FORSCHUNGS
ZENTRUM
GENERATIONEN
VERTRÄGE

Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse

Studie des Forschungszentrums Generationenverträge
im Auftrag der
Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft

Stefan Moog
Bernd Raffelhüschen

April 2006

der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

1 Einleitung

In Abwesenheit einer Krankenversicherung müsste jeder Mensch selbst dafür Vorsorge tragen, dass er zu jedem Zeitpunkt für die Kosten der notwendigen medizinischen Leistungen infolge einer Erkrankung aufkommen kann. Insbesondere für den Fall einer kostenintensiven Behandlung kann dabei selbst ein wohlhabender Mensch schnell an die Grenzen seiner finanziellen Belastbarkeit stoßen. Diese, mit dem Risiko einer Erkrankung einhergehenden, finanziellen Risiken und das menschlichen Bedürfnis nach Sicherheit begründen maßgeblich die Existenz einer Krankenversicherung. Folglich dient eine Krankenversicherung in erster Linie der Absicherung gegen das finanzielle Risiko einer Erkrankung.[1]

Die Tatsache, dass in einer Zeitperiode jeweils nur ein Teil der Versicherten tatsächlich erkrankt, ermöglicht es einer Krankenversicherung, die Ausgaben für die medizinische Behandlung der Kranken durch eine von allen Versicherten geleistete Krankenversicherungsprämie in Höhe der durchschnittlichen Ausgaben zu decken. Unterdurchschnittlich von Krankheit betroffene Versicherte werden dabei in geringerem Umfang Leistungen von der Krankenversicherung beanspruchen als sie an Prämien in diese einzahlen. Hingegen werden überdurchschnittlich von Krankheit betroffene Versicherte mehr Leistungen beanspruchen, als sie entsprechend an Prämien in die Krankenversicherung einzahlen. Infolgedessen resultiert innerhalb einer Krankenversicherung ein Umverteilungsstrom von den Gesunden zu den Kranken.

Über diese versicherungstypische oder gesundheitspolitisch motivierte Umverteilung hinausgehend, resultieren im aktuellen System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zusätzliche, sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme. Hierzu zählt die Umverteilung

- zwischen den Geschlechtern,
- zwischen den Generationen,
- zwischen Familien und Single- bzw. Zweiverdiener-Haushalten,
- zwischen Beziehern von hohen und niedrigen (beitragspflichtigen) Einkommen.

[1] Über die Absicherung des finanziellen Risikos hinausgehend sieht Nyman (1999) die Existenz einer Krankenversicherung hauptsächlich durch das Zugangsmotiv (access motive) begründet. Nyman führt hierbei an, dass sich viele Menschen in Abwesenheit einer Krankenversicherung die Kosten einer ausgabenintensiven medizinischen Behandlung niemals leisten könnten. In diesem Sinne schafft eine Krankenversicherung erst die Möglichkeit bzw. den Zugang zur Inanspruchnahme solcher Behandlungsmethoden.

Geschlechterumverteilung

Weil Frauen im Durchschnitt höhere Leistungsausgaben verursachen als Männer, resultiert ein Umverteilungsstrom von den Männern hin zu den Frauen, da bei der Beitragsbemessung in der GKV nicht zwischen den Geschlechtern diskriminiert wird.

Generationenumverteilung

Da bei der Beitragsbemessung in der GKV nicht aufgrund des Alters diskriminiert wird, resultiert ein Umverteilungsstrom von den Jungen hin zu den Alten, weil ältere Menschen im Durchschnitt höhere Leistungsausgaben verursachen als jüngere.[2]

Familienumverteilung

Weil innerhalb der GKV Familienangehörige, die selbst über kein Einkommen verfügen, kostenlos mitversichert werden, resultiert ein Umverteilungsstrom von den Alleinstehenden und (kinderlosen) Mehrverdienerhaushalten hin zu den Familien und Alleinverdienerhaushalten.

Einkommensumverteilung

Schließlich resultiert aus der einkommensorientierten Beitragsbemessung in der GKV ein Umverteilungsstrom von Versicherten mit hohen beitragspflichtigen Einkommen hin zu Versicherten mit niedrigen beitragspflichtigen Einkommen.[3]

Folgt man der begrifflichen Unterscheidung im Jahresgutachten 2005/2006 des Sachverständigenrats, so kann die Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Gesundheitsrisiken im Rahmen der Geschlechter- und Generationenumverteilung als Ausdruck des Solidarprinzips in der GKV gewertet werden. Insofern können diese beiden Umverteilungsmotive als sozialversicherungstypisch charakterisiert werden. Hingegen stellen die mit der Familien- und Einkommensumverteilung verfolgten familien- und verteilungspolitischen Ziele gesamtgesellschaftliche Aufgaben dar, die entsprechend von

---

[2] Über die intraperiodische Umverteilung zwischen den heute lebenden Generationen hinausgehend resultiert infolge des in der GKV praktizierten Umlageverfahrens auch ein interperiodischer Umverteilungsstrom zwischen heute lebenden und zukünftigen Generationen. Im Folgenden wird nur die intraperiodische Umverteilung zwischen den heute lebenden Generationen betrachtet. Für eine Quantifizierung des interperiodischen Umverteilungsstroms mit der Methodik der Generationenbilanzierung sei auf die Arbeiten von Fetzer und Hagist (2004) und Fetzer, Moog und Raffelhüschen (2002) verwiesen.

[3] Obwohl auch die anderen Umverteilungsmotive die Umverteilung von Einkommen zwischen den Versicherten implizieren, soll im Folgenden unter der Einkommensumverteilung bzw. dem Einkommensumverteilungsmotiv innerhalb der GKV nur der aus der einkommensorientierten Beitragsbemessung direkt resultierende Umverteilungsstrom zwischen den Versicherten als Einkommensumverteilung verstanden werden.

der Gesamtheit der Steuerzahler zu tragen sind. Aufgrund ihres steuerlichen Charakters sind diese beiden Umverteilungsströme deshalb als sozialversicherungsfremd einzustufen.

Anknüpfend an die im Jahresgutachten des Sachverständigenrats erfolgte Quantifizierung der sozialversicherungstypischen und –fremden Umverteilungsströme werden in der vorliegenden Studie auch die auf die einzelnen Umverteilungsmotive entfallenden Anteile des gesamten sozialpolitisch motivierten Umverteilungsstrom innerhalb des heutigen Systems der GKV auf der Datenbasis des Jahres 2003 im Einzelnen quantifiziert. Neben der Analyse der Umverteilungsströme zwischen ausgewählten Versichertengruppen, werden dabei auch die Umverteilungsströme innerhalb der Gruppen der Pflichtversicherten, der freiwillig Versicherten und der Versicherten in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) untersucht. Schließlich werden die Verteilungswirkungen zwischen den Versichertengruppen für zwei alternative Szenarien zur Reform der Finanzierung der GKV quantifiziert. Zum einen wird dabei ein System pauschaler Gesundheitsprämien betrachtet, das darauf abzielt wesentliche Anteile der sozialpolitisch motivierten Umverteilung aus der GKV auszulagern. Zum anderen wird der aktuell diskutierte Vorschlag zur Einführung eines Gesundheitspools untersucht, der als Kompromissvorschlag zur Bürgerversicherung und zur Gesundheitsprämie in erster Linie auf die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen untereinander, sowie zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsträgern abzielt.

Im Weiteren ist die Studie wie folgt gegliedert. Kapitel 2 erläutert die Methode zur Messung der Umverteilungsströme und die zugrundeliegende Datenbasis. Daran anschließend werden in Kapitel 3 die Umverteilungsströme zwischen ausgewählten Versichertengruppen analysiert. Kapitel 4 betrachtet dann die Umverteilungsströme innerhalb der Versichertengruppen. In Kapitel 5 werden die betrachteten Reformszenarien erläutert und auf ihre Verteilungswirkungen hin untersucht. Die Studie schließt mit einer Zusammenfassung der Resultate in Kapitel 6. In einem Anhang zur Studie finden sich die erläuterten Ergebnisse in Tabellenform, sowie weitergehende Informationen und Beschreibungen der zugrundeliegenden Datenbasis und der methodischen Vorgehensweise.

2 Methodik und Datenbasis

2.1 Methodik zur Messung der Umverteilungsströme

Die Ausgangsbasis für die Ermittlung der Umverteilung zwischen den Versichertengruppen in der GKV bildet die im Jahresgutachten des Sachverständigenrats verwendete Methode zur Messung der Umverteilungsströme anhand der von den jeweiligen Versichertengruppen geleisteten Deckungsbeiträge.[4] Diese entsprechen der Differenz zwischen den Beitragszahlungen einer Versichertengruppe und der auf diese Gruppe entfallenden Leistungsausgaben. Ein positiver (negativer) Deckungsbeitrag impliziert dabei, dass die Versichertengruppe im Durchschnitt einen größeren (kleineren) Betrag in die GKV einbezahlt als sie in Form von Leistungen aus der GKV erhält.

Da aufgrund des Umlageverfahrens die Ausgaben der GKV in einer Periode jeweils durch entsprechende Einnahmen der Periode gedeckt sein müssen, folgt, dass sich die Deckungsbeiträge über alle Versichertengruppen hinweg gerade zu Null aufsummieren. Folglich steht dem positiven Deckungsbeitrag einer Versichertengruppe ein entsprechend negativer Deckungsbeitrag einer anderen Versichertengruppe gegenüber. Mittels der Deckungsbeiträge können somit Aussagen darüber abgeleitet werden, in welchem Ausmaß die Leistungsausgaben einer Versichertengruppe durch die Beitragszahlungen einer anderen Versichertengruppe subventioniert werden.

Da der so bestimmte Deckungsbeitrag allerdings nur dem von einer Versichertengruppe aufgrund der Gesamtheit aller Umverteilungsmotive resultierenden Nettobeitrag zum Umverteilungsstrom in der GKV entspricht, lassen sich auf dieser Basis nur bedingt Aussagen im Hinblick auf die quantitative Bedeutung der einzelnen Umverteilungsmotive treffen. Aus diesem Grund werden im Folgenden hypothetische Referenzszenarien betrachtet, anhand derer sich die Anteile der einzelnen Umverteilungsmotive am gesamten Deckungsbeitrag beziffern lassen.

Als Ausgangspunkt wird das „Ideal“ einer Krankenversicherung betrachtet, innerhalb derer allein zwischen Gesunden und Kranken umverteilt wird. Da das Krankheitsrisiko hauptsächlich durch das Alter und das Geschlecht determiniert ist, wird dieses Ideal im Folgenden durch eine risikoäquivalente Krankenversicherungsprämie abgebildet, die für jeden Versicherten den aufgrund seines Geschlechts und seines Alters im Durchschnitt zu erwartenden Leistungsausgaben entspricht. Mithin ist der von einem Versicherten geleistete Deckungsbeitrag in diesem Ideal somit gleich Null. Zum Beispiel würde ein 40-jähriger Mann, der im Durchschnitt Ausgaben in Höhe von jährlich 1203 Euro verursacht,

[4] Siehe hierzu SVR (2005).

eine Prämie in gleicher Höhe zu entrichten haben. Demgegenüber würde sich die Prämie für eine 40-jährige Frau auf jährlich 1465 Euro beziffern.

Von diesem Ideal abweichend wird in einem zweiten Schritt das Volumen der Geschlechterumverteilung bestimmt. Hierzu wird eine Krankenversicherung betrachtet, die über die Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken hinausgehend, auch zwischen den Geschlechtern umverteilt. Eine solche Krankenversicherung kann durch eine geschlechtsneutrale, aber altersspezifische Krankenversicherungsprämie abgebildet werden. Hierbei würde der Prämienbemessung nur das Alter eines Versicherten und somit ein über die Geschlechter ermittelter Durchschnitt der zu erwartenden Leistungsausgaben der Altersgruppe zugrundegelegt werden. Im Vergleich zum Ideal einer Krankenversicherung würden sowohl ein 40-jähriger Mann, als auch eine 40-jährige Frau eine Prämie in Höhe von jährlich 1339 Euro zu bezahlen haben. Mithin leistet der 40-jährige Mann in diesem System einen Deckungsbeitrag in Höhe von 136 (= 1339 – 1203) Euro, welcher seinem Beitrag zur Geschlechterumverteilung entspricht. Hingegen entspricht der Unterdeckungsbeitrag der 40-jährigen Frau in Höhe von jährlich 126 Euro dem impliziten Transfer, den diese aufgrund der Geschlechterumverteilung in der GKV empfängt.[5]

In einem dritten Schritt wird dann der Umverteilungsstrom zwischen den Generationen quantifiziert. Hierzu wird eine Krankenversicherung betrachtet, die bei der Prämienbemessung weder zwischen Versicherten unterschiedlichen Geschlechts, noch unterschiedlichen Alters diskriminiert. In diesem Falle müsste jeder Versicherte eine einheitliche Prämie entsprechend der durchschnittlichen Ausgaben der GKV in Höhe von 2060 Euro entrichten.[6] Da bei der Prämienbemessung weder das Geschlecht, noch das Alter zugrunde gelegt wird, spiegeln die hierbei resultierenden Deckungsbeiträge sowohl den Umverteilungsstrom zwischen den Geschlechtern als auch zwischen den Generationen wider. Zur Isolierung der Generationenumverteilung kann dann die Differenz zum Deckungsbeitrag im Fall der geschlechtsneutralen Prämienbemessung herangezogen werden. Diese Differenz entspricht dem Betrag, den ein Versicherter im Vergleich zu einem System geschlechtsneutraler, aber altersspezifischer Prämien zusätzlich bzw. weniger bezahlen müsste, und stellt somit ein Maß für die quantitative Bedeutung des, allein durch Leistungsausgabenunterschiede zwischen den Altersgruppen bedingten,

[5] Aufgrund des höheren Anteils der Frauen in der Alterskohorte der 40-jährigen ist der von diesen pro Kopf implizit empfangene Transfer geringer als der von den Männern geleistete Umverteilungsbeitrag.

[6] Im Gegensatz zu den in der Öffentlichkeit diskutierten Vorschläge und dem in Kapitel 5 betrachteten Konzept eines Systems pauschaler Gesundheitsprämien wird bei der hier betrachteten Zerlegung des Umverteilungsstroms ein idealtypisches Prämienmodell unterstellt, im Rahmen dessen auch die Kinder die einheitliche Prämie in Höhe der durchschnittlichen Ausgaben der GKV zu entrichten hätten.

Umverteilungsstroms zwischen den Generationen dar. In diesem System beläuft sich der Deckungsbeitrag eines 40-jährigen Mannes auf jährlich 857 (= 2060 – 1203) Euro, wovon 136 Euro auf die Geschlechterumverteilung und entsprechend 721 Euro auf die Generationenumverteilung zurückzuführen sind.

Zur Bestimmung des Volumens der Familienumverteilung wird dann in einem vierten Schritt eine Krankenversicherung betrachtet, in der die Ausgaben allein von den Pflicht- und freiwilligen Mitgliedern getragen werden, während Familienangehörige wie im Status Quo kostenlos mitversichert wären. Da hierbei nicht zwischen Mitgliedern unterschiedlichen Einkommens unterschieden wird, hätte in einem solchen System jedes Mitglied eine einheitliche Prämie entsprechend der durchschnittlichen Gesamtausgaben pro Mitglied der GKV in Höhe von jährlich 2868 Euro zu tragen. Der hierbei resultierende Deckungsbeitrag spiegelt sowohl das Ausmaß der Familienumverteilung, als auch das Ausmaß der Geschlechter- und Generationenumverteilung wider. Zur Isolierung der Familienumverteilung kann dann die Differenz zum Deckungsbeitrag im Fall der von allen Versicherten zu entrichtenden einheitlichen Prämie herangezogen werden. Diese Differenz entspricht dem Betrag, den ein Versicherter im Vergleich zu einem System ohne Familienumverteilung zusätzlich bzw. weniger bezahlen müsste, und stellt somit ein Maß für die quantitative Bedeutung des Umverteilungsstroms zu Gunsten der mitversicherten Familienangehörigen dar. Für den 40-jährigen Mann würde sich der Deckungsbeitrag in diesem System auf jährlich 1665 (= 2868 – 1203) Euro belaufen, wovon 136 Euro auf die Geschlechterumverteilung, 721 Euro auf die Generationenumverteilung und entsprechend 808 Euro auf die Familienumverteilung zurückzuführen sind.

Nachdem gemäß der beschriebenen Schritte die Anteile der Geschlechter-, Generationen- und Familienumverteilung ermittelt wurden, folgt, dass jeder im Vergleich zum Deckungsbeitrag im Status Quo resultierende Unterschied auf die Einkommensumverteilung innerhalb der GKV zurückgeführt werden kann. Das quantitative Ausmaß des Umverteilungsstroms zwischen Beziehern von hohen und niedrigen Einkommen kann somit als Differenz zwischen dem im Ausgangspunkt ermittelten Gesamtdeckungsbeitrag im Status Quo und den auf die anderen Umverteilungsmotive entfallenden Deckungsbeiträge bestimmt werden. Diese Differenz entspricht dann dem Betrag, den ein Versicherter im Vergleich zu einem System ohne Einkommensumverteilung zusätzlich bzw. weniger bezahlen müsste und stellt somit ein Maß für die quantitative Bedeutung des Umverteilungsstroms zu Gunsten der Bezieher niedriger Einkommen dar. Auf den im Beispiel betrachteten 40-jährigen Mann entfallen im Status Quo Einnahmen in Höhe von durchschnittlich 3971 Euro. Sein Deckungsbeitrag im Status Quo beläuft sich entsprechend auf 2768 Euro, wovon 136 Euro auf die

Geschlechterumverteilung, 721 Euro auf die Generationenumverteilung, 808 Euro auf die Familienumverteilung und entsprechend 1103 Euro auf die Einkommensumverteilung zurückzuführen sind.

2.2 Datenbasis[7]

Die vorliegende Studie basiert maßgeblich auf Mikrodaten der aktuellsten Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2003. Die EVS ist ein repräsentativer Haushaltsdatensatz auf Basis des Mikrozensus, der für insgesamt 42744 Haushalte mit bis zu neun Haushaltsmitgliedern deren Ausgaben und Einnahmen im Detail erfasst.

Für den Zweck der Studie erfolgten zunächst einige Anpassungen der Datenbasis. Hierbei wurden insbesondere Haushalte aus der Stichprobe eliminiert, für die in der EVS aus nicht nachvollziehbaren Gründen keine Beitragszahlungen ausgewiesen sind. Weiterhin wurden dabei die Daten im Hinblick auf den Krankenversicherungsstatus und die geleisteten Beitragszahlungen miteinander abgeglichen. So wurden bspw. im Falle eines Pflichtversicherten die von diesem eventuell geleisteten freiwilligen Beiträge den Pflichtbeiträgen zugeschlagen. Für die nach diesen Anpassungen verbleibenden Haushalte wurden dann in einem nächsten Schritt die den einzelnen Haushaltsmitgliedern insgesamt zurechenbaren Beitragszahlungen bestimmt. Im Falle der pflichtversicherten Beschäftigten und der Versicherten in der KVdR mussten hierbei die jeweils vom Arbeitgeber bzw. der Rentenversicherungsträger geleisteten Anteile am Krankenversicherungsbeitrag bestimmt werden, da diese in der EVS nicht erfasst werden.

Auf Basis der aus der EVS ermittelten Krankenversicherungsbeiträge wurden dann für die im Folgenden betrachteten Versichertengruppen jeweils geschlechts- und altersspezifische Beitragsprofile gewonnen, und unter Zugrundelegung der alters- und geschlechtsspezifischen Mitglieder- und Versichertenstruktur der GKV auf die gesamten Beitragseinnahmen des Jahres 2003 hochgerechnet.[8] Insgesamt beliefen sich die Beitragseinnahmen der GKV im Jahr 2003 auf 137,5 Mrd. Euro bzw. unter Berücksichtigung der von der Bundesknappschaft direkt an den Risikostrukturausgleich (RSA) abgeführten Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung auf 138,4 Mrd. Euro. Demgegenüber wurden die sonstigen Einnahmen der GKV in Höhe von 3,3 Mrd. Euro sowie das zu den gesamten

[7] Eine Beschreibung der erfolgten Anpassung der Datenbasis und der methodischen Vorgehensweise bei der Berechnung der Ergebnisse findet sich im Anhang A.

[8] Die zugrundegelegte Versicherten- und Mitgliederstruktur der GKV wurde der veröffentlichten Mitgliederstatistik KM 6 des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für das Jahr 2003 entnommen. Die Daten im Hinblick auf die Einnahmen und Ausgaben der GKV sind im, ebenfalls beim BMG verfügbaren, endgültigen Rechnungsergebnis der GKV für das Jahr 2003 ausgewiesen.

Ausgaben der GKV in Höhe von 145,1 Mrd. Euro verbleibende Defizit in Höhe von 3,4 Mrd. Euro gleichmäßig auf alle Versicherten umgelegt. Gleichermaßen wurden auf Basis von RSA-Daten geschlechts- und alterspezifische Leistungsausgabenprofile gewonnen. Diese wurden wiederum auf die im Jahr 2003 insgesamt geleisteten Leistungsausgaben in Höhe von 136,2 Mrd. Euro hochgerechnet. Wie die sonstigen Einnahmen wurden schließlich auch die sonstigen Ausgaben der GKV in Höhe von 8,9 Mrd. Euro, die sich aus den sonstigen Aufwendungen in Höhe von 0,7 Mrd. Euro und den Netto-Verwaltungskosten in Höhe von 8,2 Mrd. Euro zusammensetzen, gleichmäßig auf alle Versicherten umgelegt. Zur Bestimmung der Deckungsbeiträge wurden dann mittels der adjustierten Einnahmen- und Ausgabenprofile die auf die jeweiligen Versichertengruppen entfallenden Einnahmen und Ausgaben im Jahr 2003 ermittelt.

3 Umverteilung zwischen Versichertengruppen

Im Folgenden werden die Umverteilungsströme innerhalb der GKV quantifiziert. Zu diesem Zweck wird die Versichertengemeinschaft in Gruppen unterteilt. Diese Betrachtung ermöglicht eine Analyse der Umverteilungsströme zwischen den Versichertengruppen. Im Einzelnen erfolgt eine Unterteilung der Versicherten

- in Nettobeitragszahler und –leistungsempfänger,
- nach dem Mitgliedsstatus,
- nach dem Versichertenstatus,
- nach dem Geschlecht,
- nach dem Alter,
- nach dem Haushaltseinkommen.

Die im Folgenden erläuterten Ergebnisse der Umverteilungsströme entsprechend dieser Kriterien zur Aufteilung der Versichertengemeinschaft finden sich in den Tabellen 1 und 2 im Anhang B. Im Hinblick auf die dargestellten Ergebnisse sei vorab bemerkt, dass je nach Unterteilung der Versichertengemeinschaft teils deutliche unterschiedliche Umverteilungsvolumina resultieren. Insofern sind die Ergebnisse bei unterschiedlichen Einteilungen nicht direkt miteinander vergleichbar. Die Ursache dieser Unterschiede liegt darin begründet, dass sich entsprechend der Betrachtung eines durchschnittlichen Gruppenmitglieds die innerhalb der Gruppe geleisteten positiven und negativen Deckungsbeiträge bereits, je nach Gruppenzusammensetzung, in mehr oder weniger starkem Ausmaß ausgleichen. Im Einzelnen wird auf diese Unterschiede und deren Ursachen jeweils gesondert an den entsprechenden Stellen eingegangen.

Umverteilung zwischen Nettobeitragszahlern und Nettoleistungsempfängern[9]

Während sich die Deckungsbeiträge aller Versicherten in der Summe gerade ausgleichen, ergibt sich ein Eindruck des gesamten Umverteilungsstroms, wenn man die Versicherten gemäß dem Status Quo in die Gruppen der Nettobeitragszahler und –leistungsempfänger unterteilt. Insgesamt resultieren gemäß dieser Aufteilung 28 Millionen Nettobeitragszahler, die über ihre Beitragzahlungen die Ausgaben von insgesamt 42 Millionen Nettoleistungsempfänger subventionieren. Mithin trägt jeder Nettobeitragszahler somit nicht nur die durch ihn selbst verursachten Kosten, sondern

[9] Die in den folgenden Abschnitten und Kapiteln ausgewiesenen Zahlen entsprechen jeweils jährlichen Beträgen.

subventioniert über seine Einzahlungen die Ausgaben von anderthalb weiteren Versicherten.

Insgesamt erbringen die Nettobeitragszahler einen Deckungsbeitrag in Höhe von 62,3 Mrd. Euro, dem ein entsprechender Unterdeckungsbeitrag der Nettoleistungsempfänger in gleicher Höhe gegenübersteht. In Anbetracht der gesamten Einnahmen der GKV in Höhe von 145 Mrd. Euro bedeutet dies, dass nur etwa drei Fünftel der heute geleisteten Beitragszahlungen gesundheitspolitisch motiviert sind, während in etwa zwei Fünftel der Einnahmen auf die sozialpolitisch motivierte Umverteilung innerhalb der GKV zurückgeführt werden kann. Mit anderen Worten: Wollte man beim Übergang zu einem System risikoäquivalenter Krankenversicherungsprämien sicherstellen, dass kein Versicherter dabei höher belastet wird als im Status Quo, so beziffert der ausgewiesene Betrag in Höhe von 62,3 Mrd. Euro gerade den hierfür notwendigen Prämiensubventionsbedarf.

Folgt man der begrifflichen Unterscheidung des Sachverständigenrats, so lässt sich der gesamte Umverteilungsstrom in eine sozialversicherungstypische Komponente in Höhe von 14,6 Mrd. Euro und eine sozialversicherungsfremde Komponente in Höhe von 47,8 Mrd. Euro zerlegen. Das sozialversicherungstypische Umverteilungsvolumen lässt sich dabei in Höhe von 0,9 Mrd. Euro auf die Geschlechterumverteilung und in Höhe von 13,6 Mrd. Euro auf die Generationenumverteilung zurückführen.[10] Hingegen ist das sozialversicherungsfremde Umverteilungsvolumen in Höhe von insgesamt 23 Mrd. Euro durch die Familienumverteilung und in Höhe von 24,8 Mrd. Euro durch die Einkommensumverteilung begründet. Ausgedrückt als Anteil am gesamten Umverteilungsstrom entfällt somit etwa ein Fünftel auf die sozialversicherungstypische Umverteilung. Das Gros des Umverteilungsstroms entfällt hingegen zu jeweils zwei Fünfteln auf die sozialversicherungsfremde Umverteilung zu Gunsten der mitversicherten Familienangehörigen und der Bezieher niedriger Einkommen.

Pro Kopf der Gruppe leisten die Nettobeitragszahler einen Deckungsbeitrag in Höhe von 2189 Euro, der sich in eine sozialversicherungstypische Komponente von 512 Euro und eine sozialversicherungsfremde Umverteilungskomponente in Höhe von 1678 Euro zerlegen lässt. Demgegenüber erhält ein Nettoleistungsempfänger im Durchschnitt einen impliziten Transfer in Höhe von 1485 Euro, wovon 347 Euro auf die

[10] Das gering erscheinende Volumen der Generationenumverteilung ist darauf zurückzuführen, dass der Umverteilungsstrom von Jung zu Alt innerhalb der Gruppe der Nettoleistungsempfänger hierbei nicht widergespiegelt wird. Hingegen ist das gering Volumen der Geschlechterumverteilung darauf zurückzuführen, dass hierbei nur der direkt durch Unterschiede bei der Inaspruchnahme der Leistungen der GKV implizierte Umverteilungsstrom zwischen Männern und Frauen widergespiegelt wird.

sozialversicherungstypische und 1138 Euro auf die sozialversicherungsfremde Umverteilung zurückgeführt werden können.

Umverteilung zwischen Mitgliedern und Mitversicherten

Im Folgenden werden die Versicherten entsprechend ihrem Mitgliedsstatus unterteilt. Hierbei wird zum einen zwischen Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen unterschieden. Zu den Mitgliedern zählen diejenigen Versicherten die aufgrund der gesetzlichen Regelungen im fünften Buch des Sozialgesetzbuches als versicherungspflichtig gelten, sowie diejenigen Versicherten die zwar entsprechend dieser Regelungen nicht versicherungspflichtig sind, sich aber freiwillig für den Krankenversicherungsschutz der GKV entscheiden. Neben der Unterscheidung zwischen Pflicht- und freiwilligen Mitgliedern werden die Pflichtmitglieder nochmals unterteilt in die (Pflicht-)Mitgliedsrentner, die aufgrund des Bezugs von Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig in der KVdR sind, sowie denjenigen Pflichtmitgliedern, die aufgrund sonstiger Gründe wie bspw. einer abhängigen Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungspflichtig in der GKV sind. Hingegen zählen zu den mitversicherten Familienangehörigen diejenigen Versicherten, die infolge ihrer Familienzugehörigkeit zu einem Mitglied den Krankenversicherungsschutz der GKV genießen.

Insgesamt leisten die Pflichtmitglieder und die freiwilligen Mitglieder Deckungsbeiträge in Höhe von 45,3 bzw. 10,5 Mrd. Euro. Diesen Deckungsbeiträgen stehen Unterdeckungsbeiträge der Mitgliedsrentner und der mitversicherten Familienangehörigen in Höhe von 31,9 bzw. 23,9 Mrd. Euro gegenüber. Pro Kopf der jeweiligen Gruppe betrachtet, leistet ein Pflichtmitglied im Durchschnitt einen Deckungsbeitrag in Höhe von 1570 Euro und ein freiwilliges Mitglied einen Deckungsbeitrag in Höhe von durchschnittlich 2088 Euro. Hingegen erhält ein Mitgliedsrentner einen impliziten Transfer in Höhe von 1912 Euro und ein Mitversicherter in Höhe von 1204 Euro. Betrachtet man die unter 20-jährigen innerhalb der mitversicherten Familienangehörigen als Annäherung an die Gruppe der Kinder, so lässt sich ein Umverteilungsvolumen zu den Kindern in Höhe von 12,9 Mrd. Euro bzw. durchschnittlich 973 Euro beziffern.

Im Hinblick auf die Komponenten der geleisteten Deckungsbeiträge zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Mitgliedsgruppen. Vernachlässigbar ist die Geschlechterumverteilung mit einem Volumen von weniger als 1 Mrd. Euro. Demgegenüber wird die Generationenumverteilung mit einem Volumen von 30,7 Mrd. Euro zu Gunsten der Mitgliedsrentner in der KVdR fast ausschließlich durch die

Pflichtmitglieder in Höhe von 15,3 Mrd. Euro und implizit durch die Mitversicherten in Höhe von jeweils 14,9 Mrd. Euro getragen.[11] In Anbetracht des den Mitgliedsrentnern infolge der Generationenumverteilung zufließenden impliziten Transfers in Höhe von 30,7 Mrd. Euro wird deutlich, dass das bei der Unterscheidung zwischen Nettobeitragszahlern und –leistungsempfängern quantifizierte Ausmaß in Höhe von 13,6 Mrd. Euro das tatsächliche Volumen der Generationenumverteilung deutlich unterschätzt. Ausgehend von einem idealtypischen Gesundheitsprämiensystem würden die Pflichtmitglieder und die mitversicherten Familienangehörigen durchschnittlich in Höhe von 530 Euro bzw. 749 Euro entlastet werden, wenn bei der Beitragsbemessung die aufgrund des Alters zu erwartenden Leistungsausgaben eines Versicherten zugrundegelegt würden. Letztlich spiegeln diese Umverteilungsbeiträge die günstigen Altersstrukturen der Pflichtmitglieder und der Mitversicherten im Vergleich zur Gesamtheit der Versicherten wider. Hingegen ist der Beitrag eines freiwilligen Mitglieds zur Generationenumverteilung mit einer Höhe von 121 Euro vergleichsweise gering. Dies hängt damit zusammen, dass zwar zwischen Pflichtmitgliedern und pflichtversicherten Mitgliedsrentnern in der KVdR unterschieden wird, jedoch nicht zwischen freiwilligen Mitgliedern und freiwilligen Mitgliedsrentnern. Entsprechend gleicht die Altersstruktur der freiwilligen Mitglieder in größerem Maße der Altersstruktur der Gesamtheit der Versicherten.

Demgegenüber wird die Mitversicherung der Familienangehörigen gleichermaßen durch alle drei Mitgliedsgruppen getragen. Pro Kopf betrachtet würde ein Mitglied durch die Abschaffung der kostenlosen Mitversicherung durchschnittlich in Höhe von 808 Euro entlastet werden. Wie im Falle der Generationenumverteilung zeigt sich auch hier, dass das anfangs bezifferte Volumen der Familienumverteilung in Höhe von 23 Mrd. Euro den tatsächlichen Umfang in Höhe von 41 Mrd. Euro deutlich unterschätzt.

Unterschiedliche Beiträge leisten die einzelnen Mitgliedsgruppen wiederum im Hinblick auf die Einkommensumverteilung. Diese wird weitestgehend durch die freiwilligen Mitglieder getragen, die im Durchschnitt einen Betrag in Höhe von 1141 Euro leisten, während auf ein Pflichtmitglied ein durchschnittlicher Betrag in Höhe von 221 Euro entfällt. Dieser Unterschied spiegelt die im Durchschnitt höheren beitragspflichtigen Einkommen der freiwilligen Mitglieder im Vergleich zu den Pflichtmitgliedern wider.[12]

---

[11] Gemäß der in Kapitel 2 erläuterten Methodik zur Zerlegung des gesamten Deckungsbeitrages entspricht der implizite Umverteilungsbeitrag der Mitversicherten dem Deckungsbeitrag, den diese im Falle eines idealtypischen Systems pauschaler Gesundheitsprämien zur Finanzierung der GKV beitragen würden.

[12] Wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist, wird auch den Mitversicherten ein geringer impliziter Beitrag zur Einkommensumverteilung zugeordnet. Dieser resultiert aufgrund der Tatsache, dass Kredite und sonstige Einnahmen der GKV bei der Berechnung gleichermaßen auf alle Versicherten verteilt wurden. Infolge der verwendeten Methode zur Zerlegung des Umverteilungsstroms werden diese Einnahmen dem Einkommensumverteilungsmotiv zugerechnet.

Schließlich wird deutlich, dass die Mitgliedsrentner in der KVdR als Gruppe betrachtet mit einem Betrag in Höhe von 14,6 Mrd. Euro bzw. durchschnittlich 876 Euro zu den Gewinnern der Einkommensumverteilung innerhalb der GKV zählen. In Relation zu dem oben bezifferten Volumen der Einkommensumverteilung in Höhe von 24,8 Mrd. Euro bedeutet dies, dass ca. 60 Prozent dieses Umverteilungsstroms den Mitgliedsrentnern zufließt.

Die Zerlegung des Umverteilungsstroms in seine Komponenten zeigt deutlich, dass die einzelnen Umverteilungsströme zum Teil einander entgegengerichtet sind und sich somit in ihrer Wirkung teilweise aufheben. So werden bspw. die Mitgliedsrentner durch die Einkommensumverteilung zumindest implizit für die Lasten kompensiert, die ihnen durch die Umverteilung zu Gunsten der Mitversicherten aufgebürdet werden. Aufgrund dieser entgegengerichteten Ströme erscheint das Umverteilungsvolumen entsprechend geringer, wenn man nur den insgesamt auf eine Gruppe entfallenden Deckungsbeitrag bzw. dessen Aufteilung in seine sozialversicherungstypische und –fremde Komponente als Indikator für das gesamte Ausmaß der Umverteilung in der GKV heranzieht.

Umverteilung aufgrund des Versichertenstatus

Im vorangegangenen Abschnitt wurde zwischen Mitgliedern und Mitversicherten unterschieden. Diese Unterscheidung ist allerdings rein abstrakter Natur, da ein Mitglied als Gegenleistung für seine Beitragszahlung nicht nur den Krankenversicherungsschutz für sich selbst, sondern auch für seine Familienangehörigen genießt. Unterteilt man die Versicherten deshalb auf Basis ihres Versichertenstatus, so dass Mitglieder und Mitversicherte als eine Einheit betrachtet werden, entfällt ein Deckungsbeitrag in Höhe von 29,9 Mrd. Euro auf die Pflichtversicherten und ein Deckungsbeitrag in Höhe von 5,5 Mrd. Euro auf die freiwillig Versicherten. Diesen steht ein Unterdeckungsbeitrag der in der KVdR Versicherten in Höhe von 35,5 Mrd. Euro gegenüber.

Bereits die geringeren Deckungsbeiträge der Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten im Vergleich zu den Pflichtmitgliedern und freiwilligen Mitgliedern sind ein Indiz dafür, dass diese Gruppen in weitaus größerem Maße von der Umverteilung zu Gunsten der Familienangehörigen profitieren als die Mitgliedsrentner. So entfallen auf ein freiwilliges Mitglied im Schnitt 0,8 Mitversicherte, auf ein Pflichtmitglied hingegen nur 0,5 und auf einen Mitgliedsrentner in der KVdR nur 0,1 Mitversicherte. Entsprechend entrichtet ein Pflichtversicherter im Durchschnitt nur einen Deckungsbeitrag in Höhe von 698 Euro, während ein Pflichtmitglied einen Deckungsbeitrag von 1570 Euro aufweist. Noch größer ist der Unterschied bei den freiwillig Versicherten. Hier entrichtet ein Mitglied einen

Deckungsbeitrag in Höhe von 2088 Euro, während ein entsprechend Versicherter nur noch einen Deckungsbeitrag in Höhe von 598 Euro aufweist.

Dieser Unterschied in der Versichertenstruktur wird auch deutlich, wenn man die Zerlegung des Umverteilungsstroms betrachtet. So erhalten die Pflichtversicherten als Gruppe einen auf die Familienmitversicherung zurückzuführenden impliziten Transfer in Höhe von 5,7 Mrd. Euro, während die freiwillig Versicherten einen entsprechenden Transfer in Höhe von 4,7 Mrd. Euro empfangen. Diesen impliziten Transfers steht seitens der Rentner ein auf die Mitversicherung zurückzuführender impliziter Deckungsbeitrag in Höhe von 10,4 Mrd. Euro gegenüber.

Umverteilung zwischen Männern und Frauen

Unterteilt man die Versicherten nach dem Geschlecht, so zeigt sich ein Umverteilungsstrom von den Männern zu den Frauen in Höhe von 23 Mrd. Euro. Mit einem Volumen in Höhe von 1,1 Mrd. Euro ist dieser Umverteilungsstrom nur in einem geringen Maße auf die Unterschiede in den Leistungsausgaben zurückzuführen. Vielmehr spiegelt der Umverteilungsstrom zu den Frauen deren ungünstigere Altersstruktur, deren größeren Anteil an den mitversicherten Familienangehörigen, sowie schließlich die Tatsache wider, dass die Frauen im Durchschnitt über ein geringeres beitragspflichtiges Einkommen verfügen. Insofern werden die Frauen in Höhe von 4,3 Mrd. Euro durch die Generationenumverteilung, in Höhe von 4,7 Mrd. Euro durch die Familienumverteilung und in Höhe von 12,9 Mrd. Euro durch die Einkommensumverteilung innerhalb der GKV entlastet.

Umverteilung zwischen Altersgruppen

Unterteilt man die Versicherten in Altersgruppen so zeigt sich, dass die 20 – 65-jährigen mit einem Deckungsbeitrag in Höhe von 44,8 Mrd. Euro den größten Anteil zur Finanzierung des Umverteilungsvolumens in der GKV beisteuern. Dieser Deckungsbeitrag der 20 – 65-jährigen teilt sich auf in einen Umverteilungsbetrag in Höhe von 12,9 Mrd. Euro an die unter 20-jährigen und in Höhe von 31,9 Mrd. Euro an die über 65-jährigen. Betrachtet man die Zerlegung des Umverteilungsstroms, so wird deutlich, dass die Umverteilung zu Gunsten der jüngeren Altersgruppe fast ausschließlich auf die kostenlose Mitversicherung der Familienangehörigen zurückzuführen ist, während die älteste Altersgruppe maßgeblich durch die Generationenumverteilung entlastet wird. Darüber hinaus profitiert die älteste Altersgruppe zwar ebenfalls von der Einkommensumverteilung innerhalb der GKV, steuert allerdings auch einen Betrag in annähernd gleicher Höhe zur Mitversicherung bei, so dass in der Summe nur ein geringer sozialversicherungsfremder

(Netto-)Umverteilungsstrom gemäß der begrifflichen Unterscheidung des Sachverständigenrats resultiert.

Umverteilung zwischen Haushaltseinkommensklassen

Abschließend sollen die Umverteilungsströme zwischen den Versicherten aufgrund des Einkommensumverteilungsmotivs näher beleuchtet werden. Im Gegensatz zu den anderen Einteilungen der Versicherten kommen hierbei verschiedene Einkommenskonzepte, mit jeweils unterschiedlichen Stärken bzw. Schwächen im Hinblick auf den Aussagegehalt, zur Klassifizierung in Frage. So könnten die Versicherten bspw. gemäß der Höhe des beitragspflichtigen Einkommens klassifiziert werden. Eine solche Einteilung erlaubt allerdings keine Aussage im Hinblick auf die Frage, inwiefern bspw. ein Bezieher eines hohen beitragspflichtigen Einkommens von der kostenlosen Mitversicherung der Familienangehörigen profitiert. Entsprechend wird im Folgenden auf die Haushalte als Bezugsgröße abgestellt, indem die Versicherten gemäß dem Bruttohaushaltseinkommen (BEK) in Einkommensklassen unterteilt werden.

Die erste Haushaltseinkommensklasse umfasst hierbei die Haushalte im ersten Quartil oder die unteren 25 Prozent der Verteilung der Bruttohaushaltseinkommen. Die zweite Einkommensklasse umfasst die nächst höheren 25 Prozent, so dass die Haushalte in den ersten beiden Einkommensklassen den Haushalten im zweiten Quartil der Verteilung der Bruttohaushaltseinkommen entsprechen. Demgemäß umfasst die dritte Einkommensklasse wiederum die nächst höheren 25 Prozent, so dass die Haushalte in den ersten drei Einkommensklassen den Haushalten im dritten Quartil entsprechen. Demgegenüber wurden die höheren Haushaltseinkommen nochmals unterteilt, so dass die vierte Einkommensklasse nur die nächst höheren 15 Prozent umfasst. Die Haushalte in den ersten vier Einkommensklassen entsprechen somit den Haushalten im neunten Dezil der Verteilung der Bruttohaushaltseinkommen. Die fünfte Einkommensklasse entspricht schließlich dem obersten Dezil der Bruttohaushaltseinkommensverteilung.

Gemäß der Unterteilung in Bruttoeinkommensklassen resultiert ein Umverteilungsstrom mit einem Volumen in Höhe von insgesamt 23,7 Mrd. Euro zu Gunsten der Versicherten in den Haushalten im zweiten Quartil der Einkommensverteilung. Auf die Versicherten im ersten Quartil der Einkommensverteilung entfällt hierbei ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 12,7 Mrd. Euro oder durchschnittlich 1174 Euro, während die Versicherten der zweiten Einkommensklasse eine Subvention im Umfang von 11,0 Mrd. Euro oder durchschnittlich 736 Euro empfangen. Dieser Umverteilungsstrom wird in Höhe von 21,3 Mrd. Euro größtenteils durch die Versicherten in den Haushalten des obersten Quartils

aufgebracht, während auf die Versicherten in der dritten Einkommensklasse ein Betrag von 2,5 Mrd. Euro entfällt.

Betrachtet man die Zusammensetzung der Deckungsbeiträge, so zeigt sich ein vernachlässigbares, auf die Geschlechterumverteilung zurückzuführendes, Umverteilungsvolumen in Höhe von 0,3 Mrd. Euro. Hingegen entfällt auf die Generationenumverteilung ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 14,2 Mrd. Euro zu Gunsten der unteren beiden Einkommensklassen. Dieser Umverteilungsstrom spiegelt die vergleichsweise ungünstigen Altersstrukturen dieser Einkommensklassen wider, welche sich in einem hohen Anteil an Rentnern und einem geringen Anteil an Mitversicherten ausdrücken. Das Spiegelbild der Generationenumverteilung ist der Umverteilungsstrom in Höhe von 7,7 Mrd. Euro zu Gunsten der Mitversicherten. Dieser fließt von den untersten Einkommensklassen mit ihrem geringen Anteil an Mitversicherten hin zu den oberen Einkommensklassen. Das Gros des Umverteilungsstroms entfällt schließlich in Höhe von 17,3 Mrd. Euro auf das Einkommensumverteilungsmotiv. Die Versicherten in der ersten Einkommensklasse werden hierbei im Umfang von 10,8 Mrd. Euro oder durchschnittlich 998 Euro, die Versicherten der zweiten Einkommensklasse in Höhe von 6,5 Mrd. Euro oder durchschnittlich 431 Euro entlastet. Demgegenüber wird ein Versicherter in der höchsten Einkommensklasse mit einem Betrag von durchschnittlich 806 Euro belastet.

4 Umverteilung innerhalb der Versichertengruppen

Obwohl die im vorangegangen Abschnitt erfolgte Betrachtung einen Eindruck der Umverteilungsströme zwischen den Versichertengruppen erlaubt, wird hierdurch die Umverteilung innerhalb einer Gruppe verschleiert, da sich innerhalb einer Gruppe positive und negative Deckungsbeiträge zumindest teilweise ausgleichen. Aus diesem Grund werden im Folgenden die Umverteilungsströme innerhalb der Gruppen der Pflichtversicherten, der freiwillig Versicherten und der pflichtversicherten Rentner quantifiziert, indem diese jeweils wieder in Untergruppen eingeteilt werden. Die Aufteilung erfolgt hierbei

- in Nettobeitragszahler und –leistungsempfänger,
- in Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige,
- nach dem Geschlecht,
- nach dem Alter
- nach dem Einkommen.

Darüber hinaus gilt es im Hinblick auf die Interpretation der Resultate zu beachten, dass sich positive und negative Deckungsbeiträge nur bei Betrachtung der Gesamtheit aller Versicherten ausgleichen. Wie die im vorangegangen Abschnitt erfolgte Analyse gezeigt hat, gilt dies nicht mehr bei der isolierten Betrachtung einer einzelnen Versichertengruppe. Um ein vollständiges Bild der Umverteilung innerhalb einer Versichertengruppe zu erhalten, müssen die Deckungsbeiträge innerhalb der Gruppe deshalb zunächst um die an die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträge bereinigt werden. Als Resultat dieser Bereinigung gleichen sich positive und negative Deckungsbeiträge dann auch innerhalb der Versichertengruppe gerade wieder aus. Die im Folgenden erläuterten Ergebnisse sind entsprechend der Betrachtung im vorangegangen Kapitel den Tabellen 3 bis 8 im Anhang B entnommen.

4.1 Umverteilung innerhalb der Gruppe der Pflichtversicherten

Umverteilung zwischen Nettobeitragszahlern und Nettoleistungsempfängern

Entsprechend der Betrachtung der Umverteilungsströme zwischen den Versichertengruppen bilden die Tabellen 3 und 4 im Anhang B die Umverteilungsströme innerhalb der Gruppe der Pflichtversicherten ab. Unterteilt man die Pflichtversicherten in Nettobeitragszahler und –leistungsempfänger, so resultiert ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 33,1 Mrd. Euro. Die Nettobeitragszahler leisten hierbei einen

sozialversicherungsfremden Deckungsbeitrag in Höhe von 34,2 Mrd. Euro, der sich aus einem Deckungsbeitrag in Höhe von 21,9 Mrd. Euro zu Gunsten der mitversicherten Familienangehörigen und in Höhe von 12,2 Mrd. Euro zu Gunsten der Bezieher niedriger Einkommen zusammensetzt. Gleichzeitig werden die Nettobeitragszahler durch einen sozialversicherungstypischen Transfer in Höhe von 1,1 Mrd. Euro implizit entlastet, der sich aus einem Unterdeckungsbeitrag in Höhe von 2 Mrd. Euro aufgrund der Generationenumverteilung und einem Deckungsbeitrag in Höhe von 0,9 Mrd. Euro infolge der Geschlechterumverteilung zusammensetzt.

Umverteilung zwischen Mitgliedern und Mitversicherten

Teilt man die Gruppe der Pflichtversicherten in Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige ein, so resultiert ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 25,1 Mrd. Euro. Aufgrund des kostenlosen Versicherungsschutzes erhalten die mitversicherten Familienangehörigen einen Transfer in Höhe von 27,1 Mrd. Euro, sowie einen auf die Einkommensumverteilung zurückzuführenden Transfer in Höhe von 0,9 Mrd. Euro. Letzterer ist maßgeblich darauf zurückzuführen, dass die Pflichtmitglieder den auf die Mitversicherten entfallenden Einkommensumverteilungsbeitrag zu Gunsten der anderen Versichertengruppen subventionieren. Gleichzeitig leisten die Mitversicherten aufgrund ihrer günstigen Altersstruktur einen impliziten Deckungsbeitrag an die Pflichtmitglieder in Höhe von 3,3 Mrd. Euro, empfangen aufgrund der Geschlechterumverteilung aber auch einen impliziten Transfer in Höhe von 0,4 Mrd. Euro. Betrachtet man wiederum die Gruppe der mitversicherten Familienangehörigen bei den unter 20-jährigen als Annäherung an die Gruppe der Kinder, so resultiert ein Umverteilungsvolumen zu den mitversicherten Kindern in Höhe von 17,4 Mrd. Euro.

Umverteilung zwischen Männern und Frauen

Unterteilt man die Pflichtversicherten aufgrund ihres Geschlechts, so resultiert ein Umverteilungsstrom der Männer zu den Frauen in Höhe von 11,7 Mrd. Euro. Insgesamt lässt sich dieser Umverteilungsstrom mit einem Betrag in Höhe von 6,2 Mrd. Euro etwa zur Hälfte auf das im Durchschnitt geringere beitragspflichtige Einkommen der Frauen zurückführen, während die andere Hälfte mit Beträgen in Höhe von 2,6 bzw. 2,8 Mrd. Euro zu etwa gleichen Teilen auf die geschlechtlichen Unterschiede in den Leistungsausgaben und den größeren Anteil der Frauen an den mitversicherten Familienangehörigen entfällt.

Umverteilung zwischen Altersgruppen

Unterteilt man die Pflichtversicherten gemäß ihrer Altersstruktur, so resultiert ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 18,3 Mrd. Euro. Im Gegensatz zur Gesamtheit der

Versicherten kann dieser Umverteilungsstrom zwischen den Altersgruppen mit einem Betrag in Höhe von 19,3 Mrd. Euro zu Gunsten der unter 20-jährigen größtenteils auf die Familienumverteilung zurückgeführt werden. Hingegen entfällt auf die Gruppe der über 65-jährigen ein vernachlässigbarer Umverteilungsbetrag in Höhe von 0,3 Mrd. Euro. Dieser Unterschied zur Gesamtheit der Versicherten ist auf den geringen Anteil der älteren Altersgruppen bei den Pflichtversicherten und deren damit insgesamt günstigere Altersstruktur zurückzuführen.

Umverteilung zwischen Haushaltseinkommensklassen

Betrachtet man die Verteilung der Pflichtversicherten auf die Haushaltseinkommensklassen, so resultiert ein Umverteilungsvolumen in Höhe von insgesamt 6,8 Mrd. Euro zu Gunsten der Pflichtversicherten in den Haushalten der untersten drei Einkommensklassen. Dieses Umverteilungsvolumen teilt sich auf in eine sozialversicherungstypische Komponente in Höhe von 0,5 Mrd. Euro und eine sozialversicherungsfremde in Höhe von 6,3 Mrd. Euro. Ein Pflichtversicherter in der untersten Einkommensklasse empfängt hierbei eine durchschnittliche Subvention in Höhe von 980 Euro, während ein Pflichtversicherter in der obersten Einkommensklasse im Umfang von 670 Euro zur Umverteilung zu Gunsten der unteren Einkommensklassen beiträgt.

Betrachtet man die Zusammensetzung der Deckungsbeiträge, so zeigen sich auf die Geschlechterumverteilung und die Generationenumverteilung zurückzuführende Umverteilungsvolumina in Höhe von 0,2 bzw. 0,5 Mrd. Euro. Diese sozialversicherungstypischen Umverteilungsströme entlasten ausschließlich die Versicherten in den Haushalten der unteren Einkommensklassen. Demgegenüber werden die dritte und vierte Einkommensklasse durch die Familienmitversicherung insgesamt in Höhe von 3,3 Mrd. oder durchschnittlich 156 bzw. 96 Euro entlastet. Im Gegensatz zur Gesamtheit der Versicherten tragen auch die Pflichtversicherten in den Haushalten der höchsten Einkommensklasse zur Familienumverteilung bei. Das Gros des Umverteilungsstroms entfällt schließlich in Höhe von 8 Mrd. Euro auf das Einkommensumverteilungsmotiv. Die Versicherten in der ersten Einkommensklasse werden hierbei im Umfang von 5,8 Mrd. Euro oder durchschnittlich 1154 Euro, die Versicherten der zweiten Einkommensklasse in Höhe von 2,2 Mrd. Euro oder durchschnittlich 308 Euro entlastet. Demgegenüber wird ein Versicherter in der höchsten Einkommensklasse mit einem Betrag von durchschnittlich 481 Euro belastet.

4.2 Umverteilung innerhalb der Gruppe der freiwillig Versicherten

Umverteilung zwischen Nettobeitragszahlern und Nettoleistungsempfängern

Entsprechend der Betrachtung der Pflichtversicherten bilden die Tabellen 5 und 6 im Anhang B die Umverteilungsströme innerhalb der Gruppe der freiwillig Versicherten ab. Unterteilt man die freiwillig Versicherten in Nettobeitragszahler und –leistungsempfänger, so resultiert ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 9,5 Mrd. Euro. Die Nettobeitragszahler leisten hierbei einen sozialversicherungsfremden Deckungsbeitrag in Höhe von 9,7 Mrd. Euro, der sich aus einem Deckungsbeitrag in Höhe von 5,2 Mrd. Euro zu Gunsten der mitversicherten Familienangehörigen und in Höhe von 4,5 Mrd. Euro zu Gunsten der Bezieher niedriger Einkommen zusammensetzt. Gleichzeitig empfangen die Nettobeitragszahler einen sozialversicherungstypischen Transfer in Höhe von 0,2 Mrd. Euro, der sich aus einem Unterdeckungsbeitrag in Höhe von 0,3 Mrd. Euro aufgrund der Altersumverteilung und einem Deckungsbeitrag in Höhe von 0,2 Mrd. Euro aufgrund der Geschlechterumverteilung zusammensetzt.

Umverteilung zwischen Mitgliedern und Mitversicherten

Teilt man die Gruppe der freiwillig Versicherten in Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige ein, so ergibt sich ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 7,5 Mrd. Euro. Aufgrund des kostenlosen Versicherungsschutzes erhalten die mitversicherten Familienangehörigen einen Transfer in Höhe von 6,6 Mrd. Euro, sowie einen auf die Einkommensumverteilung zurückzuführenden Transfer in Höhe von 2,3 Mrd. Euro. Letzterer resultiert aufgrund der Tatsache, dass die freiwilligen Mitglieder den auf die Mitversicherten entfallenden Einkommensumverteilungsbeitrag zu Gunsten der anderen Versichertengruppen subventionieren. Gleichzeitig leisten die Mitversicherten aufgrund ihrer günstigen Altersstruktur einen Deckungsbeitrag an die freiwilligen Mitglieder in Höhe von 1,5 Mrd. Euro, empfangen aufgrund der Geschlechterumverteilung aber auch einen geringen Transfer in Höhe von 0,1 Mrd. Euro. Aufgrund des ungünstigeren Verhältnisses von Mitversicherten zu Mitgliedern fällt das Umverteilungsvolumen pro Kopf der freiwilligen Mitglieder im Vergleich zu den Pflichtversicherten höher aus. Betrachtet man wiederum die unter 20-jährigen innerhalb der mitversicherten Familienangehörigen als Annäherung an die Gruppe der Kinder, so resultiert ein Umverteilungsvolumen zu den Kindern in Höhe von 4,2 Mrd. Euro.

Umverteilung zwischen Männern und Frauen

Unterteilt man die freiwillig Versicherten aufgrund ihres Geschlechts, so resultiert ein Umverteilungsstrom der Männer zu den Frauen in Höhe von 4,3 Mrd. Euro. Insgesamt lässt

sich dieser Umverteilungsstrom mit einem Betrag in Höhe von 2,2 Mrd. Euro etwa zur Hälfte auf das im Durchschnitt geringere beitragspflichtige Einkommen der Frauen zurückführen, während die andere Hälfte mit einem Betrag in Höhe von 2 Mrd. Euro infolge des hohen Anteils der Frauen an den mitversicherten Familienangehörigen auf die Familienumverteilung und einem geringen Betrag in Höhe von 0,3 Mrd. Euro auf die Geschlechterumverteilung entfällt.

Umverteilung zwischen Altersgruppen

Unterteilt man die freiwillig Versicherten gemäß ihrer Altersstruktur, so resultiert ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 5,6 Mrd. Euro. Im Gegensatz zu den Pflichtversicherten kann der Umverteilungsstrom zwischen den Altersgruppen mit einem Betrag in Höhe von 1,3 Mrd. Euro zu Gunsten der über 65-jährigen zu einem Viertel auf die Generationenumverteilung zurückgeführt werden. Wie bei Pflichtversicherten entfällt der Großteil der Umverteilung zwischen den Altersgruppen mit einem Betrag in Höhe von 4,2 Euro auf die jüngeren Altersgruppen. Dies spiegelt wiederum den hohen Anteil an mitversicherten Kindern bei den freiwillig Versicherten wider.

Umverteilung zwischen Haushaltseinkommensklassen

Betrachtet man die Verteilung der freiwillig Versicherten auf die Haushaltseinkommensklassen, so resultiert ein Umverteilungsvolumen in Höhe von insgesamt 2,3 Mrd. Euro zu Gunsten der freiwillig Versicherten in den Haushalten der unteren Einkommensklassen. Dieses Umverteilungsvolumen teilt sich auf in eine sozialversicherungstypische Komponente in Höhe von 0,9 Mrd. Euro und eine sozialversicherungsfremde in Höhe von 1,4 Mrd. Euro. Ein freiwillig Versicherter in der untersten Einkommensklasse empfängt hierbei eine durchschnittliche Subvention in Höhe von 1149 Euro, während ein freiwillig Versicherter in der obersten Einkommensklasse im Umfang von 533 Euro zur Umverteilung zu Gunsten der unteren Einkommensklassen beiträgt.

Betrachtet man die Zusammensetzung der Deckungsbeiträge, so zeigt sich ein auf die Generationenumverteilung zurückzuführendes Umverteilungsvolumen in Höhe von 0,8 Mrd. Euro, während der Umfang der Geschlechterumverteilung weniger als 0,1 Mrd. Euro beträgt. Diese sozialversicherungstypischen Umverteilungsströme entlasten wiederum ausschließlich die Versicherten in den Haushalten der unteren Einkommensklassen. Als Spiegelbild werden die oberen Einkommensklassen durch die Familienmitversicherung insgesamt in Höhe von 1,0 Mrd. oder durchschnittlich 151 bzw. 142 Euro entlastet. Demgegenüber kehrt sich das Bild wieder um, wenn die Einkommensumverteilung

betrachtet wird. Diese entlastet im Umfang von 2,4 Mrd. Euro wiederum nur die unteren Einkommensklassen. Ein Versicherter in der ersten Einkommensklasse wird hierbei in Höhe von durchschnittlich 1510 Euro entlastet, während ein Versicherter in der höchsten Einkommensklasse mit einem Betrag von durchschnittlich 502 Euro belastet wird.

4.2.1 Umverteilung innerhalb der Gruppe der innerhalb der KVdR pflichtversicherten Rentner

Umverteilung zwischen Nettobeitragszahlern und Nettoleistungsempfängern

Entsprechend der bereits erfolgten Betrachtungen für die Gruppen der Pflicht- und freiwillig Versicherten bilden die Tabellen 7 und 8 im Anhang B die Umverteilungsströme innerhalb der Gruppe der Rentner ab. Unterteilt man die Rentner in Nettobeitragszahler und –leistungsempfänger, so resultiert ein Umverteilungsstrom mit einem vergleichsweise geringen Volumen in Höhe von 3,4 Mrd. Euro. Die Nettobeitragszahler leisten hierbei einen sozialversicherungsfremden Deckungsbeitrag in Höhe von 2,2 Mrd. Euro, der sich aus einem Deckungsbeitrag in Höhe von 0,3 Mrd. Euro zu Gunsten der mitversicherten Familienangehörigen und in Höhe von 1,9 Mrd. Euro zu Gunsten der Bezieher niedriger Einkommen zusammensetzt. Gleichzeitig leisten die Nettobeitragszahler einen sozialversicherungstypischen Deckungsbeitrag in Höhe von 1,2 Mrd. Euro, der sich aus einem Deckungsbeitrag in Höhe von 1,3 Mrd. Euro aufgrund der Altersumverteilung und einem Unterdeckungsbeitrag in Höhe von 0,1 Mrd. Euro aufgrund der Geschlechterumverteilung zusammensetzt.

Im Vergleich zu den anderen Versichertengruppen sticht zunächst das deutlich ungünstigere Verhältnis zwischen Nettobeitragszahlern und Nettoleistungsempfängern ins Auge. Dies bringt letztlich zum Ausdruck, dass die Rentner insgesamt in großem Umfang durch die anderen beiden Versichertengruppen subventioniert werden. Aus diesem Grund beziffert sich der durchschnittliche Deckungsbeitrag der Nettobeitragszahler im Falle der Rentner auf 2894 Euro. Diese Gruppe leistet nicht nur direkt einen Deckungsbeitrag, sondern führt gleichzeitig auch den auf sie entfallenden Subventionsbeitrag der anderen Versichertengruppen an die Nettoleistungsempfänger ab. Gleichermaßen erscheint der Unterdeckungsbeitrag der Nettoleistungsempfänger in Höhe von 200 Euro nur scheinbar gering, da dieser um die Subvention seitens der anderen Versichertengruppen in Höhe von 1949 Euro bereinigt wurde.

Umverteilung zwischen Mitgliedern und Mitversicherten

Aufgrund der geringen Anzahl mitversicherter Familienangehöriger resultiert bei einer Aufteilung gemäß dem Mitgliedsstatus im Falle der Rentner nur ein geringes

Umverteilungsvolumen in Höhe von 0,6 Mrd. Euro. Infolge des kostenlosen Krankenversicherungsschutzes erhalten die mitversicherten Familienangehörigen einen impliziten Transfer in Höhe von 4,0 Mrd. Euro, sowie einen auf die Geschlechterumverteilung zurückzuführenden impliziten Transfer in Höhe von 0,1 Mrd. Euro. Gleichzeitig steuern die mitversicherten Familienangehörigen aufgrund ihrer günstigeren Altersstruktur einen impliziten Deckungsbeitrag in Höhe von 1,8 Mrd. Euro zur Generationenumverteilung, sowie in Höhe von 1,4 Mrd. Euro zur Einkommensumverteilung bei. Diese impliziten Deckungsbeiträge spiegeln maßgeblich die auf die Einkommens- und Generationenumverteilung entfallenden Anteile des Subventionsbetrages wider, den die in der KVdR Mitversicherten von der anderen Versichertengruppen empfangen. Betrachtet man wiederum die Mitversicherten bei den unter 20-jährigen als Annäherung an die Gruppe der Kinder, so resultiert ein, wenn auch geringes, Umverteilungsvolumen von den Kindern zu den Eltern in Höhe von 0,2 Euro. Dieser Deckungsbeitrag der Kinder spiegelt die Differenz zwischen der Subvention in Höhe von 1949 Euro, welche jeder innerhalb der KVdR Versicherte von den anderen Versichertengruppen erhält, und den im Durchschnitt geringen Leistungsausgaben der Kinder in Höhe von 1074 Euro wider.

Umverteilung zwischen Männern und Frauen

Unterteilt man die Rentner aufgrund ihres Geschlechts, so resultiert ein Umverteilungsstrom der Männer zu den Frauen in Höhe von 3,1 Mrd. Euro. Der Umverteilungsstrom an die Frauen setzt sich dabei aus einem Betrag in Höhe von 2,8 Mrd. Euro aufgrund des im Durchschnitt geringeren beitragspflichtigen Einkommens, einem Betrag in Höhe von 1,1 Mrd. Euro aufgrund des größeren Anteils an den mitversicherten Familienangehörigen, sowie einem Betrag in Höhe von 1 Mrd. Euro aufgrund der ungünstigeren Altersstruktur zusammen. Gleichzeitig leisten die Frauen einen Deckungsbeitrag in Höhe von 1,8 Mrd. Euro im Rahmen der Geschlechterumverteilung. Dieser ist maßgeblich auf die höheren durchschnittlichen Ausgaben der in der KVdR versicherten Männer zurückzuführen.[13]

Umverteilung zwischen Altersgruppen

Unterteilt man die Rentner gemäß ihrer Altersstruktur, so resultiert ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 6,6 Mrd. Euro. Im Gegensatz zu den anderen Versichertengruppen verläuft dieser Umverteilungsstrom ausschließlich zu Gunsten der

[13] Im Gegensatz zu den jungen Kohorten verläuft das Leistungsausgabenprofil der Männer für die älteren Kohorten oberhalb des Profils der Frauen.

ältesten Altersgruppen. Mithin leisten wiederum die unter 20-jährigen einen geringen Deckungsbeitrag an die über 65-jährigen in Höhe von 0,6 Mrd. Euro.

Umverteilung zwischen Haushaltseinkommensklassen

Betrachtet man die Verteilung der in der KVdR versicherten Rentner auf die Haushaltseinkommensklassen, so resultiert ein geringes Umverteilungsvolumen in Höhe von insgesamt 1,4 Mrd. Euro zu Gunsten der versicherten Rentner in den Haushalten der unteren Einkommensklassen. Dieses Umverteilungsvolumen teilt sich auf in eine sozialversicherungstypische Komponente in Höhe von 0,5 Mrd. Euro und eine sozialversicherungsfremde in Höhe von 1 Mrd. Euro. Ein Rentner in der untersten Einkommensklasse empfängt hierbei eine durchschnittliche Subvention in Höhe von 169 Euro, während ein Pflichtversicherter in der obersten Einkommensklasse im Umfang von 115 Euro zur Umverteilung zu Gunsten der unteren Einkommensklassen beiträgt. Im Gegensatz zu den Pflicht- und freiwilligen Versicherten leisten im Falle der Rentner die dritte und die vierte Einkommensklassen in Höhe von 261 bzw. 160 Euro die höchsten Deckungsbeiträge.

Betrachtet man die Zusammensetzung der Deckungsbeiträge so entfällt auf die Geschlechterumverteilung ein Umverteilungsvolumen in Höhe von 0,3 Mrd. Euro, auf die Generationenumverteilung in Höhe von 0,6 Mrd. Euro und auf die Familienumverteilung in Höhe von 0,4 Mrd. Euro. Im Gegensatz zu den anderen Versichertengruppen sind hierbei eindeutige Muster im Hinblick auf die Umverteilungsrichtung nicht zu erkennen. Darüber hinaus offenbart eine Betrachtung der auf die einzelnen Einkommensklassen entfallenden Anteile am Einkommensumverteilungsstrom, dass die geringen Deckungsbeiträge der versicherten Rentner in den oberen Einkommensklassen auf deren im Vergleich zur dritten und vierten Einkommensklasse geringeren Beitragszahlungen zurückzuführen sind. Dieses auf den ersten Eindruck widersprüchliche Resultat erscheint plausibel wenn man bedenkt, dass die Einteilung in Einkommensklassen entsprechend dem Haushaltseinkommen erfolgt und somit nicht das beitragspflichtige Einkommen einzelner Versicherter bzw. Haushaltsmitglieder widerspiegelt.

5 Eine Analyse alternativer Vorschläge zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Im Folgenden werden die Verteilungswirkungen zwischen den Versichertengruppen bei Implementierung zweier alternativer Vorschläge zur Reform der Finanzierung der GKV analysiert. Hierbei wird zum einen der aktuell diskutierte Vorschlag eines Gesundheitspools, als auch der seit längerem diskutierte Vorschlag eines Systems pauschaler Gesundheitsprämien betrachtet.

5.1 Das Gesundheitspoolmodell

5.1.1 Das Reformkonzept

Im Zuge der Diskussion zur Reform der Finanzierung der GKV wurde durch den Fraktionschef der CDU, Volker Kauder, und die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, aktuell der Vorschlag eines Gesundheitspools in die laufende Debatte eingebracht. Dieser auf ein Konzept des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen zurückgehende Vorschlag stellt ein Konsensmodell zu Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie dar und zielt in erster Linie auf eine Stärkung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen untereinander, und den gesetzlichen und privaten Krankenversicherern ab.[14, 15]

Zur Erreichung dieses Zieles sollen die Krankenversicherungsbeiträge der Versicherten nicht mehr direkt an die jeweilige Krankenkasse, sondern stattdessen an einen so genannten Gesundheitspool oder –fond abgeführt werden.[16] Entsprechend der Höhe der durchschnittlichen Beitragseinnahmen erhält jeder Versicherte dann eine Gutschrift aus dem Gesundheitspool. Hierbei ist ein Betrag in Höhe von monatlich 150 bis 170 Euro im Gespräch. Diese Gutschrift kann sich der Versicherte beim Abschluss einer Krankenversicherung bei einem gesetzlichen oder einem privaten Krankenversicherungsträger anrechnen lassen. Entsprechend würde aus Sicht der Krankenversicherungsträger die Finanzierung der GKV von einem einkommensorientierten System auf ein Prämiensystem umgestellt werden, bei dem jeder Versicherte eine

[14] Zu den Grundzügen des Konzepts des Wissenschaftlichen Beirats siehe WBBMF (2005). Ein über dieses Konzept hinausgehender Kompromissvorschlag, der in einer ersten Stufe ebenfalls die Einrichtung eines Gesundheitspools vorsieht, findet sich bei Richter (2005). Die im Folgenden genannten Zahlen zum Gesundheitspoolkonzept basieren auf dem im Stern in der Ausgabe 16/2006 veröffentlichten Interview mit Volker Kauder, sowie einem Bericht der Süddeutschen Zeitung Nr. 86 vom 12. April 2006.

[15] Für eine Analyse der Verteilungswirkungen der Bürgerversicherung im Vergleich zu einem System pauschaler Gesundheitsprämien sei auf die Arbeiten von Bork (2003), Grabka (2004), sowie Wenzel (1999) verwiesen. Hingegen analysieren Fetzer und Hagist (2004) die Konsequenzen dieser beiden Reformkonzepte für die Nachhaltigkeit der GKV.

[16] Der Wissenschaftliche Beirat spricht hierbei von einer Inkassostelle.

pauschale Gesundheitsprämie zu entrichten hätte. Falls eine Krankenkasse einen durch den heutigen Leistungskatalog der GKV definierten Standardtarif nicht zum Wert der Gutschrift anbieten kann, würde es ihr freistehen einen entsprechenden Prämienaufschlag von ihren Versicherten zu verlangen. Gleichermaßen könnten kostengünstige Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus im Umfang des die durchschnittlichen Ausgaben übersteigenden Betrags der Gutschrift zurückerstatten. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen würde folglich nicht mehr über die Höhe des Beitragssatzes, sondern über die Höhe der Gesundheitsprämie erfolgen. Demgegenüber sollen die privaten Krankenversicherungsträger gesetzlich dazu verpflichtet werden, jedes Individuum entsprechend dem durch den Leistungskatalog der GKV definierten Standardtarif zu versichern.

Obwohl das Gesundheitspoolmodell aus Sicht der Krankenversicherungsträger einem Gesundheitsprämienmodell entspricht, ist auf Seiten der Versicherten keine prinzipielle Abkehr von der einkommensorientierten Beitragsbemessung geplant. Allerdings soll die kostenlose Mitversicherung der Kinder im Zuge des Gesundheitspoolmodells aus der GKV ausgelagert, und über die Einkommensteuer finanziert werden. Hierbei ist zum einen entsprechend dem Solidaritätszuschlag für den Aufbau Ost ein so genannter „Gesundheitssoli“ in Höhe von etwa 8 Prozent als Aufschlag auf die Einkommenssteuerschuld und zum anderen eine Anhebung des Einkommensteuertarifs um 3 Prozentpunkte im Gespräch. Darüber hinaus soll die Mitversicherung der Kinder auch auf die privat Versicherten ausgeweitet werden. Im Umfang der Kosten für die gesetzlich versicherten Kinder könnte dann entsprechend der Beitragssatz zur GKV um etwa 1,5 Prozentpunkte gesenkt werden. Inwiefern ein Gesundheitspoolmodell von einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage oder einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wie im Falle einer Bürgerversicherung begleitet werden würde, ist allerdings zum heutigen Zeitpunkt nicht abzusehen. Gleichermaßen findet sich weder im Konzept des Wissenschaftlichen Beirats, noch in den in der Öffentlichkeit diskutierten Konzepte ein Hinweis darauf, ob und in welchem Umfang mitversicherte Erwachsene für die von ihnen verursachten Kosten selbst aufkommen müssen. Im Folgenden wird deshalb unterstellt, dass der Beitragssatz zur GKV im Umfang der Kosten für die mitversicherten Kinder abgesenkt wird, die Beitragsbemessung der GKV ansonsten aber den gesetzlichen Regelungen im Status Quo entspricht. Entsprechend werden die Gesundheitsausgaben der mitversicherten Erwachsenen weiterhin über die Beitragseinnahmen der Mitglieder getragen werden. Weiterhin werden im Hinblick auf die Finanzierung der Mitversicherung der Kinder im Folgenden nur die Auswirkungen im Falle eines „Gesundheitssoli“ betrachtet.

5.1.2 Verteilungswirkungen des Gesundheitspoolmodells

Verteilungswirkungen zwischen gesetzlich und privat Versicherten

Durch die Steuerfinanzierung der Gesundheitskosten für die mitversicherten Kinder resultiert beim Gesundheitspoolmodell eine Entlastung aller Bevölkerungsgruppen. Die gesetzlich Versicherten profitieren hierbei von der Reduktion des Beitragssatzes, die gemäß der unterstellten Annahmen proportional allen Beitragszahlern zu Gute kommt. Insgesamt werden die gesetzlich Versicherten dabei im Umfang der Gesundheitskosten der mitversicherten Kinder in Höhe von 14,3 Mrd. Euro entlastet. Legt man die Beitragseinnahmen der GKV in Höhe von 138 Mrd. Euro im Jahre 2003 zugrunde, so entspricht dies einer Beitragssatzsenkung um 1,5 Prozentpunkte. Die gesetzlich Versicherten werden dabei im Umfang von durchschnittlich 203 Euro entlastet. Gleichermaßen profitieren auch die privat Versicherten, da diese nun eine steuerfinanzierte Prämiensubvention für die Krankenversicherung ihrer Kinder erhalten. Hierbei wurde unterstellt, dass die privat versicherten Kinder eine Prämiensubvention in Höhe der durchschnittlichen Gesundheitskosten eines gesetzlich mitversicherten Kindes in Höhe von 1074 Euro erhalten. Entsprechend dieser Prämiensubvention würden die privat Versicherten im Umfang von 2,8 Mrd. Euro entlastet werden, was pro Kopf dieser Gruppe einem Betrag in Höhe von durchschnittlich 221 Euro entspricht. Zieht man allerdings die Steuermehrbelastung für die Finanzierung der Gesundheitskosten der Kinder in Betracht, so werden die gesetzlich Versicherten nur noch im Umfang von 1,5 Mrd. Euro oder 22 Euro pro Kopf entlastet. Dieser Entlastung der gesetzlich Versicherten steht eine entsprechende Belastung der privat Versicherten in der gleichen Gesamthöhe von 1,5 Mrd. Euro gegenüber. Pro Kopf entspricht dies einer Belastung der privat Versicherten in Höhe von durchschnittlich 124 Euro. Die Ursache dieser Mehrbelastung liegt darin begründet, dass die privat Versicherten einen überproportionalen Anteil zum Einkommensteueraufkommen beitragen und somit auch einen überproportionalen Anteil der gesamten Steuermehrbelastung tragen.

Verteilungswirkungen zwischen Nettobeitragszahlern und Nettoleistungsempfängern

Durch die Beitragssatzsenkung profitieren die Mitgliedsgruppen mit im Status Quo hohen Beitragszahlungen absolut stärker als die Mitgliedsgruppen mit geringen Beitragszahlungen. Entsprechend ergibt sich für die Gruppe der Nettobeitragszahler eine Entlastung in Höhe von 10,7 Mrd. Euro oder durchschnittlich 376 Euro. Hingegen werden die Nettoleistungsempfänger im absolut geringeren Ausmaß von 3,6 Mrd. Euro oder durchschnittlich 85 Euro entlastet. Unter der Einbeziehung der Steuermehrbelastungen ergibt sich für die heutigen Nettobeitragszahler hingegen eine Belastung in Höhe von 1,7

Mrd. Euro oder durchschnittlich 61 Euro. Dem steht eine Entlastung der heutigen Nettoleistungsempfänger in Höhe von 3,3 Mrd. Euro oder durchschnittlich 78 Euro gegenüber. Diese Entlastung wird im Umfang von 1,7 Mrd. Euro durch die Nettobeitragszahler unter den gesetzlich Versicherten und im Umfang von 1,5 Mrd. Euro durch die privat Versicherten getragen.

Verteilungswirkungen zwischen Mitgliedern und Mitversicherten

Die freiwilligen und Pflichtmitglieder werden in Höhe von durchschnittlich 404 bzw. 309 Euro absolut gesehen am stärksten, die Mitgliedsrentner in der KVdR hingegen im geringeren Umfang von 196 Euro durch den geringeren Beitragssatz entlastet.[17] Stellt man diesen Entlastungen die Einkommensteuermehrbelastung gegenüber, so resultiert für die freiwillig Versicherten pro Kopf hingegen eine Belastung in Höhe von 366 Euro, während das Gesundheitspoolmodell für die Pflichtversicherten mit einer Entlastung in Höhe von 6 Euro im Durchschnitt einem Nullsummenspiel entspricht. Die Gewinner des Gesundheitspoolmodells sind schließlich die Mitgliedsrentner in der KVdR. Diese profitieren proportional von der Reduktion des Beitragssatzes, tragen allerdings nur einen unterproportionalen Anteil zum Einkommensteueraufkommen bei, und werden insofern auch nach Einbeziehung der Steuermehrbelastung im Umfang von 188 Euro entlastet. Insofern die Einkommensteuerlast der Rentner im Zuge der nachgelagerten Besteuerung der Renten zukünftig höher ausfällt, würde die Entlastungswirkung entsprechend geringer ausfallen.

Verteilungswirkungen aufgrund des Versichertenstatus

Betrachtet man Mitglieder und Mitversicherte wiederum als Versicherteneinheit, so resultieren keine qualitativen Änderungen im Hinblick auf die im vorangegangenen Absatz aufgezeigten Verteilungswirkungen. Im Gegensatz zu den Mitgliedern fallen die Entlastungen pro Kopf geringer aus, da die Mitversicherten nicht von der Beitragssatzsenkung profitieren. Gleichermaßen verteilen sich allerdings nun auch die Steuermehrbelastungen auf die Mitversicherten, so dass auch die insgesamt resultierenden Verteilungswirkungen pro Kopf der Versichertengruppe geringer ausfallen. Für die freiwillig Versicherten ergibt sich eine im Vergleich zu einem freiwilligen Mitglied geringere Belastung in Höhe von 197 Euro, während ein Versicherter in der KVdR nur noch in Höhe von 173 Euro entlastet wird.

[17] Die für die mitversicherten Familienangehörigen und die mitversicherten Kinder ausgewiesenen Entlastungen in Höhe von 3 bzw. 1 Euro sind darauf zurückzuführen sind, dass diesen Gruppen in geringem Umfang, die vom Arbeitgeber geleisteten, Beitragszahlungen im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung angerechnet werden.

Verteilungswirkungen zwischen Männern und Frauen

Aufgrund der im Status Quo höheren Beitragszahlungen ergibt sich für die Männer eine Entlastung in Höhe von durchschnittlich 257 Euro infolge des geringeren Beitragssatzes, während die Frauen durchschnittlich nur in Höhe von 154 Euro entlastet werden. Zieht man die Steuermehrbelastung in Betracht, so werden sowohl die Männer in Höhe von 15 Euro, als auch die Frauen in Höhe von 28 Euro entlastet. Dieser Entlastung der beiden Geschlechter in der GKV steht wiederum die Mehrbelastung der privat Versicherten gegenüber.

Verteilungswirkungen zwischen Altersgruppen

Als Abbild der Verteilungswirkungen bei einer Einteilung der Versicherten gemäß dem Mitglieds- bzw. Versichertenstatus führt die Reduktion des Beitragssatzes zunächst zu eine deutlichen Entlastung der 20- bis 65-jährigen und der über 65-jährigen im Umfang von durchschnittlich 271 bzw. 192 Euro. Zieht man wiederum die Steuermehrbelastung der Versichertengruppen in Betracht, so kehrt sich die Entlastung der 20- bis 65-jährigen um in eine Belastung in Höhe von durchschnittlich 20 Euro, während die Entlastung der über 65-jährigen leicht auf durchschnittlich 181 Euro sinkt.

Verteilungswirkungen zwischen Haushaltseinkommensklassen

Betrachtet man schließlich die Verteilungswirkungen bei einer Einteilung der Versicherten in Bruttohaushalteinkommensklassen, so zeigt sich eine, im Vergleich zur höchsten Einkommensklasse, starke Entlastung der Versicherten in der unteren Einkommensklasse. Diese resultiert zum einen daraus, dass die Entlastung der beitragszahlenden Versicherten in den hohen Einkommensklassen infolge des höheren Anteils an Mitversicherten auf eine größere Anzahl von Köpfen verteilt wird. Zum anderen ist das Bruttohaushaltseinkommen nicht mit dem beitragspflichtigen Einkommen des Haushalts gleichzusetzen. Insbesondere in den hohen Einkommensklassen mit ihrem hohen Anteil an privat Versicherten ist ein entsprechend hoher Anteil des Haushaltseinkommens nicht beitragspflichtig in der GKV. Gleichermaßen impliziert die Beitragbemessungsgrenze für die hohen Einkommen nicht nur eine geringere durchschnittliche Beitragslast, sondern im Umkehrschluss auch eine geringere durchschnittliche Entlastung infolge des geringeren Beitragssatzes. Entsprechend werden die Versicherten in der untersten Einkommensklasse in Höhe von durchschnittlich 138 Euro entlastet, während die Entlastung in der obersten Einkommensklasse mit 265 Euro vergleichsweise gering ausfällt. Zieht man die Mehrbelastung durch die Einkommensteuer in Betracht, so ergibt sich eine Entlastung in Höhe von 126 Euro für die Versicherten in der untersten Einkommensklasse, in Höhe von

112 Euro in der zweiten Einkommensklasse und in Höhe von 60 Euro in der dritten Einkommensklasse. Demgegenüber werden die Versicherten in der vierten Einkommensklasse in Höhe von 18 Euro gering, die Versicherten in der obersten Einkommensklasse hingegen in Höhe von 244 Euro am stärksten belastet.

5.2 Das System pauschaler Gesundheitsprämien

5.2.1 Das Reformkonzept

Der betrachtete Vorschlag eines Gesundheitsprämienmodells geht auf den Bericht der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme zurück.[18] Im Gegensatz zum Gesundheitspoolmodell erfolgt die Beitragsbemessung in einem System pauschaler Gesundheitsprämien unabhängig von der Lohn- bzw. Einkommenshöhe über eine, von jedem erwachsenen Versicherten zu entrichtende pauschale Gesundheitsprämie. Wie im Gesundheitspoolmodell wird die kostenlose Mitversicherung der Kinder aus der GKV ausgelagert und über einen, aus allgemeinen Steuermitteln getragenen, Bundeszuschuss finanziert. Da im Gegensatz zum oben dargestellten Gesundheitspoolmodell bei der Beitragsbemessung nicht zwischen versicherten und mitversicherten Erwachsenen diskriminiert wird, werden im System pauschaler Gesundheitsprämien die im Status Quo resultierenden sozialversicherungsfremden Umverteilungsströme zu den Mitversicherten und den niedrigen Einkommen eliminiert. Legt man den Berechnungen die gesamten Ausgaben der GKV in Höhe von 145,1 Mrd. Euro im Jahre 2003 abzüglich der auf die mitversicherten Kinder entfallenden Kosten in Höhe von 14,3 Mrd. Euro zugrunde, so ergibt sich hieraus eine jährliche Gesundheitsprämie in Höhe von 2290 Euro oder monatlich 191 Euro.

Über die steuerfinanzierte Mitversicherung der Kinder hinausgehend, beinhaltet das betrachtete Konzept der pauschalen Gesundheitsprämien einen sozialen Ausgleich zur Abfederung der Belastungen für Bezieher niedriger Einkommen. Hierbei wird unterstellt, dass ein Haushalt Anspruch auf eine Prämiensubvention hat, wenn die insgesamt vom Haushalt zu entrichtenden Prämienzahlungen einen Anteil von 15 Prozent des Haushaltsbruttoeinkommens übersteigen.[19] Die insgesamt von einem Haushalt empfangene Prämiensubvention wurde dann gleichmäßig auf alle einbezogenen Haushaltsmitglieder verteilt. Um nicht zwischen privat und gesetzlich versicherten Haushaltsmitgliedern zu diskriminieren, wird den privat Versicherten bei der Berechnung

[18] Zum Reformvorschlag der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme siehe BMGS (2003).

[19] Den Haushaltsbruttoeinkommen wurden hierbei die an die pflichtversicherten Haushaltsmitglieder ausgeschütteten Beitragsanteile der Arbeitgeber bzw. der Rentenversicherungsträger hinzugerechnet.

des Prämiensubventionsbedarfs eine fiktive, in Höhe der von den gesetzlich Versicherten zu entrichtenden, Gesundheitsprämie zugewiesen. Weiterhin bleiben die mitversicherten Kinder bei der Berechnung des Prämiensubventionsbedarfs außer Betracht, da diese bereits zielgenau über das Steuersystem subventioniert werden. Unter diesen Annahmen ergibt sich ein Prämiensubventionsbedarf in Höhe von 16,5 Mrd. Euro. Addiert man den Subventionsbedarf zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben der Kinder in Höhe von 17,1 Mrd. Euro hinzu, so ergibt sich insgesamt ein benötigtes Steueraufkommen in Höhe von 33,6 Mrd. Euro.

Wie im Falle des Gesundheitspoolmodells erfolgt die Finanzierung der Gesundheitsausgaben der Kinder und der Prämiensubventionen infolge des sozialen Ausgleichs über die Einkommensteuer. Durch die Umstellung von einem einkommensorientierten auf ein Gesundheitsprämiensystem ergibt sich schließlich ein Gegenfinanzierungseffekt. Wie auch im Konzept der Kommission vorgesehen, werden die bisher von den Arbeitgebern oder den Rentenversicherungsträgern geleisteten Beitragsanteile an die Beschäftigten bzw. Rentner ausgeschüttet, so dass sich infolge der höheren Bruttoeinkommen die Bemessungsgrundlage der Einkommensteuer verbreitert. Gleichermaßen soll im Falle der privat und freiwillig Versicherten ein fiktiver Arbeitgeberbeitrag der Steuerpflicht unterworfen werden. Im Hinblick auf das hierbei resultierende Steueraufkommen wurde den Berechnungen das im Bericht der Kommission bzw. von Bork (2003) für das Jahr 2003 geschätzte zusätzliche Steueraufkommen in Höhe von 18,6 Mrd. Euro zugrundegelegt. Entsprechend des Gegenfinanzierungseffekts reduziert sich das oben bezifferte zusätzliche Steueraufkommen im Falle des Systems der pauschalen Gesundheitsprämie auf 15 Mrd. Euro.

Umverteilung zwischen gesetzlich und privat Versicherten

Betrachtet man zunächst die isolierten Auswirkungen eines Systems pauschaler Gesundheitsprämien ohne Berücksichtigung der Steuermehreinnahmen und des sozialen Ausgleichs, so resultiert ein Umverteilungsstrom von den privat Versicherten zu den gesetzlich Versicherten in Höhe von 1,5 Mrd. Euro. Dies entspricht einer durchschnittlichen Mehrbelastung der privat Versicherten in Höhe von 124 Euro, während ein gesetzlich Versicherter im Durchschnitt um 22 Euro entlastet wird. Gemäß ihrem höheren Anteil am Aufkommen der Einkommensteuer tragen die privat Versicherten wie im Falle des Gesundheitspoolmodells einen überproportionalen Anteil zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben der Kinder in Höhe von 17 Mrd. Euro bei. Berücksichtigt man den Gegenfinanzierungseffekt aus der Besteuerung der Arbeitgeberbeiträge und den sozialen Ausgleich mit einem Subventionsbedarf in Höhe von 14,3 Mrd. Euro, so ergibt sich eine

Belastung der privat Versicherten in Höhe von 3,3 Mrd. Euro und eine entsprechende Entlastung der gesetzlich Versicherten. Dies entspricht einer durchschnittlichen Mehrbelastung der privat Versicherten in Höhe von 267 Euro und einer Entlastung der gesetzlich Versicherten in Höhe von durchschnittlich 47 Euro.

Verteilungswirkungen zwischen Nettobeitragszahlern und Nettoleistungsempfängern

Durch die Eliminierung der sozialversicherungsfremden Umverteilungsströme resultiert eine deutliche Entlastung der Nettobeitragszahler gemäß dem Status Quo in Höhe von 28,8 Mrd. Euro, während die Nettoleistungsempfänger im Umfang von 27,3 Mrd. Euro belastet werden. Im Vergleich zum sozialversicherungsfremden Anteil ihres Deckungsbeitrages in Höhe von 47,7 Mrd. Euro im Status Quo fällt die Entlastung der Nettobeitragszahler mit 28,8 Mrd. Euro geringer aus. Dies hängt zum einen mit ihrem hohen Anteil an der Finanzierung der Kinder zusammen. Zum anderen wurde bei der Zerlegung des Umverteilungsstrom ein idealtypisches Gesundheitsprämienmodell zugrundegelegt, bei dem auch die Kinder die einheitliche Gesundheitsprämie entsprechend der durchschnittlichen Ausgaben der GKV in Höhe von 2060 Euro entrichten. Hingegen müssen die Kinder im betrachteten Konzept eines Systems pauschaler Gesundheitsprämien implizit nur eine geringe Prämie entsprechend der durchschnittlichen Ausgaben pro Kind in Höhe von 1074 Euro entrichten. Folglich müssen die anderen Versicherten einen höheren Anteil an der Generationenumverteilung tragen. Berücksichtigt man den Gegenfinanzierungseffekt und die Konsequenzen des sozialen Ausgleichs, so resultiert eine Entlastung der Nettobeitragszahler im Umfang von 21,2 Mrd. Euro, während die Nettoleistungsempfänger in Höhe von insgesamt 17,9 Mrd. Euro belastet werden. Dies entspricht einer durchschnittlichen Entlastung der Nettobeitragszahler in Höhe von 746 Euro und einer Mehrbelastung der Nettoleistungsempfänger in Höhe von durchschnittlich 426 Euro.

Verteilungswirkungen zwischen Mitgliedern und Mitversicherten

Die freiwilligen und Pflichtmitglieder werden in Höhe von durchschnittlich 950 bzw. 498 Euro am stärksten durch den Übergang zu einem System pauschaler Gesundheitsprämien entlastet. Demgegenüber werden die Mitgliedsrentner in der KVdR im Durchschnitt in Höhe von 305 Euro und die mitversicherten Familienangehörigen durch die Einbeziehung der erwachsenen Mitversicherten bei der Finanzierung der GKV in Höhe von durchschnittlich 631 Euro belastet.[20] Berücksichtigt man das Steuermehraufkommen und

[20] Die ausgewiesene Entlastung der mitversicherten Kinder in Höhe von 101 Euro spiegelt den Unterschied zwischen der empfangenen Prämiensubvention in Höhe von 1074 Euro und ihrem Unterdeckungsbeitrag in

den sozialen Ausgleich, so sinkt die Entlastung der freiwilligen und Pflichtmitglieder auf durchschnittlich 723 bzw. 395 Euro. Demgegenüber sinkt die Belastung der Mitgliedsrentner deutlich auf 94 Euro, während die Belastung der mitversicherten Familienangehörigen mit durchschnittlich 512 Euro leicht sinkt.

Verteilungswirkungen aufgrund des Versichertenstatus

Im Vergleich zur Unterteilung gemäß dem Mitgliedsstatus resultieren bei einer Aufteilung gemäß dem Versichertenstatus keine qualitativen Änderungen im Hinblick auf die im vorangegangen Absatz aufgezeigten Verteilungswirkungen. Im Gegensatz zu den Mitgliedern fällt das quantitative Ausmaß der aufgezeigten Be- und Entlastungen allerdings deutlich geringer aus. Berücksichtigt man sowohl die Steuermehreinnahmen und den sozialen Ausgleich, so werden die freiwillig Versicherten infolge des hohen Anteils an mitversicherten Erwachsenen in Höhe von durchschnittlich 87 Euro deutlich geringer entlastet als ein entsprechendes freiwilliges Mitglied. Demgegenüber ergibt sich für die Pflichtversicherten trotz der im Vergleich zu den freiwilligen Mitgliedern geringeren Entlastung der Pflichtmitglieder mit durchschnittlich 136 Euro die stärkste Entlastung. Hingegen fällt die Belastung der in der KVdR Versicherten in Höhe von 182 Euro im Durchschnitt höher aus als die Belastung eines Mitgliedsrentners. Die deutliche stärkere Entlastung der versicherten Rentner infolge des sozialen Ausgleichs spiegelt deren im Durchschnitt geringen Einkommen wider.

Verteilungswirkungen zwischen Männern und Frauen

Aufgrund ihres höheren Anteils an den mitversicherten Erwachsenen und dem Wegfall des Einkommensumverteilungsmotivs werden die Frauen im Durchschnitt in Höhe von 424 Euro belastet, während die Männer in Höhe von durchschnittlich 528 Euro entlastet werden. Unter Berücksichtigung der Steuermehreinnahmen und des sozialen Ausgleichs sinkt die Entlastung der Männer leicht auf 493 Euro, während die Belastung der Frauen auf 346 Euro sinkt.

Verteilungswirkungen zwischen Altersgruppen

Ohne Berücksichtigung des Gegenfinanzierungseffekts und des sozialen Ausgleichs ergibt sich eine Entlastung der 20- bis 65-jährigen im Umfang von durchschnittlich 140 Euro. Durch den Wegfall des Einkommensumverteilungsmotivs resultiert hingegen eine deutliche Belastung der über 65-jährigen in Höhe von 344 Euro. Hingegen ist die nur geringe Belastung der unter 20-jährigen auf die bereits oben angesprochene „virtuelle“

Höhe von 973 Euro im Status Quo wider. Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass auch den Kindern im Status Quo ein Anteil an den sonstigen Einnahmen der GKV zugewiesen wird.

Entlastung der mitversicherten Kinder zurückzuführen.[21] Zieht man schließlich den Gegenfinanzierungseffekt und den sozialen Ausgleich in Betracht, so ergibt sich eine leicht geringere Entlastung der 20- bis 65-jährigen im Umfang von durchschnittlich 116 Euro, während die Belastung der über 65-jährigen infolge des sozialen Ausgleichs auf durchschnittlich 136 Euro sinkt.

Verteilungswirkungen zwischen Haushaltseinkommensklassen

Durch den Wegfall des Einkommensumverteilungsmotivs im System der pauschalen Gesundheitsprämien werden die Versicherten in den Haushalten der unteren beiden Einkommensklassen, ohne Berücksichtigung des Gegenfinanzierungseffekts und des sozialen Ausgleichs, in Höhe von durchschnittlich 687 bzw. 230 Euro belastet. Darüber hinaus werden diese Haushalte durch den Wegfall der kostenlosen Mitversicherung Erwachsener belastet. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass es sich hierbei zu einem großen Anteil um Rentnerhaushalte mit einem insgesamt geringen Anteil an mitversicherten Kindern, aber einem vergleichsweise hohen Anteil an mitversicherten Erwachsenen handelt. Demgegenüber werden die Versicherten in den höheren Einkommensklassen durchweg entlastet. Im Gegensatz zu ihrem hohen Beitrag zur Einkommensumverteilung im Status Quo werden die Versicherten in den Haushalten der höchsten Einkommensklasse mit durchschnittlich 435 Euro vergleichsweise gering entlastet. Hierin spiegelt sich der hohe Anteil der in diesen Haushalten lebenden Versicherten an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben Kinder über die Einkommensteuer sowie deren hoher Anteil an mitversicherten Erwachsenen wider. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der mitversicherten Kinder in den Haushalten der dritten und vierten Einkommensklasse am höchsten, so dass bei diesen Haushalten der Wegfall des Einkommensumverteilungsmotivs stärker zum Tragen kommt.

Zieht man den Gegenfinanzierungseffekt und den sozialen Ausgleich in Betracht, so resultiert für die erste und die dritte Einkommensklasse eine Umkehrung der Verteilungswirkung. Für die Versicherten in den Haushalten der ersten Einkommensklasse ergibt sich durch den sozialen Ausgleichs eine Entlastung um durchschnittlich 30 Euro. Demgegenüber werden die Versicherten in den Haushalten der dritten Einkommensklasse nun im Umfang von durchschnittlich 40 Euro belastet. Für die Haushalte in den anderen Einkommensklassen ergeben sich hingegen keine qualitativen Änderungen.

[21] Siehe hierzu Fußnote 13.

6 Zusammenfassung

Eine Krankenversicherung dient in erster Linie der Absicherung der finanzielle Risiken einer Erkrankung. Da die Versicherungsleistung in einer Periode nur von einem Teil der Versicherten tatsächlich in Anspruch genommen wird, resultiert innerhalb einer Krankenversicherung ein Umverteilungsstrom von den Gesunden zu den Kranken. Über diese versicherungstypische oder gesundheitspolitisch motivierte Umverteilung hinausgehend, resultieren im aktuellen System der GKV zusätzliche, sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme. Hierzu zählt die Umverteilung zwischen den Geschlechtern, zwischen den Generationen, zwischen Familien und Single- bzw. Zweiverdiener-Haushalten, sowie zwischen Beziehern von hohen und niedrigen (beitragspflichtigen) Einkommen.

Insgesamt resultiert dabei ein sozialpolitisch motivierter Umverteilungsstrom von den Nettobeitragszahlern zu den Nettoleistungsempfängern innerhalb der GKV mit einem Volumen von 62,3 Mrd. Euro. In Anbetracht der gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 138 Mrd. Euro bedeutet dies, dass weniger als drei Fünftel der heute an die GKV geleisteten Beitragszahlungen gesundheitspolitisch motiviert sind, während über zwei Fünftel auf die sozialpolitisch motivierte Umverteilung zurückzuführen sind. Mit anderen Worten: Wollte man beim Übergang zu einem System risikoäquivalenter Krankenversicherungsprämien sicherstellen, dass kein Versicherter dabei höher belastet wird als im Status Quo, so beziffert sich der hierfür notwendige Prämiensubventionsbedarf auf 62,3 Mrd. Euro.

Dieser Umverteilungsstrom ist in Höhe von 14,6 Mrd. Euro zu etwa einem Fünftel auf die sozialversicherungstypische Umverteilung zwischen den Geschlechtern und den Generationen zurückzuführen. In Höhe von 47,8 Mrd. Euro entfällt das Gros des Umverteilungsstroms hingegen zu jeweils etwa zwei Fünfteln auf die sozialversicherungsfremde Umverteilung zu Gunsten der kostenlos mitversicherten Familienangehörigen und der Bezieher niedriger beitragspflichtiger Einkommen.

Unterteilt man die Versicherten hingegen entsprechend ihrem Mitgliedsstatus, so resultiert ein Umverteilungsstrom mit einem Volumen in Höhe von 55,8 Mrd. Euro, der von den Pflicht- und freiwilligen Mitgliedern hin zu den Mitgliedsrentnern in der KVdR und den mitversicherten Familienangehörigen fließt. Die freiwilligen Mitglieder erbringen hierbei im Durchschnitt einen Betrag in Höhe von 2088 Euro, während ein Pflichtmitglied im Durchschnitt 1570 Euro zur Umverteilung an die anderen Gruppen beisteuert. Hingegen werden die Ausgaben eines Mitgliedsrentners infolge der Generationenumverteilung in Höhe von durchschnittlich 1912 Euro subventioniert, während die Ausgaben eines Mitversicherten im Rahmen der Familienumverteilung in Höhe von durchschnittlich 1204

Euro bezuschusst werden. Die Zerlegung des gesamten Umverteilungsstroms offenbart, dass die jeweils induzierten Umverteilungsströme einander teils entgegengerichtet sind, und sich somit in ihrer Wirkung teilweise wieder aufheben. So empfangen die Mitgliedsrentner aufgrund des Einkommensumverteilungsmotivs einen impliziten Transfer in Höhe von durchschnittlich 876 Euro, steuern allerdings in Höhe von durchschnittlich 808 Euro auch einen in etwa gleichgroßen Betrag zur Familienumverteilung bei. Entsprechend würden die Mitgliedsrentner im Durchschnitt von einem Wegfall der Einkommensumverteilung innerhalb der GKV deutlich belastet, hingegen bei Wegfall der Familienumverteilung deutlich entlastet werden.

Die Unterscheidung zwischen Mitgliedern und Mitversicherten ist allerdings rein abstrakter Natur, da ein Mitglied als Gegenleistung für seine Beitragszahlung nicht nur den Krankenversicherungsschutz für sich selbst, sondern auch für seine Familienangehörigen genießt. Entsprechend relativiert sich der Umfang der Umverteilung zwischen den Mitgliedsgruppen zumindest teilweise durch eine Einteilung gemäß dem Versichertenstatus. Infolge des höheren Anteils der mitversicherten Familienangehörigen ergibt sich für die Pflicht- und freiwillig Versicherten im Vergleich zu den entsprechenden Mitgliedsgruppen ein deutlich geringerer Umverteilungsbeitrag in Höhe von durchschnittlich 698 bzw. 594 Euro. Implizit werden die Pflicht- und freiwilligen Mitglieder durch die Familienumverteilung zumindest teilweise für die Lasten kompensiert, die ihnen infolge der Einkommens- und Generationenumverteilung zu Gunsten der in der KVdR versicherten Rentner aufgebürdet werden. Hingegen werden die in der KVdR versicherten Rentner durch die Einkommensumverteilung für die Lasten kompensiert, die ihnen durch die Familienumverteilung aufgebürdet werden. Die Ergebnisse legen nahe, dass bei einem Übergang zu einem System pauschaler Gesundheitsprämien ohne sozialen Ausgleich mit vergleichsweise geringen Verteilungswirkungen zu rechnen ist. Die Pflicht- und freiwillig Versicherten würden hierbei in Höhe von durchschnittlich 57 bzw. 170 Euro entlastet werden, während die innerhalb der KVdR Versicherten mit einer durchschnittlichen Belastung in Höhe von 222 Euro zu rechnen hätten.

Die Unterteilung der Versicherten nach dem Geschlecht macht deutlich, dass der von den Männern in Höhe von 23 Mrd. Euro insgesamt geleistete Umverteilungsbeitrag zu Gunsten der Frauen nur in geringem Umfang auf das unterschiedliche Gesundheitsrisiko der Geschlechter zurückzuführen ist. Vielmehr spiegelt der Umverteilungsstrom zu den Frauen deren ungünstigere Altersstruktur, deren größeren Anteil an den mitversicherten Familienangehörigen, sowie schließlich die Tatsache wider, dass die Frauen im Durchschnitt über ein geringeres beitragspflichtiges Einkommen verfügen.

Demgegenüber ergibt eine Betrachtung der Umverteilungsströme zwischen den Altersgruppen, dass die Umverteilung innerhalb der GKV ausschließlich von den erwerbsfähigen Versicherten der Altersgruppe der 20- bis 65-jährigen getragen wird. Dieser Umverteilungsstrom fließt den unter 20-jährigen infolge der Familienumverteilung, den über 65-jährigen hingegen als Konsequenz der Generationenumverteilung zu.

Die abschließende Unterteilung der Versicherten gemäß dem Bruttohaushaltseinkommen offenbart zunächst das zu erwartende Muster eines von den Versicherten in den Haushalten mit hohen zu den Versicherten in den Haushalten mit niedrigen Einkommen fließenden Umverteilungsstroms in Höhe von 23,7 Mrd. Euro. Dieser ist zu etwa drei Fünfteln auf das Einkommensumverteilungsmotiv, infolge des hohen Anteils an Rentnern unter den Haushalten mit niedrigen Einkommen, allerdings auch zu etwa zwei Fünfteln auf die Generationenumverteilung zurückzuführen. Andererseits fließt im Umfang von 7,7 Mrd. Euro ein auf die Familienumverteilung zurückzuführender Umverteilungsstrom von den niedrigen zu den hohen Einkommen. Entgegen der Einschätzung auf Basis des Versichertenstatus macht die erfolgte Unterscheidung gemäß dem Einkommen deutlich, dass beim Übergang zu einem System pauschaler Gesundheitsprämien ohne soziale Abfederung mit beträchtlichen Verteilungswirkungen zu rechnen ist. Die Versicherten in den Haushalten des untersten Quartils würden dabei im Durchschnitt in Höhe von 628 Euro belastet, die Versicherten in den Haushalten des obersten Dezils hingegen in Höhe von 601 Euro entlastet.

Neben der Umverteilung zwischen den Versichertengruppen resultieren auch teils beträchtliche Umverteilungsströme innerhalb der Versichertengruppen. Insgesamt wird innerhalb der Gruppen der Pflicht- und freiwillig Versicherten ein Volumen von 33,1 bzw. 9,5 Mrd. Euro umverteilt. Diese Umverteilungsvolumina resultieren fast ausschließlich aus der sozialversicherungsfremden Umverteilung zu Gunsten der Mitversicherten und der Bezieher niedriger Einkommen. Im Falle der Pflichtversicherten entfallen etwa zwei Drittel auf die Familienumverteilung, hingegen nur ein Drittel auf die Einkommensumverteilung. Demgegenüber entfällt der Umverteilungsstrom im Falle der freiwillig Versicherten zu etwa gleichen Teilen auf diese beiden Umverteilungsmotive. Das Umverteilungsvolumen innerhalb der Gruppe der in der KVdR pflichtversicherten Rentner ist schließlich mit einem Umfang von 3,4 Mrd. Euro vergleichsweise gering.

Die Studie abschließend werden die Verteilungswirkungen zweier alternativer Konzepte zur Reform der Finanzierung der GKV untersucht. Zum einen wird dabei ein System pauschaler Gesundheitsprämien mit sozialer Abfederung betrachtet, das darauf abzielt wesentliche Anteile der sozialpolitisch motivierten Umverteilung aus der GKV auszulagern. Zum anderen wird der aktuell diskutierte Vorschlag zur Einführung eines

Gesundheitspools untersucht, der, als Kompromissvorschlag zur Bürgerversicherung und zur Gesundheitsprämie gedacht, in erster Linie auf die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen untereinander, sowie zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsträgern abzielt.

Im Falle des Gesundheitspoolmodells werden die privaten Haushalte infolge der Steuerfinanzierung der Gesundheitsausgaben der Kinder im Umfang von 17,1 Mrd. Euro entlastet, wovon etwa 14,3 Mrd. Euro auf die gesetzlich mitversicherten Kinder und etwa 2,8 Mrd. Euro auf die privat versicherten Kinder entfallen. Legt man das Aufkommen der Lohnsteuer und der veranlagten Einkommensteuer des Jahres 2003 in Höhe von 191,1 Mrd. Euro zugrunde, so würde das zur Finanzierung dieser Ausgaben benötigte zusätzliche Aufkommen der Einkommensteuer einen Gesundheitssoli in Höhe von 9 Prozent implizieren. Hingegen würde die Steuerfinanzierung der gesetzlich versicherten Kinder unter Zugrundelegung der gesamten Beitrageinnahmen des Jahres 2003 in Höhe von 138 Mrd. Euro eine Beitragsatzsenkung um 1,5 Prozentpunkte erlauben.

Die gesetzlich Versicherten werden dadurch in Höhe von durchschnittlich 202 Euro entlastet. Gleichermaßen werden die privat Versicherten infolge der steuerfinanzierten Prämiensubvention für die Krankenversicherung ihrer Kinder pro Kopf in Höhe von durchschnittlich 221 Euro entlastet. Zieht man die Steuermehrbelastung zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben der Kinder in Betracht, so werden die gesetzlich Versicherten nur noch gering in Höhe von durchschnittlich 22 Euro entlastet. Infolge ihres überproportionalen Anteils am Aufkommen der Einkommensteuer werden die privat Versicherten hingegen im Durchschnitt in Höhe von 124 Euro belastet.

Innerhalb der gesetzlich Versicherten werden die heutigen Nettobeitragszahler durch das Gesundheitspoolkonzept im Durchschnitt in Höhe von 61 Euro belastet, die Nettoleistungsempfänger hingegen in Höhe von durchschnittlich 78 Euro entlastet. Für die Pflichtversicherten gleicht das Gesundheitspoolkonzept mit einer durchschnittlichen Entlastung in Höhe von 6 Euro einem Nullsummenspiel. Hingegen werden die freiwillig Versicherten in Höhe von 197 Euro deutlich belastet. Wie im Falle der privat Versicherten ist diese Belastung auf den überproportionalen Anteil der freiwillig Versicherten am Aufkommen der Einkommensteuer zurückzuführen. Der Belastung der freiwillig Versicherten steht hingegen eine deutliche Entlastung der Rentner in Höhe von 173 Euro gegenüber. Dies spiegelt deren unterproportionalen Anteil am Aufkommen der Einkommensteuer wider.

Im Gegensatz zur einkommensorientierten Beitragsbemessung im Gesundheitspoolmodell wird die Finanzierung der GKV im Konzept eines Systems der pauschalen

Gesundheitsprämien über eine, von jedem erwachsenen Versicherten zu entrichtende pauschale Gesundheitsprämie in Höhe von monatlich 191 Euro getragen. Neben der Steuerfinanzierung der Gesundheitsausgaben der Kinder beinhaltet das Konzept der pauschalen Gesundheitsprämie eine soziale Ausgleichskomponente zur Abfederung der Belastungen für Niedrigeinkommenshaushalte. Der für diese Umverteilungsmotive geschätzte Prämiensubventionsbedarf beläuft sich auf 33,6 Mrd. Euro bei einer Zumutbarkeitsgrenze in Höhe von 15 Prozent des Bruttohaushaltseinkommens. Entsprechend den Schätzungen im Bericht der Kommission zur Sicherung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme steht dem ein zusätzliches Steueraufkommen infolge der Ausschüttung der Arbeitgeberbeiträge bzw. die Besteuerung fiktiver Arbeitgeberbeiträge bei den freiwillig und privat Versicherten in Höhe von 18,6 Mrd. Euro gegenüber. Der Differenzbetrag in Höhe von 15 Mrd. Euro müsste entsprechend über eine Anhebung des Einkommensteuertarifs aufgebracht werden. Im Vergleich zum Gesundheitspoolmodell würde die Finanzierung dieses Prämiensubventionsbedarfs einen Aufschlag auf die Einkommensteuerschuld in Höhe von 7 Prozent bedingen. Gleichermaßen könnte auch der Prämiensubventionsbedarf durch eine Anhebung der Zumutbarkeitsgrenze verringert werden.

Ohne Berücksichtigung des Gegenfinanzierungseffekts und des sozialen Ausgleichs würden die gesetzlich Versicherten im System pauschaler Gesundheitsprämien im Durchschnitt um 22 Euro entlastet. Gemäß ihrem höheren Anteil am Aufkommen der Einkommensteuer würden die privat Versicherten hingegen in Höhe von durchschnittlich 124 Euro belastet. Berücksichtigt man den Gegenfinanzierungseffekt und den sozialen Ausgleich, so resultiert eine Belastung der privat Versicherten in Höhe von 267 Euro und eine Entlastung der gesetzlich Versicherten in Höhe von durchschnittlich 47 Euro. Im Vergleich zum Gesundheitspoolmodell werden die gesetzlich Versicherten somit im System pauschaler Gesundheitsprämien im Durchschnitt stärker entlastet, die privat Versicherten entsprechend stärker belastet.

Infolge des Wegfalls der Familien- und Einkommensumverteilung würden die heutigen Nettobeitragszahler durch das System pauschaler Gesundheitsprämien im Durchschnitt in Höhe von 746 Euro entlastet, die Nettoleistungsempfänger hingegen in Höhe von durchschnittlich 426 Euro belastet. Im Vergleich zum Gesundheitspoolmodell würden die Pflichtversicherten im System pauschaler Gesundheitsprämien in Höhe von durchschnittlichen 136 Euro stärker, die freiwillig Versicherten hingegen in Höhe von 87 Euro in geringerem Umfang entlastet. Diesen Entlastungen der Pflicht- und freiwillig Versicherten steht eine Belastung der Rentner in Höhe von 182 Euro gegenüber. Insgesamt werden die Niedrigeinkommenshaushalte durch das System pauschaler

Gesundheitsprämien mit sozialer Abfederung allerdings nur leicht belastet und im Falle der niedrigsten Haushaltseinkommen sogar in Höhe von 30 Euro entlastet.

7 Literatur

BMGS (2003), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Bork, C. (2003), Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen, Wiesbaden.

Fetzer, S. und C. Hagist (2004), GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen, Schmollers Jahrbuch , 124:387 – 420.

Fetzer, S., S. Moog und B. Raffelhüschen (2002), Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 91:279 – 302.

Grabka, M. M. (2004), Alternative Finanzierungsformen einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland – methodische Grundlagen und exemplarische Durchführung einer Mikrosimulationsstudie, Berlin.

Nyman, J. A. (1999), The value of health insurance: The access motive, Journal of Health Economics, 18:141 – 152.

Richter, W.F. (2005), Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, Wirtschaftsdienst , 85: 693 – 697.

SVR (2005), Die Chance nutzen - Reformen mutig voranbringen, Jahresgutachten 2005/06 des Sachverständigenrat zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden.

WBBMF (2005), Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Finanzen vom 17.10.2005.

Wenzel, D. (1999), Finanzierung des Gesundheitswesens und interpersonelle Umverteilung: Mikrosimulationsuntersuchung der Einkommenswirkung von Reformvorschlägen zur GKV-Finanzierung, Lang, Frankfurt.

Anhang A: Datenbasis und methodische Vorgehensweise

Datenbasis

Die vorliegende Studie basiert maßgeblich auf Mikrodaten der aktuellsten Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2003. Die EVS ist ein repräsentativer Haushaltsdatensatz auf Basis des Mikrozensus, der für insgesamt 42744 Haushalte mit bis zu 9 Haushaltsmitgliedern deren Ausgaben und Einnahmen im Detail erfasst.

Für den Zweck der Studie erfolgten zunächst einige Anpassungen der Datenbasis. Da in der EVS nur für die ersten sechs Hausmitglieder Einnahmen- und Ausgabenströme ausgewiesen werden, wurden zunächst alle pflicht- oder freiwillig Versicherten unter den Haushaltsmitgliedern 7 bis 9 eliminiert. Gleichermaßen wurden Haushalte aus der Datenbasis eliminiert, falls für einzelne oder mehrere Haushaltsmitglieder aus nicht nachvollziehbaren Gründen keine Beitragszahlungen ausgewiesen wurden.[22] Insgesamt fallen 970 von 42744 in der EVS erfassten Haushalte in diese Kategorie. Dies entspricht 2,3 Prozent der gesamten Stichprobe bzw. hochgerechnet 2,2 Prozent der Haushalte in Deutschland. Die Hochrechnungsfaktoren der Haushalte in der kleineren Stichprobe wurden dann so angepasst, dass die erfasste Anzahl an Haushalten derjenigen in der ursprünglichen Stichprobe entspricht.

Anschließend wurden der Krankenversicherungsstatus eines Individuums mit den von diesem geleisteten Beitragszahlungen abgeglichen. So wurde einem Individuum bspw. der Status eines Pflichtversicherten zugewiesen, wenn es Pflichtbeiträge an die GKV, jedoch weder freiwillige Beiträge noch Beiträge an eine private Krankenversicherung abführt. Gleichermaßen wurden bspw. im Falle eines Pflichtversicherten etwaige von diesem geleistete freiwillige Beiträge zur GKV zur Hälfte den Pflichtbeiträgen zugeschlagen. Weiterhin wurden einem pflichtversicherten Individuum der Status als pflichtversichert in der KVdR zugewiesen, falls es Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) bezieht. Im Hinblick auf den Status als Mitversicherter in der KVdR wurden die in einem Haushalt mitversicherten Individuen als in der KVdR mitversichert klassifiziert, wenn der Haupteinkommensbezieher als in der KVdR pflichtversichert klassifiziert wurde. Falls hingegen ein anderes Haushaltsmitglied in der KVdR pflichtversichert ist, wurden alle

[22] Im Falle einer Pflichtversicherung sind fehlende Angaben im Hinblick auf die Beitragszahlung bspw. darauf zurückzuführen, dass ein Individuum Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (Arbeitslosengeld oder –hilfe, Kurzarbeitergeld, Winterausfallsgeld, etc.) laufende Hilfe zum Lebensunterhalt, oder aber Erziehungs-, Kranken- oder Mutterschaftsgeld bezieht. Demgegenüber existieren im Falle freiwillig Versicherter keinerlei Gründe, weswegen für diese keine Beitragzahlungen ausgewiesen sind.

nachgelagerten mitversicherten Haushaltsmitglieder als in der KVdR mitversichert eingestuft.

Berechnung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung

In der EVS werden prinzipiell die von den Versicherten geleisteten Beiträge an die GKV erfasst. Im Falle der freiwillig Versicherten entspricht die in der EVS aufgeführte Größe, bei Vernachlässigung von Fehlern bei der Datenerhebung, dem tatsächlich geleisteten GKV Beitrag. Hingegen wird bei den Pflichtversicherten nur der von diesen selbst getragene Anteil am Krankenversicherungsbeitrag erfasst, während der vom Arbeitgeber oder der GRV geleistete Anteil nicht ausgewiesen wird. Da diese Anteile ebenfalls dem Individuum zuzurechnen sind, müssen diese bei der Bestimmung des individuellen Krankenversicherungsbeitrages miteinbezogen werden. Hinzu kommt, dass neben dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt oder den von der GRV empfangenen Leistungen auch Beiträge auf andere Einkunftsarten zu entrichten sind. Hierzu zählen zum einen die den Leistungen der GRV gleichzusetzenden sonstigen Versorgungsbezüge.[23] Diese sonstigen Versorgungsbezüge wurden bis zum 31.12.2003 allerdings nur mit der Hälfte des Beitragssatzes belastet.[24] Zum anderen müssen im Falle des Bezugs von Leistungen der GRV oder diesen gleichzusetzenden Leistungen Beiträge auf Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Erwerbstätigkeit entrichtet werden. Auf diese Einkünfte ist der volle Beitragssatz anzuwenden. Weiterhin existieren Sonderregelungen, die eine Bestimmung des individuellen Krankenversicherungsbeitrages auf Basis der EVS Daten erschweren. Zum einen gilt seit dem 1.04.03 die so genannte Gleitzonenregelung. Gemäß dieser Regelung zur Förderung des Niedriglohnsektors müssen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte deren Bruttoarbeitsentgelt in die Gleitzone von 400 bis 800 Euro fällt, nur einen ermäßigten Krankenversicherungsbeitrag leisten, während der jeweilige Arbeitgeber weiterhin den vollen Beitrag zu entrichten hat. Zum anderen ist im Falle des Bezugs von Altersteilzeitgeld nur das Regelarbeitsentgelt beitragspflichtig in der GKV, während der vom Arbeitgeber gewährte Aufstockungsbeitrag in der GKV beitragsfrei bleibt. Schließlich müssen auch die von den Arbeitgebern im Falle einer geringfügigen Beschäftigung geleisteten pauschalen Krankenversicherungsbeiträge miteinbezogen werden.

---

[23] Zu den der Rente der GRV gleichzusetzenden sonstigen Versorgungsbezügen zählen laufende Rentenzahlungen aus Direktversicherungen, Direktzusagen, Pensionsfonds, Pensionskassen, Unterstützungskassen, berufsständischen Versorgungswerken, wie etwa dem Versorgungswerk des Bundes und der Länder, und Beamtenpensionen.

[24] Seit dem 1.01.2004 werden die sonstigen Versorgungsbezüge hingegen mit dem vollen Beitragssatz belastet.

Um den gesetzlichen Vorschriften bei der Beitragsbemessung weitestgehend Rechung zu tragen, wurden zunächst die beitragspflichtigen Einkunftsarten der einzelnen Haushaltsmitglieder bestimmt. Die Bestimmung der beitragspflichtigen Einkünfte erfolgte dabei gemäß der im fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) festgelegten Vorschriften im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Pflichtversicherten. Anschließend wurden dann die auf die einzelnen Einkunftsarten entfallenden Anteile des in der EVS erfassten Pflichtbeitrages bestimmt. Hierbei wurden wiederum die im SGB V verankerten Vorschriften im Hinblick auf die Beitragsbemessung berücksichtigt. So wurde im Falle einer beitragspflichtigen Einnahme oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze die Rangfolge der Einnahmearten berücksichtigt. Gleichermaßen wurden die Vorschriften zur Bestimmung des Beitrages zur GKV innerhalb der Gleitzone miteinbezogen. Berücksichtigt wurde außerdem, dass Einnahmen aus sonstigen Versorgungsbezüge und das Arbeiteinkommen nur dann beitragspflichtig sind, wenn die Summe dieser Einkünfte die im Jahr 2003 geltende monatliche Bezugsgröße in Höhe von 119 Euro übersteigen. Im Hinblick auf die Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung wurden die auf diese entfallenden Pauschalbeiträge des Arbeitgebers unter Zugrundelegung des bis zum 31.03.2003 geltenden Beitragssatzes in Höhe von 10 Prozent bzw. dem seit dem 1.04.2003 geltenden Beitragssatz in Höhe von 11 Prozent bestimmt.

Im Falle des Bezugs von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit wurden die auf diese Leistungen entfallenden Krankenversicherungsbeiträge auf Basis der insgesamt von der Bundesagentur für Arbeit an die GKV geleisteten Beitragszahlungen bestimmt, indem diese den Individuen entsprechend der Höhe der empfangenen Leistungen anteilig zugerechnet wurden. Für Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt oder bedarfsorientierter Grundsicherung wurde die Annahme getroffen, dass diese Individuen freiwillig in der GKV versichert sind, falls diese nicht über einen anderen Zweig der Sozialversicherung pflichtversichert sind, und gemäß der in der EVS verfügbaren Daten als freiwillig oder pflichtversichert in der GKV eingestuft sind. Als Krankenversicherungsbeitrag wurde dann der nach Maßgabe des durchschnittlichen Beitragssatzes des Jahres 2003 in Höhe von 14,3 Prozent bestimmte monatliche Mindestbeitrag für eine freiwillige Versicherung in Höhe von 113 Euro zugrundegelegt.

Berechnung der Deckungsbeiträge

Auf Basis der ermittelten Krankenversicherungsbeiträge wurden dann für die in der Studie betrachteten Versichertengruppen jeweils geschlechts- und altersspezifische Beitragsprofile gewonnen. Diese Beitragsprofile wurden dann unter Zugrundelegung der alters- und geschlechtsspezifischen Mitglieder- und Versichertenstruktur der GKV auf die

gesamten Beitragseinnahmen des Jahres 2003 hochgerechnet.[25] Insgesamt beliefen sich die Beitragseinnahmen der GKV im Jahr 2003 auf 137,5 Mrd. Euro bzw. unter Berücksichtigung der von der Bundesknappschaft direkt an den Risikostrukturausgleich (RSA) abgeführten Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung auf 138,4 Mrd. Euro. Demgegenüber wurden die sonstigen Einnahmen der GKV in Höhe von 3,3 Mrd. Euro, sowie das zu den gesamten Ausgaben der GKV in Höhe von 145,1 Mrd. Euro verbleibende Defizit in Höhe von 3,4 Mrd. Euro gleichmäßig auf alle Versicherten umgelegt. Gleichermaßen wurden auf Basis von RSA Daten geschlechts- und alterspezifische Leistungsausgabenprofile gewonnen. Diese wurden wiederum auf die im Jahr 2003 insgesamt geleisteten Leistungsausgaben in Höhe von 136,2 Mrd. Euro hochgerechnet. Wie die sonstigen Einnahmen wurden schließlich auch die sonstigen Ausgaben der GKV in Höhe von 8,9 Mrd. Euro, die sich aus den sonstigen Aufwendungen in Höhe von 0,7 Mrd. Euro und den Netto-Verwaltungskosten in Höhe von 8,2 Mrd. Euro zusammensetzen, gleichmäßig auf alle Versicherten umgelegt. Zur Bestimmung der Deckungsbeiträge wurden dann mittels der adjustierten Einnahmen- und Ausgabenprofile die auf die jeweiligen Versichertengruppen entfallenden Einnahmen und Ausgaben im Jahr 2003 ermittelt.

Zur Zerlegung des Deckungsbeitrages in seine einzelnen Komponenten wurde wie folgt vorgegangen. Für den Fall einer idealen, nur zwischen hohen und niedrigen Gesundheitsrisiken umverteilenden, Krankenversicherung entsprechen die hypothetischen Beitragseinnahmen einer Versichertengruppe gerade den auf diese im Status Quo entfallenden Ausgaben der GKV. Entsprechend ist der Deckungsbeitrag jeder Versichertengruppe in diesem Fall gleich Null.

Im Hinblick auf die Geschlechterumverteilung wurde unter Zugrundelegung der alters- und geschlechtsspezifischen Versichertenstruktur, sowie der entsprechenden Leistungsausgabenprofile, zunächst ein geschlechtsneutrales Leistungsausgabenprofil bestimmt. Unter Zugrundelegung der Altersstruktur einer Versichertengruppe lassen sich dann auf Basis des geschlechtsneutralen Leistungsausgabenprofils die hypothetischen Einnahmen der Versichertengruppe für den Fall einer ausschließlich nach dem Geschlecht umverteilenden Krankenversicherung bestimmen. Der als Differenz zu den Ausgaben der Versichertengruppe im Status Quo resultierende Deckungsbeitrag entspricht dann dem von der Gruppe geleisteten Beitrag zur Geschlechterumverteilung bzw. im Falle eines

[25] Die zugrundegelegte Versicherten- und Mitgliederstruktur der GKV wurde der veröffentlichten Mitgliederstatistik KM 6 des Bundesministeriums für Gesundheit für das für das Jahr 2003 entnommen. Die Daten im Hinblick auf die Einnahmen und Ausgaben der GKV sind im, ebenfalls beim BMG verfügbaren, endgültigen Rechnungsergebnis der GKV für das Jahr 2003 ausgewiesen.

Unterdeckungsbeitrages dem von der Gruppe aufgrund dieses Umverteilungsmotivs empfangenen impliziten Transfer.

Zur Bestimmung des Umfangs der Generationenumverteilung wurden die Gesamtausgaben bzw. -einnahmen der GKV im Status Quo gleichmäßig auf alle Versicherten verteilt. Diese durchschnittlichen Ausgaben resp. Einnahmen wurden dann entsprechend mit der Anzahl der Versicherten in einer Gruppe multipliziert, um deren hypothetischen Einnahmen für den Fall einer Krankenversicherung zu bestimmen, die sowohl aufgrund des Geschlechts und des Alters umverteilt. Der als Differenz zu den Ausgaben der Versichertengruppe im Status Quo resultierende Deckungsbeitrag spiegelt dann das Ausmaß der Geschlechter- und Generationenumverteilung zu Gunsten bzw. zu Lasten der Versichertengruppe wider. Subtrahiert man von diesem Deckungsbeitrag den auf die Geschlechterumverteilung entfallenden Betrag, so resultiert der auf die Generationenumverteilung entfallende Beitrag zur Generationenumverteilung bzw. im Falle eines Unterdeckungsbeitrages dem von der Gruppe aufgrund dieses Umverteilungsmotivs empfangenen impliziten Transfer.

Im Gegensatz zur Generationenumverteilung wurden die Gesamtausgaben bzw. -einnahmen der GKV im Status Quo zur Bestimmung des Umfangs der Familienumverteilung nur auf die versicherten Mitglieder verteilt. Diese wurden dann entsprechend der Anzahl der Mitglieder in einer Gruppe multipliziert, um deren hypothetischen Einnahmen für den Fall einer Krankenversicherung zu bestimmen, die sowohl aufgrund des Geschlechts, des Alters und der Familienzugehörigkeit umverteilt. Der als Differenz zu den Ausgaben der Versichertengruppe im Status Quo resultierende Deckungsbeitrag spiegelt dann das Ausmaß der Geschlechter-, Generationen- und Familienumverteilung zu Gunsten bzw. zu Lasten der Versichertengruppe wider. Subtrahiert man von diesem Deckungsbeitrag die auf die Generationen- und Geschlechterumverteilung entfallenden Beträge, so resultiert der auf die Familienumverteilung zurückzuführende Beitrag zur Generationenumverteilung bzw. im Falle eines Unterdeckungsbeitrages dem von der Gruppe aufgrund dieses Umverteilungsmotivs empfangenen impliziten Transfer.

Schließlich wurde der auf das Einkommensumverteilungsmotiv zurückzuführende Deckungsbeitrag als Residuum bestimmt, indem vom Deckungsbeitrag im Status Quo die auf die anderen Umverteilungsmotive entfallenden Deckungsbeiträge subtrahiert wurden.

Berechnung der Steuermehrbelastungen und des Prämiensubventionsbedarfs

Zur Ermittlung der Steuermehrbelastung infolge der Besteuerung der ausgeschütteten Beitragsanteile der Arbeitgeber und der Rentenversicherungsträger bzw. der fiktiven

Arbeitgeberanteil im Falle der freiwillig und privat Versicherten wurde den Berechnungen das von Bork (2003) geschätzte zusätzliche Steueraufkommen in Höhe von 18,6 Mrd. Euro im Jahr 2003 zugrundegelegt. Hiervon entfallen 16,1 Mrd. Euro auf die gesetzlich und 2,5 Mrd. Euro auf die privat Versicherten. Das zusätzliche Steueraufkommen wurde dann mittels aus der EVS gewonnener Lohn- und Einkommensteuerprofile auf die einzelnen Versichertengruppen umgelegt, um deren jeweilige Steuermehrbelastung zu ermitteln. Die alters- und geschlechtspezifische Zusammensetzung der privat versicherten Bevölkerung wurde dabei als Residuum zwischen der Gesamtbevölkerung und den in der GKV Versicherten bestimmt.

Zur Berechnung des Prämiensubventionsbedarfs im Falle des sozialen Ausgleichs wurde unterstellt, dass dieser sich auf Basis des Haushaltsbruttoeinkommens bemisst. Hierzu wurden die in der EVS erfassten Haushaltbruttoeinkommen zunächst auf ein vergleichbares Bruttoeinkommensaggregat auf Basis der vom Statistischen Bundesamt herausgegeben Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) für das Jahr 2003 skaliert. In der EVS setzt sich das Haushaltsbruttoeinkommen zusammen aus Einkommen aus Erwerbstätigkeit, aus öffentlichen und nicht-öffentlichen Transferzahlungen, sowie aus Vermögenseinnahmen. Entsprechend dieser Definition des Haushaltsbruttoeinkommens wurde aus Daten der VGR ein Bruttoeinkommensaggregat berechnet, das sich aus dem, um die Sozialbeiträge der Arbeitgeber bereinigten, Primäreinkommen der privaten Haushalte einschließlich der privaten Organisation ohne Erwerbszweck, der empfangenen monetären Sozialleistungen, sowie der empfangenen sonstigen laufenden Transfers zusammensetzt. Das auf dieser Basis ermittelte Bruttoeinkommensaggregat der VGR beläuft sich auf 1895,3 Mrd. Euro, während sich für die EVS ein Aggregat in Höhe von 1624,2 Mrd. Euro ergibt. Dies entspricht nur zu etwa 86 Prozent dem auf Basis der VGR ermittelten Bruttoeinkommensaggregat. Berücksichtigt man allerdings, dass die in der EVS erfassten Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit nur zu etwa 92 Prozent den in der VGR erfassten, wiederum um die Sozialbeiträge der Arbeitgeber bereinigten, Arbeitnehmerentgelte entsprechen,[26] sowie die Tatsache, dass hohe Einkommen in der EVS unterrepräsentiert sind, so erscheint die Abweichung zwischen den auf Basis der VGR bzw. der EVS ermittelten Bruttoeinkommensaggregate nicht unplausibel.

Den Haushaltbruttoeinkommen der Pflichtversicherten wurden dann noch die ausgeschütteten und skalierten Arbeitgeberanteile hinzugerechnet. Entsprechend der den Berechnungen zugrundegelegten Gesundheitsprämie in Höhe von jährlich 2290 Euro

[26] Das in der EVS erfasste Einkommen aus unselbstständiger Arbeit beläuft sich auf insgesamt 840,4 Mrd. Euro, während sich die um die Sozialbeiträge der Arbeitgeber bereinigten Arbeitnehmerentgelte auf insgesamt 909,8 Mrd. Euro belaufen.

wurden dann die von einem Haushalt insgesamt zu leistenden Prämienzahlungen bestimmt. Um nicht zwischen privat und gesetzlich versicherten Haushaltsmitgliedern zu diskriminieren, wurde den privat Versicherten hierbei eine fiktive Gesundheitsprämie zugewiesen. Weiterhin wurden die Kinder bei dieser Berechnung nicht mit einbezogen, da diese bereits zielgenau über das Steuersystem subventioniert werden. Übersteigen die so ermittelten Prämienzahlungen eines Haushalts eine Zumutbarkeitsgrenze in Höhe von 15 Prozent, so erhält der Haushalt eine entsprechende Prämiensubvention, die dann gleichermaßen auf alle Haushaltsmitglieder umgelegt wurde. Auf dieser Basis wurden dann jeweils Prämiensubventionsprofile für die einzelnen Versichertengruppen, unter Einschluss der privat Versicherten, bestimmt. Unter Zugrundelegung der Mitglieder- und Versichertenstruktur wurde auf Basis dieser Profile dann der gesamte Prämiensubventionsbedarf ermittelt. Ein hieraus resultierender zusätzlicher Bedarf an Steuermitteln wurde dann wiederum mittels der aus der EVS gewonnenen Lohn- und Einkommensteuerprofile auf die Versicherten- bzw. Bevölkerungsgruppen umgelegt.

Anhang B: Tabellen

Tabelle 1: Sozialpolitisch motivierte Umverteilung zwischen Versichertengruppen

Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Deckungsbeitrag		Umverteilungsmotiv							
					Geschlecht		Alter		Familie		Einkommen	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
Versicherte, insg.	70422	2060	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
	Nettozahler und -empfänger											
Nettobeitragszahler	28463	1549	62.3	2189	0.9	33	13.6	478	23.0	808	24.8	870
Nettoleistungs-empfänger	41959	2407	-62.3	-1485	-0.9	-23	-13.6	-324	-23.0	-548	-24.8	-590
	Mitgliedsstatus											
Pflichtmitglieder	28842	1520	45.3	1570	0.3	11	15.3	530	23.3	808	6.4	221
Freiwillige Mitglieder	5046	1921	10.5	2088	0.1	18	0.6	121	4.1	808	5.8	1141
Mitgliedsrentner in der KVdR	16696	3904	-31.9	-1912	0.0	-2	-30.7	-1841	13.5	808	-14.6	-876
Mitversicherte Familienangehörige	19839	1330	-23.9	-1204	-0.4	-18	14.9	749	-40.9	-2060	2.5	126
Davon:	**Kinder**											
Mitversicherte unter 20 Jahren	13284	1074	-12.9	-973	0.0	-1	13.1	987	-27.4	-2060	1.3	101
	Versichertenstatus											
Pflichtversicherte	42900	1420	29.9	698	-0.1	-2	27.6	643	-5.7	-132	8.1	189
Freiwillig Versicherte	9323	1637	5.5	594	0.0	0	3.9	423	-4.7	-508	6.3	678
Versicherte in der KVdR	18199	3787	-35.5	-1949	0.1	5	-31.5	-1732	10.4	571	-14.4	-793
	Geschlecht											
Männer	33009	1895	23.0	697	1.1	34	4.3	132	4.7	141	12.9	391
Frauen	37413	2207	-23.0	-615	-1.1	-30	-4.3	-116	-4.7	-124	-12.9	-345
	Altersgruppen											
Unter 20-jährige	14357	1068	-12.9	-897	0.0	0	14.2	992	-26.5	-1846	-0.6	-43
20- bis 65-jährige	43165	1683	44.8	1037	0.0	0	16.3	378	17.4	402	11.1	257
Über 65-jährige	12900	4428	-31.9	-2472	0.0	0	-30.5	-2368	9.1	709	-10.5	-813
	Haushaltseinkommen											
Untere 25 Prozent	10852	2606	-12.7	-1174	0.2	21	-6.1	-566	4.0	370	-10.8	-998
25 – 50 Prozent	14966	2615	-11.0	-736	-0.2	-14	-8.1	-541	3.7	250	-6.5	-431
50 – 75 Prozent	20054	1932	2.5	125	-0.1	-5	2.7	134	-2.3	-114	2.2	111
75 – 90 Prozent	14541	1613	10.1	694	0.1	3	6.5	444	-3.4	-235	7.0	481
Obere 10 Prozent	10010	1546	11.2	1116	0.0	4	5.1	511	-2.1	-205	8.1	806

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

Tabelle 2: Sozialversicherungstypische und -fremde Umverteilungsströme

Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Deckungsbeitrag		Umverteilungsstrom			
					Sozialversicherungstypisch		Sozialversicherungsfremd	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
Versicherte, insg.	70422	2060	0.0	0	0.0	0	0.0	0
	Nettozahler und -empfänger							
Nettobeitragszahler	28463	1549	62.3	2189	14.6	512	47.8	1678
Nettoleistungs-empfänger	41959	2407	-62.3	-1485	-14.6	-347	-47.8	-1138
	Mitgliedsstatus							
Pflichtmitglieder	28842	1520	45.3	1570	15.6	540	29.7	1029
Freiwillige Mitglieder	5046	1921	10.5	2088	0.7	139	9.8	1949
Mitgliedsrentner in der KVdR	16696	3904	-31.9	-1912	-30.8	-1844	-1.1	-68
Mitversicherte Familienangehörige	19839	1330	-23.9	-1204	14.5	731	-38.4	-1934
Davon:	**Kinder**							
Mitversicherte unter 20 Jahren	13284	1074	-12.9	-973	13.1	986	-26.0	-1959
	Versichertenstatus							
Pflichtversicherte	42900	1420	29.9	698	27.5	640	2.5	57
Freiwillig Versicherte	9323	1637	5.5	594	3.9	423	1.6	170
Versicherte in der KVdR	18199	3787	-35.5	-1949	-31.4	-1727	-4.0	-222
	Geschlecht							
Männer	33009	1895	23.0	697	5.5	166	17.5	532
Frauen	37413	2207	-23.0	-615	-5.5	-146	-17.5	-469
	Altersgruppen							
Unter 20-jährige	14357	1068	-12.9	-897	14.2	992	-27.1	-1889
20- bis 65-jährige	43165	1683	44.8	1037	16.3	378	28.5	659
Über 65-jährige	12900	4428	-31.9	-2472	-30.5	-2368	-1.3	-104
	Haushaltseinkommen							
Untere 25 Prozent	10852	2606	-12.7	-1174	-5.9	-546	-6.8	-628
25 – 50 Prozent	14966	2615	-11.0	-736	-8.3	-555	-2.7	-181
50 – 75 Prozent	20054	1932	2.5	125	2.6	128	-0.1	-3
75 – 90 Prozent	14541	1613	10.1	694	6.5	447	3.6	246
Obere 10 Prozent	10010	1546	11.2	1116	5.1	515	6.0	601

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

Tabelle 3: Sozialpolitisch motivierte Umverteilung innerhalb der Gruppe der Pflichtversicherten

Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Deckungsbeitrag		Umverteilungsmotiv							
					Geschlecht		Alter		Familie		Einkommen	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
Pflichtversicherte, insg.	42900	1420	29.9	698	-0.1	-2	27.6	643	-5.7	-132	8.1	189
	Nettozahler und -empfänger											
Nettobeitragszahler	23323	1467	33.1	1418	0.9	38	-2.0	-85	21.9	940	12.2	525
Nettoleistungs-empfänger	19577	1364	-33.1	-1689	-0.9	-45	2.0	101	-21.9	-1120	-12.2	-625
	Mitgliedsstatus											
Pflichtmitglieder	28842	1520	25.1	872	0.4	13	-3.3	-113	27.1	940	0.9	32
Mitversicherte Familienangehörige	14058	1215	-25.1	-1788	-0.4	-27	3.3	232	-27.1	-1928	-0.9	-65
Davon:	**Kinder**											
Mitversicherte unter 20 Jahren	10375	1080	-17.4	-1677	0.0	2	3.5	339	-20.0	-1928	-0.9	-89
	Geschlecht											
Männer	20911	1292	11.7	558	2.6	126	0.0	2	2.8	135	6.2	295
Frauen	21989	1542	-11.7	-531	-2.6	-120	0.0	-2	-2.8	-129	-6.2	-280
	Altersgruppen											
Unter 20-jährige	11153	1074	-17.8	-1598	0.0	3	3.8	343	-19.3	-1728	-2.4	-216
20- bis 65-jährige	31638	1533	18.3	577	0.0	-1	-3.6	-112	19.2	608	2.6	82
Über 65-jährige	109	3986	-0.4	-3973	0.0	-78	-0.3	-2488	0.0	243	-0.2	-1651
	Haushaltseinkommen											
Untere 25 Prozent	5003	1503	-4.9	-980	-0.1	-22	-0.3	-62	1.3	258	-5.8	-1154
25 – 50 Prozent	7101	1462	-1.5	-210	-0.1	-8	-0.2	-35	1.0	141	-2.2	-308
50 – 75 Prozent	14282	1407	-0.4	-29	0.1	5	0.1	8	-2.2	-156	1.6	114
75 – 90 Prozent	10947	1377	3.1	281	0.1	8	0.4	36	-1.1	-96	3.6	333
Obere 10 Prozent	5567	1409	3.7	670	0.0	1	0.1	10	1.0	178	2.7	481

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

3) Die erste Zeile ist direkt aus Tabelle 1 übernommen und entspricht den an die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen. Für die Betrachtung innerhalb der Gruppe wurden die Deckungsbeiträge entsprechend um die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen bereinigt.

Tabelle 4: Sozialversicherungstypische und -fremde Umverteilung innerhalb der Gruppe der Pflichtversicherten

Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Deckungsbeitrag		Umverteilungsstrom			
					Sozialversicherungstypisch		Sozialversicherungsfremd	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
Pflichtversicherte, insg.	42900	1420	29.9	698	27.5	640	2.5	57
	Nettozahler und -empfänger							
Nettobeitragszahler	23323	1467	33.1	1418	-1.1	-47	34.2	1465
Nettoleistungs-empfänger	19577	1364	-33.1	-1689	1.1	56	-34.2	-1745
	Mitgliedsstatus							
Pflichtmitglieder	28842	1520	25.1	872	-2.9	-100	28.0	972
Mitversicherte Familienangehörige	14058	1215	-25.1	-1788	2.9	205	-28.0	-1994
Davon:	**Kinder**							
Mitversicherte unter 20 Jahren	10375	1080	-17.4	-1677	3.5	340	-20.9	-2017
	Geschlecht							
Männer	20911	1292	11.7	558	2.7	128	9.0	430
Frauen	21989	1542	-11.7	-531	-2.7	-122	-9.0	-409
	Altersgruppen							
Unter 20-jährige	11153	1074	-17.8	-1598	3.9	346	-21.7	-1944
20- bis 65-jährige	31638	1533	18.3	577	-3.6	-113	21.8	690
Über 65-jährige	109	3986	-0.4	-3973	-0.3	-2566	-0.2	-1408
	Haushaltseinkommen							
Untere 25 Prozent	5003	1503	-4.9	-980	-0.4	-84	-4.5	-896
25 – 50 Prozent	7101	1462	-1.5	-210	-0.3	-42	-1.2	-168
50 – 75 Prozent	14282	1407	-0.4	-29	0.2	13	-0.6	-41
75 – 90 Prozent	10947	1377	3.1	281	0.5	43	2.6	237
Obere 10 Prozent	5567	1409	3.7	670	0.1	11	3.7	659

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

3) Die erste Zeile ist direkt aus Tabelle 1 übernommen und entspricht den an die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen. Für die Betrachtung innerhalb der Gruppe wurden die Deckungsbeiträge entsprechend um die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen bereinigt.

Tabelle 5: Sozialpolitisch motivierte Umverteilung innerhalb der Gruppe der freiwillig Versicherten

Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Deckungsbeitrag		Umverteilungsmotiv							
					Geschlecht		Alter		Familie		Einkommen	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
Freiwillig Versicherte, insg.	9323	1637	5.5	594	0.0	0	3.9	423	-4.7	-508	6.3	678
	Nettozahler und -empfänger											
Nettobeitragszahler	3963	1680	9.5	2398	0.2	43	-0.3	-86	5.2	1316	4.5	1125
Nettoleistungs-empfänger	5360	1605	-9.5	-1773	-0.2	-32	0.3	64	-5.2	-973	-4.5	-832
	Mitgliedsstatus											
Freiwillige Mitglieder	5046	1921	7.5	1495	0.1	18	-1.5	-302	6.6	1316	2.3	463
Mitversicherte Familienangehörige	4278	1302	-7.5	-1763	-0.1	-21	1.5	356	-6.6	-1552	-2.3	-546
Davon:	**Kinder**											
Mitversicherte unter 20 Jahren	2703	1056	-4.2	-1547	0.0	-1	1.6	583	-4.2	-1552	-1.6	-576
	Geschlecht											
Männer	5076	1612	4.3	850	0.3	50	-0.1	-25	2.0	399	2.2	425
Frauen	4248	1667	-4.3	-1015	-0.3	-60	0.1	30	-2.0	-477	-2.2	-508
	Altersgruppen											
Unter 20-jährige	2778	1054	-4.2	-1520	0.0	-1	1.6	584	-4.1	-1475	-1.7	-628
20- bis 65-jährige	6026	1679	5.6	922	0.0	7	-0.3	-49	3.6	598	2.2	366
Über 65-jährige	519	4265	-1.3	-2564	0.0	-71	-1.3	-2558	0.5	954	-0.5	-890
	Haushaltseinkommen											
Untere 25 Prozent	679	1895	-0.8	-1149	0.0	-11	-0.2	-247	0.4	619	-1.0	-1510
25 – 50 Prozent	859	2009	-0.8	-974	0.0	-14	-0.3	-358	0.2	286	-0.8	-888
50 – 75 Prozent	1491	1866	-0.7	-478	0.0	-13	-0.3	-216	0.2	165	-0.6	-415
75 – 90 Prozent	2342	1570	0.2	96	0.0	-1	0.2	68	-0.4	-151	0.4	180
Obere 10 Prozent	3952	1465	2.1	533	0.0	10	0.6	162	-0.6	-142	2.0	502

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

3) Die erste Zeile ist direkt aus Tabelle 1 übernommen und entspricht den an die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen. Für die Betrachtung innerhalb der Gruppe wurden die Deckungsbeiträge entsprechend um die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen bereinigt.

Tabelle 6: Sozialversicherungstypische und- fremde Umverteilung innerhalb der Gruppe der freiwilligen Versicherten

Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Deckungsbeitrag		Umverteilungsstrom			
					Sozialversicherungstypisch		Sozialversicherungsfremd	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
Freiwillig Versicherte, insg.	9323	1637	5.5	594	3.9	423	1.6	170
	Nettozahler und -empfänger							
Nettobeitragszahler	3963	1680	9.5	2398	-0.2	-43	9.7	2441
Nettoleistungs-empfänger	5360	1605	-9.5	-1773	0.2	32	-9.7	-1805
	Mitgliedsstatus							
Freiwillige Mitglieder	5046	1921	7.5	1495	-1.4	-284	9.0	1779
Mitversicherte Familienangehörige	4278	1302	-7.5	-1763	1.4	335	-9.0	-2098
Davon:	**Kinder**							
Mitversicherte unter 20 Jahren	2703	1056	-4.2	-1547	1.6	581	-5.8	-2128
	Geschlecht							
Männer	5076	1612	4.3	850	0.1	25	4.2	824
Frauen	4248	1667	-4.3	-1015	-0.1	-30	-4.2	-985
	Altersgruppen							
Unter 20-jährige	2778	1054	-4.2	-1520	1.6	583	-5.8	-2102
20- bis 65-jährige	6026	1679	5.6	922	-0.3	-42	5.8	964
Über 65-jährige	519	4265	-1.3	-2564	-1.4	-2628	0.0	64
	Haushaltseinkommen							
Untere 25 Prozent	679	1895	-0.8	-1149	-0.2	-258	-0.6	-891
25 – 50 Prozent	859	2009	-0.8	-974	-0.3	-372	-0.5	-602
50 – 75 Prozent	1491	1866	-0.7	-478	-0.3	-229	-0.4	-250
75 – 90 Prozent	2342	1570	0.2	96	0.2	66	0.1	30
Obere 10 Prozent	3952	1465	2.1	533	0.7	172	1.4	361

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

3) Die erste Zeile ist direkt aus Tabelle 1 übernommen und entspricht den an die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen. Für die Betrachtung innerhalb der Gruppe wurden die Deckungsbeiträge entsprechend um die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen bereinigt.

Tabelle 7: Umverteilungsströme innerhalb der Gruppe der Versicherten in der KVdR

Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Deckungsbeitrag		Umverteilungsmotiv							
					Geschlecht		Alter		Familie		Einkommen	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
Versicherte in der KVdR, insg.	18199	3787	-35.5	-1949	0.1	5	-31.5	-1732	10.4	571	-14.4	-793
	Nettozahler und -empfänger											
Nettobeitragszahler	1177	2732	3.4	2894	-0.1	-53	1.3	1108	0.3	237	1.9	1602
Nettoleistungs-Empfänger	17022	3860	-3.4	-200	0.1	4	-1.3	-77	-0.3	-16	-1.9	-111
	Mitgliedsstatus											
Mitgliedesrentner in der KVdR	16696	3904	0.6	37	-0.1	-8	-1.8	-109	4.0	237	-1.4	-83
Mitversicherte Familienangehörige	1503	2488	-0.6	-412	0.1	85	1.8	1215	-4.0	-2632	1.4	920
Davon:	**Kinder**											
Mitversicherte unter 20 Jahren	206	1025	0.2	1034	0.0	-8	0.6	2770	-0.5	-2632	0.2	904
	Geschlecht											
Männer	7022	3895	3.1	444	-1.8	-251	1.0	143	1.1	160	2.8	392
Frauen	11177	3719	-3.1	-279	1.8	158	-1.0	-90	-1.1	-101	-2.8	-246
	Altersgruppen											
Unter 20-jährige	426	1015	0.6	1337	0.0	-9	1.2	2781	-0.5	-1149	-0.1	-286
20- bis 65-jährige	5500	2547	6.0	1094	0.0	4	6.8	1236	-1.4	-254	0.6	109
Über 65-jährige	12272	4439	-6.6	-537	0.0	-2	-8.0	-650	1.9	154	-0.5	-39
	Haushaltseinkommen											
Untere 25 Prozent	5170	3766	-0.9	-169	0.3	63	-0.2	-42	0.4	69	-1.3	-258
25 – 50 Prozent	7006	3858	-0.5	-72	-0.2	-23	-0.3	-48	-0.1	-20	0.1	19
50 – 75 Prozent	4280	3708	1.1	261	-0.2	-36	0.5	114	-0.1	-24	0.9	206
75 – 90 Prozent	1252	3758	0.2	160	0.0	-11	0.1	40	-0.1	-77	0.3	207
Obere 10 Prozent	490	3754	0.1	115	0.0	1	0.0	33	0.0	-40	0.1	122

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

3) Die erste Zeile ist direkt aus Tabelle 1 übernommen und entspricht den an die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen. Für die Betrachtung innerhalb der Gruppe wurden die Deckungsbeiträge entsprechend um die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen bereinigt.

Tabelle 8: Sozialversicherungstypische und- fremde Umverteilung innerhalb der Gruppe der Versicherten in der KVdR

Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Deckungsbeitrag		Umverteilungsstrom			
					Sozialversicherungstypisch		Sozialversicherungsfremd	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
Versicherte in der KVdR, insg.	18199	3787	-35.5	-1949	-31.4	-1727	-4.0	-222
	Nettozahler und -empfänger							
Nettobeitragszahler	1177	2732	3.4	2894	1.2	1055	2.2	1839
Nettoleistungs-Empfänger	17022	3860	-3.4	-200	-1.2	-73	-2.2	-127
	Mitgliedsstatus							
Mitgliedesrentner in der KVdR	16696	3904	0.6	37	-2.0	-117	2.6	154
Mitversicherte Familienangehörige	1503	2488	-0.6	-412	2.0	1299	-2.6	-1712
Davon:	**Kinder**							
Mitversicherte unter 20 Jahren	206	1025	0.2	1034	0.6	2762	-0.4	-1728
	Geschlecht							
Männer	7022	3895	3.1	444	-0.8	-108	3.9	552
Frauen	11177	3719	-3.1	-279	0.8	68	-3.9	-347
	Altersgruppen							
Unter 20-jährige	426	1015	0.6	1337	1.2	2772	-0.6	-1435
20- bis 65-jährige	5500	2547	6.0	1094	6.8	1240	-0.8	-145
Über 65-jährige	12272	4439	-6.6	-537	-8.0	-652	1.4	115
	Haushaltseinkommen							
Untere 25 Prozent	5170	3766	-0.9	-169	0.1	21	-1.0	-190
25 – 50 Prozent	7006	3858	-0.5	-72	-0.5	-71	0.0	-1
50 – 75 Prozent	4280	3708	1.1	261	0.3	79	0.8	182
75 – 90 Prozent	1252	3758	0.2	160	0.0	29	0.2	131
Obere 10 Prozent	490	3754	0.1	115	0.0	33	0.0	82

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

3) Die erste Zeile ist direkt aus Tabelle 1 übernommen und entspricht den an die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen. Für die Betrachtung innerhalb der Gruppe wurden die Deckungsbeiträge entsprechend um die anderen Versichertengruppen geleisteten bzw. von diesen empfangenen Deckungsbeiträgen bereinigt.

Tabelle 9: Verteilungswirkungen des Gesundheitspoolkonzepts

Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Status Quo Deckungsbeitrag		Jährliche Nettomehrbelastung im Vergleich zum Status Quo – Berücksichtigung der Steuermehrbelastung: Nein		Ja	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
PKV Versicherte	12480	0	0.0	0	-2.8	-221	1.5	124
	Gesetzlich Versicherte							
Versicherte, insg.	70422	2060	0.0	0	-14.3	-203	-1.5	-22
	Nettozahler und -empfänger							
Nettobeitragszahler	28463	1549	63.0	2189	-10.7	-376	1.7	61
Nettoleistungs-empfänger	41959	2407	-62.9	-1485	-3.6	-85	-3.3	-78
	Mitgliedsstatus							
Pflichtmitglieder	28842	1520	45.9	1570	-8.9	-309	-0.2	-6
Freiwillige Mitglieder	5046	1921	10.7	2088	-2.0	-404	1.8	366
Mitgliedsrentner in der KVdR	16696	3904	-31.5	-1912	-3.3	-196	-3.1	-188
Mitversicherte Familienangehörige	19839	1330	-25.0	-1204	-0.1	3	-0.1	-3
Davon:	**Kinder**							
Mitversicherte unter 20 Jahren	13284	1074	-12.9	-973	0.0	-1	0.0	-3
	Versichertenstatus							
Pflichtversicherte	42900	1420	29.9	698	-8.9	-209	-0.2	-5
Freiwillig Versicherte	9323	1637	5.5	594	-2.1	-220	1.8	197
Versicherte in der KVdR	18199	3787	-35.5	-1949	-3.3	-180	-3.2	-173
	Geschlecht							
Männer	33009	1895	23.0	697	-8.5	-257	-0.5	-15
Frauen	37413	2207	-23.0	-615	-5.8	-154	-1.1	-28
	Altersgruppen							
Unter 20-jährige	14357	1068	-12.9	-897	-0.1	-8	-0.1	-4
20- bis 65-jährige	43165	1683	44.8	1037	-11.7	-271	0.8	20
Über 65-jährige	12900	4428	-31.9	-2472	-2.5	-192	-2.3	-181
	Haushaltseinkommen							
Untere 25 Prozent	10852	2606	-12.7	-1160	-1.5	-138	-1.4	-126
25 – 50 Prozent	14966	2615	-11.0	-736	-2.8	-184	-1.7	-112
50 – 75 Prozent	20054	1932	2.5	125	-4.1	-202	-1.2	-60
75 – 90 Prozent	14541	1613	10.1	694	-3.3	-228	0.3	18
Obere 10 Prozent	10010	1546	11.2	1116	-2.6	-265	2.4	245

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

Tabelle 10: Verteilungswirkungen des Systems pauschaler Gesundheitsprämien mit sozialer Abfederung

			Status Quo		Jährliche Nettomehrbelastung im Vergleich zum Status Quo			
Versichertengruppe	Anzahl	Aus-gaben	Deckungsbeitrag		Berücksichtigung des Gegenfinanzierungseffekts und des sozialen Ausgleichs			
					Nein		Ja	
		Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf	Insg.	Pro Kopf
	Tsd.	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro	Mrd. Euro	Euro
PKV Versicherte	12480	0	0.0	0	1.5	124	3.3	267
	Gesetzlich Versicherte							
Versicherte, insg.	70422	2060	0.0	0	-1.5	-22	-3.3	-47
	Nettozahler und -empfänger							
Nettobeitragszahler	28463	1549	62.3	2189	-28.8	-1012	-21.2	-746
Nettoleistungs-empfänger	41959	2407	-62.3	-1485	27.3	650	17.9	426
	Mitgliedsstatus							
Pflichtmitglieder	28842	1520	45.3	1570	-14.4	-498	-11.4	-395
Freiwillige Mitglieder	5046	1921	10.5	2088	-4.8	-950	-3.6	-723
Mitgliedsrentner in der KVdR	16696	3904	-31.9	-1912	5.1	305	1.6	94
Mitversicherte Familienangehörige	19839	1330	-23.9	-1204	12.5	631	10.2	512
Davon:	Kinder							
Mitversicherte unter 20 Jahren	13284	1074	-12.9	-973	-1.3	-101	-1.4	-108
	Versichertenstatus							
Pflichtversicherte	42900	1420	29.9	698	-7.7	-178	-5.8	-136
Freiwillig Versicherte	9323	1637	5.5	594	-1.8	-188	-0.8	-87
Versicherte in der KVdR	18199	3787	-35.5	-1949	7.9	432	3.3	182
	Geschlecht							
Männer	33009	1895	23.0	697	-17.4	-528	-16.3	-493
Frauen	37413	2207	-23.0	-615	15.9	424	12.9	346
	Altersgruppen							
Unter 20-jährige	14357	1068	-12.9	-897	0.1	4	-0.1	-8
20- bis 65-jährige	43165	1683	44.8	1037	-6.0	-140	-5.0	-116
Über 65-jährige	12900	4428	-31.9	-2472	4.4	344	1.8	136
	Haushaltseinkommen							
Untere 25 Prozent	10852	2606	-12.7	-1174	7.5	687	-0.3	-30
25 – 50 Prozent	14966	2615	-11.0	-736	3.4	230	0.2	13
50 – 75 Prozent	20054	1932	2.5	125	-2.5	-125	0.8	40
75 – 90 Prozent	14541	1613	10.1	694	-5.6	-384	-2.2	-150
Obere 10 Prozent	10010	1546	11.2	1116	-4.4	-435	-1.8	-182

1) Eigene Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2003 des Statistischen Bundesamtes, der GKV Mitgliedstatistik KM6 für das Jahr 2003 und der Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2003.

2) Abweichungen zwischen der Summe der Einzelbeträge und dem jeweiligen Gesamtbetrag sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Bertoldstraße 17
79098 Freiburg
Fon 0761 . 203 23 54
Fax 0761 . 203 22 90
www.generationenvertraege.de
info@generationenvertraege.de