



# IW-Policy Paper 9/19

## **Bürgerversicherung - keine Lösung für künftige Heraus- forderungen 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)

Jochen Pimpertz

Köln, 23.9.2019

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>1 Stärkung des Solidarprinzips durch Integration Privatversicherter?</b>	<b>4</b>
<b>2 Überproportional starker Ausgabenanstieg in der GKV</b>	<b>4</b>
<b>3 Aktuelle und künftige Herausforderungen für die GKV</b>	<b>6</b>
<b>4 Solidarische Umverteilung in einer alternden Bevölkerung</b>	<b>9</b>
<b>5 Bedingungen für eine Entlastung der Solidargemeinschaft</b>	<b>12</b>
<b>6 Positiver Effekt einer Bürgerversicherung fraglich</b>	<b>14</b>
<b>7 Entlastung durch Kapitaldeckung in alternder Bevölkerung</b>	<b>18</b>
<b>8 Kein systematischer Beitrag zur Lösung künftiger Herausforderungen</b>	<b>19</b>
<b>Literatur</b>	<b>21</b>
<b>Abstract</b>	<b>23</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>24</b>

**JEL-Klassifikation:**

I18 – Gesundheitspolitik; Regulierung; Öffentliches Gesundheitswesen

## Zusammenfassung

Solidarität bedeutet in der GKV zweierlei – auf der einen Seite ein Risikoausgleich zwischen niedrigen und hohen Risiken, die alle entsprechend einer durchschnittlichen Schadenserwartung zu gleichen Bedingungen versichert werden; auf der anderen Seite ein sozialer Ausgleich, der durch die Bemessung des Beitrags nach der Höhe des individuellen beitragspflichtigen Einkommens zustande kommt. Das Solidarprinzip in der GKV kann nur dann durch eine Ausdehnung der Versicherungspflicht nachhaltig gestärkt werden, wenn zum Umstellungszeitpunkt und für die Zukunft sicher gestellt ist, dass mit den hinzukommenden Personen ein Beitragsfluss generiert wird, der die zu erwartenden zusätzlichen Leistungsausgaben in der GKV übertrifft. In abgeschwächter Form gilt eine relative Stärkung des Solidarprinzips, wenn eine drohende Deckungslücke zwischen erwarteten Beitragszahlungen und Leistungsausgaben geringer ausfällt, als bislang für das GKV-Kollektiv erwartet werden kann. In dieser zweiten Variante bleiben aber die zentralen Herausforderungen für die GKV ungelöst.

Für die Frage, ob mit einer Ausweitung der Versicherungspflicht der Risikoausgleich in der GKV gestärkt werden kann (also unterdurchschnittlich hohe Risiken einbezogen werden), fehlt es bislang an empirisch gesicherten Grundlagen. Mit Blick auf die zweite Dimension des Solidaritätsprinzips, dem sozialen Ausgleich, lassen sich ebenfalls Zweifel an der Vermutung begründen, dass mit einer Integration bislang privat versicherter Personen die Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV dauerhaft gestärkt werden kann. Bezüglich der beabsichtigten Stärkung des Solidaritätsprinzips in der GKV qua Ausweitung der Pflichtmitgliedschaft besteht also dringender Forschungsbedarf und nicht Gewissheit.

Im Gegensatz zur umlagefinanzierten GKV können steigende Versorgungsausgaben zum Beispiel infolge des medizinisch-technischen Fortschritts im anwartschaftsgedeckten PKV-System dem Grunde nach nicht auf Mitglieder anderer Versichertenkollektive überwältigt werden. Vielmehr müssen privat krankenversicherte Personen das Kostensteigerungsrisiko eigenverantwortlich über höhere Prämien schultern. Das in der GKV angelegte Problem intergenerativer Lastverschiebung in einem alternden Kollektiv tritt deshalb in der PKV so nicht auf. Mehr noch, die alterungsbedingten Zusatzlasten der bislang privat Versicherten würden in einem umlagefinanzierten Bürgerversicherungsmodell künftigen Beitragszahlern zusätzlich aufgebürdet.

Mit Blick auf das überproportional starke Wachstum der Ausgaben pro Kopf in der GKV leistet eine Bürgerversicherung keinen Lösungsbeitrag, weil grundlegende, anreiztheoretisch begründete Ursachen dieser Entwicklung ebenso wenig von einer Erweiterung der Pflichtversicherung tangiert werden wie die grundlegende Problematik einer alternden Bevölkerung im Umlageverfahren.

## 1 Stärkung des Solidarprinzips durch Integration Privatversicherter?

Die Fraktion DIE LINKE fordert in Ihrem Antrag „Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen“ (Deutscher Bundestag, 2019) die Integration bislang privat krankenversicherter Personen in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Begründet wird der Antrag vor allem mit einem Verstoß gegen das Prinzip der Solidarität. Das System der privaten Krankenversicherung (PKV) erlaube es demnach, dass sich insbesondere Besserverdienende der Solidargemeinschaft der GKV entziehen.

Diese Begründung bezieht sich vorrangig auf ein Gerechtigkeitsargument, wonach die gesamte Bevölkerung gleichermaßen an der Finanzierung solidarischer Aufgaben zu beteiligen sei. Jenseits der Abwägung von Gerechtigkeitsargumenten steht die Vermutung im Raum, dass in der PKV überwiegend Besserverdienende versichert seien, deren Integration in eine Bürgerversicherung zu einer Stärkung des Solidaritätsprinzips in der GKV führen könne.

Der solidarische Charakter der GKV kommt allerdings nicht nur in Finanzierungsfragen zum Ausdruck, sondern er umfasst zwei unterschiedliche Dimensionen (Kochskämper/Pimpertz, 2015): Neben dem sozialen Ausgleich, der in der GKV über die lohn- und rentenbezogene Beitragsfinanzierung angestrebt wird, erfolgt dort auch ein Risikoausgleich, weil Versicherte mit unterschiedlichen Risikomerkmale – anders als im PKV-System – ohne Risikoprüfung zu gleichen Bedingungen versichert werden. Beachtet man beide Dimension von Solidarität, dann ergibt sich die ökonomisch wie sozialpolitisch relevante Frage, ob das Solidaritätsprinzip als elementares Merkmal der GKV durch eine Erweiterung des versicherungspflichtigen Personenkreises tatsächlich gestärkt werden kann.

Dazu gilt es zunächst, die zentralen ökonomischen Herausforderungen für die GKV zu vergegenwärtigen (Kapitel 2 und 3) und insbesondere den Einfluss des demografischen Wandels auf das Solidarprinzip unter Status-quo-Bedingungen zu analysieren (Kapitel 4). Erst vor diesem Hintergrund lassen sich dann Bedingungen ableiten, unter denen eine Erweiterung des Versichertenkreises tatsächlich zur Lösung zentraler ökonomischer Probleme und zur Stärkung des Solidarprinzips in der GKV beitragen kann (Kapitel 5). Hierzu gilt es Einschätzungen vorzunehmen, ob diese Bedingungen realiter gegeben sind (Kapitel 6). Die Ergebnisse sind abschließend mit den Eigenschaften des anwartschafts gedeckten PKV-Systems zu vergleichen (Kapitel 7) und vor dem Hintergrund künftiger Herausforderungen zu würdigen (Kapitel 8).

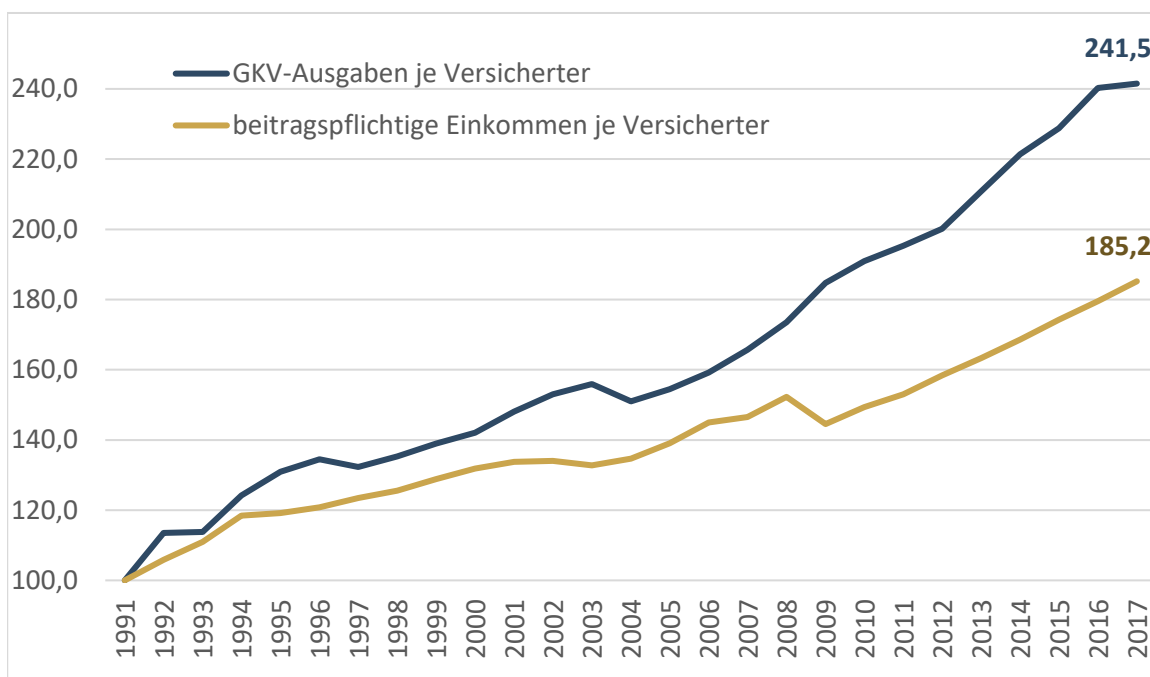
## 2 Überproportional starker Ausgabenanstieg in der GKV

Bislang leidet die GKV vorrangig unter einem überproportional starken Anstieg der Ausgaben je Versicherten. Zwar ist der Anteil aller GKV-Ausgaben am Bruttonationaleinkommen seit der Wiedervereinigung scheinbar moderat von 5,9 auf 6,9 Prozent im Jahr 2017 gestiegen. Die Quote verschleiert aber, dass die Ausgaben für einen schwankenden Versichertenbestand aufgewendet wurden (Pimpertz, 2019, 123). Aussagekräftiger ist deshalb der Blick auf Pro-Kopf-Ausgaben. Die sind von 1991 bis 2017 um insgesamt 142 Prozent oder im langfristigen

Durchschnitt um gut 3,4 Prozent pro Jahr gestiegen (Abbildung 2-1). Im Vergleich dazu haben im gleichen Zeitraum die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten lediglich um 71 Prozent oder im langfristigen Durchschnitt nur um knapp 2,1 Prozent pro Jahr zugelegt (Pimpertz, 2019, 128). Mithin sind die Ausgaben der GKV pro Kopf im langfristigen Mittel jährlich um 1,3 Prozentpunkte stärker gestiegen als die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten. (Der Befund eines überproportional starken Ausgabenanstiegs bestätigt sich auch, wenn man die Größen auf Mitglieder/Beitragszahler bezieht (vgl. Pimpertz, 2019, 128).)

### Abbildung 2-1: GKV-Ausgaben und beitragspflichtige Einkommen

Werte je Versicherten, Index 1991=100



GKV-Ausgaben einschließlich Verwaltungskosten; beitragspflichtige Einkommen geschätzt.

Ursprungsdaten: BMG, 2018a; 2018b; 2018c

Quelle: Pimpertz, 2019, 128

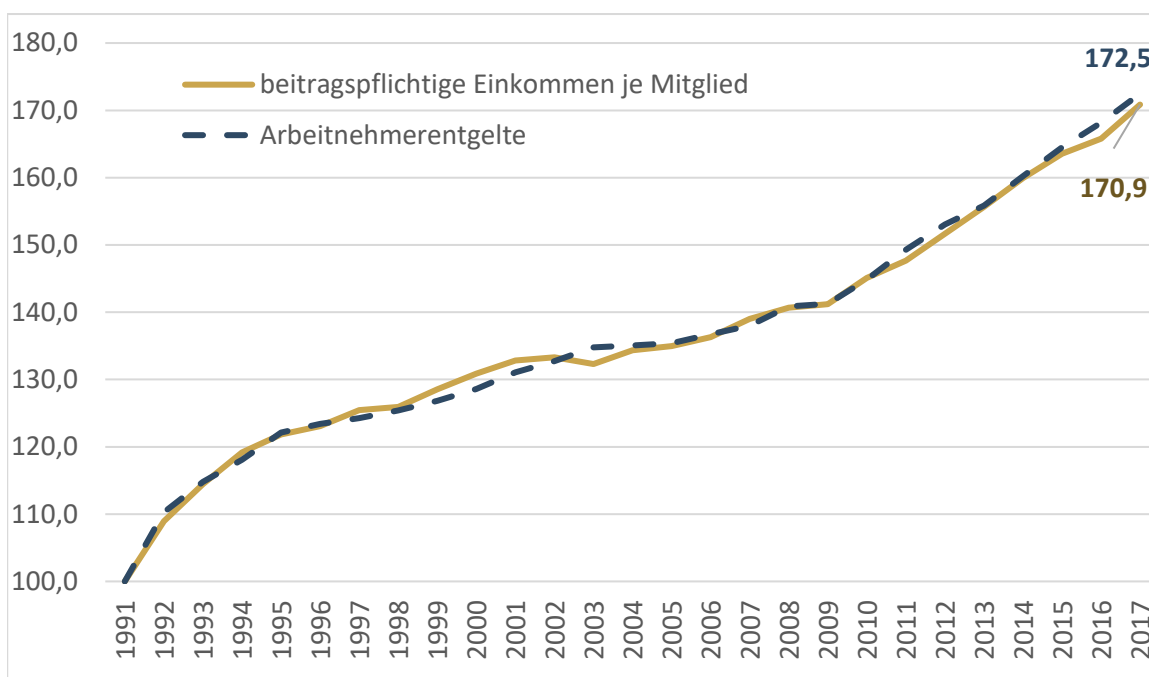
Die auftretende Finanzierungslücke musste in der Vergangenheit über einen Anstieg des allgemeinen Beitragssatzes zur GKV von 12,3 auf aktuell durchschnittlich 15,5 Prozent geschlossen werden – obwohl die Einnahmenseite durch die Neuregelung zur Beitragspflicht von Alterseinkommen aus der betrieblichen Altersversorgung seit 2004 sowie durch den steuerfinanzierten Zuschuss von aktuell 14,5 Milliarden Euro pro Jahr zusätzlich gestärkt wurde.

Die Diagnose eines überproportional starken Ausgabenwachstums schließt allerdings noch nicht ein Schrumpfen der beitragspflichtigen Einkommen (Beitragsbemessungsgrundlage) aus. Vergleicht man deshalb auf der einen Seite die Ausgabenentwicklung je Versicherten mit der langfristigen Entwicklung des Bruttonationaleinkommens je Einwohner (BNP), dann bestätigt sich zunächst die These mit Blick auf die Ausgabenseite der GKV. Denn im Vergleich zum BNP je Einwohner sind die GKV-Ausgaben je Versicherten seit der Wiedervereinigung jahresdurchschnittlich um knapp 0,7 Prozentpunkte stärker gestiegen (Pimpertz, 2019, 130). Auf der anderen Seite deuten empirische Indizien nicht darauf hin, dass die Beitragsbemessungsgrundlage der GKV

zeitgleich erodiert ist. Hierbei wechselt die Perspektive auf die Beitrag zahlenden Mitglieder. Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen je GKV-Mitglied hat nahezu exakt mit der Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte Schritt gehalten (Abbildung 2-2) – hier fließen alle Entgelte der Arbeitnehmer (einschließlich Beamte) ein, also auch Entgeltbestandteile jenseits der Beitragsbemessungsgrenze, während die Alterseinkommen in dieser Referenz unbeachtet bleiben (Pimpertz, 2019, 131). Mithin kann zumindest für die erwerbstätigen GKV-Mitglieder bislang nicht von einer Erosion der beitragspflichtigen Einkommen ausgegangen werden.

## Abbildung 2-2: Beitragspflichtige Einkommen und Arbeitnehmerentgelte

je Mitglied bzw. je Arbeitnehmer i. S. d. VGR, Index 1991=100



Beitragspflichtige Einkommen: geschätzt.

Ursprungsdaten: BMG, 2018b; 2018c; Statistisches Bundesamt, 2019

Quelle: Pimpertz, 2019, 131

**Erstes Zwischenergebnis:** Die GKV leidet unter einem überproportional starken Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben. Bislang lassen sich dagegen keine eindeutigen Indizien für eine Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage gewinnen.

## 3 Aktuelle und künftige Herausforderungen für die GKV

Vier Ursachenkomplexe werden als Erklärungen für den überproportional starken Ausgabenanstieg in der Literatur diskutiert (stellvertretend Pimpertz, 2013,6 ff.):

- Vor allem für entwickelte Volkswirtschaften wird eine **Einkommenselastizität der Nachfrage** nach Gesundheitsleistungen von größer eins unterstellt. Demnach führen Einkommenszuwächse zu einer überproportional stark wachsenden Nachfrage auf Gesundheitsmärkten,

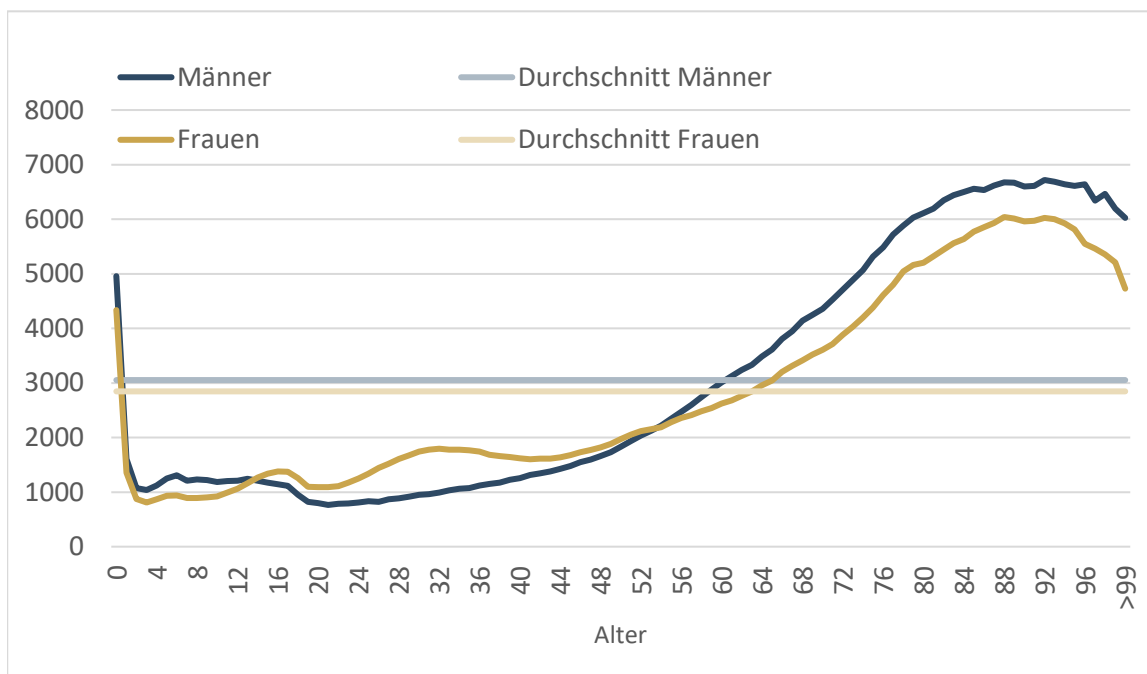
weil die Individuen mit steigendem Wohlstand ihrer Gesundheit eine immer höhere Wertschätzung beimessen.

Allerdings handelt es sich hierbei nicht um eine ökonomische Gesetzmäßigkeit, sondern um eine Beobachtung, die für die Vergangenheit gilt. Der empirische Nachweis eines kausalen Zusammenhangs ist dagegen methodisch umstritten (stellvertretend OECD, 2006, 188). Unabhängig davon ergeben sich bei fortgesetzter Entwicklung auch künftig steigende Finanzierungserfordernisse in der GKV, sollte eine überproportional stark wachsende Nachfrage überwiegend unter dem Dach des GKV befriedigt werden.

- Die **Alterung der Bevölkerung** und damit die Alterung des GKV-Versichertenbestands wird angesichts der typischerweise mit dem Alter steigenden Leistungsausgaben (Abbildung 3-1) dafür sorgen, dass unabhängig von der Frage, wie sich eine steigende Lebenserwartung auf die altersabhängigen Behandlungskosten auswirken wird, die höheren, ausgabenintensiven Altersstufen künftig häufiger besetzt werden. In der Folge steigen die durchschnittlichen Leistungsausgaben deshalb allein aufgrund der Alterung des Versichertenkollektivs, selbst wenn man von Einflüssen des medizinisch-technischen Fortschritts oder anderen Kostensteigerungen absieht.

### Abbildung 3-1: Stilisiertes Altersprofil der GKV-Leistungsausgaben

Leistungsausgaben je Versicherter



Auf Basis der Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich 2012 in der GKV; Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

Ursprungsdaten: Bundesversicherungsamt 2013

Quelle: Kochskämper/Pimpertz, 2015, 108

Bei unverändertem Beitragsrecht droht mit der Bevölkerungsalterung gleichzeitig ein schwächeres Wachstum der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen, weil der Anteil der



Versicherten mit in der Regel niedrigeren beitragspflichtigen Alters- als Erwerbseinkommen steigen wird (Kochskämper, 2017, 18; Kochskämper/Pimpertz, 2015, 115).

Der demografische Einfluss auf die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung ist für die Vergangenheit bislang als relativ moderat einzuschätzen. Denn derzeit befindet sich die Bevölkerung noch in einer vergleichsweise günstigen Situation, weil insbesondere die geburtenstarken Jahrgänge noch im Erwerbsalter stehen und deshalb die Einnahmenseite bei gleichzeitig günstiger Beschäftigungsentwicklung entlasten. Zudem befinden sich diese Kohorten derzeit in Altersklassen, die nicht durch deutlich überdurchschnittlich hohe Durchschnittsausgaben (versicherungstechnisch: Schadensersparungen) gekennzeichnet sind.

Diese Einschätzung wandelt sich allerdings grundlegend mit der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge ab dem nächsten Jahrzehnt. Der demografische Einfluss kommt unter anderem in dem Beitrag der GKV zur impliziten Staatsschuld zum Ausdruck, die nach einer Studie der Stiftung Marktwirtschaft aus dem Jahr 2018 mit 83,4 Prozent des aktuellen Bruttoinlandsprodukts beziffert wird (Bahnsen/Manthei/Raffelhüschen, 2018, 12). In dieser Höhe sind derzeit Leistungsversprechen in der GKV angelegt, die bei unverändertem Beitragssatz künftig nicht durch entsprechende Beitragseinnahmen gedeckt sind. Notwendige Beitragssatzerhöhung belasten aber vor allem die Mitglieder jüngerer Kohorten, die dann – über den gesamten Lebenszyklus betrachtet – höhere Finanzierungslasten schultern müssen, ohne dafür im Alter durch höhere Leistungsansprüche kompensiert zu werden.

- Daneben wird der **medizinisch-technische Fortschritt** als Ausgabentreiber angeführt. Aus theoretischer Sicht können Besonderheiten auf den Märkten für medizinische Leistungen als Erklärung angeführt werden (stellvertretend Pimpertz, 2019, 7 f. und die dort zitierte Literatur).
- Allerdings können diese Argumente nicht erklären, warum innovative Technologien, die außerhalb der Gesundheitswirtschaft als effizienzsteigernd beurteilt werden, innerhalb des Gesundheitswesens zu überproportionalen Ausgabenzuwächsen führen. Demnach sind es weniger die Besonderheiten des medizinisch-technischen Fortschritts als vielmehr die **institutionell bedingten (Fehl-)Anreize**, unter denen er sich im Gesundheitswesen vollzieht, die den überproportionalen Ausgabenanstieg durch Innovationen im GKV-System erklären können. Dazu zählen die lohnsteuerähnliche Wirkung der Beitragsfinanzierung in Kombination mit der kostenlos freien Anbieterwahl für die Versicherten sowie den Wettbewerbshemmnissen auf der „Beschaffungs- und Absatzseite“ gesetzlicher Krankenkassen, die dazu führen, dass entweder ökonomisch vorteilhafte Innovationen nicht motiviert werden und/oder mögliche Effizienzvorteile nicht in Form von Beitragsnachlässen an die Versicherten weitergeleitet werden (Pimpertz, 2013, 9 f. und die dort zitierte Literatur).

Von diesen ökonomischen Herausforderungen sind verteilungspolitische Fragestellungen abzugrenzen, die ebenfalls im Fokus der öffentlichen Debatte stehen. Dabei gilt es zwischen den intergenerativen und den intragenerativen Effekten zu unterscheiden (Kochskämper, 2019, 8 ff.). Bei der **intergenerativen Lastverteilung** geht es um die Frage, wie sich künftig die steigenden Finanzierungslasten auf Mitglieder unterschiedlicher Kohorten (Generationen) im

Zeitverlauf verteilen. **Intragenerative Verteilungsfragen** fokussieren dagegen die Verteilung der Finanzierungslasten in einer Periode, also im Querschnitt des Kollektivs respektive der Bevölkerung. Diese Verteilung kann sich wiederum im Zeitverlauf zum Beispiel infolge des demografischen Wandels verändern.

**Zweites Zwischenergebnis:** Neben dem medizinisch-technischen Fortschritt und möglichen Fehlanreizen wird vor allem die demografische Entwicklung künftig das Wachstum der Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV treiben. Gleichzeitig wird die durchschnittliche Beitragsbemessungsgrundlage aufgrund der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge tendenziell sinken. Die Frage nach der Verteilung der daraus resultierenden, zusätzlichen Finanzierungslasten kann dagegen unabhängig von der Abgrenzung des pflichtversicherten Personenkreises beantwortet werden.

## 4 Solidarische Umverteilung in einer alternden Bevölkerung

Umfang und Grenzen des Solidaritätsbegriffs sind theoretisch unbestimmt und können nur im Kontext konkreter Regulierungen beurteilt werden. So bilden zum Beispiel gewerkschaftlich organisierte Arbeitnehmer ebenso eine Solidargemeinschaft wie die Versicherten der GKV, obwohl sich Beitrag und Sicherungsanspruch in beiden Solidargemeinschaften auf jeweils unterschiedliche Sachverhalte beziehen. In welchen Grenzen Leistungsansprüche unter welchen Voraussetzungen bestehen und welche Gegenleistungen die Mitglieder einer Solidargemeinschaft zu erbringen haben, ist also im Kontext der jeweiligen Bezugssysteme zu konkretisieren. Im Fall der GKV beschreibt der Gesetzgeber im Fünften Sozialgesetzbuch SGB V unmittelbar und grundsätzlich in den §§1 und 3 den Charakter der Solidargemeinschaft, wobei hier die Eigenverantwortung der Versicherten im Zusammenhang von Solidarität betont wird – ein Umstand, der in der öffentlichen Diskussion kaum Beachtung findet. Umfang und Grenzen des Solidaritätsprinzips, insbesondere der solidarischen Finanzierung, lassen sich dagegen nur mittelbar aus den Wirkungen der weiteren Bestimmungen des SGB V erschließen.

Demnach kann das Solidaritätsprinzip vereinfacht in zwei Dimensionen beschrieben werden, die jeweils durch spezifische Umverteilungswirkungen gekennzeichnet sind, die über alternative Lösungen auf privaten Versicherungsmärkten hinausreichen (Kochskämper/Pimpertz, 2015):

- Auf der einen Seite kommt der solidarische Charakter der GKV in einem **Risikoausgleich** zum Ausdruck. Denn im Gegensatz zu rein marktwirtschaftlichen Versicherungsverträgen werden die Mitglieder und beitragsfrei Versicherten der GKV ohne Ansehen individueller Risikomerkmale zu gleichen Bedingungen versichert.

Am Beispiel des altersabhängigen Risikoprofils, also der mit zunehmendem Alter steigenden Durchschnittsausgaben (siehe Abbildung 3-1), lässt sich das vereinfacht für den Risikoausgleich zwischen Jung und Alt darstellen: Gemessen an den altersabhängigen Durchschnittsausgaben würden jüngere Versicherte auf privaten Versicherungsmärkten individuell risikoäquivalente Prämien in Höhe ihrer relativ niedrigen, altersabhängigen Schadenserwartung zahlen – von der Rolle der Altersrückstellungen in der PKV sei hier abstrahiert. Tatsächlich orientiert sich der solidarische Risikoausgleich in der GKV aber an den alters- und

risikounabhängigen Durchschnittsausgaben im gesamten Kollektiv. Unter der Annahme, dass alle Versicherten den gleichen Beitrag entrichten, kann der Solidarbeitrag niedriger Risiken deshalb mit der Differenz zwischen den individuell risikoäquivalenten Prämienanforderungen und den risikounabhängigen durchschnittlichen Leistungsausgaben im GKV-Kollektiv beschrieben werden. Umgekehrt profitieren hohe Risiken, in diesem Beispiel also vor allem Mitglieder älterer Kohorten, von dem solidarischen Risikoausgleich, weil sich ihr Beitrag nicht an ihrer individuell risikoäquivalenten Schadenerwartung bemisst, sondern an den für sie niedrigeren durchschnittlichen GKV-Ausgaben im gesamten Kollektiv. Dieser Risikoausgleich funktioniert analog für die Geschlechter, die unterschiedliche Risikoprofile aufweisen, sowie für verschiedene Risikogruppen, deren erwarteten Behandlungsausgaben sich aufgrund medizinischer Prädispositionen und Vorerkrankungen unterscheiden (Kochskämper/Pimpertz, 2015 107).

- Auf der anderen Seite kommt der solidarische Charakter der GKV in der Finanzierung über lohn- und rentenbezogene Beiträge zum Ausdruck (**sozialer Ausgleich**). Denn im Gegensatz zu rein marktwirtschaftlichen Versicherungsverträgen mit individuell risikoäquivalenten Prämien (oder Beiträgen nach Maßgabe der durchschnittlichen Schadenserwartung) werden die Beiträge in der GKV abhängig von der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen erhoben. Dadurch kommt es zu einem sozialen Ausgleich bei der Finanzierung der GKV-Ausgaben.

Auch dies lässt sich am Beispiel der Umverteilungswirkungen zwischen den Generationen (hier: Beitragszahler im Erwerbs- und im Rentenalter) vereinfacht beschreiben: Im Vergleich zur durchschnittlichen Schadenserwartung, die eine für alle Versicherten gleich hohe, kollektiv risikoäquivalente Prämie entspräche, zahlen Mitglieder mit überdurchschnittlich hohem, beitragspflichtigen Einkommen bei einem einheitlichen Beitragssatz einen höheren Beitrag, als es den erwarteten, durchschnittlichen Leistungsausgaben entspricht. Diesem „Solidarbeitrag“ stehen jene GKV-Versicherten gegenüber, die aufgrund eines unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommens von dem Solidarausgleich profitieren (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 112 f.).

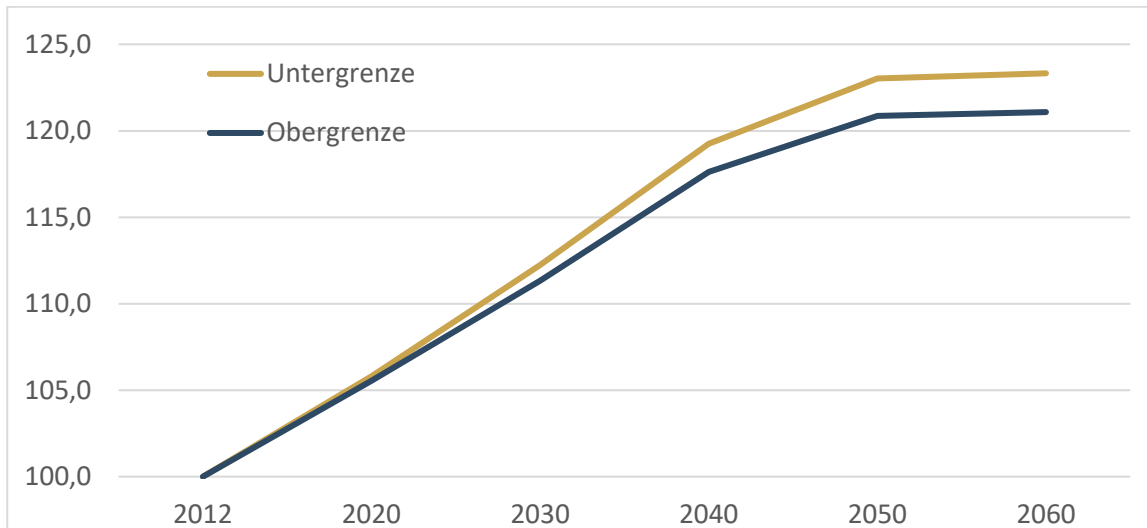
Beide Dimensionen des Solidaritätsprinzips werden durch den demografischen Wandel besonders berührt (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 114 ff.): Auf der Leistungsseite führt eine relativ stärkere Besetzung älterer Jahrgänge mit typischerweise überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben zwangsläufig zu einem Anstieg der altersunabhängigen Durchschnittsausgaben (Abbildung 4-1). Bis zum Jahr 2050 werden die durchschnittlichen Leistungsausgaben allein aufgrund der Alterung des Versichertenkollektivs und noch ohne Berücksichtigung möglicher Kostensteigerungen (zum Beispiel aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts) real um mehr als 20 Prozent steigen. Damit steigt auch der „Solidarbeitrag“ zum Risikoausgleich durch niedrige Risiken, namentlich junge Versicherter, in einer alternden Bevölkerung von Kohorte zu Kohorte, ohne dass damit für die Mitglieder der besonders belasteten Jahrgänge höhere Leistungsansprüche im Alter einhergehen.

Auf der Einnahmenseite gilt das gleiche, weil die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen der Ruheständler typischerweise unter denen der erwerbstätigen Beitragszahler liegen,

deren Anteil an allen Beitragszahlern aber steigen wird. Mithin bleiben Risikoausgleich und sozialer Ausgleich zwar in jeder einzelnen Periode gewahrt. In einer alternden Bevölkerung steigen aber die solidarischen Lasten für Personen gleichen Alters von Generation zu Generation (Kochskämper/Pimpertz, 2015, 116).

### Abbildung 4-1: Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV

Simulierte Leistungsausgaben der GKV, Index: 2012 = 2100



Quelle: Fortschreibung der Versichertenstruktur des Jahres 2012 auf Basis der mittleren 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Untergrenze Variante 1-W1: relativ niedrige Nettozuwanderung; Obergrenze: Variante 1-W2: relativ hohe Nettozuwanderung); Ausgaben auf Basis der unveränderten durchschnittlichen Leistungsausgaben ohne Krankengeld im Jahr 2012, ohne Kostensteigerungen und medizinisch-technischen Fortschritt.

Quelle: Kochskämper/Pimpertz, 2015, 111

Im Aggregat lässt sich dieser Effekt in einfachen Simulationen empirisch bebildern: Geht man von einem unveränderten Profil der altersabhängigen Durchschnittsausgaben aus – Einflüsse des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Ausgabenentwicklung werden damit ebenso neutralisiert wie mögliche Lohnsteigerungen –, dann werden allein aufgrund der Alterung des Versichertenkollektivs die Gesamtausgaben der GKV bis zum Jahr 2030 real um mehr als 40 Prozent und bis 2050 um rund 80 Prozent gegenüber heute steigen (Kochskämper, 2017, 16). Weil die beitragspflichtigen Einkommen bei unverändertem Beitragssatz wie beschrieben sinken werden, droht eine Finanzierungslücke – gemessen in heutigen Werten – von rund 36 Milliarden Euro im Jahr 2030, weiter ansteigend auf über 60 Milliarden Euro in 2050 (Kochskämper, 2017, 19). Diese Lücke kann nach derzeitigem Beitragsrecht nur über weiter steigende Beitragssätze geschlossen werden. Über den Lebenszyklus betrachtet werden damit aber Mitglieder jüngerer Kohorten überproportional stark an der Finanzierung steigender Leistungsausgaben beteiligt, d. h. sie müssen künftig höhere solidarische Umverteilungslasten schultern als gleichaltrigen Kohorten heute.

Am Rande: Explizit definiert das SGB V die beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Familienangehöriger unter dem Solidaritätsbegriff. Dies kann aber als Sonderfall des sozialen Ausgleichs aufgefasst werden, weil es hier zu einer Umverteilung zwischen Mitgliedern mit beitragspflichtigen Einkommen und Versicherten ohne entsprechendes Einkommen kommt.

Dagegen fällt die paritätische Beitragsfinanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber aus ökonomischer Perspektive nicht unter das Solidaritätsprinzip, handelt es sich dabei doch lediglich um eine buchhalterische Aufteilung des Gesamtbeitrags. Ökonomisch betrachtet müssen Arbeitnehmer auch den von ihrem Arbeitgeber gezahlten Beitragsanteil mit ihrer Arbeitsleistung erwirtschaften. Ebenso gut ließe sich dieser Anteil mit dem Bruttolohn (steuerfrei) auszahlen und der Gesamtbeitrag vom Arbeitnehmer einziehen, ohne dass damit Traglasten verschoben oder solidarische Umverteilungen im GKV-Kollektiv tangiert würden.

**Drittes Zwischenergebnis:** Solidarität bedeutet in der GKV zweierlei – auf der einen Seite ein Risikoausgleich zwischen niedrigen und hohen Risiken, die alle entsprechend einer durchschnittlichen Schadenserwartung zu gleichen Bedingungen versichert werden; auf der anderen Seite ein sozialer Ausgleich, der durch die Bemessung des Beitrags nach der Höhe des individuellen beitragspflichtigen Einkommens zustande kommt. In einer alternden Versichertengemeinschaft werden die Mitglieder der jeweils jüngeren Kohorten im Umlageverfahren systematisch stärker belastet als gleichaltrige Versicherte älterer Jahrgänge .

## 5 Bedingungen für eine Entlastung der Solidargemeinschaft

Vor dem Hintergrund dieser zunächst abstrakten Überlegungen lassen sich nun Voraussetzungen konkret benennen, unter denen eine Integration bislang privat krankenversicherter Personengruppen zu einer Entlastung der gesetzlichen Solidargemeinschaft führen kann. Prima facie gilt die Annahme, dass die GKV-Gemeinschaft profitiert, wenn bislang privat Krankenversicherte hinzu kommen, die aufgrund der Höhe ihrer beitragspflichtigen Einkommen (im Falle einer Integration in das gesetzliche System) einen höheren Beitrag zahlen als ihrer individuellen Schadenserwartung entspricht („gute Risiken“). Da im PKV-System auch Personen kostenpflichtig versichert sind, die in der GKV beitragsfrei Versicherungsschutz genießen würden, gilt dieser Zusammenhang allerdings nur, wenn man potenzielle Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben pro Versicherten und nicht pro potenziellen Beitragszahler betrachtet. Zudem müsste in einer langfristigen Betrachtung gewährleistet sein, dass diese Bedingung auch über den verbleibenden Lebenszyklus gilt, also mit Blick auf die Summe aller erwarteten Beitragszahlungen und Leistungsausgaben in der Zukunft.

Vor dem Hintergrund der beiden Dimensionen des Risikoausgleichs und des sozialen Ausgleichs sind deshalb diese Bedingungen modellhaft zu differenzieren. Die GKV-Solidargemeinschaft würde von einer Überführung Privatversicherter in das gesetzliche System profitieren, wenn ...

- die zu integrierenden Personengruppen (Beamte, Selbständige, privat krankenversicherte Arbeitnehmer einschließlich ihrer in der GKV beitragsfrei versicherten Familienangehörigen) im Durchschnitt eine niedrigere Schadenserwartung aufweisen als bislang im Durchschnitt der GKV-Bestandsversicherten zu erwarten ist. Unter Ausblendung der Finanzierungsseite, d. h. der impliziten Annahme identischer Beiträge aller Versicherten, ist dies insbesondere der Fall, wenn die hinzukommenden Versicherten systematisch gesünder sind als GKV-Versicherte im Status quo; d. h. ...

- der Anteil der Frauen höher ist als im Versichertenbestand der GKV, weil im Allgemeinen deren altersabhängigen Durchschnittsausgaben ab einem Alter von etwa Anfang 50 Jahren für die verbleibende Lebensjahre niedriger ausfallen als bei den Männern;
- die hinzukommenden Versicherten unter der Annahme eines ansonsten identischen Risikoprofils eine günstigere Altersstruktur aufweisen und deshalb die durchschnittliche Schadenserwartung im GKV-Bestand statistisch senken;
- die hinzukommenden Versicherten ein günstigeres generatives Verhalten aufweisen, d. h. diese Kohorten künftig und dauerhaft mehr Kinder (beitragsfrei) in der GKV versichern würden, als dies im Bestand der Fall ist;
- die zu integrierenden Personengruppen (Beamte, Selbständige, privatkrankenversicherte Arbeitnehmer einschließlich ihrer in der GKV beitragsfrei versicherten Familienangehörigen) unter Ausblendung spezifischer Risikounterschiede, d. h. unter der Annahme durchschnittlicher Versicherungsrisiken, ...
  - ein überdurchschnittlich hohes beitragspflichtiges Einkommen zum Umstellungszeitpunkt sowie über die verbleibende Lebensphase aufweisen und
  - dies nicht durch eine überdurchschnittlich hohe Zahl an beitragsfrei zu versichernden Personen relativiert wird. (Hier zeigt sich die Ambivalenz der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern in der GKV, die statistisch den Risikoausgleich entlasten, aber den sozialen Ausgleich belasten.)

Für alle zu integrierenden Personengruppen würde idealerweise in der Summe dieser Bedingungen gelten, dass die zu erwartenden beitragspflichtigen Einkommen die zu erwartenden Leistungsausgaben (für die gesamte Lebensphase) übertreffen, damit die GKV-Solidargemeinschaft effektiv und dauerhaft entlastet werden kann. Zumindest theoretisch kann sich aber auch ein entlastender Effekt einstellen, wenn die Bedingung zwar nicht erfüllt ist, aber eine drohende Unterdeckung geringer ausfällt, als bislang für den GKV-Bestand zu erwarten ist. Dies würde immerhin zu einer relativen Entlastung führen, weil Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV in der Folge nicht mehr mit der gleichen Dynamik auseinander fallen. Die grundlegenden Probleme des überproportional starken Anstiegs der Pro-Kopf-Ausgaben blieben damit aber ungelöst, d. h. der Solidarausgleich würde weiterhin zunehmend belastet.

**Viertes Zwischenergebnis:** Das Solidarprinzip in der GKV kann nur dann durch eine Ausdehnung der Versicherungspflicht nachhaltig gestärkt werden, wenn zum Umstellungszeitpunkt und für die Zukunft sicher gestellt ist, dass mit den hinzukommenden Personen ein Beitragsfluss generiert wird, der die zu erwartenden zusätzlichen Leistungsausgaben übertrifft. In abgeschwächter Form gilt eine relative Stärkung des Solidarprinzips, wenn eine drohende Deckungslücke zwischen erwarteten Beitragszahlungen und Leistungsausgaben geringer ausfällt, als bislang für das GKV-Kollektiv erwartet werden kann. In dieser zweiten Variante bleiben aber die identifizierten Herausforderungen für die GKV ungelöst.



## 6 Positiver Effekt einer Bürgerversicherung fraglich

Da die unterschiedlichen (Risiko-)Merkmale bislang nicht im Zusammenhang erforscht sind, lassen sich Einschätzungen darüber, ob die Bedingungen für eine effektive Entlastung der GKV-Solidargemeinschaft durch eine Ausweitung der Pflichtversicherung realiter gegeben sind, nur über Indizien und Plausibilitätsüberlegungen gewinnen.

### Risikoausgleich

Zunächst ist eine Beurteilung bezüglich des Risikoausgleichs abzugeben. Notwendig wären dazu unmittelbare Informationen über den Gesundheitszustand und das Nachfrageverhalten der zu integrierenden Personengruppen, also der Beamten, Selbständigen und privat krankenversicherten Arbeitnehmer einschließlich ihrer Familienangehörigen ohne eigenes (beitragspflichtiges) Erwerbseinkommen. Bislang liegen dazu allerdings keine wissenschaftlichen Studien vor, die die Gruppe der bislang privat Krankenversicherten unter Risikogesichtspunkten systematisch analysieren und mit den GKV-Versicherten vergleichen. Zwar weist der PKV-Verband in einer aktuellen Studie aus, dass das Ausgabenwachstum der Pro-Kopf-Ausgaben der PKV-Mitglieder seit 2007 hinter dem der GKV-Versicherten zurückgeblieben ist (Hagemeyer/Wild, 2019, 22). Gleichzeitig weist die Studie aber darauf hin, dass die Ausgaben unter anreiztheoretisch unterschiedlichen Bedingungen zustande kommen. In diesem Sinne ist der Befund nicht eindeutig als Indiz einer günstigeren Risikostruktur unter PKV-Versicherten zu interpretieren. Indizien über die zu erwartenden Gesundheitsrisiken der betreffenden Gruppen lassen sich deshalb allenfalls auf der Grundlage allgemeiner soziodemografischer Indikatoren treffen.

- Ein erstes Indiz kann aus der Zusammensetzung der Gruppe der privat Krankenversicherten gewonnen werden. Demnach überwiegt der Anteil der Männer in der PKV mit 50,1 Prozent aller Vollversicherten deutlich (PKV, 2018, 27). Gleichzeitig zeigen die altersabhängigen Ausgabenprofile einen vergleichbaren Verlauf wie in der GKV (Abbildung 3-1). Daraus lässt sich die Vermutung ableiten, dass bei einer Integration des PKV-Versichertenbestands in die GKV tendenziell der Männeranteil in einer Bürgerversicherung erhöht würde. Da Informationen über das Durchschnittsalter fehlen, würde unter der Annahme einer vergleichbaren Altersstruktur der Risikoausgleich in der GKV bereits zum Umstellungszeitpunkt belastet, weil das altersabhängige Ausgabenprofil der Männer im GKV-Versichertenbestand einen ungünstigeren Verlauf aufweist als das der Frauen.
- Im öffentlichen Raum wird zumindest für die Beamten angeführt, dass ihr Bestand eine ungünstigere Altersstruktur aufweise als das GKV-Kollektiv. Der PKV-Verband weist in seiner Stellungnahme zur Studie der Bertelsmann-Stiftung aus dem Jahr 2017 auf Befunde, die für die Gruppe der Beamten eine überdurchschnittlich hohe Lebenserwartung aufzeigen (PKV, 2017). Eine Integration der Beamten in die GKV droht auf längere Sicht den Risikoausgleich in der GKV zu belasten, weil mit einem höheren Durchschnittsalter die Wahrscheinlichkeit steigt, dass bislang privat Versicherte unter dem Dach der GKV zu den überdurchschnittlich hohen Risiken zählen.
- Für die Gruppe der Selbständigen fehlt ein vergleichbarer Befund. Dagegen wird für privat krankenversicherte Arbeitnehmer angeführt, dass sie systematisch jünger seien als das GKV-

Kollektiv. Da eine Rückkehr in die GKV bislang ausgeschlossen ist, so denn nicht erwerbsbiografische Brüche wie Teilzeit oder Arbeitslosigkeit zurück in die GKV-Pflichtversicherung führen, kann selbst unter der Annahme einer relativ günstigen Altersstruktur für die Zukunft nicht vorausgesagt werden, ob diese Gruppe vergleichsweise günstige Risiken darstellt.

- Gleichzeitig ist der Anteil der privat krankenversicherten Kinder in der PKV mit 18,2 Prozent nur unwesentlich höher als in der GKV mit 17,8 Prozent (PKV, 2018, 27; BMG, 2018b). Eine Interpretation ist allerdings kaum möglich, da sich aus dem Zahlenwerk nicht rückschließen lässt, ob privat Krankenversicherte ein systematisch günstigeres generatives Verhalten an den Tag legen als gesetzlich Versicherte in der GKV. Denn die Versicherung der Kinder wird grundsätzlich über den Elternteil mit dem höheren Verdienst, sprich im Fall abhängig Beschäftigter über den privat krankenversicherten Elternteil organisiert. Eine Beurteilung des generativen Verhaltens von PKV-Versicherten erfordert deshalb auch eine Beobachtung des zweiten Elternteils, der insbesondere bei Teilzeitbeschäftigung in der GKV versichert ist.

Die aufgelisteten Indizien zeigen ein ambivalentes Bild, das keinen einfachen Rückschluss auf die Risikostruktur der bislang privat krankenversicherten Personen erlaubt. Alternativ wird deshalb das Argument angeführt, dass Personen mit höherem Einkommen unabhängig vom Versicherungsstatus eine längere Lebenserwartung und deshalb günstigere Gesundheitsprognosen aufweisen. Aber auch daraus kann nicht zweifelsfrei auf die Risikostruktur der privat krankenversicherten Personen geschlossen werden. Methodisch handelt es sich dabei zunächst um eine Korrelation und keine Kausalität. Zudem zeigen jüngere Studien, dass der Zusammenhang auf einer Scheinkorrelation beruht, weil beide Merkmale (Einkommen und Gesundheit) mit dem Bildungsstand der Betroffenen positiv korrelieren – ohne damit Kausalaussagen treffen zu können. Deshalb mögen Personen mit höherem Bildungsstand tendenziell auch ein höheres Einkommensniveau erzielen, die Korrelation zwischen Gesundheitsprognose und Bildung gilt aber gleichermaßen für Teilzeitbeschäftigte, die aufgrund ihres niedrigeren Einkommens in der GKV pflichtversichert sind. Gleichzeitig ist für die Berufsgruppen der Beamten und Selbständigen nicht eindeutig zu unterstellen, dass es sich dabei um „Besserverdiener“ handelt, selbst wenn man den Zusammenhang von Einkommen und Gesundheit nicht in Zweifel ziehen wollte (siehe Ausführungen zum sozialen Ausgleich im Folgenden).

Um einen Zusammenhang zwischen privat versus gesetzlich Krankenversicherten und deren Gesundheitsprognose zu erhärten oder zu verwerfen, besteht weiterer systematischer Forschungsbedarf. Mit Blick auf die Effekte, die eine Bürgerversicherung für den Risikoausgleich haben kann, besteht also keine Gewissheit. Folglich ist eine Ausweitung der Pflichtversicherung eher als soziales Experiment mit unabsehbarem Ausgang zu bewerten, das aus anderen Gründen befürwortet werden mag, dessen Einwirken auf den Risikoausgleich in der GKV aber aus ökonomischer Perspektive nach derzeitigem Kenntnisstand nicht wissenschaftlich fundiert abzuschätzen ist.

## Sozialer Ausgleich

Um den möglichen Einfluss einer erweiterten Pflichtversicherung auf den sozialen Ausgleich diskutierten zu können, wird im Gegensatz zur vorausgegangenen Diskussion modellhaft



unterstellt, dass die bislang privat krankenversicherten Personen im Durchschnitt eine vergleichbare Verteilung der Risikomerkmale aufweisen wie der GKV-Versichertenbestand. Damit verkürzt sich die Frage nach dem Effekt einer Bürgerversicherung auf den Vergleich der Verteilungen von beitragspflichtigen Einkommen in der Gruppe der privat und der gesetzlich Versicherten.

Simulationstudien der jüngeren Vergangenheit scheinen die Vermutung zu bestätigen, dass eine Ausweitung der pflichtversicherten Personenkreis (Bürgerversicherung) tatsächlich zu einem beitragsentlastenden Effekt führt, der mit einer Entlastung des sozialen Ausgleichs in der solidarischen GKV gleichzusetzen wäre (zum Beispiel Rothgang/Domhoff, 2017). Misslich ist dabei allerdings, dass die Studie in der Regel zwei Effekte simultan modellieren (so auch Rothgang/Domhoff) – die Ausweitung des Versichertenkreises in Kombination mit einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie einer Beitragspflicht auf alle Einkommensarten. Damit werden intragenerative Effekte der Umverteilung von Lasten mit denen einer Einbeziehung bislang privat krankenversicherter Personen unter Status-quo-Bedingungen vermengt. Zumindest theoretisch ließen sich aber alternative Lastverteilungen auch für den GKV-Versichertenbestand anstreben, in dem man ohne Ausweitung der Pflichtversicherung beitragsrelevante Parameter variiert.

Getrennt voneinander wurden die Effekte allerdings in einer älteren Studie von Rothgang et al. aus dem Jahr 2011 für den Fall einer Pflegebürgerversicherung simuliert. Weil die Versicherten Gruppen der GKV und der sozialen Pflegeversicherung weitgehend deckungsgleich sind, lassen sich die Befunde einer erweiterten Pflichtversicherung für das Pflegefallrisiko auch auf die GKV übertragen. Dabei weisen die Autoren nach, dass alleine die Integration der bislang privat Pflegeversicherten unter den Regeln der sozialen Pflegeversicherung kaum einen entlastenden Beitragssatzeffekt nach sich zieht, zumal mit dem Bestand der privat Pflegeversicherten erhöhte Ausgabenrisiken verbunden sind (Rothgang et al., 2019, 48 f.).

Wenn die im Antrag der Fraktion DIE LINKE geforderte Integration der bislang privat krankenversicherten Personen in die GKV den Solidarausgleich nicht ohne zusätzliche Variationen des Beitragsrechts (sozialer Ausgleich) entlasten kann, bedeutet das aber im Umkehrschluss, dass eine intragenerative Umverteilung der Beitragslasten auch ohne Ausweitung des pflichtversicherten Personenkreises möglich ist und keinesfalls eine Bürgerversicherung voraussetzt.

Gleichwohl wird für eine GKV-Versicherungspflicht von Beamten und Pensionären angeführt, dass dies zu Einsparungen der öffentlichen Haushalte (Dienstherren) führe. Entsprechend kommt eine Studie des IGES-Instituts im Auftrag der Bertelsmann-Studie zu einer grundsätzlich positiven Empfehlung mit Blick auf die fiskalischen Effekte einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht für Staatsdiener (Etgeton/Schwenk, 2017). Jenseits juristischer Fragen steht die Untersuchung allerdings unter methodischen Vorbehalten: Die Studienautoren unterstellen einen bis 2030 moderaten Beitragssatzanstieg in der GKV, der deutlich unter den zum Beispiel vom Sachverständigenrat Gesundheit erwarteten Werten liegt. Ferner modelliert die Studie mögliche fiskalische Effekte für die Haushalte der jeweiligen Dienstherren, ohne die gleichzeitig zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen für die soziale Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Unter dem Strich würde mit einer realistischen Beitragssatzprognose der unterstellte positive

Entlastungseffekt, der durch den Wegfall der Beihilfe zugunsten eines GKV-Beitrags errechnet wird, rasch aufgezehrt. Mit anderen Worten: Es ist fraglich, ob eine Integration bislang privat krankenversicherter Beamter und Pensionäre in die GKV tatsächlich die Haushalte von Bund, Länder und Gemeinden entlastet. Mögliche ausgabenseitige Effekte werden in der Studie dagegen gar nicht analysiert.

Angesichts der nicht eindeutig modellierten fiskalischen Effekte bleibt zudem unklar, welche Umverteilungseffekte für Geringverdiener aus einer GKV-Pflichtmitgliedschaft von Staatsdienern resultieren. Bislang werden die Beamtenbesoldung und damit auch die Kosten der Beihilfe aus dem allgemeinen Steueraufkommen bestritten. Zumindest mit Blick auf die Einkommenssteuer tragen die Hocheinkommensgruppen hier überproportional stark zum Steueraufkommen bei. Unter dem Dach der GKV würden die Leistungsausgaben für die hinzu kommenden Versicherten dagegen im GKV-Kollektiv zu dem dort gültigen Beitragsrecht finanziert – mit der Folge, dass höhere Einkommensgruppen aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze und der Beschränkung der Beitragsbemessungsgrundlage auf wenige Quellen tendenziell entlastet werden, dafür aber Geringverdiener im Vergleich zur steuerfinanzierten Beihilfe tendenziell stärker belastet werden.

Völlig ungeklärt bleibt dabei die Frage, wie sich die bislang privat krankenversicherten Personen (Beamte/Selbständige/privat versicherte Arbeitnehmer und deren beitragsfrei zu versichernde Familienangehörige) unter veränderten Anreizbedingungen der GKV verhalten. Der Befund, dass die Pro-Kopf-Ausgaben der PKV-Versicherten seit 2007 schwächer gestiegen sind als in der GKV (Hagemeister/Wild, 2017, 22), deutet zumindest darauf hin, dass trotz der vielfach als kostentreibend reklamierten Unterschiede in der Honorierung medizinischer Leistungen die besonderen vertraglichen Anreize in der privaten Versicherungswirtschaft tendenziell dämpfend auf die Ausgabenentwicklung wirken. Unter den Anreizbedingungen der GKV steht dagegen zu befürchten, dass dieser Effekt verloren geht und damit auch die Hoffnung auf einen günstigen Einfluss auf das Wachstum der Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV.

**Fünftes Zwischenergebnis:** Für die Frage, ob mit einer Ausweitung der Versicherungspflicht der Risikoausgleich in der GKV gestärkt werden kann (also unterdurchschnittlich hohe Risiken einbezogen werden), fehlt es bislang an empirisch gesicherten Grundlagen. Mit Blick auf die zweite Dimension des Solidaritätsprinzips, dem sozialen Ausgleich, lassen sich ebenfalls Zweifel an der Vermutung begründen, dass mit einer Integration bislang privat versicherter Personen die Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV dauerhaft gestärkt werden kann. Bezüglich der beabsichtigten Stärkung des Solidaritätsprinzips in der GKV qua Ausweitung der Pflichtmitgliedschaft besteht also dringender Forschungsbedarf und nicht Gewissheit. Zudem bleibt zweifelhaft, dass mit einer Bürgerversicherung grundlegende demografische und anreiztheoretisch begründete Herausforderungen gelöst werden können.

## 7 Entlastung durch Kapitaldeckung in alternder Bevölkerung

Im Gegensatz zur GKV basiert die private Krankenversicherung auf dem kapitalgedeckten Anwartschaftsdeckungsverfahren. Die Versicherten der PKV schließen Verträge ab, die auf einen lebenslangen Versicherungsschutz ausgelegt sind. Die Prämie wird deshalb nach Feststellung des individuellen Gesundheitsrisiko zu Versicherungsbeginn (Gesundheitsprüfung) nicht jedes Jahr an die altersabhängig steigende Schadenserwartung angepasst. Vielmehr werden in den frühen Jahren der Mitgliedschaft Rücklagen nach Maßgabe der erwarteten Risikoentwicklung gebildet, um einen drohenden Prämienanstieg im Alter durch ein Aufzehren der Kapitalrücklage zu glätten. Im Idealfall resultiert daraus ein real konstanter Prämienverlauf über den Lebenszyklus der Versicherten.

Der anfänglich festgestellte Gesundheitszustand bleibt auch dann Grundlage für die weitere Prämienkalkulation, wenn die individuelle Versicherungsbiografie von Krankheiten geprägt ist, die höhere Folgerisiken auslösen. Denn entsprechend der ursprünglichen Kalkulation sind solche Versicherungsverläufe durch den versicherungsimmanenten Schadensausgleich gedeckt, eine weitere Prämienanpassung an das dann offenbar gewordene Gesundheitsrisiko ist ausgeschlossen. Dieser Effekt könnte in einem weiten Sinne als solidarisch interpretiert werden, auch wenn die GKV-typischen Merkmale des sozialen Ausgleichs nicht erfüllt sind und der Risikoausgleich auf das PKV-Kollektiv beschränkt bleibt. Immerhin sorgt auch das PKV-System dafür, dass sukzessiv zutage tretende individuelle Risiken im weiteren Lebensverlauf nicht zu einer Diskriminierung im Versicherungsschutz führen. Aus diesem Grund ist die Kapitalrücklage auch nicht einem individualisierbarem Sparguthaben gleichzusetzen, sondern sie dient dem Schadensausgleich im Kollektiv – bei geglättetem Prämienverlauf über den Lebenszyklus und auf der Grundlage der ursprünglich kalkulierten Schadenserwartung.

Tatsächlich werden aber auch im PKV-System Prämienanpassungen notwendig, zum Beispiel wenn der medizinisch-technische Fortschritt zu höheren Leistungsausgaben führt als ursprünglich unterstellt oder der Gesetzgeber das Leistungsspektrum (wie im Fall der Pflegepflichtversicherung) ausdehnt. Dann müssen für die erwartete Restlebenserwartung die entsprechenden zusätzlichen Schadenserwartungen neu kalkuliert und nach der gleichen Logik über höhere Prämien für die verbleibende Versicherungszeit finanziert werden. Je später im Leben derartige zusätzliche Ausgabenrisiken zu Tage treten, desto kürzer ist der Zeitraum, über den qua Anwartschaftsdeckung vorgesorgt werden kann.

Von einer nicht kalkulierten Verlängerung der Lebenserwartung abgesehen tangiert dagegen die Bevölkerungsalterung die Versicherten des PKV-Systems nicht. Weder die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge noch eine Änderung im generativen Verhalten der Bevölkerung verändern die kalkulatorischen Grundlagen der Prämienkalkulation. Das bedeutet aber auch im Umkehrschluss, dass eine intergenerative Überwälzung von altersabhängig steigenden Ausgabenrisiken im PKV-System ausgeschlossen ist. Insbesondere mit Blick auf die zuvor diskutierten Unwägbarkeiten bezüglich der Risikoeinschätzung bislang privat krankenversicherter Personen sowie der intergenerativen Umverteilungseffekte in der umlagefinanzierten GKV kann dieser Umstand auch zu einer Entlastung der gesetzlichen Solidargemeinschaft beitragen.

**Sechstes Zwischenergebnis:** Im Gegensatz zur umlagefinanzierten GKV können steigende Versorgungsausgaben infolge des medizinisch-technischen Fortschritts oder aufgrund anderer Ursachen im anwartschaftsgedeckten PKV-System dem Grunde nach nicht auf Mitglieder anderer Versichertenkollektive überwältigt werden. Vielmehr müssen privat krankenversicherte Personen das Kostensteigerungsrisiko eigenverantwortlich über höhere Prämien tragen. Das in der GKV angelegte Problem intergenerativer Lastverschiebung in einem alternden Kollektiv tritt deshalb in der PKV so nicht auf. Mehr noch, die alterungsbedingten Zusatzlasten der bislang privat Versicherten würden in einem umlagefinanzierten Bürgerversicherungsmodell künftigen Beitragszahlern zusätzlich aufgebürdet.

## 8 Kein systematischer Beitrag zur Lösung künftiger Herausforderungen

Konzentrierten sich die bisherigen Erörterungen auf die Frage, ob bislang privat krankenversicherte Personen unter dem Dach der GKV die gesetzliche Solidargemeinschaft entlasten können, so ist abschließend eine Einordnung der Diskussion vor dem Hintergrund künftiger Herausforderungen vorzunehmen.

- Mit Blick auf die Bevölkerungsalterung lässt sich feststellen, dass eine Integration bislang privat krankenversicherter Personen bestenfalls unter ausgesprochen restriktiven Annahmen zu einer partiellen Entlastung führen kann. Angesichts der bislang kaum erforschten Zusammenhänge deuten die diskutierten Indizien aber darauf hin, dass ein derartiger Entlastungseffekt nicht zu erwarten ist. Im Gegenteil droht der Solidarausgleich in der GKV in beiden Dimensionen belastet zu werden, wenn zum Teil ältere Gruppen der bisherigen PKV-Gemeinschaft integriert werden. Selbst wenn das bisherige Auseinanderklaffen von Pro-Kopf-Ausgabenentwicklung und Entwicklung beitragspflichtiger Einkommen pro Kopf in einer Bürgerversicherung nur leicht abgemildert würde, bleibt der grundlegende, intergenerativ belastende Effekt einer alternden Versichertengemeinschaft im Umlageverfahren erhalten.
- Mit Blick auf den möglichen, die Ausgaben treibenden Effekt des medizinisch-technischen Fortschritts bleibt festzustellen, dass eine Integration weiterer Bevölkerungsgruppen unter dem Dach der GKV keinerlei Effekt hat.
- Zur Lösung anreiztheoretisch begründeter Probleme in der GKV bedarf es zudem nicht der Ausweitung der Pflichtversicherung auf weitere Personenkreise. Die in der Literatur diskutierten Stichworte eines säulenübergreifenden Case-Managements oder des Managed Care lassen sich unisono unter dem Dach der GKV angehen – unabhängig von der Frage, ob dies mit einer höheren finanziellen Eigenverantwortung der GKV-Versicherten kombiniert wird oder nicht. Dazu bedarf es nicht der Integration weiterer Bevölkerungsgruppen in die GKV.

Angesichts des seit Jahrzehnten überproportional stark steigenden Wachstums der Pro-Kopf-Ausgaben und der demografisch bedingt weiter steigenden Dynamik dieser Entwicklung ist aus ökonomischer Perspektive allein erfolgversprechend, die Reformanstrengungen auf eine

rationalere Steuerung des Leistungsgeschehens zu konzentrieren. Bestrebungen, die steigenden Beitragslasten und damit die steigende Belastung des solidarischen Ausgleichs in der GKV anders zu verteilen (über eine Ausweitung der Pflichtversicherung und der Beitragsbemessungsgrundlage), leisten dazu keinen Beitrag. Im Gegenteil steht zu befürchten, dass in dem fraglichen Fall, dass die im Antrag der Fraktion DIE LINKE suggerierten günstigen Effekte auf die GKV-Solidargemeinschaft eintreten, damit der Reformdruck vorübergehend abnimmt und damit wertvolle Zeit vertan wird. Dies gilt umso mehr, wenn Fragen der Ausweitung des pflichtversicherten Personenkreises mit Vorschlägen zur Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage (intragenerative Lastverteilung) vermischt werden.

## Literatur

Bahnsen, Lewe / Manthei, Gerrit / Raffelhüschen, Bernd, 2018, Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. Große Koalition, große Kosten, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik Nr. 142, Stiftung Marktwirtschaft (Hrsg.), Berlin, 2018

BMG – Bundesgesundheitsministerium, 2018a, Daten des Gesundheitswesens 2017, Stand: Oktober 2018, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/181101\\_BMG\\_DdGW\\_A4.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/181101_BMG_DdGW_A4.pdf) [31.1.2019]

BMG – Bundesgesundheitsministerium, 2018b GKV-Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand, Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [18.9.2018]

BMG – Bundesgesundheitsministerium, 2018c, Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV, GKV-Statistik KJ1, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html> (18.09.2018)

Bundesversicherungsamt, 2013, GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, Stand: 4.12.2013, <http://bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/info-dateien-und-auswertungen.html> [14.2.2015]

Deutscher Bundestag, 2019, Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen, Antrag der Fraktion DIE LINKE, Deutscher Bundestag, 19. Wahlperiode, Drucksache 19/9229 vom 09.04.2019

Etgeton, Stefan / Schwenk, Uwe, 2017, GKV statt Beihilfe. Ausweitung der GKV-Pflicht auf Beamte entlastet öffentliche Haushalte um Milliarden. Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 1/2017, Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.), Gütersloh

Hagemeister, Sonja / Wild, Frank, 2019, Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten, Jahresbericht 2019, WIP-Analyse 4/2019, WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV (Hrsg.), Köln

Kochskämper, Susanna, 2017, Alternde Bevölkerung – Herausforderungen für die Gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung, IW-Report Nr. 8/2017, [https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2017/330668/IW-Report\\_8\\_2017\\_Kranken\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2017/330668/IW-Report_8_2017_Kranken_Pflegeversicherung.pdf) [15.8.2019]

Kochskämper, Susanna, 2019, Lösung Bürgerversicherung? IW-Report Nr. 16/2019, [https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user\\_upload/Studien/Report/PDF/2019/IW-Report\\_2019-Stellungnahme\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2019/IW-Report_2019-Stellungnahme_Pflegeversicherung.pdf) [15.8.2019]

Kochskämper, Susanna / Pimpertz, Jochen, 2015, Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab? in: IW-Trends, Heft 1/2015, [https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2015/215637/IW-Trends\\_2015-01\\_Solidaritaetsprinzip\\_in\\_der\\_GKV.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2015/215637/IW-Trends_2015-01_Solidaritaetsprinzip_in_der_GKV.pdf) [15.8.2019]

OECD Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2006, OECD Wirtschaftsausblick, Nr. 79, Paris

Pimpertz, Jochen, 2013, Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen, IW-policy paper Nr. 12/2013, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/80331/1/757416306.pdf> [15.8.2019]

Pimpertz, Jochen, 2019, Indikatoren zur GKV-Finanzentwicklung und ihre normativen Implikationen, in: IW-Trends 1/2019, [https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user\\_upload/IW-Trends-2019-Indikatoren-GKV-Finanzentwicklung-Pimpertz.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/IW-Trends-2019-Indikatoren-GKV-Finanzentwicklung-Pimpertz.pdf) [15.8.2019]

PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung, 2017, Die 60-Milliarden-Legende: Methodenkritik zur Beamtenstudie der Bertelsmann-Stiftung, 12.1.2017, <https://www.pkv.de/politik/debatte/pkvkompakt/die-60-milliarden-legende-methodenkritik-zur-beamten-studie-der-bertelsmann-stiftung/> [16.9.2019]

PKV – Verband der Privaten Krankenversicherung, 2018, Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017, Köln, <https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/> [16.9.2019]

Rothgang, Heinz / Arnold, Robert / Wendlandt, Katharina / Sauer, Sebastian / Wolter, Annika, 2011, Berechnung der Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, [https://www.gruenebundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag\\_de/themen\\_az/pflege/solidaritaet\\_wirkt/gutachten\\_pflegebuergerversicherung.pdf](https://www.gruenebundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/solidaritaet_wirkt/gutachten_pflegebuergerversicherung.pdf) [3.9.2019]

Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik, 2017, Beitragssatz- und Verteilungseffekte einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE, [https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische\\_Gesundheits-\\_und\\_Pflegeversicherung\\_Mai\\_2017.pdf](https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung_Mai_2017.pdf) [16.9.2019]

Statistisches Bundesamt, 2019, Fachserie 18 Reihe 1.2, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Inlandsproduktberechnung. Vierteljahresergebnisse. 4. Vierteljahr 2018, Stand: 22.2.2018, [www.destatis.de](http://www.destatis.de) [25.2.2019]



## Abstract

In Germany 9 out of 10 citizens are covered by the statutory health insurance scheme (SHI), which is organised on a pay-as-you-go basis. One tenth of the population, on the other hand, is covered by funded private health insurance schemes. The party DIE LINKE criticises the fact that privately insured persons are not part of the community of solidarity and therefore demands an obligatory insurance for all citizens in the SHI. It is questionable, however, whether privately insured persons under the umbrella of the SHI would strengthen the solidarity principle.

In the SHI, solidarity means two things: on the one hand a balance of low and high risks. This is because people insured contribute regardless to their individual risk. On the other hand, social compensation is achieved by the fact that the individual contribution is paid as a fixed percentage of earned income or pension instead of a premium that corresponds to the average expected SHI-expenses. The solidarity principle could only be strengthened by the integration of so far privately insured persons, if they lower average risks than the insured in the SHI system, or if they have above-average level of contributory income.

So far, however, there has been a lack of scientifically based studies that compare the risk characteristics of privately and statutorily insured. There is evidence that at least civil servants have a comparatively unfavourable age structure and would therefore burden the risk balance under the SHI umbrella. The findings on the average level of income of privately insured that would be subject to contribution in the SHI system also show a mixed picture. Without an additional expansion of the contribution assessment base, it is doubtful that those previously privately insured will be able to ease the burden of social compensation in the SHI system.

Regardless of whether the entire population is compulsorily insured in the SHI, the ageing of the population leads to an increasing burden on the solidarity compensation in the pay-as-you-go system. Members of younger cohorts will have to shoulder significantly higher contributions than members of older cohorts. At the same time, this also means that contributions to the solidarity-based balance will increase from cohort to cohort. However, this intergenerational load shift cannot occur in funded health insurance schemes. Moreover, the integration of so far privately insured cannot help to eliminate the causes of the disproportionately strong growth in expenditure in the SHI system.



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: GKV-Ausgaben und beitragspflichtige Einkommen .....	5
Abbildung 2-2: Beitragspflichtige Einkommen und Arbeitnehmerentgelte .....	6
Abbildung 3-1: Stilisiertes Altersprofil der GKV-Leistungsausgaben.....	7
Abbildung 4-1: Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV .....	11