



IW-Analysen 143

Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität?

**Eine Vermessung des Solidaritätsprinzips
in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Martin Beznoska / Jochen Pimpertz / Maximilian Stockhausen

Forschungsberichte aus dem
Institut der deutschen Wirtschaft

IW-Analysen 143

Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität?

**Eine Vermessung des Solidaritätsprinzips
in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Martin Beznoska / Jochen Pimpertz / Maximilian Stockhausen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek.

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-602-15029-8 (Druckausgabe)

ISBN 978-3-602-45644-4 (E-Book|PDF)

Die IW-Analyse ist Bestandteil des von der Carl Deilmann-Stiftung geförderten Forschungsprojekts „Solidarität in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“.

In dieser Publikation wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit regelmäßig das grammatische Geschlecht (Genus) verwendet. Damit sind hier ausdrücklich alle Geschlechteridentitäten gemeint.

Herausgegeben vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V.

© 2021 Institut der deutschen Wirtschaft Köln Medien GmbH

Postfach 10 18 63, 50458 Köln

Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln

Telefon: 0221 4981-450

iwmedien@iwkoeln.de

www.iwmedien.de

Titelbild: [gettyimages/bgblue](#)

Druck: Elanders GmbH, Waiblingen



Inhalt

| | |
|---|----|
| Zusammenfassung | 4 |
| 1 Prolog: Bürgerversicherung und Solidarität | 5 |
| 2 Solidarität aus ökonomischer Perspektive | 9 |
| 2.1 Normative Begründungen des Solidaritätsbegriffs | 9 |
| 2.2 Umverteilung als ökonomisches Abgrenzungskriterium | 12 |
| 3 Schadensausgleich, Risiko- und sozialer Ausgleich | 15 |
| 3.1 Versicherungsprinzip: Schadensausgleich in der GKV | 15 |
| 3.2 Solidaritätsprinzip: Risiko- und sozialer Ausgleich | 19 |
| 3.3 „Gute“ und „schlechte“ Risiken: eine statische Betrachtung | 22 |
| 3.4 Exkurs: Beitragsparität und Beitragsfreiheit | 23 |
| 4 Solidarität in der Bürgerversicherung: empirische Simulation | 25 |
| 4.1 Methodisches Vorgehen und erste Befunde | 25 |
| 4.2 Simulationsszenarien | 32 |
| 4.3 Solidarisch finanzierte Ausgaben in GKV und Bürgerversicherung | 40 |
| 4.4 Doppelte Beitragsbemessungsgrenze für Ehepaare | 45 |
| 4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse | 48 |
| 5 Ökonomische Einordnung und Diskussion | 49 |
| 5.1 Verschiebung solidarischer Lasten in einem alternden Kollektiv | 49 |
| 5.2 Verfestigung statt Korrektur von Fehlanreizen | 53 |
| 5.3 Polit-ökonomische Einordnung | 58 |
| 6 Epilog: Bürgerversicherung ohne Lösungsperspektive | 61 |
| Literatur | 64 |
| Abstract | 69 |
| Autoren | 71 |

Zusammenfassung

Das Solidaritätsprinzip prägt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Bislang leisten rund vier von zehn Versicherten einen Solidarbeitrag, weil sie mehr einzahlen, als es ihren alters- und geschlechtsabhängigen Durchschnittsausgaben entspricht. Andersherum ist es bei sechs von zehn GKV-Versicherten. Insgesamt werden knapp 37 Prozent der GKV-Ausgaben aus solidarischer Umverteilung finanziert. Mit einer Bürgerversicherung sollen das Solidaritätsprinzip gestärkt und die Lasten den Befürwortern zufolge „gerechter“ verteilt werden. Wendet man die bestehenden GKV-Regeln in einer Bürgerversicherung auf die gesamte Bevölkerung an, ließe sich der Beitragssatz zwar um 0,8 bis 1,0 Prozentpunkte senken und bislang gesetzlich versicherte Personen würden dauerhaft entlastet. Demografischer Wandel, medizinisch-technischer Fortschritt und Fehlanreize sorgen aber weiterhin für einen überproportional starken Anstieg der Ausgaben. Deshalb würde der Beitragssatz bereits nach rund sechs Jahren wieder das Ausgangsniveau erreichen – Tendenz weiter steigend. Trotz der veränderten Lastverteilung im Querschnitt würde das Solidaritätsprinzip nicht nachhaltig gestärkt. Während nämlich der Anteil der Nettozahler, der bei reduziertem Beitragssatz einen Solidarbeitrag entrichtet, in einer Bürgerversicherung nur leicht stiege, würde der Anteil der solidarisch finanzierten Ausgaben kaum das Ausgangsniveau in der bisherigen GKV erreichen. Mehr noch: Der solidarische Ausgleich in einer alternden Bevölkerung lässt sich nur zulasten der intergenerativen Solidarität organisieren. Denn die jeweils jüngeren Kohorten müssen bei steigenden Beitragssätzen immer höhere Solidarlasten schultern. Damit gerät das Solidaritätsprinzip selbst unter Rechtfertigungsdruck. Eine Begrenzung umlagefinanzierter Leistungsansprüche – ergänzt um kapitalgedeckte Finanzierungselemente – könnte dagegen helfen, solidarische Umverteilung auch intergenerativ gerecht zu organisieren.

1 Prolog: Bürgerversicherung und Solidarität

Spätestens seit dem Bericht der „Rürup-Kommission“ ist die Idee einer Bürgerversicherung in der politischen Debatte fest etabliert (Reformkommission, 2003, 143 ff.). Der Vorschlag sieht die Ausweitung der Pflichtversicherung auf die gesamte Bevölkerung vor und damit die Überwindung des historisch gewachsenen, nach dem Erwerbsstatus und der Entgelthöhe differenzierenden Nebeneinanders von umlagefinanzierter gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung im Anwartschaftsdeckungsverfahren (PKV). Anfänglich als Reformmodell für die GKV diskutiert (Rothgang/Arnold, 2011), wird das Modell seit etwa einem Jahrzehnt auch zur Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) vorgeschlagen (Rothgang et al., 2011; Rothgang/Domhoff, 2019). Begründet wird ein bevölkerungseinheitliches Versicherungssystem sowohl mit Gerechtigkeitserwägungen als auch mit dem Hinweis auf das Solidaritätsprinzip, das durch eine Ausweitung der Pflichtversicherung gestärkt werden könne (Deutscher Bundestag, 2019a; 2019b). Im Mittelpunkt dieser IW-Analyse steht die Frage, welche Implikationen eine Bürgerversicherung für das Solidaritätsprinzip in der GKV hätte.

Diese Fragestellung ist keineswegs trivial. Solidarität und Gerechtigkeitserwägungen basieren nämlich auf unterschiedlichen normativen Bezugssystemen. Die theoriegeleitete Auseinandersetzung mit dem Solidaritätsbegriff liefert bislang jedoch kaum operationalisierbare Kriterien für eine Unterscheidung (Höffe, 2018). Dies mag erklären, warum der Solidaritätsbegriff im öffentlichen Raum vielfach als Chiffre verwendet wird, um eine Lastverteilung nach alternativen Gerechtigkeitsvorstellungen anzumahnen sowie höhere Beitragseinnahmen anzustreben. Deshalb gilt es, vorab mit einigen Überlegungen den Fokus der Analyse zu schärfen:

- Aus ökonomischer Sicht wird vielfach argumentiert, dass das Bürgerversicherungsmodell keine Lösung für zentrale Steuerungsprobleme biete. So werden als mögliche Ursachen für das überproportional starke Wachstum der GKV-Ausgaben (Pimpertz, 2019a, 129 f.) institutionell bedingte Fehlreize angeführt. Die resultieren zum einen aus der steuerähnlichen Wirkung

der lohnproportionalen Beitragsfinanzierung, zum anderen aus den Steuerungswirkungen, die zum Beispiel von einem korporatistisch organisierten System mit administrierten oder zentral verhandelten Preisen ausgehen (Pimpertz, 2001, 44 ff.; 2019b, 6, 19 f.). Allein die Ausweitung des pflichtversicherten Personenkreises verringert aber weder (Fehl-)Anreize für GKV-Versicherte und Leistungserbringer, noch setzen anreiztheoretisch begründete Reformvorschläge für die GKV zwingend eine Bürgerversicherung voraus. Mit Blick auf langfristige Entwicklungen wird zudem darauf verwiesen, dass die Alterung der Bevölkerung in umlagefinanzierten Systemen intergenerative Lastverschiebungen verursache, die ein Bürgerversicherungsmodell nach GKV-Regeln nicht durchbrechen könne (Kochskämper, 2019, 8 f.; Kochskämper/Pimpertz, 2015; SVR, 2003, 210 ff.).

- Während sich die ökonomische Argumentation an dem Effizienzkriterium orientiert, werden in der politischen Debatte eher außerökonomische Normen ins Feld geführt, um das Bürgerversicherungsmodell zu bewerben. Zum einen heißt es, das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung widerspreche dem Gleichbehandlungsgrundsatz, weil eine Wahl zwischen beiden Optionen nur einem eingeschränkten Personenkreis eingeräumt wird. Dieses Kriterium ist auch für ordnungsökonomische Analysen schlagend, erfordert darüber hinaus aber eine Abwägung der Kosten und Nutzen eines Systemwechsels, die aus den Pfadabhängigkeiten der umlagefinanzierten GKV und anwartschaftsgedeckten PKV resultieren. Vor allem aus verteilungspolitischer Perspektive bestehen Zweifel daran, ob angesichts der demografischen Entwicklung eine Ausweitung des Umlageverfahrens auf die gesamte Bevölkerung das Mittel der Wahl ist (Eekhoff et al., 2008, 75 ff.; Pimpertz, 2001, 68 ff.).
- Zudem verlautet in der politischen Debatte, das bestehende Beitragsrecht bilde die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten nur eingeschränkt ab (Deutscher Bundestag, 2019b). Besserverdienende Privatversicherte profitierten davon, weil sie sich der Finanzierung solidarischer Aufgaben zu ihrem Vorteil entzögen – ein im politischen Raum häufig anzutreffendes Argument. Im Umkehrschluss legt diese These nahe, dass das Solidaritätsprinzip in der GKV mit einer Ausweitung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung gestärkt werden könne. Dabei blendet das

Argument aus, dass bereits mit der Erfüllung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht die Gefahr von Freifahrerverhalten gebannt werden kann und vor diesem Hintergrund eine Zwangsmitgliedschaft in einer solidarisch organisierten GKV ökonomisch kaum zu rechtfertigen ist (Höffe, 2018; Pimpertz, 2001, 98 ff.). Darüber hinaus suggeriert die Aussage eine vermeintliche Alternativlosigkeit des umlagefinanzierten GKV-Systems. Ein bevölkerungsumfassendes System in Form einer anwartschaftsgedeckten Variante wird dagegen kaum diskutiert (eine Ausnahme ist Eekhoff et al., 2008).

- Der Begriff „Bürgerversicherung“ kennzeichnet – anders als im politischen Sprachgebrauch – nicht etwa ein System mit festen Parametern. Vielmehr wird die Idee in unterschiedlichen Varianten vorgetragen: Erstens unterscheiden sich die Vorschläge nach den Personengruppen, die in einem ersten Schritt in die umlagefinanzierte GKV einbezogen werden sollen (bislang privat versicherte abhängig Beschäftigte, Selbstständige, beihilfeberechtigte Beamte). Zweitens wird die Idee oftmals mit einer Ausweitung der Beitragsbemessung auf bislang nicht beitragspflichtige Einkommensbestandteile kombiniert (Rothgang/Arnold, 2011). Dies wirft zusätzliche verteilungspolitische Fragen auf. Dazu stellt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) fest, dass die lohnbezogene Beitragsfinanzierung grundsätzlich eine versicherungstypische Umverteilung darstellt (SVR, 2005, 354 ff.). Er spricht sich deshalb im Fall einer bevölkerungseinheitlichen Versicherungslösung für eine prämiendifinanzierte Variante aus (SVR, 2008, 394 ff.).
- Angesichts der vielfältigen Modellvarianten lässt sich im politischen Diskurs nicht immer eindeutig klären, ob mit einer Bürgerversicherung oder inhaltlich verwandten Begriffen eine finanzielle Entlastung der bestehenden Solidargemeinschaft angestrebt wird, eine alternative Verteilung der Finanzierungslasten oder weitere Ziele (Kochskämper, 2019, 9 f.). Bisweilen erwecken die Auswahl der zu integrierenden Personengruppen und die Variation der Beitragsbemessung den Eindruck, dass es vielmehr um das Schöpfen zusätzlicher Beitragseinnahmen für die GKV ginge. Dies mag auch daran liegen, dass für den Status quo bislang ungeklärt ist, in welchem Umfang Leistungsausgaben der GKV solidarisch finanziert werden. Ebenso bleibt

offen, wie sich dieser Anteil mit dem Übergang zu einem bevölkerungseinheitlichen Versicherungssystem nach GKV-Regeln verändern würde.

- Diese Unklarheit erschwert die Einordnung empirischer Studien, in denen meist beitragsrechtliche Variationen mit einer Ausweitung der Pflichtversicherung kombiniert werden. Anders verhält es sich in zwei Studien, die das IGES-Institut im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung angefertigt hat und die sich ausschließlich auf die Erweiterung des Versichertenkreises konzentrieren. Darin werden die Effekte einer erweiterten Pflichtversicherung sowohl auf der Einnahmenseite nach bestehendem GKV-Beitragsrecht als auch auf der Ausgabenseite simuliert. Beide Studien kommen zu dem Ergebnis, dass eine – jeweils getrennt modellierte – Integration von Selbstständigen und Beamten den Beitragssatz in der GKV zum Zeitpunkt der Umstellung um etwa 0,1 respektive 0,25 bis 0,4 Prozentpunkte reduzieren könnte (Albrecht et al., 2016; Ochmann et al., 2017). Die Befunde könnten demnach im Sinne einer Stärkung des Solidaritätsprinzips interpretiert werden. Doch werfen auch diese beiden Studien Fragen hinsichtlich der Modellierung einer Bürgerversicherung auf: Zum einen werden einzelne Erwerbsgruppen sequenziell simuliert, statt die gesamte Bevölkerung zu betrachten. Das steht im Widerspruch zu der Idee einer Bürgerversicherung. Zum anderen werden in der Simulation für bislang beihilfeberechtigte Personen zusätzliche Erwerbseinkünfte zum Beispiel aus selbstständiger Nebentätigkeit berücksichtigt (Ochmann et al., 2017, 13). Auch für bislang privat versicherte Selbstständige orientiert sich die Modellierung an dem beitragsrechtlichen Statut der freiwilligen GKV-Versicherung nach § 240 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch SGB V (Albrecht et al., 2016, 11). Die für die Höhe des individuellen Beitrags relevante Unterscheidung nach freiwilliger und Pflichtmitgliedschaft würde aber mit einer Bürgerversicherung entfallen. Darüber hinaus erfolgt in den Studien keine analytische Auseinandersetzung mit dem Solidaritätsprinzip.

Um in der wissenschaftlichen wie politischen Argumentation zwischen den Auswirkungen einer Bürgerversicherung auf das Solidaritätsprinzip und den Konsequenzen alternativer Gerechtigkeitsvorstellungen unterscheiden zu können, ist zunächst darüber zu reflektieren, wie der Solidaritätsbegriff mithilfe ökonomischer Analyseverfahren operationalisiert werden kann (Kapitel 2). Modellhaft werden dazu für die GKV unterschiedliche Dimensionen von

Solidarität anhand von Umverteilungswirkungen beschrieben, die über eine marktliche Versicherungslösung hinausgehen (Kapitel 3). Welcher Anteil der GKV-Leistungsausgaben durch solidarische Umverteilungen finanziert wird und inwieweit eine Ausweitung des pflichtversicherten Personenkreises diesen Solidarausgleich für die Bestandsversicherten der GKV verändert, wird in einer komparativ-statischen Betrachtung für einen fiktiven Umstellungszeitpunkt empirisch simuliert (Kapitel 4). Vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung sind dann ordnungsökonomische Ableitungen zu diskutieren (Kapitel 5). Schließlich werden die Ergebnisse in Kapitel 6 zusammengefasst.

2 Solidarität aus ökonomischer Perspektive

Das Solidaritätsprinzip gilt als das prägende Gestaltungsmerkmal deutscher Sozialpolitik, insbesondere in der GKV. Umgangssprachlich formuliert bedeutet das: Der Zugang zur medizinischen Versorgung soll sich nach dem individuellen Bedarf richten, der Beitrag sich aber risikounabhängig an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten orientieren (Ullrich, 2000, 40; Simon, 2013, 264). Auch wenn das sozialpolitische Leitbild in der Gesellschaft mehrheitlich akzeptiert wird, ist die politische Debatte von einem Diskurs über Inhalt, Umfang und Grenzen des Solidaritätsbegriffs geprägt. Für die ökonomische Analyse ist aber die Definition von Solidarität zwingende Voraussetzung, um intendierte Wirkungen im Status quo messen und deren Veränderungen durch politische Eingriffe kontrollieren zu können. Deshalb steht eine Auseinandersetzung mit dem Solidaritätsbegriff am Anfang der Überlegungen.

2.1 Normative Begründungen des Solidaritätsbegriffs

In der wissenschaftlichen Literatur bemühen sich vor allem sozialphilosophische Beiträge um eine Begründung und Beschreibung des Solidaritätsprinzips. Ohne die Diskussion ausführlich wiedergeben zu wollen, ist den Beiträgen doch gemeinsam, dass der Begriff in der Regel in Abgrenzung zu oder in Ergänzung um weitere Gestaltungsprinzipien interpretiert wird:

- Allgemein kennzeichnet Solidarität Gemeinschaften, deren Mitglieder nicht ausschließlich eigenverantwortlich handeln, sondern sich gegenseitig Hilfe und Unterstützung gewähren (Ribhegge, 2004, 42).
- Der Begriff wird zum einen im Sinne einer moralischen Kategorie eingesetzt, zum Beispiel in christlichen Religionsgemeinschaften als Verhaltenserwartung oder -gebot. Zum anderen wird der Begriff deskriptiv verwendet und kennzeichnet dann gemeinsam geteilte Einstellungen und daraus resultierendes Verhalten (Bobbert, 2007, 182; Haversath, 2012, 2 f.; Wildt, 2007, 40 f.).
- Solidargemeinschaften sind als freiwillige Zusammenschlüsse zu beobachten, die mit einer hohen Werte- und Interessenkongruenz erklärt werden können (zum Beispiel Gewerkschaften oder Religionsgemeinschaften), aber auch als zwangsweise gebildete Gemeinschaften wie im Fall der gesetzlichen Sozialversicherungen (Haversath, 2012, 4 ff.).
- Geht es um Inhalt und Grenzen sozialstaatlicher Einrichtungen, wird das Solidaritätsprinzip nicht alleinstehend umrissen, sondern im Kontext weiterer Gestaltungsprinzipien wie der Eigenverantwortung und der Subsidiarität (Lampert/Althammer, 2001, 422 ff.).
- Während der Gegensatz von Solidarität und Eigenverantwortung auf die Begrenztheit individueller Ansprüche gegenüber der Solidargemeinschaft deutet, wird mit dem Subsidiaritätsbegriff ein vermittelndes Prinzip diskutiert. Das postuliert eine grundsätzlich nachrangige Inanspruchnahme der Solidargemeinschaft und soll zwischen der Eigenverantwortung und der des Kollektivs moderieren (Ribhegge, 2004, 43 ff.; Schulin, 1988, 87 ff.).
- Reziprozität kennzeichnet sowohl freiwillig als auch zwangsweise gebildete Solidargemeinschaften. Ein ex ante definiertes Ereignis begründet nicht nur einseitig Unterstützungsansprüche gegenüber der Gemeinschaft, sondern die Mitgliedschaft begründet auch Pflichten, die sich sowohl auf die Zahlung eines Finanzierungsbeitrags als auch auf das individuelle Verhalten erstrecken können (Ribhegge, 2004, 43; Wildt, 2007, 40 f.).

- In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird diskutiert, ob der Gesamtstaat im Sinne einer primären Solidargemeinschaft interpretiert werden kann. Zwar lässt sich in der Tradition der Assekuranztheorie ein Verständnis staatsbürgerlicher Solidarität zugrunde legen. Der Solidarbeitrag der Gesellschaftsmitglieder bezieht sich demnach auf grundlegende staatsbürgerliche Pflichten wie Steuerzahlung und Rechtsgehorsam; im Gegenzug garantiert der Staat Freiheit, (Rechts-)Sicherheit und Eigentum. Diese Interpretation stößt jedoch spätestens dann an – in Deutschland vor allem historisch begründete – Grenzen, wenn das Reziprozitätsprinzip in solidarischen Gemeinschaften definiert werden soll. Dann geht es nämlich um die Frage, welche Arbeitsleistung der Staat im Gegenzug seinen Bürgern abverlangen darf. Denn Einkommen aus Erwerbstätigkeit bilden eine wichtige Grundlage dafür, dass der Staat Steuereinnahmen erzielen kann (Haversath, 2012, 6 ff.). Außerdem steht der Haushaltsgrundsatz der Gesamtdeckung einer Interpretation als Solidargemeinschaft entgegen. Danach dienen Einnahmen der Deckung sämtlicher Staatsausgaben, die Steuererhebung erfolgt also ohne Zweckbindung und ohne konkreten Gegenleistungsanspruch (Non-Affektationsprinzip).
- Umgangssprachlich und im politischen Diskurs wird der Solidaritätsbegriff vielfach synonym oder zumindest nicht überschneidungsfrei mit dem der sozialen Gerechtigkeit verwendet. Offenkundig werden damit aber zwei verschiedene Dimensionen angesprochen, unterscheiden sich Solidargemeinschaften doch in ihren jeweiligen Leistungsansprüchen und Maßgaben zur Bemessung von Finanzierungsbeiträgen. Mehr noch wird in wissenschaftlichen Beiträgen auf die unterschiedlichen Dimensionen des Gerechtigkeitsbegriffs verwiesen (Bobbert, 2007, 183 ff.; Wildt, 2007, 45 ff.). So lässt sich zum Beispiel Chancengerechtigkeit im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes oder der materiellen Anfangsausstattung interpretieren. Die Vielschichtigkeit des Gerechtigkeitsbegriffs spiegelt sich in mehr oder weniger egalitären Verteilungsnormen, die vor allem in politischen Forderungen zum Ausdruck kommen. Diese sind wiederum gegen die ökonomisch begründete Vorstellung von Leistungsgerechtigkeit abzuwägen. Prasuhn/Wilke (2021) versuchen in ihrer Nutzwertanalyse einer Bürgerversicherung, mit der horizontalen, vertikalen und intergenerativen Gerechtigkeit unterschiedliche Dimensionen zu berücksichtigen. Letztlich beruht aber auch

in diesem Fall die Gewichtung der unterschiedlichen Zieldimensionen wie Konjunkturabhängigkeit, Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit auf einem impliziten Werturteil, das sich ökonomisch kaum begründen lässt. Das Solidaritätsprinzip wird dabei nicht als eigenständige Zielkategorie erfasst, sondern unter den Gerechtigkeitskriterien subsumiert.

Dieser kursorische Überblick verdeutlicht, dass ein allgemeingültiger Definitionsversuch des Solidaritätsbegriffs nicht nur abstrakt bleibt. Er setzt auch zwingend eine Abwägung konkurrierender Prinzipien voraus, die für die Ordnung sozialer Strukturen gleichermaßen maßgeblich sind. Deshalb sind zusätzliche normative Bezüge vonnöten, die einen weiten Interpretationsspielraum für die Auslegung des Solidaritätsbegriffs eröffnen. Die in der ordnungsökonomischen Literatur oftmals zitierte christliche Soziallehre bietet nur einen möglichen Bezugsrahmen unter vielen (Schulin, 1988, 85). Selbst wenn man sich darauf beziehen wollte, gelingt damit noch keine Definition konkreter Ansprüche und Pflichten für die Mitglieder einer Solidargemeinschaft.

2.2 Umverteilung als ökonomisches Abgrenzungskriterium

Eine alternative Annäherung bietet zum Beispiel Schulin (1988, 89) an, der Umverteilungswirkungen als kennzeichnendes „Instrument solidarischer Kollektivverantwortung“ verwendet. Er differenziert dabei zwischen einem Einkommensausgleich im Lebensverlauf (Alterssicherung), einer Umverteilung nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzbegriff sowie einer sozialen Umverteilung, die über die risikoäquivalente Gegenleistung hinausreicht. Zwar irritiert das Beispiel der Alterssicherung, weil intertemporale Einkommensumverteilungen sehr wohl dem versicherungstypischen Kriterium der Risikoäquivalenz genügen können.

Berücksichtigt man aber diesen Einwand, dann liefert die Definition ein operationalisierbares Kriterium: Das Solidaritätsprinzip in der GKV soll im Folgenden durch Einkommensumverteilungen beschrieben werden, die über die versicherungsimmanenten, nach dem Kriterium der Risikoäquivalenz abgrenzbaren Verteilungswirkungen hinausreichen.

Zur Klarstellung: Auch diese Definition basiert auf einer Norm. Denn der methodologische Individualismus, durch den sich ökonomische Beiträge wissenschaftstheoretisch auszeichnen, kann im Sinne eines liberalen Werturteils interpretiert werden. Aber anders als in den in Kapitel 2.1 beschriebenen Ansätzen wird der Solidaritätsbegriff damit nicht unmittelbar normativ besetzt, sein Inhalt erschließt sich vielmehr mittelbar aus der Abgrenzung zu ökonomisch begründbaren Verteilungseffekten. In diesem Sinne erfolgt die Definition deskriptiv und gelingt deshalb notwendigerweise nur im Kontext eines realen Anwendungsfalls. Für die GKV sind dazu die im Sozialgesetzbuch definierten Regeln heranzuziehen (im Fall einer freiwilligen Solidargemeinschaft wären analog deren satzungsrechtliche Regeln zu berücksichtigen).

In dem für die GKV maßgeblichen SGB V wird unter § 1 die Krankenversicherung mit den Begriffen Solidarität und Eigenverantwortung charakterisiert. Der Leistungsanspruch besteht nicht einseitig zugunsten der Mitglieder (§ 2 SGB V), vielmehr werden explizit gesundheitsförderliche Verhaltenserwartungen an die Mitglieder der Solidargemeinschaft adressiert. Unter § 3 SGB V heißt es weiter zur solidarischen Finanzierung, dass die Leistungen durch Beiträge der Mitglieder und Arbeitgeber finanziert werden, die sich wiederum in der Regel nach der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Familienangehörige ohne beitragspflichtiges Einkommen sind beitragsfrei anspruchsberechtigt, sofern sie nicht substitutiv über das Beihilferecht oder eine private Krankenversicherung abgesichert sind.

Die für die gesetzliche Sozialversicherung allgemein definierten Kriterien zur Abgrenzung der beitragspflichtigen Einkommen (§§ 14 ff. SGB IV) müssen dabei als Ausdruck einer spezifischen Gerechtigkeitsvorstellung interpretiert werden, die auch für die GKV gelten soll und in den §§ 226 ff., 240 SGB V konkretisiert werden. Denn im Sozialversicherungsrecht wird das beitragspflichtige Bruttoeinkommen nach anderen Maßstäben ermittelt als beispielsweise das zu versteuernde Einkommen, das sich explizit an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Steuerpflichtigen orientieren soll – von den unterschiedlichen Belastungswirkungen einer lohnproportionalen Beitragserhebung und eines (linear-)progressiven Steuertarifs einmal abgesehen. Offenkundig weicht die Orientierung der GKV-Beiträge an den Bruttolohn- und Renteneinkommen von einer umfassenderen Norm der Verteilungsgerechtigkeit ab, die in der Summe

aller sozialstaatlichen Transfer-, Steuer- und Abgabensysteme angestrebt wird. Deshalb muss in der Folge zwischen Aussagen unterschieden werden, die sich auf die Veränderung solidarischer Umverteilungsströme im Zuge einer Ausweitung der Pflichtversicherung beziehen, und solchen, die aus der Anwendung alternativer Kriterien der Beitragsbemessung resultieren. Letztere sind folglich im Kontext gesamtstaatlicher Verteilungspolitik zu diskutieren.

In den weiteren Bestimmungen zum Beitrags- und Leistungsrecht nimmt der Gesetzestext keinen Bezug auf den Solidaritätsbegriff. Eine inhaltliche Konkretisierung muss also aus den Wirkungen erschlossen werden, die sich aus der Anwendung der für die GKV spezifischen Regeln ergeben. Das Solidaritätsprinzip kann dabei im Querschnitt eines Kollektivs zu einem gegebenen Zeitpunkt betrachtet werden. Diese Perspektive steht zunächst im Mittelpunkt der Analyse (Kapitel 3 und 4). Darüber hinaus lässt sich das Solidaritätsprinzip auch hinsichtlich dynamischer Veränderungen analysieren, zum Beispiel mit Blick auf intergenerative Effekte, die durch demografische Veränderungen hervorgerufen werden können (Kapitel 5).

Die weitere Analyse konzentriert sich auf zwei Merkmale, die auf den ersten Blick von marktlichen Versicherungslösungen abweichen:

- Zum einen werden GKV-Versicherte sowohl im Leistungs- als auch im Beitragsrecht ohne Ansehen individueller Risikomerkmale gleichbehandelt. Dies wird bei freier Kassenwahl der Versicherten über ein Diskriminierungsverbot bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang für alle gesetzlichen Krankenkassen angestrebt. Mögliche Anreize zur Risikoselektion sollen über einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eliminiert werden.
- Zum anderen werden Finanzierungsbeiträge nicht als risikoabhängige Prämien, sondern risikounabhängig in Form eines für alle Mitglieder gleichen Prozentsatzes vom beitragspflichtigen Einkommen erhoben.

Von der Definition der Leistungsansprüche abstrahieren die weiteren Überlegungen – wohl wissend, dass der Leistungskatalog mit einem Versorgungsversprechen, das den medizinischen Fortschritt einschließt (§ 2 Abs. 1 SGB V), im Zeitverlauf substantziellen Veränderungen unterliegt.

3 Schadensausgleich, Risiko- und sozialer Ausgleich

Auch wenn die GKV als Solidargemeinschaft charakterisiert wird, ist sie im Kern dennoch eine Versicherung. Deshalb sind zunächst versicherungstypische Ausgleichsmechanismen zu identifizieren, die im Schadensfall wirken. Dabei wird zunächst eine statische Perspektive eingenommen, also die Effekte im Querschnitt eines Kollektivs beschrieben. Darauf aufbauend lassen sich Umverteilungswirkungen abgrenzen, die aus der Anwendung spezifischer GKV-Regeln resultieren und im Sinne des Solidaritätsprinzips zu interpretieren sind.

3.1 Versicherungsprinzip: Schadensausgleich in der GKV

Versicherungslösungen auf Märkten folgen anderen als sozialversicherungstypischen Regeln. Um dennoch versicherungsimmanente Verteilungseffekte auch für die GKV beschreiben zu können, werden zunächst extreme Annahmen modelliert, unter denen die Ergebnisse auf Versicherungsmärkten jenen unter GKV-Regeln entsprechen. Dazu wird angenommen, dass alle Versicherten gleichermaßen finanziell leistungsfähig sind. Folglich führen einkommensproportionale Beiträge nach GKV-Regeln zu identischen Finanzierungsbeträgen für alle Versicherten. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob die Annahme realistisch ist oder die Versicherten durch zweckgebundene, steuerfinanzierte Transfers in die Lage versetzt werden, den erforderlichen Finanzierungsbeitrag unabhängig von der individuellen Mittelausstattung zu zahlen. Unter dieser Annahme spielt die verteilungspolitisch relevante Frage nach den individuellen Belastungswirkungen vorläufig keine Rolle.

Schadensausgleich im Versicherungsmodell

Der versicherungstypische Schadensausgleich lässt sich mithilfe eines kurzen Rückgriffs auf die Versicherungstheorie beschreiben. Allgemein bieten Versicherungslösungen rational handelnden, risikoaversen Individuen Vorteile bei der Risikovorsorge, weil der Versicherungsschutz unmittelbar mit der Zahlung einer risikoäquivalenten Prämie einsetzt, während die individuelle Vorsorge Zeit beansprucht, bis ausreichend hohe Rücklagen für den Scha-

densfall gebildet worden sind. Dies gilt besonders für solche Risiken, bei denen der Schadenseintritt – wie im Fall der medizinischen Versorgung – mit hohen Folgekosten verbunden sein kann. Immer dann, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens im Kollektiv beobachtet und die materiellen Konsequenzen ex ante bestimmt werden können, lassen sich für eine hinreichend große Gemeinschaft homogener Risiken äquivalente Prämien berechnen. Aus dem Prämienaufkommen können die anfallenden Kosten für die vom Schaden betroffenen Mitglieder beglichen werden.

Dieser Schadensausgleich gelingt im Kollektiv durch eine Ex-post-Umverteilung der eingesammelten Mittel, während der Nutzen des Versicherungsvertrags ex ante eintritt. Denn der Versicherungsschutz ersetzt für alle Mitglieder die Notwendigkeit, individuell Vorsorge für die versicherten Risiken zu betreiben (Eisen, 1988, 118 ff.). Der Schadensausgleich innerhalb der Versicherungsgemeinschaft unterscheidet sich darin von der allgemeinen Einkommensumverteilung via Steuern und Transfers, denn er folgt einem rationalen Nutzenkalkül und nicht einer (sozial-)politischen Abwägung. Zudem begründet die Prämienzahlung einen gruppenspezifischen Leistungsanspruch, während nach dem Non-Affektationsprinzip aus der Steuerzahlung kein direkt zurechenbarer Anspruch auf Gegenleistung entsteht.

Risikoselektion auf Versicherungsmärkten

Sind die Risiken in einer Gesellschaft heterogen verteilt, tendieren privatwirtschaftliche Versicherungsmärkte allerdings unter asymmetrisch verteilten Informationen zu adversen Selektionsprozessen (Akerlof, 1970). Individuen, die sich in einer relativ niedrigen Risikoklasse wännen, werden nämlich Versicherungsverträge ablehnen, deren Prämie sich nach der durchschnittlichen Schadenserwartung unterschiedlich hoher Risiken berechnet, ihnen also als zu teuer erscheinen. Eine nach Risikoklassen differenzierende Versicherungslösung käme dennoch zustande, sobald eine Trennung des Kollektivs zum Beispiel durch hinreichend hohe Selbstbehalte herbeigeführt werden kann. Diese Tendenz zur Selektion bleibt auch bestehen, wenn eine allgemeine Krankenversicherungspflicht gilt, die die Gesellschaft vor Freifahrerverhalten schützen soll – vorausgesetzt, diese wird im Sinne einer Mindestsicherung definiert und nicht als vollumfängliche Absicherung (Pimpertz, 2001, 75 ff.).

De facto wird das Erkrankungsrisiko von einer Vielzahl von Faktoren bestimmt. Für die weitere Modellierung gibt die Verteilung der durchschnittlichen GKV-Leistungsausgaben erste Anhaltspunkte, nach welchen Kriterien eine Differenzierung auf Versicherungsmärkten erfolgen kann. Für das Krankenversicherungsrisiko wird in der Querschnittsverteilung der durchschnittlichen GKV-Leistungsausgaben (Abbildung 1) deutlich, dass das individuelle Risiko mit dem Lebensalter und dem Geschlecht variiert – zwei Merkmale, die ohne aufwendige Risikoprüfung festzustellen sind. In einer statischen Betrachtung ist deshalb damit zu rechnen, dass auf Versicherungsmärkten die Individuen nur solchen Versicherungstarifen zustimmen würden, deren Prämien zumindest nach dem Geschlecht und dem Alter differenzieren. Der versicherungstypische Schadensausgleich erfolgt demnach in jeweils weitestgehend homogenen Risikogruppen, aber nicht zwischen Gruppen mit unterschiedlich ausgeprägten Risikomerkmale.

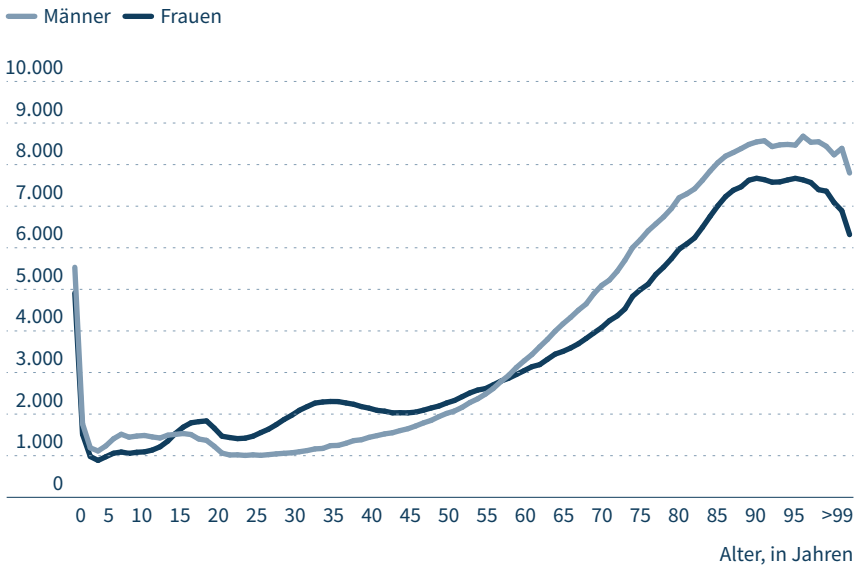
Darüber hinaus werden individuelle Gesundheitsrisiken auch durch genetische Prädispositionen, Vorerkrankungen und Verhaltensweisen geprägt. Dabei stößt eine tiefer gehende Differenzierung möglichst homogener Risikoklassen auf Versicherungsmärkten an Grenzen. Denn die Feststellung und Kontrolle der Merkmalsausprägungen geht mit Transaktionskosten einher, die im Grenzfall den Nutzen einer weiteren Selektion übertreffen können. Im Folgenden soll von diesen, auf realen Märkten sehr wohl relevanten Kriterien zunächst abstrahiert werden.

Eine individuell risikoäquivalente Differenzierung hätte in dem hier beschriebenen Versicherungsmodell mit zunehmendem Alter stark steigende Prämienanforderungen zur Folge. Deshalb bildet die PKV aus dem anfänglichen Prämienaufkommen einen Kapitalstock, der zur Finanzierung der im Alter anwachsenden Leistungsausgaben eingesetzt wird, um die Prämienentwicklung im Lebenszyklus zu glätten. Diese intertemporale Umverteilung (Längsschnittbetrachtung) lässt sich theoretisch in einem separaten Versicherungsvertrag abbilden (Eekhoff et al., 2008, 80 ff.). Die zu untersuchende Hypothese bezieht sich aber auf den fiktiven Zeitpunkt einer Ausweitung der umlagefinanzierten Pflichtversicherung, sie gilt also für eine Querschnittsbetrachtung. Damit rückt die zu diesem Zeitpunkt herrschende Verteilung der Risikomerkmale in den Fokus, auf die ergänzende Modellierung einer Anwartschaftsdeckung soll deshalb

GKV-Ausgaben nach Geschlecht und Alter

Leistungsausgaben im Jahr 2018 je Versicherten, in Euro

Abbildung 1



Auf Basis der Leistungsausgaben pro Versichertentag für das Jahr 2018, ohne Krankengeld und ohne Verwaltungskosten.

Daten: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/KZZrNtHRDpPfCXd>

Quellen: Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021; eigene Berechnungen

verzichtet werden. Ebenso wird von der Vorschrift abstrahiert, Unisex-Tarife anbieten zu müssen, da für die versicherungsmathematische Risikokalkulation die tatsächlichen Merkmalsausprägungen relevant werden.

Versicherungstypischer Schadensausgleich in der GKV

Anders als bei der privatwirtschaftlichen Versicherungslösung schließen die sozialversicherungstypischen Regeln eine Risikodifferenzierung grundsätzlich aus. Dennoch lässt sich der versicherungsimmanente Schadensausgleich auch für die GKV beschreiben. Unterstellt man dazu vollkommen homogene Risiken in der Bevölkerung – das heißt, das Erkrankungsrisiko und die damit einhergehenden Behandlungskosten unterscheiden sich weder nach Geschlecht noch Alter –, dann würde eine Versicherungslösung auf privaten Märkten zu individuell risikoäquivalenten Prämien angeboten, die annah-

megemäß für alle Altersgruppen und Geschlechter identisch sind. Die Versicherungsprämie wäre also kollektiv risikoäquivalent, weil sie der durchschnittlichen, für alle gleichen Schadenserwartung entspräche. Ein Anreiz zur Risikoselektion bestünde unter diesen Annahmen nicht. Im Ergebnis reduzieren sich deshalb die Verteilungswirkungen auf den Schadensausgleich im gesamten Kollektiv.

Diese Verteilungsströme stellen sich bei gleichverteilter Leistungsfähigkeit und homogenen Risiken auch unter Anwendung spezifischer GKV-Regeln ein. Denn dort orientiert sich der notwendige Finanzierungsbeitrag ebenfalls an den durchschnittlichen erwarteten Leistungsausgaben. Das folgt unmittelbar aus der Logik des Umlageverfahrens, wonach die Gesamtausgaben einer Periode durch die erzielten Beitragseinnahmen finanziert werden müssen. Weil bei unterstellter homogener Leistungsfähigkeit der prozentuale Beitrag für alle Versicherten annahmegemäß gleich hoch ausfällt, muss dieser der durchschnittlichen Schadenserwartung entsprechen. Damit beschränken sich die Verteilungseffekte unter den gegebenen Annahmen auch in der GKV auf den Schadensausgleich, wie er im Versicherungsmodell beschrieben wurde – also auf die Finanzierung der Leistungsausgaben für jene Versicherte, die bei ex ante gleichem Risiko ex post vom Schadensfall betroffen sind.

3.2 Solidaritätsprinzip: Risiko- und sozialer Ausgleich

Auf der Grundlage des vorgestellten Modells lassen sich nun unter realitätsnäheren Annahmen Verteilungswirkungen bestimmen, die bei Anwendung der GKV-Regeln über den versicherungstypischen Schadensausgleich hinausreichen.

Risikoausgleich (Solidarität im engen Sinn)

Dazu wird zunächst an der Annahme einer homogen verteilten Leistungsfähigkeit festgehalten, nun aber von einer nach Alter und Geschlecht unterschiedlichen Ausprägung der Versicherungsrisiken zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgegangen (vgl. Abbildung 1, Kapitel 3.1). Während sich im Versicherungsmodell die individuell risikoäquivalenten Prämien nach Alter und Geschlecht unterscheiden, ist diese Risikodifferenzierung in der GKV ausgeschlossen. Dort entspricht der annahmegemäß für alle gleich hohe Beitrag der durchschnitt-

lichen Schadenserwartung. Damit kann die Differenz zwischen individuell risikoäquivalentem Prämienerfordernis und durchschnittlicher Schadenserwartung für einen gegebenen Zeitpunkt als Ausdruck eines solidarischen Risikoausgleichs oder von Solidarität im engen Sinn charakterisiert werden (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 107).

Versicherte, die zu einem bestimmten Zeitpunkt ein niedriges Risiko aufweisen und auf Versicherungsmärkten eine unterdurchschnittlich hohe Prämie zahlen würden, leisten einen Solidarbeitrag, weil sie zur Zahlung eines Beitrags nach Maßgabe der durchschnittlichen Schadenserwartung gezwungen werden. Spiegelbildlich beziehen Mitglieder, die zum selben Zeitpunkt höhere Risiken aufweisen, einen Solidarnutzen aus dem solidarischen Risikoausgleich. Denn auch sie müssen lediglich einen Finanzierungsbeitrag nach Maßgabe der durchschnittlichen Schadenserwartung zahlen statt einer alters- und geschlechtsspezifisch höheren risikoäquivalenten Prämie.

Die Höhe der durchschnittlichen Schadenserwartung wird bei gegebener Verteilung der Leistungsausgaben durch die Häufigkeit bestimmt, mit der die geschlechtsspezifischen Altersklassen zu einem bestimmten Zeitpunkt besetzt sind. Unabhängig von der Häufigkeitsverteilung gilt in umlagefinanzierten Systemen, dass das Beitragsaufkommen einer Periode nicht nur die Summe aller Leistungsausgaben decken muss. Gleichzeitig muss die Summe aller Solidarbeiträge die Lücke der Finanzierungsbeiträge höherer Risikoklassen ausgleichen. Anderenfalls drohen Defizite oder Überschüsse, die im Umlageverfahren ausgeschlossen sind.

Sozialer Ausgleich (Solidarität im weiten Sinn)

Das Solidaritätsprinzip in der GKV schließt mit dem sozialen Ausgleich eine weitere Dimension ein. Diese kann als Solidarität im weiten Sinn bezeichnet werden (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 112). Gemeint ist damit der Grundsatz, dass sich der individuelle Finanzierungsbeitrag nicht nach Maßgabe der individuellen (Versicherungsmodell) oder durchschnittlichen Schadenserwartung errechnet (GKV-Risikoausgleich), sondern sich an der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten orientiert. Dazu wird für alle Mitglieder ein einheitlicher prozentualer Anteil des beitragspflichtigen Einkommens erhoben. Wenn

aber der individuelle Zahlbetrag von individuell risikoäquivalenten Prämien-
erfordernissen abweicht, hat die Beitragsfinanzierung Umverteilungswirkun-
gen zur Folge, die sich analog zur vorherigen Modellierung als solidarisch be-
schreiben lassen.

Dazu wird im Folgenden von alters- und geschlechtsspezifischen Unterschieden
der Leistungsausgaben abstrahiert, also von homogenen Risiken ausgegangen.
Im Versicherungsmodell würde wiederum eine individuell risikoäquivalent
kalkulierte Prämie der durchschnittlichen Schadenserwartung im Kollektiv
entsprechen. Der Beitrag im GKV-Modell variiert dagegen mit der Höhe des
beitragspflichtigen Einkommens der Versicherten. Die Differenz zwischen dem
individuellen Zahlbetrag und der durchschnittlichen Schadenserwartung kann
unter dieser Annahme als individueller Solidarbeitrag zum sozialen Ausgleich
oder als Solidarnutzen aus diesem interpretiert werden.

Für die Charakterisierung dieses sozialen Ausgleichs als solidarische Umver-
teilung ist dabei unerheblich, nach welchen Kriterien das beitragspflichtige
Einkommen definiert wird. Eine Gemeinschaft wird nicht solidarischer oder
weniger solidarisch, je nachdem welche Kriterien der Beitragsbemessung
a priori zugrunde gelegt werden. Gleichwohl determiniert das Beitragsrecht
die Höhe der individuellen Solidarbeiträge und -nutzen. Ob diese als ange-
messenen betrachtet werden oder nicht, ist aber eine Frage des Gerechtigkeits-
empfindens. Das kann zum einen für die Solidargemeinschaft und zum ande-
ren mit Blick auf den Nettoeffekt gesamtstaatlicher (Um-)Verteilungspolitik
bewertet werden.

Die Höhe des Prozentsatzes, der zur Ermittlung des Beitrags zu einem Zeit-
punkt anzulegen ist, ergibt sich bei einer gegebenen Verteilung der beitrags-
pflichtigen Einkommen nach Maßgabe des damit erzielbaren Beitragsauf-
kommens. Das muss im Umlageverfahren den erwarteten Gesamtausgaben
im jeweiligen Jahr entsprechen. Gleichbedeutend müssen die individuellen
Solidarbeiträge ein Volumen generieren, das ausreicht, um in Summe die im
Vergleich zur durchschnittlichen Schadenserwartung niedrigeren Beiträge der
unterdurchschnittlich verdienenden Versicherten auszugleichen.

3.3 „Gute“ und „schlechte“ Risiken: eine statische Betrachtung

Die Identifikation und Beschreibung beider Dimensionen von Solidarität in der GKV erfolgt bis hierhin unter der für ökonomische Modelle typischen Ceteris-paribus-Bedingung. Die Trennung nach Risiko- und sozialem Ausgleich ist von analytischem Nutzen, stößt aber vor allem dann an Grenzen, wenn die Effekte empirisch simuliert werden. Denn in Wirklichkeit streuen die Verteilungen der relevanten Risiko- und Einkommensmerkmale simultan, niedrige oder hohe Risiken können hohe oder niedrige beitragspflichtige Einkommen aufweisen.

In diesem Zusammenhang wird in der politischen Debatte oftmals angeführt, dass es einen empirisch nachweisbaren Zusammenhang zwischen dem sozialen Status, namentlich der Einkommenshöhe, und der Lebenserwartung gäbe, wobei Letztere als Ausdruck des Gesundheitsrisikos interpretiert wird (zum Beispiel Lauterbach et al., 2006; Lampert/Kroll, 2014). Weil beide Merkmale jedoch gleichermaßen mit dem Bildungsstand korrelieren, ist das Einkommen offensichtlich nur ein Merkmal eines umfassender zu definierenden Index sozio-ökonomischer Lebensumstände, die Einfluss auf das individuelle Gesundheitsrisiko haben (Lampert et al., 2013).

Ein hohes Einkommen allein induziert demnach noch kein niedriges Risiko für die GKV. Folglich ist für die ökonomische Einordnung eines GKV-Bestandsversicherten zu einem bestimmten Zeitpunkt weniger die Frage relevant, ob es sich dabei um eine Person mit über- oder unterdurchschnittlichem Einkommen handelt (oder spiegelbildlich mit niedriger oder hoher Schadenserwartung). Vielmehr geht es um die Frage, in welchem Verhältnis dessen Beitragszahlung zur individuellen Schadenserwartung steht. Zu einem gegebenen Zeitpunkt (Querschnittsbetrachtung) erweist sich ein Mitglied der Solidargemeinschaft als „gutes“ Risiko für die GKV, wenn dessen Beitrag höher ausfällt als seine Schadenserwartung. Das kann sowohl für Mitglieder hoher als auch niedriger Risikoklassen zutreffen, solange der Beitrag die individuelle Schadenserwartung übertrifft. Andersherum betrachtet erweist sich aus der Perspektive der GKV ein Versicherter als „schlechtes“ Risiko, wenn sein Beitrag niedriger ausfällt als seine aktuelle Schadenserwartung.

Für das Kollektiv der GKV-Bestandsversicherten gilt auch unter dieser Modifikation, dass die Solidarbeiträge der „guten“ Risiken in der Summe dem Solidarnutzen aller „schlechten“ Risiken entsprechen müssen, damit in der umlagefinanzierten GKV die erwarteten Leistungsausgaben durch ausreichende Beitragseinnahmen gedeckt sind.

In einer komparativ-statischen Betrachtung können solidarische Umverteilungen im GKV-Bestand reduziert und damit die bisherigen Nettozahler entlastet werden, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung auf eine Bürgerversicherung die hinzutretenden Mitglieder im Durchschnitt als „gute“ Risiken charakterisiert werden können. Unter der Annahme, dass die bislang privat versicherten und beihilfeberechtigten Personen unter GKV-Regeln die gleichen alters- und geschlechtsspezifischen Leistungsausgaben verursachen würden wie die Bestandsversicherten der GKV, hängt ihre Bewertung als „gute“ oder „schlechte“ Risiken von der Verteilung der beitragspflichtigen Einkommen, der Alters- und Geschlechterstruktur sowie der Verteilung der beitragsfrei zu versichernden Familienangehörigen ab. Das gilt jeweils im Vergleich zu der Referenzverteilung im GKV-Bestand. Darüber hinaus kann eine günstigere Risikostruktur in der zu integrierenden Gruppe zur Entlastung solidarischer Umverteilungen im GKV-Bestand beitragen.

3.4 Exkurs: Beitragsparität und Beitragsfreiheit

In § 3 SGB V wird Solidarität aber nicht im Sinne der Umverteilungswirkungen definiert, sondern die paritätische Aufteilung des Beitrags auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber als solidarisch bezeichnet. Aus ökonomischer Perspektive erweist sich die Verwendung des Begriffs in diesem Kontext aber als irreführend (Beznoska et al., 2017, 5 ff.):

- Zwar erfolgt die Beitragszahlung, genauer die buchhalterische Aufteilung des Gesamtbeitrags, seit dem 1. Januar 2019 zu gleichen Teilen zulasten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die Beitragsanteile errechnen sich aus dem hälftigen Prozentsatz, jeweils bezogen auf das beitragspflichtige Bruttoentgelt. Aus der buchhalterischen Teilung des Gesamtbeitrags resultieren aber keine Umverteilungswirkungen innerhalb der GKV, die im Sinne des Solidaritätsprinzips interpretiert werden können. Denn eine alternative,

steuerlich sowie für die Höhe der Arbeitskosten neutrale Überweisung des Gesamtbetrags allein durch den Arbeitnehmer oder den Arbeitgeber bliebe sowohl für das finanzielle Gleichgewicht der GKV als auch für die dort initiierten Umverteilungen irrelevant.

- Für GKV-Versicherte im Ruhestand wird der ursprüngliche Arbeitgeberanteil durch einen entsprechenden Beitrag der gesetzlichen Rentenversicherung ersetzt. Auch hier erweist sich die Vorstellung einer paritätischen Beitragsenteilung als Fiktion. Denn Parität gilt nicht für jenen Teil der Rentenzahlungen, der über Steuerzuschüsse statt über Beiträge finanziert wird. Noch deutlicher wird das im Fall der SPV. Bezieher einer gesetzlichen Rente erhalten keinen Beitragszuschuss von der Rentenversicherung, sondern müssen den gesamten Pflegeversicherungsbeitrag von ihrem beitragspflichtigen Alterseinkommen abführen.

Während die paritätische Beitragsteilung aus ökonomischer Perspektive nicht als solidarisch charakterisiert werden kann, erfordert die ebenfalls unter § 3 SGB V aufgeführte beitragsfreie Absicherung von Familienangehörigen eine differenziertere Betrachtung. Darunter fallen nämlich sowohl Kinder als auch Ehepartner ohne beitragspflichtiges Einkommen oder substitutive Absicherung. Fraglich ist, ob die aus der Beitragsfreiheit resultierende Umverteilung zugunsten der Familienangehörigen als eigenständige Dimension des Solidaritätsprinzips interpretiert werden kann. Dagegen spricht, dass die beitragspflichtigen Einkommen einer kontinuierlichen Verteilung folgen, also proportionale Beiträge prinzipiell auf Einkommen zwischen 0 Euro und bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze fällig werden. Mithin resultiert die Beitragsfreiheit von Familienangehörigen ohne Erwerbseinkommen aus einer besonderen Merkmalsausprägung. Die beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Kinder stellt also keine eigenständige Dimension des Solidaritätsprinzips dar, sondern kann unter dem allgemeinen sozialen Ausgleich subsumiert werden (Solidarität im weiten Sinn).

Kritischer wird dagegen die Beitragsfreiheit nicht erwerbstätiger Ehepartner diskutiert. Denn in einer ehelichen Erwerbsgemeinschaft, die beispielsweise zur Begründung des Ehegattensplittings in der Einkommensteuer herangezogen wird, kann bei gegebenem Haushaltseinkommen die Beitragsbemes-

sungsgrenze zu inkonsistenten Belastungswirkungen führen: Im Fall eines Alleinverdiener-Ehepaars mit einem Erwerbseinkommen oberhalb der Kapungsgrenze fällt der Beitrag geringer aus als bei einer Aufteilung des gleichen Haushaltseinkommens auf zwei beitragspflichtige Erwerbstätige, obwohl die Ehepartner in beiden Fällen – abgesehen vom Krankengeld – identische Versorgungsansprüche erwerben. Diese Inkonsistenz wirft Interpretationsfragen auf, die im Zuge der empirischen Simulation vertieft werden (Kapitel 4.4).

4 Solidarität in der Bürgerversicherung: empirische Simulation

Auf der Grundlage dieser theoretischen Überlegungen soll nun mithilfe einer empirischen Simulation ermittelt werden, wie hoch der Anteil der GKV-Leistungsausgaben ist, der über solidarische Umverteilungen finanziert wird, und wie sich dieser Anteil zu einem gegebenen Zeitpunkt durch eine Erweiterung der GKV zu einer Bürgerversicherung verändert (Kapitel 4.3). Davon zu trennen ist die Simulation einer alternativen Beitragsbemessung. Auch für diesen Fall ist zunächst der Anteil solidarisch finanzierter Leistungsausgaben für die Bestandsversicherten zu bestimmen, ehe der Einfluss einer erweiterten Pflichtversicherung simuliert werden kann (Kapitel 4.4). Beide Modellierungen fokussieren solidarische Umverteilungen aus einer komparativ-statischen Perspektive, betrachten also zu einem fiktiven Zeitpunkt die jeweiligen Kollektive im Querschnitt.

4.1 Methodisches Vorgehen und erste Befunde

Datengrundlage und Mikrosimulationsmodell

Datengrundlage der Simulationsrechnungen ist das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) in der Version 35. Beim SOEP handelt es sich um eine seit 1984 jährlich durchgeführte repräsentative Wiederholungsbefragung der in Deutschland lebenden Bevölkerung (Goebel et al., 2019). Im Auftrag des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin wurden zuletzt mehr als 35.000 Personen in knapp 15.000 Haushalten befragt. Das SOEP zeichnet sich durch

eine detaillierte Abfrage einzelner Einkommenskomponenten des Vorjahres aus, eine sehr umfangreiche Daten- und Methodendokumentation sowie das Bemühen, durch regelmäßige Stichprobenergänzungen auch spezifische Teilgruppen beispielsweise mit Migrationshintergrund oder bestimmte Familienformen repräsentativ abzubilden. Ebenso werden Informationen zu Alter, Geschlecht, Krankenversicherungsstatus oder Beschäftigungssituation der einzelnen Haushaltsmitglieder erhoben, die zur Simulation der individuellen Krankenversicherungsbeiträge verwendet werden können.

Die Simulationsrechnungen erfolgen mithilfe des IW-Mikrosimulationsmodells IW-STATS (Beznoska, 2016), das auf der Grundlage der Daten aus dem SOEP eine Nachbildung des steuer-, abgaben- und transferrechtlichen Status quo erlaubt. In der 35. Welle des SOEP wurden detaillierte Einkommensinformationen für das Jahr 2017 abgefragt. Um ein einheitliches Basisjahr für die verwendeten Daten zu gewährleisten, erfolgt eine Fortschreibung der Einkommensinformationen auf das Jahr 2018 anhand der Entwicklungen, die sich aus den entsprechenden Aggregaten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) ergeben (Beznoska, 2016, 7 ff.). In unterschiedlichen Szenarien lassen sich dann mit dem IW-STATS Parametervariationen simulieren und daraus resultierende Verteilungswirkungen im Vergleich zum Status quo identifizieren. Grundsätzlich wird dazu im Folgenden der Rechtsstand der Steuer- und Sozialgesetzgebung des Jahres 2018 abgebildet. Abweichungen werden im Folgenden explizit gekennzeichnet.

Informationen zum Krankenversicherungsstatus liegen im SOEP nur für Befragte im Alter ab 17 Jahren vor, wobei zwischen Versicherten in der GKV und solchen mit ausschließlich privater Krankenversicherung unterschieden wird. Somit muss der Versicherungsstatus für unter 17-Jährige aus den Informationen der Eltern sowie den möglicherweise bereits vorliegenden Einkommens- und Erwerbsinformationen der Kinder hergeleitet werden. Hierzu werden die spezifischen Regelungen und Voraussetzungen zur (Mit-)Versicherung in den Systemen der GKV und PKV aus dem Jahr 2018 nachvollzogen. Zudem werden mithilfe logischer Imputationen sowie mithilfe von Logit-Regressionen fehlende Versicherungsinformationen der Eltern wo immer möglich hinzugeschätzt, um den Versichertenbestand in GKV und PKV treffsicher abbilden zu können.

In Mischhaushalten, in denen die Eltern verheiratet und die Ehepartner in unterschiedlichen Systemen krankenversichert sind, folgt die Zuordnung der Kinder dem Versicherungsstatus des Haupteinkommensbeziehers. Sind die Eltern nicht verheiratet, kann aus den Daten nicht zweifelsfrei bestimmt werden, wie die Zuordnung erfolgt. Möglicherweise ergeben sich Gestaltungsspielräume, die eine faktische Absicherung der Kinder auch unter ökonomischen Abwägungen und Präferenzen der Eltern nahelegen. In diesen Fällen wird unter Annahme einer Gleichverteilung eine zufällige Aufteilung der zu versichernden Kinder zwischen GKV und PKV vorgenommen – möglicherweise um den Preis einer Über- oder Unterschätzung der tatsächlich in der PKV abgesicherten Kinder.

Durch dieses Vorgehen erhöht sich die hochgerechnete Anzahl der GKV-Versicherten von ursprünglich im SOEP erfassten 60,5 Millionen auf 71,6 Millionen Personen. Damit können nach Imputation fehlender und unvollständiger Versicherungsinformationen rund 99 Prozent des in der Versichertenstatistik erfassten Bestands im Jahr 2018 abgebildet werden (BMG, 2021). Der Personenkreis verteilt sich auf rund 34 Millionen Pflicht- und 6 Millionen freiwillig Versicherte, 16,6 Millionen mitversicherte Angehörige und 15 Millionen Rentner, Studenten und Arbeitslose. Die im Vergleich zur Versichertenstatistik der GKV relativ niedrige Zahl der Rentner kann zu Ungenauigkeiten bei der Simulation der Beitragseinnahmen führen, ließe sich aber nur durch eine Korrektur der Randverteilung beheben. Darauf wird im Folgenden aber verzichtet, weil der Einfluss auf die Verteilungen anderer, für die Analyse ebenfalls maßgeblicher Parameter nicht kontrolliert werden kann. Die Anzahl der in der PKV versicherten Personen wird zunächst mit 8,1 Millionen unterschätzt, liegt aber nach Imputation mit hochgerechnet rund 9,2 Millionen über dem amtlichen Wert von rund 8,7 Millionen im Jahr 2018. Damit wird die Zahl vollversicherten Personen um rund 6 Prozent überschätzt. Auch hier wird mit Blick auf das Gesamtergebnis auf eine kaum zu kontrollierende Korrektur der Randverteilung verzichtet. Insgesamt werden für das Jahr 2018 rund 80,9 Millionen Versicherte abgebildet, wovon rund 88,6 Prozent gesetzlich versichert sind – ein Wert, der sich in ähnlicher Größenordnung auch aus den amtlichen Angaben ergibt.

Bildet man schließlich auf der Grundlage der SOEP-Daten die GKV-Ausgaben insgesamt ab, zeigt sich auf der Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen

schen Leistungsausgaben des Jahres 2018 (vgl. Abbildung 1, Kapitel 3.1) eine deutliche Unterschreitung des tatsächlichen Finanzergebnisses (BMG, 2021). Deshalb werden die jeweiligen Durchschnittswerte der Altersklassen mit einem Faktor 1,17 hochgewichtet, um das tatsächliche Ausgabenvolumen der GKV zu treffen. Diese pauschale Aufwertung kann zum einen damit begründet werden, dass in dem zugrunde liegenden Profil die Aufwendungen für Krankengeld und Verwaltungskosten nicht berücksichtigt sind. Unter der Annahme, dass beide Positionen proportional zur Verteilung der Leistungsausgaben anfallen, lassen sich 11 Prozentpunkte der Abweichung erklären. Die verbleibenden 6 Prozentpunkte mögen Ungenauigkeiten in der Verteilung der GKV-Versicherten nach den SOEP-Daten geschuldet sein.

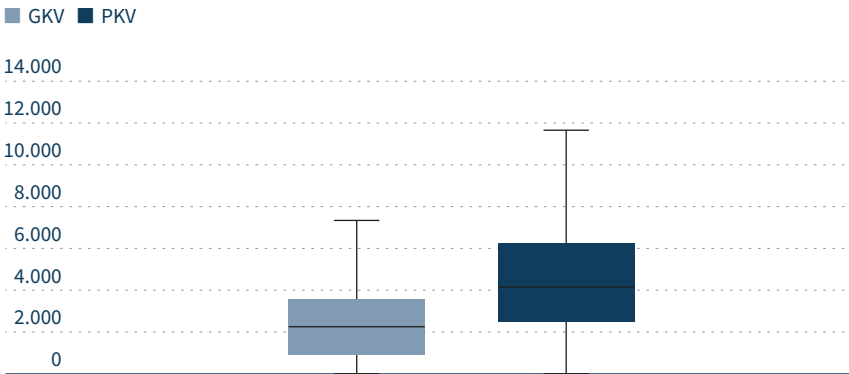
Erwerbseinkommen nach Versichertengruppe

Die Idee einer Bürgerversicherung wird unter anderem durch die Vermutung motiviert, dass beihilfeberechtigte und privat versicherte Personen im Durchschnitt ein höheres Einkommen erzielen als die beitragszahlenden Mitglieder der GKV. Die Verteilung der Bruttoentgelte aus Erwerbstätigkeit (unabhängig vom Erwerbsstatus) bestätigt diese grundsätzliche Vermutung zunächst (Abbildung 2).

Die GKV-Versicherten erzielten im Jahr 2018 ein durchschnittliches Bruttoentgelt aus Erwerbstätigkeit von 2.540 Euro pro Monat, für PKV-Versicherte lag der Wert bei 5.029 Euro. Der Median lag in beiden Gruppen etwas niedriger und dichter beieinander, aber immer noch mit deutlichem Abstand: Der mittlere Wert betrug für GKV-Versicherte 2.235 Euro pro Monat, für PKV-Versicherte 4.126 Euro. Die Kastendiagramme zeigen, dass die Einkommensverteilung unter den gesetzlich Versicherten gestaucht ist. Nimmt man das 1,5-Fache des Interquartilsabstands zum Maßstab, dann deutet die Spannbreite der Antennen zudem an, dass die Erwerbseinkommen der PKV-Versicherten auch stärker nach oben abweichend streuen. Einschränkend ist aber festzustellen, dass dieser Befund noch nicht die anfängliche Vermutung zu verifizieren vermag, dass bislang PKV-Versicherte auch in dem beschriebenen Ausmaß zu einer Stärkung der Beitragseinnahmen in einer Bürgerversicherung beitragen würden. Denn die Bruttoentgelte aus Erwerbstätigkeit erfassen weder die Alterseinkommen der beitragspflichtigen Ruheständler, noch berücksichtigen sie die Abgrenzung beitragspflichtiger Einkommen nach dem GKV-Recht.

Bruttoerwerbseinkommen der GKV- und PKV-Versicherten im Jahr 2018, in Euro pro Monat

Abbildung 2



Berücksichtigt werden nur positive monatliche Entgelte aus Erwerbstätigkeit von Personen über 16 Jahren. Unterschiede im Erwerbsumfang oder in der Erwerbsarbeit bleiben unberücksichtigt.

Kastendiagramm (Boxplot): 50 Prozent der beobachteten Daten liegen innerhalb der Box. Der mittlere Wert (Median) wird durch den schwarzen Querbalken in der Box beschrieben. Die untere Grenze der Box stellt den Wert des 25. Perzentils dar (25 Prozent der Daten sind kleiner als dieser Wert). Die obere Grenze der Box repräsentiert den Wert des 75. Perzentils (25 Prozent der Daten sind größer als dieser Wert).

Die Antennen werden durch die Werte bestimmt, die ausgehend vom 25. beziehungsweise 75. Perzentil gerade noch innerhalb des 1,5-Fachen des Interquartilsabstands liegen (Abstand zwischen dem 25. und 75. Perzentil).

Daten: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/BQRfgYw8MLrpQqB>

Quellen: SOEP v35; eigene Berechnungen

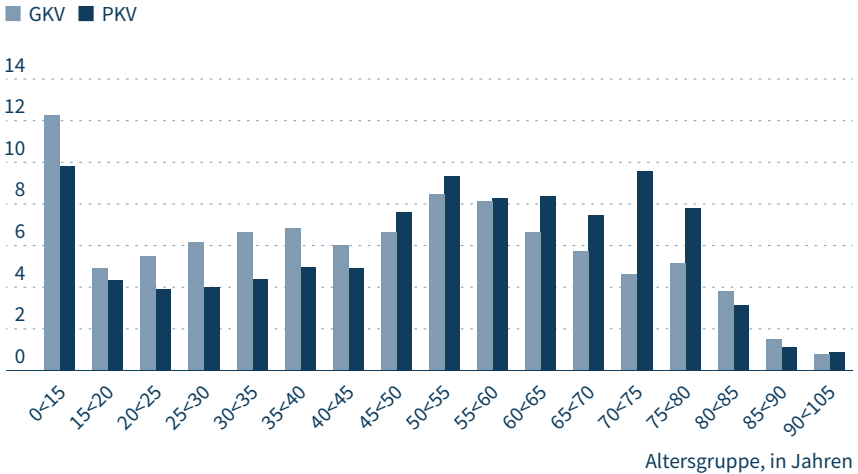
Altersstruktur der GKV- und PKV-Versicherten

Auch mit Blick auf die Altersstruktur der GKV- und PKV-Versicherten belegen die SOEP-Daten für das Jahr 2018 deutliche Unterschiede (Abbildung 3). Einerseits ist der Anteil jüngerer Versicherter in der GKV höher als in der PKV: Bis zur Altersgruppe der 40- bis unter 45-Jährigen liegt der Unterschied bei rund 1 bis 2 Prozentpunkten. Dies erklärt sich auch dadurch, dass ein Wechsel von der gesetzlichen in die private Versicherung für Arbeitnehmer erst mit Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze möglich wird und die Einkommenschwelle in der Regel nicht mit dem Berufseinstieg, sondern erst nach einer erfolgreichen Erwerbsbiografie erreicht wird. Andererseits fällt der Anteil der über 45-Jährigen und unter 65-Jährigen (rentennahe Jahrgänge) in der PKV höher aus als in der GKV. Ein besonders deutlicher Unterschied besteht in den

Altersstruktur der GKV- und PKV-Versicherten

Abbildung 3

Anteil der Versicherten im Jahr 2018, in Prozent



Daten: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/Ai3tPECXHZNHbzg>

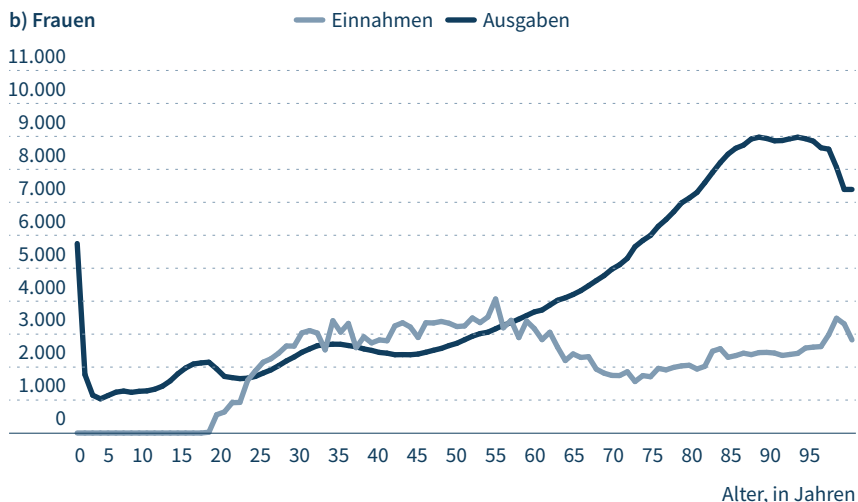
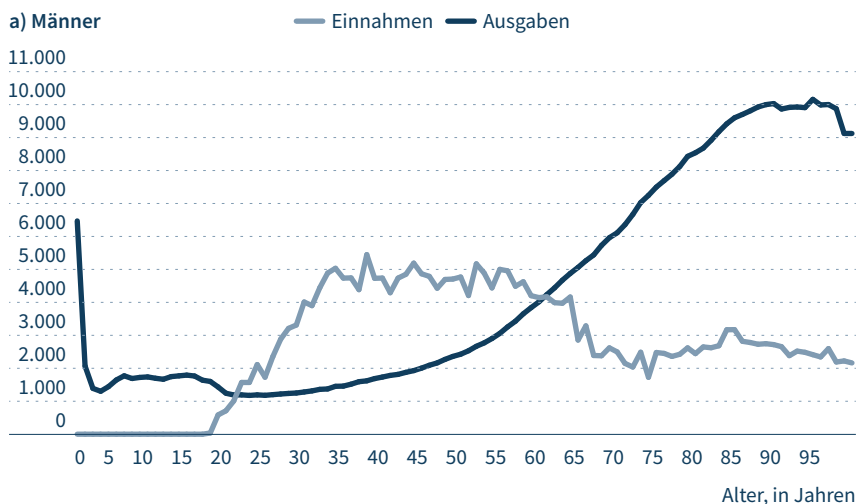
Quellen: SOEP v35; eigene Berechnungen

Altersgruppen zwischen 70 und 80 Jahren, wo der jeweilige Anteil in der PKV fast doppelt so hoch ist wie in der GKV (vgl. auch Ochmann et al., 2020). Erst für die über 80-Jährigen ändert sich das Bild wieder, wobei die Altersklassen sowohl in der GKV als auch der PKV gemessen am jeweiligen Versichertenbestand relativ schwach besetzt sind.

Dieser Befund nährt Zweifel daran, dass allein aufgrund der unterschiedlich verteilten Erwerbseinkommen eine Ausweitung der Pflichtversicherung die Solidargemeinschaft der GKV-Bestandsversicherten entlasten könnte. Das wird mit einem Blick auf die tatsächliche Verteilung der Beiträge (auf Grundlage der SOEP-Daten) und der alters- und geschlechtsspezifischen GKV-Durchschnittsausgaben deutlich (Abbildung 4). Demnach zahlten GKV-versicherte Männer im Alter zwischen 21 und 59 Jahren einen Beitrag, der ihre altersdurchschnittlichen Leistungsausgaben übertraf. Nach den bisherigen Überlegungen sind sie aus der Perspektive der GKV als „gute“ Risiken zu bezeichnen. Bei Frauen traf dies für die Gruppe der 23- bis 54-Jährigen zu, wobei die Differenz zwischen Beitrag und altersdurchschnittlichen Leistungsausgaben deutlich geringer

Ausgaben und Einnahmen der GKV im Jahr 2018 je versicherter Person nach Alter, in Euro

Abbildung 4



Auf Basis der Leistungsausgaben pro Versichertentag für das Jahr 2018, ohne Krankengeld und Verwaltungskosten. Leistungsausgaben jeweils um den Faktor 1,17 erhöht, um die gesamten Leistungsausgaben im Mikrosimulationsmodell abbilden zu können. Aufgrund geringer Fallzahlen in den älteren Jahrgängen werden ab dem 85. Lebensjahr gleitende 5-Jahres-Durchschnittswerte der Einnahmen abgebildet.

Daten: <http://dl.iwkoeln.de/index.php/s/HKenDA4cx48dmnL>

Quellen: Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021; SOEP v35; eigene Berechnungen

ausfällt als bei den Männern. Dies ist vor allem der im Durchschnitt geringeren Erwerbsbeteiligung geschuldet. Häufiger gewählte Teilzeitbeschäftigung oder familienbedingte Erwerbspausen sowie der häufigere Einsatz in unbezahlter Care-Arbeit können erklären, warum die Beiträge der weiblichen GKV-Mitglieder im Schnitt niedriger liegen.

Unter der vereinfachenden Annahme, dass die zu integrierenden Personen eine identische Verteilung der alters- und geschlechtsspezifischen Leistungsausgaben sowie der beitragspflichtigen Einkommen aufweisen, wird deutlich, dass von der Altersstruktur der PKV-Versicherten ein gegenläufiger Effekt ausgehen kann. Denn mit einer relativ häufigeren Besetzung der Altersklassen zwischen 70 und 80 Jahren würden ausgerechnet jene Gruppen ein höheres Gewicht in einer Bürgerversicherung erhalten, die aufgrund des Verhältnisses von durchschnittlichen Beitragszahlungen und Leistungsausgaben aus GKV-Perspektive zu den „schlechten“ Risiken zu zählen sind.

4.2 Simulationsszenarien

Um den Einfluss einer Bürgerversicherung auf solidarische Umverteilungen insgesamt betrachten zu können, bedarf es einer Simulation, die in vier Szenarien den Einnahmen- und Ausgabeneffekt gleichzeitig berücksichtigt. Die Szenarien unterscheiden sich zunächst mit Blick auf die beitragsrechtliche Gestaltung. In zwei weiteren Fallunterscheidungen werden zudem verschiedene Annahmen über das Ausgabenprofil der zu integrierenden Personengruppen modelliert. Übersicht 1 gibt die für die Simulation der Beitragseinnahmen relevanten Szenarien wieder.

- Im Szenario S 1 „Status quo GKV“ wird das geltende Beitragsrecht für freiwillige und Pflichtmitglieder der GKV nach §§ 226 ff. SGB V mithilfe des IW-STATS für das Jahr 2018 abgebildet. Der allgemeine GKV-Beitragsatz zuzüglich des durchschnittlichen kassenindividuellen Zusatzbeitragsatzes liegt bei 15,6 Prozent (BMG, 2021) und wird paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern abgeführt. Analog werden die beitragsrechtlichen Bestimmungen für Ruheständler, Bezieher von Transfer Einkommen oder Studenten nachvollzogen. Der ermäßigte Beitragssatz liegt bei 15,0 Prozent.

| Szenario | Beitragsrecht |
|---|--|
| Szenario S 1 „Status quo GKV“ | <ul style="list-style-type: none"> ■ §§ 226 ff. SGB V für Pflichtversicherte ■ § 240 SGB V für freiwillig Versicherte |
| Szenario S 2 „Bürgerversicherung Status quo“ | <ul style="list-style-type: none"> ■ nach §§ 226 ff. SGB V ■ Mindestbeitrag nur für Studenten und Bezieher von Grundsicherung |
| Szenario S 3 „GKV BBG Haushalt“ | <ul style="list-style-type: none"> ■ wie Szenario S 1, für Ehepaare Verdoppelung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) auf das gemeinsame Haushaltseinkommen nach §§ 226 ff. SGB V |
| Szenario S 4 „Bürgerversicherung BBG Haushalt“ | <ul style="list-style-type: none"> ■ wie Szenario S 2, für Ehepaare Verdoppelung der Beitragsbemessungsgrenze auf das gemeinsame Haushaltseinkommen nach §§ 226 ff. SGB V |

Eigene Darstellung

- Im Szenario S 2 „Bürgerversicherung Status quo“ werden für die bislang beihilfeberechtigten und privat versicherten Bürger Beiträge nach Maßgabe des bestehenden GKV-Beitragsrechts simuliert. Mit einer Bürgerversicherung entfällt allerdings der beitragsrechtliche Status der freiwilligen Versicherung nach § 240 SGB V. Unter dem Anspruch einer Bürgerversicherung ist eine beitragsrechtliche Ungleichbehandlung der Mitglieder nicht zu begründen. Dies hat für die Simulation der Beitragszahlungen sowohl der GKV-Bestandsversicherten als auch der in einer Bürgerversicherung neu zu integrierenden Mitglieder Konsequenzen:
 - Bislang freiwillig versicherte GKV-Mitglieder werden zu Pflichtversicherten, wodurch der gesetzlich verankerte Mindestbeitrag entfällt. Stattdessen werden für erwerbstätige bislang freiwillig Versicherte bei einem Erwerbseinkommen bis 450 Euro pro Monat die Minijob-Regeln angewendet. Für Bezieher eines Einkommens von 451 bis 1.300 Euro pro Monat gilt die Regelung für Midi-Jobs. Diese Obergrenze entspricht dem aktuellen Rechtsstand, der auf das Jahr 2018 unverändert übertragen wird. Aus Vereinfachungsgründen wird allerdings für Studenten und Bezieher von Hartz IV und Grundsicherung im Alter das aktuell geltende Beitragsrecht angewendet.

- Für bislang beihilfeberechtigte und privat versicherte Personen orientiert sich die Simulation der Beitragszahlungen an den Regelungen nach §§ 226 ff. SGB V – also nicht an der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (§ 240 SGB V), sondern an der Höhe des beitragspflichtigen Haupterwerbs- respektive Alterseinkommens. Darin unterscheidet sich die Modellierung von den eingangs angesprochenen IGES-Studien für die Bertelsmann-Stiftung (Albrecht et al., 2016; Ochmann et al., 2017). Wie für Pflichtversicherte im Status quo bleiben Einkommen aus Nebenerwerb oder anderen Einkommensquellen für die neu hinzukommenden Personen von der Beitragspflicht ausgenommen. Entsprechend entfällt für diese Gruppe auch ein Mindestbeitrag. Für Beamte werden stattdessen die im SOEP angegebenen Bruttobezüge herangezogen, sofern diese die Hauptquelle der Erwerbseinkommen darstellen. Dabei wird unterstellt, dass die bisherige Beihilfe durch einen fiktiven Arbeitgeberanteil des Dienstherrn ersetzt wird. Für Selbstständige wird das Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit zugrunde gelegt. Ein Arbeitgeberanteil entfällt für sie, deshalb wird ihnen der Gesamtbeitrag zugerechnet. Bislang privat versicherte Arbeitnehmer werden beitragsrechtlich wie abhängig beschäftigte Pflichtmitglieder behandelt. Dabei wird in der komparativ-statischen Betrachtung von möglichen Anpassungsreaktionen abstrahiert, die aus einer veränderten Beitrags- respektive Prämienbelastung resultieren können.

- Der erforderliche Beitragssatz wird ausgabenneutral ermittelt, das heißt unter der Vorgabe, dass das Beitragsaufkommen den unterstellten Gesamtausgaben entspricht. Dabei kommt es zu einer Untererfassung der Einnahmen, die sich zum einen aus dem hier nicht berücksichtigten Bundeszuschuss und zum anderen aus einem Schätzfehler ergibt. Dieser Schätzfehler wird nicht korrigiert, aber für die unterschiedlichen Szenarien konstant gehalten.

- Im Szenario S 3 „GKV BGG Haushalt“ wird anschließend simuliert, wie sich eine veränderte Handhabung der Beitragsbemessungsgrenze auf die solidarischen Umverteilungsströme im Status quo auswirken könnte. Dazu wird eine Verdoppelung der Beitragsbemessungsgrenze für Ehepaare (mit und ohne Kinder) modelliert, die auf das beitragspflichtige Haushaltsein-

kommen angewendet wird. Damit soll den in Kapitel 3.4 beschriebenen Inkonsistenzen Rechnung getragen werden. Technisch wird dazu bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze bei einem der beiden Ehepartner das gemeinsame Einkommen hälftig auf beide Partner aufgeteilt, sodass das bislang beitragsfreie Einkommen des Haupteinkommensbeziehers dem vollen Beitragssatz unterliegt. De facto wird damit die beitragsfreie Absicherung von Ehepartnern je nach Höhe des beitragspflichtigen Haushaltseinkommens eingeschränkt oder abgeschafft. Für Kinder bleibt die beitragsfreie Mitversicherung dagegen bestehen. Da diese Variation des Beitragsrechts das Beitragsaufkommen tangiert, ist auch hier wieder ein ausgabenneutraler Beitragssatz zu bestimmen sowie der Anteil solidarisch finanzierter Leistungsausgaben.

- Mit dem Szenario S 4 „Bürgerversicherung BBG Haushalt“ wird die beitragsrechtliche Variante schließlich auf ein bevölkerungsumfassendes System übertragen; die für das Szenario S 2 formulierten Anpassungen gelten analog.

Modellierung der Bemessungsgrundlage

Mit den Szenarien S 3 und S 4 wird eine alternative Anwendung der Beitragsbemessungsgrenze diskutiert. Das wirft die Frage auf, warum nicht auch die im politischen Raum diskutierten Erweiterungen der Bemessungsgrundlage aufgegriffen werden – angefangen von einer An- oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze bis hin zur Einbeziehung von Bruttoeinkommen aus anderen, bislang nicht beitragspflichtigen Einkommensquellen.

Während die alternative Auslegung der Beitragsbemessungsgrenze eine Möglichkeit zur Lösung offensichtlicher Inkonsistenzen unter dem bestehenden Beitragsrecht bietet (vgl. Kapitel 3.4), erfordert eine allgemeine Ausweitung der Bemessungsgrundlage eine weiterführende Begründung. Zunächst könnte dazu die in § 240 SGB V formulierte Norm zitiert werden, nach der sich die Beitragsbemessung an der gesamten finanziellen Leistungsfähigkeit orientieren soll (Albrecht et al., 2016, 11; Ochmann et al., 2017, 13). Dies gilt bislang allerdings nur für den Status freiwilliger Versicherung, der von den beitragsrechtlichen Regeln für pflichtversicherte GKV-Mitglieder abweicht. Für die Mehrheit der Beitragszahler bezieht sich die Beitragsbemessung dagegen auf

die Arbeitsentgelte respektive die gesetzliche Rente oder vergleichbare Versorgungsbezüge bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. Da mit einer Bürgerversicherung die Unterscheidung nach freiwilliger und Pflichtmitgliedschaft entfielen, lässt sich aus § 240 SGB V nicht zwingend ableiten, dass der Maßstab, der bislang nur für die Minderheit der freiwillig Versicherten gilt, auf die gesamte Bevölkerung auszuweiten sei.

Stattdessen ließen sich die genannten Vorschläge zur Erweiterung der Bemessungsgrundlage mit Gerechtigkeitserwägungen begründen. Zwar entziehen sich diese ebenso einer ausschließlich ökonomischen Bewertung wie die Regeln im Status quo (vgl. Kapitel 2). Immerhin lässt sich eine auf Gerechtigkeitskriterien basierende Begründung aber auf inhaltliche Konsistenz prüfen: Die im politischen Raum diskutierten unterschiedlichen Abgrenzungen der Bemessungsgrundlage beziehen sich unisono auf ein Bruttoeinkommenskonzept. Das provoziert Inkonsistenzen in der sozialstaatlichen Umverteilungslogik – sowohl im Status quo als auch bei einer Ausweitung der Beitragsbemessung. Denn auch im Steuerrecht erfolgt die Feststellung des zu versteuernden Einkommens unter dem Anspruch, die finanzielle Leistungsfähigkeit zu erfassen. Aber anders als im Sozialversicherungsrecht werden dazu Grund- und Kinderfreibeträge, Versorgungsaufwendungen sowie die zur Erzielung des Einkommens notwendigen Aufwendungen in Abzug gebracht.

Wenn also Gerechtigkeitserwägungen ausschlaggebend für eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrenze sein sollen, dann müssten unter dem Anspruch einer konsistenten Lösung entweder die Finanzierungsbeiträge aller Sozialversicherungssysteme nach einem einheitlichen Maßstab erhoben werden, zum Beispiel auf der Grundlage des zu versteuernden Einkommens. Das hätte unter anderem zur Konsequenz, dass ein negatives zu versteuerndes Einkommen zu einer Beitragsrückerstattung in der GKV führen würde – ein offensichtlicher Widerspruch zum Versicherungsgedanken. Technisch ließe sich dies über Mindestbeiträge verhindern. Die stehen aber im Widerspruch zu dem Grundsatz einer einkommensproportionalen Beitragserhebung. Gerade Personen mit geringer finanzieller Leistungsfähigkeit würden belastet und müssten gegebenenfalls durch zweckgebundene Transfers unterstützt werden. Oder aber man hielte an den unterschiedlichen Einkommenskonzepten im Steuer- und Beitragsrecht fest, weil man über die Ausweitung der Beitragsbemessung in

der GKV eine Korrektur der gesamtstaatlichen Umverteilungsergebnisse anstrebt. Dann bliebe aber unbeantwortet, warum dazu nicht unmittelbar der linear-progressive Steuertarif korrigiert wird, über den die Einkommensumverteilung primär gesteuert wird.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Ausweitung des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Bruttoeinkommensbegriffs kaum begründbar und deshalb beliebig. Mit Blick auf die Ausgangsfrage nach den Wirkungen des Solidaritätsprinzips wird folglich von der Modellierung unterschiedlicher Erweiterungsmöglichkeiten der Bemessungsgrundlage abgesehen.

Simulation der Leistungsausgaben

Parallel dazu sind die zu erwartenden Leistungsausgaben zu modellieren, um „gute“ und „schlechte“ Risiken im Status quo sowie in einer Bürgerversicherung identifizieren und den Anteil der durch solidarische Umverteilungen finanzierten Leistungsausgaben bestimmen zu können. Für die Gruppe der GKV-Bestandsversicherten können dazu in allen vier Szenarien die durchschnittlichen GKV-Leistungsausgaben ohne Krankengeld und Verwaltungskosten für das Jahr 2018 verwendet werden. Die Daten des Bundesamts für Soziale Sicherung (2021) bilden ein nach Alter und Geschlecht differenziertes Profil ab (vgl. Abbildung 1, Kapitel 3.1). Es ist auf die tatsächlich angefallenen Ausgaben nach der GKV-Statistik KJ1 kalibriert und wird hier mit dem Faktor 1,17 hochgewichtet, um in der Simulation das Volumen der GKV-Gesamtausgaben des Jahres 2018 abzubilden. Fraglich ist, welche alters- und geschlechtsspezifischen Ausgaben für die hinzukommenden Personengruppen anzunehmen sind. Dazu werden in den Szenarien 2 und 4 jeweils die Fälle A und B unterschieden.

Fall A: identische geschlechts- und altersabhängige Ausgabenprofile. Dabei wird angenommen, dass die bislang privat versicherten und beihilfeberechtigten Personen unter GKV-Regeln die gleichen alters- und geschlechtsspezifischen Leistungsausgaben verursachen würden wie die Bestandsversicherten der GKV. In diesem Fall entscheiden die Verteilungen der beitragspflichtigen Einkommen, der Alters- und Geschlechterstruktur sowie der beitragsfrei zu versichernden Familienangehörigen in der Gruppe der hinzukommenden Personen darüber, ob diese zu einem fiktiven Zeitpunkt „gute“ oder „schlechte“ Risiken in einer bevölkerungseinheitlichen GKV wären (vgl. Kapitel 3.3). Implizit

wird damit unterstellt, dass die bislang üblichen Unterschiede in der Honorierung der privat- und vertragsärztlichen Versorgung ersatzlos zugunsten der GKV-Regeln entfallen. Von den allokativen Konsequenzen auf den Versorgungsmärkten wird im Folgenden abstrahiert.

Fall B: relativ niedrigere Leistungsausgaben. Im politischen wie im wissenschaftlichen Raum wird dagegen argumentiert, dass das alters- und geschlechtsspezifische Profil der Leistungsausgaben der bislang privat versicherten und beihilfeberechtigten Personen systematisch niedriger ausfällt als im GKV-Versichertenbestand. Um diesem Einwand Rechnung zu tragen, wird für die Szenarien S 2 und S 4 jeweils ein Fall B simuliert, in dem die zu integrierenden Personen in bestimmten Altersklassen niedrigere Leistungsausgaben verursachen würden als die jeweilige Referenzgruppe im Status quo: Bis zu einem Alter von 17 Jahren wird eine Schadenserwartung von 100 Prozent der beobachteten GKV-Leistungsausgaben in der entsprechenden Altersgruppe unterstellt, zwischen 18 und 39 Jahren von 70 Prozent, zwischen 40 bis 69 Jahren von 80 Prozent und für 70-Jährige und Ältere von 100 Prozent.

Die Modellierung im Fall B basiert auf einer Heuristik, die einem pragmatischen Ansatz folgt. Denn die vorliegenden empirischen Befunde zu möglichen Morbiditätsunterschieden erlauben keine abschließende Interpretation:

- Aus theoretischer Sicht spricht zunächst für ein systematisch niedrigeres Ausgabenrisiko der zu integrierenden Personen, dass aufgrund der Versicherungspflichtgrenze die privat versicherten Arbeitnehmer ein überdurchschnittlich hohes beitragspflichtiges Einkommen erzielen. Sofern die Korrelation zwischen der Höhe des aktuellen Einkommens und dem Gesundheitszustand bemüht wird, ist zu vermuten, dass überwiegend niedrige Risiken in die PKV wechseln. Allerdings würde dieser Zusammenhang nur für die Erwerbstätigen gelten, aber nicht zwingend für deren Familienangehörige. Darüber hinaus spricht für eine Selektion niedriger Risiken, dass die PKV-Unternehmen in der Regel zumindest einen Haftungsausschluss für bestimmte Vorerkrankungen formulieren, sodass eine private Krankenversicherung vor allem für jene Personen attraktiv erscheinen dürfte, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses eine überwiegend gesund verbrachte Vita aufweisen. Allerdings lassen sich damit noch keine Risiken ausschlie-

ßen, die angesichts eines typischerweise relativ jungen Eintrittsalters erst mit fortschreitendem Lebensalter auftreten (Stauder/Kossow, 2017, 187).

- Tatsächlich weisen PKV-Versicherte sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung ein höheres altersabhängiges Ausgabenniveau auf als GKV-Versicherte (Hagemeister/Wild, 2020, 8 f., 10 f.). Der Vergleich mit den GKV-Leistungsausgaben wird allerdings durch die unterschiedlichen Systeme der vertrags- und privatärztlichen Vergütung verzerrt. Außerdem können die Kontrakte der privat versicherten Personen von dem Leistungskatalog der GKV abweichen. Entweder beinhalten sie zusätzliche Leistungen oder sehen Selbstbehalte vor, die auf andere Art verhaltenssteuernd wirken als pauschale Kostenbeteiligungen, die in der GKV gelten. Ohne Rückgriff auf die Verteilung der behandlungsauslösenden Diagnosen lässt sich deshalb nicht von einer unterschiedlichen Verteilung der Leistungsausgaben auf systematische Risikounterschiede schließen.
- Die bereits zitierten IGES-Studien konstruieren deshalb eine Heuristik, um das Risikoprofil der zu integrierenden Personen und darüber potenzielle Leistungsausgaben in einer Bürgerversicherung zu schätzen. Grundlage sind die Angaben zur Krankenhausverweildauer und zur Häufigkeit der ärztlichen Konsultationen im SOEP (Albrecht et al., 2016, 25; Ochmann et al., 2017, 21). Doch auch bei diesem Ansatz bleibt ungeklärt, inwieweit die beobachteten Unterschiede durch die unterschiedlichen Anreizbedingungen für GKV- und PKV-Versicherte beeinflusst werden.
- Im Gegensatz dazu orientieren sich gesundheitsökonomische Beiträge an der direkt beobachtbaren Morbidität in ausgewählten Diagnosegruppen. Zahlreiche Beiträge scheinen auf den ersten Blick die Vermutung zu bestätigen, dass PKV-Versicherte tendenziell seltener oder weniger schwerwiegend erkranken als GKV-Versicherte (zum Beispiel Hajek et al., 2018). Allerdings bleibt die Interpretation ambivalent, da sich die Unterschiede in der Morbidität in einer Querschnittsbetrachtung ergeben. Aus diesem Grund können sie sowohl durch eine Risikoselektion als auch durch bessere Versorgungsleistungen für PKV-Versicherte entstehen (Kausationshypothese). Stauder/Kossow (2017) weisen nach, dass eine Risikoselektion nicht erklären kann,

warum sich der in jungen Jahren beobachtete Unterschied in der Morbidität mit zunehmendem Alter angleicht.

- Lungen et al. (2005, 27, 30) zeigen in ihrem Querschnittsvergleich von gesetzlich und privat versicherten Personen auf, dass sich die Unterschiede zwischen beiden Gruppen mit zunehmendem Alter angleichen. Ihre Ergebnisse beziehen sich auf vier ausgewählte Prävalenzen sowie die Anzahl von Krankenhaustagen, Krankheitstagen, (Fach-)Arztkonsultationen und die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme. Zwar trifft die Studie weder eine Aussage über die Repräsentativität der Einzelindikatoren, noch werden diese nach der Höhe der Ausgaben in den jeweiligen Leistungsklassen gewichtet. Doch bereits ein einfacher Durchschnitt über alle Indikatoren bestätigt das Ergebnis von Stauder/Kossow (2017): In der Altersklasse zwischen 18 und 39 Jahren erreichen PKV-Versicherte rund 71 Prozent des Niveaus, das bei den betrachteten Indikatoren für GKV-Versicherte beobachtet wurde. In den Altersklassen zwischen 40 und 69 Jahren schwankte die Relation um den Wert von 80 Prozent, bei 70- bis 79-Jährigen lag sie mit 97 Prozent auf annähernd gleichem Niveau. Für ältere Hochbetagte wurden keine Daten ausgewertet.

Angesichts dieser letztlich nur empirisch zu klärenden Diskussion wird im Folgenden in Anlehnung an Lungen et al. (2005, 27) für den Fall B die oben beschriebene Heuristik vorgeschlagen, nach der die alters- und geschlechtsspezifische Schadenserwartung für jüngere, bislang beihilfeberechtigte und privat versicherte Personen niedriger ausfällt als für gleichaltrige GKV-Bestandsversicherte.

4.3 Solidarisch finanzierte Ausgaben in GKV und Bürgerversicherung

Szenario S 1 „Status quo GKV“

Das Szenario S 1 bildet den Status quo ab und dient der Identifikation „guter“ und „schlechter“ Risiken im Querschnitt der aktuell GKV-Versicherten. Damit gemeint sind Nettozahler eines Solidarbeitrags respektive Nettoempfänger eines Solidarnutzens zu einem gegebenen Zeitpunkt. Auf dieser Basis lässt

sich auch der Anteil der solidarisch finanzierten GKV-Ausgaben bestimmen. Die Tabelle 1 bietet einen Überblick der Ergebnisse für alle Szenarien, die folgende Erläuterung bezieht sich auf das Szenario S 1 (Spalte 3).

Ausgehend von den aus dem SOEP ermittelten Versichertenzahlen (Zeile 2 bis 7) können im Status quo 39,1 Prozent der GKV-Versicherten als „gute“ Risiken identifiziert werden. Sie haben im Jahr 2018 im Vergleich zu ihren alters- und geschlechtsspezifischen Durchschnittsausgaben höhere Beiträge entrichtet, waren also Nettozahler eines Solidarbeitrags. Spiegelbildlich profitierten 60,9 Prozent von solidarischen Umverteilungen, weil sie als Nettoempfänger eines Solidarnutzens einen im Vergleich zu ihren alters- und geschlechtsspezifischen Durchschnittsausgaben geringeren Beitrag entrichtet haben (Zeilen 9 bis 10). Auf Basis dieser Simulation zahlten die GKV-Mitglieder im Jahr 2018 rund 216 Milliarden Euro an Beiträgen, wobei mit 157,6 Milliarden Euro fast drei Viertel auf jene Versicherte entfiel, die als Nettozahler („gute“ Risiken) identifiziert wurden (Zeilen 12 bis 14). Nettoempfänger eines Solidarnutzens („schlechte“ Risiken) steuerten mit gut 58 Milliarden Euro 27 Prozent der Beitragseinnahmen bei. Gleichzeitig verursachten sie knapp 71 Prozent der Ausgaben, gut 29 Prozent entfiel auf die Nettozahler (Zeilen 16 bis 18).

Die Differenz zwischen Gesamtausgaben und Beitragseinnahmen beträgt in der Simulation 23,8 Milliarden Euro. Nicht berücksichtigt ist dabei ein Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Milliarden Euro, wodurch die Differenz auf 9,3 Milliarden Euro schrumpft. Damit entspricht das Simulationsergebnis einem Schätzfehler von rund 5 Prozent, verglichen mit dem tatsächlichen Finanzergebnis der GKV (BMG, 2021). Die verbleibende Abweichung lässt sich plausibel mit der auf Grundlage der SOEP-Daten ermittelten Versichertenstruktur erklären. Auch hier wäre eine Korrektur der Randverteilung im SOEP aufgrund der Umgewichtung anderer verteilungsrelevanter Merkmale nicht zu rechtfertigen. Stattdessen wird der Schätzfehler bei der Ermittlung ausgabenneutraler Beitragssätze toleriert und auch in den übrigen Szenarien konstant gehalten.

Der Anteil solidarisch finanzierter GKV-Ausgaben lässt sich auf dieser Grundlage berechnen:

- Zieht man von den Beitragseinnahmen der Nettozahler die auf sie entfallenden Ausgaben ab, erhält man die Summe aller gezahlten Solidarbeiträge (Zeile 13 abzüglich Zeile 17). Ins Verhältnis gesetzt zu den Gesamtausgaben (Zeile 16), wurden demnach 36,6 Prozent der GKV-Ausgaben durch die Solidarbeiträge der Nettozahler finanziert.
- Spiegelbildlich ergibt sich ein entsprechender Anteil an solidarisch finanzierten GKV-Ausgaben bei den Nettoempfängern eines Solidarnutzens – demnach wurden 2018 insgesamt 36,6 Prozent der GKV-Ausgaben qua solidarischer Umverteilung gedeckt.

Zur Erläuterung: Berechnet man analog den Anteil solidarisch finanzierter Leistungsausgaben für die Nettoempfänger (Tabelle 1, Saldo aus Zeilen 14 und 18 in Prozent der Zeile 16), dann erhält man zunächst einen Anteil von 46,6 Prozent, der zugunsten der Nettoempfänger eines Solidarnutzens finanziert wird. Die Abweichung gegenüber dem zuvor berechneten Wert erklärt sich zum einen aus dem hier nicht berücksichtigten Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Milliarden Euro, zum anderen aus dem Schätzfehler bei der Ermittlung der Beitragseinnahmen. Rechnet man beide Effekte den Nettoempfängern eines Solidarnutzens zu, dann ergibt sich der gleiche Ausgabenanteil für Nettoempfänger wie für Nettozahler.

Szenario S 2 „Bürgerversicherung Status quo“

Im Szenario S 2 wird nun eine Ausweitung der GKV-Pflichtversicherung auf die gesamte Bevölkerung simuliert. Die Ergebnisse beziehen sich wiederum auf den Querschnitt des neuen Kollektivs. Zu unterscheiden sind dabei unterschiedliche Annahmen über die erwarteten Leistungsausgaben der bislang beihilfeberechtigten und privat versicherten Personen unter GKV-Regeln (Spalten 4 und 5).

S 2 A: Identisches Ausgabenprofil

In Szenario 2A (Spalte 4) wird unterstellt, dass sich die alters- und geschlechtsspezifischen Leistungsausgaben der integrierten Gruppe nicht von der ursprünglichen Versichertengruppen unterscheiden. Mit der Ausweitung der Pflichtversicherung erhöht sich der Anteil der Nettozahler („gute“ Risiken) zunächst um rund zwei Punkte auf 41 Prozent (Zeile 9). Da zusätzliche Versicherte medizinisch zu

Ergebnisse der Simulation

Tabelle 1

| Zeile | | Szenario | | | | | |
|-----------|---|----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 1 | 2 A | 2 B | 3 | 4 A | 4 B |
| 1 | Anzahl der Versicherten, in Millionen | | | | | | |
| 2 | Gesetzlich Versicherte | 71,6 | 80,9 | 80,9 | 71,6 | 80,9 | 80,9 |
| 3 | pflichtversichert | 34,0 | 40,2 | 40,2 | 34,0 | 40,2 | 40,2 |
| 4 | freiwillig | 6,0 | ./. | ./. | 6,0 | ./. | ./. |
| 5 | mitversichert | 16,6 | 18,1 | 18,1 | 16,6 | 18,1 | 18,1 |
| 6 | Rentner/Student/arbeitslos | 15,0 | 22,6 | 22,6 | 15,0 | 22,6 | 22,6 |
| 7 | Privatversicherte | 9,2 | ./. | ./. | 9,2 | ./. | ./. |
| 8 | Anteile der Risikogruppen, in Prozent | | | | | | |
| 9 | Nettozahler | 39,1 | 41,0 | 41,3 | 40,5 | 42,6 | 43,0 |
| 10 | Nettoempfänger | 60,9 | 59,0 | 58,7 | 59,5 | 57,4 | 57,0 |
| 11 | Beitragseinnahmen, in Milliarden Euro | | | | | | |
| 12 | Insgesamt | 215,7 | 260,6 | 260,6 | 220,1 | 267,7 | 267,7 |
| 13 | Nettozahler | 157,6 | 193,9 | 194,8 | 161,2 | 200,4 | 201,3 |
| 14 | Nettoempfänger | 58,1 | 66,8 | 65,9 | 58,9 | 67,3 | 66,4 |
| 15 | Ausgaben, in Milliarden Euro | | | | | | |
| 16 | Insgesamt | 239,5 | 274,7 | 270,8 | 239,5 | 274,7 | 270,8 |
| 17 | Nettozahler | 69,9 | 86,1 | 83,9 | 72,5 | 89,9 | 87,7 |
| 18 | Nettoempfänger | 169,6 | 188,6 | 186,8 | 167,0 | 184,8 | 183,0 |
| 19 | Solidarbeiträge, in Prozent der Ausgaben | 36,6 | 39,2 | 40,9 | 37,1 | 40,2 | 42,0 |
| 20 | Ausgabenneutrale Beitragssätze, in Prozent | | | | | | |
| 21 | Beitragssatz gesamt | 15,6 | 14,82 | 14,58 | 15,28 | 14,44 | 14,26 |
| 22 | Ermäßigter Beitragssatz | 15,0 | 14,22 | 13,98 | 14,68 | 13,84 | 13,66 |
| 23 | Anteile der Risikogruppen, in Prozent | | | | | | |
| 24 | Nettozahler | | 40,0 | 39,9 | 40,1 | 41,1 | 41,1 |
| 25 | Nettoempfänger | | 60,0 | 60,2 | 59,9 | 58,9 | 58,9 |
| 26 | Beitragseinnahmen nach Beitragssatzanpassung, in Milliarden Euro | | | | | | |
| 27 | Insgesamt | | 247,8 | 243,8 | 215,7 | 248,3 | 243,8 |
| 28 | Nettozahler | | 181,3 | 178,0 | 157,1 | 181,0 | 178,5 |
| 29 | Nettoempfänger | | 66,5 | 65,8 | 58,6 | 67,3 | 65,3 |
| 30 | Ausgaben nach Beitragssatzanpassung, in Milliarden Euro | | | | | | |
| 31 | Insgesamt (= Zeile 16) | | 274,7 | 270,8 | 239,5 | 274,7 | 270,8 |
| 32 | Nettozahler | | 83,1 | 79,7 | 71,6 | 85,1 | 81,9 |
| 33 | Nettoempfänger | | 191,6 | 191,1 | 167,9 | 189,5 | 188,8 |
| 34 | Solidarbeiträge, in Prozent der Ausgaben | | 35,8 | 36,3 | 35,7 | 34,9 | 35,7 |

Abweichungen in den Zeilensummen rundungsbedingt; Angaben bezogen auf das Jahr 2018.

Quellen: Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021; SOEP v35; eigene Berechnungen

versorgen sind, steigen die GKV-Ausgaben auf insgesamt 274,7 Milliarden Euro (Zeile 16). Bei einem unveränderten allgemeinen Beitragssatz von 15,6 Prozent würden die Beitragseinnahmen auf 260,6 Milliarden Euro zunehmen (Zeile 12). Rechnet man einen unverändert hohen Bundeszuschuss von 14,5 Milliarden Euro hinzu und berücksichtigt gleichzeitig den oben beschriebenen Schätzfehler bei der Simulation der Beitragseinnahmen, dann würde eine Bürgerversicherung unter GKV-Regeln einen Überschuss in Höhe von rund 14 Milliarden Euro erzielen. Der Anteil des Solidarbeitrags aller Nettozahler an den Gesamtausgaben würde unter diesen Bedingungen um 2,6 Punkte auf 39,2 Prozent steigen (Zeile 19). Aufgrund solidarischer Umverteilung hätten 59 Prozent der Versicherten (Zeile 10) einen Solidarnutzen in gleichem Umfang erhalten.

Bei konstantem Beitragssatz werden also der Umfang solidarischer Umverteilungen ausgeweitet und die GKV-Bestandsversicherten entsprechend entlastet, allerdings bei deutlichen Beitragsüberschüssen. Definitionsgemäß müssen in einer umlagefinanzierten Bürgerversicherung aber die Ausgaben einer Periode durch laufende Einnahmen gedeckt werden. Deshalb ist ein ausgabenneutraler Beitragssatz zu ermitteln. Dazu wird ein unveränderter Bundeszuschuss von 14,5 Milliarden Euro unterstellt sowie der ursprüngliche Schätzfehler beibehalten. Ein ausgabenneutraler Beitragssatz für das Jahr 2018 hätte damit von 15,6 auf 14,82 Prozent gesenkt werden können. Unter dieser Bedingung sind die Beiträge der Nettozahler und Nettoempfänger solidarischer Umverteilungen neu zu berechnen.

Im Ergebnis steigt damit der Anteil der Nettozahler lediglich auf 40 statt auf 41 Prozent (Zeile 24). Der Anteil aller Solidarbeiträge an den Gesamtausgaben, die von den Nettozahlern in Summe geleistet werden, sinkt sogar von 36,6 auf 35,8 Prozent (Zeilen 19 und 34). Gemessen an diesem Anteil wird das Solidaritätsprinzip durch eine Bürgerversicherung nicht gestärkt. Allerdings verändert sich bei einem niedrigeren ausgabenneutralen Beitragssatz von 14,82 Prozent die Verteilung der solidarischen Lasten und Nutzen für die Gruppe der ursprünglichen GKV-Bestandsversicherten, weil sie bei unveränderten alters- und geschlechtsspezifischen Durchschnittsausgaben einen niedrigeren Beitrag zahlen. Es kommt also zu einer veränderten Lastverteilung im neuen Kollektiv zugunsten der Bestandsversicherten, aber ohne das Solidaritätsprinzip zu stärken, also ohne den Anteil solidarisch finanzierter Ausgaben zu erhöhen.

S 2 B: Reduzierte Leistungsausgaben

Das Ergebnis ändert sich, sobald nach der hier diskutierten Heuristik ein systematisch niedrigeres Ausgabenprofil für die hinzukommende Personengruppe unterstellt wird. Das Ausgabenvolumen steigt insgesamt nur auf 270,8 Milliarden Euro (Zeile 16). Der Anteil der Nettozahler eines Solidarbeitrags erhöht sich bei unverändertem Beitragssatz zunächst etwas stärker bis auf 41,3 Prozent (Zeile 9), weil die günstigere Risikostruktur der integrierten Personengruppe das Durchschnittsrisiko im Kollektiv senkt. In der Folge leistet ein höherer Anteil an Personen einen Solidarbeitrag zur solidarischen Umverteilung, da die Verteilung der beitragspflichtigen Einkommen im Vergleich zum Szenario S 2 A nicht tangiert wird. Bei unverändertem Beitragssatz würde der Anteil der Solidarbeiträge an den Gesamtausgaben auf 40,9 Prozent steigen (Zeile 19).

Auch in diesem Szenario gilt es aber, annahmegemäß einen ausgabenneutralen Beitragssatz zu ermitteln. Um einen dauerhaften Einnahmenüberschuss in einer umlagefinanzierten Bürgerversicherung zu vermeiden, kann der allgemeine Beitragssatz auf 14,58 Prozent gesenkt werden (Zeile 21). Dies hat wiederum zur Folge, dass die Gruppe der GKV-Bestandsversicherten in dem neuen Kollektiv entlastet würde, weil ihre Beitragslast bei unveränderten alters- und geschlechtsspezifischen Durchschnittsausgaben sinkt. Trotzdem wächst der Anteil der Nettozahler nur noch um 0,8 Punkte gegenüber dem Szenario 1 auf 39,9 Prozent (Zeile 24). In Summe, also einschließlich der Solidarbeiträge aus der integrierten Personengruppe, finanzieren die Nettozahler in solidarischer Umverteilung in einer Bürgerversicherung mit 36,3 Prozent in etwa den gleichen Anteil an Ausgaben wie in der ursprünglichen GKV (Zeile 19 und 34). Das Solidaritätsprinzip würde also im Querschnitt einer Bürgerversicherung trotz veränderter Lastverteilung (Entlastung der GKV-Bestandsversicherten) nicht gestärkt.

4.4 Doppelte Beitragsbemessungsgrenze für Ehepaare

Im Folgenden wird auch eine alternative Handhabung der Beitragsbemessungsgrenze simuliert. Das erfordert zunächst eine neue Bestimmung solidarischer Umverteilungsströme in der Gruppe der GKV-Bestandsversicherten, ehe dann Veränderungen im Zuge einer Ausweitung der Pflichtversicherung analysiert werden können.

Szenario S 3 „GKV BBG Haushalt“

Wird die Beitragsbemessungsgrenze für Ehepaare verdoppelt und auf das beitragspflichtige Haushaltseinkommen angewendet, dann kommt dies je nach Einkommenshöhe einer Einschränkung oder Abschaffung der beitragsfreien Absicherung der Ehepartner gleich, während Kinder weiterhin wie im Status quo behandelt werden. Dadurch erhöht sich der Anteil der Nettozahler eines Solidarbeitrags bei unverändertem Beitragssatz von 39,1 Prozent im Status quo auf 40,5 Prozent (Zeile 9). Dieser Effekt resultiert unmittelbar aus der zu erwartenden höheren Beitragslast für die betreffenden Haushalte. Auch der Anteil solidarisch finanzierter Ausgaben steigt, und zwar um 0,5 Punkte auf 37,1 Prozent (Zeile 19).

Bei konstantem Beitragssatz wachsen aber aufgrund der partiell veränderten Beitragsbemessung auch die erzielbaren Einnahmen, in diesem Fall auf 220,1 Milliarden Euro. Bei unverändertem Ausgabenvolumen würde die GKV also im Vergleich zum Status-quo-Szenario S 1 einen Überschuss erwirtschaften, sobald der Bundeszuschuss hinzugerechnet und der Schätzfehler berücksichtigt werden. Deshalb gilt es auch hier, einen Beitragssatz ausgabenneutral zu ermitteln. Unter der veränderten Handhabung der Beitragsbemessungsgrenze könnte der gegenüber der Ausgangssituation S 1 um 0,32 Punkte auf 15,28 Prozent sinken (Zeile 21).

Damit verschieben sich zunächst die Anteile der Nettozahler und Nettoempfänger. Der Effekt lässt sich an einem einfachen Beispiel illustrieren: Unterstellt man den Fall eines Ehepaars mit einem Alleinverdiener, dessen beitragspflichtiges Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, dann führt eine gemeinsame Veranlagung bei verdoppelter Kappungsgrenze dazu, dass bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze bei einem Ehepartner das gemeinsame Einkommen hälftig aufgeteilt wird und dem bislang beitragsfrei versicherten Partner nun auch ein Einkommen und darauf entfallende Beiträge zugerechnet werden. Dieser Partner wurde bisher als Nettoempfänger eines Solidarnutzens erfasst. Entweder wird dessen Solidarnutzen durch die Zuweisung des bislang nicht beitragspflichtigen Einkommens reduziert oder er wandelt sich in einen Solidarbeitrag. Deshalb steigt der Anteil der Nettozahler im Szenario S 3 gegenüber S 1 bei ausgabenneutralem Beitragssatz lediglich von 39,1 auf 40,1 Prozent (Zeile 24). Der Anteil der durch solidarische Umverteilung

finanzierten Ausgaben sinkt dagegen bei ausgabenneutralem Beitragssatz von 36,6 auf 35,7 Prozent (Zeile 34).

Szenario S 4 „Bürgerversicherung BBG Haushalt“

Ausgehend von dieser beitragsrechtlichen Veränderung lässt sich nun analog zum Szenario S 2 der Effekt einer bevölkerungsumfassenden Pflichtversicherung nach den Regeln der GKV ermitteln.

S 4 A: Identisches Ausgabenprofil

Unter der Annahme, dass die hinzukommenden Versicherten identische alters- und geschlechtsspezifische Durchschnittsausgaben wie die GKV-Bestandsversicherten aufweisen, steigt das Ausgabenvolumen analog zu Szenario S 2 A auf 274,7 Milliarden Euro (Zeile 16). Die erzielbaren Beitragseinnahmen liegen bei unverändertem Beitragssatz mit 267,7 Milliarden Euro über dem Vergleichsniveau im Szenario S 2 A (Zeile 12). Der Anteil der Nettozahler eines Solidarbeitrags erhöht sich in diesem Fall von 40,5 Prozent im Szenario S 3 auf 42,6 Prozent (Zeile 9), der Anteil solidarisch finanzierter Ausgaben von 37,1 auf 40,2 Prozent (Zeile 19).

Wieder gilt es, Einnahmenüberschüsse, die sich unter Berücksichtigung eines unveränderten Bundeszuschusses und des Schätzfehlers ergeben, im Umlageverfahren zu vermeiden und ein neues Gleichgewicht zu einem ausgabenneutralen Beitragssatz zu bestimmen. Der Beitragssatz könnte demnach gegenüber der neuen Referenz aus Szenario S 3 von 15,28 Prozent auf 14,44 Prozent sinken. In der Folge reduziert sich der Anteil der durch solidarische Umverteilung finanzierten Ausgaben von 35,7 auf 34,9 Prozent (Zeile 34), obwohl der Anteil der Nettozahler in einer Bürgerversicherung um einen Prozentpunkt auf 41,1 Prozent steigt (Zeile 24).

Mit anderen Worten: Eine Entlastung der GKV-Bestandsversicherten gelänge im Zuge der möglichen Beitragssatzsenkung. Die Lastverteilung würde sich in der Bürgerversicherung zu ihren Gunsten verändern. Aber das Solidaritätsprinzip ließe sich auf diesem Weg nicht signifikant stärken, da nur geringfügig mehr Personen zur solidarischen Umverteilung beitragen, aber damit ein geringerer Ausgabenanteil solidarisch finanziert wird.

S 4 B: Reduzierte Leistungsausgaben

Schließlich ist auch für die beitragsrechtliche Variante ein Bürgerversicherungs-Szenario mit niedrigeren durchschnittlichen Ausgaben für bislang beihilfeberechtigte und privat versicherte Personen zu berechnen. Unter den getroffenen Annahmen steigt der Anteil der Nettozahler eines Solidarbeitrags bei ausgabenneutralem Beitragssatz um 1 Prozentpunkt gegenüber dem Szenario S 3 auf 41,1 Prozent (Zeile 24). Weil der allgemeine Beitragssatz um rund 1 Prozentpunkt gesenkt werden kann (Zeile 21), werden die GKV-Bestandsversicherten in einer Bürgerversicherung entlastet. Trotz dieser veränderten Lastverteilung läge der Anteil der solidarisch finanzierten Ausgaben aber mit 35,7 Prozent exakt auf dem Niveau, das für das Szenario S 3 ermittelt wurde.

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

- In der GKV wurden im Jahr 2018 mit 36,6 Prozent mehr als ein Drittel der Ausgaben durch solidarische Umverteilung finanziert. Mit 39,1 Prozent zahlten rund vier von zehn Versicherten einen Solidarbeitrag, damit 60,9 Prozent der Versicherten zu einem Beitrag abgesichert werden konnten, der niedriger ausfiel als ihre individuell risikoäquivalente Versicherungsprämie.
- Mit einer Bürgerversicherung nach GKV-Regeln würde der Anteil der Nettozahler, die einen Solidarbeitrag leisten, bei ausgabenneutral berechnetem Beitragssatz um einen Punkt auf 40 Prozent steigen – vorausgesetzt die Ausgabenrisiken der Neuversicherten entsprechen den geschlechts- und altersspezifischen Durchschnittsausgaben der GKV-Bestandsversicherten. An dem Anteil ändert sich nahezu nichts, wenn man für ehemals beihilfeberechtigte und privat versicherte Personen ein niedrigeres Risiko vor allem in jüngeren Altersklassen unterstellt.
- Ein ausgabenneutraler Beitragssatz in einer Bürgerversicherung könnte um 0,8 bis 1,0 Prozentpunkte gegenüber dem Status quo sinken. Dies führt zu einer veränderten Lastverteilung im neuen Kollektiv. Die GKV-Bestandsversicherten werden entlastet.
- Der Anteil der solidarisch finanzierten Ausgaben erreicht aber in einer Bürgerversicherung – je nach Annahme – mit 35,8 bis 36,3 Prozent kaum oder

gerade einmal das Niveau der GKV im Status quo. Das Solidaritätsprinzip wird also nicht gestärkt, wohl aber eine andere Lastverteilung im neuen Kollektiv realisiert.

- Zusätzliches Entlastungspotenzial böte eine verteilungspolitisch begründete Verdoppelung der Beitragsbemessungsgrenze für das gemeinsame beitragspflichtige Einkommen von Ehepaaren. Der ausgabenneutrale Beitragssatz läge bereits im Status quo um gut 0,3 Punkte unter dem aktuell gültigen Satz. In einer Bürgerversicherung könnte der Beitragssatz auch in diesem Fall um weitere 0,8 bis 1,0 Punkte sinken. Der Anteil der solidarisch finanzierten Ausgaben erreicht aber auch unter diesen Bedingungen bestenfalls das Niveau in einer GKV mit verdoppelter Beitragsbemessungsgrenze für Ehepartner (Szenario S 3), verglichen mit dem Status quo (Szenario S 1) liegt er sogar etwas darunter.

5 Ökonomische Einordnung und Diskussion

Die potenzielle Reduktion des Beitragssatzes führt nicht zu einem höheren Anteil solidarisch finanzierter Ausgaben, aber zu einer veränderten Lastverteilung. Diese lässt sich allerdings nur nach außerökonomischen Gerechtigkeitskriterien bewerten. Doch selbst wenn Gerechtigkeitsabwägungen für eine Bürgerversicherung sprächen, begründet die komparativ-statische Betrachtung noch keine wirtschaftspolitische Empfehlung. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung stellt sich nämlich die Frage, ob die simulierten Effekte Bestand haben, also die zum Einführungszeitpunkt ermittelte Entlastung der GKV-Bestandsversicherten von Dauer sein kann.

5.1 Verschiebung solidarischer Lasten in einem alternden Kollektiv

Die bisherigen Überlegungen gelten für eine Querschnittsbetrachtung, also für die Vermessung solidarischer Umverteilungen im Status quo und deren Veränderungen zum Zeitpunkt einer Ausweitung der Pflichtversicherung. Diese

Modellierung suggeriert, dass in einer stationären Bevölkerung und bei Konstanz aller übrigen verteilungsrelevanten Parameter die solidarischen Umverteilungseffekte im Zeitverlauf konstant bleiben und Verteilungspositionen lediglich interpersonell getauscht würden. Der im Lebenszyklus absehbare Wechsel von der Position eines Nettozahlers in die eines Nutznießers mag vor diesem Hintergrund plausibel erklären, warum zumindest der solidarische Risikoausgleich auch für rational abwägende Individuen grundsätzlich zustimmungsfähig erscheint.

Das umlagefinanzierte Krankenversicherungssystem steht jedoch vor demografischen Herausforderungen, unabhängig von der Frage, ob darin die GKV-Bestandsversicherten oder die gesamte Bevölkerung abgesichert werden. Eine steigende Lebenserwartung und dauerhaft niedrige Geburtenraten verändern die Altersstruktur der Versichertengemeinschaft und beeinflussen damit die solidarischen Umverteilungsströme über die Zeit. Dieser Prozess wird durch die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge in den kommenden Jahren beschleunigt. Deshalb sind solidarische Umverteilungen auch in einer dynamischen Perspektive zu betrachten (Längsschnittbetrachtung). Der Perspektivenwechsel knüpft zunächst an den theoretischen Überlegungen aus Kapitel 3 an.

Angesichts des fortgesetzten Anstiegs der Lebenserwartung (Statistisches Bundesamt, 2019) wird in der wissenschaftlichen Literatur auch der Einfluss einer höheren Lebenserwartung auf die Gesundheitsausgaben diskutiert. Einerseits unterstellt dazu die Medikalisierungsthese, dass hinzugewonnene Lebensjahre nicht gesund verbracht werden. Das hätte zur Konsequenz, dass über den gesamten Lebenszyklus betrachtet mehr Gesundheitsausgaben verursacht werden als bei unveränderter Lebenserwartung (Gruenberg, 1977). Andererseits geht die Kompressionsthese davon aus, dass Leistungsausgaben über den Lebenszyklus gestreckt auftreten (Fries, 1980). Dieser Effekt kann auf die „Time-to-death-Hypothese“ zurückgehen, nach der das Gros der Leistungsnachfrage in zeitlichem Zusammenhang mit dem Ableben auftritt (Fuchs, 1984). Möglich ist auch, dass die Leistungsnachfrage sich auf eine Teilgruppe konzentriert, während das restliche Kollektiv überwiegend gesund altert (Bi-Modalitäts-Hypothese nach Kane et al., 1990). Eine Kompression würde demnach bedeuten, dass im gesamten Kollektiv die Anteile der bei-

den Gruppen über die Zeit konstant blieben oder sogar der Anteil der gesund alternden Menschen stiege. Von dieser empirisch zu beantwortenden Frage soll im Folgenden abstrahiert und stattdessen eine im Zeitverlauf konstante Verteilung der geschlechts- und altersspezifischen Leistungsausgaben beibehalten werden. Damit konzentriert sich die folgende Erörterung auf die Folgen einer veränderten Altersstruktur im Versichertenkollektiv, die unabhängig von der Frage auftreten, ob die Gesundheitsausgaben im Lebenszyklus zunehmen oder konstant bleiben.

Steigende Beiträge zum solidarischen Risikoausgleich

Die demografische Entwicklung führt zu einer relativ häufigeren Besetzung von Altersklassen mit bislang überdurchschnittlich hohem Risiko. Das hat zur Folge, dass die durchschnittliche Schadenserwartung im Zeitverlauf zunimmt. Geht man außerdem von einer auf Dauer unveränderten durchschnittlichen Leistungsfähigkeit aus, erfordert der im Umlageverfahren notwendige jährliche Ausgleich von Ausgaben und Einnahmen einen steigenden Beitragssatz. Der durchschnittliche Beitrag bei unverändertem Prozentsatz reicht nämlich nicht mehr aus, um die gestiegene durchschnittliche Schadenserwartung zu finanzieren (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 108, 111).

In einem alternden Kollektiv werden deshalb bei gegebenen und altersabhängig zunehmenden Leistungsausgaben die Mitglieder jüngerer Kohorten zu einem bestimmten Lebensalter mit höheren Beiträgen zum Risikoausgleich belastet als Mitglieder vorangegangener Kohorten im gleichen Alter. Spiegelbildlich sinkt der Solidarnutzen für Mitglieder jüngerer Kohorten gegenüber dem der Mitglieder aus älteren Kohorten, wenn zu unterschiedlichen Zeitpunkten jeweils das gleiche Lebensalter betrachtet wird.

Über den Lebenszyklus betrachtet (Längsschnitt) reduziert sich damit für Mitglieder einer Kohorte, die zu einem gegebenen Zeitpunkt einen Beitrag zum solidarischen Risikoausgleich gezahlt haben, ein möglicher Solidarnutzen in der Zukunft. Denn bei zunehmender durchschnittlicher Schadenserwartung (höheren Beitragserfordernissen), aber unverändertem altersabhängigen Ausgabenprofil schrumpft der Solidarnutzen im Alter. In der Längsschnittbetrachtung verändert sich also der Saldo aus lebenslang erbrachten Solidarbeiträgen und Solidarnutzen zulasten der Mitglieder der jeweils nachfolgenden Kohorte.

Steigende Beiträge zum sozialen Ausgleich

Spiegelbildlich kann der Einfluss eines alternden Kollektivs auf den sozialen Ausgleich modelliert werden. Unter der Annahme, dass die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen im Erwerbsalter höher ausfallen als im Ruhestand, führt eine relativ häufigere Besetzung der Jahrgänge im Ruhestand bei konstantem Beitragssatz zu einem sinkenden Beitragsaufkommen (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 113). In der Folge sinkt auch der Durchschnittsbeitrag. Damit in der umlagefinanzierten GKV ein Defizit vermieden werden kann, muss der Beitragssatz erhöht werden, um auch in Folgeperioden einen Ausgleich von Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben bei unverändert hohem Steuerzuschuss gewährleisten zu können. Gleichzeitig steigt mit der Alterung aber auch die durchschnittliche Schadenserwartung. Deshalb tangiert die demografische Entwicklung beide Dimensionen von Solidarität. Folglich sind die Veränderungen zu beachten, die sich insgesamt, also für „gute“ und „schlechte“ GKV-Risiken, ergeben.

Intergenerative Verschiebung solidarischer Lasten

Zum einen werden „gute“ Risiken einer Kohorte im Vergleich zu ansonsten merkmalsgleichen Mitgliedern einer älteren Kohorte mit höheren Solidarbeiträgen belastet, weil im gleichen Lebensalter die Mitglieder jüngerer Kohorten sowohl höhere Beiträge zum sozialen Ausgleich als auch zum Risikoausgleich zahlen müssen. Dabei muss der Anstieg des Beitrags(-satzes) überproportional stark ausfallen im Vergleich zum Anstieg der durchschnittlichen Schadenserwartung. Das liegt daran, dass sowohl das gestiegene Versicherungsrisiko als auch das Absinken des durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommens kompensiert werden müssen (umgekehrt gilt der Gedanke für „schlechte“ Risiken).

Zum anderen verschlechtert sich im Längsschnitt, also über den Lebenszyklus eines Versicherten, der Saldo aus Solidarnutzen und Solidarbeiträgen. Im Vergleich zu einer stationären Bevölkerung unter ansonsten gleichen Bedingungen steigen nämlich die Solidarbeiträge im Lebensverlauf oder der erwartete Solidarnutzen vor allem im späteren Lebensalter sinkt kontinuierlich.

Die Überlegungen verdeutlichen, dass zwar in jeder einzelnen Periode ein Ausgleich über beide Dimensionen des Solidaritätsprinzips gelingen kann (jeweils im Querschnitt des Kollektivs). Aber mit Blick auf den solidarischen

Ausgleich, der sich zum Beispiel zwischen Jung und Alt zu einem beliebigen Zeitpunkt im Kollektiv einstellt, führen die GKV-Regeln zu einem Paradoxon. Denn in einem alternden Kollektiv lässt sich diese solidarische Umverteilung zwischen den Generationen dauerhaft nur zulasten der jeweils jüngeren Kohorten umsetzen, also auf Kosten der intergenerativen Solidarität (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 116). Statt das Solidaritätsprinzip zur Rechtfertigung einer veränderten Lastverteilung heranziehen zu können, gerät es damit selbst unter Rechtfertigungsdruck.

5.2 Verfestigung statt Korrektur von Fehlanreizen

Die Inkonsistenz zwischen statischer Solidarität und intergenerativer Solidarität, die ein alterndes Kollektiv in der umlagefinanzierten GKV hervorruft, wirft die Frage nach der Nachhaltigkeit einer möglichen Beitragssatzreduktion auf. Lässt sich weder in der GKV noch in einer Bürgerversicherung die intergenerative Verschiebung steigender Solidarlasten dauerhaft begrenzen, ist schließlich nach Alternativen zu fragen, die geeignet sind, solidarische Umverteilungen zu stabilisieren.

Ungebrochener Anpassungsdruck

Das in der Simulation errechnete Potenzial einer Beitragssatzsenkung gilt zunächst für eine komparativ-statische Betrachtung. Für das Jahr 2018 entspricht das Senkungspotenzial von 0,8 bis 1,0 Beitragssatzpunkten in den Szenarien 2 A und 2 B einem überschlägig berechneten Aufkommen von rund 16,7 Milliarden Euro oder rund 6 Prozent der Gesamtausgaben. Wie nachhaltig dieser Effekt ist, ließe sich zum Beispiel im Rahmen eines Generational-Accounting-Modells simulieren, mit dem die Einflüsse der demografischen Veränderung nachvollzogen werden können. Dazu wären neben der unterstellten Bevölkerungsentwicklung sowohl Annahmen über die künftige Ausgabenentwicklung in einer Bürgerversicherung zu treffen als auch über das Erwerbsverhalten und die Entwicklung und Verteilung beitragspflichtiger Einkommen. Damit können dann solidarische Umverteilungsströme bei veränderter Demografie für jedes Jahr simuliert werden. Auch wenn eine derartige Konzeption den Rahmen dieser Analyse sprengt, lassen sich qualitative Überlegungen zur Nachhaltigkeit der potenziellen Entlastung anstrengen und zum Teil anhand von Faustformeln empirisch plausibilisieren.

Dazu sind die bisherigen Ergebnisse zunächst vor dem Hintergrund der voraussichtlichen GKV-Ausgabenentwicklung einzuordnen. Anhand von drei Einzelbefunden lässt sich zunächst feststellen, dass die GKV-Ausgaben über die vergangenen drei Jahrzehnte überproportional stark gestiegen sind:

- Um die Entwicklung der GKV-Ausgaben je Versicherten beurteilen zu können, bedarf es einer Referenz, die die Entwicklung der gesellschaftlichen Konsummöglichkeiten nach dem auch für die Steuer- und Beitragspflicht maßgeblichen Inländerkonzept beschreibt. Darüber hinaus sollten die in einer Periode anfallenden Gesundheitsausgaben nach Möglichkeit ohne Kreditaufnahme oder Verzehr des für die Einkommenserzielung notwendigen produktiven Kapitalstocks finanziert werden. Deshalb bietet sich das Nettonationaleinkommen als Vergleichsmaßstab an, auch wenn die GKV-Versicherten mit rund 88 Prozent nur eine Teilgruppe der Bevölkerung ausmachen (Pimpertz, 2019a, 125). Während von 1991 bis 2017 das Wachstum des Nettonationaleinkommens je Einwohner im geometrischen Mittel bei 2,7 Prozent pro Jahr gelegen hat, sind die GKV-Ausgaben mit einer jahresdurchschnittlichen Rate von 3,5 Prozent gestiegen (Pimpertz, 2019a, 129). Mit anderen Worten: In der Pro-Kopf-Betrachtung sind die GKV-Ausgaben überproportional stark gewachsen im Vergleich zu der Entwicklung der Konsummöglichkeiten je Einwohner.
- Die beitragspflichtigen Einkommen je GKV-Mitglied müssen dagegen mit Einkommensaggregaten der VGR verglichen werden, um das Wachstum dieser Größe zu beurteilen. Für die Entwicklung der Einkommen aus Erwerbstätigkeit, die grundsätzlich der Beitragsfinanzierung zugrunde liegen, bietet die Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte eine Orientierung. Die sind aber über die vergangenen drei Jahrzehnte mit nahezu identischer Rate gestiegen wie die beitragspflichtigen Einkommen je GKV-Mitglied (Pimpertz, 2019a, 131 f.). Auch wenn die Arbeitnehmerentgelte bislang beitragsfreie Erwerbseinkommen der abhängig Beschäftigten ebenso einschließen wie die Beamtenbesoldung, dafür aber die beitragspflichtigen Einkommen der Ruheständler ausklammern, deutet der Befund nicht darauf hin, dass die Beitragsbemessungsgrundlage der GKV erodiert ist.

- Vergleicht man schließlich die Entwicklung der GKV-Ausgaben direkt mit der der beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten, dann sind die Ausgaben pro Kopf seit 1991 jahresdurchschnittlich um gut 1 Prozentpunkt stärker gewachsen als die beitragspflichtigen Einkommen. Diese Aussage gilt analog, wenn beide Größen auf die beitragszahlenden Mitglieder bezogen werden (Pimpertz, 2019a, 128).

Unterstellt man nun, dass sich sowohl das Wachstum der Ausgaben als auch der beitragspflichtigen Einkommen in einer Bürgerversicherung künftig mit gleicher Rate fortsetzt wie bislang in der GKV, dann gerät der Beitragssatz auch in einem bevölkerungseinheitlichen System unter Anpassungsdruck. Denn aus einem jahresdurchschnittlich um 1 Prozentpunkt stärkeren Wachstum der Ausgaben resultiert bereits im Einführungsjahr ein Fehlbetrag von rund 2,7 bis 2,75 Milliarden Euro (berechnet auf der Grundlage der vorangegangenen Simulation). Dieser Betrag kann nicht mehr zu dem ausgabenneutral berechneten Beitragssatz finanziert werden. Da ein Beitragssatzpunkt in der hier modellierten Simulation Einnahmen in Höhe von 16,7 Milliarden Euro generiert, wäre die Beitragssatzentlastung um einmalig 0,8 bis 1,0 Prozentpunkte – nach einfacher Faustformel grob geschätzt – spätestens binnen sechs Jahren aufgezehrt.

Mit anderen Worten: Die Einführung einer Bürgerversicherung führt zu einer veränderten Lastverteilung, in deren Folge der Beitragssatz sinkt. Dies entlastet die GKV-Bestandsversicherten nicht nur einmalig, sondern dauerhaft. Zwar bleibt die Beitragssatzdynamik auch in einer Bürgerversicherung erhalten, sie sattelt aber im Vergleich zum Status quo auf einem niedrigeren Niveau auf. Allerdings würde die Beitragslast der GKV-Bestandsversicherten binnen weniger Jahre wieder das ursprüngliche Niveau erreichen. Die veränderte Lastverteilung lässt sich nur nach außerökonomischen Kriterien wie dem der Verteilungsgerechtigkeit beurteilen. Andere Folgen ergeben sich für das Solidaritätsprinzip: Zwar kann die solidarische Umverteilung in einer Bürgerversicherung zu jedem Zeitpunkt gewährleistet werden, doch dies gelingt – wie beschrieben – nur auf Kosten steigender Belastungen für die Mitglieder jeweils jüngerer Kohorten, also auf Kosten der intergenerativen Solidarität.

Notwendige Reform der Anreizbedingungen

Damit rückt die Frage in den Mittelpunkt, welche Faktoren die Ausgabenentwicklung treiben und ob diese Dynamik durch eine Ausweitung der Pflichtversicherung durchbrochen werden kann. Damit ließe sich die Hoffnung begründen, dass mit einer Bürgerversicherung die Ausgabendynamik nicht nur gebremst, sondern mittelbar ein Beitrag zur Stärkung intergenerativer Solidarität geleistet werden kann.

Die Alterung des GKV-Kollektivs wird in der Literatur lediglich als ein möglicher Ausgabentreiber genannt. Bemerkenswert ist dazu, dass die Altersstruktur der PKV-Versicherten (vgl. Abbildung 3, Kapitel 4.1) erwarten lässt, dass angesichts eines altersabhängig steigenden Ausgabenprofils die neu hinzukommenden Mitglieder die Ausgabenseite einer Bürgerversicherung zunächst noch stärker belasten würden, als dies im Kollektiv der GKV-Bestandsversicherten ohnehin der Fall sein wird.

Darüber hinaus werden mit dem medizinisch-technischen Fortschritt und institutionell bedingten Fehlanreizen zwei weitere Ausgabentreiber diskutiert, die – angesichts einer bislang noch vergleichsweise günstigen Demografie – zur Erklärung der bislang beobachteten Ausgabenentwicklung beitragen können:

Mit dem **medizinisch-technischen Fortschritt** verändert sich das Leistungsversprechen der GKV substantiell. Dies tangiert sowohl die Kalkulation der durchschnittlichen Schadenserwartungen als auch die Beitragserfordernisse. Entsprechend wandelt sich mit einem dynamischen Innovationsgeschehen auch das alters- und geschlechtsabhängige Profil der Leistungsausgaben, sodass Solidarnutzen und Solidarbeiträge für jede Veränderung neu zu berechnen wären. Der Einfluss neuer Behandlungsmöglichkeiten – unmittelbar auf die Ausgabenentwicklung, mittelbar auf die solidarische Umverteilung – wurde allerdings in der hier modellierten Simulation annahmegemäß ausgeschlossen. Ob mit dem Fortschritt der Medizin und Medizintechnik tatsächlich dauerhaft zusätzliche Ausgaben verbunden sind (vgl. dazu Pimpertz, 2001, 237 ff.), hängt maßgeblich davon ab, ob Innovationen Eingang in die Regelversorgung finden und welche Ausgabeneffekte davon ausgehen (SVR, 2011, 164). Im Kontext der hier diskutierten Fragestellung lässt sich dazu feststellen, dass mit einer Aus-

weitung der Pflichtversicherung keine Änderungen des Zulassungsverfahrens verbunden sind. Sofern das Anlass zu kritischer Auseinandersetzung bietet, stellt die Einführung einer Bürgerversicherung aber keine Voraussetzung für eine Reform dar. Anders gesagt: So wie der medizinisch-technische Fortschritt bislang Treiber der Ausgabenentwicklung gewesen ist, ergeben sich keinerlei Indizien dafür, dass diese Wirkung mit einer Bürgerversicherung durchbrochen werden kann.

Diese Aussage gilt analog für **institutionell bedingte Fehlanreize**, die gleichermaßen zur Erklärung des überproportional stark steigenden Ausgabenwachstums angeführt werden und bereits seit Jahrzehnten Gegenstand der Reformdiskussionen sind (zum Beispiel Knappe/Roppel, 1986; Oberender, 1996; Pimpertz, 2002). Egal, ob allokativen Fehlanreize aus der lohnproportionalen Beitragsfinanzierung resultieren oder aus einer korporatistischen Organisationsstruktur mit zentral verhandelten oder administrierten Preisen: Eine Erweiterung der Pflichtversicherung ist weder Voraussetzung für notwendige Reformen der GKV, noch verändern sich Anreizbedingungen mit Einführung einer Bürgerversicherung. Im Gegenteil, der steuerähnliche Charakter der lohnproportionalen Beitragsfinanzierung würde auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet. Weil der individuelle Beitrag von der Höhe des beitragspflichtigen Einkommens abhängt und nicht etwa von der durchschnittlichen Schadenserwartung, geht von ihm kein Preissignal aus, das zum Beispiel die Wahl von Versicherungstarifen mit effizienterem Versorgungsmanagement anreizen könnte.

Folglich steht der Beitragssatz auch in einer Bürgerversicherung unvermindert unter Anpassungsdruck. Eine nachhaltige Entlastung der bisherigen GKV-Bestandsversicherten mag also gelingen, das Solidaritätsprinzip kann damit aber nicht nachhaltig gestärkt werden. Vielmehr bliebe die Dynamik intergenerativer (Solidar-)Lastverschiebungen erhalten und würde sogar auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet.

Eine wohlfahrtstheoretische Betrachtung

Selbst wenn man die simulierten Effekte einer Bürgerversicherung im Sinne eines Wohlfahrtsgewinns für die GKV-Bestandsversicherten interpretieren wollte, so stehen dem doch mögliche Einbußen entgegen. Die können zum

einen bei den bislang beihilfeberechtigten und privat versicherten Personen auftreten. Nimmt man dazu an, dass diese bislang einen umfassenderen Leistungskatalog abgesichert haben, als die gesetzliche Krankenversicherungspflicht erfordert, dann müssen die betreffenden Personen unter den Bedingungen einer Bürgerversicherung zusätzlich private Vorsorge treffen, um eine unveränderte Absicherung für den Krankheitsfall realisieren zu können. Sobald der Beitrag zur Bürgerversicherung zuzüglich Aufwendungen für Zusatzvorsorge das bisherige Prämienfordernis übersteigt, stellt sich für die betreffenden Personen bereits in einer komparativ-statischen Betrachtung ein Wohlfahrtsverlust ein. Vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung müssen aber die Barwerte der lebenslang gezahlten Beitrags- respektive Prämienzahlungen in einem anwartschafts gedeckten und umlagefinanzierten System gegeneinander abgewogen werden, um im Sinne des Pareto-Kriteriums nachhaltige Wohlfahrtseffekte beurteilen zu können. Da bislang privat versicherte Personen aufgrund des Anwartschaftsdeckungsverfahrens steigende Finanzierungserfordernisse nicht auf nachfolgende Generationen überwälzen können, ist aber bereits die Annahme kritisch zu hinterfragen, ob ein einmaliger Beitragsentlastungseffekt für GKV-Bestandsversicherte in einer Bürgerversicherung im Sinne eines partiellen Wohlfahrtsgewinns interpretiert werden darf.

Zum anderen entfielen mit einer Bürgerversicherung die bisher unterschiedliche Honorierung von privat- und vertragsärztlich erbrachten Leistungen. Welche allokativen Effekte von einer einmaligen Senkung des Honorarvolumens der bislang beihilfeberechtigten und privat versicherten Personen ausgehen, lässt sich in dieser Analyse nicht berücksichtigen. Aus wohlfahrtstheoretischer Perspektive sind aber entweder die entsprechenden Einbußen der Leistungserbringer als Verlust gegenzubuchen. Oder aber es kommt zu einer Kompensation der Anbieter mit der Folge, dass sich die Ausgaben der GKV-Bestandsversicherten erhöhen und der anfänglich unterstellte Wohlfahrtsgewinn einer vermeintlich gerechteren Lastverteilung sinkt.

5.3 Polit-ökonomische Einordnung

Geht es um intergenerative Solidarität, dann rücken alternative Finanzierungsformen in den Fokus, die den Anstieg der Leistungsausgaben und damit ver-

bunden den Anstieg der solidarischen Umverteilungslasten bremsen. Letztlich setzt das eine Beschränkung der umlagefinanzierten Leistungsansprüche voraus. Nur so kann eine intergenerative Verschiebung der (solidarischen Umverteilungs-)Lasten unterbunden werden. Praktisch ließe sich das auf unterschiedliche Art und Weise erreichen:

- Über einen **Ausschluss einzelner Leistungen** könnte das ansonsten ungebremst steigende Ausgabenvolumen reduziert werden. Das würde unmittelbar die Finanzierungslasten und mittelbar die solidarischen Umverteilungslasten begrenzen. Angesichts eines kontinuierlichen Ausgabenanstiegs wäre aber fortgesetzt über weitere Leistungsausschlüsse zu entscheiden, um ein auf Dauer real konstantes umlagefinanziertes Ausgabenniveau auch in einer alternden Bevölkerung gewährleisten zu können – eine ethisch fragwürdige und deshalb politisch wenig attraktive Option.
- Alternativ ließe sich der gleiche Effekt mithilfe finanzieller **Selbstbeteiligung** herbeiführen. Auch diese müsste kontinuierlich angehoben werden, um das Volumen der umlagefinanzierten Ausgaben und solidarischen Umverteilungswirkungen unter ansonsten gleichen Bedingungen intergenerativ zu stabilisieren.
- Statt einer direkten Ausgabenbeteiligung der Versicherten durch Leistungsausschluss oder Selbstbeteiligung ließe sich die Dynamik intergenerativer Lastverschiebungen auch über einen steigenden Anteil **kapitalgedeckt finanzierter Vorsorge** durchbrechen. Denkbar ist zum Beispiel eine ergänzende Säule nach dem Vorbild der Alterssicherung (für die Pflegeversicherung vgl. Kochskämper et al., 2019). Ob die kapitalgedeckt finanzierte Vorsorge mit oder ohne Risikoausgleich ausgestaltet werden soll, spielt dabei keine Rolle, wenn es um die intergenerative Stabilisierung solidarischer Umverteilungslasten in der GKV geht – beide Optionen sind grundsätzlich umsetzbar. Entscheidend ist vielmehr, dass sich anwartschaftsgedeckte Versicherungssysteme dadurch auszeichnen, dass die Mitglieder einzelner Kohorten für ihre altersabhängig zunehmenden Schadenserwartungen selbst vorsorgen müssen, statt diese Lasten – wie in umlagefinanzierten Systemen – auf Mitglieder nachfolgender Kohorten überwälzen zu können.

Auch weil mit diesen Alternativen eigenverantwortliche Vorsorge verbunden ist, mag das Argument einer „Entlastung der Solidargemeinschaft“ durch eine Bürgerversicherung für politische Agenten attraktiv erscheinen. Denn Entlastungen der GKV-Bestandsversicherten erwecken nicht nur den Anschein, dass grundlegende Herausforderungen im Zuge einer vermeintlich gerechteren Verteilung solidarischer Lasten gemeistert werden könnten. Mehr noch sind es vor allem ältere GKV-Mitglieder, die mit höherer Wahrscheinlichkeit Nutznießer solidarischer Umverteilungen sind und die von einer vermeintlichen „Stärkung des Solidaritätsprinzips“ profitieren könnten. Wenn mit der demografischen Entwicklung das Alter des Medianwählers steigt, erscheint es deshalb umso verlockender, mit dieser Argumentation eine wachsende Zahl älterer Wähler anzusprechen, um die eigenen Wiederwahlinteressen zu optimieren.

Dieses Kalkül kann sich aber zu einem politischen Risiko wandeln, sobald grundlegende Annahmen nicht länger erfüllt sind (vgl. dazu Pimpertz, 2020). Zum einen setzt es nämlich voraus, dass die Wähler die Auswirkungen der intertemporalen Inkonsistenz solidarischer Umverteilungen nicht erkennen. Mit der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge und den unverändert wirksamen Ausgabentreibern in der GKV ist dies aber bereits auf kurze Sicht wenig wahrscheinlich, zumindest wenn die Alternative eines steigenden steuerfinanzierten Bundeszuschusses aus finanzpolitischen Gründen ausgeschlossen wird. Erhöht sich der Beitragssatz auch nach Einführung einer Bürgerversicherung, wäre das wohlklingende Erklärungsmuster selbst für nicht fachkundige Wähler durchschaubar und nachvollziehbar widerlegt. Ein rationales Kalkül politischer Agenten, die ihre Wiederwahlchancen nicht nur einmalig optimieren wollen, erfordert einen Blick über die nächste Legislaturperiode hinaus. Es muss deshalb mit den absehbaren Beitragssatzentwicklungen auch die Interessen der jüngeren Kohorten berücksichtigen.

Zum anderen setzt das Argument voraus, dass individuell nutzenmaximierende Individuen in ihrer Rolle als Wähler vor allem kurzfristige Interessen verfolgen. Sobald aber Wechselwirkungen zwischen den eigenen Leistungsansprüchen und den finanziellen Konsequenzen für die Kinder- und Enkelgeneration auch im familiären Kontext spürbar werden, sich also der intergenerative Verteilungskonflikt zunehmend zu einem intrafamiliären auswächst, erscheint es plausibel, zumindest für einen Teil der älteren Bevölkerung längerfristige Ab-

wägungen zu unterstellen. Dies vorausgesetzt, müssen rational kalkulierende politische Agenten die Sicherung der künftigen Versorgung gegen die Wahrscheinlichkeit abwägen, dass nachfolgende Generationen dagegen opponieren, in der umlagefinanzierten Krankenversicherung steigende Solidarlasten schultern zu müssen. Vor diesem Hintergrund sollte einem rational agierenden politischen Agenten eine Bürgerversicherung nach GKV-Regeln nicht länger als alternativlos erscheinen.

6 Epilog: Bürgerversicherung ohne Lösungsperspektive

In der politischen Debatte wird das Konzept einer Bürgerversicherung nahezu ausschließlich im Sinne einer Ausweitung der umlagefinanzierten GKV diskutiert und dabei regelmäßig mit einer vermeintlichen Stärkung des Solidaritätsprinzips begründet. Bis dato vermochten aber weder wissenschaftliche Beiträge den Umfang solidarischer Umverteilungen in der GKV zu vermessen, noch ließen sich politische Vorschläge darauf ein, Grenzen des Solidaritätsprinzips zu benennen. Auch deshalb dient der Verweis auf das Solidaritätsprinzip im politischen Umfeld oftmals als Chiffre, um neben einer alternativen Verteilung von Finanzierungslasten höhere Beitragseinnahmen anzustreben – nicht zuletzt über die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage. In Abgrenzung zum ökonomisch begründeten Äquivalenzprinzip lassen sich solidarische Umverteilungswirkungen jedoch beschreiben und Effekte einer Bürgerversicherung simulieren:

- Demnach wurde im Jahr 2018 mit 36,6 Prozent mehr als ein Drittel aller GKV-Ausgaben in Form solidarischer Umverteilung finanziert, wobei vier von zehn Versicherten einen Solidarbeitrag zahlten, weil ihr Beitrag höher ausfiel als ihre alters- und geschlechtsspezifischen Durchschnittsausgaben. Sechs von zehn Versicherten profitierten vom Solidaritätsprinzip, da sie einen entsprechend geringeren Beitrag entrichteten.
- Zum Zeitpunkt einer Systemumstellung könnte eine Bürgerversicherung die GKV-Bestandsversicherten entlasten. Denn ein ausgabenneutraler Bei-

tragssatz ließe sich einmalig um 0,8 bis 1,0 Punkte reduzieren. Das Solidaritätsprinzip würde damit aber nicht gestärkt. Der Anteil der Nettozahler, die einen Solidarbeitrag leisten, stiege zwar um rund 2 Prozentpunkte. Der Anteil solidarisch finanzierter Ausgaben würde aber nicht das ursprüngliche GKV-Niveau erreichen.

- Allerdings würden GKV-Bestandsversicherte in einer Bürgerversicherung dauerhaft entlastet. Bei unverändert überproportional starkem Ausgabenwachstum sattelt die Beitragssatzdynamik nämlich auf einem niedrigeren Niveau auf, sodass die GKV-Versicherten günstiger gestellt wären als im Status quo.
- Die Alterung der Versichertengemeinschaft sorgt jedoch dafür, dass die Mitglieder der jeweils jüngeren Jahrgänge künftig steigende und damit höhere Lasten zur Finanzierung solidarischer Umverteilungen schultern müssen als Mitglieder älterer Kohorten. Auch eine umlagefinanzierte Bürgerversicherung kann dieses Problem nicht heilen. Solidarische Umverteilungen lassen sich zwar zu jedem Zeitpunkt realisieren. Dies gelingt aber nur zulasten intergenerativer Solidarität.
- Damit gerät das Solidaritätsprinzip zunehmend selbst unter Rechtfertigungsdruck. Selbst wenn eine Entlastung der GKV-Bestandsversicherten als gerecht erachtet wird, ist dieser Effekt gegen eine fortgesetzt intergenerative Lastverschiebung sowie deren Ausweitung auf die gesamte Bevölkerung abzuwägen.
- Gleichzeitig leistet eine Bürgerversicherung keinen substanziellen Beitrag, den überproportional starken Ausgabenanstieg zu begrenzen. Denn Treiber wie die Bevölkerungsalterung, der medizinisch-technische Fortschritt sowie institutionell bedingte Fehlanreize wirken unverändert fort. Vielmehr würde der steuerähnliche Charakter der lohnbezogenen Beitragsfinanzierung auf weitere Bevölkerungsteile ausgeweitet, statt verhaltenssteuernde Anreize in der GKV zu implementieren, die eine effiziente Versorgung begünstigen.
- Schließlich hängt die Erfüllung umlagefinanzierter Versorgungsversprechen auch davon ab, dass solidarische Umverteilung intergenerativ gerecht or-

ganisiert wird. Anderenfalls droht die Zustimmung jüngerer Generationen zu einer solidarischen Krankenversicherung zu erodieren. Damit rücken andere Finanzierungsformen in den Fokus, die intergenerativ neutral wirken. So eröffnen ergänzende kapitalgedeckte Finanzierungselemente in der GKV die Möglichkeit, solidarische Umverteilungen dauerhaft zu begrenzen, ohne dafür das anwartschafts gedeckte PKV-System aufgeben zu müssen.

Literatur

- Akerlof, George A., 1970, The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics, 84. Jg., Nr. 3, S. 488–500
- Albrecht, Martin / Ochmann, Richard / Schiffhorst, Guido, 2016, Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Selbstständige, IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/krankenversicherungspflicht-fuer-selbststaendige> [22.2.2021]
- Beznoska, Martin, 2016, Dokumentation zum Steuer-, Abgaben- und Transfer-Mikrosimulationsmodell des IW Köln (STATS), IW-Report, Nr. 27, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2016/295605/IW-Report_2016-27_Mikrosimulationsmodell.pdf [29.4.2021]
- Beznoska, Martin / Kolev, Galina / Pimpertz, Jochen, 2017, Makroökonomische Effekte einer paritätischen Beitragsfinanzierung, IW-Policy Paper, Nr. 15/2017, Köln
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2021, Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen und Faustformeln, KF21Bund, Stand: März 2021, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2021Bund_Maerz_2021.pdf [28.4.2021]
- Bobbert, Monika, 2007, Pflicht zur Solidarität? Zur Legitimität sozialer Sicherungssysteme, in: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, 48. Jg., S. 181–204
- Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021, GKV-Profilenach Alter und Geschlecht nach Hauptleistungsbereichen, 1996–2021 (Stand: 29.1.2021), https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datenzusammenstellung_und_Auswertung/20210129_GKV_Altersausgabenprofile_1996-2019.xlsx [4.3.2021]
- Deutscher Bundestag, 2019a, Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden, Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, BT-Drucksache 19/8561 vom 20.3.2019, Berlin
- Deutscher Bundestag, 2019b, Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen, Antrag der Fraktion DIE LINKE, Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, BT-Drucksache 19/9229 vom 9.4.2019, Berlin
- Eekhoff, Johann / Bünnagel, Vera / Kochskämper, Susanna / Menzel, Kai, 2008, Bürgerprivatversicherung, Tübingen
- Eisen, Roland, 1988, „Versicherungsprinzip“ und Umverteilung. Einige Überlegungen zu den Grenzen des Versicherbaren, in: Rolf, Gabriele / Spahn, Bernd P. / Wagner, Gert (Hrsg.), Sozialvertrag und Sicherung, Frankfurt am Main, S. 117–127
- Fries, James F., 1980, Ageing, Natural Death and the Compression of Morbidity, in: New England Journal of Medicine, 303. Jg., Nr. 3, S. 130–135

- Fuchs, Victor R., 1984, Though much is taken: Reflections on Ageing, Health and Medical Care, NBER Working Paper Series, Nr. 1269, <http://www.nber.org/papers/w1269.pdf> [8.3.2021]
- Goebel, Jan et al., 2019, The German Socio-Economic Panel Study (SOEP), in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 239. Jg., Nr. 2, S. 345–360
- Gruenberg, Ernest M., 1977, The Failure of Success, in: Milbank Quarterly, Health and Society, 55. Jg., Nr. 1, S. 3–24
- Hagemeister, Sonja / Wild, Frank, 2020, Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten. Jahresbericht 2020, WIP-Analyse, Nr. 4/2020, http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/PDF/Studien_in_Buchform/WIP_Analyse_4_2020_Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben.pdf [3.3.2021]
- Hajek, Andre et al., 2018, Unterschiede in der Morbidität nach Krankenversicherungsstatus im Alter, in: Gesundheitswesen, 80. Jg., S. 551–556
- Haversath, Peter, 2012, Solidarität im Recht. Gegenseitige Verbundenheit als Grund und Grenze hoheitlichen Handelns, Berliner Online-Beiträge zum Europarecht, Nr. 1, https://www.jura.fu-berlin.de/forschung/europarecht/bob/berliner_online_beitraege/Paper76-Haversath/Paper76---Solidaritaet-im-Recht---Gegenseitige-Verbundenheit-als-Grund-und-Grenze-hoheitlichen-Handelns1.pdf [13.1.2021]
- Höffe, Otfried, 2018, Der Sinn von Solidarität. Zwischen Gerechtigkeit und Menschenliebe/Philanthropie, Neue Gesellschaft, Frankfurter Hefte, Nr. 9/2018, <https://www.frankfurter-hefte.de/artikel/der-sinn-von-solidaritaet-2559/> [10.3.2021]
- Kane, Robert L. / Radosevich, David M. / Vaupel, James W., 1990, Compression of Morbidity: Issues and Irrelevancies, in: Kane, Robert L. / MacFayden, David / Evans, J. Grimley (Hrsg.), Improving the Health of Older People. A World View, Oxford, S. 30–49
- Knappe, Eckhard / Roppel, Ulrich, 1986, Versicherungswettbewerb und Selbstbeteiligung im Gesundheitssystem, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 15. Jg., Nr. 3, S. 127–134
- Kochskämper, Susanna, 2019, Lösung Bürgerversicherung? Stellungnahme zu dem Antrag der Fraktion DIE Linke (BT-Drucksache 19/7480), dem Antrag der Fraktion der FDP (BT-Drucksache 19/7691) und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 19/8561, IW-Report, Nr. 16, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2019/IW-Report_2019-Stellungnahme_Pflegeversicherung.pdf [12.1.2021]
- Kochskämper, Susanna / Arentz, Christine / Moritz, Maik, 2019, Zwei-Säulen-Strategie in der Pflegefinanzierung: Einführung einer Eigenanteilsversicherung. Zum künftigen Umgang mit den selbst zu tragenden Pflegekosten, IW-Policy Paper, Nr. 12/19, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/policy_papers/PDF/2019/IW-Policy_Paper_2019-Pflegefinanzierung.pdf [3.4.2021]
- Kochskämper, Susanna / Pimpertz, Jochen, 2015, Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab?, in: IW-Trends, 42. Jg., Nr. 1, S. 105–119

- Lampert, Heinz / Althammer, Jörg, 2001, Lehrbuch der Sozialpolitik, Berlin
- Lampert, Thomas / Kroll, Lars E., 2014, Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 5. Jg., Nr. 2/2014, Berlin
- Lampert, Thomas / Kroll, Lars E. / Müters, Stephan / Stolzenberg, Heribert, 2013, Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56. Jg., Nr. 5/6, S. 631–636
- Lauterbach, Karl W. et al., 2006, Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung, Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Nr. 1, Köln
- Lüngen, Markus et al., 2005, Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Morbidität zwischen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Privaten Krankenversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 59. Jg., Nr. 3/4, S. 25–30
- Oberender, Peter, 1996, Leitlinien für eine Systemkorrektur in der Krankenversicherung, in: Siebert, Horst (Hrsg.), Sozialpolitik auf dem Prüfstand. Leitlinien für Reformen, Tübingen, S. 85–110
- Ochmann, Richard / Albrecht, Martin / Schiffhorst, Guido, 2017, Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Beamte, IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_KrankenversPflicht_Beamte_Selbststaendige_Teilbericht-Beamte_final.pdf [22.2.2021]
- Ochmann, Richard / Albrecht, Martin / Schiffhorst, Guido, 2020, Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte, IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Geteilter_Krankenversicherungsmarkt.pdf [28.4.2021]
- Pimpertz, Jochen, 2001, Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Nr. 121, Köln
- Pimpertz, Jochen, 2002, Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Nr. 271, Köln
- Pimpertz, Jochen, 2019a, Indikatoren zur GKV-Finanzentwicklung und ihre normativen Implikationen, in: IW-Trends, 46. Jg., Nr. 1, S. 121–136
- Pimpertz, Jochen, 2019b, Bürgerversicherung – keine Lösung für künftige Herausforderungen in der GKV. Stellungnahme im BT-Ausschuss für Gesundheit zum Antrag „Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen“ der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucksache 19/9229), IW-Policy Paper, Nr. 9/19, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/policy_papers/PDF/2019/IW-Policy-Paper_2019_Buergerversicherung.pdf [12.1.2021]
- Pimpertz, Jochen, 2020, Grenzen des Vorsorgestaats in einer alternden Bevölkerung, in: Zeitschrift für Politikwissenschaft, 30. Jg., Nr. 4, S. 645–652

- Prasuhn, Armin M. / Wilke, Christina B., 2021, Reformoption Bürgerversicherung? Eine Nutzwertanalyse vor dem Hintergrund aktueller und künftiger Herausforderungen des deutschen Krankenversicherungssystems, KCV Schriftenreihe der FOM, Band 2, <https://www.fom.de/fileadmin/fom/forschung/KCV/FOM-KCV-Schriftenreihe-Band-2-Prasuhn-Wilke-Reformoption-Buergerversicherung-2021.pdf> [5.5.2021]
- Reformkommission – Kommission Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, 2003, Bericht der Kommission, https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/32017/ssoar-2003-Nachhaltigkeit_in_der_Finanzierung_der.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2003-Nachhaltigkeit_in_der_Finanzierung_der.pdf [12.5.2021]
- Ribhegge, Hermann, 2004, Sozialpolitik, München
- Rothgang, Heinz / Arnold, Robert, 2011, Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag, WSI-Diskussionspapier, Nr. 176, Düsseldorf
- Rothgang, Heinz et al., 2011, Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung, Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, https://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/solidaritaet_wirkt/gutachten_pflegebueergerversicherung.pdf [12.1.2021]
- Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik, 2019, Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung, Working Paper Forschungsförderung, Nr. 150, September 2019, <https://d-nb.info/1197761500/34> [12.1.2021]
- Schulin, Bertram, 1988, Solidarität und Subsidiarität, in: Maydell, Bernd von / Kannengießer, Walter (Hrsg.), Handbuch Sozialpolitik, Weinsberg, S. 85–93
- Simon, Michael, 2013, Das Gesundheitssystem in Deutschland, Bern
- SOEP v35 – Sozio-oekonomisches Panel, Daten für die Jahre 1984–2018, Version 35, DOI: 10.5684/soep.v35
- Statistisches Bundesamt, 2019, Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Hauptvarianten 1 bis 9, Wiesbaden
- Stauder, Johannes / Kossow, Tom, 2017, Selektion oder bessere Leistungen – Warum sind Privatversicherte gesünder als gesetzlich Versicherte?, in: Gesundheitswesen, 79. Jg., S. 181–187
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2003, Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/2004, https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/03_ges.pdf [12.1.2021]
- SVR, 2005, Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen, Jahresgutachten 2005/2006, https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga05_ges.pdf [12.1.2021]

- SVR, 2008, Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken, Jahresgutachten 2008/2009, https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga08_ges.pdf [12.1.2021]
- SVR, 2011, Herausforderungen des demografischen Wandels, Expertise im Auftrag der Bundesregierung, https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Expertisen/2011/expertise_2011-demografischer-wandel.pdf [22.4.2021]
- Ullrich, Carsten G., 2000, Solidarität im Sozialversicherungsstaat, Frankfurt am Main
- Wildt, Andreas, 2007, Solidarität als Strukturbegriff politisch-sozialer Gerechtigkeit, in: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, 48. Jg., S. 39–60

Abstract

Would universal health insurance lead to more solidarity?

Measuring the solidarity principle in Germany's statutory health insurance system

The principle behind Germany's statutory health insurance (SHI) system, into which all employees up to a certain income threshold are obliged to pay a percentage of their earnings, is one of solidarity. Currently about four out of ten statutorily insured persons make a solidarity contribution by paying in more than the average benefits accruing to those of their age and gender. The remaining sixty percent of SHI members contribute correspondingly less. In total, just under 37 percent of SHI expenditure is financed by this solidarity-based redistribution. The universal insurance scheme currently under discussion (commonly known as a *Bürgerversicherung* or 'citizens' insurance') aims to strengthen the principle of solidarity by drawing in those currently excluded and thus, according to its proponents, distribute the burden more "fairly". If the SHI system as it is now applied were extended to the entire population, the contribution rate could be reduced by 0.8 to 1.0 percentage points, thus permanently relieving the burden on those already statutorily insured. However, changing demographics, progress in medical technology and misaligned incentives are continuing to push up health care expenditure well beyond the general cost of living. Given this, the SHI contribution rate would return to its current level after only some six years – with an ongoing upward trend. Despite the change in the cross-sectional distribution of the burden, any increase in the solidarity effect would not be long sustained. In a universal insurance scheme the share of net contributors paying in at the reduced contribution rate would increase only slightly, and the proportion of SHI expenditure financed by redistribution would barely reach the level in the system as it is now. Moreover, with an ageing population, an overall balance in solidarity can only be achieved at the expense of intergenerational solidarity, as contribution rates rise and the younger cohorts shoulder ever higher solidarity burdens. This raises the question as to whether the solidarity principle is justified at all. By contrast, limiting benefit entitlements financed according to the SHI's current pay-as-you-go system – and supplementing them with funded elements – would help to establish solidarity-based redistribution on an intergenerationally fair footing.

Autoren

Dr. rer. pol. **Martin Beznoska**, geboren 1984 in Aachen; Studium der Volkswirtschaftslehre und Promotion in Berlin; seit 2016 im Institut der deutschen Wirtschaft, Senior Economist im Kompetenzfeld „Öffentliche Finanzen, Soziale Sicherung, Verteilung“; seit 2019 Lehrbeauftragter für „Mikroökonomie“ an der Technischen Hochschule Köln.

Dr. rer. pol. **Jochen Pimpertz**, geboren 1965 in Krefeld; Studium der Betriebswirtschaftslehre sowie der Wirtschafts- und Sozialpädagogik und Promotion in Köln, Senior Economist im Arbeitsbereich Sozialpolitik, seit 2001 im Institut der deutschen Wirtschaft, seit 2011 Leiter des Kompetenzfelds „Öffentliche Finanzen, Soziale Sicherung, Verteilung“; seit 2015 Lehrbeauftragter für „Volkswirtschaftliche Grundlagen der Gesundheitsökonomie“ an der Universität zu Köln.

Dr. rer. pol. **Maximilian Stockhausen**, geboren 1987 in Berlin; Studium der Volkswirtschaftslehre und Promotion in Berlin; seit 2017 im Institut der deutschen Wirtschaft, Economist im Kompetenzfeld „Öffentliche Finanzen, Soziale Sicherung, Verteilung“.

Kostenfreier Download auf www.iwkoeln.de/studien/iw-analysen.

Berthold Busch

Die italienische Misere

Ökonomische Strukturprobleme und wirtschaftliche Herausforderungen

IW-Analysen 131, 2019, 72 Seiten

Oliver Koppel / Thomas Puls / Enno Röben

Innovationstreiber Kfz-Unternehmen

Eine Analyse der Patentanmeldungen in Deutschland für die Jahre 2005 bis 2016

IW-Analysen 132, 2019, 60 Seiten

Martin Beznoska / Tobias Hentze / Susanna Kochskämper / Maximilian Stockhausen

Die Besteuerung von Ehepaaren in Deutschland

Ökonomische Effekte verschiedener Reformvorschläge

IW-Analysen 133, 2019, 72 Seiten

Barbara Engels / Klaus-Heiner Röhl

Start-ups und Mittelstand

Potenziale und Herausforderungen von Kooperationen

IW-Analysen 134, 2019, 66 Seiten

Dominik H. Enste / Louisa Marie Kürten / Lena Suling / Anja Katrin Orth

Digitalisierung und mitarbeiterorientierte Führung

Die Bedeutung der Kontrollüberzeugung für die Personalpolitik

IW-Analysen 135, 2020, 72 Seiten

Pekka Sagner / Maximilian Stockhausen / Michael Voigtländer

Wohnen – die neue soziale Frage?

IW-Analysen 136, 2020, 84 Seiten

Berthold Busch

Der britische Sonderweg in Europa

IW-Analysen 137, 2020, 72 Seiten

Jürgen Matthes

Die europäische Handelspolitik und China

Schritte zu einer neuen Balance mit fairem Wettbewerb

IW-Analysen 138, 2020, 84 Seiten

Hubertus Bardt / Karl Lichtblau

Industriepolitische Herausforderungen

Horizontale Ansätze und neue Aufgaben für den Staat

IW-Analysen 139, 2020, 78 Seiten

Christina Anger / Axel Plünnecke

Bildungsgerechtigkeit

Herausforderung für das deutsche Bildungssystem

IW-Analysen 140, 2021, 78 Seiten

Dominik H. Enste / Johanna Kary

Die sieben Todsünden

Verhaltensökonomische Interpretationen und Handlungsempfehlungen

IW-Analysen 141, 2021, 120 Seiten

Berthold Busch / Björn Kauder

Der Stabilitäts- und Wachstumspakt

Bestandsaufnahme und Vorschläge für mehr fiskalpolitische Disziplin in Europa

IW-Analysen 142, 2021, 78 Seiten

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V.

Konrad-Adenauer-Ufer 21
50668 Köln
T 0221 4981-0
info@iwkoeln.de

iwkoeln.de

ISBN 978-3-602-15029-8 (Druckausgabe)

ISBN 978-3-602-45644-4 (E-Book|PDF)