Gerecht, nachhaltig, effizient

Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung

verbraucherzentrale
Bundesverband

BertelsmannStiftung

Gerecht, nachhaltig, effizient

Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung

Dr. Martin Albrecht
Dr. Monika Sander
Guido Schiffhorst
Dr. Stefan Loos
Jurriaan Anijs

Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup

Inhalt

1 Hintergrund 9

2 Modellentwicklung und Szenarienbeschreibung 11

2.1 Grundkonzept „Integrierte Krankenversicherung“ 11
2.2 Fokus der Szenarienentwicklung 11
2.3 Referenz-Szenario und erweitertes Referenz-Szenario 13
2.4 Reform-Szenarien 15
2.4.1 Grundsätze der Beitragsbemessung 15
2.4.2 Reform-Szenario 1: Dynamisierung der Zusatzbeiträge 16
2.4.3 Reform-Szenario 2: Dynamisierter Steuerzuschuss zur Leistungsfinanzierung 17
2.4.4 Reform-Szenario 3: Beitragspflicht auf andere Einkommensarten 19

3 Methodischer Ansatz und Datengrundlagen 21

4 Festlegung des Mittelbedarfs 23

4.1 Ausgaben für die heutigen GKV-Versicherten 23
4.2 Ausgaben für die heutigen PKV-Versicherten 24
4.3 Zusätzliche Ausgaben durch Anpassungen von Leistungs- bzw. Vergütungsniveaus 25
4.4 Mittelbedarf der Reform-Szenarien einer integrierten Krankenversicherung 28

5 Rahmendaten und Ergebnisse der Szenarien 29

5.1 Referenz-Szenario: Status quo 29
5.2 Erweitertes Referenz-Szenario: Dynamisierung der Zusatzbeiträge unter Status-quo-Bedingungen 32
5.3 Reform-Szenario 1: Dynamisierung der Zusatzbeiträge 35
5.4 Reform-Szenario 2: Dynamisierter Steuerzuschuss zur Leistungsfinanzierung 37
5.5 Reform-Szenario 3: Beitragspflicht auf andere Einkommensarten 38

6 Vergleich der Szenarien anhand der Verteilungswirkungen 41

6.1 Veränderungen der Finanzierungsstruktur 41
6.2 Finanzielle Be- und Entlastungen der Versicherten 44

7 Bewertung der Umsetzungsmöglichkeiten: Bürokratiekostenschätzung 53

7.1 Methodisches Vorgehen 53
7.2 Bürokratiekostenrelevante Elemente der Szenarien 55
7.3 Ablauf des Sozialausgleichs 56
7.4 Bürokratiekosten im Status quo 58
7.5 Bürokratiekosten im Reform-Szenario 1 62
7.6 Bürokratiekosten im Reform-Szenario 3 64
7.7 Weitere Bürokratiekosten 65
7.8 Zusammenfassung 66

8 Bewertung der Umsetzungsmöglichkeiten: Fiskalische Nachhaltigkeit 67

8.1 Hintergrund und Fragestellungen der Kurzexpertise 67
8.2 Steuerfinanzierung der GKV – bislang eine Achterbahnfahrt 69
8.3 Erfahrungen mit Steuerzuschüssen an andere Zweige der Sozialversicherung 71
8.4 Reformoptionen für einen nachhaltigen Bundeszuschuss an die GKV 77

9 Fazit 80

Literaturverzeichnis 83

Abkürzungsverzeichnis

ALG II	Arbeitslosengeld II
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BBG	Beitragsbemessungsgrenze
BHG	Bundeshaushaltsgesetz
BKS	Bürokratiekostenschätzung
bpE	beitragspflichtige Einnahmen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVA	Bundesversicherungsamt
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
DEÜV	Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung
evtl.	eventuell
EZB	Europäische Zentralbank
GG	Grundgesetz
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
ggn.	gegenüber
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
HBeglG	Haushaltsbegleitgesetz
HGrG	Bundeshaushaltsgrundsätze
i. d. R.	in der Regel
i. S. d.	im Sinne des
i. V. m.	in Verbindung mit
insg.	insgesamt
IP	Informationspflicht
KV	Krankenversicherung
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
o. a.	oben angeführt
p. a.	per annum
PKV	Private Krankenversicherung
RRG	Rentenreformgesetz
RSA	Risikostrukturausgleich

s. u.	siehe unten
SGB	Sozialgesetzbuch
SKM	Standardkostenmodell
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SozVersStabG	Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz
SVR	Sachverständigenrat
u. a.	und andere
u. U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
VuV	Vermietung und Verpachtung
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Abbildungen

Abbildung 1: Durchschnittliche Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht in der GKV (ohne Krankengeld), 2010 25

Abbildung 2: Finanzierungsstruktur des Aufkommens aus Mitgliederbeiträgen, Steuern und Beitragszuschüssen 41

Abbildung 3: Veränderung des Nettoeinkommens von Bedarfsgemeinschaften in den Reform-Szenarien nach Einkommensklasse 45

Abbildung 4: Veränderung des Nettoeinkommens von Angestellten und Arbeitern (Beitragszahler-Einheiten) in den Reform-Szenarien nach Einkommensklasse 49

Abbildung 5: Veränderung des Nettoeinkommens von Ruheständlern (Beitragszahler-Einheiten) in den Reform-Szenarien nach Einkommensklasse 51

Abbildung 6: Gesamtbelastung der Bruttoeinkommen der Arbeitnehmer (Beitragszahler-Einheiten) durch Steuern und Sozialabgaben 52

Abbildung 7: Höhe des Bundeszuschusses an die Gesetzliche Krankenversicherung (Mrd. Euro), 2004–2016 70

Abbildung 8: Höhe des Bundeszuschusses an die Bundesagentur für Arbeit (Mrd. Euro), 1970–2012 72

Abbildung 9: Höhe des Bundeszuschusses an die Gesetzliche Rentenversicherung (Mrd. Euro), 1957–2011 76

Tabellen

Tabelle 1:	Prinzipielle Möglichkeiten der Heranziehung zusätzlicher Einkommensarten zur Finanzierung in der Krankenversicherung	12
Tabelle 2:	Ausgaben der GKV (ohne LKK), 2010	23
Tabelle 3:	„Mehrumsätze“ in PKV in der ambulanten ärztlichen Versorgung	27
Tabelle 4:	Mittelbedarf der Reform-Szenarien	28
Tabelle 5:	Über Beitragssatz zu deckende Ausgaben, 2010	29
Tabelle 6:	Art und Herkunft der Finanzierung des Mittelbedarfs im Referenz-Szenario, 2010	31
Tabelle 7:	Anteile von Mitgliedergruppen an den beitragspflichtigen Einnahmen im Status quo	31
Tabelle 8:	Anteile von Mitgliedergruppen an den beitragspflichtigen Einnahmen – Vergleich der Simulationsergebnisse mit der KJ 1-Statistik	32
Tabelle 9:	Art und Herkunft der Finanzierung des Mittelbedarfs im erweiterten Referenz-Szenario, bezogen auf Basiswerte 2010	34
Tabelle 10:	Mittelart und Mittelherkunft im Reform-Szenario 1 (Dynamisierung der Zusatzbeiträge)	36
Tabelle 11:	Mittelart und Mittelherkunft im Reform-Szenario 2 (Dynamisierung des Steuerzuschusses)	38
Tabelle 12:	Verteilung der Bevölkerung (Personen über 16 Jahre) nach den zehn häufigsten Einkommenskombinationen und Versichertenstatus	39
Tabelle 13:	Mittelart und Mittelherkunft im Reform-Szenario 3 (Beitragspflicht auf andere Einkommensarten, BBG in Höhe von 5.500 Euro)	40
Tabelle 14:	Mittelart und Mittelherkunft im Reform-Szenario 3 (Beitragspflicht auf andere Einkommensarten, Aufhebung der BBG)	40
Tabelle 15:	Anteile der Einkommensarten am jeweiligen Aufkommen aus einkommensbezogenen Beiträgen in den Szenarien	43
Tabelle 16:	Übersicht über die Bürokratiekosten nach Szenarien (Mio. Euro)	66

1 Hintergrund

Integration von GKV und PKV

In der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland wird zunehmend die Position vertreten, dass die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in GKV und PKV keine Zukunft habe. Zu der Frage allerdings, wie eine Integration dieser beiden Teilsysteme erreicht werden und wie ein hieraus resultierendes Krankenversicherungssystem mit einheitlichen Finanzierungs- und Wettbewerbsbedingungen sowie gleichen Wahlmöglichkeiten konkret ausgestaltet sein könnte, liefert die aktuelle Diskussion bislang nur begrenzt Antworten. Insbesondere fehlt es an alternativen Modellberechnungen, die einen Vergleich unterschiedlicher Gestaltungsvarianten ermöglichen.

Zentrale Probleme der Krankenversicherung (KV)-Finanzierung

Für die zentralen Probleme des gegenwärtigen Finanzierungssystems der Krankenversicherung in Deutschland zeichnen sich auch zehn Jahre nach Einsetzung der sog. Rürup-Kommission keine grundlegenden Lösungen ab:

Verteilungspolitische Inkonsistenzen

- Die Belastungen durch Beitragszahlungen weisen nach wie vor zahlreiche verteilungspolitische Inkonsistenzen auf. Hierzu zählt – neben der o. a. Segmentierung in GKV und PKV – vor allem, dass durch die weitgehende Beschränkung der Beitragspflicht auf lohnbezogene Einkommen die individuelle wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nur unvollständig erfasst wird. Auch die beitragsfreie Mitversicherung von Angehörigen führt zu Abweichungen vom Leistungsfähigkeitsprinzip.

Stabilisierung der KV-Finanzierungsbasis fraglich

- Die beitragspflichtigen Einnahmen haben in der Vergangenheit insgesamt deutlich schwächer zugenommen als die GKV-Ausgaben. Die hierdurch entstandene Finanzierungslücke wurde bislang durch Beitragssatzerhöhungen sowie durch stark steigende Steuerzuschüsse geschlossen. Längerfristig sollen überproportionale Ausgabenzuwächse durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanziert werden, die gegenwärtig aber noch keinen nennenswerten Finanzierungsbeitrag leisten. Der Praxistest für den in Verbindung mit den Zusatzbeiträgen vorgesehenen Sozialausgleich aus Steuermitteln steht noch aus. Eine nachhaltige Stabilisierung der Finanzierungsbasis der Krankenversicherung erscheint somit nach wie vor fraglich.

Belastung der Lohneinkommen durch Sozialabgaben

- Das gegenwärtige Finanzierungssystem trägt schließlich weiterhin zu einer relativ hohen Belastung der Lohneinkommen durch Sozialabgaben bei. Gesamtwirtschaftlich negative Auswirkungen hat dies vor allem für Arbeitnehmer in unteren und mittleren Einkommensbereichen. Dort ist mangels Freibeträgen (wie im Steuersystem) und infolge der Beitragsbemessungsgrenzen die Grenzbelastung der Lohneinkommen vergleichsweise hoch.

Zielsetzung dieser Studie

Vor diesem Hintergrund liefert diese Studie eine sachliche und datengestützte Grundlage für die Diskussion über die künftige Gestaltung des Krankenversicherungssystems. Ausgangspunkt der Studie ist hierbei die Positionierung der Bertelsmann Stiftung und des Verbraucherzentrale Bundesverbandes für eine integrierte, solidarisch finanzierte und wettbewerblich ausgerichtete Kran-

kenversicherung. Die vorliegende Studie führt auf dieser Basis konkrete Berechnungen über die Auswirkungen verschiedener Szenarien – orientiert an den in der politischen Diskussion befindlichen Modellen – durch.

Fragestellung zu vorgestellten Szenarien

Für die Ausgestaltung der Szenarien steht dabei die Frage im Vordergrund, wie neben der Erhebung von Beiträgen auf die sozialversicherungspflichtigen Erwerbseinkommen auch andere Einkunftsarten in die Finanzierung der Krankenversicherung einbezogen werden können, sodass

- erstens die effektive finanzielle Belastung der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entspricht (verteilungspolitische Konsistenz),
- zweitens die Finanzierungslücke geschlossen oder zumindest verringert werden kann, die aus der im Vergleich zu den Ausgaben und auch zur gesamtwirtschaftlichen Leistung schwächeren Entwicklung der bislang beitragspflichtigen Einnahmen entsteht (finanzielle Nachhaltigkeit).

2 Modellentwicklung und Szenarienbeschreibung

2.1 Grundkonzept „Integrierte Krankenversicherung“

Zugrunde liegendes KV-Konzept

Unter dem Konzept der „Integrierten Krankenversicherung“ wird im Rahmen dieser Studie ein Krankenversicherungssystem verstanden,

- das allen Versicherungsnehmern gleiche Wahlmöglichkeiten einräumt und
- in dem für alle Versicherungsanbieter dieselben Wettbewerbsbedingungen gelten.

Unterschied zur gegenwärtigen Situation

Im Unterschied zur gegenwärtigen Situation agieren nach diesem Konzept sämtliche Versicherungsanbieter – unabhängig von ihrer Rechtsform – auf einem einzigen Krankenversicherungsmarkt unter identischen gesetzlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen. Die Regeln der Finanzierung des Krankenversicherungssystems gelten entsprechend für alle Anbieter und Nachfrager gleichermaßen, d. h. die Beiträge werden für alle Versicherten nach denselben Maßstäben bemessen.

Ein KV-System für die gesamte Wohnbevölkerung

Dieses Grundkonzept der Integration, gemäß dem es nur noch ein Krankenversicherungssystem gibt und der Versichertenkreis die gesamte Wohnbevölkerung umfasst, wird sämtlichen der entwickelten Reform-Szenarien zugrunde gelegt.

Integrierte KV orientiert sich an Prinzipen der GKV

Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die „Integrierte Krankenversicherung“ im Hinblick auf grundsätzliche Ausgestaltungsmerkmale an der heutigen GKV orientiert und somit die Veränderungen für die heutige PKV stärker wären. So wird eine Festlegung auf ein Umlagesystem (anstatt Kapitaldeckung) sowie das Verbot der Beitragsdifferenzierung nach individuellem Gesundheitsrisiko in Verbindung mit einem allgemeinen Kontrahierungszwang für Versicherungsanbieter und einem Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherungsanbietern unterstellt. Für die Reform-Szenarien bildet der heutige Leistungsumfang in der GKV das Ausgangsniveau.

2.2 Fokus der Szenarienentwicklung

Kriterien für die Modellentwicklung

Aufbauend auf diesem Grundkonzept der „Integrierten Krankenversicherung“, das den Versichertenkreis auf die gesamte Wohnbevölkerung ausweitet, ist eine Vielzahl alternativer Modellspezifikationen im Hinblick auf die Beitragsbemessung möglich. Für diese Studie wurde eine begrenzte Zahl von Modellen entwickelt, die im Rahmen einer Szenarienbetrachtung zu bewerten sind. Die Modellentwicklung orientiert sich dabei an den aktuell politisch diskutierten Reformkonzepten, ohne diese jedoch detailgetreu nachzubilden.

Inhaltlicher Schwerpunkt: Einbeziehung weiterer Einkommensarten

Der inhaltliche Schwerpunkt der Szenarienbetrachtung liegt auf der Frage, auf welche Weise und in welchem Umfang neben den lohnbezogenen auch **weitere Einkommensarten** zur Finanzierung herangezogen werden. Grundsätzlich ist dies explizit im Rahmen der Beitragsbemes-

sung oder implizit in Form von Steuerzuschüssen möglich. Steuerzuschüsse können wiederum der direkten Leistungsfinanzierung dienen oder aber der Subventionierung von Beitragszahlern im Rahmen eines Sozialausgleichs (Tabelle 1). Folglich unterscheiden sich die zu untersuchenden Szenarien in der Art bzw. dem Anteilsverhältnis der Beitrags- und Steuerfinanzierung in der Krankenversicherung.

Tabelle 1: Prinzipielle Möglichkeiten der Heranziehung zusätzlicher Einkommensarten zur Finanzierung in der Krankenversicherung

explizit im Rahmen der **Beitragsbemessung**	**implizit** in Form von **Steuerzuschüssen**	
Ausweitung der Beitragspflicht auf weitere Einkommensarten bis zur/ohne Beitragsbemessungsgrenze	Leistungsfinanzierung	Subventionierung von Beitragszahlern
	z. B. pauschale Steuerzuschüsse an den Gesundheitsfonds	z. B. steuerfinanzierter Sozialausgleich in Verbindung mit einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen

Quelle: IGES Institut GmbH

Auf Basis dieser Systematik wurden für diese Studie fünf Szenarien entwickelt: ein Referenz-Szenario, ein erweitertes Referenz-Szenario sowie drei Reform-Szenarien einer „Integrierten Krankenversicherung“.

Zentraler Aspekt: Herkunft der Mittel

Im Zentrum der Szenarienbetrachtung stehen die Unterschiede der Art und Herkunft der Mittel bei gegebenem Mittelbedarf. Die Mittelart bezieht sich auf die jeweiligen Finanzierungsanteile, die aus unterschiedlichen Beiträgen (einkommensabhängig, einkommensunabhängig) und aus unterschiedlichen Formen der Steuerfinanzierung generiert werden. Die Mittelherkunft bezeichnet die Verteilung der Zahllast auf Versicherte, Arbeitgeber bzw. Träger der sozialen Sicherung, die Krankenversicherungsbeiträge bezuschussen, und den Staat.

Anknüpfung an politische Reformdebatte

Mit dem Schwerpunkt auf der Heranziehung weiterer Einkommensarten bzw. dem Verhältnis von Beitrags- zu Steuerfinanzierung greifen die Szenarien zentrale Reform-Elemente der in der gesundheitspolitischen Diskussion befindlichen Konzepte auf. Um eine größtmögliche diesbezügliche Vergleichbarkeit der Szenarien zu erreichen, bleiben weitere, teilweise ebenfalls gewichtige Reform-Elemente der Konzepte der politischen Parteien unberücksichtigt, insoweit diese nicht in allen Konzepten einen vergleichbaren Stellenwert haben.[1]

1 Hierzu zählen insbesondere Veränderungen der beitragsfreien Familienversicherung, wie sie das Modell von Bündnis 90/Die Grünen vorsieht, sowie die sogenannte „Summenparität“ zwischen Versicherten- und Arbeitgeberbeiträgen in Verbindung mit einer lohnsummenbezogenen Bemessung der Arbeitgeberbeiträge (ohne Bemessungsgrenze) im Konzept der SPD. Die Vergleichbarkeit der Szenarien würde zudem auch dadurch eingeschränkt, dass sich die Verteilungswirkungen einer solchen „Summenparität“ (direkt auf die Unternehmen, mittelbar aber auch auf private Haushalte) nur sehr begrenzt im Rahmen eines auf private Haushalte bezogenen Mikrosimulationsmodells darstellen lassen.

2.3 Referenz-Szenario und erweitertes Referenz-Szenario

Aufgabe des Referenz-Szenarios

Um die Auswirkungen von Reform-Szenarien aufzuzeigen, wird zunächst ein Referenz-Szenario festgelegt, gegenüber dem Veränderungen gemessen werden. Dieses Referenz-Szenario gründet auf der aktuellen Rechtslage hinsichtlich des Versichertenkreises und der Beitragsbemessung. Es liefert damit die erforderlichen Vergleichswerte hinsichtlich der Finanzierungs- und Verteilungswirkungen.

Kennzeichen des Referenz-Szenarios

Das Referenz-Szenario ist entsprechend der gegenwärtigen Rechtslage gekennzeichnet durch die Kombination aus

- einkommensabhängigen Beiträgen bei jeweils fixierten, für Mitglieder und Zuschussgeber (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger) unterschiedlichen Beitragssätzen (d. h. ohne Beitragssatzwettbewerb),
- einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen oder Prämien (mit Beitragswettbewerb, bislang ohne nennenswerten Finanzierungsbeitrag),
- pauschalen Steuerzuschüssen an den Gesundheitsfonds, die zur Leistungsfinanzierung herangezogen werden und
- einem steuerfinanzierten Sozialausgleich für Mitglieder, bei denen der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent ihrer beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt (bislang ohne Anwendung).

Basis des gegenwärtigen Finanzierungssystems

Das durch die gegenwärtige Rechtslage beschriebene Finanzierungssystem basiert, wie durch das Referenz-Szenario beschrieben, auf vier Säulen der Beitrags- und der Steuerfinanzierung. Von diesen hatten bislang zwei – einkommensunabhängige Zusatzbeiträge und steuerfinanzierter Sozialausgleich – gemessen an ihrem Finanzierungsbeitrag für das Gesamtsystem kaum Relevanz.

Simulation im erweiterten Referenz-Szenario

Daher wurde in einem erweiterten Referenz-Szenario die Situation simuliert, dass – wie es längerfristig der ursprünglichen Intention der GKV-Finanzierungsgesetzes entspricht – die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge einen spürbaren Anteil an der Finanzierung in der GKV haben. Dementsprechend kommt es in diesem Szenario auch zu einem zusätzlichen Finanzierungsbeitrag aus Steuermitteln im Rahmen des Sozialausgleichs (gemäß § 242b SGB V).

Deckungsquote des Gesundheitsfonds

Konkrete Festlegungen, welcher Anteil des Finanzierungsvolumens längerfristig auf einkommensunabhängige Zusatzbeiträge entfallen soll, liegen nicht vor. In der ersten Fassung (gemäß GKV-WSG) noch ohne steuerfinanzierten Sozialausgleich war vorgesehen, dass die Deckungsquote des Gesundheitsfonds 95 Prozent nicht unterschreiten sollte. Damit war für die kassenindividuellen Zusatzbeiträge ein Finanzierungsvolumen von maximal 5 Prozent des Mittelbedarfs vorgesehen, aktuell wären dies rund 9 Milliarden Euro oder monatlich circa 14,50 Euro durchschnittlich je Mitglied.

SVR-Szenarien zu Zusatzbeiträgen

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat in seinem jüngsten Jahresgutachten Szenarien einer Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge untersucht (vgl. SVR 2012: 354 ff.). Dabei geht er davon aus, dass längerfristig – betrachtet werden die Jahre 2025 und 2040 – der heutige einkommensabhängige Arbeitnehmerbeitrag vollständig durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge ersetzt wird. In einem alternativen Szenario hat er berechnet, dass der Finanzierungsanteil der Zusatzbeiträge bei fixiertem Beitragssatz nur in dem Ausmaß wächst, in dem die für die Zukunft projizierten Ausgaben die projizierten Einnahmen übersteigen. Unter diesen Annahmen erhöht sich der Finanzierungsanteil der einkommensunabhängigen Beitragszahlungen nur allmählich auf etwa 5 Prozent der GKV-Einnahmen im Jahr 2020 und auf knapp 20 Prozent der GKV-Einnahmen im Jahr 2060.

Nachteil des alternativen SVR-Szenarios

Das zuletzt erwähnte Szenario des Sachverständigenrates (SVR) entspricht den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Im Hinblick auf die hier vorgesehene Szenarienbetrachtung nachteilhaft wäre bei einem solchen Ansatz, dass die Ergebnisse sehr stark von den Projektionen der zukünftigen Einnahmen und Ausgaben abhängen. Außerdem wäre die angestrebte Vergleichbarkeit mit den Reform-Szenarien bezogen auf ein aktuelles Referenzjahr nicht mehr möglich, weil das Ausmaß, in dem die für die Zukunft projizierten Ausgaben die projizierten Einnahmen übersteigen, stark vom gewählten zukünftigen Betrachtungszeitpunkt abhängt.

Alternativer Ansatz dieser Studie

Für diese Studie wurde daher als alternativer Ansatz der Finanzierungsanteil der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge am gesamten Mittelbedarf auf ein Drittel festgelegt. Dies entspricht dem längerfristig angestrebten Finanzierungsanteil der steuerfinanzierten Säule, wie er im Zusammenhang mit dem SPD-Konzept diskutiert wurde und auch einem der hier betrachteten Reform-Szenarien zugrunde gelegt wird (s. u.). Die Vergleichbarkeit der Szenarien wird vergrößert, wenn für sie alle derselbe Finanzierungsanteil der jeweils in dem Szenario ausgeweiteten Finanzierungssäule unterstellt wird. Dieser Finanzierungsanteil (von jeweils einem Drittel) kann dann einheitlich auf der Basis der Ausgangswerte im Referenzjahr bestimmt werden, weil er an keinen spezifischen Zeitpunkt in der Zukunft gebunden ist, sondern jeweils einen prinzipiellen (längerfristigen) Zielwert darstellt.

Ausgestaltung des Sozialausgleichs ...

Die Ausgestaltung des Sozialausgleichs, vor allem die Regeln, nach denen die Belastung durch Zusatzbeiträge gemindert wird, entspricht im erweiterten Referenz-Szenario ebenfalls der gegenwärtigen Rechtslage. Dabei ist jedoch die aktuell gültige prozentuale Belastungsgrenze (2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen gemäß § 242b Abs. 1 SGB V) aufgrund der deutlich erhöhten Zusatzbeiträge so anzupassen, dass die maximale prozentuale Gesamtbelastung des Referenz-Szenarios (Mitgliederanteil des Beitragssatzes plus Belastungsgrenze) konstant bleibt.

... inklusive fiskalischer Gegenfinanzierung

Um den zusätzlichen Steuermittelbedarf für den Sozialausgleich in die Verteilungsanalysen einbeziehen zu können, ist es erforderlich, trotz des Nonaffektationsprinzips eine explizite fiskalische „Gegenfinanzierung“ zu definieren. Im Hinblick auf die Operationalisierbarkeit damit verknüpfter Verteilungswirkungen wird für diese Gegenfinanzierung die Form einer Mehrbelastung durch direkte bzw. Personensteuern (Einkommensteuer) gewählt.

Gestaltungsoptionen zur Erhöhung der Einkommensteuer

Für eine Erhöhung der Einkommensteuer gibt es wiederum mehrere Gestaltungsmöglichkeiten, so z. B. Veränderung der Steuersätze und des Tarifverlaufs oder Anpassungen der Progressionsstufen und/oder des Grundfreibetrags. Als relativ pragmatische Variante wird für diese Studie die Erhöhung des Solidaritätszuschlags bzw. die Erhebung eines analogen „Gesundheits-Soli“ gewählt, denn dieser bezieht sich auf die Steuerschuld („festgesetzte Einkommensteuer“) des Steuerpflichtigen. Damit können Anpassungen am Tarifwerk, deren genaue Ausgestaltung schwer zu ermitteln wäre, unterbleiben. Der progressive Belastungscharakter bleibt gewährleistet, weil sich die Steuerschuld aus dem progressiven Einkommensteuertarif herleitet. Ein weiterer Grund für die Finanzierung über einen „Soli-Zuschlag“ ist ein umsetzungstechnischer: Das Steueraufkommen aus dem Solidaritätszuschlag fließt zu 100 Prozent an den Bund und steht somit unmittelbar einem (bundeseinheitlich gestalteten) Zuschusssystem zur Verfügung, während die Einkommensteuer zu 42,5 Prozent den Ländern und zu 15 Prozent den Gemeinden (Vorwegabzug) zufließt.

Gegenfinnazierung hier durch „Gesundheits-Soli“

Keine Änderung im Vergleich zum Status quo

Darüber hinaus gibt es in dem erweiterten Referenz-Szenario keine Änderung im Vergleich zum Status quo, insbesondere bleibt es beim heutigen Versichertenkreis, sodass dieses Szenario kein Reform-Szenario im Sinne der „Integrierten Krankenversicherung“ darstellt. Stattdessen liefert dieses Szenario eine zusätzliche Referenzbasis für die Reform-Szenarien, um deren Finanzierungseffekte zu quantifizieren und darzustellen.

2.4 Reform-Szenarien

Zentrales Merkmal der Reform-Szenarien: Ausweitung des Versichertenkreises

Zentrales Merkmal sämtlicher der nachfolgend betrachteten Reform-Szenarien ist – gemäß dem Konzept der „Integrierten Krankenversicherung“ – die Ausweitung des Versichertenkreises auf die gesamte Wohnbevölkerung. Daher ist für die Reform-Szenarien ein entsprechend erhöhter Mittelbedarf anzusetzen, der die zusätzlichen Krankenversicherungsausgaben für die ehemals privat Versicherten umfasst.

2.4.1 Grundsätze der Beitragsbemessung

Berechnungskriterien für Reform-Szenarien

Für die Reform-Szenarien wurde das Regelwerk zur Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen für alle Personengruppen im Hinblick darauf vereinheitlicht, dass es in einer integrierten Krankenversicherung keine Unterscheidung mehr zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten gibt.[2] Die Beitragsbemessung differenziert daher nur noch nach Einnahmearten, während sich eine Differenzierung nach sozioökonomischem Status allenfalls mittelbar ergibt, insoweit bestimmte berufliche bzw. soziale Stellungen mit spezifischen Einnahmearten korrelieren. Auf individueller Ebene kann dies entsprechend zu einer veränderten Abgrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen führen.

2 In einer früheren Studie konnte gezeigt werden, wie eine Beibehaltung der Unterscheidung zwischen Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten in einem integrierten Krankenversicherungssystem zu Widersprüchlichkeiten und Inkonsistenzen führt (vgl. Albrecht et al. 2006).

Übernahme der Regeln für Pflichtversicherte

Grundsätzlich gilt für die Beitragsbemessung, dass die heute gültigen Regeln für Pflichtversicherte so weit wie möglich übernommen werden. Dies ist allerdings nicht in jedem Fall möglich, ansonsten wären beispielsweise Selbstständigeneinkünfte nicht beitragspflichtig, da hauptberuflich Selbstständige heute nur freiwillig GKV-Mitglieder sein können. Daher werden die Beitragsgrundlagen im Vergleich zum Status quo teilweise ausgeweitet, sodass nun bei allen Personen erzielte Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit berücksichtigt werden. Mit dem Verzicht auf personengruppenbezogene Beitragsregeln entfallen somit auch Mindestbeiträge, wie sie im Status quo vor allem für Selbstständige galten.

In Anlehnung an die Regelungen zur geringfügigen Beschäftigung werden Lohneinkommen bis zu einer Geringfügigkeitsschwelle von monatlich 400 Euro auch in den Reform-Szenarien für Arbeitnehmer beitragsfrei gestellt.

Rangfolge der Einnahmearten

Bei der Beitragsbemessung ist zu berücksichtigen, dass Personen gleichzeitig Einnahmen unterschiedlicher Art beziehen können. Daher ist die Rangfolge der Einnahmearten bei der Beitragsveranlagung relevant, da nur bestimmte Einnahmearten (Arbeitsentgelt, gesetzliche Renten) bezuschusst werden (durch Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger). Die Rangfolge wird für alle Reform-Szenarien so festgelegt, dass zuschussfähige Einnahmen priorisiert werden und damit die Beitragszuschüsse stets die maximale Höhe erreichen (vgl. Albrecht et al. 2006: 21).

Wiederherstellung der paritätischen Beitragsteilung

Schließlich wird für alle Reform-Szenarien die Wiederherstellung der paritätischen Beitragsteilung angenommen, d. h. Mitglied und Arbeitgeber (bzw. Zuschussgeber) entrichten auf die zuschussfähigen beitragspflichtigen Einnahmen jeweils die Hälfte des Beitragssatzes. Der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent gemäß § 249 Abs. 1 SGB V entfällt.

2.4.2 Reform-Szenario 1: Dynamisierung der Zusatzbeiträge

Reform-Element des 1. Reform-Szenarios

Das erste Reform-Szenario entspricht hinsichtlich der Finanzierungssäulen dem erweiterten Referenz-Szenario, d. h., es setzt an der gegenwärtigen Rechtslage an, unterstellt aber einen Finanzierungsanteil der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge in Höhe eines Drittels des Mittelbedarfs (vgl. Kapitel 5.2). Das Reform-Element dieses Szenarios besteht darin, dass der Versichertenkreis gemäß dem Grundkonzept der „Integrierten Krankenversicherung“ die gesamte Wohnbevölkerung umfasst, also auch die heutigen Privatversicherten. Entsprechend steigt der Mittelbedarf. Für die ehemals privat Versicherten werden hierzu zunächst die individuell „passenden“ GKV-Ausgaben (gemäß den alters- und geschlechtsdifferenzierten Durchschnittsbeträgen) ermittelt und aggregiert (vgl. Kapitel 4.2). In einem zweiten Schritt wird der Mittelbedarf unter der Maßgabe erhöht, dass das (zahn-)ärztliche Honorarvolumen konstant gehalten werden kann (vgl. Kapitel 4.3).

Maßgabe für Ausgestaltung des Sozialausgleichs und ...

Bei der Ausgestaltung des Sozialausgleichs wird gegenüber dem erweiterten Referenz-Szenario keine Änderung vorgenommen – mit der einzigen Einschränkung, dass die Belastungsgrenze auch hier entsprechend der Maßgabe angepasst wird, die maximale prozentuale Gesamtbelastung

im Vergleich zum Referenz-Szenario konstant zu halten. Ebenso unverändert zur heutigen Rechtslage soll der Sozialausgleich im Reform-Szenario 1 Bezug auf die herkömmlich abgegrenzten beitragspflichtigen Einnahmen nehmen.[3]

... fiskalische „Gegenfinanzierung"

Entsprechend dem Vorgehen für das erweiterte Referenz-Szenario wird auch im Reform-Szenario 1 als explizite fiskalische „Gegenfinanzierung" die Erhebung eines „Gesundheits-Soli" simuliert. Das Aufkommen aus diesem „Soli" ist so zu bemessen, dass hiermit der als erforderlich ermittelte Umfang des Sozialausgleichs gedeckt wird.

Höhe des allgemeinen Steuerzuschusses und ...

Von den übrigen zwei Dritteln des Mittelbedarfs, die nicht über das Aufkommen an einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen gedeckt werden, ist zunächst der Anteil zu bestimmen, der durch den allgemeinen Steuerzuschuss des Bundes und die Sonstigen Einnahmen der Krankenkassen[4] finanzierbar ist. Diesbezüglich soll es keine wesentlichen Änderungen im Vergleich zum Status quo bzw. Referenz-Szenario geben.[5]

... des ausgabendeckenden Beitragssatzes

Zur Finanzierung des verbleibenden Rests des Mittelbedarfs ist schließlich ein ausgabendeckender Beitragssatz zu bestimmen. Hierbei werden die Grundsätze der Beitragsbemessung für die Reform-Szenarien zugrunde gelegt (vgl. Kapitel 2.4.1). Im Reform-Szenario 1 bleibt die Beitragspflicht auf erwerbsbezogene Einkommen (Löhne, Gehälter, Renten, Arbeitslosengeld) sowie Arbeitseinkommen (aus selbstständiger Tätigkeit) bis zur (aktuellen) Beitragsbemessungsgrenze beschränkt.

Auf Basis dieser Vorgaben wird die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen für den erweiterten Versichertenkreis bestimmt, aus der sich dann der erforderliche (ausgabendeckende) Beitragssatz berechnen lässt.

2.4.3 Reform-Szenario 2: Dynamisierter Steuerzuschuss zur Leistungsfinanzierung

Ansatz des 2. Reform-Szenarios

Im Fokus des zweiten Reform-Szenarios steht – neben der Ausweitung des Versichertenkreises – der Ansatz, durch eine deutlich stärkere Steuerfinanzierung von Krankenversicherungsleistungen die starke Konzentration der Beitragsgrundlagen auf Lohneinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu verringern. Konkret wird der Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds („Betei-

3 Den Anspruch der früheren Pauschalbeitragsmodelle, durch Verwendung eines anderen, z. B. stärker am Steuerrecht orientierten Einkommensbegriffs die individuelle wirtschaftliche Leistungsfähigkeit umfassender abzubilden und so die Umverteilungswirkungen konsistenter zu gestalten, erfüllt das gegenwärtige System einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge nicht. Ausschlaggebend hierfür war das Ziel, den Aufwand und die politischen Widerstände, die mit einer neuen Art von Umverteilungsbürokratie (individuelle Anspruchsprüfung) zu erwarten gewesen wären, zu vermeiden. Die Beibehaltung der herkömmlichen beitragspflichtigen Einnahmen als Bezugsgröße für den Sozialausgleich ermöglicht dagegen eine Durchführung im Rahmen des etablierten, wenn auch zu erweiternden Quellenabzugsverfahrens.

4 Zu den Sonstigen Einnahmen der Krankenkassen zählen insbesondere Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte (z. B. andere Kostenträger oder private Versicherungen) sowie Zinsen aus Geldanlagen.

5 Für die Höhe des Bundeszuschusses wird die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgegebene langfristige Zielhöhe von 14 Milliarden Euro angesetzt. Unter den Sonstigen Einnahmen der Krankenkassen werden hier auch die Beitragseinnahmen aus geringfügiger Beschäftigung gefasst.

ligung des Bundes an Aufwendungen“) so stark erhöht, dass er ein Drittel des Mittelbedarfs im Referenzjahr deckt.

Einbeziehung anderer Einkommensarten durch einen höheren Steuerzuschuss

Andere Einkommensarten, insbesondere Kapitaleinkünfte, werden durch höhere Steuerzuschüsse indirekt in die Finanzierung des Krankenversicherungssystems einbezogen, denn sie unterliegen der Steuerpflicht und ersetzen in diesem Reform-Szenario einen Teil der Beitragsfinanzierung, die diese Einkommensarten weitgehend ausklammert. Im Unterschied zu den Sozialabgaben gelten für die Steuerbelastung weiterhin Grund- bzw. Sparerfreibeträge, wodurch vor allem geringere Einkommen relativ stärker entlastet werden. Die Belastung ist außerdem progressiv und ohne Bemessungsgrenzen ausgestaltet. Darüber hinaus stellt ein erhöhter und dynamisierter Steuerzuschuss zur Leistungsfinanzierung einen Ansatz dar, weitere Einkommensarten ohne zusätzlichen bürokratischen Aufwand zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems heranzuziehen. Die Feststellung der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sowie die Bemessung von (zusätzlichen) Steuerlasten geschieht ohnehin im allgemeinen Steuer-Transfersystem gemäß den dort etablierten Regelungen.

Definition der fiskalischen Gegenfinanzierung: „Gesundheits-Soli“

Analog zum Vorgehen in den zuvor beschriebenen Szenarien ist für die Erhöhung des Finanzierungsanteils des Steuerzuschusses eine explizite fiskalische „Gegenfinanzierung“ zu definieren. Zum Zwecke der direkten Vergleichbarkeit mit den vorigen Szenarien wird hierfür ebenfalls die Erhebung eines „Gesundheits-Soli“ gewählt. Das Aufkommen aus diesem „Soli“ muss dann einem Drittel des Mittelbedarfs entsprechen abzüglich des bisherigen Steuerzuschusses.

Finanzierung durch Beiträge

Die übrigen zwei Drittel des Mittelbedarfs werden – nach Abzug des durch die Sonstigen Einnahmen finanzierbaren Anteils – im Reform-Szenario 2 durch Beiträge finanziert. Hierfür ist – analog zum Vorgehen im Reform-Szenario 1 – der erforderliche (ausgabendeckende) Beitragssatz zu bestimmen.

Unterschied zwischen 2. Reform-Szenario und SPD-Konzept: „Gesundheits-Soli“ statt Abgeltungssteuer

Das SPD-Konzept für eine Bürgerversicherung enthält als zentrales Reform-Element ebenfalls einen erhöhten Finanzierungsbeitrag des Steuerzuschusses, sieht zur „Gegenfinanzierung“ jedoch keinen „Gesundheits-Soli“, sondern eine Erhöhung der Abgeltungsteuer vor. Hiervon wird – neben dem bereits o. a. Grund der besseren Vergleichbarkeit – auch deshalb abgesehen, weil die Abgeltungsteuer als Finanzierungsquelle schwer modellierbar ist. Die Abgeltungsteuer wird von den Kreditinstituten nicht abgeführt, wenn der Verbraucher einen Freistellungsauftrag für Kapitalerträge bis 801 Euro bzw. 1.602 Euro gestellt hat. Auch bei Kapitalerträgen, die darüber hinaus gehen, fällt keine Abgeltungsteuer an, wenn der Bezieher eine sogenannte Nichtveranlagungsbescheinigung beantragt und voraussichtlich nicht zur Einkommensteuer veranlagt wird, weil zum Beispiel nur geringe Einkünfte erzielt wurden. Zu diesem Personenkreis zählen in den meisten Fällen Rentner, Studierende und auch teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer. Schließlich besteht die Möglichkeit, in der Steuererklärung die Einkünfte aus Kapitalvermögen anzugeben. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn der persönliche Steuersatz unterhalb des Abgeltungssteuersatzes liegt. Welche dieser drei Varianten gewählt wird, hängt unter anderem von den Verhaltens-

dispositionen der Bezieher von Kapitalerträgen ab. Es lässt sich daher nicht regelhaft von einem bestimmten Einkommen auf ein bestimmtes Verhalten seiner Bezieher schließen. Dies erschwert eine empiriegestützte Simulation.[6]

2.4.4 Reform-Szenario 3: Beitragspflicht auf andere Einkommensarten

Ansatz des 3. Reform-Szenarios

Reform-Szenario 3 gestaltet sich spiegelbildlich zum zweiten: Die Beitragspflicht wird auf alle Einkunftsarten der Versicherten ausgeweitet, während aus Steuermitteln keinerlei Finanzierungsbeiträge mehr vorgesehen sind. Insgesamt ist in diesem Reform-Szenario somit nahezu der gesamte Mittelbedarf über den Beitragssatz zu finanzieren. Als einzige weitere Finanzierungssäule bleiben die Sonstigen Einnahmen der Krankenkassen.[7]

Verbreiterung der Finanzierungsgrundlagen durch Ausweitung der Beitragspflicht

Neben der Ausweitung des Versichertenkreises wird in diesem Szenario eine Verbreiterung der Finanzierungsgrundlagen des Krankenversicherungssystems dadurch erreicht, dass auf bislang nicht beitragspflichtige Einnahmen – insbesondere Kapitalerträge und Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung – Beiträge erhoben werden. Der Mittelbedarf der integrierten Krankenversicherung wird nahezu vollständig über einkommensabhängige Beiträge finanziert.

Berücksichtigung negativer Einkünfte durch …

Insbesondere bei den Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalerträgen stellt sich die Frage, inwieweit negative Einkünfte bei der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt werden. Grundsätzlich stehen hierbei zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

… Ansetzung mit null …

1. Negative Einkünfte werden bei der Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen ignoriert, d. h. mit null angesetzt. Damit wird anerkannt, dass die entsprechenden Einkünfte die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht erhöhen. Nicht berücksichtigt wird dabei, dass diese die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit senken.

… und Verrechnung mit sonstigen Einnahmen

2. Negative Einkünfte werden mit den sonstigen beitragspflichtigen Einnahmen verrechnet. Damit entsprechen die beitragspflichtigen Einnahmen dem Saldo der Einkünfte über alle Einkunftsarten. Ist der Saldo negativ, wird er auf null gesetzt.

Negative Einkünfte in Szenario 3 unberücksichtigt

In dem Reform-Szenario 3 bleiben negative Einkünfte unberücksichtigt. Dies hat mehrere Gründe. So wirft die Berücksichtigung negativer Einkünfte bei der Beitragsbemessung eine Reihe komplexer konzeptioneller Fragen auf.[8] Negative Einkünfte haben aber in den SOEP-Daten nur eine geringe

6 Darüber hinaus erscheint auch die Erhebungsgrundlage der Abgeltungsteuer nicht langfristig gesichert. Bislang gilt nämlich bei der Abgeltungsteuer eine Ausnahmeregelung für Lebensversicherungen: Wird die Versicherungsleistung nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und nach Ablauf von zwölf Jahren nach Vertragsabschluss ausgezahlt, ist die Hälfte des Unterschiedsbetrags zwischen der Versicherungsleistung und der Summe der auf sie entrichteten Beiträge als Einkünfte aus Kapitalvermögen anzusehen und dann mit dem individuellen Steuersatz zu versteuern. Es gibt Bestrebungen, diese Regelung mit denselben Vorgaben auch auf Investmentfonds anzuwenden. Dieser Fall könnte das Ende der Abgeltungsteuer bedeuten, weil dann zu erwarten wäre, dass zahlreiche Kapitalanlagen in eine fondsähnliche Form gebracht würden, um unter die Ausnahmeregelung zu fallen.

7 Mit dem Ausbau der Beitragsfinanzierung und dem vollständigen Verzicht auf Steuerfinanzierung im dritten Szenario werden zentrale Elemente aus dem Reformkonzept von Bündnis 90/Die Grünen aufgegriffen.

8 Vgl. hierzu ausführlicher Albrecht et al. 2006: 30 ff.

empirische Relevanz, sodass es in bisherigen Simulationsberechnungen vertretbar erschien, die Modellierungen nicht mit diesen komplexen konzeptionellen Fragen zu belasten.[9] Hinzu kommt, dass negative Einkünfte auch gegenwärtig bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder – bei der eine Berücksichtigung prinzipiell möglich wäre – nicht berücksichtigt werden.[10]

Verteilungswirkungen durch …

Aufgrund der fast ausschließlichen Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge hängen die Aufkommens- und Verteilungswirkungen des Reform-Szenarios 3 stark von der Anzahl und Höhe der Beitragsbemessungsgrenzen ab.

… zusätzliche separate Beitragsbemessungsgrenze

- Für die weiteren Einkommensarten, insbesondere für Vermögenseinkommen, könnte eine zusätzliche separate Beitragsbemessungsgrenze vorgesehen werden („2-Säulen-Modell“). Damit ließe sich vermeiden, dass Vermögenseinkommen faktisch nur einen geringen Finanzierungsbeitrag leisten, weil in vielen Fällen durch die schon bisher beitragspflichtigen lohnbezogenen Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze erreicht sein dürfte. Das Gutachten von Rothgang et al. hat in einer Variante eine solche separate Beitragsbemessungsgrenze in gleicher Höhe modelliert (Rothgang et al. 2010: 90 ff.). Dies führt bei Haushalten, bei denen die Vermögenseinkommen in etwa gleich hoch sind wie die Arbeitseinkommen, zu einer effektiven Verdopplung der Beitragsbemessungsgrenze. Die Berechnungen des Gutachtens ergaben jedoch einen nur geringen Gesamteffekt auf den Beitragssatz. Daher wird hier von einem 2-Säulen-Ansatz abgesehen.

… Anhebung und Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze

- Betrachtet werden zwei Varianten: eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau in der gesetzlichen Rentenversicherung (West) sowie eine vollständige Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Die zweite Variante erscheint unter Umsetzungsgesichtspunkten weniger realistisch, stellt aber wirkungsbezogen einen Ersatz für die Simulation eines „2-Säulen-Modells“ dar.

Keine Berücksichtigung von Freibeträgen

Des Weiteren wurde bei der Bestimmung der beitragspflichtigen Vermögenseinkommen kein Sparerfreibetrag bzw. Sparerpauschbetrag (2010: 801 Euro für Alleinstehende bzw. 1.602 Euro für Ehepaare p. a.) berücksichtigt. Für die Beitragsfinanzierung, die hier klar von der Steuerfinanzierung abgegrenzt werden soll, wären Freibeträge untypisch.

9 Vgl. Albrecht et al. 2006: 32 f.; Rothgang et al. 2010: 15.

10 „Bei der Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen ist eine Zusammenrechnung positiver und negativer Einkünfte unterschiedlicher Einkunftsarten (vertikaler Verlustausgleich) nicht zulässig. Dies gilt auch, wenn der Verlustausgleich nur für Einkunftsarten geltend gemacht wird, die allein bei freiwillig Versicherten, nicht dagegen bei versicherungspflichtigen Mitgliedern beitragspflichtig sind (z. B. die Saldierung von Kapitaleinkünften mit negativen Einkünften aus Vermietung)“ (vgl. GKV-Spitzenverband 2008: 26).

3 Methodischer Ansatz und Datengrundlagen

Quantitaive Schätzung zur Ermittlung von …

Für die beschriebenen Reform-Szenarien wurden Finanzierungseffekte und Verteilungswirkungen durch mikrodatengestützte Simulationsrechnungen quantitativ geschätzt.

… Finanzierungseffekten und …

- Um die **Finanzierungseffekte** zu ermitteln, werden für jedes Reform-Szenario die Rahmendaten der Finanzierungsstruktur berechnet. Das insgesamt zur Ausgabendeckung erforderliche Finanzvolumen ist dabei für alle Reform-Szenarien gleich (vgl. Kapitel 4). Abhängig von den jeweiligen szenario-spezifischen Vorgaben werden Höhe bzw. Aufkommen von einkommensabhängigen Beiträgen, einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen und steuerfinanzierten Zuschüssen (zur direkten Leistungsfinanzierung oder zur Subventionierung von Beitragszahlern) bestimmt. Damit verknüpft ist – je nach Szenario – die Quantifizierung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten sowie der Höhe der Beitragssätze bzw. eines Steuersatzes („Gesundheits-Soli"). Es werden jeweils die Veränderungen dieser Größen im Vergleich zu den Referenz-Szenarien ermittelt.

… Verteilungswirkungen

- Um die **Verteilungswirkungen** zu ermitteln, wird berechnet, wie sich die finanzielle Situation der Versicherten in den Reform-Szenarien im Vergleich zu den Referenz-Szenarien verändert. Dabei ist – je nach Szenario – die finanzielle Belastung sowohl durch Beiträge als auch durch direkte Steuern zu ermitteln. Darüber hinaus wird nicht nur die Belastung durch die Krankenversicherung, sondern auch die Veränderung der Gesamtbelastung durch Steuern und Abgaben betrachtet.

Verteilungswirkungen aus Sicht der Versicherten

Die Verteilungswirkungen werden ausschließlich aus Perspektive der Versicherten dargestellt. Hierbei wird als zentrale Berichtseinheit die Bedarfsgemeinschaft gewählt, die in den meisten Fällen mit der Einheit Haushalt im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) übereinstimmt.[11] Eine Bedarfsgemeinschaft kann dabei ein oder mehrere beitragszahlende Mitglieder umfassen sowie ggf. beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige.

Differenzierung nach Personengruppen

Die Differenzierung von Verteilungswirkungen nach bestimmten sozioökonomischen Personengruppen wird teilweise dadurch erschwert, dass in der Realität Bedarfsgemeinschaften hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Merkmale und ihres Versichertenstatus „gemischt" sind. Beispielsweise kann sich eine Bedarfsgemeinschaft aus einer privat versicherten Beamtin, einem gesetzlich versicherten Angestellten, einem gesetzlich versicherten (erwachsenen) Kind, das ebenfalls angestellt tätig ist, und einem beitragsfrei mitversicherten Kind zusammensetzen. Hinzu kommt, dass einige Einkommensangaben im SOEP nur bezogen auf einen Haushalt insgesamt vorliegen und ihre Verteilung auf die einzelnen Mitglieder des Haushalts bzw. der Bedarfsgemeinschaft geschätzt werden muss. Steuerbelastungen sind zudem nicht nur im SOEP, sondern auch in der Realität häufig nur für Bedarfsgemeinschaften insgesamt definierbar; dies betrifft insbeson-

11 Eine Bedarfsgemeinschaft nach SGB II ist dadurch gekennzeichnet, dass die Personen in einem Haushalt „füreinander einstehen" bzw. sich „im Rahmen ihrer Möglichkeiten unterstützen", wenn ein oder mehrere Mitglieder der Gemeinschaft in eine Situation der Hilfsbedürftigkeit geraten.

dere die gemeinschaftliche steuerliche Veranlagung von Ehepartnern im Zusammenhang mit dem sogenannten Ehegattensplitting.

Betrachtung von „Beitragszahler-Einheiten"

Um Verteilungswirkungen differenziert für ausgewählte sozioökonomische Gruppen zu ermitteln, wird unterhalb der Berichtsebene der Bedarfsgemeinschaften die Ebene der „Beitragszahler-Einheiten" betrachtet. Dabei handelt es sich um einzelne beitragszahlende Mitglieder, denen ggf. beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige zugeordnet werden. Demnach kann eine Bedarfsgemeinschaft aus einer oder mehreren Beitragszahler-Einheiten bestehen. Die haushaltsbezogenen Beträge an Einkommen und Steuern werden dann anteilig den Beitragszahler-Einheiten zugeordnet.

Darstellung nach Einkommensklassen

Die Verteilungseffekte werden grundsätzlich nach Einkommensklassen dargestellt. Ergänzend werden die Besetzungsstärken der jeweiligen Einkommensklassen ermittelt, um weitergehende Aussagen zur empirischen Relevanz unterschiedlicher Verteilungswirkungen zu ermöglichen.

Datengrundlage der Mikrosimulation bildet das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung (Panel) privater Haushalte in Deutschland, die seit 1984 jährlich durchgeführt wird (vgl. beispielsweise Frick et al. 2008). Seit dem Jahr 2000 stehen Informationen von mehr als 20.000 Individuen zur Verfügung.

SOEP-Welle 2011 als Datengrundlage 1

Derzeit stehen die Daten der SOEP-Welle des Jahres 2011 zur Verfügung. Allerdings enthält diese Welle nur die monatlichen Einnahmen bis zum Befragungszeitpunkt sowie retrospektiv die Einnahmen der Befragten für das gesamte Jahr 2010. Das Jahr 2010 ist damit das zum Untersuchungszeitpunkt aktuellste Jahr, für das Einkommensdaten vollständig im SOEP vorliegen. Daher wurde dieses Jahr als Basisjahr für die Mikrosimulation gewählt. Die Daten des Jahres 2010 wurden längsschnittlich mit den Einkommensinformationen aus der nachfolgenden Welle 2011 verknüpft.

Anpassung an amtliche Daten 2010

Bestimmte Niveau- und Strukturvariablen aus den hochgerechneten Ergebnissen der Auswertungen des SOEP wurden an die amtlichen Daten für das Jahr 2010 angepasst. Dies betraf insbesondere die Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, die gemäß der KJ 1-Statistik adjustiert wurden. Des Weiteren wurden den Hochrechnungen der Mikrodaten die Werte der offiziellen Statistiken über die Anzahl der Mitglieder und der Familienversicherten in der GKV sowie der PKV zugrunde gelegt.[12]

Grundlage für Berechnung von KV-Beiträgen

Für zentrale Rahmendaten der Berechnung von Krankenversicherungsbeiträgen wurden ebenfalls die Werte des Jahres 2010 verwendet: Die Beitragsbemessungsgrenze wurde entsprechend auf 3.750 Euro monatlich festgelegt, die Bezugsgröße (für Mindestbeiträge) auf 2.555 Euro monatlich. Das Regelwerk für die Beitragsbemessung, das dem Referenz-Szenario zugrunde liegt, wurde an den aktuellen Rechtsstand angepasst. Bei der Simulationsrechnung wird von einer sofortigen Umsetzung der Szenarien ausgegangen, zeitlich gestreckte Übergange wurden nicht modelliert.

12 Datengrundlage für die Hochrechnung der GKV-Versicherten bildete die KM 6-Statistik und für die Hochrechnung der PKV-Versicherten der Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung.

4 Festlegung des Mittelbedarfs

Identischer Mittelbedarf als Vergleichsbasis

Zum Zweck der Vergleichbarkeit der Finanzierungswirkungen wird allen Reform-Szenarien ein identisches zu finanzierendes Ausgabenvolumen bzw. ein identischer Mittelbedarf zugrunde gelegt. Die Analyse der Finanzierungseffekte richtet sich auf die Frage, wie und aus welchen Quellen dieses (jeweils identische) Ausgabenvolumen in den einzelnen Szenarien durch Einnahmen gedeckt wird und welche unterschiedlichen Verteilungswirkungen sich hieraus für die Versicherten ergeben.

Bestandteile des Mittelbedarfs

Der allen Szenarien zugrunde gelegte Mittelbedarf wird bestimmt durch die drei Bestandteile:

- Ausgaben für die heutigen GKV-Versicherten,
- Ausgaben für die heutigen PKV-Versicherten,
- zusätzliche Ausgaben durch Anpassungen von Leistungs- bzw. Vergütungsniveaus,

deren Ermittlung im Folgenden kurz erläutert wird.

4.1 Ausgaben für die heutigen GKV-Versicherten

Die GKV-Ausgaben betrugen in dem für die Berechnungen gewählten Basisjahr 2010 gemäß der KJ 1-Statistik insgesamt 173,5 Milliarden Euro.

Tabelle 2: Ausgaben der GKV (ohne LKK), 2010

Ausgabenbereich	in Tsd. Euro
Leistungsausgaben	162.743.427
(Netto-)Verwaltungskosten	9.390.338
Sonstige Ausgaben	1.410.972
insgesamt	**173.544.737**

Quelle: IGES Institut GmbH nach KJ 1-Statistik des BMG

Für die Abgrenzung der Ausgaben gilt Folgendes:

Nichtberücksichtigung der LKK-Versicherten

- Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) werden in die Berechnungen nicht einbezogen. Hierbei handelte es sich im Jahr 2010 um rund 813 Tausend Personen (entspricht ca. 1,2 Prozent aller GKV-Versicherten). Die Beitragsgestaltung in den LKKn unterscheidet sich grundlegend von der Beitragsgestaltung in der GKV. Die Beiträge für Landwirte sind weder strikt einkommensproportional noch pauschaliert, insbesondere beziehen sie sich deutlich weniger auf Arbeitseinkommen.

Berücksichtigung aller Ausgabenpositionen

- Ansonsten werden keine Ausgabenpositionen ausgeschlossen. In früheren Studien wurde häufig die Finanzierung des Krankengeldes separat betrachtet (vgl. Albrecht et al. 2006: 33 ff.,

37). Ausschlaggebend hierfür waren primär die Szenarien mit einer vollständigen Umstellung der Finanzierung auf einkommensunabhängige Beiträge. Während bei einkommensabhängigen Beiträgen das Krankengeld heute für einen Rest an Äquivalenzprinzip steht – in der Anfangszeit der GKV war es die Hauptleistung –, lassen sich bei einer vollständigen Umstellung auf einkommensunabhängige Pauschalbeiträge einkommensproportional gestaltete Leistungen gar nicht mehr begründen.[13]

Maßgabe für Sonstige Ausgaben

- Sonstige Ausgaben der Krankenkassen entsprechen den KJ 1-Positionen der Kontenklasse 6. Hierzu zählen unter anderem Ausgaben bei Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen, Aufwendungen durch Verluste der Aktiva, Ausgaben für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen nach § 265a SGB V (finanzielle Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse), Aufwendungen für Schuldzinsen und Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte sowie Korrekturbedarfsbeträge für Risikostrukturausgleich und Risikopool.

4.2 Ausgaben für die heutigen PKV-Versicherten

Prämisse und …

Für die heutigen PKV-Versicherten wird in den Szenarien einer integrierten Krankenversicherung (zunächst) dasselbe Leistungsniveau unterstellt wie für die bereits heute in der GKV Versicherten. Die damit verbundenen Ausgaben für die heute PKV-Versicherten sind demnach auf Grundlage der Erfahrungswerte der GKV zu berechnen.

… Datengrundlage für PKV-Versicherte

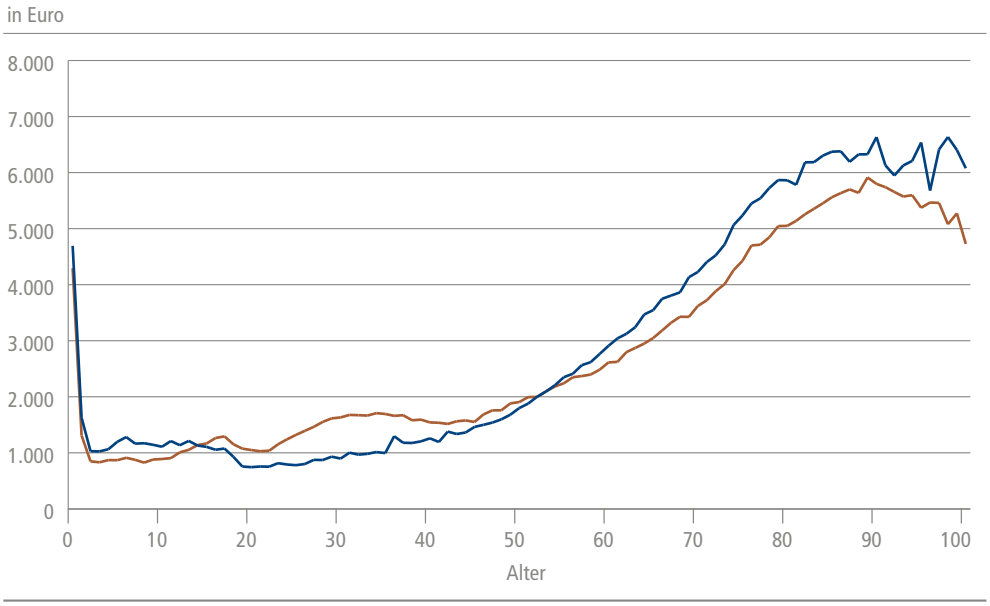
Als Datengrundlage hierfür werden die GKV-Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs (RSA) herangezogen (Abbildung 1). Seit dem Jahr 2009 gilt zwar ein veränderter, stärker morbiditätsbezogener Risikostrukturausgleich. Das Bundesversicherungsamt (BVA) berechnet dennoch weiterhin auf Stichprobenbasis die alters- und geschlechtsabhängigen Ausgabenprofile für die Hauptleistungsbereiche (ambulant, stationär). Daraus lassen sich auf der Grundlage der Inanspruchnahmehäufigkeiten der GKV-Versicherten gemäß SOEP-Daten – nach Summenabstimmung auf das Ausgabenniveau gemäß der KJ 1-Statistik in Höhe von 173,5 Milliarden Euro – alters- und geschlechtsspezifische Gesamtausgaben je Krankenhaustag und je Arztbesuch berechnen.

Berücksichtigung der Leistungsinanspruchnahme

Den Daten des SOEP lässt sich nun auf individueller Ebene die Anzahl der Krankenhaustage bzw. der Arztbesuche der PKV-Versicherten entnehmen. Diese Häufigkeiten der Inanspruchnahme stationärer bzw. ambulanter Versorgung wurden dann in einem zweiten Schritt mit den zuvor ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Ausgaben je Krankenhaustag bzw. je Arztbesuch bewertet. Über die individuell unterschiedliche Leistungsinanspruchnahme werden dabei Morbiditätsunterschiede der Versicherten implizit erfasst.

13 Die LKKn legen in ihren Satzungen Beitragsklassen und Beitragsmaßstäbe für die Zuordnung zu einer der Beitragsklassen fest. Beitragsmaßstab kann der Wirtschaftswert des Unternehmens, der Arbeitsbedarf oder z. B. der Flächenwert sein. Arbeitseinkommen unterliegt nur der Beitragspflicht, wenn es neben einer gesetzlichen Rente oder neben Versorgungsbezügen erzielt wird.

Abbildung 1: Durchschnittliche Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht in der GKV (ohne Krankengeld), 2010



Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis der Daten des BVA | BertelsmannStiftung

Ausgaben für PKV-Versicherte

Gemäß dem beschriebenen Vorgehen errechnen sich für die PKV-Versicherten Ausgaben in Höhe von rund 22,8 Milliarden Euro. Um diesen Betrag steigt demnach der Mittelbedarf, wenn der Versichertenkreis um die gegenwärtig privat Versicherten erweitert wird und diese – bei unveränderter Leistungsinanspruchnahme – Ausgaben auf dem „Preisniveau" der GKV verursachen. Pro Kopf ergeben sich somit in etwa gleich hohe Ausgaben p. a. für die gegenwärtig privat und gesetzlich Versicherten (2.560 Euro je Versicherten gegenüber 2.515 Euro). Die tatsächlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Vollversicherte in der PKV lagen im Jahr 2010 dagegen bei durchschnittlich rund 3.300 Euro.[14]

4.3 Zusätzliche Ausgaben durch Anpassungen von Leistungs- bzw. Vergütungsniveaus

Beitragssenkungspotenzial bei PKV-Versicherten durch …

Die These einer wesentlichen finanziellen Entlastung bzw. Stabilisierung des Krankenversicherungssystems durch eine Integration von GKV und PKV fußt auf den Annahmen, dass das Versichertenkollektiv der PKV eine Selektion „guter Risiken" darstellt, indem es durch überdurch-

14 Eigene Schätzung auf Basis von Niehaus (2010: 4), der auf Basis der Kopfschadenstatistik Ausgaben von durchschnittlich 3.047 Euro je Vollversicherten im Jahr 2008 ermittelt. Schreibt man diesen Wert im Ausmaß des Anstiegs der Versicherungsleistungen vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2010 gemäß dem PKV-Zahlenbericht (+8,5 Prozent) fort, erhält man Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von 3.307 Euro.

schnittlich hohe Einkommen bei nur unterdurchschnittlicher Morbidität gekennzeichnet ist. Aus der Kombination beider Eigenschaften ergibt sich ein Beitragssatzsenkungspotenzial.

… Vergütung auf GKV-Niveau und …

… geringere Leistungsausgaben für PKV-Versicherte

Bei früheren (Simulations-)Berechnungen zum Ausmaß eines solchen Beitragssatzsenkungspotenzials wurde üblicherweise – neben einer einheitlichen Beitragsbemessung – unterstellt, dass auch die Leistungsinanspruchnahme der bislang PKV-Versicherten nach einheitlichen Maßstäben, d. h. auf heutigem GKV-Niveau, vergütet wird. Auf derselben Annahme basiert die vorige Berechnung des zusätzlichen Mittelbedarfs bei Integration der gegenwärtig in der PKV Versicherten (vgl. Kapitel 4.2). Angesichts des – insbesondere in der ambulanten Versorgung – teilweise deutlich höheren Vergütungsniveaus in der PKV würden die bislang privat Versicherten in einer integrierten Krankenversicherung entsprechend geringere Leistungsausgaben verursachen als gegenwärtig in der PKV.

Konsequenz: Absenkung der ärztlichen Gesamtvergütung (GKV + PKV)

Politischer Konsens: kostenneutrale Honorarangleichung

Gesundheitspolitisch würde ein solcher Effekt zu Kontroversen führen, würde hierdurch doch „dem System Geld entzogen“. Der PKV-Verband, aber auch Ärzteorganisationen haben in der gesundheitspolitischen Diskussion über eine Reform des Krankenversicherungssystems immer wieder darauf verwiesen, dass die von den PKV-Versicherten geleisteten höheren Vergütungen einen unverzichtbaren finanziellen Beitrag zum Erhalt des Versorgungsniveaus im gesamten Krankenversicherungssystem darstellten.[15] Auf dieses Argument wurde bereits in früheren Diskussionen über eine mögliche Angleichung der Honorierung ärztlicher Leistungen zwischen GKV und PKV eingegangen, aber auch wieder ganz aktuell im Zusammenhang mit Forderungen nach Einführung einer Bürgerversicherung, die zwangsläufig mit einer solchen Angleichung verbunden wäre. Hierbei zeichnet sich als mehrheitlicher Standpunkt ab, dass eine Honorarangleichung insgesamt nicht zulasten der Leistungserbringer gehen sollte.[16]

Entsprechend wurden bereits in einer früheren Studie Szenarien betrachtet, nach denen das Beitragssatzsenkungspotenzial durch eine Integration der PKV nicht maximal ausgeschöpft wird, sondern die geschätzten Mehreinnahmen auch dafür verwendet werden, das Honorarvolumen der Leistungserbringer konstant zu halten (vgl. Leinert 2006).

Diese Studie kalkuliert den „Mehrumsatz“ durch PKV ein

Für diese Studie wurde in ähnlicher Weise ein gesundheitspolitisch realistisches Ausgaben-Szenario unterstellt. Dadurch wird ausgeschlossen, dass potenzielle positive Finanzierungseffekte maßgeblich ausgabenseitig aus einer Absenkung des Honorarvolumens der Leistungserbringer resultieren.[17] Zu diesem Zweck wurde das zu finanzierende Ausgabenniveau, das allen Reform-Szenarien zugrunde gelegt wurde, um den heutigen „Mehrumsatz“ erhöht, den die Leistungserbringer durch die Behandlung von PKV-Versicherten realisieren. Aus dieser Szenarien-Gestaltung

15 Vgl. hierzu die regelmäßigen Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV über den „überproportionalen Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten“, zuletzt von Niehaus 2010.

16 So äußerte sich kürzlich die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD und Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag, Frau Carola Reimann („Mit der Einführung der Bürgerversicherung muss eine Honorarreform einhergehen. Das heißt: Alle Ärzte mit dem normalen Mix von 90 Prozent gesetzlich und 10 Prozent privat versicherten Patienten müssen auf das gleiche Einkommen wie zuvor kommen.“, in: der Freitag vom 6.12.2012: 4).

17 Dies war auch einer der Kritikpunkte an den Berechnungsergebnissen zum Bürgerversicherungsmodell der Grünen, vgl. Paquet (2010) und Ärzte-Zeitung vom 12.10.2010: 6 („Grüne sagen Rösler-Prämie den Kampf an“).

ist jedoch nicht abzuleiten, dass das zusätzlich zu finanzierende Honorarvolumen für die Vergütung eines identischen Leistungsbündels zu verwenden ist, sondern durchaus nach anderen Maßstäben den Leistungserbringern zugeteilt werden kann.

Berechnung der „Mehrumsätze" der PKV

Um die Höhe des in einer integrierten Krankenversicherung zu finanzierenden heutigen „Mehrumsatzes" der PKV zu bestimmen, wurde auf die Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) zurückgegriffen. Dort werden die PKV-Ausgaben für die Vollversicherung auf Basis der Kopfschadenstatistik ermittelt, sodass hiermit (im Gegensatz zur Statistik im PKV-Zahlenbericht) auch die Ausgaben im Rahmen der Beihilfe und ein Teil der Selbstbehalte (von eingereichten Rechnungen) erfasst werden, während Ausgaben für Zusatzversicherungen (korrekterweise) unberücksichtigt bleiben. Diese Ausgaben werden mit fiktiven GKV-Ausgaben für PKV-Versicherte auf Basis der RSA-Ausgabenprofile verglichen.

WIP-Berechnung der „Mehrumsätze"

Die auf diese Weise ermittelten „Mehrumsätze" wurden für diese Studie auf die in der ambulanten Versorgung gezahlten (zahn-)ärztlichen Honorare eingegrenzt. Das WIP hat „Mehrumsätze" zuletzt für das Jahr 2008 berechnet (vgl. Niehaus 2010). Anhand der in den PKV-Zahlenberichten ausgewiesenen leistungsartspezifischen Veränderungsraten für die Folgejahre wurden die Beträge für das Jahr 2010 geschätzt (Tabelle 3).

Tabelle 3: „Mehrumsätze" in PKV in der ambulanten ärztlichen Versorgung

	2008 in Tsd. Euro	2010 (eigene Schätzung) in Tsd. Euro
Arzthonorare	5.145.000	5.451.889
zahnmedizinischer Bereich	2.116.000	2.343.706
Anteil Zahnbehandlung an Zahnleistungen insg.	37,3 %	35,6 %
Zahnarzthonorare (eigene Schätzung)	788.697	834.851
insgesamt	**5.933.697**	**6.286.740**

Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis von Niehaus (2010), PKV-Zahlenberichte

Anmerkung: Nur die grau unterlegten Werte stammen von Niehaus (2010). Die Werte für 2010 sind Schätzwerte und basieren auf einer Fortschreibung der Werte für 2008 anhand der leistungsartspezifischen Veränderungsraten gemäß PKV-Zahlenbericht.

Höhe der zusätzlichen PKV-Ausgaben

Gemäß diesen Berechnungen werden den Reform-Szenarien zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 6,29 Milliarden Euro als zusätzlich in einer integrierten Krankenversicherung zu finanzierender Betrag zugrunde gelegt, um das Gesamtvolumen der Honorare der Ärzte und Zahnärzte in der ambulanten Versorgung konstant zu halten.[18]

18 In einer aktuellen Studie von Wasem et al. (2013) wird – analog zum „Mehrumsatz" – der potenzielle „Honorarverlust" in einem einheitlichen Versicherungs- und Vergütungssystem berechnet. Unter der Annahme einer sofortigen Überführung aller PKV-Bestände läge der Honorarausfall, bezogen auf das Ausgabenniveau des Jahres 2010, bei 4,3 Milliarden Euro und damit deutlich niedriger als der auf Basis der WIP-Studie ermittelte Betrag (vgl. Zusammenfassung der Studie unter http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/508068/Datei/66149/Executive%20Summary.pdf, Download 2.5.2013). Die hier untersuchten Reform-Szenarien gehen somit von einem „großzügiger" bemessenen Finanzvolumen zur Anpassung des Vergütungsniveaus in einer integrierten Krankenversicherung aus.

4.4 Mittelbedarf der Reform-Szenarien einer integrierten Krankenversicherung

Ausgaben für PKV-, GKV-Versicherte und „Mehrumsatz“

Insgesamt ergibt sich somit aus

- den Ausgaben für die heutigen GKV-Versicherten,
- den Ausgaben für die heutigen PKV-Versicherten bei unveränderter Leistungsinanspruchnahme, aber auf Basis von „GKV-Preisen“,
- den zusätzlichen Ausgaben für Ärztehonorare in der ambulanten Versorgung unter der Maßgabe, das heutige Honorarvolumen konstant zu halten,

(jeweils Stand 2010) ein Mittelbedarf für die Reform-Szenarien in Höhe von insgesamt 202,6 Milliarden Euro (Tabelle 4).

Tabelle 4: Mittelbedarf der Reform-Szenarien

Mittelbedarf	in Mrd. Euro
für die GKV-Versicherten	173,54
für die PKV-Versicherten	22,77
für den PKV-„Mehrumsatz“ in der ambulanten ärztlichen Versorgung	6,29
insgesamt	**202,6**

Quelle: IGES Institut GmbH

Durchschnittliche Ausgaben pro Kopf

Pro Kopf ergeben sich hieraus durchschnittliche Ausgaben in Höhe von 2.601 Euro je Versicherten in einer integrierten Krankenversicherung. Dieser Wert liegt um 3,4 Prozent über den heutigen Pro-Kopf-Ausgaben für GKV-Versicherte und um rund 21 Prozent unter den heutigen (geschätzten) Pro-Kopf-Ausgaben für PKV-Vollversicherte.

5 Rahmendaten und Ergebnisse der Szenarien

5.1 Referenz-Szenario: Status quo

Annahmen des Referenz-Szenarios

Für das Referenz-Szenario wird ausschließlich die Finanzierung des oben definierten Mittelbedarfs (173,5 Milliarden Euro) angenommen. Im Jahr 2010 erzielte das GKV-System insgesamt Überschüsse: Der Gesundheitsfonds schloss mit einem positiven Saldo in Höhe von rund 4,2 Milliarden Euro ab, während die Krankenkassen insgesamt ein Defizit von circa 0,4 Milliarden Euro verzeichneten. Der allgemeine Beitragssatz war somit – trotz Absenkung auf 14,9 Prozent zur Jahresmitte 2009 im Rahmen des zweiten Konjunkturpakets[19] –für das Jahr 2010 rückblickend höher, als es für die Finanzierung des Mittelbedarfs ceteris paribus (d. h. bei unveränderten Einnahmen aus anderen Quellen, z. B. aus Bundeszuschüssen) erforderlich gewesen wäre.

Vorgehen zur Vergleichbarkeit der Szenarien: Basisjahr 2010

Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Szenarien wurde für das Referenz-Szenario des Status quo im Bezugsjahr 2010 ein ausgabendeckender allgemeiner Beitragssatz ermittelt bzw. um den im Jahr 2010 realisierten Überschuss bereinigt. Hierzu wurde zunächst das über den Beitragssatz zu finanzierende Ausgabenvolumen des Jahres 2010 bestimmt, in dem vom Mittelbedarf der Ausgabenteil subtrahiert wurde, der über Einnahmen unabhängig vom Beitragssatz gedeckt werden konnte. Zu diesen anderen Einnahmen zählen Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds, Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung sowie Sonstige Einnahmen der Krankenkassen[20] (Tabelle 5).

Tabelle 5: Über Beitragssatz zu deckende Ausgaben, 2010

	in Tsd. Euro
Mittelbedarf (Ausgaben der GKV ohne LKK)	173.544.737
Bundeszuschüsse an Gesundheitsfonds insgesamt	15.534.756
Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung	2.639.260
Sonstige Einnahmen (ohne LKK und ohne Fonds-Zuweisungen)	1.974.585
über Beitragssatz zu deckende Ausgaben	**153.396.136**
Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis der KJ 1-Statistik	

Einnahmen der GKV-Mitglieder

Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder betrugen im Jahr 2010 insgesamt rund 1.050 Milliarden Euro. Um hieraus Einnahmen in Höhe der oben ermittelten knapp 153,4 Milliarden Euro zu erzielen, wäre ein Beitragssatz in Höhe von 14,61 Prozent ausreichend gewesen.

Bestimmung finanzieller Belastungen der Beitragszahler

Zur Bestimmung der individuellen finanziellen Belastungen der Beitragszahler bzw. Haushalte im Status quo wird dementsprechend der ermittelte ausgabendeckende Beitragssatz von 14,61

19 Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland: Änderung der GKV-Beitragssatzverordnung (Beitragssatz sank um 0,6 Prozentpunkte), gleichzeitig Änderung von § 221 Abs. 1 SGB V: Bundeszuschuss wurde auf 7,2 Milliarden Euro (2009) und 11,8 Milliarden Euro (2010) erhöht, um Beitragssatzsenkung zu kompensieren.

20 Hierbei handelt es sich um die in der KJ 1-Statistik unter Kontenklasse 3 gefassten Einnahmenpositionen. Dazu zählen insbesondere Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte sowie Zinsen aus Geldanlagen (vgl. Fußnote 5).

Prozent und nicht der tatsächlich im Jahr 2010 erhobene in Höhe von 14,90 Prozent verwendet. Dieses Vorgehen ist für die Untersuchung der Verteilungswirkungen erforderlich, weil für die Reform-Szenarien eine Finanzierung simuliert wird, die ebenfalls ausschließlich den Mittelbedarf deckt, jedoch keine Finanzierungsüberschüsse (oder -defizite) der Krankenversicherungssystems erzeugt.

Prämissen für das Referenz-Szenario ...

Bis auf die Abweichung bei der Höhe des einheitlichen Beitragssatzes basiert das Referenz-Szenario des Status quo auf den gegebenen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Beitragsbemessung sowie andere Einnahmen des Jahres 2010 in unveränderter Form. Dies betrifft zum einen die vom allgemeinen Beitragssatz unabhängigen Einnahmen (vgl. Tabelle 5), zum anderen die Aufteilung des allgemeinen Beitragssatzes auf die Anteile für Mitgliederbeiträge und für Beitragszuschüsse (von Arbeitgebern u. a.) unter Berücksichtigung des zusätzlichen Beitragssatzes in Höhe von 0,9 Prozent gemäß § 249 Abs. 1 SGB V. Hieraus ergibt sich auf Basis des o. a. ausgabendeckenden Beitragssatzes ein Teilbeitragssatz für Mitglieder in Höhe von 7,76 Prozent ihrer beitragspflichtigen Einnahmen und von 6,86 Prozent der zuschussfähigen beitragspflichtigen Einnahmen für Arbeitgeber bzw. andere Zuschussgeber.

... ohne Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen

Zur Vereinfachung bleibt das Finanzierungsaufkommen aus einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen nach § 242 Abs. 1 SGB V (bzw. die Minderung des Finanzierungsaufkommens durch Prämienzahlungen gemäß § 242 Abs. 2 SGB V) im Referenz-Szenario unberücksichtigt. Im Jahr 2010 belief sich das um Prämienauszahlungen geminderte Aufkommen aus kassenindividuellen Zusatzbeiträgen auf knapp 650 Millionen Euro. Dies entspricht einem Anteil von weniger als 0,4 Prozent der gesamten Krankenkasseneinnahmen. Vom BMG wurde der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V für das Jahr 2010 auf null Euro festgelegt, sodass kein steuerfinanzierter Sozialausgleich nach § 242b SGB V durchgeführt wurde. Dadurch dass das Aufkommen aus Zusatzbeiträgen im Status quo nicht berücksichtigt wird, erhöht sich entsprechend der Ausgabenanteil, der über den Beitragssatz zu decken ist.[21]

Finanzierung im Referenz-Szenario

Damit ergibt sich die folgende Struktur von Art und Herkunft der Finanzierung im Referenz-Szenario des Status quo (Tabelle 6):

21 Im Hinblick auf die vorgesehenen Verteilungsanalysen wäre eine Berücksichtigung kassenindividueller, einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge als weitere Mittelart zudem nur unter der Annahme zielführend, dass diese von allen Krankenkassen erhoben werden. Andernfalls wären zusätzliche Annahmen über die Verteilung von Mitgliedern auf Krankenkassen mit und ohne Zusatzbeitrag (evtl. differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen) zu treffen, für die keine adäquate Systematik vorliegt.

Tabelle 6: Art und Herkunft der Finanzierung des Mittelbedarfs im Referenz-Szenario, 2010

Mittelart/-herkunft	Höhe/Bemessung
Beiträge (einkommensabhängig)	**14,61 %**
Mitglieder	7,76 % der bpE
Arbeitgeber bzw. andere Zuschussgeber (z. B. GRV)	6,86 % der zuschussfähigen bpE (Arbeitsentgelt, gesetzl. Rente)
Zusatzbeiträge (einkommensunabhängig)	./.
Belastungsgrenze für Zusatzbeiträge	2 % der bpE
Steuern	
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221, § 221a SGB V)	15,5 Mrd. Euro
Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich (§ 221b SGB V)	./.
Sonstige Einnahmen*	**4,6 Mrd. Euro**
Quelle: IGES Institut GmbH	
Anmerkung:* Die Sonstigen Einnahmen entsprechen hier der Summe aus Sonstigen Einnahmen (gemäß Kontenklasse 3 der KJ 1-Statistik) zuzüglich der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung. bpE = beitragspflichtige Einnahmen	

Plausibilisierung der Rahmendaten

Für eine Plausibilisierung der Rahmendaten des Referenz-Szenarios wurden die Anteile der Mitgliedergruppen an den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet (Tabelle 7) und mit den Anteilen der Mitgliedergruppe gemäß der KJ 1-Statistik verglichen (Tabelle 8). Demnach stammt der größte Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV (2010) nach den SOEP-basierten Berechnungen von der Gruppe der versicherungspflichtigen Angestellten (35,2 Prozent), gefolgt von der Gruppe der Rentner (24,1 Prozent) und der Gruppe der versicherungspflichtigen Arbeiter (18,4 Prozent). Freiwillig versicherte Angestellte und Selbstständige hatten einen Anteil von insgesamt 11,3 Prozent an den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV.

Tabelle 7: Anteile von Mitgliedergruppen an den beitragspflichtigen Einnahmen im Status Quo

Mitgliedergruppe	Anteil bpE gemäß SOEP-Simulation
Angestellte (pflichtversichert)	35,2 %
Rentner	24,1 %
Arbeiter (pflichtversichert)	18,4 %
Angestellte (freiwillig versichert)	8,1 %
Arbeitslose	3,5 %
Selbständige (freiwillig versichert)	3,2 %
Sonstige	7,5 %
	100 %
Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis des SOEP	

Abgleich mit der offiziellen GKV-Statistik

Für den Abgleich mit der offiziellen GKV-Statistik muss auf das Berichtsjahr 2008 Bezug genommen werden, weil seit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 die beitragspflichtigen Einnahmen nicht mehr in der KJ 1-Statistik nach Versichertengruppen differenziert ausgewiesen werden.

Tabelle 8: Anteile von Mitgliedergruppen an den beitragspflichtigen Einnahmen – Vergleich der Simulationsergebnisse mit der KJ 1-Statistik

Mitgliedergruppe	SOEP-Simulation 2010	KJ 1-Statistik 2008
versicherungspflichtige Mitglieder	61,0 %	64,3 %
versicherungspflichtige Rentner	24,1 %	22,8 %
versicherungsberechtigte Mitglieder	15,0 %	12,8 %
	100,0 %	100,0 %

Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis des SOEP und KJ 1-Statistik

Gegenüberstellung SOEP-Simulation/KJ 1-Statistik

Die Gegenüberstellung zeigt, dass die auf Basis der SOEP-basierten Simulationsrechnungen ermittelten Anteilswerte der Versichertengruppen (Pflichtmitglieder, Rentner, freiwillige Mitglieder) hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen für das Jahr 2010 und die aus der KJ 1-Statistik für das Jahr 2008 entnommenen Anteilswerte vergleichbare Größenordnungen haben.

5.2 Erweitertes Referenz-Szenario: Dynamisierung der Zusatzbeiträge unter Status-quo-Bedingungen

Finanzierung des erweiterten Referenz-Szenarios

Mit dem erweiterten Referenz-Szenario wird die Situation simuliert, dass – wie es längerfristig der ursprünglichen Intention des GKV-Finanzierungsgesetzes entspricht – die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge einen spürbaren Anteil an der Finanzierung in der GKV haben. Für diese Studie wurde der Finanzierungsanteil der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge am gesamten Mittelbedarf auf ein Drittel festgelegt (vgl. dazu Kapitel 2.3).

Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge durch ein Drittel der Einnahmen

Bezogen auf die Basiswerte des Jahres 2010 beträgt ein Drittel des gesamten Mittelbedarfs knapp 58 Milliarden Euro, die im erweiterten Referenz-Szenario durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge zu finanzieren sind. Rechnerisch ergibt sich hieraus ein durchschnittlicher monatlicher Zusatzbeitrag in Höhe von rund 95 Euro je Mitglied. Der allgemeine Beitragssatz kann so auf 9,26 Prozent abgesenkt werden, wodurch bei unveränderter Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ein Finanzvolumen von knapp 97,24 Milliarden Euro aufgebracht wird.

Bundeszuschuss und Sonstige Einnahmen

Die verbleibenden Finanzierungsanteile entfallen auf den Bundeszuschuss aus Steuermitteln und die Sonstigen Einnahmen der Krankenkassen (zuzüglich der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung). Die Höhe des Bundeszuschusses wird im erweiterten Referenz-Szenario auf den langfristig angestrebten Zielwert in Höhe von 14,0 Milliarden Euro (abzüglich des Anteils für die Landwirtschaftlichen Krankenkassen) festgesetzt.

Berechnung des Bedarfs an Steuerfinanzierung

Bei einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen in der für das erweiterte Referenz-Szenario unterstellten durchschnittlichen Höhe wird ein steuerfinanzierter Sozialausgleich durchgeführt. Die Höhe des hierfür erforderlichen Bedarfs an Steuerfinanzierung wurde auf der Grundlage der derzeitigen gesetzlichen Regelungen berechnet. Infolge des deutlich erhöhten durchschnittlichen Zusatzbeitrags wurde die Belastungsgrenze so angepasst, dass die maximale prozentuale Gesamtbelastung des Referenz-Szenarios (Mitgliederanteil des Beitragssatzes plus Belastungsgrenze) konstant bleibt (vgl. Kapitel 2.3). Bei einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen in Höhe von durchschnittlich knapp 95 Euro monatlich würde die gegenwärtig gültige Belastungsgrenze von 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds in jedem Fall überschritten (2 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze des Jahres 2010 entspräche einem monatlichen Zusatzbeitrag in Höhe von 75 Euro). Die maximale prozentuale Gesamtbelastung der Mitglieder im Referenz-Szenario beläuft sich auf 9,76 Prozent (7,76 Prozent gemäß Tabelle 6 zuzüglich 2 Prozent gemäß der gegenwärtigen Belastungsgrenze nach § 242b Abs. 1 SGB V). Im erweiterten Referenz-Szenario beträgt demzufolge die Belastungsgrenze für die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge 4,68 Prozent (= 9,76 Prozent abzüglich 5,08 Prozent gemäß Tabelle 9).[22]

Gesamtbelastung der Mitglieder

Steuermittel für den Sozialausgleich

Zu beachten ist, dass die Steuermittel für den Sozialausgleich nicht zur unmittelbaren Finanzierung der Krankenversicherungsausgaben herangezogen werden. Aus diesen Steuerzuschüssen entsteht somit ein Finanzvolumen zusätzlich zum Mittelbedarf in Höhe der 173,5 Milliarden Euro des Bezugsjahres 2010. Dieses Finanzvolumen macht einen Teil der zuvor mit einkommensabhängigen Beiträgen bewirkten Umverteilung sichtbar. Nach den SOEP-basierten Simulationsberechnungen belaufen sich die für den Sozialausgleich im erweiterten Referenz-Szenario zusätzlich erforderlichen Steuermittel in der Summe auf knapp 21,3 Milliarden Euro. Die damit verbundenen finanziellen Belastungen werden in der Ermittlung der Verteilungswirkungen in Form eines „Gesundheits-Soli“ berücksichtigt (vgl. Kapitel 2.3). Berechnet wurde eine Höhe dieses „Gesundheits-Soli“ von rund 9,75 Prozent der Steuerschuld, damit Steuermittel im berechneten Volumen generiert werden können.

Steuerfinanzierung der Zusatzbeiträge für bestimmte Versicherte

Allerdings erzeugen die erhöhten Zusatzbeiträge im erweiterten Referenz-Szenario zusätzliche Steuermehrbelastungen auch dadurch, dass für bestimmte Versichertengruppen (Bezieher von ALG II oder Sozialhilfe) die Zahlung der Zusatzbeiträge durch Dritte übernommen wird und letztlich wiederum durch Steuermittel zu finanzieren ist.[23] Für die Finanzierung der Zusatzbeiträge dieser Personengruppen wurde ein zusätzlich erforderliches Steueraufkommen in Höhe von 4,9 Milliarden Euro bzw. ein zusätzlicher „Gesundheits-Soli“ in Höhe von 2,23 Prozent berechnet.

Erforderliche Steuermittel insgesamt

Insgesamt belaufen sich damit die zusätzlich erforderlichen Steuermittel auf rund 26,1 Milliarden Euro, zu deren Aufbringung ein „Gesundheits-Soli“ von insgesamt 11,98 Prozent zu erheben ist.

22 Für ein Mitglied mit beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze des Jahres 2010 (monatlich 3.750 Euro) bedeutet eine Belastungsgrenze in Höhe von 4,68 Prozent, dass für einen Anspruch auf Sozialausgleich der Zusatzbeitrag mindestens 175,32 Euro monatlich betragen müsste.

23 Gemäß § 251 Abs. 6 SGB V sind die Zusatzbeiträge dieser Personengruppen unmittelbar aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzubringen. Da die hier betrachteten Szenarien keine Finanzierungsüberschüsse bzw. Finanzreserven enthalten, sind diese Mittel letztlich vollständig aus Steuern zu finanzieren.

Entsprechend wurde im erweiterten Referenz-Szenario eine steuerliche Mehrbelastung der Haushalte in dieser Größenordnung simuliert.

Insgesamt ergibt sich damit die folgende veränderte Struktur von Art und Herkunft der Finanzierung im erweiterten Referenz-Szenario mit Dynamisierung der Zusatzbeiträge (Tabelle 9):

Tabelle 9: Art und Herkunft der Finanzierung des Mittelbedarfs im erweiterten Referenz-Szenario, bezogen auf Basiswerte 2010

Mittelart/-herkunft	Höhe/Bemessung
Beiträge (einkommensabhängig)	**9,26 %**
Mitglieder	5,08 % der bpE
Arbeitgeber bzw. andere Zuschussgeber (z. B. GRV)	4,18 % der zuschussfähigen bpE (Arbeitsentgelt, gesetzl. Rente)
Zusatzbeiträge (einkommensunabhängig)	57,8 Mrd. Euro (Aufkommen) 94,89 Euro monatlich
Belastungsgrenze	4,68 % der bpE
Steuern	
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221, § 221a SGB V)	13,85 Mrd. Euro
Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich (§ 221b SGB V)/Steuern für Übernahme von Beiträgen	26,1 Mrd. Euro (21,3 Mrd. Euro + 4,9 Mrd. Euro)
Sonstige Einnahmen	**4,6 Mrd. Euro**
Quelle: IGES Institut GmbH	

Von Zusatzbeitrag befreite Mitglieder

Zu den Versichertengruppen, die von der Zahlung eines Zusatzbeitrags befreit sind und deren Zusatzbeitrag durch Dritte (bzw. aus Steuermitteln) aufgebracht werden (ALG II- und Sozialhilfeempfänger), zählen auf Basis der SOEP-basierten Simulationsrechnungen knapp 4,3 Millionen Mitglieder bzw. rund 8,4 Prozent aller Mitglieder.

Mitglieder mit Anspruch auf Sozialausgleich

Auf der Grundlage der erhöhten Belastungsgrenze haben im erweiterten Referenz-Szenario rund 33,2 Millionen Mitglieder Anspruch auf Sozialausgleich zur Verringerung ihrer finanziellen Belastung durch den erhöhten durchschnittlichen Zusatzbeitrag. Dies entspricht einem Anteil von rund 71,4 Prozent aller prinzipiell sozialausgleichsberechtigten Mitglieder (d. h. Mitglieder, die nicht befreit sind) bzw. 65,4 Prozent der Mitglieder insgesamt.

Damit sind im erweiterten Referenz-Szenario 73,8 Prozent der Mitglieder entweder von der Zahlung eines Zusatzbeitrags vollständig befreit oder sie haben Anspruch auf Sozialausgleich.

5.3 Reform-Szenario 1: Dynamisierung der Zusatzbeiträge

Finanzierung im 1. Reform-Szenario

Im ersten Reform-Szenario wird der Finanzierungsanteil der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge ebenfalls auf ein Drittel des Mittelbedarfs erhöht und zusätzlich der Versichertenkreis gemäß dem Grundkonzept der „Integrierten Krankenversicherung“ auf die gesamte Wohnbevölkerung, also auch auf die heutigen Privatversicherten, ausgeweitet (vgl. Kapitel 2.4.2). Zugrunde gelegt wird der zuvor berechnete einheitliche Mittelbedarf in den Reform-Szenarien in Höhe von 202,6 Milliarden Euro (vgl. Kapitel 4.4).

Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge

Aus der unterstellten Drittelfinanzierung ergibt sich ein Zielaufkommen aus den einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen in Höhe von rund 67,5 Milliarden Euro. Der durchschnittliche einkommensunabhängige Zusatzbeitrag beträgt dann circa 98,10 Euro je Mitglied für das gesamte (Basis-)Jahr. Die zwei gegenläufigen Effekte – Erhöhung des Mittelbedarfs einerseits und Zunahme der Anzahl der Mitglieder andererseits – bewirken im Reform-Szenario 1 insgesamt eine leichte Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags im Vergleich zum erweiterten Referenz-Szenario um 3,21 Euro im Jahr bzw. 3,4 Prozent.

Bundeszuschuss und Sonstige Kosten

Allgemeiner Beitragssatz

Zur Finanzierung der übrigen zwei Drittel des Mittelbedarfs werden zunächst der Bundeszuschuss aus Steuermitteln in seiner langfristigen Zielhöhe (13,85 Milliarden Euro ohne Anteil für LKK) sowie die Sonstigen Einnahmen der Krankenkassen (4,7 Milliarden Euro)[24] herangezogen. Der verbleibende Rest ist über den allgemeinen Beitragssatz zu finanzieren. Auf Basis der SOEP-basierten Simulationsrechnungen liegt dessen ausgabendeckende Höhe für das Reform-Szenario 1 bei 9,34 Prozent und damit etwas höher als im erweiterten Referenz-Szenario. Das heißt, die Erhöhung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen durch die Integration der privat Versicherten ist relativ schwächer als der mit dieser Integration verbundene Anstieg des Mittelbedarfs (inklusive der Beibehaltung des ärztlichen Honorarvolumens gemäß Kapitel 4.4). Infolge der für das Reform-Szenario angenommenen Wiederherstellung der Parität sinkt jedoch der von den Mitgliedern zu tragende Teil des Beitragssatzes gegenüber dem erweiterten Referenz-Szenario (von 5,08 Prozent auf 4,68 Prozent).

Belastungsgrenze für die Mitglieder

Infolge des abgesenkten Beitragssatzes für die Mitglieder ergibt sich eine höhere Belastungsgrenze von 5,09 Prozent (gegenüber 4,68 Prozent im erweiterten Referenz-Szenario), mit der die maximale prozentuale Gesamtbelastung der Mitglieder im Vergleich zum Referenz-Szenario unverändert 9,76 Prozent beträgt.

Steuermittel für den Sozialausgleich

Auf der Grundlage des veränderten durchschnittlichen Zusatzbeitrags und der angepassten Belastungsgrenze im Reform-Szenario 1 errechnen sich erforderliche Steuermittel für den Sozialausgleich in Höhe von knapp 23,0 Milliarden Euro und damit von zusätzlich rund 1,7 Milliarden Euro gegenüber dem erweiterten Referenz-Szenario. Für deren Aufbringung wurde ein „Gesundheits-Soli“ in Höhe von 10,54 Prozent ermittelt.

24 Die Sonstigen Einnahmen steigen im Reform-Szenario 1 gegenüber den Referenz-Szenarien leicht im Ausmaß der zusätzlichen Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung von bislang privat Versicherten.

Steuerfinanzierung der Zusatzbeiträge für bestimmte Versicherte

Hinzu kommt der Bedarf an Steuermitteln zur Finanzierung der Zusatzbeiträge von ALG II- und Sozialhilfeempfängern, die durch Dritte übernommen werden. Hierfür ergaben die Simulationsrechnungen für das Reform-Szenario 1 Steuermittel in Höhe von 5,2 Milliarden Euro (bzw. einen Zuschlag auf den „Gesundheits-Soli“ von rund 2,4 Prozentpunkten).

Erforderliche Steuermittel in Reform-Szenario 1 insgesamt

Insgesamt beträgt somit das im Zuge der Erhöhung der Zusatzbeiträge erforderliche Steueraufkommen im Reform-Szenario 1 circa 28,2 Milliarden Euro, zu dessen Aufbringung ein „Gesundheits-Soli“ in Höhe von 12,93 Prozent auf die Steuerschuld erhoben wird. Durch die Ausweitung des Versichertenkreises auf die heute privat Versicherten steigt somit der Bedarf an Steuermitteln durch Zusatzbeiträge gegenüber dem erweiterten Referenz-Szenario um insgesamt knapp 2,1 Milliarden Euro.

Für das Reform-Szenario 1 ergibt sich somit folgende Struktur von Art und Herkunft der Finanzierung (Tabelle 10):

Tabelle 10: Mittelart und Mittelherkunft im Reform-Szenario 1 (Dynamisierung der Zusatzbeiträge)

Mittelart/-herkunft	Höhe/Bemessung
Beiträge (einkommensabhängig)	**9,34 %**
Mitglieder	4,67 % der bpE
Arbeitgeber bzw. andere Zuschussgeber (z. B. GRV)	4,67 % der zuschussfähigen bpE (Arbeitsentgelt, gesetzl. Rente)
Zusatzbeiträge (einkommensunabhängig)	67,5 Mrd. Euro (Aufkommen); 98,10 Euro (monatlich je Mitglied)
Belastungsgrenze (in % der bpE)	5,09 %
Steuern	
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221, § 221a SGB V)	13,85 Mrd. Euro
Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich (§ 221b SGB V)/Steuern für die Übernahme von Beiträgen	28,2 Mrd. Euro (23,0 Mrd. Euro + 5,2 Mrd. Euro)
Sonstige Einnahmen	**4,7 Mrd. Euro**
Quelle: IGES Institut GmbH	

Von Zusatzbeitrag befreite …

Die Anzahl der von der Zahlung eines Zusatzbeitrags befreiten Mitglieder (ALG II- und Sozialhilfeempfänger) steigt im Reform-Szenario 1 geringfügig um rund 150.000 auf knapp 4,4 Millionen, ihr Anteil an den Mitgliedern insgesamt sinkt daher auf rund 7,7 Prozent.

… Zusatzbeitrag selbst tragende und …

Auch die Anzahl der Mitglieder, die ihren Zusatzbeitrag selbst tragen, aber Anspruch auf Sozialausgleich haben, steigt durch die Integration der privat Versicherten nur unterproportional stark um knapp 1,1 Millionen auf 34,3 Millionen. Entsprechend verringern sich die Anteilswerte im Reform-Szenario 1 auf rund 64,8 Prozent aller prinzipiell sozialausgleichsberechtigten Mitglieder (d. h. Mitglieder, die nicht befreit sind) bzw. 59,8 Prozent der Mitglieder insgesamt.

Damit sind 67,5 Prozent der Mitglieder im Reform-Szenario 1 entweder vollständig von der Zahlung eines Zusatzbeitrags befreit oder sie haben Anspruch auf Sozialausgleich. Im erweiterten Referenz-Szenario mit gleichem Anteil der Zusatzbeiträge an der Finanzierung, aber ohne Integration der heutigen PKV-Versicherten, lag dieser Anteil höher bei 73,8 Prozent.

… insgesamt betroffene Mitglieder

5.4 Reform-Szenario 2: Dynamisierter Steuerzuschuss zur Leistungsfinanzierung

Finanzierung im 2. Reform-Szenario

Im Reform-Szenario 2 wird der bisherige steuerfinanzierte Bundeszuschuss auf ein Drittel des Mittelbedarfs, d. h. auf 67,5 Milliarden Euro erhöht. Es werden keine Zusatzbeiträge erhoben. Von den übrigen zwei Dritteln des Mittelbedarfs können – wie in den anderen Reform-Szenarien auch – 4,7 Milliarden Euro durch die Sonstigen Einnahmen der Krankenkassen (inklusive der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung) finanziert werden. Der verbleibende Rest des Mittelbedarfs ist durch den allgemeinen Beitragssatz aufzubringen.

Ermittlung des Beitragssatzes

Für den Beitragssatz im Reform-Szenario 2 wurde auf Basis der SOEP-Simulationsrechnungen eine Höhe von 10,45 Prozent ermittelt. Dieser Wert liegt zwar auch deutlich unter dem Beitragssatz im Referenz-Szenario des Status quo (14,61 Prozent), jedoch höher als im erweiterten Referenz-Szenario und im Reform-Szenario 1 mit Zusatzbeiträgen (9,26 Prozent bzw. 9,34 Prozent). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Szenarien mit Zusatzbeiträgen weiterhin einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von 13,85 Milliarden Euro als zusätzliche Finanzierungsquelle enthalten, der im Reform-Szenario 2 im zentralen Reform-Element „erhöhter Bundeszuschuss“ aufgeht. Die Abgrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen ist dagegen in den Reform-Szenarien 1 und 2 identisch.

Von Mitgliedern zu tragender Beitragssatz

Infolge der Wiederherstellung der Parität auch im Reform-Szenario 2 sinkt dort der von den Mitgliedern zu tragende Teil des Beitragssatzes auf 5,22 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Erforderliche Steuermittel in Reform-Szenario 2

Analog zum Vorgehen in den zuvor beschriebenen Szenarien wird für die Aufbringung der im Reform-Szenario 2 erforderlichen Steuermittel ein „Gesundheits-Soli“ erhoben. Das Aufkommen aus diesem „Soli“ muss einem Drittel des Mittelbedarfs entsprechen abzüglich des bisherigen Steuerzuschusses in Höhe von 13,85 Milliarden Euro, d. h. durch einen „Gesundheits-Soli“ müssen rund 53,7 Milliarden Euro zusätzlich aufgebracht werden. Hierfür wurde als erforderliche Höhe des „Gesundheits-Soli“ ein Satz von 24,63 Prozent auf die Steuerschuld berechnet.

Für das Reform-Szenario 2 ergibt sich somit folgende Struktur von Art und Herkunft der Finanzierung (Tabelle 11):

Tabelle 11: Mittelart und Mittelherkunft im Reform-Szenario 2 (Dynamisierung des Steuerzuschusses)

Mittelart/-herkunft	Höhe/Bemessung
Beiträge (einkommensabhängig)	**10,45 %**
Mitglieder	5,22 % der bpE
Arbeitgeber bzw. andere Zuschussgeber (z. B. GRV)	5,22 % der zuschussfähigen bpE (Arbeitsentgelt, gesetzl. Rente)
Steuern	
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221, § 221a SGB V)	67,5 Mrd. Euro
Sonstige Einnahmen	**4,7 Mrd. Euro**
Quelle: IGES Institut GmbH	

5.5 Reform-Szenario 3: Beitragspflicht auf andere Einkommensarten

Finanzierung im 3. Reform-Szenario

Im Reform-Szenario 3 wird die Beitragspflicht auf alle Einkunftsarten der Versicherten ausgeweitet, während aus Steuermitteln keinerlei Finanzierungsbeiträge mehr geleistet werden. Zu den bislang nur in Ausnahmefällen beitragspflichtigen Einnahmen, die im Reform-Szenario 3 generell beitragspflichtig werden, zählen insbesondere Kapitalerträge und Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung. Somit ist in diesem Reform-Szenario nahezu der gesamte Mittelbedarf, nämlich rund 197,9 Milliarden Euro der rund 202,6 Milliarden Euro, über den allgemeinen Beitragssatz bzw. einkommensabhängige Beiträge zu finanzieren. Als einzige weitere Finanzierungssäule bleiben die Sonstigen Einnahmen der Krankenkassen in Höhe von 4,7 Milliarden Euro.

Einkommensstrukturen der Mitglieder

Aufgrund der Einbeziehung weiterer Einkommensarten, insbesondere der Vermögenseinkünfte, ist für das Reform-Szenario 3 von hoher Relevanz, in welchem Ausmaß die Mitglieder einer integrierten Krankenversicherung neben den bereits bisher beitragspflichtigen Einnahmen diese weiteren Einkommensarten beziehen. Aus diesem Grund wurde vorab eine Auswertung der Einkommensstrukturen der Mitglieder auf Basis der SOEP-Daten vorgenommen (Tabelle 12). Die Ergebnisse zeigen, dass der größte Anteil der Bevölkerung (über 16 Jahre) eine Kombination aus Lohn/Gehalt und Vermögenseinkünften hatte (rund 22 Prozent), gefolgt von der Kombination aus Versorgungsbezügen[25] und Vermögenseinkünften (rund 17 Prozent). Etwa 28 Prozent der Bevölkerung verfügte nur über eine Einkommensart. Erwartungsgemäß ist der Anteil der Bezieher von Selbstständigen- und Vermögenseinkünften unter der heute privat versicherten Bevölkerung deutlich höher als unter den GKV-Versicherten. Umgekehrt verhält es sich bei den Personen, die ausschließlich Löhne bzw. Gehälter beziehen.

25 Diese umfassen gesetzliche Renten, Beamtenpensionen, Zusatzversorgungen im öffentlichen Dienst, betriebliche Renten und Kriegsopferversorgung.

Tabelle 12: Verteilung der Bevölkerung (Personen über 16 Jahre) nach den zehn häufigsten Einkommenskombinationen und Versichertenstatus

Häufigste Einkommenskombinationen	GKV	PKV	insgesamt
Lohn- und Gehalt und Vermögenseinkünfte	21,8 %	23,5 %	22,0 %
Versorgungsbezüge und Vermögenseinkünfte	17,4 %	14,5 %	17,0 %
nur Lohn- und Gehalt	15,1 %	11,7 %	14,7 %
kein Einkommen	7,5 %	8,0 %	7,5 %
nur Versorgungsbezüge	6,6 %	3,9 %	6,3 %
nur Vermögenseinkünfte	3,9 %	6,1 %	4,2 %
Arbeitslosengeld II und Vermögenseinkünfte	1,9 %	0,1 %	1,7 %
Selbstständigeneinkünfte und Vermögenseinkünfte	1,5 %	8,3 %	2,4 %
Lohn- und Gehalt, Nebenerwerb und Vermögenseinkünfte	1,5 %	1,4 %	1,5 %
Lohn- und Gehalt, Versorgungsbezüge und Vermögenseinkünfte	1,2 %	1,6 %	1,3 %

Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis von Daten des SOEP

Kriterien für die Beitragsbemessung

- Die Beitragsteilung zwischen dem vom Mitglied zu tragenden Teil und den Beitragszuschüssen (von Arbeitgebern u. a.) ist, wie in den anderen Reform-Szenarien auch, paritätisch, d. h. der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent, der gegenwärtig ausschließlich von den Mitgliedern zu leisten ist, entfällt.

- Die Beitragsbemessungsgrenze steigt auf den in der gesetzlichen Rentenversicherung gültigen Wert (West), bezogen auf das Basisjahr 2010 also auf 5.500 Euro monatlich. In einer weiteren Variante des Reform-Szenarios 3 wird die Beitragsbemessungsgrenze aufgehoben, d. h. auf sämtliche beitragspflichtigen Einnahmearten werden unbegrenzt Beiträge erhoben.

- Beziehen Mitglieder mehrere beitragspflichtige Einkommensarten innerhalb eines Jahres, werden aus denjenigen Einkommensarten zuerst Beiträge gezahlt, die zuschussfähig sind, sodass die Summe möglicher Beitragszuschüsse maximiert wird. Diese Rangfolge der Verbeitragung ist nur für die Variante mit Beitragsbemessungsgrenze relevant.

Beitragspflichtige Einnahmen und Beitragssatz in Reform-Szenario 3

Durch die Ausweitung der Beitragspflicht auf weitere Einkommensarten steigt im Reform-Szenario 3 die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen gegenüber den beiden anderen Reform-Szenarien jeweils um 205,1 Milliarden Euro bzw. um 16,4 Prozent. Die Finanzierung desselben Mittelbedarfs erfordert auf Basis dieser erhöhten Summe der beitragspflichtigen Einnahmen einen allgemeinen Beitragssatz in Höhe von 13,62 Prozent. Dies ist nur rund ein Prozentpunkt weniger als im Referenz-Szenario des Status quo (14,61 Prozent), wobei zu berücksichtigen gilt, dass im Reform-Szenario 3 kein steuerfinanzierter Bundeszuschuss mehr geleistet wird. Bliebe ein solcher in der Höhe von 13,85 Milliarden Euro wie in Reform-Szenario 1 erhalten, würde der Beitragssatz in Reform-Szenario 3 um knapp zwei Prozentpunkte gegenüber dem Status-quo-Szenario gesenkt werden können.

Für das Reform-Szenario 3 mit erhöhter Beitragsbemessungsgrenze ergibt sich somit folgende Struktur von Art und Herkunft der Finanzierung (Tabelle 13):

Tabelle 13: Mittelart und Mittelherkunft im Reform-Szenario 3 (Beitragspflicht auf andere Einkommensarten, BBG in Höhe von 5.500 Euro)

Mittelart/-herkunft	Höhe/Bemessung
Beiträge (einkommensabhängig)	**13,62 %**
Mitglieder	6,81 % der bpE
Arbeitgeber bzw. andere Zuschussgeber (z. B. GRV)	6,81 % der zuschussfähigen bpE (Arbeitsentgelt, gesetzl. Rente)
Steuern	
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221, § 221a SGB V)	./.
Sonstige Einnahmen	**4,7 Mrd. Euro**
Quelle: IGES Institut GmbH	

Beiträge mit erhöhter und ohne BBG in den Reform-Szenarien

Für die Variante des Reform-Szenarios 3 ohne Beitragsbemessungsgrenze wurde berechnet, dass die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen um circa 475 Milliarden Euro (bzw. um 38 Prozent) gegenüber den Reform-Szenarien 1 und 2 steigt. Dadurch sinkt der zur Finanzierung des Mittelbedarfs erforderliche Beitragssatz gegenüber der Variante mit erhöhter Beitragsbemessungsgrenze deutlich um über zwei Prozentpunkte auf 11,49 Prozent (Tabelle 14).

Tabelle 14: Mittelart und Mittelherkunft im Reform-Szenario 3 (Beitragspflicht auf andere Einkommensarten, Aufhebung der BBG)

Mittelart/-herkunft	Höhe/Bemessung
Beiträge (einkommensabhängig)	**11,49 %**
Mitglieder	5,75 % der bpE
Arbeitgeber bzw. andere Zuschussgeber (z. B. GRV)	5,75 % der zuschussfähigen bpE (Arbeitsentgelt, gesetzl. Rente)
Steuern	
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen (§ 221, § 221a SGB V)	./.
Sonstige Einnahmen	**4,7 Mrd. Euro**
Quelle: IGES Institut GmbH	

6 Vergleich der Szenarien anhand der Verteilungswirkungen

Für den Vergleich der Szenarien werden zunächst die Veränderungen in der Finanzierungsstruktur unter Berücksichtigung von Beitragszuschüssen bzw. Beitragsübernahmen durch Dritte betrachtet. Anschließend werden die finanziellen Be- und Entlastungen der Versicherten analysiert.

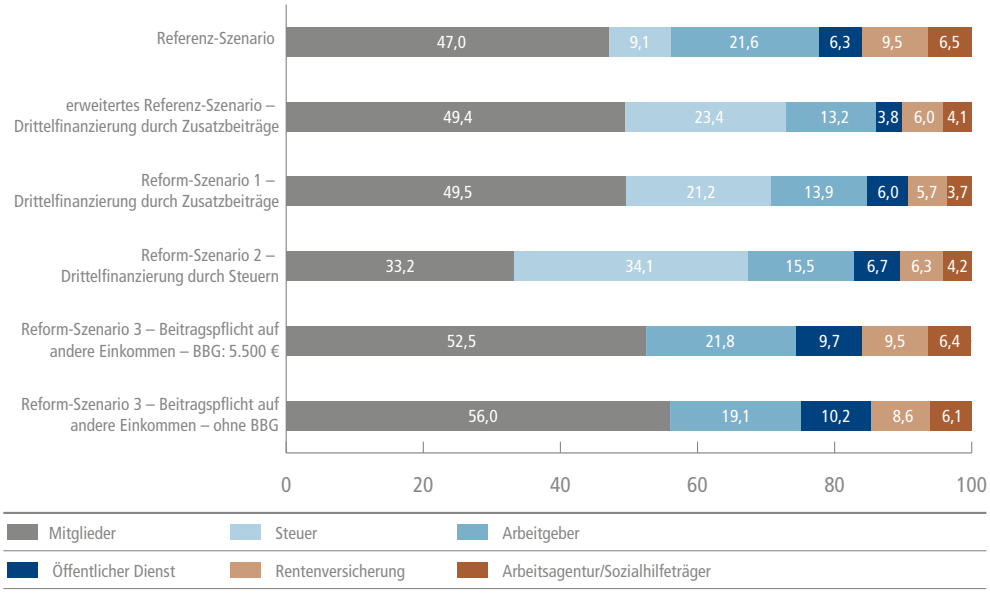
6.1 Veränderungen der Finanzierungsstruktur

Finanzierungsstrukturen der Szenarien nach Herkunft der Mittel

Um die Veränderungen in der Finanzierungsstruktur zwischen den Szenarien zu verdeutlichen, wird zunächst betrachtet, welche Anteile des Mittelbedarfs jeweils durch Mitgliederbeiträge, durch Beitragszuschüsse (von Arbeitgebern, Öffentlichem Dienst, Rentenversicherungsträgern) und durch die Übernahme von Beiträgen durch Dritte (Arbeitsagentur, Sozialhilfeträger) aufgebracht werden (Abbildung 2). Da Steuermittel als Finanzierungssäule in einem Teil der Szenarien einen relativ hohen Stellenwert haben, wird auch ihr jeweiliger Anteil aufgeführt, um ein vollständiges Bild der Finanzierungsstruktur zu erhalten.

Abbildung 2: Finanzierungsstruktur des Aufkommens aus Mitgliederbeiträgen, Steuern und Beitragszuschüssen

in Prozent



Anmerkung: BBG = Beitragsbemessungsgrenze

Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis von Daten des SOEP | BertelsmannStiftung

Beitragszuschüsse des Öffentlichen Dienstes

Die Beitragszuschüsse des Öffentlichen Dienstes beziehen sich in den Referenz-Szenarien ausschließlich auf Arbeiter und Angestellte von öffentlichen Arbeitgebern, nicht jedoch auf Beamte bzw. Beihilfeberechtigte, die unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen i. d. R. privat versichert sind. Für die Reform-Szenarien einer integrierten Krankenversicherung wird hingegen unterstellt, dass auch für Beamte dieselben Beitragsregeln gelten wie für alle anderen Beschäftigten. In den Reform-Szenarien gibt es keinen Beihilfeanspruch mehr, sondern Beamtensold wird regulär beitragspflichtig, gleichzeitig aber auch zuschussfähig. Damit zahlt der Öffentliche Dienst in den Reform-Szenarien seinen Beamten Beitragszuschüsse, die dem hälftigen Beitragssatz bezogen auf den Beamtensold entsprechen, und spart im Gegenzug die bisherigen Beihilfezahlungen.

Verteilungsstrukturen im …

Der Vergleich der Finanzierungsstrukturen gibt einige bedeutende Informationen, um die Unterschiede der nachfolgend betrachteten Verteilungswirkungen zwischen den Szenarien zu erklären.

… Referenz-Szenario des Statuts quo

- Im Referenz-Szenario des Status quo wird das Gros des Mittelbedarfs durch Beiträge finanziert, die entweder von den Mitgliedern gezahlt und durch private und öffentliche Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger oder die Arbeitsagenturen bezuschusst werden oder die durch Sozialhilfeträger oder Arbeitsagenturen vollständig übernommen werden. Nur rund 9 Prozent des Mittelbedarfs werden durch Steuermittel gedeckt.

… erweiterten Referenz-Szenario und Reform-Szenario 1

- Im erweiterten Referenz-Szenario und im Reform-Szenario 1, in denen jeweils das Aufkommen aus einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen ein Drittel zur Finanzierung des Mittelbedarfs beisteuert, steigt der von den Mitgliedern zu tragende Finanzierungsanteil jeweils auf knapp 50 Prozent, der Anteil der Steuermittel (Bundeszuschuss, Sozialausgleich) erhöht sich auf jeweils deutlich über 20 Prozent und damit mehr als das Doppelte im Vergleich zum Status quo. Entsprechend stark sinken die Anteile der Arbeitgeber und Träger der sozialen Sicherung, die Beitragszuschüsse zahlen bzw. Beitragszahlungen vollständig übernehmen.

… Reform-Szenario 2

- Im Reform-Szenario 2 entfallen zwar einkommensunabhängige Zusatzbeiträge und damit der steuerfinanzierte Sozialausgleich, der erhöhte Bundeszuschuss führt aber dazu, dass der Steueranteil insgesamt deutlich auf rund ein Drittel steigt.[26] Infolge des Wegfalls der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge sinkt der Finanzierungsanteil der Mitglieder und beträgt ebenfalls rund ein Drittel. Die einkommensabhängigen Beiträge erhalten gegenüber den Szenarien mit Zusatzbeiträgen relativ mehr Gewicht, sodass sich auch die Anteile der Arbeitgeber und Träger der Sozialen Sicherung, die Beitragszuschüsse zahlen bzw. Beitragszahlungen vollständig übernehmen, etwas erhöhen. Im Vergleich zum Status quo bleiben letztere aber deutlich abgesenkt.

… beiden Varianten des Reform-Szenarios 3

- In den beiden Varianten des Reform-Szenarios 3 haben Steuermittel gar keinen Finanzierungsanteil mehr. Die Beitragszahlungen durch Mitglieder tragen jeweils mehr als die Hälfte zur Finanzierung des Mittelbedarfs bei. Deutlich erhöht ist jeweils der Anteil, der auf Beitragszu-

26 Der ausgewiesene Steueranteil beträgt nicht exakt ein Drittel des Aufkommens, da die Sonstigen Einnahmen in dieser Darstellung nicht berücksichtigt werden.

schüsse durch öffentliche Arbeitgeber entfällt. Darin äußert sich die Integration der Beamten in das einheitliche Krankenversicherungssystem. Für diese zahlen die öffentlichen Arbeitgeber nun Beitragszuschüsse und sparen im Gegenzug Beihilfeaufwendungen. Da es sich beim Reform-Szenario 3 um eine nahezu vollständige Beitragsfinanzierung handelt, ist der Effekt dieser Umstellung hier am größten.

Finanzielle Effekte auf die Versicherten

Für die nachfolgende Betrachtung der Verteilungswirkungen wurden die finanziellen Effekte dieser Verschiebungen der Finanzierungsstruktur auf die Versicherten mittels SOEP-basierter Simulationen berechnet. Dabei lässt sich der vorigen Betrachtung bereits entnehmen, dass sich die Unterschiede der Be- bzw. Entlastungswirkungen zwischen den Szenarien bereits im Gesamtniveau unterscheiden, weil in den Szenarien entstehende Entlastungswirkungen an unterschiedlicher Stelle und in unterschiedlichem Ausmaß „exogenisiert" werden, d. h. entstehende Entlastungen kommen nicht den Versicherten zugute, sondern müssen – im Gegenteil – von diesen kompensiert werden. In den Szenarien mit Ausweitung der Steuerfinanzierung betrifft dies Entlastungen bei den Beitragszuschüssen (für z. B. Arbeitgeber), im Reform-Szenario 3 die Entlastung bei den Steuern (für den Fiskus).

Anteile der Einkommensarten auf Beitragszahlungen

Ein weiterer bedeutender Aspekt der Veränderungen der Finanzierungsstruktur sind die Anteile unterschiedlicher Einkommensarten am Aufkommen der einkommensbezogenen Beitragszahlungen (Tabelle 15).

Tabelle 15: Anteile der Einkommensarten am jeweiligen Aufkommen aus einkommensbezogenen Beiträgen in den Szenarien

Einkommensart	Referenz-Szenarien		Reform-Szenarien			
	Status Quo	erweitert	1	2	3	3
					mit BBG	ohne BBG
Arbeitsentgelt *	63,8 %	63,3 %	64,2 %	64,2 %	59,0 %	51,3 %
gesetzliche Rente	21,2 %	21,1 %	19,2 %	19,2 %	19,1 %	17,1 %
Arbeitslosengeld	5,8 %	5,8 %	5,1 %	5,1 %	5,1 %	5,0 %
Selbstständigeneinkommen	3,4 %	3,4 %	5,7 %	5,7 %	6,3 %	9,4 %
Sozialhilfe	1,3 %	1,3 %	1,2 %	1,2 %	1,3 %	1,1 %
Pension	1,1 %	1,1 %	3,2 %	3,2 %	4,1 %	7,4 %
Betriebsrente	1,0 %	1,0 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %	2,0 %
Bafög	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,8 %	0,7 %
Kapitaleinkommen	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	1,9 %
Einkommen aus Vermietung und Verpachtung	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	3,0 %
private Rente	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,1 %

Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis von Daten des SOEP

Anmerkung: * umfasst hier neben Bruttolöhnen und -gehältern auch Dienstbezüge von Beamten sowie Einkünfte aus Nebenerwerb.

Anteile der Einkommensarten relevant in Reform-Szenario 3

Die Veränderung der Anteile der unterschiedlichen Einkommensarten ist insbesondere für Reform-Szenario 3 von Relevanz, in dem der Mittelbedarf fast ausschließlich über einkommensabhängige Beiträge finanziert wird. Im Vordergrund steht hierbei die Frage, in welchem Ausmaß es im Reform-Szenario 3 gelingt, über die Ausweitung der generellen Beitragspflicht auf weitere Einkommensarten die Einnahmebasis strukturell zu verbreitern. Demgegenüber wird in den Reform-Szenarien 1 und 2 darauf verzichtet, weitere bislang nicht beitragspflichtige Einnahmen explizit einzubeziehen; stattdessen geschieht dies implizit durch eine Ausweitung der Steuerfinanzierung, da die zu versteuernden Einkommen umfassender definiert sind und auch die bislang nicht beitragspflichtigen Einnahmen überwiegend steuerpflichtig sind.

Finanzierungsbeiträge in Reform-Szenario 3

Für das Reform-Szenario 3 zeigen sich die größten Rückgänge bei den Anteilen der Einkommensarten am Beitragsaufkommen für das Arbeitsentgelt, dessen Anteil am Beitragsaufkommen unter 60 Prozent sinkt, und den gesetzlichen Renten. Dieser relative Rückgang wird kompensiert durch steigende Finanzierungsanteile aus Beamtenpensionen, Selbstständigeneinkommen sowie, in geringerem Ausmaß, aus Kapitaleinkommen sowie Einkommen aus Vermietung und Verpachtung. Insgesamt bleiben aber die Finanzierungsteile der bislang nicht beitragspflichtigen Einnahmen im Reform-Szenario mit erhöhter Beitragsbemessungsgrenze überschaubar. Ihr maximaler zusätzlicher Finanzierungsbeitrag zeigt sich in der Variante ohne Beitragsbemessungsgrenze. Hier zeigt sich, dass relativ höhere Finanzierungsbeiträge vor allem bei erwerbseinkommensbezogenen Einkommensarten entstehen (Selbstständigeneinkommen und Pensionen), während der Anteil von Kapitaleinkommen und Einkommen aus Vermietung und Verpachtung selbst ohne Bemessungsgrenze die Schwelle von 5 Prozent nicht überschreitet.

6.2 Finanzielle Be- und Entlastungen der Versicherten

Be- und Entlastungen in den Szenarien durch …

Der Vergleich der Be- und Entlastungen bezogen auf das Nettoeinkommen von **Bedarfsgemeinschaften** in den unterschiedlichen Szenarien – jeweils gegenüber dem Referenz-Szenario des Status quo (0-Prozent-Linie) – zeigt zunächst: Die Integration der heutigen privat Versicherten führt in den untersuchten Reform-Szenarien ganz überwiegend nicht zu Entlastungen (Abbildung 3). Stattdessen kommt es in den Reform-Szenarien 1 und 3 ausschließlich zu Belastungen auf Ebene der Bedarfsgemeinschaften, in Reform-Szenario 2 werden lediglich Bedarfsgemeinschaften mit Jahresnettoeinkommen von unter 24.000 Euro entlastet.

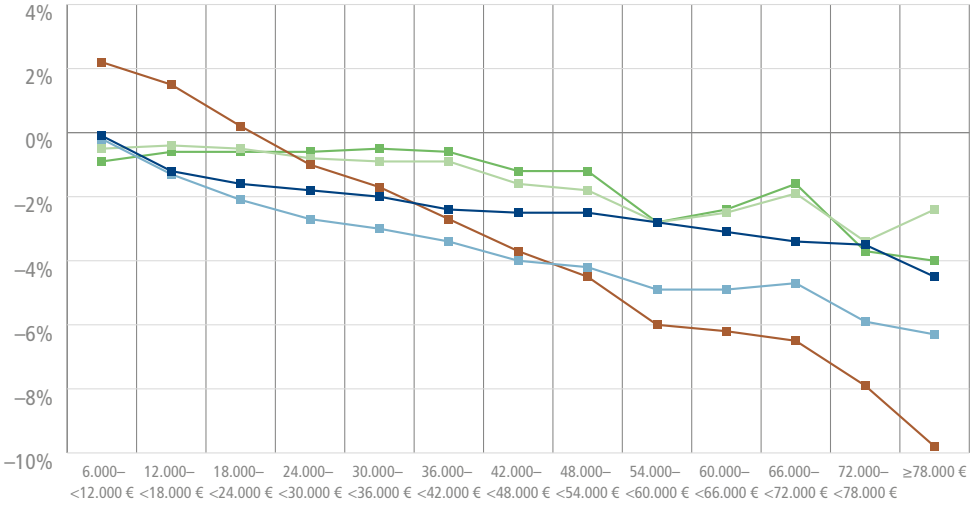
… Integration der bislang privat Versicherten

Eine wesentliche Erklärung hierfür liefert die Veränderung des Mittelbedarfs infolge der Integration der bislang privat Versicherten, wie sie für die hier untersuchten Reform-Szenarien ermittelt wurde. Demnach ergeben sich aus den SOEP-Daten relativ ähnliche Häufigkeiten der Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Behandlungsleistungen der privat Versicherten. Bewertet mit „GKV-Preisen“ liegen die Pro-Kopf-Ausgaben für PKV-Versicherte sogar leicht über denen der gesetzlich Versicherten (vgl. Kapitel 4.2). Ein solches Ergebnis widerspricht nicht der These, dass privat Versicherte durch eine geringere durchschnittliche Morbidität gekennzeichnet sind, denn

ausschlaggebend ist hier ausschließlich die Inanspruchnahmehäufigkeit, die bei gleicher Morbidität durchaus variieren kann. Dabei wurde in den Simulationsrechnungen unterstellt, dass die bislang privat Versicherten im Umstellungsjahr mit derselben Häufigkeit ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nehmen.

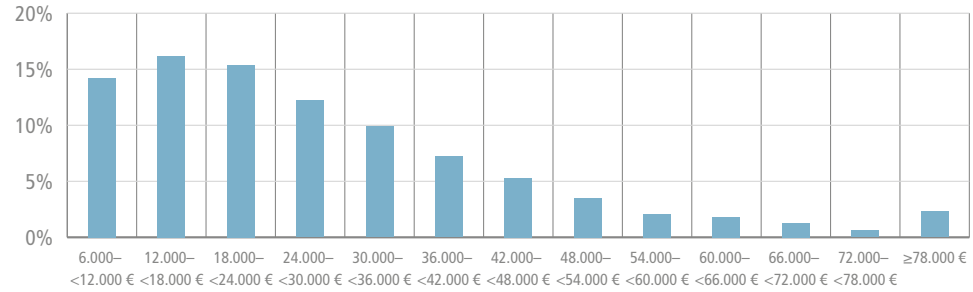
Abbildung 3: Veränderung des Nettoeinkommens von **Bedarfsgemeinschaften** in den Reform-Szenarien nach Einkommensklasse

Veränderung ggn. bisherigem Nettoeinkommen



erweitertes Referenz-Szenario – „Drittelfinanzierung durch Zusatzbeiträge"
Reform-Szenario 1 – „Drittelfinanzierung durch Zusatzbeiträge"
Reform-Szenario 2 – „Drittelfinanzierung durch Steuern"
Reform-Szenario 3 – „Beitragspflicht auf andere Einkommen" – BBG: 5.500 €
Reform-Szenario 3 – „Beitragspflicht auf andere Einkommen" – ohne BBG

Anteil der Einkommensklassen in Prozent



Anmerkung: BBG = Beitragsbemessungsgrenze

Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis von Daten des SOEP | BertelsmannStiftung

… Erhöhung des Mittelbedarfs

Hinzu kommt, dass der Mittelbedarf für alle Reform-Szenarien um rund 6,3 Milliarden Euro erhöht wurde, um das Honorarvolumen für ambulante ärztliche Leistungen konstant zu halten (vgl. Kapitel 4.3). In den Szenarien einer integrierten Krankenversicherung sinken zwar die Pro-Kopf-Ausgaben für die ehemals privat Versicherten deutlich, für die wesentlich größere Gruppe der bislang gesetzlich Versicherten erhöht sich durch die Kompensation möglicher Honorarverluste in der ambulanten ärztlichen Versorgung das Ausgabenniveau jedoch um 3,2 Prozent.

… von privat Versicherten zu zahlende PKV-Prämien

Einen weiteren bedeutenden Einfluss auf das Gesamtniveau der Be- oder Entlastungswirkungen in den Reform-Szenarien hat schließlich die Höhe der im Referenz-Szenario von den privat Versicherten zu zahlenden PKV-Prämien. Je höher diese Prämien sind, desto wahrscheinlicher sind ceteris paribus die Entlastungswirkungen in den Reform-Szenarien. Mangels einer repräsentativen Statistik zur Höhe von PKV-Bestandsprämien differenziert nach Alter und Geschlecht ist es, im Gegensatz zu dem Gros der anderen, für die vorliegende Studie aus dem SOEP genutzten Daten nur sehr beschränkt möglich, die Eigenangaben der SOEP-Haushalte zur Höhe der von ihnen gezahlten PKV-Prämien zu plausibilisieren. An dieser Stelle enthalten die Berechnungsergebnisse zu den Verteilungswirkungen eine entsprechend größere Unsicherheit.

Unterschiedliche Belastungsniveaus durch …

… „exogenisierte“ Entlastungen

… Erhöhung der Steueranteile

Die Annahmen zum Mittelbedarf und das unterstellte Ausgangsniveau der PKV-Prämien wirken gleichgerichtet auf die Belastungsniveaus in den Reform-Szenarien. Die Unterschiede der Belastungsniveaus zwischen den Szenarien sind somit auf anderweitige Erklärungsfaktoren zurückzuführen. Ursächlich sind hierbei vor allem die o.a. unterschiedlichen „exogenisierten“ Entlastungen. Im Reform-Szenario 3 müssen die Mitglieder den Wegfall des steuerfinanzierten Bundeszuschusses in Höhe von 15,5 Milliarden Euro im Status quo durch Beitragszahlungen kompensieren. Gleichzeitig fallen durch die Dominanz der einkommensabhängigen Beiträge als Finanzierungsäule die Beitragszuschüsse durch Dritte wesentlich höher aus als in den anderen Reform-Szenarien (vgl. Abbildung 2). In den Szenarien mit Zusatzbeiträgen und stark erhöhten Steueranteilen sinken dagegen die Finanzierungsbeiträge durch Dritte in Form von Beitragszuschüssen relativ stark. Gleichzeitig führt die Erhöhung der Steueranteile hier unmittelbar zu einer Mehrbelastung der Versicherten durch einen „Gesundheits-Soli“. Somit lässt sich in der obigen Darstellung (Abbildung 2) der Steueranteil hinsichtlich seiner Belastungswirkung dem Mitgliederanteil hinzurechnen.[27]

Paritätische Finanzierung ersetzt durch …

Es ist dann offensichtlich, warum die Belastungswirkungen für die Bedarfsgemeinschaften im Reform-Szenario 3 merklich geringer ausfallen als in den anderen Reform-Szenarien (Abbildung 3). Während im Reform-Szenario 3 mit der Konzentration auf einkommensabhängige Beiträge die paritätische Teilung der Finanzierungszahllasten ausgeweitet wird, nimmt die Bedeutung der paritätischen Finanzierung in den anderen Reform-Szenarien deutlich ab. Diese wird dort teilweise ersetzt durch eine Steuerfinanzierung (Reform-Szenario 2) bzw. durch von den Mitgliedern

27 Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Mehrbelastungen der Haushalte bzw. Bedarfsgemeinschaften nur durch den Steueranteil entsteht, der gegenüber dem Referenz-Szenario des Status quo zusätzlich durch den „Gesundheits-Soli“ aufgebracht wird. Die dargestellten Steueranteile des erweiterten Referenz-Szenarios und der Reform-Szenarien 1 und 2 enthalten auch den bereits im Status quo gezahlten Steuerzuschuss in Höhe von 15,5 Milliarden Euro.

… Steuerfinanzierung bzw. Zusatzbeiträge

zu tragende Zusatzbeiträge (Reform-Szenario 1). Zwar besteht für die Zusatzbeiträge im Rahmen des Sozialausgleichs ebenfalls Anspruch auf Beitragszuschüsse, die hierfür erforderlichen Steuermittel müssen aber – ebenso wie die erhöhte Steuerfinanzierung im Reform-Szenario 2 – von den Versicherten via „Gesundheits-Soli“ selbst aufgebracht werden.

Belastungsniveaus abhängig von Szenarienentwicklung

Für eine Bewertung dieser Unterschiede ist jedoch zu beachten, dass das höhere Belastungsniveau in den Reform-Szenarien 1 und 2 keine unabänderliche Eigenheit der für diese Szenarien zentralen Reform-Elemente (Zusatzbeiträge mit Sozialausgleich, erhöhter Steuerzuschuss) ist, sondern hier vor allem Folge der gewählten Szenarienentwicklung. Die Simulation eines „Gesundheits-Soli“ zur Aufbringung zusätzlicher Steuermittel wurde gewählt, um Mehrbelastungen im Rahmen der auf Haushaltsdaten des SOEP gestützten Berechnungen sichtbar und vergleichbar zu machen. Vorstellbar ist aber ebenso, dass die für einen Sozialausgleich oder deutlich erhöhten Bundeszuschuss erforderlichen Steuermittel nicht ausschließlich durch eine zusätzliche direkte Besteuerung von Personen bzw. Haushalten aufgebracht werden. Als ein Äquivalent zu Beitragszuschüssen von Arbeitgebern könnte beispielsweise auch ein zusätzliches Aufkommen an Kapital- oder Unternehmensteuern erwogen werden.[28] In früheren Studien über eine verstärkte Steuerfinanzierung in der Sozialversicherung wurde etwa – insbesondere mit Blick auf mögliche Beschäftigungseffekte – eine Teilfinanzierung aus dem Mehrwertsteueraufkommen betrachtet (vgl. Meinhardt und Zwiener 2005).

Höhere Belastung bei steigender Steuerfinanzierung

Ein zweites zentrales Ergebnis des Vergleichs der Verteilungswirkungen ist, dass der Grad der Progressivität der Belastungswirkungen mit steigendem Anteil der Steuerfinanzierung deutlich zunimmt. Für das erweiterte Referenz-Szenario und das Reform-Szenario 1 mit Bundeszuschuss und Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs, vor allem aber für das Reform-Szenario 2 mit deutlich erhöhtem Bundeszuschuss ergeben sich nahezu strikt progressiv verlaufende Belastungsverläufe.

Effekt der Integration bislang privat Versicherter

Der Vergleich mit dem erweiterten Referenz-Szenario zeigt für das Reform-Szenario 1 den Effekt der Integration der bislang privat Versicherten: Diese werden im Durchschnitt umso stärker belastet, je höher ihr Jahresnettoeinkommen ist. Ihre Integration im Reform-Szenario 1 führt dazu, dass die Belastungswirkungen für die Bedarfsgemeinschaften insgesamt über nahezu alle Einkommensklassen zunehmend größer sind als vor der Integration im erweiterten Referenz-Szenario.

Vergleich der Belastungsquoten

Im Unterschied zu den anderen Reform-Szenarien bleiben die Belastungswirkungen im Reform-Szenario 3 ohne Steuerfinanzierung bis zu Jahresnettoeinkommen unterhalb von 42.000 Euro etwa in gleicher Höhe; selbst bei sehr hohen Jahresnettoeinkommen und ohne Beitragsbemessungsgrenze steigen die Belastungen dann in der Spitze auf maximal 4 Prozent.[29] Im Reform-Szenario 1 mit einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen, aber einkommensabhängigem steuerfinanziertem Sozialausgleich erreichen die Belastungen dagegen maximal 6,3 Prozent und im Reform-Szenario 2 mit Drittel-Steuerfinanzierung knapp 10 Prozent.

28 So sieht das SPD-Konzept für eine Bürgerversicherung zur „Gegenfinanzierung“ eines wachsenden Steuerzuschusses eine Erhöhung der Abgeltungsteuer vor.

29 Die Prozentwerte bezeichnen jeweils die Durchschnittsbelastungen innerhalb einer Einkommenskategorie.

Verteilung der nicht beitragspflichtigen Einnahmen

Eine Erklärung dafür, warum selbst im Reform-Szenario 3 ohne Beitragsbemessungsgrenze die Belastung auch der höheren Einkommensgruppen im Durchschnitt unter denen in den anderen Reform-Szenarien bleibt, liegt in der Verteilung der bislang nicht beitragspflichtigen Einnahmen. In der Variante mit erhöhter Beitragsbemessungsgrenze erreicht ein Teil der Beitragszahler mit ihren bislang schon beitragspflichtigen Einnahmen diese Grenze, sodass keine Beiträge aus bislang nicht beitragspflichtigen Einkommensarten zu zahlen sind. Zahlreiche Versicherte, die mit ihren bislang schon beitragspflichtigen Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze nicht erreichen, verfügen über keine weiteren Einkommensarten.

Reform-Szenario 3: Einkommensgruppen oberhalb der BBG

Anteil der Beiträge auf andere Einkommensarten

Diesbezügliche Auswertungen der SOEP-Daten ergeben, dass zwar im Mittel über alle Bedarfsgemeinschaften schätzungsweise nur 6 Prozent der Personen bereits mit ihrem Arbeitsentgelt die erhöhte Beitragsbemessungsgrenze im Reform-Szenario 3 erreichen; in den oberen Einkommensgruppen ist der Anteil dieser Personen aber deutlich höher, nämlich 10,3 Prozent bei Jahresnettoeinkommen von 54.000 Euro bis unter 72.000 Euro und 22,6 Prozent bei Jahresnettoeinkommen über 72.000 Euro. Darüber hinaus verfügt knapp die Hälfte (48,7 Prozent) aller Personen in den Bedarfsgemeinschaften über keine Einkommensarten, die im Reform-Szenario 3 zusätzlich beitragspflichtig werden (d. h. keine Kapitaleinkommen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung oder private Renten). Im Ergebnis zahlen somit im Reform-Szenario 3 rund 45 Prozent (bei erhöhter Beitragsbemessungsgrenze) bzw. rund 51 Prozent (ohne Beitragsbemessungsgrenze) der Personen Beiträge aus zusätzlich beitragspflichtigen Einkommensarten.

Differenzierung nach Beitragszahler-Einheiten

Ein differenziertes Bild der Be- und Entlastungen ergibt sich bei Betrachtung unterschiedlicher sozioökonomischer Gruppen. Zu diesem Zweck muss die den Bedarfsgemeinschaften untergeordnete Betrachtungsebene der Beitragszahler-Einheiten gewählt werden, weil Bedarfsgemeinschaften bzw. Haushalte mit mehreren Einkommensbeziehern in der Realität häufig nicht eindeutig einer sozioökonomischen Gruppe zugeordnet werden können.[30]

Belastungen bei Angestellten und Arbeitern …

Für die Gruppe der **Angestellten und Arbeiter** unter den beitragszahlenden Mitgliedern zeigt sich Folgendes (Abbildung 4):

… in Reform-Szenario 1

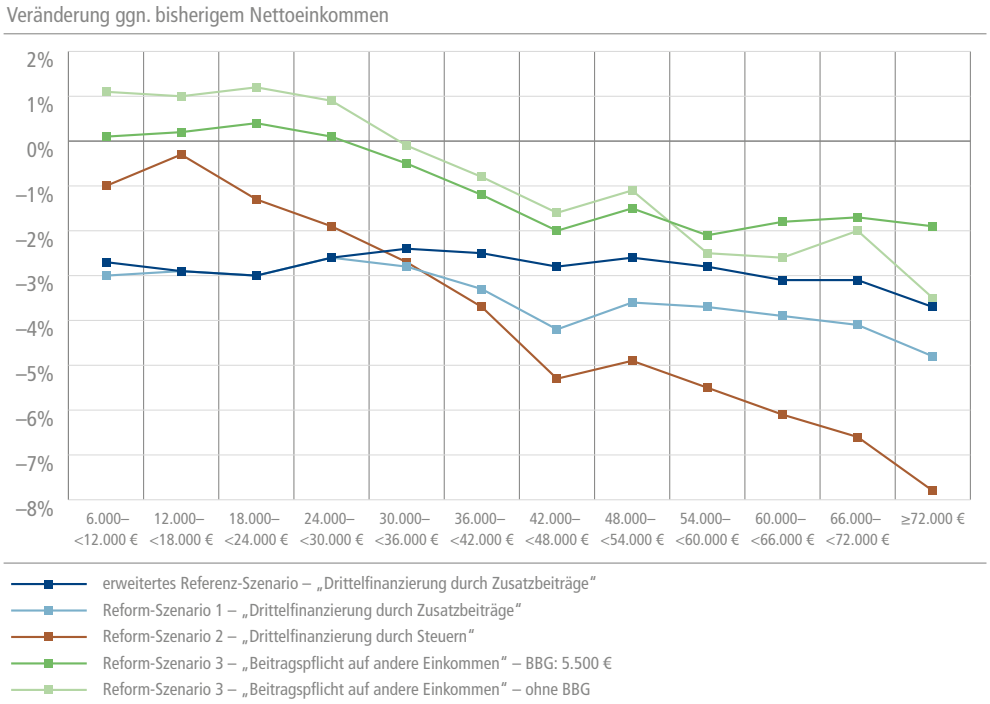
- Die Belastungswirkungen fallen in den Szenarien mit einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen und Sozialausgleich deutlich weniger progressiv aus. Während auf Ebene der Bedarfsgemeinschaften das Belastungsspektrum im Reform-Szenario 1 von nahe 0 Prozent in der untersten Einkommenskategorie bis über 6 Prozent in der höchsten reicht, verringert sich das Spektrum bei Angestellten und Arbeitern von 3 Prozent, die bereits in der untersten Einkommenskategorie erreicht werden, bis circa 5 Prozent in der höchsten Einkommenskategorie.

… in Reform-Szenario 2

- Demgegenüber bleibt der progressive Belastungsverlauf im Reform-Szenario 2 grundsätzlich erhalten, wenn auch etwas gestaucht. Auffällig ist, dass es – anders als bei den Bedarfsgemein-

30 Vgl. zudem die methodischen Erläuterungen zur Analyse der Verteilungswirkungen differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen in Kapitel 3. Aufgrund teilweise geringer Besetzungsstärken in höheren Einkommensbereichen ausgewählter sozioökonomischer Gruppen wurden nachfolgend Einkommensgruppen am oberen Ende zusammengefasst.

Abbildung 4: Veränderung des Nettoeinkommens von **Angestellten und Arbeitern** (Beitragszahler-Einheiten) in den Reform-Szenarien nach Einkommensklasse



Anmerkung: BBG = Beitragsbemessungsgrenze

Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis von Daten des SOEP | BertelsmannStiftung

schaften – hinsichtlich der Angestellten und Arbeiter im Reform-Szenario 2 auch in den unteren Einkommenskategorien zu keiner durchschnittlichen Entlastung kommt. In diesem Szenario steht der Entlastung durch einen geringeren Beitragssatz eine zusätzliche steuerliche Belastung infolge des „Gesundheits-Soli“ gegenüber. Insoweit Angestellte und Arbeitnehmer nur sehr geringe Einkommen haben, zahlen sie üblicherweise auch nur geringe oder gar keine Steuern (Grundfreibetrag). Allerdings befinden sich unter den Angestellten und Arbeitern mit

sehr geringen Verdiensten auch zahlreiche, die steuerlich zusammen mit ihren (oft höhere Einkommen erzielenden) Ehepartnern zusammen veranlagt werden. Ihnen wird daher rechnerisch auch ein Teil der gemeinsamen Steuerbelastung zugeordnet.

… in Reform-Szenario 3

- Anders als auf Ebene der Bedarfsgemeinschaften zeigt sich im Reform-Szenario 3 für Angestellte und Arbeiter ein stärker progressiver Belastungsverlauf mit durchschnittlich geringen Entlastungen um 1 Prozent in den Einkommensgruppen unter 30.000 Euro Jahresnettoeinkommen und ähnlicher Belastung in den oberen Einkommensbereichen.

Belastungswirkungen auf Ruheständler

Für die Gruppe der **Ruheständler** (Rentner, Pensionäre) zeigt sich hingegen die relativ stärkste Belastung im Reform-Szenario 3 in der Variante ohne Beitragsbemessungsgrenze, insbesondere in den stark besetzten unteren Einkommensgruppen (Abbildung 5). Etwa vergleichbare und nur leicht progressiv verlaufende Belastungen ergeben sich im Reform-Szenario 1 mit Zusatzbeiträgen und Reform-Szenario 3 mit erhöhter Beitragsbemessungsgrenze. Im Unterschied zu diesen Szenarien kommt es im Reform-Szenario 2 mit stark erhöhter Steuerfinanzierung zu teilweise deutlichen Entlastungen der Ruheständler über den Großteil der in dieser Gruppe relevanten Einkommensbereiche bis 30.000 Euro Nettojahreseinkommen. Dies dürfte unter anderem auf die generell geringere Steuerbelastung von Rentenzahlungen zurückzuführen sein.[31]

Be- und Entlastungswirkungen auf die Versicherten

Die Be- und Entlastungswirkungen auf die Versicherten in den verschiedenen Szenarien lassen sich schließlich auch anhand der Veränderung der Gesamtbelastung der Einkommen durch Steuern und Sozialabgaben vergleichen. Betrachtet wird hierfür lediglich die Gruppe der Arbeitnehmer (Beitragszahler-Einheiten), weil so insbesondere bei der Steuerveranlagung von einer größeren Homogenität ausgegangen werden kann als für die Bedarfsgemeinschaften insgesamt, die z. B. auch die Ruheständler umfassen.

Belastungen für Arbeitnehmer im Referenz-Szenario …

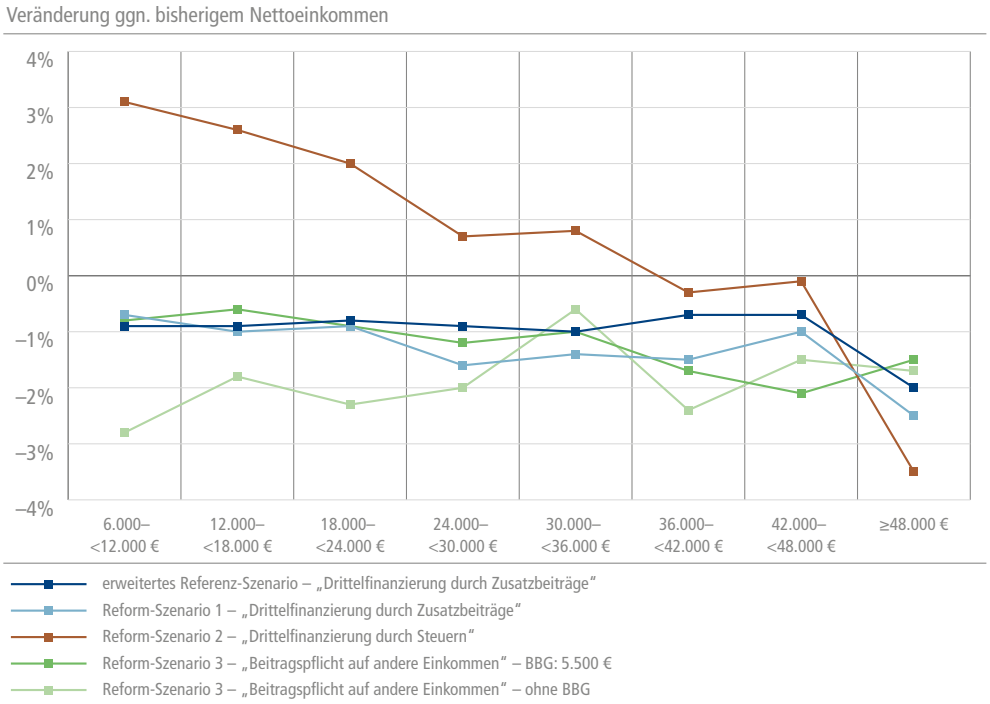
Im Referenz-Szenario des Status quo ergeben sich auf Basis der SOEP-Berechnungen Belastungen durch Steuern und Sozialabgaben für Arbeitnehmer mit Nettojahreseinkommen unter 12.000 Euro von durchschnittlich 22,5 Prozent ihrer Bruttoeinkommen[32] (Abbildung 6). Diese Belastungsquote steigt im Einkommensbereich bis 24.000 Euro netto jährlich stark an und überschreitet die 30-Prozent-Schwelle. Der Anstieg der Belastungsquote schwächt sich in den darüber liegenden Einkommensbereichen ab. Die Schwelle von durchschnittlich 35 Prozent wird erst ab Jahresnettoeinkommen ab 60.000 Euro überschritten.[33]

31 Im Zuge des Übergangs zur nachgelagerten Besteuerung werden Einkünfte aus Renten zwar in voller Höhe der Einkommensteuer (abzüglich Freibeträge) unterworfen, dies aber erst ab dem Jahr 2040. Bis dahin gilt eine Übergangsregelung mit jährlich steigendem Besteuerungsanteil. Gemäß § 22 Einkommensteuergesetz betrug dieser Besteuerungsanteil 60 Prozent bei Rentenbeginn im Referenzjahr 2010. Für die Masse der Rentenbezieher mit Rentenbeginn vor dem Jahr 2010 lag der Besteuerungsanteil jedoch z. T. deutlich niedriger.

32 Die Bruttoeinkommen entsprechen der im SOEP ausgewiesenen Variable „Haushaltseinkommen vor Steuern und Sozialabgaben“ zuzüglich staatlicher Transferzahlungen („public transfers“) und gesetzlicher Renten („social security pensions“).

33 Den hier ermittelten Belastungsquoten liegen empirische Daten zugrunde; sie sind nicht zu verwechseln mit den Ergebnissen reiner Lohnsteuerberechnungen oder Verläufen des Einkommensteuertarifs (Grenz- bzw. Durchschnittsbelastung), die üblicherweise deutlich höhere Belastungsquoten ergeben. Für die tatsächlich zu zahlende Einkommensteuer ist eine Reihe weiterer, belastungsmindernder Faktoren relevant (z. B. Werbungskosten, Sonderausgaben, Vorsorgeaufwendungen, Kinderfreibeträge).

Abbildung 5: Veränderung des Nettoeinkommens von **Ruheständlern** (Beitragszahler-Einheiten) in den Reform-Szenarien nach Einkommensklasse



Anmerkung: BBG = Beitragsbemessungsgrenze

Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis von Daten des SOEP | BertelsmannStiftung

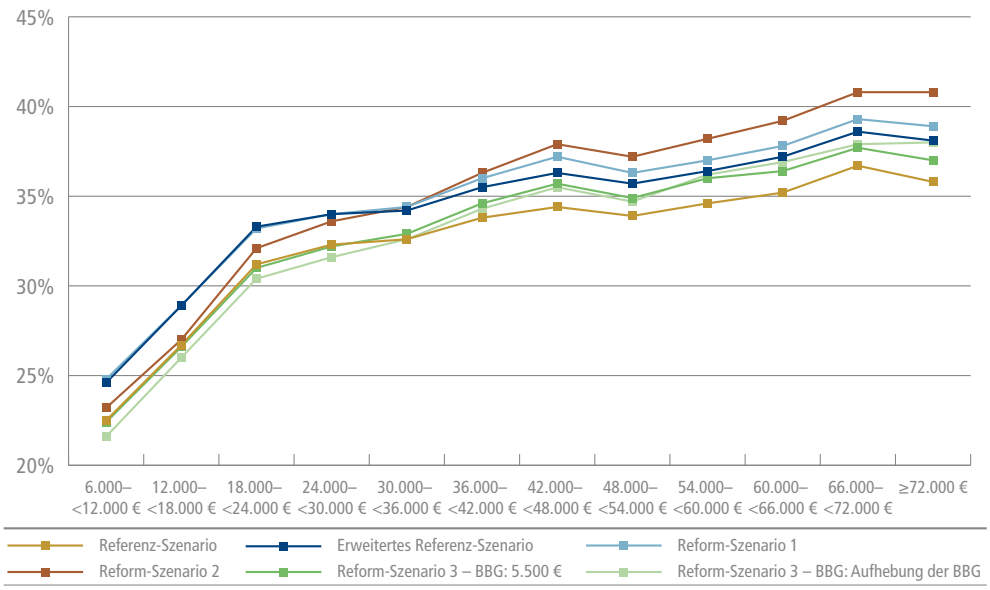
Entsprechend den oben dargestellten Verteilungswirkungen (Abbildung 4) sinkt die Gesamtbelastung für **Arbeitnehmer** lediglich im Reform-Szenario 3 geringfügig im Einkommensbereich unter 30.000 Euro Jahresnettoeinkommen. In allen anderen Fällen kommt es im Vergleich zum Status quo zu einer teilweise deutlichen Erhöhung der Belastungsquote, und zwar nahezu kontinuierlich mit steigendem Nettoeinkommen. Dabei ist der Anstieg in den Reform-Szenarien 1 und 2 mit einer stärkeren (direkten oder indirekten) Steuerfinanzierung größer als im Reform-Szenario 3.

… im Reform-Szenario 3

… in Reform-Szenarien 1 und 2

Während dort in der Variante ohne Beitragsbemessungsgrenze die Belastungsquote bei Jahresnettoeinkommen von über 72.000 Euro ihren Höchstwert mit durchschnittlich 38 Prozent der Bruttoeinkommen erreicht, überschreitet die Belastungsquote im Reform-Szenario 2 bereits ab Jahresnettoeinkommen ab 66.000 Euro die 40-Prozent-Schwelle.

Abbildung 6: Gesamtbelastung der Bruttoeinkommen der **Arbeitnehmer** (Beitragszahler-Einheiten) durch Steuern und Sozialabgaben



Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis von Daten des SOEP | BertelsmannStiftung

Vergleich der Gesamtbelastung in den Szenarien

Für eine Bewertung der Veränderungen der Gesamtbelastung gilt wiederum zu beachten, dass die Unterschiede wesentlich auf die Art der Szenariengestaltung zurückzuführen ist. So fallen im Reform-Szenario 1, vor allem aber im Reform-Szenario 2 die mit der ausgeweiteten Finanzierungssäule (Steuern) verbundenen Mehrbelastungen in Form des „Gesundheits-Soli“ vollständig bei den Versicherten an. Demgegenüber teilen sich die Beitragszahler im Reform-Szenario 3 die Mehrbelastungen der ausgeweiteten Beitragsfinanzierung zum Teil mit Arbeitgebern und Kostenträgern, die Beitragszuschüsse leisten. Es könnten aber zur Aufbringung der zusätzlich erforderlichen Steuermittel in den Reform-Szenarien 1 und 2 prinzipiell auch andere als personenbezogene Steuerarten herangezogen werden. Zudem sind – zumindest längerfristig – höhere Finanzierungsanteile von Arbeitgebern und anderen Kostenträgern für die Versicherten nicht „kostenlos“.

7 Bewertung der Umsetzungsmöglichkeiten: Bürokratiekostenschätzung

Erklärung der Bürokratiekosten

Bürokratiekosten sind Kosten, die den Bürgern und der Wirtschaft dadurch entstehen, dass sie durch den Staat zur Durchführung administrativer Tätigkeiten (z. B. dem Erstellen einer Lohnsteuererklärung oder der Archivierung von Unterlagen) verpflichtet werden. Als Grundlage für Maßnahmen, diese Belastungen für Bürger und Unternehmen zu reduzieren, werden bei Gesetzesvorhaben des Bundestages Bürokratiekostenschätzungen durchgeführt. Auch bei Normsetzungsverfahren im Gesundheitswesen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sind entsprechende Schätzungen vorzunehmen.

Hohe Bürokratiekosten beim Sozialausgleich durch …

… komplizierte Berechnungsverfahren etc.

Der im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes zum 1. Januar 2011 eingeführte Sozialausgleich war bereits im Vorfeld Gegenstand intensiver Kritik. Insbesondere das komplexe Verfahren zwischen den beitragsabführenden Stellen und den Krankenkassen sowie die vermeintlich hohen Bürokratiekosten, die mit der Durchführung des Sozialausgleichs assoziiert wurden, riefen Kritik von vielen Seiten hervor. So beklagte z. B. der Bund Deutscher Arbeitgeber im Jahr 2011 im Anhörungsverfahren zum Gesetzesentwurf, dass das Verfahren zum Sozialausgleich zu erheblichen Bürokratiekosten insbesondere aufgrund von hoch komplizierten Berechnungsverfahren, mehreren Melde- und Nachweispflichten, häufigen Rückrechnungen und einer Vielzahl von Rückfragen der Beschäftigten und Betriebsrentner führen werde. Auch die Datev eG als Dienstleister für die Lohnabrechnungen, die Bundesagentur für Arbeit und der Normenkontrollrat äußerten im Rahmen der Anhörung zum Gesetzentwurf die Befürchtung erheblicher Bürokratiekosten. Ein Sachverständiger schätzte die Bürokratiekosten auf rund 250 Millionen Euro jährlich. Die Bundesregierung hingegen ging in ihrem Gesetzesentwurf (BT-Drs. 17/3360) von lediglich 3 Millionen Euro Mehrkosten aufgrund der regelmäßigen Datenmeldungen an die Krankenkassen aus.

Schätzung der Bürokratiekosten für Szenarien

Im Folgenden werden auf Basis der methodischen Vorgaben des Statistischen Bundesamtes zur Ermittlung von Bürokratielasten, den aktuellen Verfahrensvorgaben zur Durchführung des Sozialausgleichs und den in diesem Gutachten formulierten Szenarien Bürokratiekosten für zentrale Reform-Elemente geschätzt.

7.1 Methodisches Vorgehen

Quellen der Bürokratiekostenschätzung

Die Bürokratiekostenschätzung (BKS) stützt sich dabei im Wesentlichen auf folgende Quellen:

- Statistisches Bundesamt (2012): Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung
- GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit (2011): Beitrags- und melderechtliche Auswirkungen des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V

- GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit (2011): Gemeinsame Grundsätze zum Aufbau der Datensätze für die Übermittlung von Beitragsnachweisen durch Datenübertragung nach § 28b Abs. 2 SGB IV in der vom 1.1.2012 an geltenden Fassung

- GKV-Spitzenverband, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit (2011): Gemeinsames Rundschreiben „Gemeinsames Meldeverfahren zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ vom 15.7.1998 in der Fassung vom 6.3.2013

- GKV-Spitzenverband (2011): Fragen- und Antwortenkatalog zum qualifizierten Meldedialog auf Grundlage der GKV-Monatsmeldung und des Datensatzes Krankenkassenmeldung

Keine empirischen Erfahrungswerte

Die Bürokratiekostenschätzung wurde als „frühe“ Ex-ante-Analyse durchgeführt. Angesichts der Tatsache, dass der Sozialausgleich in seiner aktuell gültigen Form bisher noch nicht umfassend durchgeführt wurde, liegen noch keine empirischen Erfahrungswerte vor, die als Eckpunkte für die Bürokratiekostenschätzung dienen können.

Die aus den Verfahrensbeschreibungen des Sozialausgleichs resultierenden Informationspflichten wurden operationalisiert und mithilfe der vom Statistischen Bundesamt definierten Standardaktivitäten beschrieben.

Berücksichtigungsfähige Kosten

Die Abgrenzung der **berücksichtigungsfähigen Kosten** folgt den Vorgaben des Statistischen Bundesamtes. Zu den berücksichtigungsfähigen Kosten zählen im Wesentlichen unmittelbar mit der Informationspflicht im Zusammenhang stehende Personal- und Sachkosten. Nicht zu den Bürokratiekosten zählen Steuern, Sozialversicherungsbeiträge und Aufwendungen gemäß Artikel 104a Abs. 3 und 4 GG. Indirekte Effekte, wie z. B. kalkulatorische Kosten und sonstige Abgaben, werden ebenfalls nicht berücksichtigt. Gleiches gilt für sogenannte „Sowieso-Kosten“, d. h. Kosten, die den Normadressaten auch ohne die zusätzliche Informationspflicht entstünden. Gemäß den offiziellen Vorgaben zum Standardkostenmodell (SKM)[34] sind Gemeinkosten (d. h. Kosten für Immobilien, Büroeinrichtung, Heizung, Kommunikation etc.) bei der Kalkulation von Bürokratiekosten in Deutschland nicht zu berücksichtigen, obwohl dies in anderen EU-Ländern durchaus üblich ist.

Standardisierung der Lohnkosten für Administration

Zur monetären Bewertung des Arbeitsaufwands im Rahmen der Informationspflichten werden die in den Anhängen des Leitfadens zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung ausgewiesenen Lohnkosten herangezogen. Für die Schätzung wird davon ausgegangen, dass die anfallenden Tätigkeiten von Personen mit einem mittleren Qualifikationsniveau erledigt werden können. Dem entspricht in der Wirtschaft im Durchschnitt ein Stundenlohn von 30,90 Euro.

34 Das Standardkostenmodell (SKM) ist eine pragmatische Schätzmethode, die erstmalig in den Niederlanden angewandt wurde und mit der die durch staatliche Informationspflichten verursachten Bürokratielasten geschätzt werden.

Für die den Bürgern entstehenden Erfüllungsaufwände sieht das Konzept der BKS keine monetäre Bewertung vor. Hier wird deshalb nur der zeitliche Aufwand ausgewiesen.

7.2 Bürokratiekostenrelevante Elemente der Szenarien

Zusätzliche Bürokratiekosten durch …

Die folgende Bürokratiekostenschätzung bezieht sich auf das Reform-Szenario 1 und das Reform-Szenario 3 und vergleicht diese mit dem Referenz-Szenario des Status quo.

… Sozialausgleich in Szenario 1

- Im Reform-Szenario 1 entstehen zusätzliche Bürokratiekosten durch den Sozialausgleich. Im Status quo wurden zwar bereits einige zusätzliche Meldepflichten für den Sozialausgleich umgesetzt, der Ausgleich selbst wurde jedoch bisher nicht durchgeführt, weil der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf null festgelegt wurde. Im Reform-Szenario 1 wird hingegen von einem deutlich erhöhten Finanzierungsanteil der einkommensunabhängig erhobenen Zusatzbeiträge sowie von der Erweiterung des Versichertenkreises um die bislang privat Versicherten ausgegangen. Die Berechnungen für das Reform-Szenario 1 ergaben ein finanzielles Volumen des Sozialausgleichs von 23 Milliarden Euro und einen Anteil von fast 60 Prozent der Mitglieder, die einen Anspruch auf Sozialausgleich haben (vgl. Kapitel 5.3).

… Ausweitung der Beitragspflicht in Szenario 3

- Im Reform-Szenario 3 entstehen zusätzliche Bürokratiekosten bei der Beitragsbemessung infolge der Ausweitung der generellen Beitragspflicht auf weitere Einkommensarten. Konkret ist mit einem erhöhten Aufwand für die Einkommensprüfung im Rahmen der Beitragsfestsetzung zu rechnen. Zudem fällt dieser erhöhte Aufwand bei einer höheren Anzahl von Mitgliedern an, weil der Versichertenkreis um die bislang privat Versicherten erweitert wird. Schließlich ist davon auszugehen, dass die privat Versicherten überproportional häufig solche Einnahmen beziehen, die im Reform-Szenario 3 zusätzlich beitragspflichtig werden. Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge werden dagegen im Reform-Szenario 3 nicht erhoben, ein ergänzender Sozialausgleich wird entsprechend nicht durchgeführt.

Keine zusätzlichen Bürokratiekosten in Szenario 2

Für das Reform-Szenario 2 ist im Unterschied zu den beiden anderen Reform-Szenarien nicht mit zusätzlichen Bürokratiekosten in einer spürbaren Größenordnung zu rechnen. Das zentrale Reform-Element hier ist die deutliche Erhöhung des bereits im Status quo etablierten steuerfinanzierten Bundeszuschusses. In diesem Szenario ist weder ein Sozialausgleich erforderlich, weil keine einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge erhoben werden, noch ein erhöhter Aufwand bei der Einkommensprüfung, weil die Abgrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen im Vergleich zum Status quo nicht grundsätzlich ausgeweitet wird.

7.3 Ablauf des Sozialausgleichs

Durchführung des Sozialausgleichs

Maßgeblich für die Durchführung des Sozialausgleichs sind zum einen der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V und zum anderen die individuelle Belastungsgrenze gemäß § 242b Abs. 1 Satz 1 SGB V in Höhe von zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines GKV-Mitglieds. Ein Anspruch auf Ausgleich der Differenz aus Steuermitteln entsteht, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt, unabhängig davon, ob die Krankenkasse des Mitglieds selbst einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V erhebt und in welcher Höhe. Bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags ist für jedes betroffene Krankenkassenmitglied ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V vorgesehen.

Für das anspruchsberechtigte Mitglied selbst läuft das Sozialausgleichsverfahren automatisch, d. h. es müssen keine Anträge auf Sozialausgleich durch die Berechtigten gestellt werden.[35]

Informationspflichtige Stellen

Neue Informationspflichten entstehen hingegen für die am Verfahren beteiligten Institutionen, insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen und die beitragsabführenden Stellen (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit und Zahlstellen für Versorgungsbezüge).

Zwei Hauptprozesse im Fokus der Betrachtung

Um das in seinen einzelnen Regelungsbestandteilen komplexe Verfahren für den Zweck einer Bürokratiekostenschätzung greifbarer zu machen, werden im Folgenden zwei Hauptprozesse betrachtet, anhand derer sich die wesentlichen Informations- und Meldepflichten, die mit der Durchführung des Sozialausgleichs verbunden sind, zusammenfassend abbilden lassen. Der erste zu betrachtende Hauptprozess ist der einfache, voll automatisierte Sozialausgleich bei Beschäftigten mit einem beitragspflichtigen Einkommen. Als zweiter Hauptprozess wird die Durchführung des Sozialausgleichs bei Beschäftigten mit mehr als einem beitragspflichtigen Einkommen untersucht.

Kein Sozialausgleich in 2011 bis 2013

Die Bindung des Anspruchs auf Sozialausgleich an den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V hat zur Folge, dass für die Jahre 2011 bis 2013 kein Sozialausgleich durchgeführt wird. Daher lassen sich viele Probleme, die mit der Umsetzung der Prozesse zur Durchführung des Sozialausgleichs bereits im Vorfeld erwartet wurden, bislang nicht an der Praxis überprüfen. Zu den sowohl von Arbeitgeberseite als auch von der Bundesagentur für Arbeit geäußerten Befürchtungen zählt insbesondere der durch mögliche Rückfragen verursachte hohe Aufwand.[36] Dieser lässt sich allerdings erst ermessen, wenn die Prozesse zum Sozialausgleich durchgeführt werden.

Eingeschränkter Meldedialog in 2011 und 2012

Für die Jahre 2011 und 2012 wurden aufgrund des auf null festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrags Moratorien für die Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den beitragsabführenden Stellen verhängt. Zwar sind die teils aufwendigen technischen Details, die dem qualifi-

35 Ausgenommen vom Sozialausgleich sind Mitglieder, von denen grundsätzlich kein Zusatzbeitrag erhoben wird (gemäß § 242 Abs. 5 SGB V).

36 Die BA bezifferte diesen im Rahmen der Anhörung zum GKV-FinG auf etwa 2.000 Personentage jährlich.

zierten Meldedialog zugrunde liegen, mittlerweile weitgehend implementiert. Allerdings läuft der qualifizierte Meldedialog nach wie vor nur eingeschränkt.

Beschreibung des Meldedialogs

Seitens der Arbeitgeber waren im Jahr 2012 nur stark reduzierte GKV-Monatsmeldungen für die Fälle von versicherungspflichtiger Mehrfachbeschäftigung abzugeben. Die Krankenkassen meldeten zwar ebenfalls versicherungspflichtige Mehrfachbeschäftigung, mussten allerdings keine Informationen zum Sozialausgleich an die Arbeitgeber melden. Ab dem Jahr 2013 geben die Krankenkassen zusätzlich in Fällen mit Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze eine monatliche Meldung ab, die zuvor jährlich einmalig erfolgte. Die Arbeitgeber melden im Rahmen der GKV-Monatsmeldung ab dem Jahr 2013 zusätzlich das Jahresarbeitsentgelt für Arbeitnehmer in der Gleitzone sowie ergänzende Informationen in den GKV-Meldungen für Mehrfachbeschäftigte. Nachberechnungen können erforderlich werden, wenn es zu Zeitverzögerungen kommt, da die Krankenkassen erst rückmelden, wenn alle Arbeitgeber die GKV-Monatsmeldung für einen Mehrfachbeschäftigten übermittelt haben.

Hauptprozess I

Arbeitnehmer mit beitragspflichtiger Beschäftigung

Sofern Arbeitnehmer über keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen neben ihrem Arbeitsentgelt verfügen, sind ihre Arbeitgeber sowohl für die Prüfung des Anspruchs auf Sozialausgleich als auch für die Durchführung des Sozialausgleichs zuständig.

Klärung des Anspruchs auf Sozialausgleich

Zur Klärung des Anspruchs auf Sozialausgleich prüft der Arbeitgeber, ob der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Arbeitnehmers übersteigt. Liegt die individuelle Belastungsgrenze unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrags, ist Anspruch auf Sozialausgleich gegeben. Der entsprechende Überforderungsbetrag ergibt sich aus der Differenz des durchschnittlichen Zusatzbeitrags und der individuellen Belastungsgrenze.

Durchführung des Sozialausgleichs

Zur Durchführung des Sozialausgleichs bei Einfachbeschäftigten ohne weitere beitragspflichtige Einnahmen wird nach dem Berechnungsverfahren I der einkommensabhängige Beitragsanteil des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber verringert, indem der Überforderungsbetrag abgezogen wird. Dieser gekürzte Arbeitnehmerbeitrag wird vom Arbeitgeber zusammen mit dem ungekürzten Arbeitgeberanteil an die Krankenkasse überwiesen.

Unvollständige Durchführung des Sozialausgleichs

Für den Fall, dass der Arbeitgeber den Sozialausgleich nicht vollständig durch Verringerung des Arbeitnehmeranteils durchführen kann, hat der Arbeitnehmer die Möglichkeit, sich auf Antrag die zu viel geleisteten Krankenkassenbeiträge durch die Krankenkasse zurückerstatten zu lassen.

Hauptprozess II

Beschäftigte mit mehreren Einkommen

Im Falle von mehreren beitragspflichtigen Einnahmen ist der Arbeitnehmer verpflichtet, seinem Arbeitgeber die Mehrfachbeschäftigung zu melden, damit dieser die Mehrfachbeschäftigung im

Rahmen der GKV-Monatsmeldung an die Krankenkasse melden kann. Art und Höhe der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen sind gegenüber dem Arbeitgeber nicht zu tätigen. Der Arbeitgeber ist so lange zur monatlichen Meldung im Falle von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen verpflichtet, solange diese bestehen, auch wenn keine Veränderungen eintreten. Ebenso meldet der Arbeitgeber der Krankenkasse das beitragspflichtige Einkommen aus dem Beschäftigungsverhältnis. Insofern die Krankenkasse Kenntnis von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen hat, muss sie diese den Arbeitgebern ihrerseits melden.

Prüfung des Anspruchs auf Sozialausgleich

Die Prüfung eines Anspruchs auf Sozialausgleich erfolgt durch die zuständige Krankenkasse. Diese meldet nach Prüfung an alle betroffenen beitragsabführenden Stellen, ob ein Sozialausgleich durchzuführen ist und nach welchem Verfahren der Beitrag des anspruchsberechtigten Mitglieds zu berechnen ist bzw. wie hoch die anteilig abzuführenden Beiträge des Mitglieds sind. Von der Rückmeldung der Krankenkasse hängt es ab, ob der Arbeitgeber den Sozialausgleich nach dem Berechnungsverfahren I oder II durchführt.

Durchführung des Sozialausgleichs

In der Regel führt der Arbeitgeber, von dem die höchsten beitragspflichtigen Einnahmen stammen, den Sozialausgleich nach dem oben beschriebenen Berechnungsverfahren I durch, während alle übrigen Arbeitgeber das Berechnungsverfahren II anwenden und einen um zwei Prozentpunkte erhöhten Arbeitnehmeranteil an die zuständige Krankenkasse abführen. Eine Ausnahme besteht für den Fall, dass bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen eine Monatsrente von mehr als 260 Euro bezogen wird. In diesem Fall führt der Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich durch.

Beitragsrückerstattungsrecht des Arbeitgebers

Auch innerhalb des zweiten Hauptprozesses hat der Arbeitnehmer ein Beitragsrückerstattungsrecht, wenn der Arbeitgeber, der den Sozialausgleich nach dem Berechnungsverfahren I durchführt, diesen nicht vollständig durch Beitragssenkung durchführen kann.

7.4 Bürokratiekosten im Status quo

Meldeverfahren und Informationspflicht

Obgleich bis einschließlich dem Jahr 2013 der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf null Euro festgelegt wurde und daher kein Sozialausgleich durchgeführt wird, wurden bereits zentrale Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den beitragsabführenden Stellen erweitert und Informationsprozesse implementiert.

Untersucht sind nicht Kosten der Umstellung, …

Die Umstellung der Meldeverfahren hat sowohl bei den Einzugsstellen als auch bei den beitragsabführenden Stellen zu einem hohen Aufwand hinsichtlich der Änderung der technischen Verfahren geführt. Da es sich hierbei allerdings um abgeschlossene und einmalige Kosten handelt, über deren Höhe die Vermutungen stark divergieren, werden diese im Folgenden nicht gesondert untersucht.

In einem ersten Abschnitt werden die laufenden Kosten der bereits implementierten Prozesse zur Meldung von beitragspflichtigen Einnahmen in Form einer erweiterten Meldung zur Beitragsbemessung geschätzt. Betroffen hiervon sind insbesondere GKV-Mitglieder, die unselbstständig versichert sind und über mehrere beitragspflichtige Einkommen verfügen.

… sondern laufende Kosten der folgenden Prozesse

IP 0: Einarbeitung in die Informationspflicht

Die Standardaktivität I für die „Einarbeitung in die Informationspflicht“ sieht je nach Komplexität einen Zeitaufwand von 3, 15 bzw. 120 Minuten vor. Mit Blick auf die Regelungen zur Durchführung des Sozialausgleichs wird hier von einem mittleren Aufwand (15 Minuten) ausgegangen. Die Häufigkeit dieser Informationspflicht (IP) ist abhängig von der Häufigkeit der Änderungen der Spezifikationen zum Sozialausgleich. Hier wird von jährlich einer relevanten Änderung ausgegangen sowie davon, dass sich bei circa 3,6 betroffenen Institutionen je Institution durchschnittlich vier Beschäftigte für einen Zeitraum von 15 Minuten jährlich in die geänderten Informationspflichten einarbeiten.

Geschätzter Zeitaufwand für Einarbeitung

IP 1: Meldung weiterer beitragspflichtiger Einnahmen

Grundsätzlich ist jeder Beschäftigte gemäß § 280 Abs. 1 SGB IV verpflichtet, die für die Durchführung der Meldeverfahren zwischen den beitragsabführenden Stellen und den Einzugsstellen erforderlichen Informationen an seine(n) Arbeitgeber zu melden. Hierzu zählen seit dem 1. Januar 2012 auch weitere beitragspflichtige Einnahmen, wobei weder Art noch Höhe der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen gegenüber den Arbeitgebern genannt werden muss. Folgende Einnahmen müssen gemeldet werden:

Zusätzliche Info-Pflicht der Beschäftigten

- Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
- Renten der gesetzlichen Rentenversicherung
- Versorgungsbezüge
- Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, soweit es neben einer gesetzlichen Rente oder Versorgungsbezügen erzielt wird.
- Arbeitslosengeld nach dem SGB III
- Arbeitslosengeld II nach dem SGB II

Meldepflichtige Einnahmen

Die genannte Meldepflicht eines unselbstständig Beschäftigten mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen gilt gegenüber allen betroffenen Arbeitgebern. Gegenüber der zuständigen Krankenkasse ist der betroffene Beschäftigte verpflichtet, auf Verlangen auch Auskunft über Art und Dauer seiner Beschäftigungen sowie über seine Arbeitgeber und die Entgelthöhe zu geben (§ 280 Abs. 2 SGB IV).

Meldepflicht gegenüber allen Arbeitgebern

Für die vorliegende Schätzung zum Erfüllungsaufwand durch die betroffenen Arbeitnehmer wird davon ausgegangen, dass von der zusätzlichen Informationspflicht alle pflichtversicherten GKV-Mitglieder mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen betroffen sind. Zudem wird angenommen,

Geschätzter Zeitaufwand für zusätzliche Info-Pflicht

dass sich kalenderjährlich im Durchschnitt zwei melderelevante Änderungen je betroffenes Mitglied ergeben. Die Informationspflicht im Einzelnen umfasst das Zusammenstellen der erforderlichen Informationen sowie deren Aufbereitung, das Verfassen eines entsprechenden Anschreibens und schließlich die Übermittlung der Informationen, sodass sich unter der Annahme eines mittleren Schwierigkeitsgrades nach dem Standardkostenmodell die folgenden Zeitwerte zur Umsetzung der Meldepflicht ergeben: Bei rund 12 Millionen pflichtversicherten Mitgliedern mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen erfolgen jährlich zwei Meldungen, die einen Zeitaufwand von insgesamt 15 Minuten je Mitglied verursachen. In der Summe entsteht so ein Gesamtaufwand von etwa 757 Tausend Tagen.

IP 2: GKV-Monatsmeldung

Meldung aller Beschäftigungsverhältnisse

Insofern ein Beschäftigter über mehrere beitragspflichtige Einnahmen verfügt, meldet jeder Arbeitgeber dies gemäß § 28a Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 11b Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) zusammen mit dem Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung im Rahmen der GKV-Monatsmeldung an die zuständige Krankenkasse. Die Meldung erfolgt in Form einer gesicherten und verschlüsselten Datenübertragung grundsätzlich elektronisch. Gemäß § 28a Abs. 4a SGB IV sind im Rahmen der Meldung die Versicherungsnummer, Name und Vorname des Beschäftigten, die Betriebsnummer und das beitragspflichtige Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung zu übermitteln.

Geschätzter Zeitaufwand für GKV-Monatsmeldung

Im Rahmen der vorliegenden Schätzung wird davon ausgegangen, dass die erforderliche Übermittlung der GKV-Monatsmeldungen nach Einrichtung der Meldeprozesse vollautomatisch verläuft und somit keine zusätzlichen laufenden Kosten jenseits der einmaligen Umstellungs- und Implementierungskosten für die elektronische Datenverarbeitung erfordert. Für die im Rahmen der Überprüfung der Daten sowie deren Eingabe entstehenden Kosten wird davon ausgegangen, dass bei einem mittleren Schwierigkeitsgrad nach dem Standardkostenmodell pro Vorgang fünf Arbeitsminuten erforderlich sind. Unter der Annahme, dass bei allen unselbstständig beschäftigten GKV-Mitgliedern mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen (rund 14 Millionen) durchschnittlich zwei Änderungen pro Kalenderjahr anfallen, ergeben sich für die IP 2 bei einem jährlichen Gesamtaufwand von etwa 289 Tausend Tagen geschätzte Kosten in Höhe von rund 71,6 Millionen Euro.

IP 3: Prüfung und Meldung bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen (Krankenkassen)

Prüfungspflicht der Krankenkassen

Die Krankenkassen prüfen ihrerseits gemäß § 11b DEÜV die ihnen vorliegenden Meldungen zu Mitgliedern mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen und melden die ihnen vorliegenden Informationen an die betroffenen beitragsabführenden Stellen, insofern diese nicht bereits innerhalb von sechs Wochen das Vorliegen der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen an die zuständige Krankenkasse gemeldet haben. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass die Über-

prüfung der Informationen bei den Krankenkassen automatisch verläuft. Gesonderter Aufwand entsteht hingegen durch erforderliche Korrekturen und Rückfragen sowie die Übermittlung korrigierter Daten an die betroffenen beitragsabführenden Stellen.

Geschätzter Zeitaufwand für Prüfung der Krankenkassen

Zum Zweck der Schätzung wird davon ausgegangen, dass in 5 Prozent aller Fälle der insgesamt rund 14 Millionen Mitglieder mit mehreren beitragspflichtigen Einnahmen ein einfacher Korrekturbedarf im Sinne der vordefinierten Standardaktivitäten erforderlich ist. Für 1 Prozent der Fälle wird angenommen, dass die Krankenkassen beim Mitglied weitere Informationen zur Korrektur der vorliegenden Informationen zur den beitragspflichtigen Einnahmen einholen müssen. Auch für diese fallen Kosten für die Korrektur und Übermittlung der Daten an. Insgesamt ergibt sich hier ein jährlicher Gesamtaufwand von circa 125 Tausend Tagen, was Gesamtkosten in Höhe von rund 31 Millionen Euro entspricht.

IP 4: Einkommensprüfung zur Beitragsbemessung

Datenerhebung zur Beitragsermittlung

Zu Zwecken der Beitragsermittlung oder der Überprüfung der Zuzahlungsbefreiung sind die Krankenkassen auf die Erhebung bestimmter Daten angewiesen. Für die gesetzlich Pflichtversicherten werden die erforderlichen Daten zur Berechnung der Beitragshöhe über die Einzugsstelle für die Sozialversicherung vom Arbeitgeber mit den Meldungen zur Sozialversicherung nach den §§ 28a ff. SGB IV an die Krankenkasse übermittelt. Freiwillig versicherte Mitglieder sind hingegen verpflichtet, ihrer Krankenkasse ihre Einkünfte nachzuweisen, z. B. durch Vorlage von Einkommensteuerbescheiden.[37] Bei ihnen hat gemäß § 240 SGB V die Beitragsbemessung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Gemäß den „Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler“, die vom GKV-Spitzenverband einheitlich festgelegt werden, sind hierbei auch „alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung“ einzubeziehen: „Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung und Einnahmen aus Kapitalvermögen sind den beitragspflichtigen Einnahmen (bpE) nach Abzug von Werbungskosten zuzurechnen“ (GKV-Spitzenverband 2011: 4).

Gegenstand der Beitragsbemessung

Bürokratiekosten für Einkommensprüfung und …

Für die Bürokratiekostenschätzung wird davon ausgegangen, dass eine umfangreiche Mitteilung der Einkünfte sowie eine Prüfung der beitragspflichtigen Einnahmen lediglich bei freiwillig Versicherten erfolgt, die hauptberuflich selbstständig tätig sind. Dies waren im Jahr 2010 gemäß KM 1-Statistik insgesamt rund 1,2 Millionen GKV-Mitglieder. Der Zeitaufwand für die Meldung weiterer Einkünfte durch die Mitglieder an die Krankenkassen entspricht im Wesentlichen denen aus IP 1. Es wird davon ausgegangen, dass die Mitglieder ihre Krankenkasse monatlich über ihre beitragspflichtigen Einnahmen informieren und dass zweimal jährlich (entweder aufgrund von unterjährigen Änderungen oder von Nachfragen der Krankenkassen) die entsprechenden Unterlagen (i. d. R. der Steuerbescheid) dafür aufbereitet und versandt werden müssen. Bei einem unterstellten Aufwand von 15 Minuten pro Mitteilung an die Krankenkasse ergibt sich somit ein jährli-

37 Vgl. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit: Einkommensnachweise für die Krankenkasse, www.bfdi.bund.de/DE/Themen/GesundheitUndSoziales/KrankenPflegeversicherung/Artikel/EinkommensnachweiseFuerKrankenkasse.html?nn=409690.

cher Meldeaufwand von rund 62 Tausend Tagen. Für die Bearbeitung von Rückfragen der Kassen (bei geschätzten 5 Prozent aller Fälle) werden zusätzlich 15 Minuten pro Fall veranschlagt, sodass sich ein jährlicher zeitlicher Gesamtaufwand von knapp 64 Tausend Tagen ergibt.

… Beitragsbemessung

Für diese Meldungen werden die Daten bei den Kassen zunächst aufbereitet, wobei davon ausgegangen wird, dass dies grundsätzlich maschinell erfolgt. Anschließend werden die Daten durch Sachbearbeiter geprüft und die Beitragsberechnung durchgeführt. Für die Bürokratiekostenschätzung wird davon ausgegangen, dass in 5 Prozent aller Fälle zusätzlich Daten von den Mitgliedern angefordert und dann in die Berechnungen eingearbeitet werden. Insgesamt entsteht dadurch ein jährlicher zeitlicher Aufwand von rund 60 Tausend Tagen, wodurch Bürokratiekosten in Höhe von 14,8 Millionen Euro entstehen.

7.5 Bürokratiekosten im Reform-Szenario 1

Einflussfaktoren auf die Bürokratiekosten

Im Reform-Szenario 1 wird ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 98,10 Euro erhoben. Zugleich erhöht sich durch die Integration der Privatversicherten der Kreis der GKV-Mitglieder von 50,8 Millionen auf 57,4 Millionen. In der Folge ändern sich die Kosten des Erfüllungsaufwands, da sich einerseits die Fallzahl erhöht, andererseits die im Rahmen der Meldungen zur Beitragsbemessung laufenden Prozesse um weitere Informationspflichten im Rahmen der Durchführung des Sozialausgleichs ergänzt werden.

IP 5: Prüfung des Anspruchs auf Sozialausgleich

Prüfung überwiegend automatisch

Sofern ein unselbstständig Beschäftigter lediglich über beitragspflichtige Einnahmen aus einem einzigen Arbeitsverhältnis verfügt, prüft der Arbeitgeber den Anspruch auf Sozialausgleich. Es wird angenommen, dass dieser Prozess der Prüfung durch den Arbeitgeber überwiegend automatisch im Rahmen der Beitragsberechnung erfolgt, sodass hierfür jenseits der Umstellung und Pflege der automatisierten Datenverarbeitung kein weiterer Aufwand erforderlich ist.

Prozedere bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen

Im Fall mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen eines Mitglieds prüft die zuständige Krankenkasse anhand der ihr vollständig vorliegenden Informationen zu den beitragspflichtigen Einnahmen, ob ein Sozialausgleich durchzuführen ist. Ist dies nicht der Fall, muss sie die Arbeitgeber entsprechend informieren. Besteht ein Anspruch auf Sozialausgleich, informiert die zuständige Krankenkasse alle betroffenen Arbeitgeber darüber und teilt ihnen mit, welches Berechnungsverfahren jeweils zur Durchführung des Sozialausgleichs anzuwenden ist (§ 28h Abs. 2a SGB IV). Gemäß § 242 Abs. 6 Satz 6 SGB V meldet die zuständige Krankenkasse zudem für alle prinzipiell anspruchsberechtigten Mitglieder den beitragsabführenden Stellen zudem, wenn der Anspruch auf Sozialausgleich aufgrund säumiger Zahlungen eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags unterbrochen ist.

Meldungen überwiegend automatisch

Auch diese Meldungen verlaufen im Rahmen des angepassten elektronischen Datenaustauschs zwischen den Krankenkassen und den beitragsabführenden Stellen automatisch und verursachen nach vollständiger Implementierung keine laufenden Kosten außer den erforderlichen Prüf- und Wartungsroutinen.

Bei Kleinunternehmen auch manuelle Durchführung

Es ist jedoch davon auszugehen, dass vor allem kleine Unternehmen (die rund 88 Prozent aller Unternehmen in Deutschland ausmachen) nicht immer über solche automatisierten Systeme zur Entgeltberechnung verfügen. Für die Bürokratiekostenschätzung wird angenommen, dass 10 Prozent der Kleinunternehmen die Berechnungen zum Sozialausgleich zumindest teilweise manuell durchführen müssen. Der dabei entstehende Aufwand wird auf jährlich rund 159 Tausend Tage bzw. 39,3 Millionen Euro geschätzt.

Zeitliche Verschiebungen und Abrechnungskorrekturen

Da die zuständige Krankenkasse ihre Prüfung erst nach Vorliegen der vollständigen Informationen zu dem einzelnen anspruchsberechtigten Mitglied abschließen kann, ist zu erwarten, dass es hierbei regelmäßig zu zeitlichen Verschiebungen sowie Abrechnungskorrekturen bei der zuständigen Krankenkasse sowie bei den beitragsabführenden Stellen kommen kann. Diese lassen sich allerdings im Rahmen der vorliegenden Schätzung nicht mit hinreichender Genauigkeit quantifizieren und bleiben daher unberücksichtigt.

Mitteilungspflicht gemäß §§ 28f und 242b SGB V

Da die Mittel des Sozialausgleichs vollständig aus Bundeszuschüssen zum Gesundheitsfonds zu finanzieren sind, ist den zuständigen Krankenkassen von den beitragsabführenden Stellen gemäß § 28f Abs. 3 bzw. § 242b Abs. 7 SGB V im Rahmen der Meldung über die Durchführung des Sozialausgleichs sowohl die Höhe der Beiträge nach Durchführung als auch die Höhe der Beiträge, die ohne Sozialausgleich fällig gewesen wären, mitzuteilen.

Vorgehen bei unvollständigem Sozialausgleich

Kann der Sozialausgleich nur unvollständig erfolgen, weil der zu zahlende Zusatzbeitrag nicht vollständig durch Verringerung des monatlichen Mitgliedsbeitrags ausgeglichen werden kann, so meldet der Arbeitgeber dies im Rahmen der GKV-Monatsmeldung an die zuständige Krankenkasse. Gegenüber dem Arbeitnehmer hat der Arbeitgeber die unvollständige Durchführung des Sozialausgleichs einmalig in geeigneter Weise schriftlich auf dessen Antragsrecht gegenüber der zuständigen Krankenkasse hinzuweisen. Der Arbeitnehmer kann die Erstattung des ausstehenden Sozialausgleichs für einen Zeitraum von mindestens drei bis maximal zwölf Monaten bei seiner Krankenkasse beantragen.

Prüfungen und Rückfragen in Einzelfällen können nicht Gegenstand dieser Bürokratiekostenschätzung sein, da bislang keinerlei Erfahrungswerte aus der Praxis vorliegen und die Vermutungen der unterschiedlichen Seiten zu vage bzw. zu unterschiedlich sind.

IP 6: Antrag auf Erstattung

Prozedere beim Antrag auf Erstattung

Weiterer Aufwand im laufenden Prozess der Durchführung des Sozialausgleichs entsteht allerdings für diejenigen anspruchsberechtigten Mitglieder, die von einer unvollständigen Durchführung des Sozialausgleichs betroffen sind. Während der Sozialausgleich selbst ohne Antragsverfahren automatisch durchgeführt wird, erfolgt eine Beitragsrückerstattung durch die zuständigen Krankenkassen nur auf Antrag. Hierzu müssen die betroffenen Mitglieder die entsprechenden Informationen zusammentragen, aufbereiten und in schriftlicher Form an ihre Krankenkasse übermitteln. Insgesamt wird hierfür ein Zeitaufwand von 15 Minuten je Einzelfall geschätzt. Die Anzahl der Betroffenen wird bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 98,10 Euro mit rund 3,7 Millionen GKV-Mitgliedern mit unvollständigem Sozialausgleich angesetzt, sodass sich ein jährlicher Gesamtaufwand von knapp 116 Tausend Tagen ergibt.

Geschätzter Zeitaufwand für Mitglieder und …

IP 7: Beitragsrückerstattung

… Krankenkassen

Auch für die Krankenkassen entstehen im Fall eines unvollständig durchgeführten Sozialausgleichs weitere Kosten. Neben dem Abgleich und der Aufbereitung der Antragsdaten mit denen der Meldungen der Arbeitgeber müssen in jedem Einzelfall Zahlungsanweisungen vorgenommen werden. Insgesamt wird der fallbezogene Aufwand auf zehn Minuten geschätzt, sodass sich bei rund 3,7 Millionen betroffenen Mitgliedern ein jährlicher Gesamtaufwand von circa 77 Tausend Tagen bzw. Kosten in Höhe von rund 19 Millionen Euro ergeben.

7.6 Bürokratiekosten im Reform-Szenario 3

Einflussfaktoren für die Bürokratiekosten

Im Reform-Szenario 3 (mit Beitragsbemessungsgrenze) erhöht sich die Zahl derer, bei denen eine solche Prüfung erfolgt, deutlich: Zum einen sind nun auch die vormals in der PKV Versicherten zu berücksichtigen, zum anderen werden nun grundsätzlich bei allen Versicherten weitere Einkommensarten zur Beitragsbemessung herangezogen. Hieraus entsteht für die Mitglieder ein erhöhter Meldeaufwand, für die Kassen ein erhöhter Prüfaufwand.

Meldeaufwand für Mitglieder und Kassen

Hinsichtlich des Meldeaufwands wird geschätzt, dass alle Mitglieder den Krankenkassen ihre beitragspflichtigen Einkünfte nachweisen müssen. Im Gegensatz zum Status quo wird hier davon ausgegangen, dass die Häufigkeit unterjähriger Änderungen aufgrund des großen Anteils von abhängig Beschäftigten geringer ist und bei 1,5 Meldungen pro Jahr und Mitglied liegt. Dadurch entsteht bei einer geschätzten Dauer von 15 Minuten pro Fall und nun rund 57,4 Millionen Mitgliedern ein Meldeaufwand in Höhe von rund 2,7 Millionen Tagen (á acht Stunden). Für die Bearbeitung von Rückfragen der Kassen (bei wiederum geschätzten 5 Prozent aller Fälle) werden zusätzlich 15 Minuten pro Fall veranschlagt, sodass sich ein jährlicher zeitlicher Gesamtaufwand von 2,8 Millionen Tagen ergibt.

Kriterien für die Prüfung der Meldungen

Bei der Prüfung dieser Meldungen wird davon ausgegangen, dass die Kassen nicht alle Fälle detailliert prüfen müssen. So verfügt etwas mehr als die Hälfte aller Mitglieder neben Lohn- und Gehaltszahlungen über keine weiteren Einkommensarten oder liegt schon mit den Lohn- und Gehaltszahlungen über der Beitragsbemessungsgrenze. Für die übrigen Mitglieder (knapp 50 Prozent) wird aber davon ausgegangen, dass die Prüfungen ähnlich umfangreich ausfallen wie für die hauptberuflich Selbstständigen im Referenz-Szenario.[38] Dadurch ergeben sich insgesamt geschätzte jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 176,9 Millionen Euro.

Bürokratieaufwand für Bürger und Kassen

Im Vergleich würde sich der Bürokratieaufwand für die Beitragsbemessung aufseiten der Bürger von knapp 64 Tausend Tagen auf rund 2,8 Millionen Tage erhöhen. Der Aufwand für die Kassen würde sich von knapp 60 Tausend Tagen bzw. 14,8 Millionen Euro auf etwa 716 Tausend Tage bzw. 176,9 Millionen Euro erhöhen.

7.7 Weitere Bürokratiekosten

Aufwand für Betriebsprüfung bei Arbeitgebern …

Gemäß § 28p Abs. 1 SGB IV obliegt die Betriebsprüfung bei den Arbeitgebern den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Prüfung der Beitragszahlungen und der entsprechenden Meldungen erfolgt mindestens einmal in vier Jahren. Im Anschluss an die Prüfung durch die Träger der Rentenversicherung prüfen die zuständigen Krankenkassen abschließend die ordnungsgemäße Durchführung des Sozialausgleichs.

… Durchführung des Sozialausgleichs und …

Weiterer Aufwand entsteht den Krankenkassen im Rahmen ihrer Jahresabschlussrechnung, in deren Rahmen die Kassen insbesondere die Durchführung des Sozialausgleichs bei Mehrfachbeschäftigten und unstetig Beschäftigten erneut prüfen und ggf. berichtigen müssen.

… Einmalzahlungen i. S. d. § 23a Abs. 4 SGB IV

Zu nachträglichen Korrekturen eines bereits durchgeführten Sozialausgleichs kann es unter anderem kommen, wenn ein mehrfach beschäftigter Arbeitnehmer Einmalzahlungen im Sinne des § 23a SGB IV erhält. In diesem Fall ist für jede gewährte Einmalzahlung eine anteilige Beitragsbelastungsgrenze zu bilden. Einmalzahlungen können so in der Folge, insofern diese nach § 23a Abs. 4 SGB IV dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen sind, dazu führen, dass der Arbeitgeber den für das Vorjahr durchgeführten Sozialausgleich prüfen und korrigieren muss.

38 Dies ist eine zentrale Annahme der Bürokratiekostenschätzung für Reform-Szenario 3. Eine u. U. kostengünstigere Alternative könnte ein automatisierter Datenabgleich zwischen Krankenkassen und Finanzämtern sein. Aus datenschutzrechtlichen und vor dem Hintergrund der bisherigen politischen Diskussionen erscheint ein solcher Ansatz für Deutschland derzeit unrealistisch.

7.8 Zusammenfassung

Bürokratiekosten im Referenz-Szenario

Insgesamt entstehen nach der hier vorgenommenen Schätzung schon im Referenz-Szenario durch die bestehenden Melde- und Prüfpflichten als Grundlage für einen Sozialausgleich Bürokratiekosten in Höhe von jährlich rund 173 Millionen Euro (Tabelle 16). Davon entfallen rund 127 Millionen Euro bzw. 73,6 Prozent auf die Arbeitgeber und rund 46 Millionen Euro auf die Krankenkassen. Für die Mitglieder entsteht ein monetär nicht bewerteter Meldeaufwand in Höhe von jährlich rund 821 Tausend Tagen.

Tabelle 16: Übersicht über die Bürokratiekosten nach Szenarien (Mio. Euro)

	Mitglieder (in 1.000 Tagen)	Arbeitgeber	Krankenkassen	Summe Arbeitgeber/Kassen
Referenz-Szenario	821	127,2	45,7	172,9
Reform-Szenario 1	116	39,3	19,0	58,4
Reform-Szenario 3	2.779	0	176,9	176,9

Quelle: IGES Institut GmbH

Bürokratiekosten im Reform-Szenario 1

Im Reform-Szenario 1 entstehen für die Durchführung des Sozialausgleichs bei erweitertem Versichertenkreis und rund 34 Millionen Anspruchsberechtigten zusätzliche Bürokratiekosten in Höhe von rund 58,4 Millionen Euro. Von diesen werden knapp zwei Drittel von den Arbeitgebern getragen. Hinzu kommen rund 116 Tausend Tage für die Beantragung von Beitragsrückerstattungen; davon sind rund 3,7 Millionen Mitglieder betroffen.

Bürokratiekosten im Reform-Szenario 3

Im Reform-Szenario 3 entfallen zunächst die Bürokratiekosten, die durch die bestehenden Melde- und Informationspflichten im Rahmen des Sozialausgleichs bereits heute verursacht werden, weil in diesem Szenario keine Zusatzbeiträge mehr erhoben werden (rund 173 Millionen Euro). Diese Entlastung kommt vor allem den Arbeitgebern zugute. Gleichzeitig entstehen den Krankenkassen im Reform-Szenario 3 zusätzliche Kosten für die Beitragsbemessung – infolge der Ausweitung der generellen Beitragspflicht auf weitere Einkommensarten und der Ausweitung des Versichertenkreises – in geschätzter Höhe von rund 177 Millionen Euro. Den Arbeitgebern entstehen hingegen keine zusätzlichen Bürokratiekosten. Damit ergeben sich für das Reform-Szenario 3 umfangreiche Verlagerungen der Bürokratiekosten zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen, insgesamt gibt es aber einen nur sehr geringfügigen Anstieg der Bürokratiekosten gegenüber dem Status quo. Der zusätzliche Aufwand für die Mitglieder wäre jedoch deutlich höher als in allen anderen Szenarien.

8 Bewertung der Umsetzungsmöglichkeiten: Fiskalische Nachhaltigkeit

Die Bewertung der fiskalischen Nachhaltigkeit bezieht sich auf die Reformoption, den Anteil der – direkten oder indirekten – Steuerfinanzierung im Krankenversicherungssystem auszuweiten und damit auf zentrale Reform-Elemente, welche die Reform-Szenarien 1 und 2 vom Reform-Szenario 3 unterscheiden.

Option: Ausweitung der Kofinanzierung aus Steuern im KV-System

Für diese Bewertung wurde im Rahmen der vorliegenden Studie die folgende Kurzexpertise von Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup erstellt.

8.1 Hintergrund und Fragestellungen der Kurzexpertise

In der Diskussion um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die stärkere Bezuschussung des Systems aus Steuermitteln eine seit geraumer Zeit immer wieder vorgebrachte Reformoption zur nachhaltigen Stabilisierung der Einnahmeseite. Für eine solche Kofinanzierung dieses Sozialversicherungszweiges werden die folgenden Argumente angeführt (vgl. insbesondere Blank et al. 2011 sowie Rürup 2007):

Argumente für steuerfinanzierten Bundeszuschuss

- **Verbreiterung der Einnahmebasis:** In der Verbreiterung der Einnahmebasis durch Steuern wird eine Antwort gesehen, um der beobachtbaren Erosionen der Finanzierungsgrundlagen des lohnzentrierten Sozialversicherungssystems, d. h. der schwächeren Entwicklung der beitragspflichtigen Bruttolohn- und Gehaltsumme im Vergleich zum Volkseinkommen (oder auch den zu finanzierenden Ausgaben), entgegenzuwirken. Gleichzeitig impliziert eine steuerliche Kofinanzierung eine tendenzielle Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten, was vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung ein zunehmend wichtiges Argument ist.

Gegen Erosion des lohnzentrierten KV-Systems

- **Kurzfristige Einnahmestabilisierung:** Durch eine solche Mischfinanzierung wirken Schwankungen im Beitragsaufkommen als Folge von konjunkturell bedingten Veränderungen auf den Arbeitsmarkt weniger stark auf die finanzwirtschaftliche Situation dieser Sozialversicherung durch. Ein Bundeszuschuss ermöglicht es, den Beitragssatz über einen Konjunkturzyklus hinweg stabil zu halten. Darüber hinaus können zusätzliche Steuern als Anpassungspuffer dienen, um die Einnahmen zu stabilisieren.

Gegen Schwankungen im Beitragsaufkommen

- **Sachgerechte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben:** Die Einbindung von allgemeinen Haushaltsmitteln als dauerhafte Finanzierungsquelle ist ordnungspolitisch zu begrüßen, wenn einer Sozialversicherung gesamtgesellschaftliche Aufgaben und damit versicherungsfremde Leistungen übertragen wurden und sich der Steuerzuschuss am Ausgabenvolumen dieser gesellschaftlichen Aufgaben orientiert.

Einbindung von Haushaltsmitteln

Risiko der Instrumentalisierung der Kofinanzierung angesichts …

Diesen Argumenten zugunsten eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses steht – wie die bisherigen Erfahrungen zeigen – das Risiko gegenüber, dass mit einem steigenden Volumen der Steuermittel die Einnahmeseite der GKV zum Instrument einer „übergeordneten Interessen verpflichteten Konsolidierungspolitik“ werden kann. Dieses Argument könnte mittel- und langfristig aus zwei Gründen an Gewicht gewinnen:

… Bürgschaften für Banken- und Staatsschuldenkrise

1. Die Maßnahmen zur Bekämpfung der europäischen Banken- und Staatsschuldenkrise haben Deutschland bislang noch keinen Euro an Steuermitteln gekostet, denn alle bisherigen Hilfen waren Kreditbürgschaften. Mit großer Wahrscheinlichkeit werden allerdings in der mittleren Frist einige dieser Bürgschaften greifen müssen. Zudem dürften die Gewinnabführungen der EZB und der Bundesbank an die deutsche Staatskasse geringer werden und den Bundeshaushalt weniger entlasten als dies mittel- und langfristig geplant war bzw. ist.

… Inkrafttreten der „Schuldenbremse“ in 2016

2. Ab dem Jahr 2016 wird für den Bund die am 1. August 2009 im Grundgesetz verankerte „Schuldenbremse“ scharf gestellt (Art. 115 GG). Diese Vorschrift besagt, dass – von Naturkatastrophen und schweren Rezessionen abgesehen – die strukturelle Nettoneuverschuldung, d. h. die um konjunkturelle Mindereinnahmen und Mehrausgaben bereinigte jährliche Kreditaufnahme, 0,35 Prozent des Bruttoinlandsprodukts nicht überschreiten darf. Da damit die Kreditaufnahme als „political mollifier“ im Kampf der Ressorts um Steuergelder weitgehend ausfällt, dürften die steuerfinanzierten Bundeszuschüsse an die Sozialversicherungen deutlich mehr als in der Vergangenheit zum Objekt der politischen Begehrlichkeit werden.

Stabilitätsprogramm der Bundesregierung als Gegenpol

Diesen Risiken steht freilich das vom Bundeskabinett beschlossene und an die EU-Kommission in Brüssel weitergeleitete jüngste Stabilitätsprogramm der Bundesregierung entgegen. Nach Maßgabe dieses Dokuments soll der Bundeshaushalt ab dem Jahr 2014 ausgeglichen sein und in den Jahren 2016 und 2017 soll ein zum Abbau der Staatsverschuldung zur Verfügung stehender Überschuss in Höhe von 0,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts erwirtschaftet werden. Die Schuldenstandquote soll bis zum Jahr 2017 von derzeit 80,5 Prozent in Relation zum Bruttoinlandsprodukt auf 69 Prozent zurückgegangen sein.[39]

Gefahr des Spielballs politischer Ad-hoc-Beschlüsse

Ungeachtet dessen ist davon auszugehen, dass auch die Art und Weise, wie die steuerliche Kofinanzierung der Sozialversicherung ausgestaltet und bemessen wird, mit darüber entscheiden, ob und in welchem Maße die Steuerzuschüsse – zulasten der Beitragsentwicklung – der Gefahr ausgesetzt sind, ein Spielball politischer Ad-hoc-Beschlüsse zu sein bzw. zu werden. Daher soll im Rahmen dieser Kurzexpertise eingeschätzt werden, ob die vom Gesetzgeber vorgesehene Bemessung (und Fortschreibung) der Steuerfinanzierung der GKV, aber auch eine mögliche darüber hinausgehende Ausweitung der Steuerfinanzierung im Rahmen einer grundlegenden Finanzierungsreform, im Interesse einer nachhaltigen Finanzierung einen ausreichenden Beitrag für die Kontinuität und Verlässlichkeit der Finanzierung dieses Systems leisten kann. Ausgehend vom gegenwärtigen Rechtsrahmen wird diskutiert, ob mögliche Reform-Szenarien auf einem adäqua-

Diskussion möglicher Reform-Szenarien

39 Siehe hierzu auch DIW-Wochenbericht (16/2013): Öffentliche Finanzen: Überschüsse und Risiken.

ten institutionellen Regime für eine nachhaltige Steuerfinanzierung aufsetzen können. Sofern ein etwaiger Reformbedarf des gegenwärtigen Regimes identifiziert wird, werden Möglichkeiten diskutiert und aufgezeigt, wie die Stabilität und Verlässlichkeit einer steuerlichen Kofinanzierung namentlich des Systems der GKV erhöht werden kann.

8.2 Steuerfinanzierung der GKV – bislang eine Achterbahnfahrt

Frühere Finanzierung der GKV-Ausgaben

Die Ausgaben der GKV wurden im Vergleich zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung bis vor gut zehn Jahren ausschließlich aus Beiträgen der Mitglieder finanziert. Die Bemessung des Bundeszuschusses und die (durchweg diskretionären) Festlegungen seitens des Gesetzgebers gleichen in der Vergangenheit jedoch einer Achterbahnfahrt (vgl. zu Folgendem u. a. Steffen 2012).

Erstmaliger Bundeszuschuss in 2004

Im Jahr 2004 erhielten die Krankenkassen zur pauschalen Abgeltung gesellschaftlicher Leistungen erstmals einen Bundeszuschuss in Höhe von 1 Milliarde Euro, der gemäß den Bestimmungen des „Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) bis zum Jahr 2006 auf 4,2 Milliarden Euro anwuchs (Abbildung 7). Dieser Bundeszuschuss wurde jedoch vom Gesetzgeber – anders als vielfach fälschlicherweise in der Presse kolportiert[40] – weder mit einer klar definierten Zweckbindung der Mittel oder einer entsprechenden sachgerechten Bemessung an diesen Ausgaben, die aus den von der Politik als versicherungsfremde Leistungen erachteten Aufgaben erwachsen, noch mit einer konkreten, an bestimmten Kriterien orientierten Fortschreibungsmodalität verknüpft. Dies hatte zur Folge, dass in den Folgejahren das Volumen dieser steuerlichen Kofinanzierung immer wieder diskretionär verändert werden konnte und auch situativ geändert wurde.

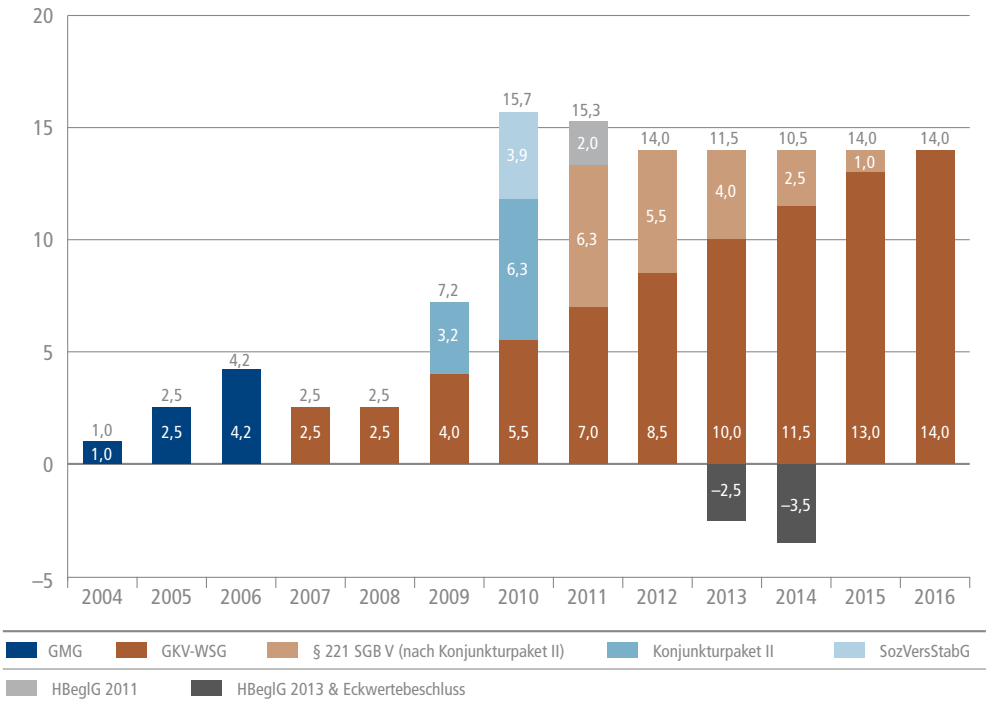
Entwicklung des Bundeszuschusses seit 2007

Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) wurde als Anschlussregelung der Bundeszuschuss betragsmäßig auf 2,5 Milliarden Euro für die Jahre 2007 und 2008 vom Gesetzgeber festgeschrieben. Gleichzeitig wurde eine stufenweise Anhebung dieser Gelder für die Jahre 2009 bis 2016 vorgesehen. Beginnend mit dem Jahr 2009 sollten diese Mittel jährlich um 1,5 Milliarden Euro anwachsen, um im Jahr 2016 den Maximalbetrag in Höhe von 14 Milliarden Euro zu erreichen. Im Gefolge der Auswirkungen der globalen Finanzkrise des Jahres 2008/09 wurde dieser Stufenprozess jedoch unterbrochen. Zur Stützung der Konjunktur wurde als Kompensation für die – konjunkturpolitisch motivierte – Senkung des allgemeinen Beitragssatzes im Rahmen des Konjunkturpakets II mit Wirkung zum 1.7.2009 der Bundeszuschuss um 3,2 Milliarden Euro und im Jahr 2010 um 6,3 Milliarden Euro aufgestockt. Darüber hinaus sah der Gesetzgeber mit dem „Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz“ (SozVersStabG) sowie dem „Haushaltsbegleitgesetz“ (HBeglG) 2011 mit § 221a SGB V zwei außerplanmäßige einmalige Aufstockungen dieser Gelder um 3,9 Milliarden Euro im Jahr 2010 und 2 Milliarden Euro im Jahr 2011 als Kompensation krisenbedingter Mindereinnahmen vor.

40 So z. B. Süddeutsche Zeitung vom 8.2.2013, Handelsblatt vom 8.2.2013 oder krankenkassen-direkt vom 12.2.2013.

Abbildung 7: Höhe des Bundeszuschusses an die Gesetzliche Krankenversicherung (Mrd. Euro), 2004–2016

in Mrd. Euro



Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis der Daten des BVA

BertelsmannStiftung

Beschlüsse der Bundesregierung zum Bundeszuschuss

Aufgrund der Abweichungen vom ursprünglichen Aufwuchsprozess wurde die Maximalhöhe von 14 Milliarden Euro bereits im Jahr 2012 erreicht. Der zusätzliche Bundeszuschuss in Höhe von 2 Milliarden Euro des Jahres 2011, der als Liquiditätsreserve für einen in der damaligen Situation anfallenden Sozialausgleich aufgrund von Zusatzbeiträgen vorgesehen war, wurde angesichts der guten Lage auf dem Arbeitsmarkt und den damit einhergehenden Überschüssen sowohl im Gesundheitsfonds als auch bei den Krankenkassen nicht benötigt. Daher wurde im Zuge der Bemühungen um eine Haushaltskonsolidierung mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2013 vom 20.12.2012 beschlossen, dass dieser Bundeszuschuss jeweils gegenüber dem langfristigen Zielwert von 14,0 Milliarden Euro im Jahr 2013 um 2,5 Milliarden Euro auf 11,5 Milliarden Euro und im Jahr 2014 um 2,0 Milliarden Euro auf 12,0 Milliarden Euro gekürzt wird. Gemäß dem Eckwertebeschluss der Bundesregierung zum Regierungsentwurf des Bundeshaushalts 2014 und zum Finanzplan 2013 bis 2017 vom März 2013 soll der Bundeszuschuss im Jahr 2014 um zusätzliche 1,5 Milliarden Euro auf dann 10,5 Milliarden Euro gesenkt werden. Ab dem Jahr 2015 soll er schließlich wieder seine langfristige Zielhöhe von 14,0 Milliarden Euro erreichen. Ab diesem Jahr soll der Sozialausgleich, der bis einschließlich 2014 aus dem Bundeszuschuss gemäß §§ 221 und 221a SGB V finanziert wird, aus zusätzlichen Mitteln des Bundes finanziert werden. Die Höhe

dieser zusätzlichen Steuermittel soll gemäß dem GKV-Finanzierungsgesetz im Jahr 2014 vom Gesetzgeber festgelegt werden.

Bisherige Erfahrungen mit der Kofinanzierung

Fazit: Die bisherigen Erfahrungen bei der steuerlichen Kofinanzierung der GKV zeigen, dass diese Steuerzuschüsse in den Jahren 2010 und 2011 zum einen als konjunkturpolitischer Puffer dienten und zum anderen als fiskalischer Lückenfüller instrumentalisiert wurden – sowohl zugunsten des GKV-Systems als auch in der jüngeren Vergangenheit in den Jahren 2013 und 2014 zugunsten des Bundeshaushalts. Als weitere Aufgabe wurde dem Bundeszuschuss zusätzlich die Finanzierung des Sozialausgleichs nach § 242b SGB V zugewiesen, der bislang jedoch noch nicht zum Tragen kam.

Notwendigkeit eines verlässlichen Bundeszuschusses an GKV

Mit Blick auf die Verlässlichkeit und Stetigkeit dieser Finanzierungsquelle besteht insofern ein dringender Handlungsbedarf, da die Notwendigkeit eines verlässlichen Bundeszuschusses an die GKV Parteigrenzen überschreitend unstrittig ist. Hinsichtlich einer auch zukünftig relevanten oder auch wachsenden Finanzierungsfunktion von Steuerzuschüssen in der Krankenversicherung bestehen keine grundsätzlichen ordnungspolitischen Bedenken im Sinne eines Verstoßes gegen das Äquivalenzprinzip, denn – mit Ausnahme des Krankengelds – korrespondieren die von den GKV-Mitgliedern geleisteten Beiträge (anders als in der GRV) nicht mit dem Umfang der Leistungen der Kassen für einen Versicherten.

Regelbildung für steuerliche Kofinanzerung

Sowohl die Folgen der – durch die engagierte Politik der EZB zwar überdeckten, aber noch lange nicht gelösten – europäischen Staatsschulden- und Bankenkrise als auch der in der Bevölkerungsalterung angelegte Ausgabendruck in der GKV legen eine neue, die Verlässlichkeit und Stetigkeit der steuerlichen Kofinanzierung der GKV besser gewährleistende Regelbindung nahe. Diese neue Regel muss eine stärkere Bindungswirkung entfalten, als es bislang die in der mittelfristigen Finanzplanung des Bundes eingestellten Positionen eines Bundeszuschusses getan haben.

8.3 Erfahrungen mit Steuerzuschüssen an andere Zweige der Sozialversicherung

Präferenz zugunsten von Konsolidierungszielen …

Der Befund, dass der Gesetzgeber dazu neigt, Konsolidierungszielen des Bundeshaushalts oder konjunkturpolitischen Erfordernissen oft eine höhere Priorität beizumessen als einer ordnungspolitisch begründeten steuerlichen Kofinanzierung von als versicherungsfremd angesehenen Leistungen, wird eindrucksvoll durch den gescheiterten Versuch in der Arbeitslosenversicherung untermauert, einen regelgebundenen Bundeszuschuss – ähnlich wie in der gesetzlichen Rentenversicherung – zu etablieren.

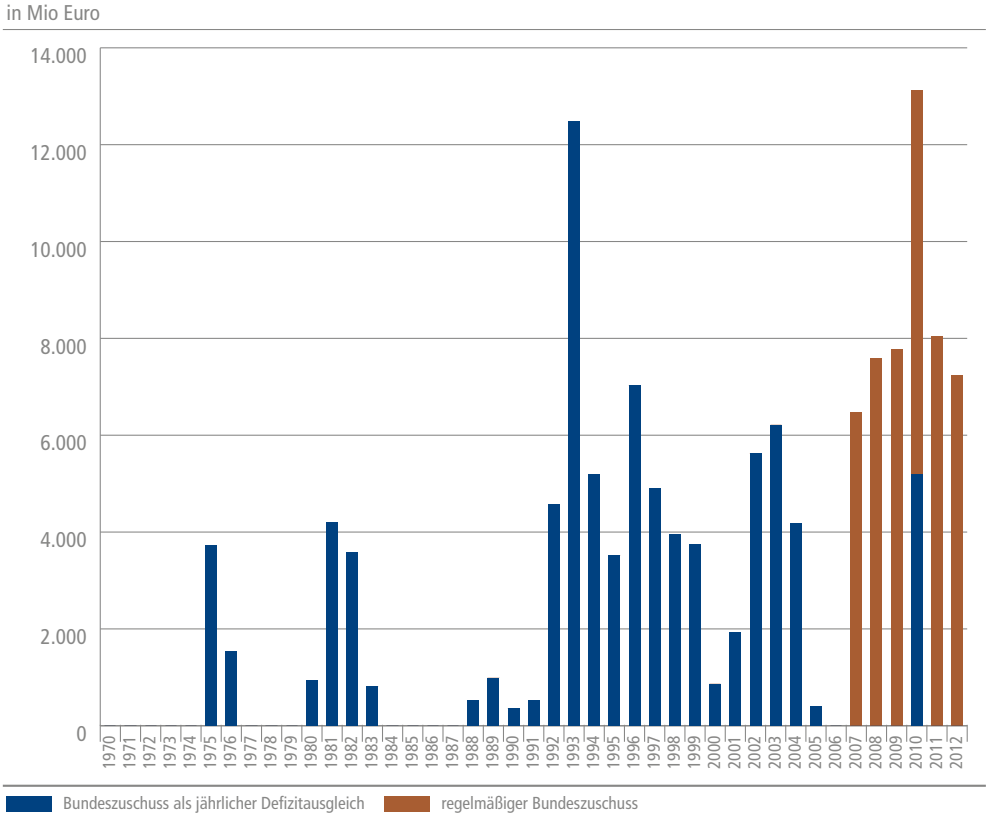
… am Beispiel gesetzliche Arbeitslosenversicherung …

Die Zuweisung von Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt hat in der im Jahr 1927 etablierten gesetzlichen Arbeitslosenversicherung eine im Vergleich zur steuerlichen Bezuschussung der GKV längere Tradition (vgl. Abbildung 8). Denn seit dem Jahr 1988 gibt es einen regelmäßigen

Bundeszuschuss an diesen Sozialversicherungszweig. Bis einschließlich des Jahres 2006 hatte der Gesetzgeber dafür als – interpretationsoffene – Bemessungsregel dieses jährlichen Zuschusses das etwaige Defizit der Bundesagentur für Arbeit als Folge konjunkturbedingter Ausgabenüberhänge oder die Einführung oder Ausweitung nicht durch Beitragseinnahmen zu deckender versicherungsfremder Leistungen vorgesehen.

Zu trennen von dieser Regel ist die finanzielle Nachschusspflicht des Bundes als Garant der jederzeitigen Zahlungsfähigkeit der Arbeitslosenversicherung, wie sie bereits in der Weimarer Republik etabliert wurde (vgl. Adamy 2010: 5).

Abbildung 8: Höhe des Bundeszuschusses an die Bundesagentur für Arbeit (Mio. Euro), 1970–2012



Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis Geschäftsberichte der Bundesagentur für Arbeit, diverse Jahre; 2010 Defizitausgleich wegen Kurzarbeitergeld

BertelsmannStiftung

… bis hin zum „Blüm-Zuschuss“

Im Zuge der markanten Senkung des Arbeitslosenversicherungsbeitrags im Jahr 2007 wurde – um die damit verbundenen Mindereinnahmen bei den Beitragseinnahmen auszugleichen – eine Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit an den Mehreinnahmen aus der Erhöhung des allgemei-

nen Mehrwertsteuersatzes von 16 Prozent auf 19 Prozent beschlossen. Gemäß den Vorgaben des § 363 SGB III wurde als Regelbindung dieser Mittel vorgesehen, dass ein Drittel der durch die Anhebung des Umsatzsteuersatzes resultierenden Mehreinnahmen in den Haushalt der Bundesagentur für Arbeit zu fließen hat. Für die Jahre 2007 bis 2009 wurden diese Bundeszuschüsse betragsmäßig festgelegt. Für die Zeit danach wurde als Fortschreibungsmodalität vorgesehen, dass diese Mittel mit der Entwicklung des Umsatzsteueraufkommens jährlich anzupassen sind. Damit lehnte sich diese Fortschreibungsmodalität an der Regelung zur Fortschreibung des „zusätzlichen Bundeszuschusses“ an die gesetzliche Rentenversicherung („Blüm-Zuschuss“) – wie weiter unten beschrieben – an.

Außerkraftsetzung beschlossener Regelungen …

Diese Regelung wurde jedoch schon nach sehr kurzer Zeit außer Kraft gesetzt. Angesichts der guten Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt und der sich damit aufbauenden Rücklagen der Bundesagentur für Arbeit wurden im Interesse einer Entlastung des Bundeshaushalts diese Gelder zunächst um 1 Milliarde Euro pro Jahr gekürzt. Und mit dem Haushaltsbegleitgesetz für den Etat 2013 vom 20.12.2012 wurde dann die Abschaffung dieses Zuschusses beschlossen. Fortan soll die Bundesagentur für Arbeit nur noch Bundesmittel zur Deckung von Defiziten erhalten, allerdings als unverzinsliche Darlehen, die in Jahren mit Überschüssen zurückgezahlt werden müssen. Damit wird implizit vom Gesetzgeber unterstellt, dass von der Bundesagentur für Arbeit keine versicherungsfremden Leistungen mehr finanziert werden (vgl. Clemens 2012: 421).

… auch bei der GRV

In der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) hat der Gesetzgeber – ähnlich wie in der GKV und Arbeitslosenversicherung – nach einer langen Periode der kontinuierlichen Ausweitung der steuerlichen Kofinanzierung – im Interesse einer Konsolidierung des Bundeshaushalts – vor einiger Zeit begonnen, diskretionär in die bislang nach festen Regeln bemessenen Bundeszuschüsse einzugreifen.

Lange Tradition der Kofinanzierung in der GRV

Die Gewährung von Zuschüssen der staatlichen Zentralinstanz hat in der Rentenversicherung eine sehr lange Tradition, die mit der Gründung dieses Sozialversicherungszweiges beginnt (vgl. Hüfken 2011: 783). Bereits mit Einführung der gesetzlichen Rentenversicherung zum 1. Januar 1891 wurde eine staatliche, aus allgemeinen Haushaltsmitteln gespeiste Kofinanzierung dieser im Jahr 1889 beschlossenen Invaliditäts- und Altersversorgung etabliert. Hierbei handelte es sich nicht um einen sich an bestimmten Aufgaben bzw. Ausgaben orientierenden „Reichszuschuss“, sondern um einen „Reichsbeitrag“. Denn der damalige Beitragssatz von 1,8 Prozent sollte zu je einem Drittel von den Arbeitern, den Arbeitnehmern und dem Reich aufgebracht werden. Ab dem Jahr 1938 wurden auch an die im Jahr 1911 etablierte Angestelltenversicherung staatliche Zuschüsse in Form von Erstattungen zu den Steigerungsbeiträgen für Zeiten des Wehr- und Reichsarbeitsdienstes geleistet.

Große Rentenreform von 1957

Durch die große Rentenreform des Jahres 1957 wurde mit dem Umstieg zur Finanzierung nach dem Umlageverfahren die Bemessung des staatlichen Zuschusses, des Bundeszuschusses, auf eine neue Grundlage gestellt, die allerdings immer wieder Änderungen unterzogen wurde (vgl.

Hüfgen 2011: 784 ff. sowie BMAS 2010: 436 ff.). Dieser Steuerzuschuss wurde zunächst so festgesetzt, dass bei einem Beitragssatz von 14 Prozent für den ersten bis zum Jahr 1966 reichenden zehnjährigen Deckungsabschnitt die gesetzlich vorgeschriebene Rücklage in Höhe einer Jahresausgabe erreicht wurde.

Entwicklung der GRV seit 1978

Bis einschließlich des Jahres 1978 wurde die Höhe dieser Zuschüsse dann diskretionär festgesetzt. Ab dem Jahr 1979 trat an die Stelle dieser situativen Festsetzung eine regelgebundene Fortschreibung. Nach dieser Fortschreibungsregel veränderte sich die Höhe der steuerlichen Kofinanzierung in den Folgejahren jeweils um den Prozentsatz, um den sich die Summe der durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelte in dem jeweils vorausgegangenen Dreijahreszeitraum veränderte. Die Fortschreibung des Bundeszuschusses wurde somit an die Entgeltentwicklung gekoppelt und nicht an den Finanzbedarf des Systems. Angesichts der im Zeitverlauf steigenden Anzahl an Renten und damit der Rentenausgaben führte diese Fortschreibungsmodalität dazu, dass – gemessen an den Rentenausgaben – die Bedeutung des Steuerzuschusses als Finanzierungsquelle kontinuierlich zurückging.

Änderung der Fortschreibungsmodalitäten in 1992

Mit dem Inkrafttreten des SGB VI zum 1. Januar 1992 wurden die Fortschreibungsmodalitäten erneut geändert, um den Bund – stellvertretend für die Gesellschaft bzw. alle Steuerzahler – wieder stärker in die Finanzierung der Renten einzubinden. Mit Beginn des Jahres 1992 wird der Steuerzuschuss – seit dem Jahr 1998 als „allgemeiner Bundeszuschuss“ bezeichnet – dergestalt fortgeschrieben, dass das Volumen des Vorjahres um die Steigerungsrate der Entgelte des Vorvorjahres angehoben wird. Damit dieser Zuschuss nicht nur der Entgeltentwicklung folgt, sondern auch dem jeweiligen Finanzbedarf Rechnung trägt, verändert sich dessen Höhe zusätzlich bei Veränderungen des Beitragssatzes für das betreffende Kalenderjahr in dem Verhältnis, in dem der neue Beitragssatz zum Beitragssatz des Vorjahres steht – sprich anzuheben oder zu senken ist. Eine Erhöhung (Senkung) des Beitragssatzes führt seitdem zu einer Erhöhung (Senkung) des Steuerzuschusses.

Weitere Minderung des Bundeszuschusses seit 2007

Dieser „allgemeine Bundeszuschuss“ wurde gemäß § 213 Absatz 2a SGB VI für das Jahr 2006 um 170 Millionen Euro und ab dem Jahr 2007 um jeweils 340 Millionen Euro pauschal vermindert. Mit dem „Haushaltsbegleitgesetz 2012“ vom 20.12.2012 wurde hiervon abweichend – wiederum im Interesse der Konsolidierungsbemühungen des Bundes – vorgesehen, dass im Jahr 2013 dieser pauschalierte Minderungsbetrag 1,34 Milliarden Euro beträgt und sich in den Jahren 2014 bis 2016 auf jeweils 1,59 Milliarden Euro belaufen soll.

Von der „Blüm-Reform“ 1997 …

Mit dem am 22. Dezember 1997 im Bundesgesetzblatt verkündeten „Rentenreformgesetzes“ 1999 (RRG 99), der „Blüm-Reform“, die allerdings nach dem Sieg von Rot-Grün in der Bundestagswahl im Herbst 1998 in relevanten Teilen („Demographischer Faktor“) zurückgenommen wurde, wurde zur pauschalen Abgeltung der „im gesellschaftlichen Interesse“ der GRV übertragenen Leistungen ein zusätzlicher Bundeszuschuss in Höhe des Aufkommens aus einem Mehrwertsteuerpunkt eingeführt. Allerdings werden hierbei die ebenfalls Ende des Jahres 1997 eingeführten jährlichen

Erstattungen des Bundes für nicht beitragsgedeckte Leistungen aufgrund des Fremdrentenrechts angerechnet. Die Begründung dieses „Blüm-Zuschusses“ ist im Übrigen die einzige rentenrechtliche Bestimmung, in der im SGB VI von einer Widmung der Bundesmittel für der GRV übertragene gesellschaftliche Aufgaben die Rede ist. Was unter „gesellschaftlichen Aufgaben“ zu verstehen ist, wurde vom Gesetzgeber freilich nie spezifiziert.

… bis zum „Blüm-Zuschuss“

Für die Finanzierung und Bemessung dieses zweiten Bundeszuschusses war vorgesehen, dass sich dessen Höhe gemäß § 213 SGB VI nach Maßgabe des Aufkommens aus einem Prozentpunkt der Umsatzsteuer, die zeitgleich von 15 Prozent auf 16 Prozent erhöht wurde, entwickeln sollte. Für das Jahr 1999 wurde jedoch abweichend von dieser Regel der „zusätzliche Bundeszuschuss“ auf 4,908 Milliarden Euro und für das Jahr 2000 auf 7,976 Milliarden Euro festgesetzt (vgl. Abbildung 9). Ab dem Jahr 2000 wird der „zusätzliche Bundeszuschuss“ gemäß der Veränderungsrate des Umsatzsteueraufkommens fortgeschrieben. Damit sollte gewährleistet werden, dass dieser Zuschuss dauerhaft dem Aufkommen aus einem Prozentpunkt dieser Steuer entspricht. Der sich nach dieser Vorschrift ergebende Betrag dieses zusätzlichen Bundeszuschusses wurde allerdings gemäß § 213 Absatz 3 Satz 4 SGB VI für die Jahre 2000 und 2001 um jeweils rund 0,56 Milliarden Euro, für das Jahr 2002 um rund 0,66 Milliarden Euro und für das Jahr 2003 um gut 0,1 Milliarden Euro diskretionär gekürzt.

„Zusätzlicher Bundeszuschuss“ von 1999

Die Einführung dieses „zusätzlichen Bundeszuschusses“ machte eine Korrektur der Fortschreibungsmodalitäten des „allgemeinen Bundeszuschusses“ notwendig. Um zu verhindern, dass die beitragssatzsenkende Wirkung des zusätzlichen Bundeszuschusses eine Senkung des allgemeinen Bundeszuschusses – und damit eine tendenzielle Beitragssatzerhöhung – nach sich zieht, wurde vorgesehen, dass fortan derjenige fiktive Beitragssatz zugrunde zu legen ist, der sich ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Bundeszuschusses ergeben würde.

Korrektur des „allgemeinen Bundeszuschusses“

Seit dem Jahr 2000 wird gemäß § 213 Absatz 4 SGB VI der „zusätzliche Bundeszuschuss“ um Einnahmen des Bundes aus der ökologischen Steuerreform – im Wesentlichen aus der Erhöhung der Mineralölsteuer – ergänzt. Dieser „dritte“ Bundeszuschuss ist nicht zu verwechseln mit den Mitteln aus der Ökosteuer, die der beitragsäquivalenten Finanzierung der Kindererziehungszeiten dienen. Diese Steuermittel gelten als vom Bund entrichtete Beiträge und begründen wie die aus den lohnabhängigen Beiträgen erwachsenden Entgeltpunkte eigentumsrechtlich geschützte Ansprüche. Für die Jahre 2000 bis 2003 ist dieser Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss betragsmäßig so festgesetzt worden, dass das tatsächliche Aufkommen aus den vier weiteren Stufen der ökologischen Steuerreform der Rentenversicherung zufließt.

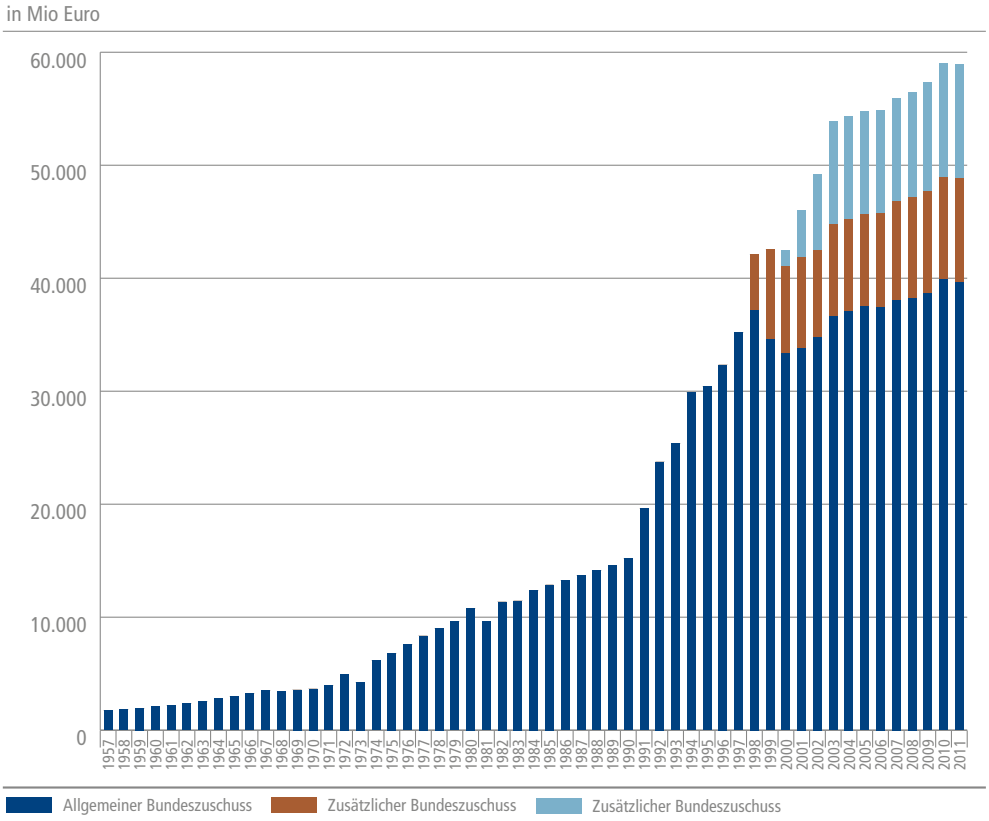
Seit 2000: „zusätzlicher Bundeszuschuss“

Diese zunächst enge Bindung des Erhöhungsbetrags an die Einnahmen aus der ökologischen Steuerreform wurde jedoch mit dem „Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ wieder aufgehoben (vgl. BMAS 2010: 439 f.). Die Verminderung der Einnahmen aus der Mineralölsteuer durch Steuerentlastungsregelungen zugunsten der Landwirtschaft wurde berücksichtigt und der jährliche Erhöhungsbetrag ohne Revisionsklausel und ohne Abhängigkeit vom

Weitere Modifizierungen der GRV-Bezuschussung

jeweils tatsächlichen Aufkommen der ökologischen Steuerreform wurde betragsmäßig für die Jahre 2000 bis 2003 festgesetzt (vgl. Abbildung 9). Darüber hinaus wurde die Fortschreibungssystematik dahingehend modifiziert, dass ab dem Jahr 2004 die Erhöhungsbeträge in dem Verhältnis anzupassen sind, in dem die Bruttolohn- und Gehaltssumme im jeweils vergangenen Jahr zur entsprechenden Bruttolohn- und Gehaltssumme im vorvergangenen Jahr steht.

Abbildung 9: Höhe des Bundeszuschusses an die Gesetzliche Rentenversicherung (Mio. Euro), 1957–2011



Quelle: IGES Institut GmbH auf Basis Deutsche Rentenversicherung Bund 2012a und 2012b

BertelsmannStiftung

Senkung der Bemessung des Erhöhungsbeitrags ab 2003

Ab dem Jahr 2003 wurde mit § 213 Absatz 5 SGB VI als weitere Korrektur bei der Bemessung des Erhöhungsbetrags vorgesehen, dass der jährliche Erhöhungsbetrag um 409 Millionen Euro abgesenkt wird, um den Finanzierungsanteil des Bundes an den Maßnahmen der sozialen Grundsicherung im Alter sowie für die aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgeminderten Personen zu refinanzieren (vgl. BMAS 2010: 439).

„Tabubrüche" bestätigen situationsspezifische Eingriffe

Wie in den anderen Sozialversicherungszweigen waren auch in der GRV bei der tatsächlichen Bemessung der steuerlichen Kofinanzierung die fiskalischen Interessen des Finanzministeriums durchaus wirkmächtig. Wie bei der Arbeitslosenversicherung wird auch bei der Rentenversicherung deutlich, dass eine Regelbindung – selbst wenn diese wie beim allgemeinen Bundeszuschuss schon seit vielen Jahrzehnten existiert – letztlich nicht gegen situationsspezifische Eingriffe schützen kann. Allerdings waren die vorgesehenen Kürzungsbeträge beim allgemeinen Bundeszuschuss gemessen am Gesamtvolumen der steuerlichen Kofinanzierung bislang (noch) sehr gering. Bei einer weiterhin guten Situation bei den Beitragseinnahmen kann aber angesichts dieser „Tabubrüche" nicht ausgeschlossen werden, dass – wie eingangs erwähnt – trotz der derzeit guten Mittelfristprognosen des Steueraufkommens ab dem Jahr 2016 vor dem Hintergrund der sich dann signifikant ändernden fiskalischen Rahmenbedingungen und der damit einhergehenden Konsolidierungserfordernisse neue, dann ggf. höhere Kürzungsbeiträge zur Diskussion stehen werden.

8.4 Reformoptionen für einen nachhaltigen Bundeszuschuss an die GKV

Kürzungen bei Steuerzuschüssen trotz Regelbindung

In den vorangegangenen Ausführungen wurde deutlich, dass selbst Regelbindungen im Sinne einer Fortschreibung von Bundeszuschüssen nach Maßgabe der Entwicklung makroökonomischer Größen oder der Entwicklung des Aufkommens bestimmter Steuern keine Gewähr dafür bieten, dass vom Gesetzgeber aufgrund sich wandelnder politischer Prioritäten diskretionär Kürzungen bei den Steuerzuschüssen vorgenommen werden.

Bessere Verlässlichkeit steuerlicher Kofinanzierung

Im Interesse einer nachhaltigen Finanzierung des GKV-Systems wird sich die Verlässlichkeit der steuerlichen Kofinanzierung allenfalls dann erhöhen lassen, wenn entweder eine klar definierte Zweckbindung bei den Steuerzuschüssen vorgesehen ist (vgl. Rürup 2010: 201 ff.), die diskretionäre Kürzungen erschwert, oder die Bundeszuschüsse in einen Bundesbeitrag umgewandelt werden (vgl. Rürup 2004: 586–591), dessen Aufkommen in Anlehnung an den „Reichszuschuss" zur 1891 eingeführten „Invaliden- und Altersversicherung" in einer festen Relation zum Aufkommen aus den lohnzentrierten Beiträgen steht.

„Zweckbindung" versicherungsfremder Leistungen

Bei der Option „Zweckbindung" bieten sich als Erstes die – freilich nie willkürfrei zu bestimmenden – versicherungsfremden Leistungen an. Als versicherungsfremd gelten gemeinhin die Leistungen, die nicht mit dem eigentlichen Versicherungszweck zu begründen sind, aber aus gesellschaftspolitischen Gründen als notwendig erachtet werden und deshalb einer Sozialversicherung im gesamtgesellschaftlichen Interesse übertragen wurden. Es herrscht weitgehende Einigkeit darüber, dass diese Leistungen – aus ordnungspolitischen Gründen – nicht aus Beitragsmitteln, sondern aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden sollten, um zu gewährleisten, dass die einer Sozialversicherung im gesellschaftlichen Interesse übertragenen Verpflichtungen auch von der Allgemeinheit finanziert werden.

Explizite Listung versicherungsfremder Leistungen

Folgt man dieser Option, dann wären in den Regelungen des SGB V die als versicherungsfremd erachteten Leistungen explizit aufzuführen. Auf Grundlage dieses Katalogs der dann gesetzlich anerkannten versicherungsfremden Leistungen wäre die Höhe des Bundeszuschusses zu ermitteln und zu dynamisieren.

Beispiele für versicherungsfremde Leistungen

Als versicherungsfremde Leistungen auf der Ausgabenseite der GKV, d. h. Ausgaben, die nicht der Absicherung von ökonomischen Folgen des Morbiditätsrisikos dienen, werden regelmäßig die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, für Schwangerschaftsabbrüche und Empfängnisverhütung, die Leistungen für Prävention und Gesundheitsförderung und ggf. kinderabhängige Leistungen angesehen. Das Ausgabenvolumen für diese Leistungen liegt derzeit bei 4 Milliarden Euro.

Steuerzuschuss nach dem Äquivalenzprinzip …

Legt man das Äquivalenzprinzip, d. h. die Entsprechung von Beitragsleistung und Umfang des Risikoschutzes, als Kriterium zugrunde, kann man – wie dies der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftliche Entwicklung tut – mit Ausnahme des einkommensabhängigen Krankengeldes die gesamte lohnbezogene Beitragsbemessung und die damit verbundenen Umverteilungsströme als versicherungsfremd ansehen. Bezogen auf das Jahr 2003 ermittelte hierfür der Sachverständigenrat ein Volumen von 45 Milliarden Euro (SVR 2005: 514 ff.).

… folgt einem anderen Orientierungsrahmen

Die Fortschreibung eines so bestimmten Steuerzuschusses hätte sich dann daran zu orientieren, wie sich die Ausgaben für diese dann vom Gesetzgeber explizit anzuerkennenden versicherungsfremden Ausgaben und – da die Einkommensumverteilung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen ist – versicherungsfremden Umverteilungsströme in einem bestimmten Zeitraum (z. B. jährlich) verändern.

Geringe gesellschaftliche Akzeptanz dieses Ansatzes

Gegen dieses – vom Ansatz her ordnungspolitisch korrekte – Vorgehen spricht, dass sich diese Leistungen nicht zeitkonsistent und nicht willkürfrei bestimmen lassen und – wie die Diskussion um die allokativ wie distributiv überlegenen Pauschalprämienkonzepte in Kombination mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich zeigte – nur auf eine geringe gesellschaftliche Akzeptanz stoßen dürften.

Keine zeitkonsistente und willkürfreie Bestimmung

Die von der Deutschen Rentenversicherung in unregelmäßigen Abständen erstellten und sich im Zeitverlauf ändernden Kataloge der diesem Versicherungszweig übertragenen „versicherungsfremden Leistungen“ belegen, dass sich versicherungsfremde Leistungen weder zeitkonsistent noch ohne Willkür bestimmen geschweige denn quantifizieren lassen – wie ein Vergleich des Katalogs dieser Leistungen des Jahres 2012 mit denen in den Aufstellungen zu Beginn des vergangenen Jahrzehnts zeigt (vgl. z. B. Reineke 2012: 1 ff.).

Option: diskretionäre Setzung von Ausgabepositionen …

Eine andere Option, die Höhe und Entwicklung der Steuerzuschüsse „sicherer“ zu machen, wäre eine einmalige diskretionäre Setzung von (versicherungsfremden) Ausgabenpositionen, die aus Steuermitteln zu finanzieren sind. Denkbar wäre – wie dies des Öfteren empfohlen wird – die

Staatszuschüsse an den familienpolitisch motivierten Leistungen zu orientieren – z. B. an den Kosten der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen (ca. 16 Milliarden Euro) und/oder von Ehepartnern (ca. 12 Milliarden Euro). Wenn man allerdings den Versicherungsschutz von Kindern und/oder nicht berufstätigen Ehepartnern als eine der GKV übertragene familienpolitische Maßnahme aus Bundesmitteln finanziert, stellt sich die Frage, warum die Kosten für privat versicherte Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten nicht ebenfalls vom Staat übernommen werden. Auch Selbstständige haben – nicht ohne Grund – einen Anspruch auf z. B. das Elterngeld oder Kindergeld. Zudem wird argumentiert, dass die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern keine mit dem Argument der Versicherungsfremdheit begründbare familienpolitische Vergünstigung von Familien mit Kindern sei, sondern lediglich eine Umverteilung der Beiträge über den Lebenszyklus von Versicherten. Ein diese Kosten kompensierender Bundeszuschuss würde daher eine „Subvention“ der GKV darstellen (Eekhoff 2012).

… zur „Subvention“ der GKV

Fazit: Eine dritte Alternative, die steuerliche Kofinanzierung nicht zugriffsfest, aber im Vergleich zum Status quo zugriffsfester zu machen, besteht darin, sich von der Philosophie der versicherungsfremden Leistungen zu lösen und den derzeitigen Bundeszuschuss in einen „Bundesbeitrag“ umzuwandeln. Die Höhe dieses Bundesbeitrags wäre fest mit dem Aufkommen zu verkoppeln, das aus den von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlten Beitragsanteilen resultiert. In Ermangelung „objektiver“ Kriterien für eine ordnungspolitisch korrekte Bemessung der steuerlichen Kofinanzierung erscheint ein Bundesbeitrag zwar als keine sichere, aber im Vergleich zu den bisherigen „Bindungsregeln“ als eine überlegene Lösung, um zu verhindern, dass die Kofinanzierung des Bundes nach Kassenlage erfolgt und relevante Teile der Einnahmeseite der Krankenversicherung zur konsolidierungspolitischen Manövriermasse werden.

Alternative: Kofinanzierung durch „Bundesbeitrag“

Einen gegenüber Eingriffen des Gesetzgebers immunen Bundeszuschuss an die GKV kann es allerdings in einem demokratisch verfassten Gemeinwesen nicht geben. In einer Demokratie kann das Gemeinwohl nie etwas anderes sein als die Diagonale in einem sich ändernden Parallelogramm der gesellschaftlichen Kräfte. Daher wird man das in § 7 Haushaltsgrundsätzegesetz (HGrG) und § 8 Bundeshaushaltsgesetz (BHG) verankerte Nonaffektationsprinzip, demzufolge alle Einnahmen eines öffentlichen Haushalts grundsätzlich allen Ausgaben gegenüberstehen, Zweckbindungen eine Ausnahme darstellen sollen und das die Voraussetzung einer flexiblen Haushaltspolitik darstellt, gegenüber Regelbindungen als dominantes Prinzip erkennen müssen. Angesichts des Ziels einer nachhaltigen Finanzierung der GKV mag man das bedauern, im Interesse einer Budgetpolitik, die sich ändernden politischen Prioritäten Rechnung zu tragen hat, wird man dies akzeptieren (müssen).

Berücksichtigung des Nonaffektationsprinzips

9 Fazit

Herausforderungen der zukünftigen KV-Finanzierung

Der Ausgangspunkt der Szenarien-Betrachtung sind drei grundlegende Herausforderungen der zukünftigen Finanzierung des Krankenversicherungssystems in Deutschland:

- **Einnahmeschwäche:** Unabhängig von den aktuell hohen Finanzierungsüberschüssen in der GKV entwickeln sich die beitragspflichtigen Einnahmen systematisch schwächer als die Ausgaben. Die Einbeziehung bislang nicht gesetzlich versicherter Personengruppen bzw. weiterer Einkommensarten in die generelle Beitragspflicht sind Optionen, die Finanzierungsbasis stabiler zu machen.

- **Gerechtigkeit:** Die personelle Verteilung der Finanzierungslasten des Krankenversicherungssystems wird vielfach als nicht konsistent bzw. gerecht angesehen.

- **Belastung:** Die funktionale Verteilung der Finanzierungsanteile belastet vor allem Lohneinkommen in Form von Beiträgen. Aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze und mangels Freibeträgen werden untere und mittlere Einkommen relativ stark belastet.

Die drei untersuchten Reform-Szenarien geben auf diese drei Problembereiche unterschiedliche Antworten.

Ausweitung des Versichertenkreises auf Gesamtbevölkerung

Hinsichtlich der **Stabilisierung der Finanzierungsbasis** ist allen Reform-Szenarien zunächst gemeinsam, dass der Versichertenkreis auf die gesamte Wohnbevölkerung ausgeweitet wird und auf diese Weise prinzipiell auch aus überdurchschnittlich hohen Einkommen bislang privat Versicherter Finanzierungsbeiträge geleistet werden. Unterschiede ergeben sich aus der Art und Weise, wie die Finanzierungsgrundlagen auf zusätzliche Einkommen bzw. Einkommensarten ausgeweitet werden:

Finanzierung über generelle Beitragspflicht

- Geschieht dies über eine explizite generelle Beitragspflicht weiterer Einkommensarten, so können aus nicht erwerbseinkommensbezogenen Einkommen – insbesondere Kapitaleinkommen und Einkommen aus Vermietung und Verpachtung – zwar zusätzliche Finanzierungsbeiträge erreicht werden. Die Berechnungsergebnisse zeigen aber, dass ihr Anteil am insgesamt erforderlichen Finanzaufkommen relativ gering bleibt, selbst wenn auf eine Beitragsbemessungsgrenze vollständig verzichtet würde.

Finanzierung über stärkere Steuerfinanzierung

- Geschieht eine solche Ausweitung implizit durch eine stärkere (direkte oder indirekte) Steuerfinanzierung des Krankenversicherungssystems, zeigen die Berechnungen zu den Verteilungswirkungen, dass insbesondere in höheren Einkommensbereichen relativ mehr zusätzliche Finanzierungsbeiträge generiert werden als im Fall der expliziten Beitragspflicht. Vermögenswerte und damit nicht erwerbsbezogene Einkommen sind auf diese Einkommensbereiche z. T. stark konzentriert.

Stärkere Heranziehung steigender Einkommen durch Steuerprogression

Mit Blick auf den Aspekt der **Gerechtigkeit** bzw. der (In-)Konsistenz von personellen Verteilungswirkungen im Krankenversicherungssystem zeigt der Szenarien-Vergleich, dass durch eine verstärkte Steuerfinanzierung ein deutlich progressiver verlaufendes Belastungsprofil erreicht werden kann als durch eine Ausweitung der expliziten Beitragspflicht. Damit würden Mitglieder mit steigendem Einkommen noch relativ stärker zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems herangezogen. Dies gilt auch im Vergleich zu einem Szenario mit Ausweitung der Beitragspflicht und vollständiger Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Sowohl bei einer stärkeren Steuerfinanzierung als auch bei einer Ausweitung der Beitragspflicht ergeben sich Spielräume für finanzielle Entlastungen in unteren Einkommensbereichen. Im Fall der Steuerfinanzierung profitieren hiervon Ruheständler relativ stärker als abhängig Beschäftigte, im Fall der Ausweitung der Beitragspflicht verhält es sich tendenziell umgekehrt. Nicht sämtliche Gerechtigkeitsaspekte konnten im Rahmen der Szenarien-Berechnungen betrachtet werden. Unter anderem wurden die Wirkungen der beitragsfreien Familienversicherung nicht näher untersucht.

Entlastung unterer Einkommensbereiche in allen Szenarien

Erhöhte Gesamtbelastung mittlerer Einkommen durch Abgaben und Steuern

Im Hinblick auf die gegenwärtig relativ starke **Belastung** von unteren und mittleren (Lohn-)Einkommen zeigt sich die Kehrseite des stärker progressiven Charakters der Steuerfinanzierung. Aus den Szenarien-Berechnungen ergibt sich gerade für Arbeitnehmer bereits in mittleren Einkommensbereichen eine spürbare Erhöhung der Gesamtbelastung ihrer Einkommen mit Steuern und Sozialabgaben, wenn der Anteil der (direkten oder indirekten) Steuerfinanzierung im Krankenversicherungssystem ausgeweitet wird. Für hohe Einkommen würde die durchschnittliche Belastungsquote unter den gemachten Annahmen um vier bis fünf Prozentpunkte steigen und die 40-Prozent-Schwelle (Steuern und Sozialabgaben im Verhältnis zum Bruttoeinkommen) überschreiten.

Be- und Entlastungen Dritter je nach Szenario

Geringer bleibt die Belastung der Mitgliedereinkommen mit Steuern und Abgaben, wenn – wie bei Ausweitung der expliziten Beitragspflicht und paritätischer Beitragsfinanzierung – ein größerer Finanzierungsanteil auf Dritte entfällt (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger u. a.). Auch eine stärkere Steuerfinanzierung könnte mit geringeren unmittelbaren Mehrbelastungen der Mitgliedereinkommen verbunden sein, insoweit die hierfür erforderlichen Steuermittel nicht durch höhere Einkommensteuerzahlungen aufgebracht werden, sondern z. B. aus (zusätzlichen) Mehrwertsteuereinnahmen. Ein vergleichbar progressiver Belastungsverlauf stellt sich in diesen Fällen jedoch nicht ein. Zudem ist davon auszugehen, dass Mehrbelastungen Dritter zumindest teilweise in mittelbarer Form auf die Versicherten zurückfallen.

Zugriffsfestere steuerliche Kofinanzierung durch „Bundesbeitrag“

Mit Blick auf die Umsetzungsperspektiven der Reformoptionen stellt sich für eine verstärkte Steuerfinanzierung vor allem die Frage der fiskalischen Nachhaltigkeit. Vor dem Hintergrund der bisherigen, in anderen Sozialversicherungszweigen schon wesentlich längeren Erfahrungen mit steuerfinanzierten Bundeszuschüssen lautet die Antwort hierauf zunächst, dass es einen gegenüber Eingriffen des Gesetzgebers immunen Bundeszuschuss in der Krankenversicherung in einem demokratisch verfassten Gemeinwesen nicht geben kann. Allerdings lässt sich eine steuerliche Kofinanzierung im Vergleich zum Status quo zugriffsfester machen. Hierzu sollte man sich von der

Philosophie der versicherungsfremden Leistungen lösen und den derzeitigen Bundeszuschuss in einen „Bundesbeitrag“ umwandeln. Die Höhe dieses Bundesbeitrags wäre fest mit dem Aufkommen aus der lohnzentrierten Beitragsfinanzierung zu verkoppeln.

Bürokratriekosten beim Sozialausgleich

Ein zweiter relevanter Aspekt sind die Kosten der Umsetzung der betrachteten Reformoptionen. Der vorliegende Szenarien-Vergleich konzentriert sich hierbei auf die Bürokratiekosten, die mit veränderten Einkommensprüfungen und Beitragsfestsetzungen verbunden wären. Hinsichtlich der Kosten der Durchführung des Sozialausgleichs bei einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen zeigen die Kostenschätzungen, dass der größere Teil (173 Millionen Euro) der Umsetzungskosten bereits im Status quo anfällt, obwohl der Sozialausgleich in der Praxis noch gar nicht durchgeführt wird. Würde der Sozialausgleich – entsprechend den Szenario-Berechnungen – für 34 Millionen Anspruchsberechtigte durchgeführt, entstünden hierdurch zusätzliche Bürokratiekosten in Höhe von schätzungsweise noch rund 58 Millionen Euro. Fast zwei Drittel der Bürokratiekosten des Sozialausgleichs entstehen bei den Arbeitgebern.

Bürokratiekosten bei Ausweitung der Beitragspflicht

Die administrativen Zusatzkosten einer Ausweitung der Beitragspflicht auf weitere Einkommensarten wurden demgegenüber auf rund 177 Millionen Euro geschätzt. Ihnen stünde jedoch eine Kostenentlastung in fast gleicher Höhe durch den Wegfall des Sozialausgleichs gegenüber. Dabei ist unterstellt, dass sich die Kostenbelastung vollständig von den Arbeitgebern auf die Krankenkassen verlagern würde. Der Aufwand für die Mitglieder wäre jedoch deutlich höher als in allen anderen Szenarien.

Literaturverzeichnis

Adamy, Wilhelm. „Arbeitslosenversicherung braucht weniger Steuermittel – Sozialabbau durch Umschichtung von Bundesmitteln in 2011 verhindern“. Position des Bundesvorstands Deutscher Gewerkschaftsbund vom Juli 2010.

Albrecht, Martin, Wilhelm F. Schräder und Stephanie Sehlen. *Modelle einer Integrierten Krankenversicherung.* Berlin 2006.

Blank, Florian, Simone Leiber und Claus Schäfer. „Debatte: Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Pro & Contra. *spw Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft* 1 2011. 12–15.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). *Übersicht über das Sozialrecht.* 7. Auflage. Nürnberg 2010.

Clemens, Johannes. „Arbeitslosenversicherung: Reicht der jetzige Beitragssatz von drei Prozent?“ *Soziale Sicherheit* (61) 12 2012. 420–422.

Deutsche Rentenversicherung Bund. *Rentenversicherung in Zahlen 2012.* Berlin 2012a.

Deutsche Rentenversicherung Bund. *Rentenversicherung in Zeitreihen.* DRV-Schriften Band 22. Berlin 2012b.

Eekhoff, Johann. „Wem gehören die Überschüsse der GKV?“. *PKV-Publik* 3 2012. 15.

Frick, Joachim R., Olaf Groh-Samberg, Jürgen Schupp, C. Katharina Spieß u. a. „25 Wellen Sozioökonomisches Panel“. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* (77) 3 2008. 9–14.

GKV-Spitzenverband. „Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedsgruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler)“ vom 27. Oktober 2008, zuletzt geändert am 30. Mai 2011. Berlin 2011.

Hüfken, Hartmut. „Die Finanzierung und Finanzbeziehungen der Rentenversicherungen“. *Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI.* Hrsg. Eberhard Eichenhofer, Herbert Rische und Winfried Schmähl. Köln 2011. 773–815.

Leinert, Johannes. *Subventioniert die PKV das Gesundheitswesen? Eine kritische Analyse.* Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Bonn 2006.

Meinhardt, Volker, und Rudolf Zwiener. *Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung.* Endbericht im Auftrag des DGB Bundesvorstandes, der Hans-Böckler-Stiftung und der Otto-Brenner-Stiftung. Berlin 2005.

Niehaus, Frank. *Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2008.* WIP-Diskussionspapier 5/2010. Köln 2010.

Paquet, Robert. „Bürgerversicherung im Update – GRÜNE stellen neues Gutachten vor“. *Die Krankenversicherung* 11 2010. 347–350.

Reineke, Ulrich. „Nicht beitragsgedeckte Leistungen und Bundeszuschüsse in der Allgemeinen Rentenversicherung“. *Deutsche Rentenversicherung* 1 2012. 1–20.

Rothgang, Heinz, Robert Arnold und Rainer Unger. *Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.* Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Bremen 2010.

Rürup, Bert. „Vom Bundeszuschuss zum Bundesbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung". *Deutsche Rentenversicherung* 10 2004. 586–591.

Rürup, Bert. „Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung". *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns insbesondere in der Krankenversicherung.* Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Hrsg. Volker Ulrich und Walter Ried. Baden-Baden 2007. 181–203.

Rürup, Bert. „Auswirkungen einer stärker wettbewerbsorientierten Gesundheitsversorgung auf die öffentlichen Haushalte". *Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland.* Hrsg. DIW econ GmbH, IGES Institut GmbH, Bert Rürup und Eberhard Wille. Baden-Baden 2010. 189–203.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR). *Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland.* Jahresgutachten 2012/13. Wiesbaden 2012.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR). *Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen.* Jahresgutachten 2005/06. Wiesbaden 2005.

Steffen, Johannes. Die Bundeszuschüsse zur Renten- und Krankenversicherung. Arbeitnehmerkammer Bremen. Bremen 2012. (Online unter http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Dokumente/2012-02-22%20Bundeszuschuesse, Download 3.5.2013.)

Wasem, Jürgen, Florian Buchner, Gerald Lux, Lennart Weegen und Anke Walendzik. *Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls.* Duisburg, Essen 2013.

Impressum

© 2013 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich
Dr. Stefan Etgeton
Dr. Jan Böcken
Uwe Schwenk

Kontakt
Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Telefon +49 5241 81-81139
Fax +49 5241 81-681139
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

Autoren
Dr. Martin Albrecht
Dr. Monika Sander
Guido Schiffhorst
Dr. Stefan Loos
Jurriaan Anijs
Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup

Gestaltung
Nicole Meyerholz, Bielefeld

Lektorat
Rudolf Jan Gajdacz, München

Foto
© SergeyZavalnyuk/iStockphoto.com

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Programm Versorgung verbessern – Patienten informieren
Telefon +49 5241 81-81139
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

verbraucherzentrale
Bundesverband

Bertelsmann Stiftung