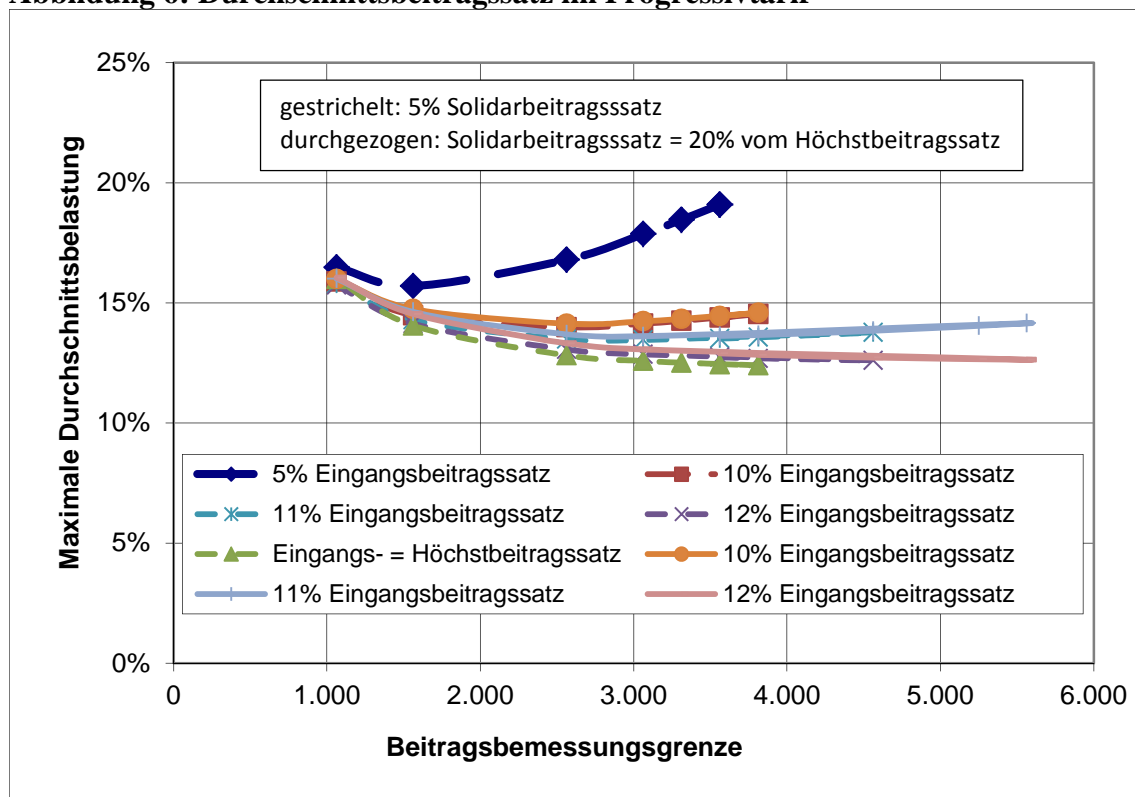


Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels.

¹³ Die Variante „Eingangs- = Höchstbeitragssatz“ bildet den Status quo und dient als Vergleichspunkt.

Wie Abbildung 5 zeigt, führt ein Eingangsbeitragssatz von 5 % – bei jeder Beitragsbemessungsgrenze – zu einer Belastung, die in der Spitze bei über 25 % liegt. Derartige Belastungen sind – auch wenn es sich nur um die Grenz- und nicht um die Durchschnittsbelastung handelt – politisch kaum vermittelbar. Damit zeigt sich aber bereits, dass eine sehr starke Absenkung des Eingangsbeitragssatzes unrealistisch ist. Auch ein Eingangsbeitragssatz von 10 % führt noch zu einer Spitzenbelastung, die – bei jeder Beitragsbemessungsgrenze und unabhängig davon, welche der beiden Solidarbeitragstarife gewählt wurde – oberhalb von 18 % liegt. Für die weitere Analyse wurden daher zwei Varianten mit einem Eingangsbeitragssatz von 10 und 11 % ausgewählt. Diese Eingangsbeitragssätze liegen zwar deutlich unter dem aktuellen Beitragssatz, allerdings nicht mehr so deutlich unter dem Beitragssatz im Grundmodell einer Bürgerversicherung.

Abbildung 6: Durchschnittsbeitragssatz im Progressivtarif



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels.

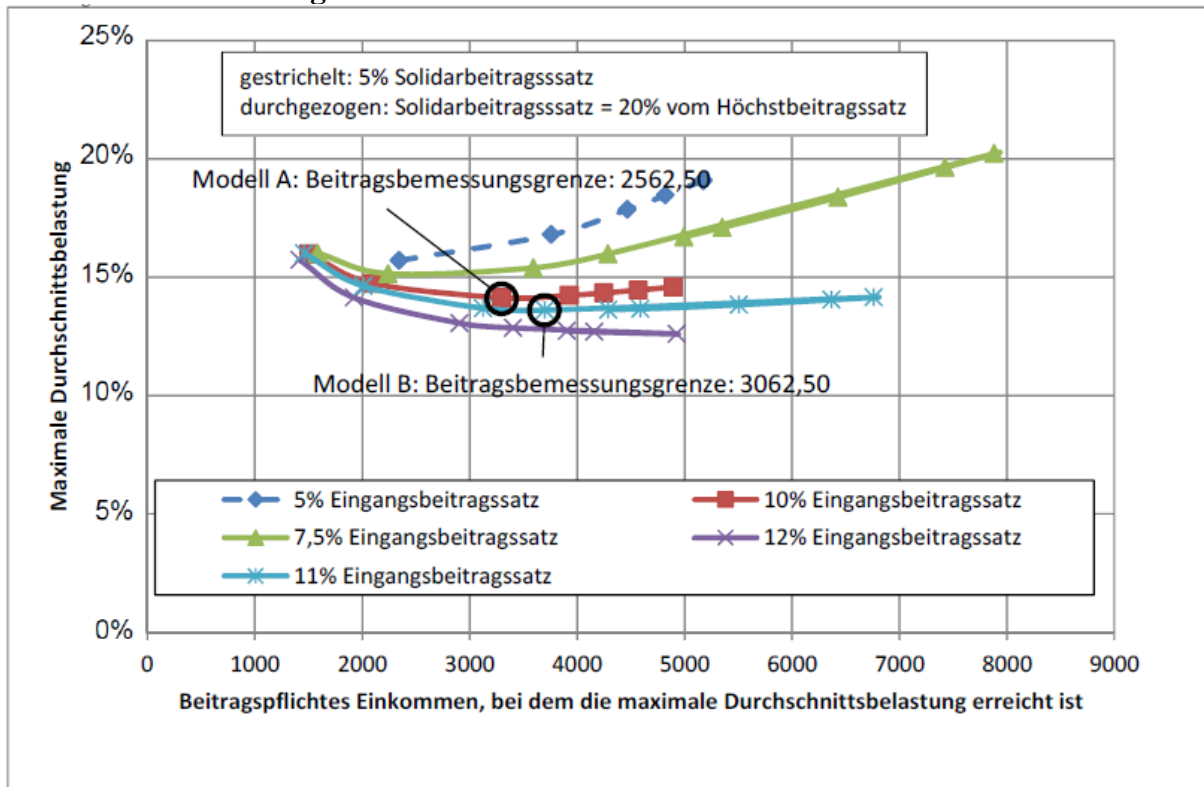
Abbildung 6 zeigt die zugehörige Durchschnittsbelastung, die maximal erreicht werden kann. Bemerkenswert ist, dass diese maximale Durchschnittsbelastung bei eher niedrigen Beitragsbemessungsgrenzen minimiert wird. Eine höhere Beitragsbemessungsgrenze schafft dagegen keine Spielräume, um den Eingangsbeitragssatz weiter abzusenken. Aus diesem Grund wird die Beitragsbemessungsgrenze so festgesetzt, dass sie die maximale Durchschnittsbelastung minimiert, und zwar auf:

- 2.562,50 Euro bei einem Eingangsbeitragssatz von 10 % und
- 3.062,50 Euro bei einem Eingangsbeitragssatz von 11 %.

Dabei ist zu beachten, dass das Maximum der Durchschnittsbelastung bei einem höheren Einkommen als der Beitragssatzbegrenzungsgrenze erreicht wird, da in der „Übergangsvariante“ auch jenseits dieses Beitragssatzes zunächst noch hohe Grenzbelastungen erfolgen. Abbildung

7 zeigt daher das beitragspflichtige Einkommen bei dem das Maximum der Durchschnittsbelastung erreicht wird. Für den Eingangsbeitragssatz von 10 % bzw. 11 % liegt dieses Einkommen jeweils deutlich höher als die Beitragsbemessungsgrenze (oder in neuer Terminologie: „Beitragsatzbegrenzungsgrenze“) und damit schon in der Nähe der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze. Aufgrund der Konstruktion des neuen Tarifs ist dieses Einkommen mit der maximalen Durchschnittsbelastung daher aussagekräftiger, wenn ein Vergleich mit der alten Beitragsbemessungsgrenze angestellt wird.

Abbildung 7: Höhe des beitragspflichtigen Einkommens mit maximaler Durchschnittsbelastung



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels.

Tabelle 2 fasst die zentralen Kenngrößen der beiden Varianten des „Progressivtarifs“ zusammen. Aufgenommen wurde zudem ein „Referenzmodell“. Hierbei handelt es sich um eine Bürgerversicherung mit unveränderter Beitragsbemessungsgrenze, einem Solidarbeitragssatz in Höhe von 20 % des „Normalbeitragssatzes“, der in der Verlaufsvariante ab der doppelten Höhe der Beitragsbemessungsgrundlage erreicht wird. Für diese drei Modelle werden nachstehend die Beitragshöhe (Abbildung 8), der Grenzbeitragssatz (Abbildung 9) und der Durchschnittsbeitragssatz (Abbildung 10) dargestellt.

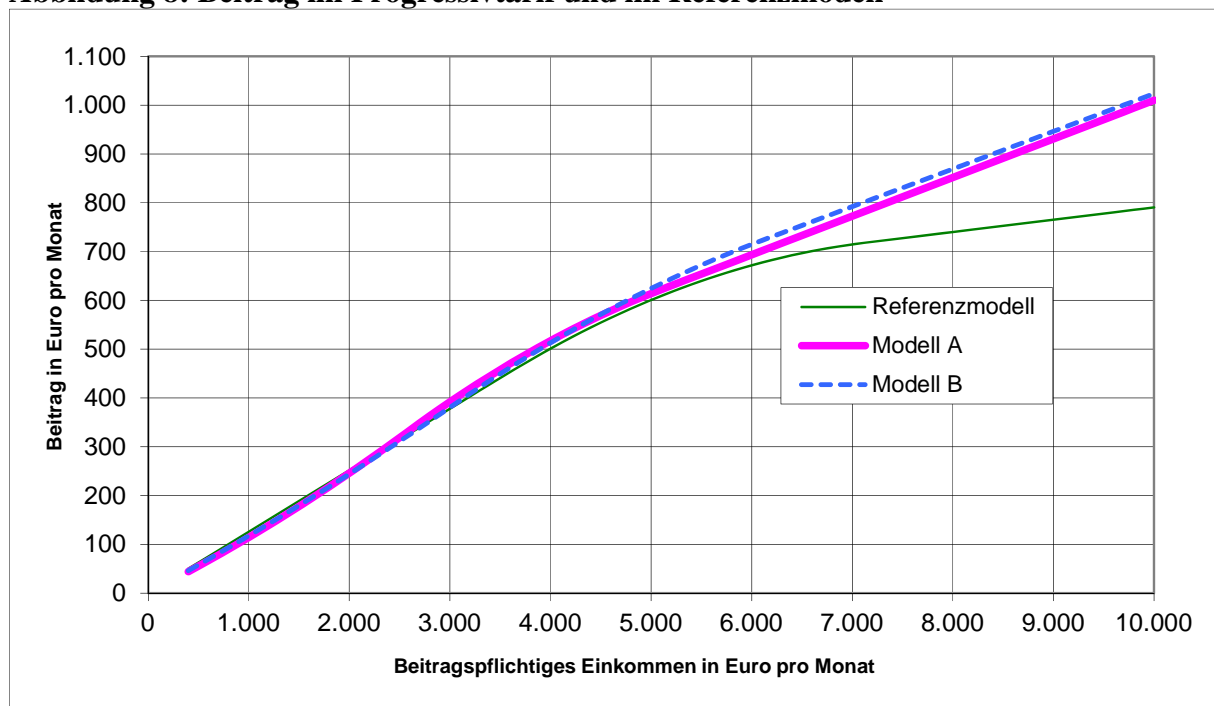
Im Vergleich zu diesem Referenzmodell belasten die beiden Varianten des Progressivtarifs Individuen mit einem beitragspflichtigen monatlichen Einkommen von bis zu gut 2.000 Euro weniger, Individuen mit einem höherem beitragspflichtigen aber deutlich mehr (Abbildung 10). Bei höheren Einkommen führt die unterschiedliche Höhe des Solidarbeitragssatzes dazu, dass die Belastung in den Progressivmodellen deutlich höher liegt als im Referenzmodell. Die Betrachtung des Durchschnittsbeitrags macht dabei deutlich, dass die Belastungsspitzen bei der Grenzbelastung (Abbildung 9) bei der Durchschnittsbelastung (Abbildung 10) wieder aufgefangen werden. Noch deutlicher wird die „Glättung“ des Verlaufs in Abbildung 8, in der

die Abgaben in Euro angegeben sind. Alle drei Verläufe unterschieden sich damit deutlich vom derzeitigen Abgabentarif, bei dem die Beiträge einen scharfen Knick ab der Beitragsbemessungsgrenze aufweisen (vgl. Abbildung 4).

Tabelle 2: Kenngrößen der untersuchten Modelle

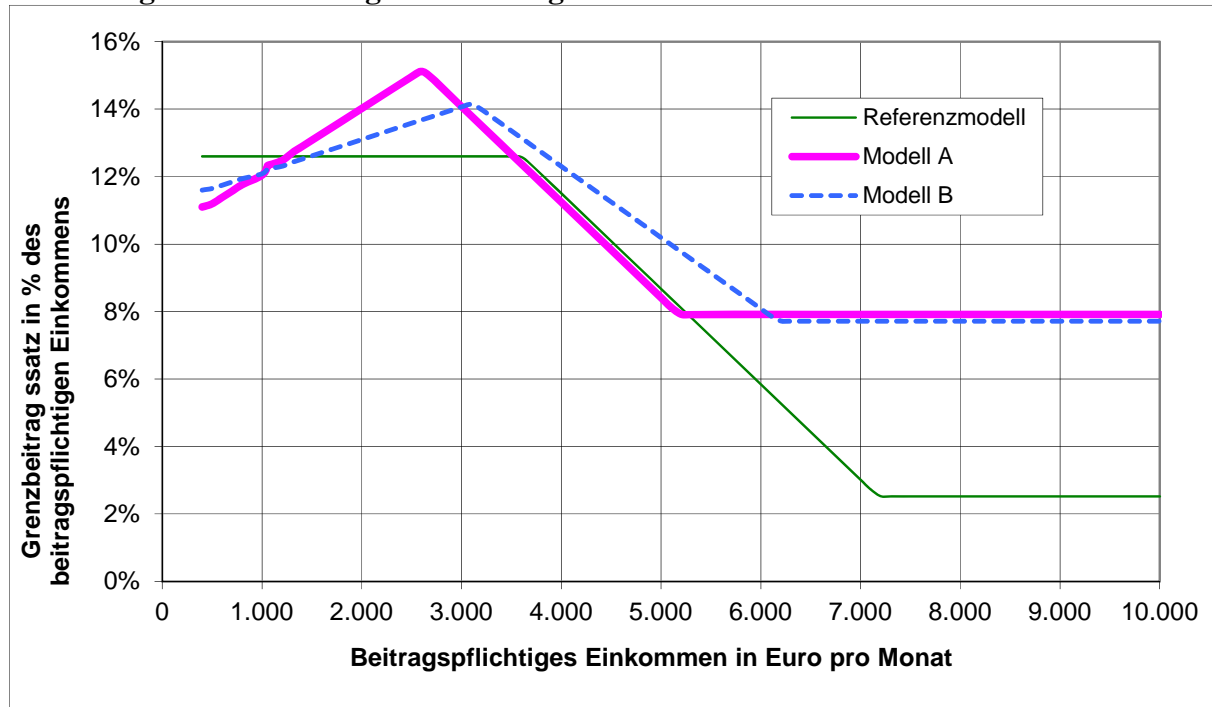
	Referenzmodell	Progressivtarif	
		Modell A	Modell B
Eingangsbeitragssatz	12,6 %	10%	11%
Höchstbeitragssatz (max. Grenzbelastung) = Beitragsbemessungsgrundlage	12,6 % bei 0 – 3563,50 Euro	18,4 % bei 2.562,50 Euro	16,3 % bei 3.062,50 Euro
Maximale Durchschnittsbelastung	12,6 % bei 0 – 3563,50 Euro	14,1 % bei 3.300 Euro	13,6 % bei 3.703 Euro
Solidarbeitragssatz nach Übergang	2,52 %	3,68 %	3,26 %

Abbildung 8: Beitrag im Progressivtarif und im Referenzmodell



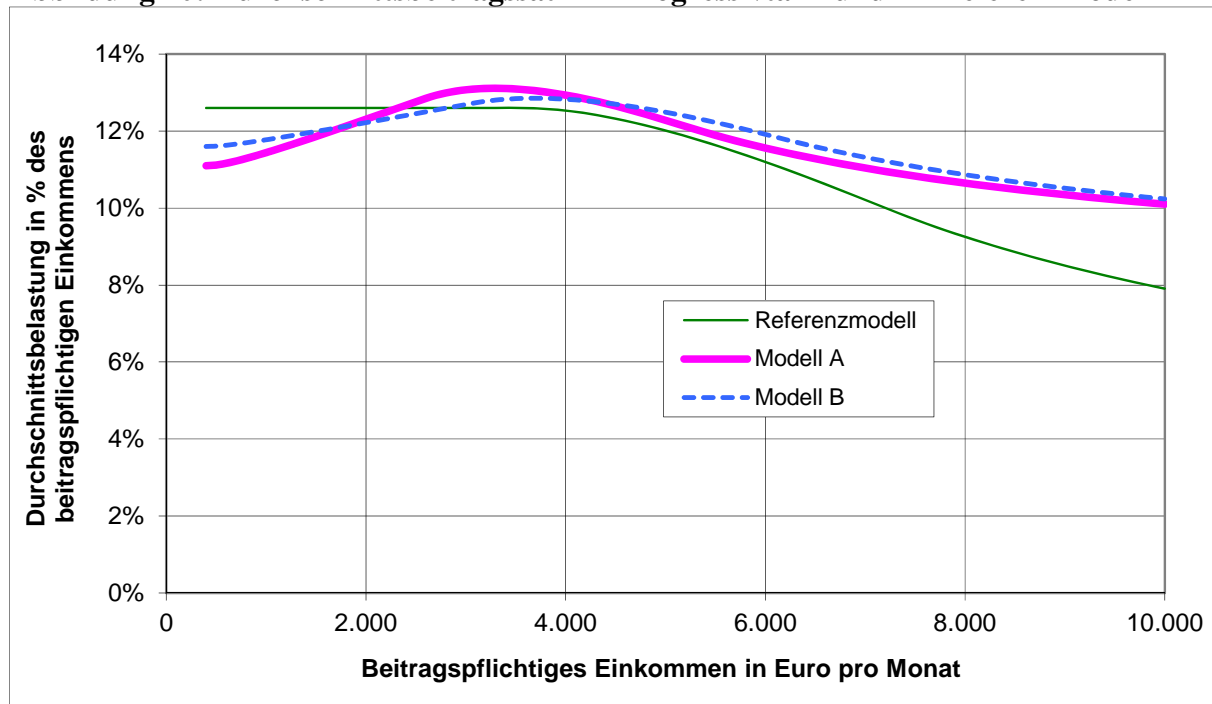
Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels.

Abbildung 9: Grenzbeitragssatz im Progressivtarif und im Referenzmodell



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels.

Abbildung 10: Durchschnittsbeitragssatz im Progressivtarif und im Referenzmodell



Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels.

Allerdings enthalten die vorstehenden Abbildungen nur idealisierte Tarifverläufe, ohne Berücksichtigung von Haushaltszusammenhängen und der Abgrenzung von beitragspflichtigen Einkommen. Im nachstehenden Abschnitt VI werden daher die Verteilungswirkungen differenziert für verschiedene Haushaltstypen dargestellt.

VI Ausgewählte Verteilungswirkungen¹⁴

Zur Ermittlung der Verteilungswirkungen werden durchgängig die Beitragsbelastungen durch die Krankenversicherung¹⁵ in Bezug auf das Nettoeinkommen der Haushalte analysiert.¹⁶ Diese Belastungen werden zunächst für den Status quo dargestellt (Abschnitt VI.1), der dann als Vergleichsmaßstab dient. Abschnitt VI.2 analysiert die resultierenden Belastungen im Referenzmodell, während die Abschnitte VI.3 und VI.4 die Verteilungswirkungen der beiden Varianten des „Progressivtarifs“ enthalten, wobei das Referenzmodell der integrierten Krankenversicherung ebenfalls angegeben und für Vergleichszwecke herangezogen wird.

Haushaltstypen

Die Verteilungswirkungen unterscheiden sich für verschiedene Haushaltstypen. Nachstehend werden dabei jeweils drei Haushaltstypen betrachtet.

1. Alleinstehende
2. Ehepaare ohne Kinder
3. Ehepaare mit zwei Kindern.

Diese Haushaltstypen bilden mehr als $\frac{2}{3}$ der gegenwärtig gesetzlich oder privat Versicherten Bevölkerung Deutschlands ab.

Operationalisierungen und grafische Darstellung

Die Verteilungswirkungen des Status quo, des Referenzmodells und der beiden Varianten des Progressivtarifs sind in den folgenden Abschnitten grafisch wiedergegeben. Dabei gehören jeweils zwei Abbildungen auf einer Seite zusammen. Die obere Abbildung auf jeder Seite weist die Beitragsbelastung bzw. deren Veränderung aus, während der unteren Abbildung zu entnehmen ist, wie viele Beitragszahler in die jeweilige Einkommensklasse fallen. Im Referenzmodell und in den beiden Varianten des Progressivtarifs sind die Besetzungszahlen der unteren Abbildungen dabei jeweils identisch. Sie unterscheiden sich aber vom Status quo, der die bislang PKV-Versicherten nicht einschließt.

In den oberen Abbildungen sind jeweils die Krankenversicherungsbeiträge abzüglich der Arbeitgeberanteile ausgewiesen. In den Abbildungen ist nach rechts das bisherige Haushaltsnettoeinkommen in Einkommensklassen von jeweils 500 Euro aufgetragen und nach oben der Krankenversicherungsbeitrag des jeweiligen Haushalts. Dabei wurden alle Krankenversicherungsbeiträge der Haushaltsmitglieder zusammengerechnet.

¹⁴ Um maximale Vergleichbarkeit herzustellen, wurde eine zu Rothgang et al. (2010) sowie Rothgang/Arnold (2011) identische Vorgehens- und Darstellungsweise gewählt. Auch die Darstellung der technischen Durchführung und die Beschreibung des Status quo sowie des Referenzmodells wurden daher aus Rothgang/Arnold (2011) übernommen.

¹⁵ Direktzahlungen beispielsweise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht berücksichtigt. Allerdings werden bei betragsmäßigen Selbstbeteiligungstarifen in der PKV 50 % des vereinbarten Selbstbeteiligungsbetrages als Beitragsbelastung im Status quo angesetzt. Bei einer prozentualen Selbstbeteiligung wird der Beitrag linear auf eine Vollversicherung hochgerechnet.

¹⁶ Das Nettoeinkommen wird im SOEP mit folgender Frage ermittelt: „Wenn man mal alle Einkünfte zusammennimmt: Wie hoch ist das monatliche Haushaltseinkommen aller Haushaltsmitglieder heute? Bitte geben Sie den monatlichen Netto-Betrag an, also nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben. Regelmäßige Zahlungen wie Renten, Wohngeld, Kindergeld, BAföG, Unterhaltszahlungen usw. rechnen Sie bitte dazu! Falls nicht genau bekannt: Bitte schätzen Sie den monatlichen Betrag.“

In den oberen Grafiken finden sich bis zu vier Kurven:¹⁷

- Die blaue Kurve gibt in den Abschnitten VI.3 bis VI.6 die Beiträge in der jeweiligen Variante des Progressivmodells an.¹⁸

Zum Vergleich gibt die schwarze Kurve die Beiträge im Status quo an.

- Die rote Kurve gibt die durch das jeweilige Modell entstehende Entlastung (plus) gegenüber dem Status quo wieder.
- Zusätzlich gibt die grüne Kurve die Beiträge im Referenzmodell an. Sie dient als zusätzliche Vergleichsmöglichkeit.

Dabei sind die gegenwärtig privat und gesetzlich Versicherten zusammengefasst. Dargestellt ist der vom Versicherten selbst zu tragende Beitragsanteil, also der Gesamtbeitrag abzüglich des Arbeitgeberanteils. Hierbei ist folgendes zu beachten:

- Die Darstellungen geben die kurzfristige Verteilungswirkung wieder. Überwälzungsprozesse, die beispielsweise dazu führen können, dass erhöhte Arbeitgeberbeiträge den Lohnanstieg bremsen (Rückwälzung) oder die Preise für die Nachfrager der produzierten Güter erhöhen (Vorwälzung), sind nicht modelliert worden.
- Bei gleichem Einkommen ist der ausgewiesene Beitrag bei Personen, die keinen Arbeitgeberanteil erhalten, also insbesondere bei Selbstständigen, entsprechend doppelt so hoch wie bei Arbeitnehmern mit Arbeitgeberanteil. Das führt in der Abbildung dazu, dass es innerhalb einer Einkommensklasse große Schwankungen der Krankenversicherungsbeiträge gibt und der Anteil der Selbstständigen in einer Einkommensklasse deutlichen Einfluss auf den Durchschnittsbeitrag in der Einkommensklasse hat. Um diesen Effekt abschätzen zu können, ist in der unteren Abbildung jeweils der Anteil derjenigen, die keinen Arbeitgeberanteil erhalten, zusätzlich ausgewiesen.
- Die dargestellten Be- und Entlastungen gleichen sich in der Summe nicht genau aus. Das Referenzmodell und der Progressivtarif sehen vor, dass der auf Arbeitnehmer-einkommen zu zahlende Krankenversicherungsbeitrag zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu gleichen Teilen geteilt wird. Gegenwärtig zahlen die Arbeitnehmer einen Zusatzbeitrag in Höhe von 0,45 Prozentpunkten, während der Beitragssatz für die Arbeitgeber um 0,45 Prozentpunkte verringert ist. Die Abschaffung dieser ungleichen Aufteilung führt im Vergleich zum Status quo zu einer Belastung der Arbeitgeber und einer generellen Entlastung für Arbeitnehmer. Da hier nur die Versicherten-sicht wiedergegeben ist, scheinen sich viele durch die integrierte Krankenversicherung besser zu stellen, ohne dass dem Belastungen anderer Versicherter gegenüberstehen. Insoweit die Arbeitgeber ihre Zusatzlast langfristig auf die Arbeitnehmer rück- oder über die Verbraucherpreise vorwälzen, kommt es im Vergleich zu den ausgewiesenen Werten zu einer Schlechterstellung der Arbeitnehmer.
- Für den Status quo wurde bei derzeit privat Versicherten der aktuelle, vergleichbar gemachte PKV-Beitrag eingesetzt (s. Fußnote 15). Bei abhängig beschäftigten PKV-Versicherten wurde von diesem Beitrag der Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung abgezogen. Bei Beihilfeberechtigten (vor allem Beamte und Pensionäre) wurde der vergleichbar gemachter PKV-Beitrag als Arbeitnehmeranteil ausgewiesen,

¹⁷ Bei der Status quo-Betrachtung in Abschnitt VI.1 fehlen naturgemäß die blauen, roten und grünen Linien. Im Referenzmodell (Abschnitt VI.2) fehlt die blaue Linie.

¹⁸ Ausgenommen hiervon ist die Status quo-Betrachtung in Abschnitt VI.1.

um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei ihnen nur der von der Beihilfe nicht gedeckte Kostenteil privat versichert ist.

Die Kurven verbinden jeweils den Median der einzelnen Einkommensklassen. Der Median bezeichnet dabei das Maß der zentralen Lage, das die Verteilung so teilt, dass jeweils 50 % der Haushalte einen größeren und die anderen 50 % einen kleineren Beitrag zahlen. Bei der Entlastungskurve (rote Kurve) impliziert der Median, dass 50 % der Haushalte mit mindestens dem angegebenen Betrag entlastet werden. Aus der Differenz der Mediane der Beiträge im Status und der jeweiligen Modellvariante kann nicht der Median der Entlastung berechnet werden, weil es beispielsweise Entlastungen geben kann, ohne dass sich der Median der Beiträge ändert. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn die Entlastungen nur bei Haushalten auftreten, deren Beitrag sowohl vor als auch nach der Reform oberhalb des Medians liegt.

Unter anderem aus diesem Grund ist zusätzlich zum Median der arithmetische Mittelwert als runder Punkt in der jeweiligen Linienfarbe angegeben. Der rote runde Punkt in der Grafik gibt dementsprechend die Differenz der Beitragsdurchschnitte und damit die durchschnittliche Entlastung (arithmetischer Mittelwert) an. Er kann als Differenz zwischen dem arithmetischen Mittelwert des Status quo (schwarzer runder Punkt) und dem arithmetischen Mittelwert der jeweiligen Modellvariante (blauer runder Punkt) ermittelt werden.

Um die Verteilungswirkung noch genauer beurteilen zu können, sind weiterhin das erste und dritte Quartil mit dünnen Strichen nach unten bzw. oben angegeben. Dabei kennzeichnet das erste Quartil den Beitrags- bzw. Entlastungsbetrag, der von 25 % der Haushalte in der jeweiligen Einkommensklasse unterschritten wird, während das dritte Quartil den Wert angibt, der von einem Viertel der Betroffenen überschritten wird.

Zur Beurteilung, wie viele Personen jeweils betroffen sind, und um den Verlauf der Beitragshöhe besser erklären zu können, ist unter jeder Beitragsgrafik eine Abbildung zu finden, die die Anzahl der beitragszahlenden Personen in der jeweiligen Einkommensklasse des jeweiligen Haushaltstyps und der Modellvariante angibt. Da sich die Zahl der beitragszahlenden Personen nur im Status quo von den anderen Modellen unterscheidet, sind diese Abbildungen in den anderen Fällen identisch. Die beitragszahlenden Personen sind in der Grafik danach unterteilt, ob sie bisher privat versichert waren und ob ihr Beitrag durch einen Arbeitgeberanteil gemindert wird. Aus der Kombination dieser beiden Merkmale ergeben sich vier Gruppen: (1) die privat Versicherten, die einen Zuschuss vom Arbeitgeber erhalten, (2) die privat Versicherten, die keinen Arbeitgeberzuschuss erhalten (insbesondere Selbständige), (3) die gesetzlich Versicherten, bei denen der Arbeitgeber einen Anteil zahlt und (4) die gesetzlich Versicherten, die keinen Arbeitgeber haben (insbesondere Selbständige). In der Grafik repräsentieren die hell- und dunkelgrau gezeichneten Flächen diejenigen Beitragszahler, die einen Teil der Krankenversicherungsbeiträge vom Arbeitgeber bezahlt bekommen und die hell- und dunkelviolet gezeichneten Flächen diejenigen Beitragszahler, die den vollen Krankenversicherungsbeitrag alleine zahlen. Dabei stehen die hellen Flächen jeweils für gesetzlich und die dunklen für privat Versicherte.

Da in den oberen Einkommensklassen die Zahl der Beitragszahler so klein ist, dass man die Größe der Flächen kaum mehr beurteilen kann, ist zusätzlich eine blaue Linie eingezeichnet, die das Verhältnis der Anzahl derjenigen Beitragszahler, die keinen Arbeitgeberanteil erhalten, zu allen Beitragszahlern angegeben. Der entsprechende Anteil ist auf der rechten Y-Achse abzulesen. Je größer er ist, desto größer ist bei konstantem Einkommen der in der oberen Abbildung ausgewiesene Krankenversicherungsbeitrag des jeweiligen Modells. Dies ergibt sich daraus, dass für Beitragszahler, die keinen Arbeitgeberanteil erhalten, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil berücksichtigt werden.

Die Kurven gehen häufig nicht über das gesamte Einkommensspektrum, da für die zuverlässige Ermittlung der jeweiligen Median- und Durchschnittsbeiträge mehr als 50 Datensätze aus der Stichprobe (Sozioökonomisches Panel) zugrunde liegen müssen. Für Einkommensklassen, bei denen diese Bedingung nicht erfüllt ist, sind keine Werte ausgewiesen. Alle eingezeichneten und zusammengehörenden Median-Punkte sind jeweils mit einer Line verbunden.

VI.1 Status quo

In den Abbildungen 11-16 sind die Belastungsverteilungen im Status quo (Abbildungen mit ungeraden Nummern) und die jeweilige Besetzung der betrachteten Einkommensklassen (gerade Nummern) angegeben. Der Quartilsabstand ist Ausdruck der horizontalen (Un-)Gleichheit, während der Vergleich von Mittelwert und Median Rückschlüsse auf die Schiefe der Verteilung erlaubt.

In Abbildung 11 ist erkennbar, dass der Krankenversicherungsbeitrag bei Alleinstehenden bis zu einem Nettogesamteinkommen von 2.500 Euro annähernd linear ansteigt (schwarze Kurve). Bei höheren Einkommen greift die Bemessungsgrenze von 3.562,50 Euro.¹⁹ Da sich diese Bemessungsgrenze bei Pflichtversicherten auf den Bruttolohn bzw. die Bruttorente bezieht, in der Abbildung aber das Nettoeinkommen aufgetragen ist, ist die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze schon ab der vierten Einkommensklasse (2.500 – 3.000 Euro) deutlich erkennbar. Die durchschnittlichen Beiträge liegen (abgesehen von der zweiten Einkommensklasse zwischen 1.000 und 1.500 Euro) oberhalb der Medianbeiträge (schwarze runde Punkte oberhalb der schwarzen Kurve). Dies impliziert, dass es einige Beitragszahler gibt, die wesentlich höhere Beiträge zahlen als 50 % der Beitragszahler und den arithmetischen Mittelwert so nach oben ziehen.

Der Krankenversicherungsbeitrag von Ehepaaren ohne Kinder steigt nahezu linear mit dem Haushaltsnettoeinkommen, wobei die Beitragsbemessungsgrenze keine durchschlagende Wirkung zu haben scheint (Abbildung 13). Die Gründe dafür liegen unter anderem darin, dass in diesem Haushaltstyp der Anteil der Doppelverdiener hoch ist und die Anzahl der Beitragszahler pro Haushalt mit dem Haushaltseinkommen steigt. Damit verliert die einfache Beitragsbemessungsgrenze an Bedeutung. Zudem nimmt mit dem Einkommen auch der Anteil der Privatversicherten zu, bei denen der vergleichbar gemachte Beitrag über dem Maximalbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung liegen kann. Schließlich steigt der Anteil der Beitragszahler ohne Arbeitgeberanteil, also insbesondere der Selbständigen in den höheren Einkommensklassen an (Abbildung 14). Da für diese Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil berücksichtigt ist, steigert ein hoher Anteil von Selbständigen in einer Einkommensgruppe den ausgewiesenen Betrag.

Bei Ehepaaren mit zwei Kindern (Abbildung 15) zeigt sich – bei einem ansonsten wiederum fast linearen Belastungsverlauf – für die Einkommensklassen von 4.500 bis 5.000 Euro ein niedrigerer Verlauf als in den Nachbarklassen. Dies kann ein Effekt der Beitragsbemessungsgrenze sein, deren Bedeutung zunimmt, wenn – bei zwei Kindern – eine größere Zahl von Einverdienerhaushalten vorhanden ist.

¹⁹ Alle Daten beziehen sich auf das Referenzjahr 2007. Aus diesem Grund wird auch mit der Beitragsbemessungsgrenze dieses Jahres gearbeitet.

Abbildung 11

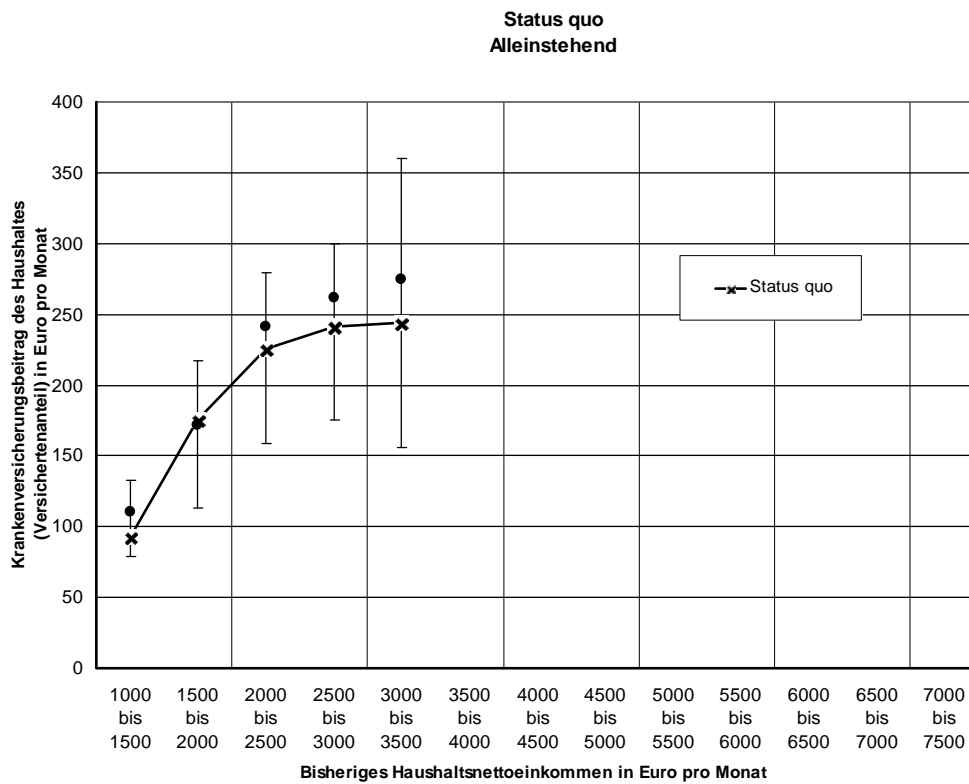


Abbildung 12

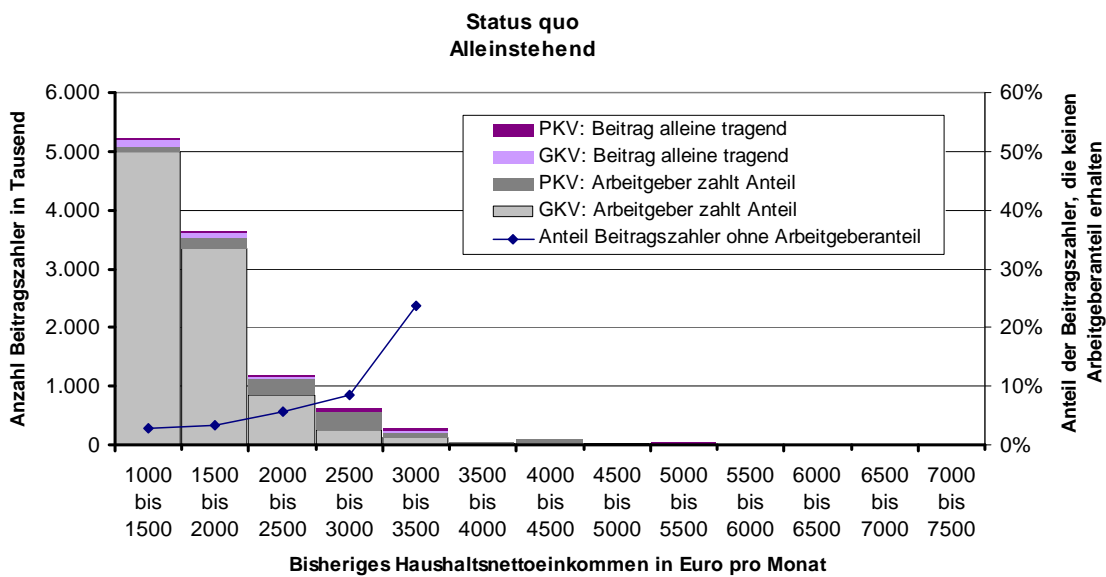


Abbildung 13

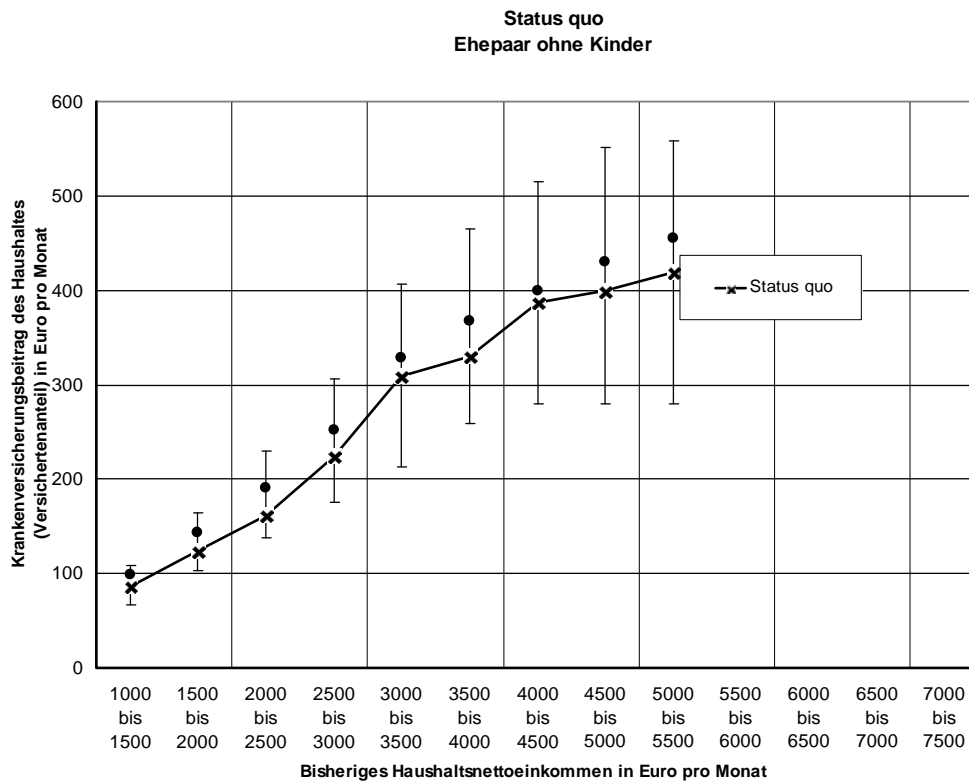


Abbildung 14

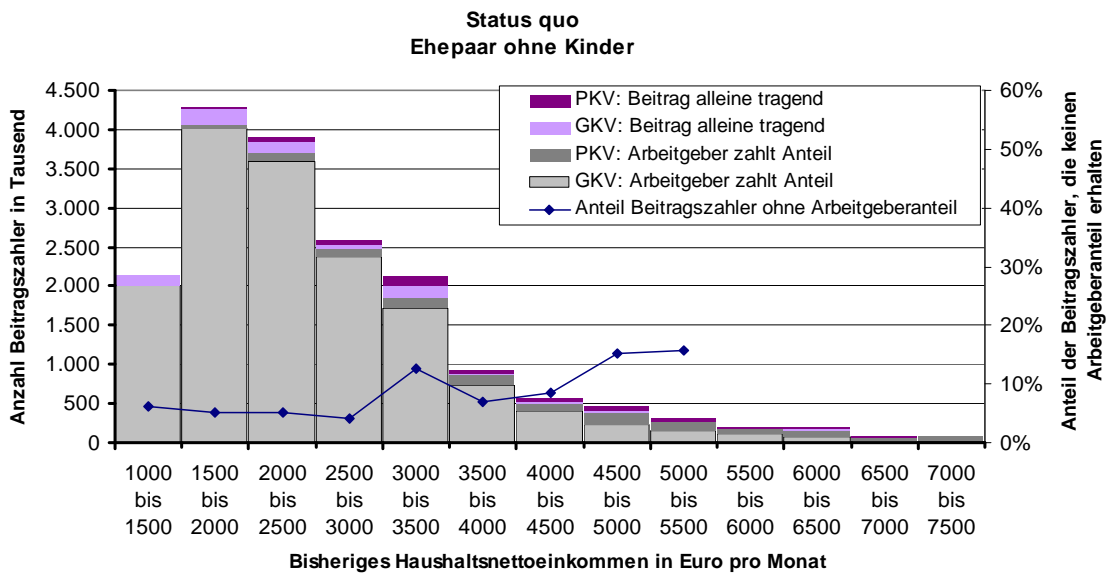


Abbildung 15

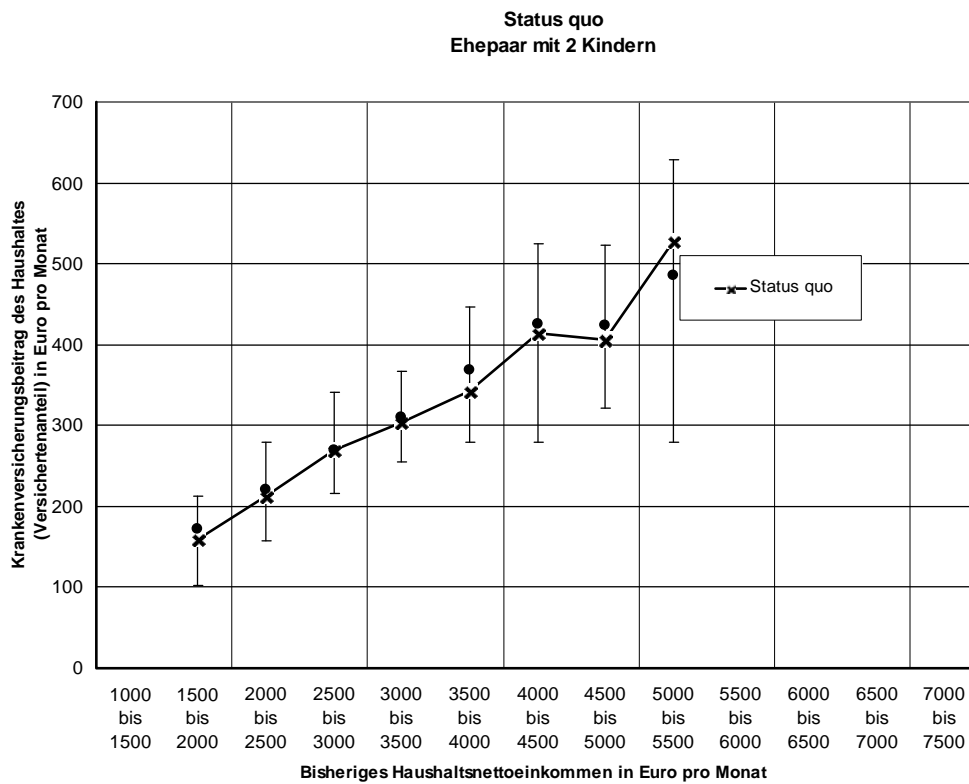
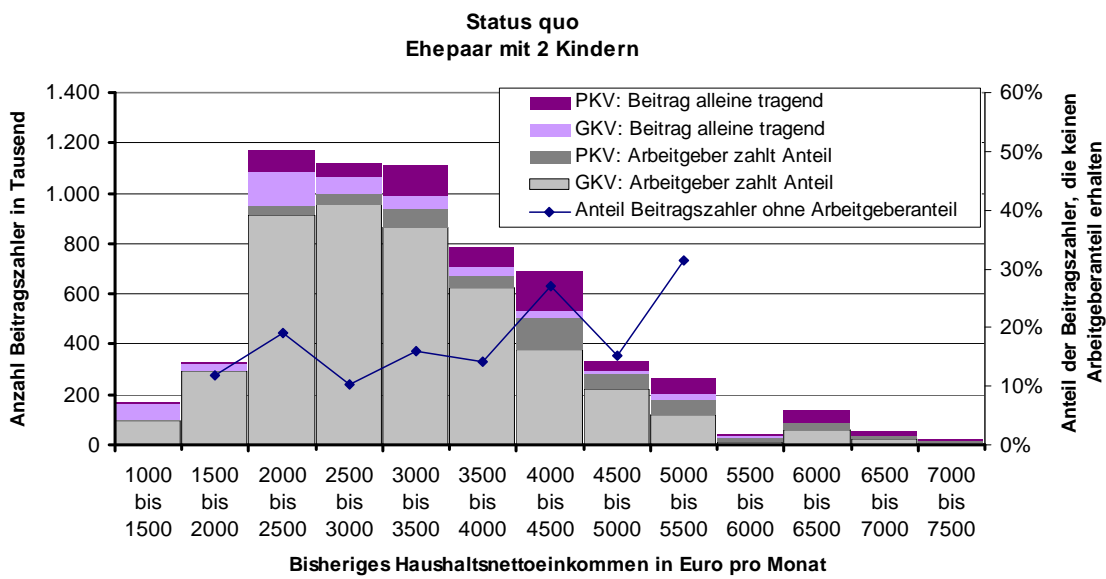


Abbildung 16



VI.2 Referenzmodell

In den Abbildungen 17-22 sind die Belastungsverteilungen im Referenzmodell (Abbildungen mit ungeraden Nummern) und die jeweilige Besetzung der betrachteten Einkommensklassen (gerade Nummern) angegeben. Im Referenzmodell der Bürgerversicherung und damit auch im aufkommensneutral berechneten Progressivtarif liegt der Beitragssatz um ca. 2,2 Beitragssatzpunkte niedriger als im Status quo. Davon profitieren all diejenigen, für die die Reform ansonsten keine Auswirkung hat, d.h. diejenigen,

- die bereits gesetzlich versichert sind und
- die neben Lohn und Rente keine anderen Einkommen erzielen und
- deren Einkommen unter der bestehenden Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Bei den Alleinstehenden liegt der Median und der Durchschnitt des Beitrages im Referenzmodell in den Einkommensklassen bis 3.000 Euro niedriger als im Status quo (Abbildung 17). In diesen Einkommensklassen wird die Hälfte der Alleinstehenden in den jeweiligen Einkommensklassen um knapp 20 bis fast 35 Euro monatlich entlastet. In den ersten drei dargestellten Einkommensklassen werden sogar mehr als 75 % der Alleinstehenden entlastet. Dies zeigt der untere Quartilswert der (roten) Entlastungslinie. Die Entlastung (Median) ist absolut am höchsten bei Nettoeinkommen von 2.500 bis 3.000 Euro. In der höchsten hier ausgewiesenen Einkommensklasse von 3.000 bis 3.500 Euro werden hingegen mehr als die Hälfte der Alleinstehenden deutlich belastet und der Mittelwert der Belastung liegt für diese Gruppe bei rund 100 Euro. Ein Viertel der Versicherten in dieser Einkommensklasse wird um mehr als 200 Euro belastet. Die Belastung in der obersten dargestellten Einkommensklasse gegenüber dem Status quo entsteht vor allem durch die Beitragszahlung auf Einkommen oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze, die bislang beitragsfrei waren. Auch ist dies die einzige Einkommensklasse mit einem nennenswerten Anteil an Versicherten, die keinen Arbeitgeberanteil erhalten (blaue Linie in Abbildung 18). Für die anderen ausgewiesenen Einkommensklassen ist der Anteil der Versicherten, die keinen Arbeitgeberanteil erhalten, in diesem Haushaltstyp zu gering, um die Abbildung sichtbar zu beeinflussen.

Bei Ehepaaren ohne Kinder werden die Einkommensklassen bis 5.500 Euro ausgewiesen, so dass auch Aussagen über Bezieher höherer Einkommen möglich sind. Für die Einkommensklassen bis 4.500 Euro liegt der Durchschnitt und Median des Beitrages im Referenzmodell unter dem im Status quo, es kommt also zu einer Entlastung (Abbildung 19). Die Entlastung ist zunächst zunehmend, von durchschnittlich 16 Euro (Median) bei einem Haushaltsnettoeinkommen von 1.000 bis 1.500 Euro auf knapp 44 Euro bei einem Haushaltsnettoeinkommen von 3.000 bis 3.500 Euro. Dies kann wiederum auf den Beitragssatzeffekt zurückgeführt werden, der einkommensproportional (allerdings in Bezug auf das beitragspflichtige Bruttoeinkommen) wirkt. In der nächsten Einkommensklasse (3.500 bis 4.000 Euro) liegt die durchschnittliche Entlastung (Median) dann um knapp 6 Euro niedriger als in der vorhergehenden und fällt darüber auf 6 Euro. Der Rückgang des Entlastungseffekts ist wohl darauf zurückzuführen, dass in diesen hohen Einkommensklassen neben dem Arbeitseinkommen viele Haushalte auch aus anderen Quellen Einkommen erzielen, das beim Referenzmodell beitragspflichtig wird. Dies betrifft nur einen Teil der Haushalte mit Einkommen über 3.500 Euro – der Quartilsabstand ist hier deutlich größer als in den Einkommensklassen darunter. Bei mehr als einem Viertel der Haushalte mit mehr als 3.500 Euro Einkommen führt der Effekt sogar zu einer Belastung – ab diesem Einkommen liegt der 1. Quartilswert unter der Nulllinie.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den Ehepaaren mit zwei Kindern (Abbildung 21). Der Verlauf der Entlastung ist ähnlich. Die Entlastung steigt hier von 27 Euro in der untersten auf gut 50 Euro in der Einkommensklasse von 3.000 bis 3.500 Euro. Der Belastungseffekt durch die Einbeziehung anderer Einkommensarten betrifft hier ab einem Haushaltsnettoeinkommen von mindestens 4.500 Euro so viele Haushalte, dass etwa die Hälfte dieser Haushalte belastet wird (rote Kurve unter der Nulllinie).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Bürgerversicherung für die berücksichtigten Einkommensklassen unter 3.000 bei Alleinstehenden, unter 5.000 bei Ehepaaren mit zwei Kindern und für alle betrachteten Einkommensklassen bei Ehepaaren ohne Kinder für mindestens die Hälfte der Haushalte zu einer Entlastung führt (rote Linie im positiven Bereich). Diese Entlastungen sind dabei im Vergleich zu den Belastungen betragsmäßig groß und die Anzahl der entlasteten Haushalte ist außerdem deutlich größer als die der belasteten (siehe jeweils die untere Abbildung). Dies erscheint zunächst kontraintuitiv, da kurzfristig alle Entlastungen durch Belastungen an anderer Stelle refinanziert werden müssen. Tatsächlich kommt es durch die integrierte Krankenversicherung in der hier modellierten Form – im Vergleich zum Status quo – zu einer Lastverschiebung 1) im Verhältnis von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, 2) in Bezug auf die Leistungserbringer sowie 3) über die Zeit :

- 1) Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 wurde ein Zusatzbeitragssatz von 0,9 Beitragssatzpunkten eingeführt, der ausschließlich vom Arbeitnehmer zu zahlen ist. Damit wurde die Parität der Beitragsfinanzierung formal durchbrochen. Im Modell der integrierten Krankenversicherung sind dagegen ausdrücklich eine Rückkehr zur Parität und der Wegfall dieses Sonderbeitrags vorgesehen. Dadurch werden – ceteris paribus – Ausgaben im Umfang von etwa 4,5 Mrd. Euro auf die *Arbeitgeber* verlagert. Gleichzeitig sinkt der Beitragssatz im integrierten Krankenversicherungsmodell um 2,2 Beitragssatzpunkte. Bei unveränderter Grundlohnsumme würde dies die Arbeitgeber um etwa 11 Mrd. Euro entlasten. Tatsächlich steigt die beitragspflichtige Grundlohnsumme bei den Arbeitgebern aber durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Wenn die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ohne die Einbeziehung weiterer Einkommensarten etwa 0,8 Beitragssatzpunkte ausmacht,²⁰ dann finanzieren davon etwa die Hälfte die Arbeitgeber, also ca. 4 Mrd. Euro. Insgesamt werden die Arbeitgeber damit um etwa 2,5 Mrd. Euro (11 - 4 - 4,5) entlastet.
- 2) Für die Privatversicherten wurde unterstellt, dass die für sie erbrachten Leistungen nach deren Einbeziehung in die integrierte Krankenversicherung ebenfalls nach GKV-Tarifen abgerechnet werden. Für ambulante ärztliche Leistungen entstehen der Ärzteschaft dadurch Einnahmeausfälle im Umfang von 3,6 Mrd. Euro (Walendzik et al. 2008). Sollen diese durch Anhebung der GKV-Vergütungen ausgeglichen werden, würden für die Versicherten in der Bürgerversicherung Beitragssatzerhöhungen im Umfang von 0,35 Beitragssatzpunkten entstehen, die in die vorgelegten Berechnungen nicht eingegangen sind.
- 3) Vor allem aber entfallen bei der Einbeziehung der Privatversicherten in die Bürgerversicherung die Beiträge, die bisher für die Altersrückstellungen aufgewandt wurden. Aufgrund ihrer Altersstruktur, die durch ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter gekennzeichnet ist, als dies in der GKV der Fall ist, werden in der privaten Krankenversicherung derzeit per Saldo Altersrückstellungen aufgebaut. So hat sich der Be-

²⁰ Dieser Betrag ergibt sich als Differenz aus den Modellen Nr. 361 und 363 auf Seite 143 in Rothgang/Arnold/Unger (2010).

stand der Altersrückstellungen von 2007 auf 2008 um 8,7 Mrd. Euro von 106,5 Mrd. Euro auf 115,2 Mrd. Euro erhöht (PKV-Verband 2009: 95). Da in der Bürgerversicherung keine Altersrückstellungen gebildet werden, muss dieser Aufwand *gegenwärtig* nicht mehr finanziert werden. Dies ist der Hauptgrund dafür, dass die Beitragsbelastung den obigen Berechnungen zufolge im Durchschnitt für alle Einkommensgruppen sinkt. Allerdings impliziert dies, dass eine entsprechende Vorsorge für die Bevölkerungsalterung entfällt und zukünftige Lasten höher sind als im gegenwärtigen System.

Diese drei Effekte (Arbeitgeberentlastung um 2,5 Mrd. Euro, Belastung der Leistungserbringer um ca. 3,6 Mrd. Euro und Verschiebung von 8,7 Mrd. Euro Alterslast in die Zukunft) bewirken eine kurzfristige Entlastung der Versicherten um insgesamt 9,8 Mrd. Euro pro Jahr. Bei ca. 82,6 Mio. Einwohnern entspricht dies einer Entlastung von durchschnittlich ca. 10 Euro im Monat.²¹ Dies entspricht von der Größenordnung her der Besserstellung, die sich im Durchschnitt aller Abbildungen ergeben würde.

²¹ Aus der Division der Entlastung, die sich auf 9,8 Mrd. Euro im Jahr bzw. 0,8167 Mrd. Euro im Monat beläuft, durch die Zahl der Bürger (82,6 Mio.) ergibt sich ein Entlastungsbetrag von 9,89 Euro pro Bürger und Monat.

Abbildung 17

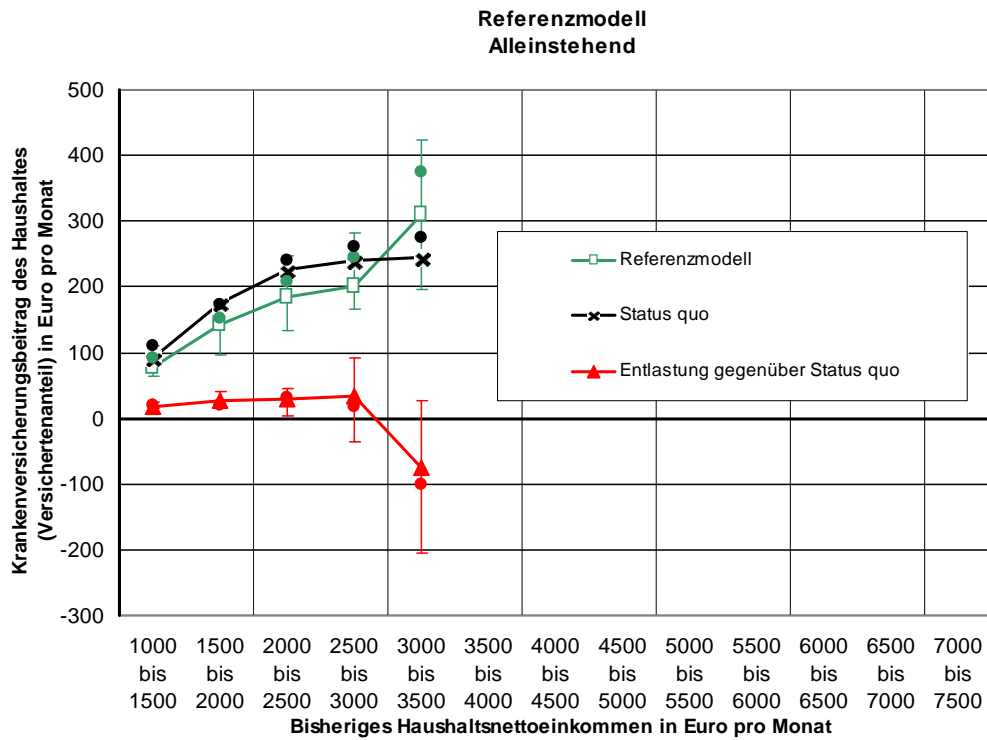


Abbildung 18

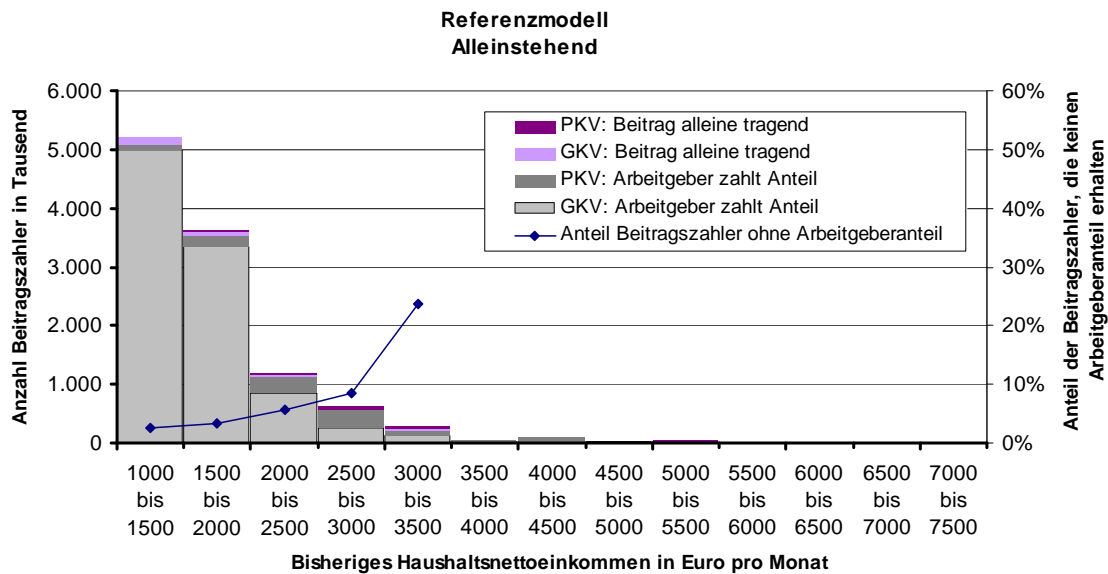


Abbildung 19

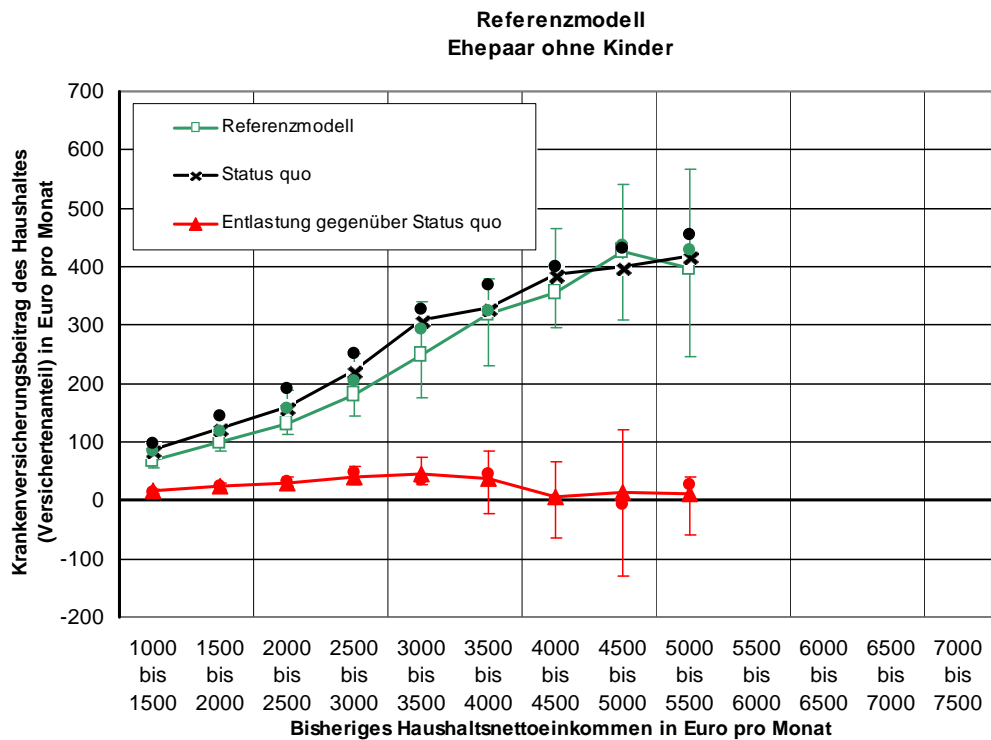


Abbildung 20

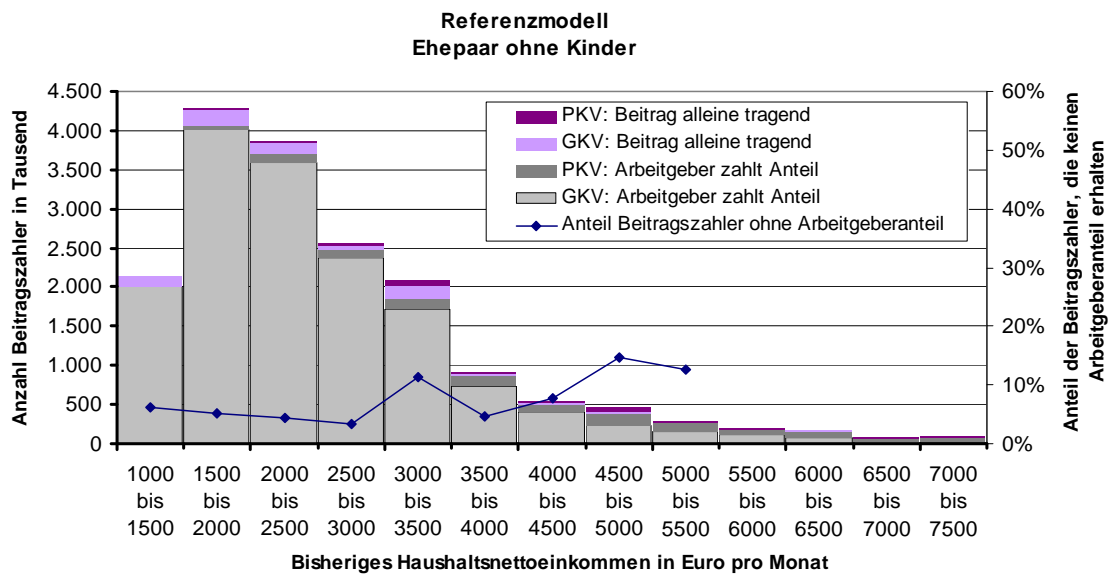


Abbildung 21

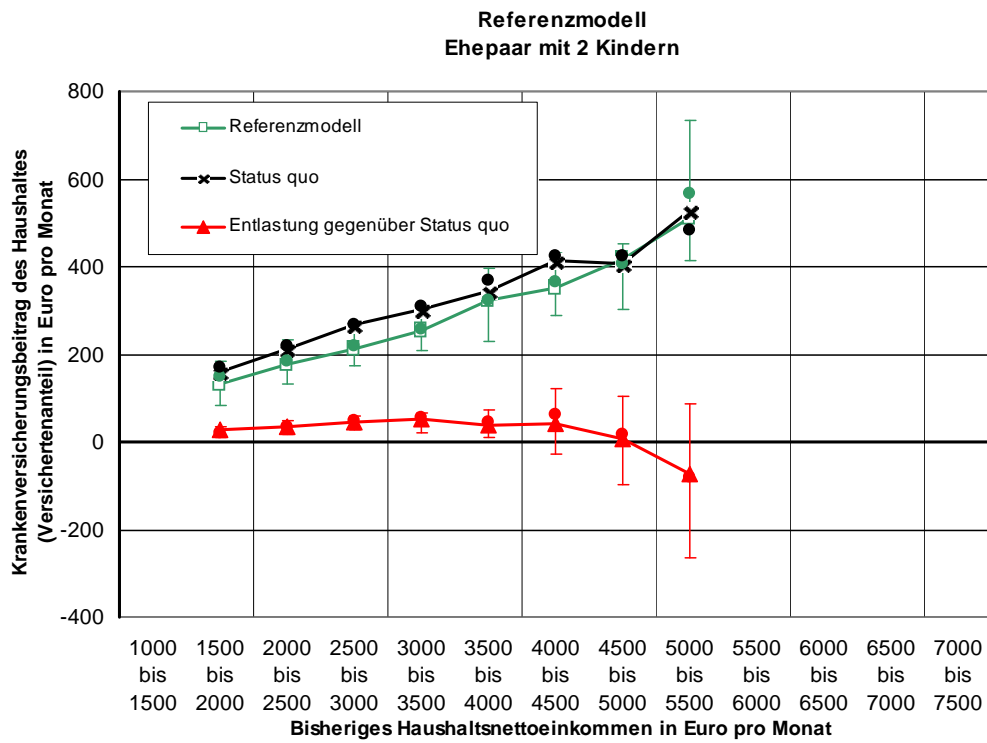
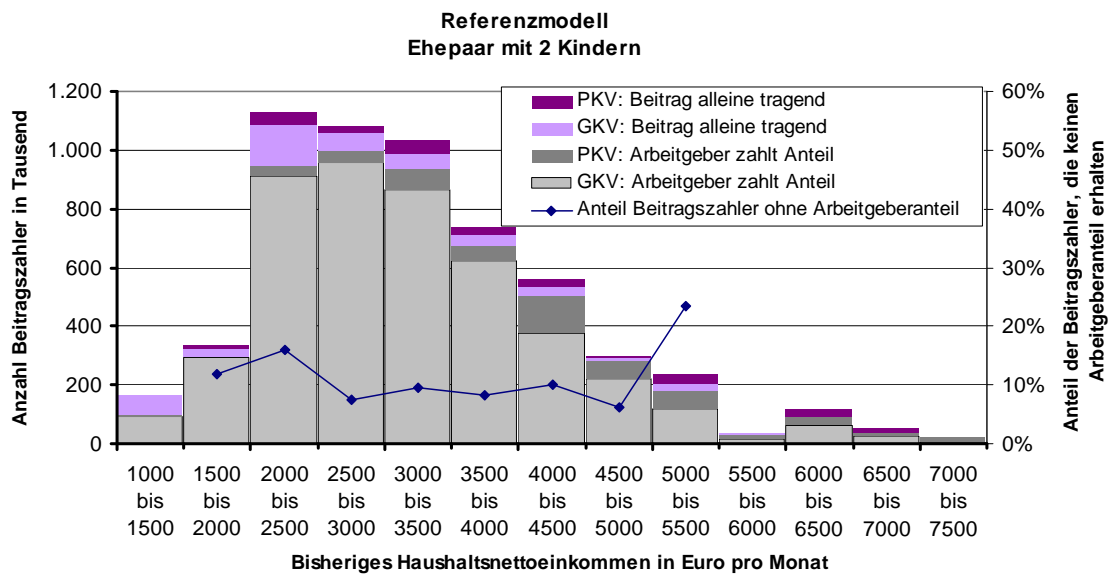


Abbildung 22



VI.3 Progressivtarif – Modell A

Wurde im vorstehenden Abschnitt untersucht, wie sich die Beitragsbelastung in Abhängigkeit vom Einkommen durch die Einführung des Referenzmodells verändert, geht es nun um die Effekte des Progressivtarifs. Neben der Entlastung gegenüber dem Status quo ist daher immer auch der Vergleich mit dem Referenzmodell von Interesse. Modell A zeichnet sich dabei im Vergleich zum Modell B durch den niedrigeren Eingangsbeitragssatz aus und lässt daher vor allem im unteren Einkommensbereich größere Entlastungen als in Modell B erwarten.

Wie Abbildung 23 zeigt, ergeben sich im Modell A des Progressivtarifs bei Alleinstehenden für Haushalte mit einem Nettoeinkommen von bis zu 3.000 Euro im Vergleich zum Status quo deutliche Entlastungseffekte im Bereich von 20 bis 30 Euro. Für die oberste hier ausgewiesene Einkommensklasse, die allerdings nur sehr gering besetzt ist, resultieren Belastungen, die im Median über 50 und im Mittelwert über 70 Euro liegen. Wie der Vergleich zum Referenzmodell zeigt, sind die Entlastungen im Einkommensbereich von 2.000 bis 3.000 Euro beim Progressivtarif aber deutlich weniger ausgeprägter als im Referenzmodell, während sich im bei Einkommen von 1.000 bis 1.500 Euro eine geringfügige Entlastung im Vergleich zum Referenzmodell zeigt. Diese Entlastung ist Ausdruck des reduzierten Eingangsbeitragssatzes, während die Belastungen im Vergleich zum Referenzmodell die Wirkung des Höchstbeitragssatzes spiegeln.

Dies stellt sich für Ehepaare ohne Kinder anders dar (Abbildung 25). Auch hier ergibt der Progressivtarif im Vergleich zum Referenzmodell eine weitere Entlastung in den unteren Einkommensklassen, in diesem Fall für die Haushaltsnettoeinkommen bis 3.000 Euro – allerdings haben diese Zusatzentlastungen einen eher geringen Umfang. Für die höheren Einkommensklassen sind die blaue Linie (für den Progressivtarif) und die grüne Linie (für das Referenzmodell) fast identisch.

Eine hohe Übereinstimmung des Progressivtarifs mit dem Referenzmodell zeigt sich für Ehepaare mit zwei Kindern mit einem Haushaltsnettoeinkommen bis zu 4.000 Euro (Abbildung 27). Lediglich für höhere Einkommen ergeben sich beim Progressivtarif wiederum geringere Belastungen als beim Referenzmodell und damit auch höhere Entlastungen im Vergleich zum Status quo. Dies zeigt sich sogar bei der höchsten hier ausgewiesenen Einkommensklasse, in der die Belastung im Referenzmodell und im Progressivtarif höher ist als im Status quo. Im Progressivtarif ist die Belastung nun im Mittelwert, im Median und auch bezogen auf die 25 % der Haushalte mit den höchsten Belastungen niedriger als im Referenzmodell. Ursächlich hierfür dürfte sein, dass Variante A des Progressivtarifs schon bei niedrigerem Einkommen den Höchstbeitragssatz erreicht und dementsprechend auch bei einem niedrigeren Einkommen den Übergang auf den Solidarbeitragssatz abgeschlossen hat (vgl. Abbildung 9).

Insgesamt ist damit im Vergleich zum Referenzmodell eine Entlastung der kleineren Einkommen (bei Ehepaaren ohne Kinder), eine Belastung in einem mittleren Einkommensbereich (bei Alleinstehenden) und eine Entlastung bei den gehobeneren Einkommen festzustellen, die im Wesentlichen und differenziert nach Haushaltstypen den idealtypischen Beitragssatzverlauf aus Abbildung 9 und Abbildung 10 bestätigt.

Abbildung 23

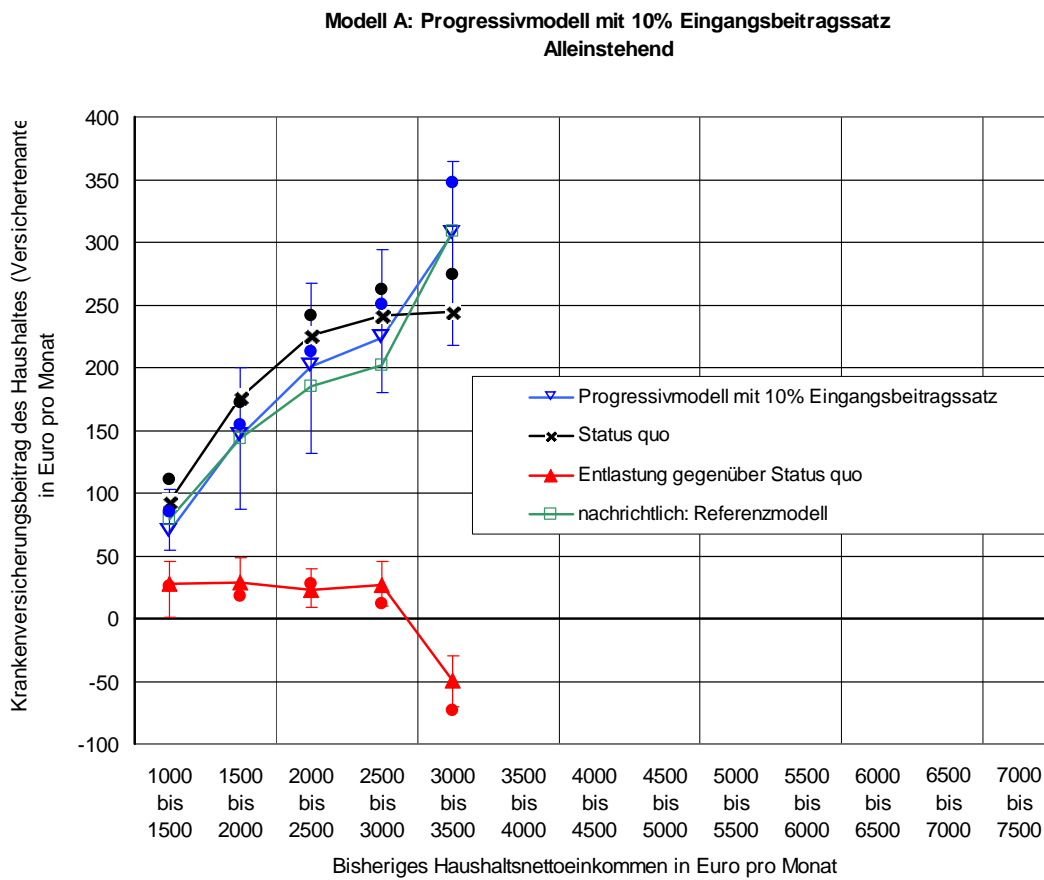


Abbildung 24

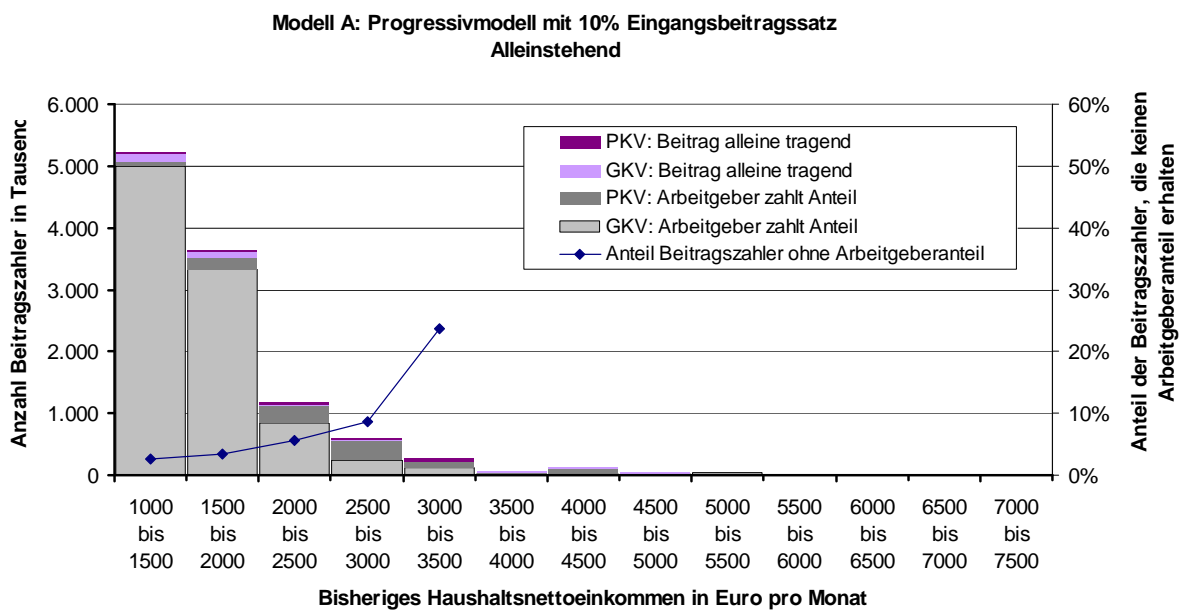


Abbildung 25

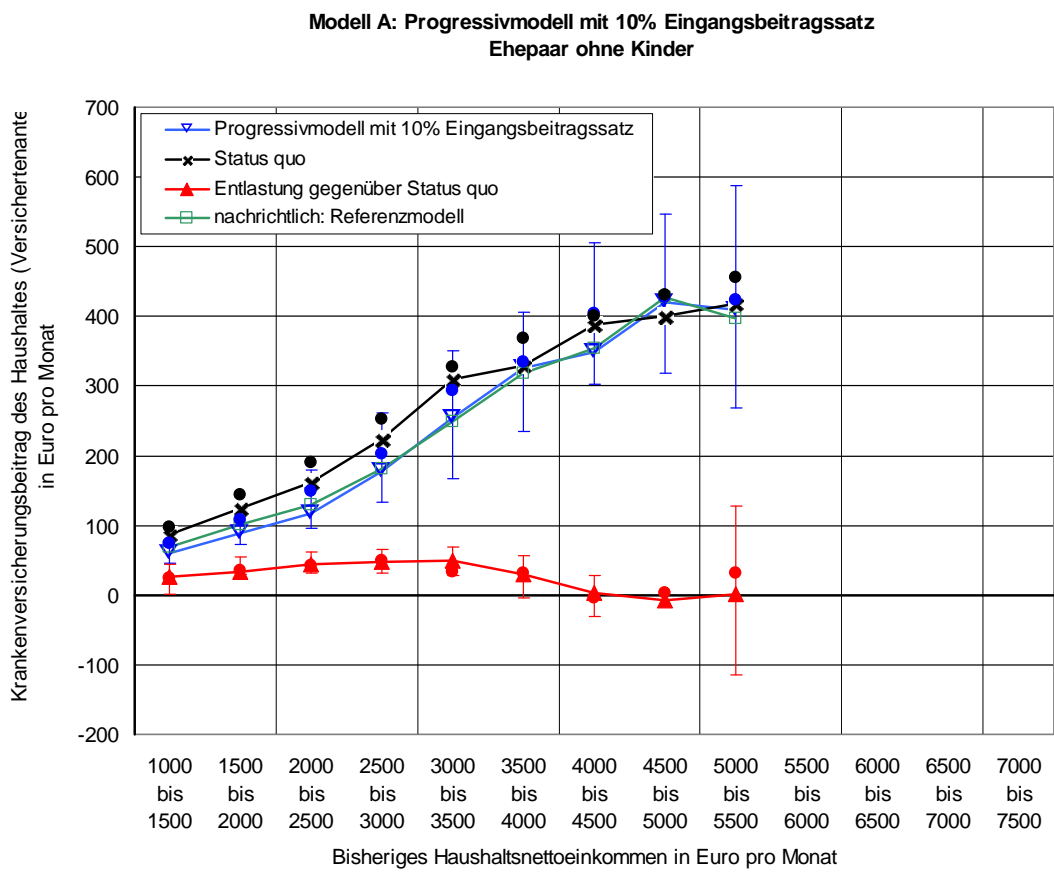


Abbildung 26

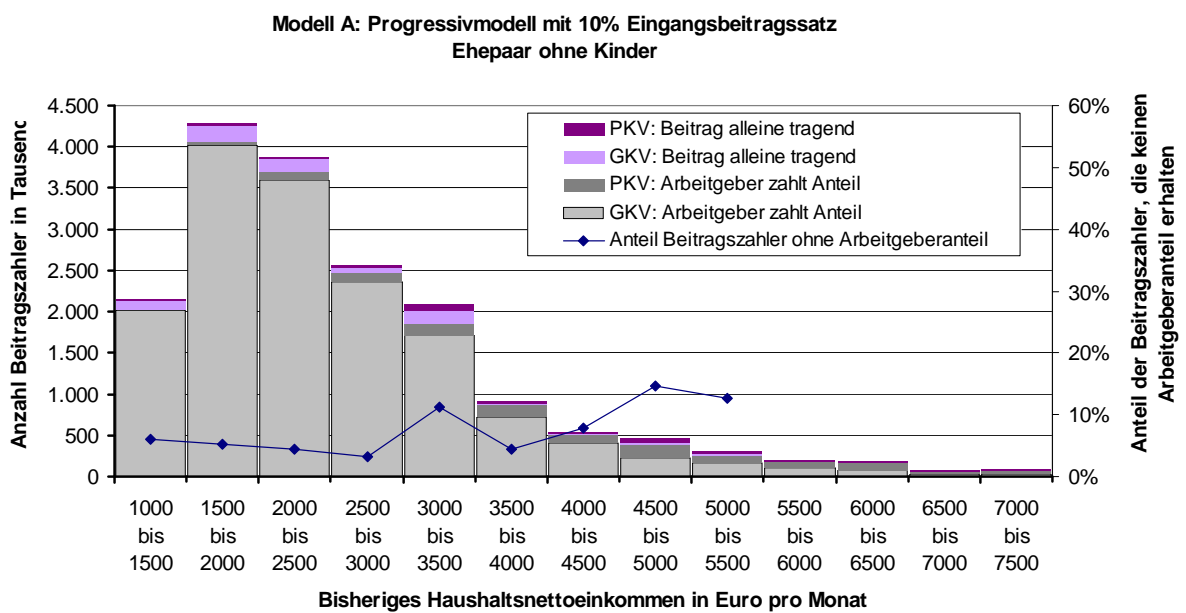


Abbildung 27

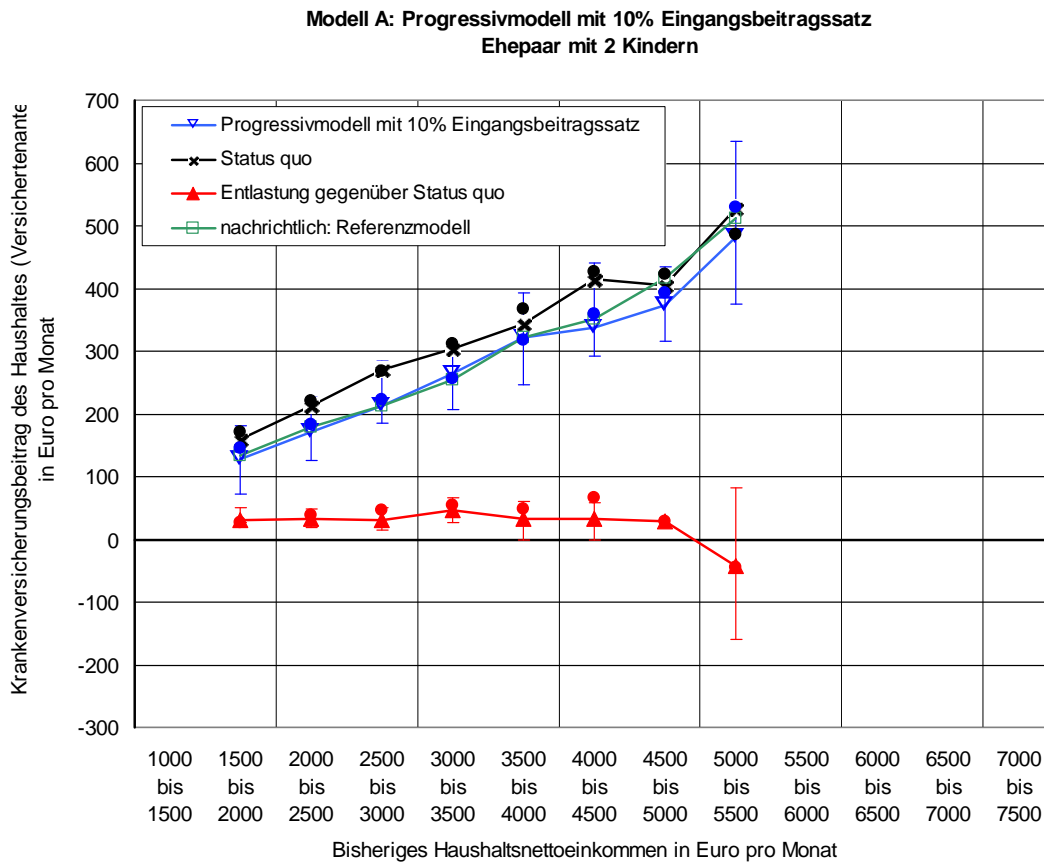
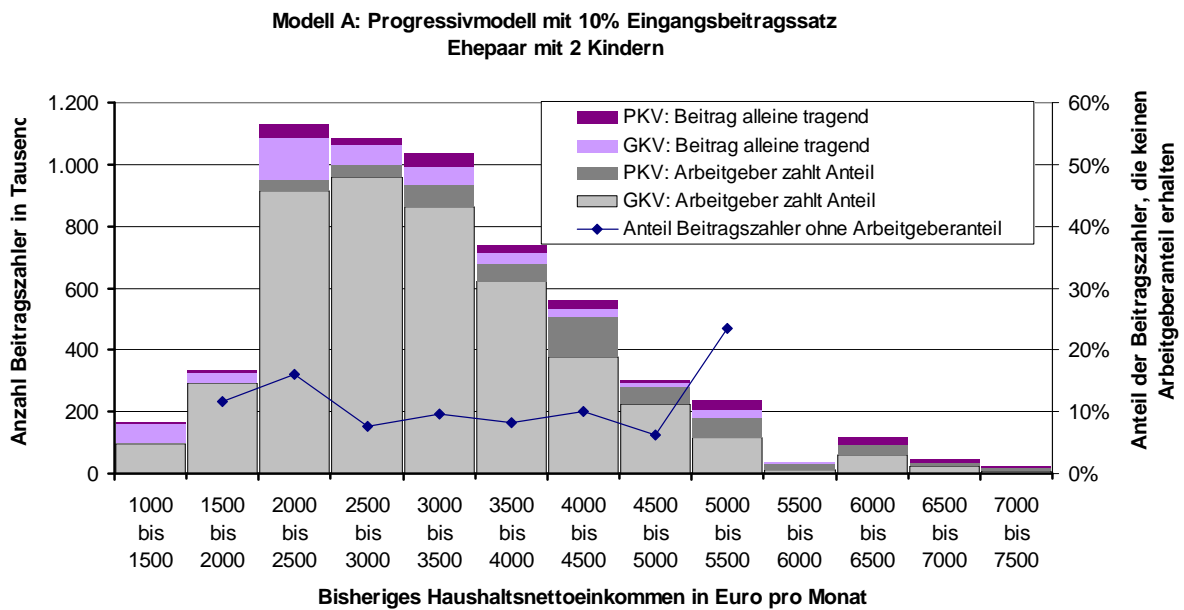


Abbildung 28



VI.4 Progressivtarif – Modell B

Wie im vorstehenden Abschnitt ist auch bei der Analyse der Verteilungswirkungen des Modells B des Progressivtarifs neben der Entlastung gegenüber dem Status quo vor allem der Vergleich mit dem Referenzmodell von Interesse. Weiterhin ist zu diskutieren, inwieweit sich die Effekte des Modell B von denen des Modell A unterscheiden. Modell B ist dabei durch einen höheren Eingangsbeitragssatz, ein späteres Erreichen des Höchstbeitragssatzes und des Solidarbeitragssatzes sowie einen geringfügig niedrigeren Solidarbeitragssatz als in Modell A gekennzeichnet (vgl. Abschnitt V).

Wie Abbildung 29 zeigt, verschwinden die Unterschiede die sich in Modell A des Progressivtarifs bei Alleinstehenden gegenüber dem Referenzmodell gezeigt haben, in Modell B wieder fast vollständig. Lediglich bei einem Einkommen von 2.500 bis 3.000 Euro weist der Progressivtarif in Modell B geringfügig höhere Abgaben als das Referenzmodell auf. Diese Verschiebung zwischen den beiden Modellen des Progressivtarifs dürfte darauf zurückzuführen sein, dass der Höchstbeitragssatz in Modell B erst bei einem um rund 500 Euro höheren Einkommen erreicht wird und Modell B zudem einen um zwei Prozentpunkte geringeren Höchstbeitragssatz aufweist. Für die Einkommensklassen bis 2.500 Euro sind die Entlastungen durch den gegenüber dem Referenzmodell verringerten Eingangsbeitragssatz dann ausreichend, um keine weitere Belastung zu erzeugen.

Für Ehepaare ohne Kinder hat sich in Modell A des Progressivtarifs eine geringe Entlastung gegenüber dem Referenzmodell bei einem Haushaltsnettoeinkommen von bis zu 2.500 Euro gezeigt. Diese Entlastung ist auch in Modell B noch erkennbar, wenn auch in etwas verringertem Umfang. Zusätzlich zeigen sich nun aber im Vergleich zum Referenzmodell eine zusätzliche Entlastung bei Haushaltsnettoeinkommen von 4.500 bis 5.000 Euro und eine zusätzliche Belastung bei Einkommen von 5.000 bis 5.500 Euro. Im Vergleich zu Modell A lassen sich diese Verschiebungen wiederum mit dem späteren Erreichen des Höchstbeitragssatzes und des Solidarbeitragssatzes erklären (vgl. Abbildung 31).

Für Ehepaare mit zwei Kindern ab einem Haushaltsnettoeinkommen von 4.000 Euro hat Modell A im Vergleich zum Referenzmodell deutliche Entlastungen ergeben. Diese zeigen sich auch in Modell B – allerdings in geringerem Umfang (Abbildung 33). Dieser Effekt zeigt sich auch daran, dass Median und Mittelwert der Entlastung im Vergleich zum Status quo nunmehr durchgängig positiv sind.

Abbildung 29

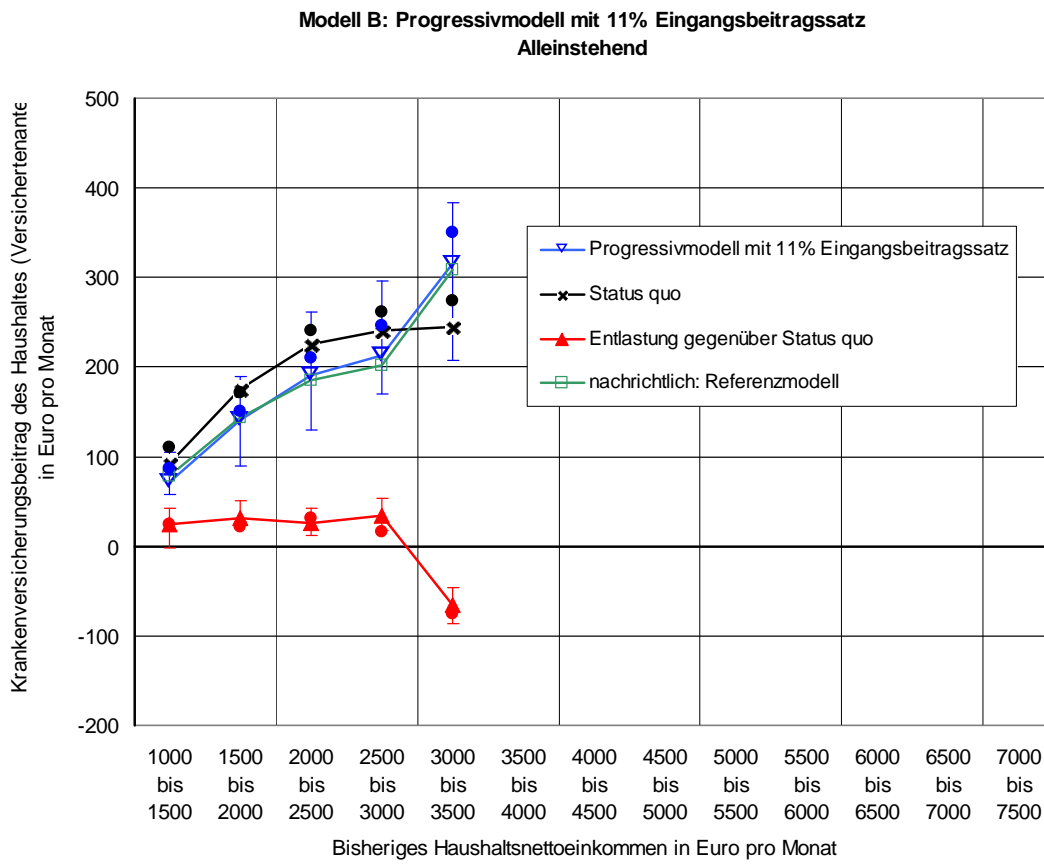


Abbildung 30

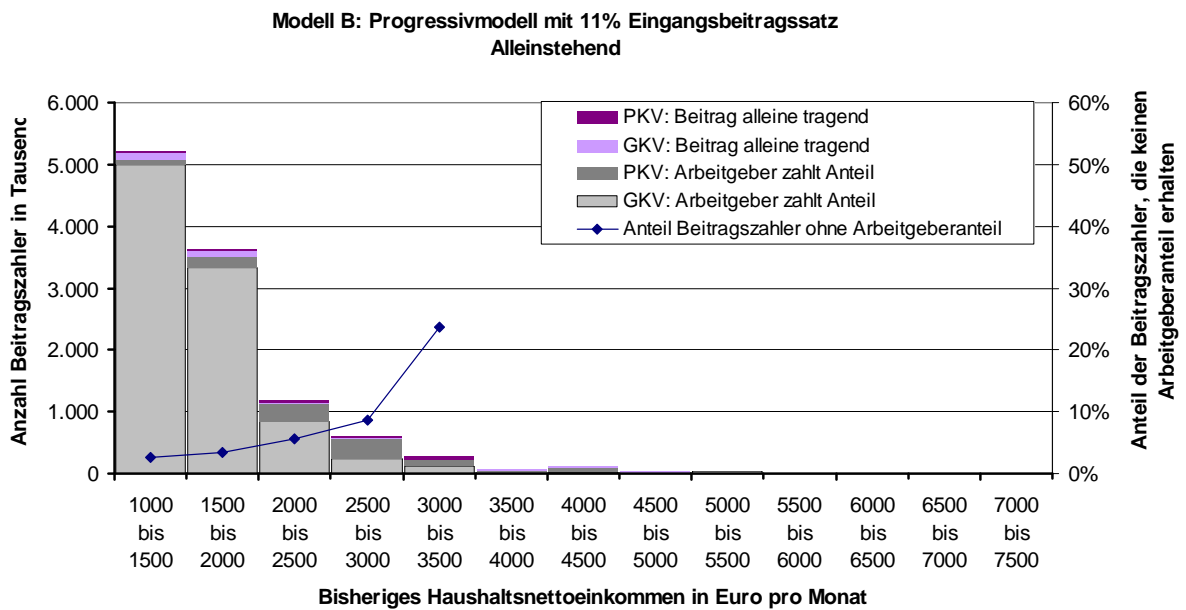


Abbildung 31

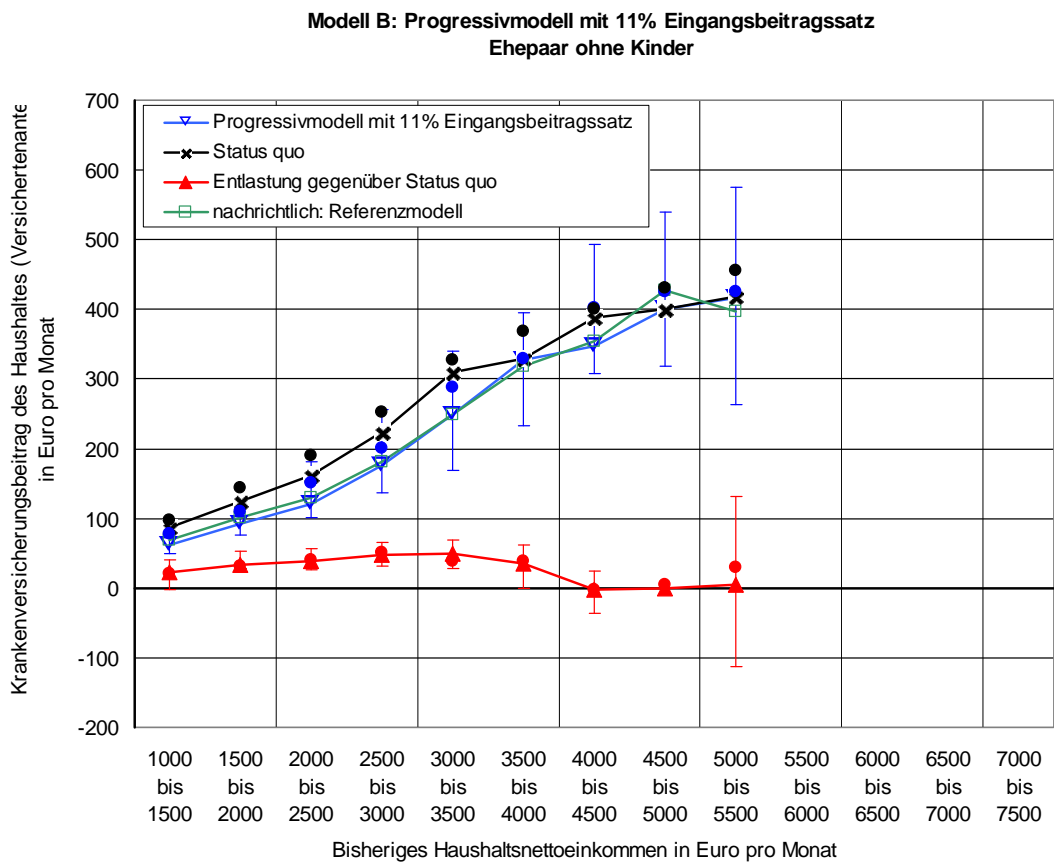


Abbildung 32

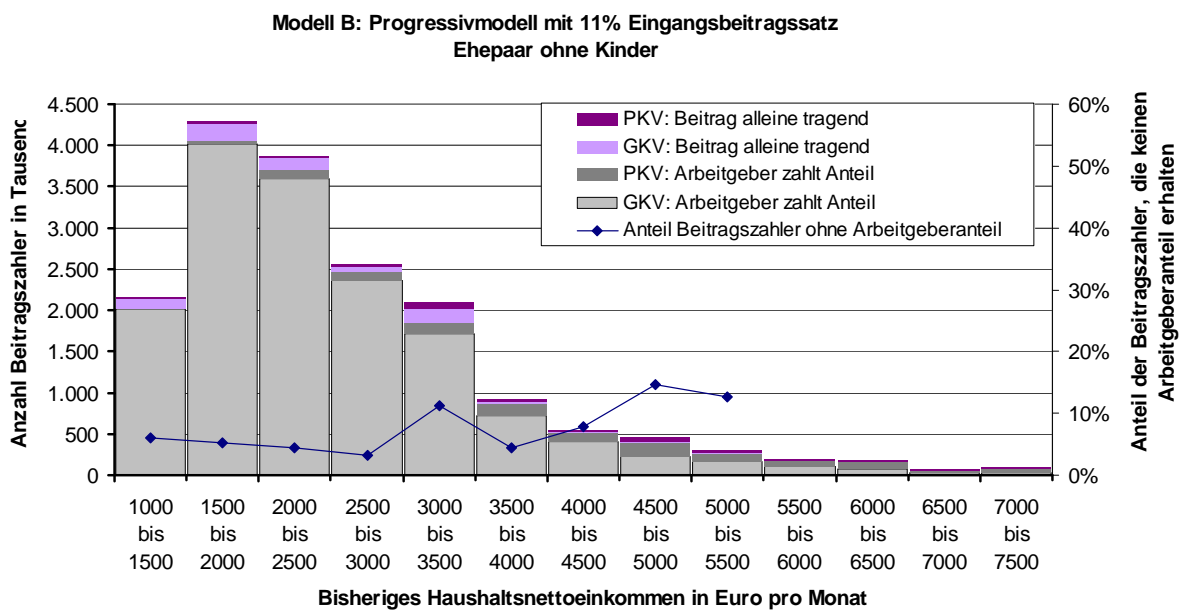


Abbildung 33

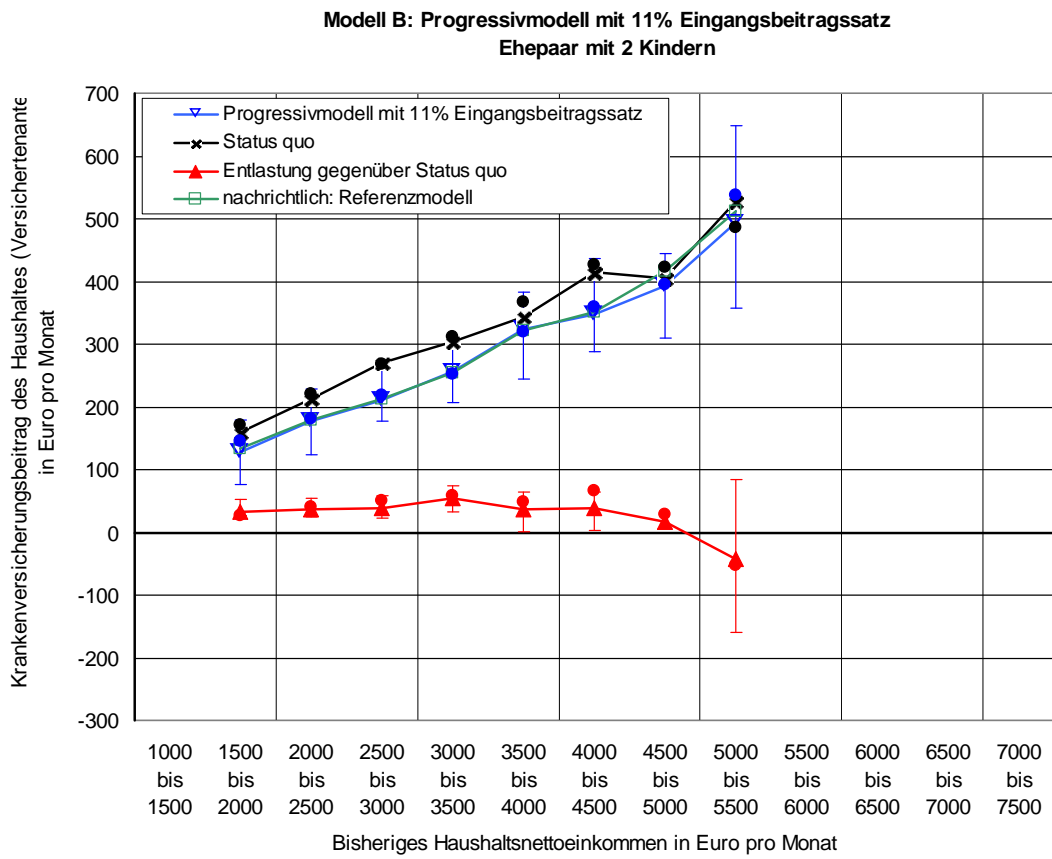
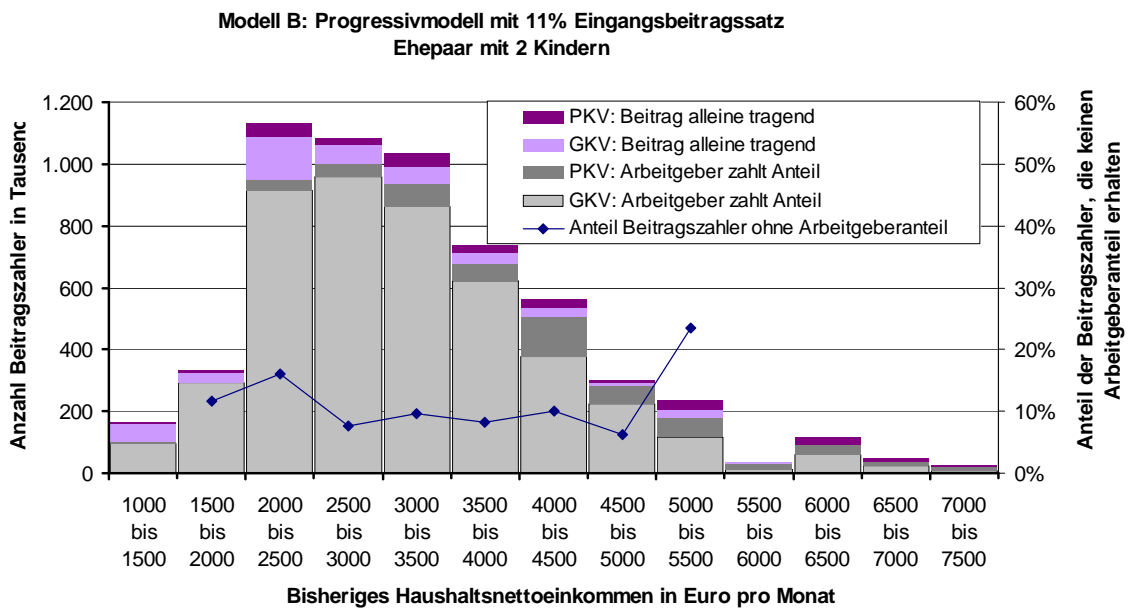


Abbildung 34



VII Fazit

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung leidet an einer strukturellen Einnahmeschwäche, die in der Vergangenheit zu permanent steigenden Beitragssätzen geführt hat, die sozialpolitisch unerwünscht sind. Gleichzeitig zeigen sich Gerechtigkeitsdefizite sowohl in Hinblick auf horizontale als auch auf vertikale Gerechtigkeit.

Die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in eine integrierte Sozialversicherung und die Berücksichtigung aller Einkommensarten („Bürgerversicherung“) würde die horizontale Gerechtigkeit verbessern und die Finanzierung nachhaltiger gestalten. Allerdings tragen diese beiden Maßnahmen nicht zur Lösung des Problems der vertikalen (Un-) Gerechtigkeit bei. Weiterhin führt die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommen bei Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze auf dem derzeitigen Stand dazu, dass vor allem kleinere und mittlere Einkommen belastet werden. Eine Möglichkeit dem entgegenzutreten, besteht in der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Allerdings wird das Problem der vertikalen (Un-) Gerechtigkeit auch bei einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nicht gelöst, da dann immer noch Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze beitragsfrei blieben und somit das Prinzip der Leistungsfähigkeit, nach dem höhere Einkommen zu höheren Beitragszahlungen führen sollten, durchbrochen wird.

Eine andere Option besteht daher darin, oberhalb der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze einen zusätzlichen, reduzierten Solidarbeitragssatz einzuführen. Entsprechende Berechnungen haben gezeigt, dass ein Solidarbeitragssatz in Höhe von 20 % des aktuellen Beitragssatzes und ein linear absteigender Tarifverlauf zwischen der Beitragsbemessungsgrenze und der doppelten Beitragsbemessungsgrenze fiskalisch äquivalent zu einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die derzeitige Grenze der Rentenversicherung ist (Rothgang/Arnold 2011).

Damit bleibt aber eine andere Problematik unberührt: die hohen Eingangsbelastungen auch für sehr niedriger Einkommen, die zu Fehlanreizen auf dem Arbeitsmarkt („disincentives to work“) führen. Dem könnte abgeholfen werden, indem der bislang proportionale Beitragstarif in einen progressiven Tarif überführt und damit einkommenssteuerähnlicher wird.

In dieser Studie wurde daher der Frage nachgegangen, wie ein solcher Tarif ausgestaltet sein könnte und welche Verteilungswirkungen sich ergeben, wenn er aufkommensneutral eingeführt wird. Hierbei wurde zunächst festgelegt, dass auch dieser „Progressivtarif“ aus drei Teilen bestehen soll: einem progressiven Beitragssatz bis zum Erreichen eines Maximums des Grenzbeitragssatzes, einem zweiten Teil, in dem dieser Beitragssatz bis auf die Höhe eines Solidarbeitrags abgesenkt wird und einem Solidarbeitragssatz, der dann einkommensproportional für weitere Einkommen wirkt. Eine weitere Setzung bestand darin, sowohl einen linear steigenden als auch – ab Erreichen der Beitragssatzbegrenzungsgrenze – einen linear sinkenden Tarif zu unterstellen. Unter diesen Annahmen ist eine aufkommensneutraler Tarif durch folgende Parameter bestimmt: den Eingangsbeitragssatz, den Höchstbeitragssatz und die Beitragssatzbegrenzungsgrenze.

Dabei zeigt sich, dass niedrige Eingangsbeitragssätze unvermeidlich zu hohen Höchstbeitragssätzen führen, und dies auch durch entsprechende Setzungen der Beitragsbemessungsgrenze (Beitragssatzbegrenzungsgrenze) und/oder des Solidarbeitragssatzes nicht beeinflusst werden kann. Die Mehrzahl der Beitragszahler hat Einkommen, die deutlich unter der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze liegen und nur in diesem Einkommensbereich wird der größte Teil der GKV-Beitragseinnahmen abgeschöpft. Damit zeigt sich, dass der Möglichkeit, den Beitragstarif progressiv zu gestalten, enge Grenzen gesteckt sind.

Für die Untersuchung der Verteilungswirkungen wurden infolge dessen zwei Eingangsbeitragssätze festgelegt, nämlich 10% und 11%, die nur eine schwache Progressivität zulassen. Die Beitragssatzbegrenzungsgrenze wurde dann so gewählt, dass der Höchstbeitragssatz minimiert wird, und für den Solidarbeitragssatz wurde ein Anteil von 20 % am Höchstbeitragssatz fixiert. Unter diesen Maßgaben wurden Verteilungsanalysen durchgeführt. Diese nach drei Haushaltstypen (Alleinstehende, Ehepaare ohne Kind, Ehepaare mit zwei Kindern) differenzierten Verteilungsanalysen zeigen dann auch im Vergleich zu einer Bürgerversicherung mit Solidarbeitragssatz, die als Referenzmodell dient, nur noch geringe Effekte. Zwar bestätigt sich die Reduktion der Beitragsbelastung für die niedrigen Einkommensgruppen, jedoch sind die Effekte nur gering ausgeprägt.

Das Element eines progressiven Beitragssatzes, das in diesem Gutachten erstmals zusätzlich zum Grundmodell einer Bürgerversicherung und zum Solidarbeitragssatz untersucht wurde, weist damit zwar in die gewünschte Richtung, zeigt aber nur quantitativ begrenzte Effekte, solange der Eingangsbeitragssatz nicht deutlicher abgesenkt werden kann. Das ist allerdings aus fiskalischen Gründen nur schwer möglich.

VIII Literatur

- Albrecht, Martin / Hofmann, Jürgen / Reschke, Peter / Schiffhorst, Guido / Sehlen, Stephanie* (2006): Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem. Berlin: IGES.
- Breyer, Friedrich* (2002): Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung, in: Schmollers Jahrbuch 122: 605-616.
- Bundesministerium für Gesundheit* (2008): Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV45 (1. bis 4. Quartal 2007), http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/kv45-4-07.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/kv45-4-07.pdf [27.11.2010]
- Bundesministerium für Gesundheit* (2009): GKV-Statistik KM1/13. Stand 8. Dezember 2009, http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_169/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/KM1JD2004-pdf-5112.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KM1JD2004-pdf-5112.pdf [27.11.2010].
- Döhler, Marian* (1994): Gesundheitsreform als Ausstieg aus der klassischen Sozialversicherung? in: Riedmüller, Barbara / Olk, Thomas (Hg.): Grenzen des Sozialversicherungsstaates. Sonderheft 1994 der Zeitschrift Leviathan. Opladen: Westdeutscher Verlag: 146-163.
- Dräther, Hendrik / Rothgang, Heinz* (2004): Die Familienmitversicherung für Ehepartner in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Problemanalyse und Lösungsvorschläge. ZeS-Arbeitspapier Nr. 9/04. Zentrum für Sozialpolitik: Universität Bremen.
- Engelen-Kefer, Ursula* (Hrsg.) (2004): Reformoption Bürgerversicherung. Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann. Hamburg: VSA.
- Greß, Stefan / Rothgang, Heinz* (2010): Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland – Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Härpfer, Marco / Cacace, Mirella / Rothgang, Heinz* (2009): And Fairness for all? Wie gerecht ist die Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem? Eine Berechnung des Kakwani-Index auf Basis der EVS. ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/2009. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Jacobs, Klaus / Langer, Bernhard / Pfaff, Anita B. / Pfaff, Martin* (2003): Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Friedrich Ebert-Stiftung: Gesprächskreis Arbeit und Soziales. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Musgrove, Philip* (2003): „Judging Health Systems: Reflections on WHO's Methods“, in: The Lancet 361 (9371): 1817-1820.
- Murray, Christopher / Knaul, Felicia / Musgrove, Phili / Xu, Ke / Kawabata, Kei* (2000): „Defining and measuring fairness in financial contribution to the Health System“, GPE Discussion Paper Series No. 24. Geneva: World Health Organization.

- Nachhaltigkeitskommission* [=Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme] (2003): Bericht der Kommission. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Nord, Erik* (2002): Measures of goal attainment and performance in the World Health Report 2000. A brief, critical consumer guide, in *Health Policy* (59): 183-191.
- PKV-Verband* [Verband der privaten Krankenversicherung e.V.] (2009): Zahlenbericht 2008/2009, Köln, https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_rechenschaftsberichte/zahlenbericht_2008_2009.pdf. [1.10.2010].
- PKV-Verband* [Verband der privaten Krankenversicherung e.V.] (2012): Zahlenbericht 2011/2012, Köln, https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2011_2012.pdf [31.3.2013].
- Reformkommission 2010* [= „Reformkommission für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“] (2010): Bürgerversicherung statt Kopfpauschale. Gemeinsame Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft. Berlin: DGB-Bundesvorstand, Abteilung Sozialpolitik.
- Reiners, Hartmut* (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*. Bern: Huber.
- Rothgang, Heinz / Arnold, Robert* (2011): Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag. WSI-Diskussionspapier Nr. 176. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans Böckler Stiftung
- Rothgang, Heinz / Arnold, Robert / Unger, Rainer* (2010b): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen http://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/gesundheit/veranstaltungen/von_der_idee_zum_reformmodell/file357085.pdf [3.06.2013]
- Rothgang, Heinz / Arnold, Robert / Unger, Robert* (2010a): Die Bürgerversicherung als Alternative zu den aktuellen Regierungsplänen für eine Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: *GGW*, 10, 4: 27-35.
- Rothgang, Heinz / Cacace, Mirella / Frisina, Lorraine / Grimmeisen, Simone / Schmid, Achim / Wendt, Claus* (2010c): *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Rothgang, Heinz / Götze, Ralf* (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung, in: Jacobs, Klaus / Schulze, Sabine (Hg.): *Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*. Berlin: KomPart-Verlag: 127-175.
- Rothgang, Heinz / Wasem, Jürgen / Greß, Stefan* (2005): Kopfprämienmodelle in der GKV. Lohnt sich ein Systemwechsel?, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Nr. 140. Essen: Universität Duisburg-Essen
- Sehlen, Stephanie / Schröder, Wilhelm F. / Schiffhorst, Guido* (2004): Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten, IGES-Papier Nr.04-06.

- SOEP Group* (2001): The German Socio-Economic Panel (GSOEP) after more than 15 years – Overview, in: Holst, Elke / Lillard, Dean R. / DiPrete, Thomas A. (Hg.): Proceedings of the 2000 Fourth International Conference of German Socio-Economic Panel Study Users (GSOEP2000), Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, 70, 1, S. 7–14.
- SPD* (2011): „Die Bürgerversicherung – solidarisch, gerecht und leistungsfähig“. Beschluss des SPD-Präsidiums vom 11. April 2011.
http://www.spd.de/presse/Pressemitteilungen/11396/20110411_beschluss_buergerversicherung.html.
- Spies, Thomas* (2006): Die Bürgerversicherung – zukunftsfähig und gerecht, Frankfurt: VAS-Verlag.
- Statistisches Bundesamt* (2005): Wirtschaftsrechnungen, Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte Fachserie 15 Heft 4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Strengmann-Kuhn, Wolfgang* (Hrsg.) (2005): Das Prinzip Bürgerversicherung. Die Zukunft im Sozialstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walendzik, Anke / Greß, Stefan / Manouguian, Maral / Wasem, Jürgen* (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Campus Essen Nr. 165.
- Wasem, Jürgen / Greß, Stefan* (2002): Gleichheit und Gerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung, in: Fouzouni, Behnam / Güntert, Bernhard (Hg.): Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Berlin, Logos: 107-18.
- Wille, Eberhard* (2010): Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 15, 3: 102-104.
- WHO, 2000: The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance.* Geneva: World Health Organization.

IX Technischer Anhang²²

IX.1 Datengrundlage und Grundgesamtheit der Simulation

Die vorliegende Untersuchung basiert auf dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP), das seit 1984 als jährliche Wiederholungsbefragung von anfänglich circa 12.000 befragten Personen ab 16 Jahren in Privathaushalten vom *Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung* in Berlin (DIW) durchgeführt wird (vgl. SOEP Group 2001). Für die Erhebungsjahre ab 2000 stehen Informationen über mehr als 20.000 befragte Personen zur Verfügung. Die Ergebnisse der Simulationen beruhen auf den Angaben für das Jahr 2007. Da viele Einkommens- und Vermögensangaben im SOEP retrospektiv für das Vorjahr der Befragung erhoben werden, werden daher insgesamt die Befragungsjahre 2007 und 2008 herangezogen. Grundgesamtheit der Simulation bilden die GKV- und PKV-Versicherten in Deutschland des Jahres 2007. Versicherte der Landwirtschaftlichen Krankenkassen wurden aufgrund der Sonderstellung innerhalb der GKV von der Analyse ausgeschlossen.

Die Verteilungsanalysen (Be- und Entlastungen im Krankenversicherungsbeitrag in den einzelnen Simulationen des Beitragssatzes unter Anwendung unterschiedlicher Ausgestaltungen) werden für die ersten drei Haushaltstypen in Tabelle 3 getrennt vorgenommen. Insgesamt werden damit etwa $\frac{2}{3}$ aller GKV- und PKV-Versicherten abgedeckt.

Tabelle 3: Verteilung der Haushaltstypen

Haushaltstyp	Anteil	Summe der Anteile
Alleinstehend	21,33%	67,66%
Paar ohne Kinder	29,01%	
Paar mit zwei Kinder	17,32%	
Paar mit einem Kind	15,21%	32,35% ¹⁾
Alleinerziehend	7,89%	
Sonstige	9,25% ¹⁾	

¹⁾ Abweichungen von der 100%-Summe kommen durch Rundungen zustande.
Quelle: SOEP (2007/2008), eigene Berechnungen.

IX.2 Hochrechnung des SOEP an die GKV- und PKV-Versicherten in Deutschland

Das SOEP wurde auf die 69,4 Mio. GKV- und 8,5 Mio. PKV-Versicherten in Deutschland im Jahr 2007 hochgerechnet (im Jahr 2007 sind 70,3 Mio. Personen Mitglieder der GKV, wovon 887 Tausend auf die Mitglieder der Landwirtschaftlichen Kassen entfallen, die im Folgenden

²² Da die Berechnungen soweit wie möglich analog an die von Rothgang/Arnold 2011 angelehnt wurden, stimmen auch die Ausführungen in diesem technischen Anhang überein.

nicht berücksichtigt werden). Da Kinder bis zum Lebensalter von 15 Jahren im SOEP nicht selbst befragt werden, wird ersatzweise die Zuordnung zum Personenkreis der GKV- bzw. PKV-Versicherten über den Haushaltsvorstand vorgenommen.

In den SOEP-Daten führen Fragen zu Problemen bei der Modellrechnung, die von den Befragten nicht beantwortet wurden. Problematisch sind auch Personen, die nicht in beiden hier verwendeten Befragungsjahren (2007 und 2008) teilgenommen haben. Personen, bei denen für die Modellrechnung benötigte Daten fehlen, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Damit dennoch die Gesamtzahl der GKV- und PKV-Versicherten stimmt, wurden die im SOEP vorhandenen Hochrechnungsfaktoren so angepasst, dass die Gesamtzahl der Beihilfeberechtigten PKV-Versicherten (getrennt nach Frauen, Kindern und Männern), die der nicht beihilfeberechtigten PKV-Versicherten und die Anzahl der GKV-Versicherten mit den Daten aus den entsprechenden Versicherten-Statistiken von PKV und GKV übereinstimmen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anhebungsfaktoren für die SOEP-Hochrechnungsfaktoren

Personengruppe	Anzahl Personen in Mio.	Anhebungsfaktor des SOEP-Hochrechnungsfaktors
GKV-Versicherte	69,4	1,35
Privat Versicherte		
Männer mit Beihilfeanspruch	1,72	1,54
Frauen mit Beihilfeanspruch	1,64	1,70
Kinder mit Beihilfeanspruch	0,79	1,66
Ohne Beihilfeanspruch	4,40	1,42

Quellen: Verband der privaten Krankenversicherung 2009, S. 29, Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 67 und eigene Berechnungen auf Basis des SOEP (2007/2008).

IX.3 Kalibrierung des beitragspflichtigen Entgelts

Damit die Gesamtsumme der aus den Einkommensangaben im SOEP berechneten beitragspflichtigen Einkommen (siehe unten) im Status quo mit dem beitragspflichtigen Entgelt der GKV im Jahr 2007 übereinstimmt, wurden die Einkommen im SOEP einheitlich mit dem Faktor 0,8455645 angepasst.

Auf diese Weise ergibt sich ein beitragspflichtiges Einkommen von gerundet 954,7 Mrd. Euro. Es wurde berechnet als Rückschluss auf das beitragspflichtige Einkommen mittels des Beitragssatzes von 14,8% aus der Summe von Pflichtbeiträgen, Renten, Versorgungsbezügen und freiwilligen Beiträgen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2008, S. 166, Konten 2000, 2020, 2025 und „Beiträge der versicher.-berechtigten Mitglieder“), wobei jeweils die Beiträge zu landwirtschaftlichen Kassen abgezogen wurden.

IX.4 Verwendete Einkommensvariablen

Arbeitseinkommen

Die Arbeitseinkommen werden den Retrospektivangaben für das Jahr 2007 aus dem Befragungsjahr 2008 entnommen. Als Arbeitseinkommen werden herangezogen: Bruttolohn/Gehalt als Arbeitnehmer, Sondervergütungen (13. und 14. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Sonstige), Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Einkommen aus Nebenerwerbstätigkeit, Altersrenten und Pensionen, Kriegsopferversorgung, Unfallversicherung, Zusatzversorgung des Öffentlichen Dienstes, Betriebliche Altersversorgung, Arbeitslosengeld I. Zur Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Beiträge an die gesetzliche Krankenversicherung wurde das Arbeitslosengeld I verdoppelt, weil es selbst im Ergebnis grob 40 % des letzten Bruttoentgelts ausmacht und der Gesetzgeber die Bemessungsgrundlage auf 80% davon festgelegt hat ($1/0,4 \times 0,8 = 2$).

Vermögenseinkommen

Die Vermögensangaben werden den Retrospektivangaben für das Jahr 2007 aus dem Befragungsjahr 2008 entnommen. Als Vermögenseinkommen werden (1) die Einkommen aus Wertpapieren (Zinsen, Dividenden und Gewinnen aus allen Wertanlagen) sowie (2) die Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gewertet.

Ad (1): Die Einnahmen aus Zinsen und Dividenden liegen als metrische und als kategoriale Variable vor. Wenn die metrische Angabe nicht beantwortet wurde, wurde ersatzweise die kategoriale Variable herangezogen. Zur Umrechnung der kategorialen Variable wurden jeweils die Klassenmittelwerte zugrunde gelegt, sowie für die unterste Kategorie (unter 250 Euro) und die nach oben offene, oberste Kategorie (10.000 Euro und mehr) die Mittelwerte, die sich bei Anwendung dieser Kategorien auf die metrische Variable ergeben (98 Euro bei Anwendung der untersten und 58.600 Euro bei Anwendung der obersten Kategorie). Da die Vermögensangaben nur haushaltsbezogen vorliegen, wurden sie entsprechend dem Familienstand Personen zugerechnet. D.h. bei verheirateten Personen wurde das Vermögen gleichmäßig beiden Ehepartnern und bei Unverheirateten dem Haushaltsvorstand in voller Höhe zugerechnet. Falls der Betrag negativ ist, wird er mit null angesetzt.

Ad (2): Von den Bruttoeinnahmen aus Vermietung und Verpachtung wurden die Ausgaben abgezogen, die steuerlich abgesetzt bzw. als Verlust geltend gemacht werden können. Wenn das einen negativen Betrag ergab, wurden sie mit null angesetzt.

Seit 2007 erschienene WSI-Diskussionspapiere

156. **Brehmer, Wolfgang/Seifert, Hartmut:** Wie prekär sind atypische Beschäftigungsverhältnisse? Eine empirische Analyse, November 2007
157. **Tangian, Andranik, S.:** Is the work in Europe decent? A study based on the 4th European survey of working conditions 2005, Dezember 2007
158. **Klenner, Christina/Pfahl, Svenja:** Jenseits von Zeitnot und Karriereverzicht - Wege aus dem Arbeitszeitdilemma, Arbeitszeiten von Müttern, Vätern und Pflegenden, Januar 2008
159. **Tangian, Andranik, S.:** Towards Consistent Principles of Flexicurity, April 2008
160. **Tangian, Andranik, S.:** On the European Readiness for Flexicurity: Empirical Evidence with OECD/HBS Methodologies and Reform Proposals, April 2008
161. **Bothfeld, Silke/Ullmann, Karen:** The German Employment Protection Act - How does it work in company practice?, Juni 2008
162. **Ziegler, Astrid:** Standortverlagerung und Ausgliederung - Ausmaß, Struktur und Auswirkungen auf die Beschäftigten. Eine Auswertung auf Basis der WSI-Betriebsrätebefragung 2007, August 2008
163. **Grimmeisen, Simone/Leiber, Simone:** Zwischen Kostenprivatisierung und PatientInnenautonomie: Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik, März 2009
164. **Schulten, Thorsten:** Guter Lohn für gute Rente, Juni 2009
165. **Tangian, Andranik, S.:** Towards computer-aided collective bargaining: Enhancing the trade unions position under flexicurity, Juni 2009
166. **Leiber, Simone:** Armutsvermeidung im Alter: Handlungsbedarf und Handlungsoptionen, Juni 2009
167. **Bogedan, Claudia/Herzog-Stein, Alexander/Klenner, Christina/Schäfer, Claus:** Vom Schutzschirm zum Bahnbrecher - Anforderungen an die Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik in der Wirtschaftskrise, August 2009
168. **Tangian, Andranik, S.:** Six families of flexicurity indicators developed at the Hans Boeckler Foundation, November 2009
169. **Herzog-Stein, Alexander/Seifert, Hartmut:** Deutsches „Beschäftigungswunder“ und Flexible Arbeitszeiten, Februar 2010
170. **Brehmer, Wolfram/Klenner, Christina/Klammer, Ute:** Wenn Frauen das Geld verdienen - eine empirische Annäherung an das Phänomen der „Familienernährerin“, Juli 2010
171. **Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner/Schulten, Thorsten:** German Collective Bargaining in a European Perspective - Continuous Erosion or Re-Stabilisation of Multi-Employer Agreements?, August 2010
172. **Dribbusch, Heiner:** Tarifkonkurrenz als gewerkschaftspolitische Herausforderung: Ein Beitrag zur Debatte um die Tarifeinheit, August 2010
173. **Tangian, Andranik, S.:** Representativeness of German parties and trade unions with regard to public opinion Titel, September 2010

174. **Wolf, Elke:** Lohndifferenziale zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten in Ost- und Westdeutschland, Dezember 2010
175. **Ahlers, Elke:** Belastungen am Arbeitsplatz und betrieblicher Gesundheitsschutz vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, Februar 2011
176. **Rothgang, Heinz/Arnold, Robert:** Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag, März 2011
177. **Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner:** Collective bargaining, decentralisation and crisis management in the German metalworking industries since 1990, Oktober 2011
178. **Bispinck, Reinhard/Schulten, Thorsten:** Trade Union Responses to Precarious Employment in Germany, Dezember 2011
179. **Tangian, Andranik:** Statistical Test for the Mathematical Theory of Democracy, February 2012
180. **Becker, Irene/Hauser, Richard:** Kindergrundsicherung, Kindergeld und Kinderzuschlag: Eine vergleichende Analyse aktueller Reformvorschläge, März 2012
181. **Blank, Florian/Wiecek, Sabrina:** Die betriebliche Altersversorgung in Deutschland: Verbreitung, Durchführungswege und Finanzierung, September 2012
182. **Keller, Berndt/Schulz, Susanne/Seifert, Hartmut:** Entwicklungen und Strukturmerkmale der atypisch Beschäftigten in Deutschland bis 2010, Oktober 2012 (korr. Fassung vom 31. 10. 2012)
183. **Beck, Stefan:** Öffentliche Beschaffung von IT-Mitteln (PCs) unter Berücksichtigung sozialer Kriterien, Dezember 2012
184. **Klenner, Christina/Brehmer, Wolfram/Plegge, Mareen/Bohulskyy, Jan:** Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen, Eine empirische Analyse für Deutschland, Mai 2013
185. **Bieback, Karl-Jürgen:** Verfassungs- und sozialrechtliche Probleme einer Änderung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV, Juni 2013
186. **Tangian, Andranik:** 2013 Election to German Bundestag from the Viewpoint of Direct Democracy, October 2013
187. **Rothgang, Heinz/Arnold, Robert:** Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem progressiven Beitragssatz, Dezember 2013