

Vierteljahresschrift zur empirischen
Wirtschaftsforschung, Jg. 42



■ Susanna Kochskämper / Jochen Pimpertz

Soziale Sicherung

Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip
in der GKV ab?

Vorabversion aus: IW-Trends, 42. Jg. Nr. 1
Herausgegeben vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Verantwortliche Redakteure:

Prof. Dr. Michael Grömling, Telefon: 0221 4981-776

Dr. Oliver Stettes, Telefon: 0221 4981-697

groemling@iwkoeln.de · stettes@iwkoeln.de · www.iwkoeln.de

Die IW-Trends erscheinen viermal jährlich, Bezugspreis € 50,75/Jahr inkl. Versandkosten.

Rechte für den Nachdruck oder die elektronische Verwertung erhalten Sie über
lizenzen@iwkoeln.de, die erforderlichen Rechte für elektronische Pressespiegel unter
www.pressemonitor.de.

ISSN 0941-6838 (Printversion)

ISSN 1864-810X (Onlineversion)

© 2015 Institut der deutschen Wirtschaft Köln Medien GmbH

Postfach 10 18 63, 50458 Köln

Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln

Telefon: 0221 4981-452

Fax: 0221 4981-445

iwmedien@iwkoeln.de

www.iwmedien.de

Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab?

Susanna Kochskämper / Jochen Pimpertz, März 2015

Der demografische Wandel führt den in der umlagefinanzierten Krankenversicherung angelegten Risikoausgleich zwischen Jung und Alt ad absurdum. Zwar bleibt die Solidarität im Querschnitt der Versicherten auch bei steigenden durchschnittlichen Leistungsausgaben in jeder einzelnen Periode gewahrt. Über einen längeren Zeitraum werden aber die jeweils nachrückenden Kohorten stärker belastet. Ähnliches gilt für den Sozialausgleich zwischen leistungsfähigen und weniger leistungsfähigen Versicherten. Um auch der intergenerativen Dimension des Solidaritätsprinzips gerecht zu werden, sollten deshalb Umlageverfahren und Anwartschaftsdeckung miteinander kombiniert werden.

Stichwörter: Krankenversicherung, Solidarität, Demografie

JEL-Klassifikation: D63, I13

Unklares Solidaritätsprinzip

In der Diskussion um eine Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird immer wieder mit dem Hinweis auf das Solidaritätsprinzip argumentiert. Doch eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Begriff findet in der öffentlichen Debatte kaum statt. Unstrittig ist das Solidaritätsprinzip als charakteristisches Element sowohl für die GKV als auch für die soziale Pflegeversicherung (SPV). In der Literatur wird das Prinzip meist mit dem Grundsatz beschrieben, dass sich der Zugang zur medizinischen und pflegerischen Versorgung nach dem individuellen Bedarf richtet, die Finanzierung aber nach der Leistungsfähigkeit des Versicherten (Ullrich, 2000, 40; Simon, 2013, 263). Dieses Verständnis von Solidarität legitimiert aber unterschiedliche Umverteilungen, ohne zu gewährleisten, dass diese widerspruchsfrei wirken. So eingängig die Formel auf den ersten Blick erscheinen mag, so wenig werden die Grenzen des Solidaritätsprinzips deutlich. Die folgenden Überlegungen dienen der Klärung möglicher Dimensionen und Wirkungen von Solidarität im Kontext der GKV.

Obwohl das Solidaritätsprinzip als einer der Grundpfeiler der deutschen Sozialversicherung gilt, verwendet der Gesetzgeber den Solidaritätsbegriff für die GKV zurückhaltend. Im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) heißt es lediglich unter § 3 zur solidarischen Finanzierung, dass die Leistungen durch Beiträge der Mitglieder und Arbeitgeber finanziert werden, die sich wiederum in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen richten. Für versicherte Familienangehörige, die nicht erwerbstätig sind, werden keine Beiträge erhoben. Analog gelten diese Bestimmungen nach § 1 Satz 6 SGB XI für die SPV. Was Solidarität in der GKV darüber hinaus bedeuten kann, erschließt sich jedoch nicht allein aus dem Wortlaut des Gesetzes.

Auch jenseits des Gesetzestexts findet sich keine eindeutige Definition des Solidaritätsbegriffs. Solidarität gilt zwar gemeinhin als ein zentrales Gestaltungsprinzip für den Sozialstaat. Allerdings werden ihm weitere sozialpolitische Gestaltungselemente wie das Prinzip der Selbstverantwortung und das Subsidiaritätsprinzip zur Seite gestellt (Lampert/Althammer, 2001, 422 ff.). Dies erschwert eine Konkretisierung zusätzlich. Dabei steht das Solidaritätsprinzip nicht nur im Gegensatz zu der Eigenverantwortung (Maarse/Paulus, 2003, 589), es vermittelt auch zwischen der individuellen Verantwortung und der des Kollektivs (Schulin, 1988, 86 ff.). Zwar kann das Individuum im Bedarfsfall auf die Hilfen der Solidargemeinschaft zählen. Jedes Mitglied verpflichtet sich aber im Gegenzug auch zur Finanzierung der Hilfen nach Maßgabe seiner Leistungsfähigkeit. Außerdem gebietet das Subsidiaritätsprinzip, die Solidargemeinschaft nachrangig zu beanspruchen. Die Auseinandersetzungen mit den Definitionen bleiben indes zu allgemein, um den Inhalt und die Grenzen von Solidarität konkret benennen zu können.

Es ist jedoch möglich, den Solidaritätsbegriff in der GKV und SPV positiv über die Umverteilungseffekte zu bestimmen, die die Regelungen des SGB V hervorrufen. Dazu gilt es, den komplexen Ausgleichsmechanismus der GKV gedanklich in einzelne Elemente zu zerlegen.

Vom Schadens- zum Risikoausgleich

Zunächst soll von der Frage der finanziellen Leistungsfähigkeit abstrahiert werden. Deshalb wird unterstellt, dass alle Versicherten gleichermaßen zahlungs-

fähig sind und den gleichen Beitrag zur Finanzierung der GKV entrichten. Damit spielt es vorläufig keine Rolle, ob die Beiträge abhängig oder unabhängig vom Einkommen erhoben werden. In einem weiteren Schritt wird angenommen, dass alle Mitglieder das gleiche Risiko aufweisen zu erkranken. Unter diesen besonderen Voraussetzungen bestünde die Aufgabe der Krankenversicherung ausschließlich in der Organisation eines Ausgleichs zwischen den Erkrankten und Gesunden. Kann darin bereits ein erstes solidarisches Element vermutet werden? Immerhin schultert das Kollektiv die Behandlungsausgaben für die Erkrankten aus den Finanzierungsbeiträgen aller Mitglieder. Allerdings folgt diese Umverteilung der Ratio, dass die Organisation eines Versicherungsausgleichs effizienter ist als die individuelle Risikovorsorge. Für den Ausgleich zwischen Personen mit einem gleichen Schadenserwartungswert ist das Äquivalenzprinzip prägend und nicht der Solidaritätsgedanke (Eisen, 1988).

Der Solidaritätsgedanke wird sichtbar, sobald von Personen mit erkennbar unterschiedlichen Erkrankungs- und Pflegefallrisiken ausgegangen wird. In der GKV werden diese nicht zu individuell risikoäquivalenten Prämien, sondern zu gleichen Bedingungen versichert. Damit tritt in jeder Periode neben den versicherungstechnischen Schadensausgleich auch ein Risikoausgleich (Maarse/Paulus, 2003, 589 f.). Denn ein Beitrag, der dem durchschnittlichen Risiko in der Solidargemeinschaft entspricht, wird für einen Menschen mit niedrigerem Erkrankungsrisiko zu hoch ausfallen, für einen Menschen mit höherem Erkrankungsrisiko dagegen relativ günstig. Der Risikoausgleich führt also zu einer Umverteilung, die in der Folge als Solidarität im engen Sinn bezeichnet wird (Übersicht 1).

Schadens- und Risikoausgleich in der GKV

Übersicht 1

		Risikomerkmal (idealtypisch)	Risikoverteilung
Versicherungsprinzip	Schadensausgleich	Krankheit	Homogen
Solidarität im engen Sinn	Risikoausgleich	Prädisposition	Heterogen
		Geschlecht	
		Alter	

Prädisposition: durch genetische Prägung oder Vorerkrankungen determinierte Erkrankungswahrscheinlichkeit.

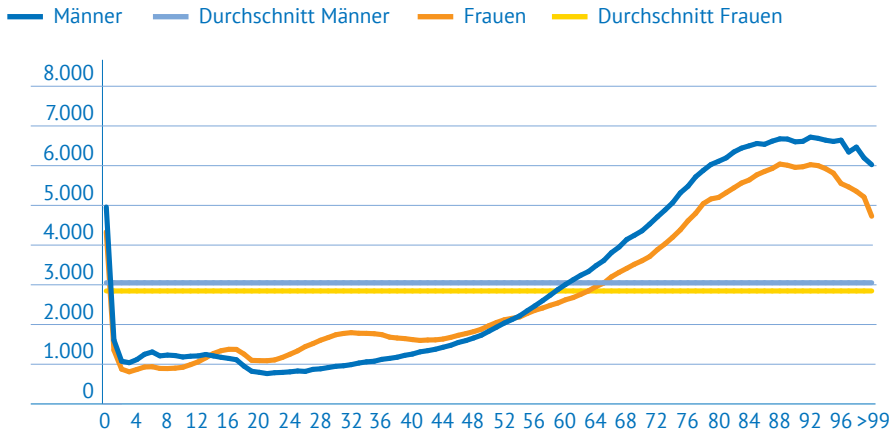
Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft Köln



Altersabhängige Leistungsausgaben in der GKV

Abbildung 1

Ausgaben in Euro pro Jahr



Stand 2012; Hochrechnung auf Basis der Datenmeldungen zum Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung; Leistungsausgaben ohne Krankengeld.
Altersunabhängige Durchschnittswerte für Frauen und Männer.
Quellen: Bundesversicherungsamt, 2013a; Institut der deutschen Wirtschaft Köln



<http://link.iwkoeln.de/iw-trends15-01-07-01>

Unterschiedliche Risiken können zum Beispiel aufgrund des Geschlechts, des Alters oder gesundheitlicher Prädispositionen auftreten. So verursachen Männer und Frauen zu verschiedenen Zeiten im Lebenszyklus unterschiedlich hohe Durchschnittsausgaben (Abbildung 1). Wird aber bei der Beitragsberechnung eine durchschnittliche Schadenserwartung unterstellt, dann profitieren unter ansonsten gleichen Voraussetzungen weibliche Mitglieder zwischen dem 15. und 55. Lebensjahr gegenüber gleichaltrigen Männern, in höherem Lebensalter dagegen männliche Mitglieder.

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben variieren auch über den Lebenszyklus. Abbildung 1 gibt das altersabhängige Profil im Querschnitt der gesetzlich Krankenversicherten wieder. Es kann deshalb allenfalls als stilisierte Darstellung eines Längsschnittprofils interpretiert werden. Der grundsätzliche Zusammenhang von Alter und Ausgabenrisiko ist jedoch unbestritten. Es findet zwar eine intensive Diskussion statt, ob eine steigende Lebenserwartung insgesamt zu höheren Leistungsausgaben über den genannten Lebenszyklus führt (Pimpertz, 2001, 162 ff.; Henke/Reimers, 2006, 11). Die Frage berührt aber nicht den grund-

sätzlichen Befund, dass in höherem Alter das Ausgabenrisiko über dem in jüngeren Jahren liegt (Niehaus, 2006). Deshalb ist mit der Erhebung altersunabhängiger Beiträge ein Risikoausgleich zwischen Jung und Alt systematisch angelegt.

Schließlich können Risikounterschiede auch in Prädispositionen oder Vorerkrankungen begründet sein sowie durch gesundheitsrelevantes Verhalten hervorgerufen werden (Ernährung oder Sport). Auch hierauf nimmt das SGB V keine Rücksicht. Der Risikoausgleich und damit das Solidaritätsprinzip im engen Sinn setzen somit bereits vor dem Schadensausgleich an: Bereits zu Versicherungsbeginn wird zwischen Personen mit erkennbaren Risikounterschieden umverteilt. Das Versicherungsprinzip greift hingegen, sobald der Schadensfall – in diesem Fall Krankheit oder Pflegebedürftigkeit – aufgetreten ist. Umverteilung findet in dem Fall zwischen Personen statt, die krank oder pflegebedürftig geworden sind, und denjenigen, die gesund geblieben sind.

Deshalb spiegeln die durchschnittlichen Leistungsausgaben ex post die statistische Schadenserwartung für jeden Versicherten ohne Ansehen seines individuellen Gesundheitsrisikos wider. Umgekehrt beschreiben sie den monetären Gegenwert des solidarischen Versicherungsschutzes und können als kollektiv äquivalente Versicherungsprämie interpretiert werden (Pimpertz, 2001, 85 ff.).

Konflikt im demografischen Wandel?

Der demografische Wandel kann Einfluss auf den Risikoausgleich zwischen Alt und Jung nehmen. In einer Gesellschaft mit niedrigen Geburtenraten, steigender Lebenserwartung und alternden geburtenstarken Jahrgängen werden künftig Altersklassen mit bislang überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben häufiger besetzt sein (Pimpertz, 2001, 215 ff.). Eine veränderte Altersstruktur der Solidargemeinschaft hat demnach nicht nur Einfluss auf das Ausgabenvolumen, sondern auch auf die Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben, selbst wenn von dem medizinischen Fortschritt und den Kostensteigerungen abgesehen wird (Pimpertz, 2010, 87; Przywara, 2010, 45). Dieser Effekt lässt sich für die GKV anhand einer einfachen Simulation illustrieren. Dazu werden in einem ersten Schritt die Gesamtausgaben der GKV für das Jahr 2012 mithilfe der Versicherungszahlen nach Altersklassen (BMG, 2014a) und der entsprechenden altersabhängigen Verteilung der Leistungsausgaben geschätzt. Mit 162,8 Milliarden Euro

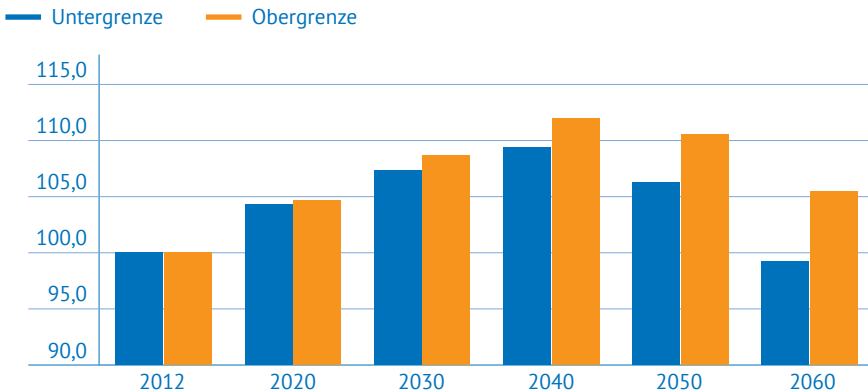
bleibt das Ergebnis um 6 Prozent unter den tatsächlichen Ausgaben im Jahr 2012 in Höhe von 173,2 Milliarden Euro (BMG, 2014a). Wird aber bedacht, dass die Aufwendungen für Krankengeld in Höhe von 9,2 Milliarden Euro in dem altersabhängigen Ausgabenprofil nicht berücksichtigt werden, dann lässt sich das tatsächliche Ausgabenvolumen umfassend nachbilden.

Um den Einfluss der demografischen Entwicklung auf die zukünftigen Ausgaben simulieren zu können, wird im Anschluss die Bevölkerungsentwicklung entsprechend der mittleren 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (2009) anhand der zwei Varianten 1-W1 (Untergrenze) und 1-W2 (Obergrenze) auf die Versichertengemeinschaft der GKV projiziert. Es wird ermittelt, welche Ausgaben der GKV entstehen würden, wenn die Bevölkerung der Jahre 2020 bis 2060 (jeweils in 10-Jahresabständen) zu den heutigen Bedingungen abgesichert werden müsste (Abbildung 2). Die Entwicklung der Ausgaben wird in einem Index abgebildet, um zu verdeutlichen, dass es sich dabei nicht um eine Prognose handelt. Demnach steigen die Ausgaben in beiden

Demografisch bedingte Ausgabenentwicklung

Abbildung 2

Simulierte Leistungsausgaben der GKV insgesamt bei unterschiedlicher Nettozuwanderung¹⁾, Index: 2012 = 100



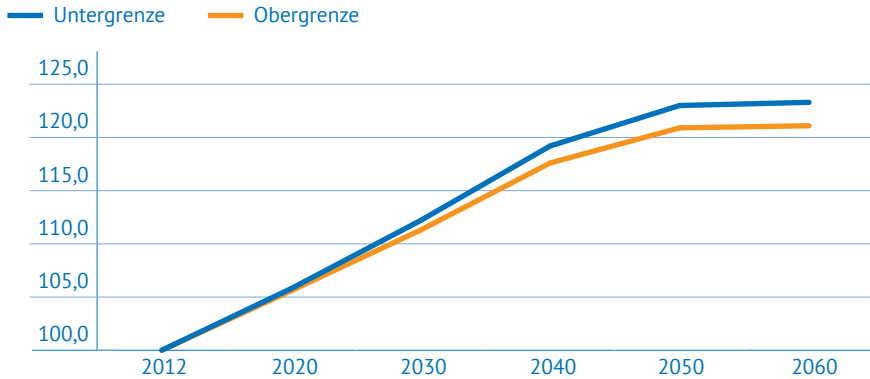
1) Fortschreibung der aktuellen Versichertenstruktur auf Basis der mittleren 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Untergrenze Variante 1-W1: relativ niedrige Nettozuwanderung; Obergrenze Variante 1-W2: relativ hohe Nettozuwanderung); Ausgaben auf Basis der unveränderten durchschnittlichen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

Quellen: BMG, 2014a; Bundesversicherungsamt, 2013; Statistisches Bundesamt, 2009; Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV

Abbildung 3

Simulierte Leistungsausgaben der GKV insgesamt bei unterschiedlicher Nettozuwanderung¹⁾,
 Index: 2012 = 100



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

Quellen: BMG, 2014a; Bundesversicherungsamt, 2013; Statistisches Bundesamt, 2009; Institut der deutschen Wirtschaft Köln



<http://link.iwkoeln.de/iw-trends15-01-07-03>

Varianten bis zum Jahr 2040 an. Danach verläuft die Entwicklung rückläufig. In der Variante Untergrenze unterschreitet das Simulationsergebnis im Jahr 2060 sogar das Ausgangsniveau des Jahres 2012.

Neben ihrem Einfluss auf das Ausgabenvolumen sorgt die Bevölkerungsalterung aber besonders für einen Anstieg der durchschnittlichen Leistungsausgaben, weil die ausgabenintensiven höheren Altersstufen relativ häufiger besetzt werden. Über die betrachteten 10-Jahres-Intervalle steigen die simulierten durchschnittlichen Leistungsausgaben bis 2050 nahezu linear um 23 Prozent in der Variante Untergrenze oder um 20,9 Prozent in der Variante Obergrenze an. Danach verharren sie auf dem dann höheren Niveau (Abbildung 3).

Der Solidarausgleich im Querschnitt aller Alterskohorten bleibt zwar auch bei steigenden durchschnittlichen Leistungsausgaben in jeder Periode gewahrt. Aufgrund der demografischen Bedingungen belastet der Solidarausgleich im engen Sinn aber die jeweils jüngeren Kohorten. Denn sie zahlen durchschnittlich mehr in das System ein als Mitglieder vorangegangener Kohorten, ohne dass

sich der Versicherungsschutz aus individueller Sicht im Zeitablauf verändert. Damit müssen junge Beitragszahler im Lauf ihres Lebens für den solidarischen Risikoausgleich umso mehr bezahlen, je später sie geboren sind. Sobald der Solidarausgleich zwischen Jung und Alt aber nicht nur für jede einzelne Periode interpretiert wird, sondern auch über längere Frist gelten soll, stellt sich die Frage, ob die angelegte intergenerative Lastverschiebung noch vom Solidaritätsprinzip gedeckt wird.

Vom Risiko- zum Sozialausgleich

Im Gegensatz dazu zielt das Solidaritätsprinzip im weiten Sinn auf einen Ausgleich unterschiedlicher Leistungsfähigkeiten, im Folgenden als sozialer Ausgleich bezeichnet (Ullrich, 2000, 46 ff.; Maarse/Paulus, 2003, 589 f.). Zum einen wird eine Einkommensumverteilung über eine lohn- und rentenproportionale Beitragsfinanzierung angestrebt, wobei Lohn- und Alterseinkommen nur bis zur Bemessungsgrenze berücksichtigt werden. Zum anderen werden nicht erwerbstätige Ehepartner und Kinder beitragsfrei versichert (Übersicht 2).

Hinzu kommt eine Umverteilung über den steuerfinanzierten Bundeszuschuss von 13,84 Milliarden Euro (siehe dazu Rürup-Kommission, 2003, 143 ff.). Mit 7,3 Prozent der GKV-Einnahmen im Jahr 2012 ist diese Komponente aber von nachrangiger Bedeutung (Bundesversicherungsamt, 2013b). In der öffentlichen

Dimensionen des Solidaritätsprinzips in der GKV

Übersicht 2

		Risikomerkmal (idealtypisch)	Risikovertellung
Versicherungsprinzip	Schadensausgleich	Krankheit	Homogen
Solidarität im engen Sinn	Risikoausgleich	Prädisposition	Heterogen
		Geschlecht	
		Alter	
Solidarität im weiten Sinn	Sozialer Ausgleich	Gehalt/Rente	Heterogen
		Familienstand	

Prädisposition: durch genetische Prägung oder Vorerkrankungen determinierte Erkrankungswahrscheinlichkeit.
 Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Debatte wird meist thematisiert, inwieweit die Finanzierung im Status quo geeignet ist, die angestrebten Umverteilungsziele treffsicher zu verfolgen. Dazu gibt es eine Vielzahl von kritischen Beiträgen. Im Folgenden soll aber grundsätzlich diskutiert werden, ob eine Einkommensumverteilung innerhalb der GKV zu konsistenten Ergebnissen im Sinn des Solidaritätsprinzips führt.

Spiegelbildlich zum ersten Gedankenexperiment wird nun unterstellt, dass die Mitglieder der Solidargemeinschaft identische Erkrankungsrisiken aufweisen. Diese Vorstellung dient dazu, die Wirkungen jener Regeln gedanklich auszublenden, die für einen Ausgleich unterschiedlicher Erkrankungsrisiken sorgen. Die Versicherten sollen sich lediglich in der Höhe ihrer beitragspflichtigen Einkommen unterscheiden. Normalerweise zahlen Rentner dabei niedrigere Beiträge als Erwerbstätige, weil deren Alterseinkommen in der Regel unter dem Niveau der Erwerbseinkommen liegen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) hat für das Jahr 2010 einen durchschnittlichen Rentnerbeitrag von 2.116 Euro pro Jahr ausgewiesen, für erwerbstätige Mitglieder einen Beitrag von 3.589 Euro (SVR, 2011, Tabelle 56*). Offenkundig kommt es innerhalb einer Periode zu einer Einkommensumverteilung von den erwerbstätigen Beitragszahlern zu den Ruheständlern. Dieser Effekt wird allerdings durch einen weiteren Umverteilungsstrom von beiden Gruppen zu den beitragsfrei abgesicherten Familienangehörigen relativiert. Hiervon profitieren die erwerbstätigen Beitragszahler stärker. Denn in der Gruppe der Rentner sind nur gut sechs von 100 Personen beitragsfrei abgesichert, während in der Gruppe der jüngeren Mitglieder 32 von 100 Personen beitragsfreien Versicherungsschutz genießen (BMG, 2014b).

Dass die einkommensabhängige Beitragsfinanzierung bis heute beinahe unverändert Bestand hat, lässt sich unter anderem auch damit erklären, dass die Mitglieder sowohl Phasen der beitragsfreien Absicherung als auch der beitragspflichtigen Erwerbstätigkeit und des Ruhestands durchleben, also zu verschiedenen Lebensphasen in unterschiedlicher Weise betroffen sein können. Mit der Bevölkerungsalterung werden die Kohorten in der Ruhestandsphase zunehmend stärker besetzt. Das bleibt nicht ohne Folgen für den Sozialausgleich, weil ein wachsender Anteil der Beitragszahler über relativ niedrige beitragspflichtige Einkommen verfügt. Der daraus resultierende Effekt auf den Sozialausgleich kann mit einer stark vereinfachenden Simulation illustriert werden.

Asymmetrischer Sozialausgleich in einer alternden Bevölkerung

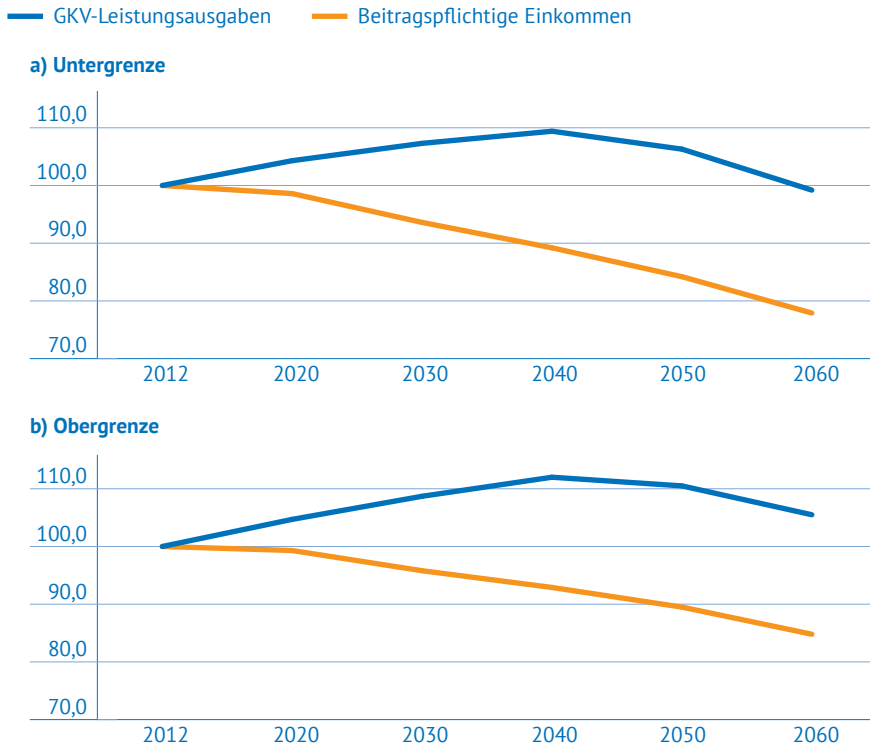
Die Grundlage hierfür bilden die beitragspflichtigen Einkommen getrennt nach der Krankenversicherung der Rentner und der allgemeinen Krankenversicherung der erwerbstätigen Versicherten (Bundesversicherungsamt, 2013b). Mithilfe der Angaben zu den Versichertenzahlen ergibt sich für die Gruppe der gesetzlich krankenversicherten Rentner und ihrer beitragsfrei abgesicherten Familienmitglieder ein durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen von 13.787 Euro im Jahr 2012 (BMG, 2014b). Für die Gruppe der erwerbstätigen Beitragszahler kann analog vorgegangen werden, wobei zusätzlich unterstellt wird, dass alle Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung ihres 20. Lebensjahres beitragsfrei über einen Elternteil versichert sind. Demnach ergibt sich im Durchschnitt aller erwachsenen Beitragszahler und Familienangehörigen ab einem Alter von 20 Jahren ein beitragspflichtiges Einkommen von 21.485 Euro im Jahr 2012. Auf der Basis dieser Verteilung wird im nächsten Schritt der Einfluss einer alternden Versichertengemeinschaft auf das Aufkommen der beitragspflichtigen Einkommen simuliert. Dazu wird die Versichertenstruktur in der Variante Untergrenze der mittleren 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung fortgeschrieben und mit den Durchschnittswerten des Ausgangsjahres für die drei idealisierten Altersgruppen multipliziert. Dieses Vorgehen abstrahiert also von dem Einfluss der Einkommensentwicklung ebenso wie von dem einer veränderten Erwerbsbeteiligung. In diesem Modell treibt allein die demografisch veränderte Zusammensetzung der Versichertengemeinschaft die im Folgenden dargestellte Entwicklung (Abbildung 4a).

Demnach sinken die beitragspflichtigen Einkommen mit der Alterung der Versichertengemeinschaft ab dem Jahr 2012. Die Lücke, die zwischen dieser Entwicklung und der der Gesamtausgaben bis 2040 klafft, wird in den Jahren 2050 und 2060 nicht geschlossen. Analog zeigt sich das Bild für das Szenario Obergrenze, wenn auch mit etwas anderen Werten (Abbildung 4b). Die daraus resultierende Finanzierungslücke lässt sich unter ansonsten unveränderten Bedingungen nur über höhere Beitragssätze schließen. Das Solidaritätsprinzip im weiten Sinn bleibt zwar auch dann formal gewahrt, weil der soziale Ausgleich zwischen Leistungsfähigen und weniger Leistungsfähigen in jeder Periode gewährleistet ist. Wie in dem vorangegangenen Fall, aber dieses Mal für das Merkmal Einkommen, gilt: Über längere Sicht müssen die Leistungsfähigen der jeweils jüngeren

Demografisch bedingte Ausgaben- und Einkommensentwicklung

Abbildung 4

Simulation der GKV-Leistungsausgaben und beitragspflichtigen Einkommen auf Basis der zwei Varianten der mittleren Bevölkerungsvorausberechnung, Index: 2012 = 100



Durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen im Jahr 2012 für die Altersgruppe 0 bis 19, 20 bis 62 sowie 65 Jahre und älter; Leistungsausgaben auf Basis konstanter altersabhängiger Durchschnittswerte im Jahr 2012; Fortschreibung der aktuellen Versichertenstruktur auf Basis der mittleren 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für zwei Varianten: Untergrenze (1-W1: relativ niedrige Nettozuwanderung) und Obergrenze (1-W2: relativ hohe Nettozuwanderung).

Quellen: BMG, 2014a; Bundesversicherungsamt, 2013a; 2013b; Statistisches Bundesamt, 2009; Institut der deutschen Wirtschaft Köln



<http://link.iwkoeln.de/iw-trends15-01-07-04>

Kohorten trotz des unveränderten Versicherungsschutzes über ihren Lebenszyklus höhere Beiträge entrichten als die gleichermaßen leistungsfähigen Mitglieder vorangegangener Kohorten.

Kombination von Risiko- und Sozialausgleich

Risiko- und Sozialausgleich wirken schließlich simultan. Dazu wird das bisherige Gedankenexperiment aufgegeben und es wird von einer realitätsnahen Verteilung

der Gesundheitsrisiken und Einkommenschancen ausgegangen. Jetzt stellt sich die Frage, ob der soziale Ausgleich den Risikoausgleich unterstützt. Wird der demografische Wandel ausgeblendet, dann wäre dies der Fall, wenn eine Umverteilung von leistungsfähigen Gesunden hin zu weniger leistungsfähigen Personen mit höherem Gesundheitsrisiko erfolgt. Aber bereits dieser Zusammenhang ist strittig. Denn dieses Bild unterstellt eine Korrelation von Gesundheit und Einkommen (Lauterbach et al., 2006), die aber nicht zwingend erfüllt sein muss. Das Einkommen ist lediglich ein Indikator eines umfassender definierten Indexes für die sozio-ökonomischen Lebensumstände (Lampert et al., 2013). So könnte der Bildungsgrad zum Beispiel als erklärende Variable sowohl für das Einkommen als auch für den Gesundheitszustand angeführt werden. Außerdem ist nicht nur das Einkommen ausschlaggebend für die Leistungsfähigkeit, sondern auch die Vermögensverteilung.

Noch komplexer wird das Geflecht der Umverteilungsströme, wenn der Einfluss der Bevölkerungsalterung eingebildet wird. Dann sind Konstellationen denkbar, unter denen ein weniger leistungsfähiges, heute junges Mitglied über seinen Lebenszyklus nicht nur mehr einzahlte als ein gleichermaßen wenig leistungsfähiger älterer Versicherter, sondern im Extremfall auch mehr einzahlen muss als ein leistungsstarkes älteres Mitglied vorangegangener Kohorten bei gleichem Leistungsanspruch. Dabei werden intertemporale Veränderungen in der Vermögensverteilung noch nicht einmal berücksichtigt.

Fazit

Das Solidaritätsprinzip ist ein weithin akzeptiertes Gestaltungselement sozialer Sicherung. Allerdings führt das Festhalten an der Beitragsfinanzierung im Status quo dazu, dass die Solidarität zwischen Jung und Alt im demografischen Wandel durch intergenerative Lastverschiebungen infrage gestellt wird. Der soziale Ausgleich im Umlageverfahren kann zudem die Mitglieder jüngerer Kohorten stärker belasten als die älteren Jahrgänge. Deshalb ist eine unvoreingenommene Auseinandersetzung mit dem Solidaritätsbegriff dringend geboten. So erscheint zum Beispiel die Diskussion um kapitalgedeckte Elemente in der GKV und analog in der SPV in einem neuen Licht (Kochskämper/Pimpertz, 2014). Denn erst in einem anwartschafts gedeckten System gelingt es, dass jede Kohorte für ihre altersabhängig steigenden Ausgaben eigenverantwortlich vorsorgt, statt die

Finanzierungslasten auf nachfolgende Generationen zu überwälzen. Kapitaldeckung ist dann nicht länger ein Gegenentwurf zur solidarischen Sozialversicherung, sondern ein notwendiger und integraler Bestandteil einer Versicherungspflicht, die allen Dimensionen des Solidaritätsprinzips Rechnung trägt.

Der Beitrag ist Teil des von der Carl-Deilmann-Stiftung geförderten Projekts „Verteilungswirkungen staatlicher Abgaben- und Transferpolitik“.

Literatur

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2014a, Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln, KF12Bund, Stand Januar 2015, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2015Bund_Januar_2015.pdf [5.2.2015]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2014b, Mitgliederstatistik KM6, Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart, Stichtag 1. Juli 2012, <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [5.2.2015]

Bundesversicherungsamt, 2013a, GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, Stand: 4.12.2013, <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/info-dateien-und-auswertungen.html> [14.1.2015]

Bundesversicherungsamt, 2013b, Schätztableau aus der Schätzung vom 14.03.2013 (Finanzergebnisse 2012), http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/Schaetztableau_14.pdf [14.2.2015]

Eisen, Roland, 1988, Versicherungsprinzip und Umverteilung – Einige theoretische Überlegungen zu den Grenzen des Versicherbaren, in: Rolf, Gabriele / Spahn, Bernd P. / Wagner, Gert (Hrsg.), Sozialvertrag und Sicherung, Frankfurt a. M. / New York, S. 117–127

Henke, Klaus-Dirk / Reimers, Lutz, 2006, Zum Einfluss von Demografie und medizinisch-technischer Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, Diskussionspapier der Fakultät VIII, Wirtschaft und Management, Technische Universität Berlin, Nr. 2006/8, Berlin

Kochskämper, Susanna / Pimpertz, Jochen, 2014, Finanzierung des Pflegefallrisikos, IW-Analysen, Nr. 99, Köln

Lampert, Heinz / Althammer, Jörg, 2000, Lehrbuch der Sozialpolitik, 6. Aufl., Berlin u. a.

Lampert, Thomas / Kroll, Lars E. / Müters, Stephan / Stolzenberg, Heribert, 2013, Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56. Jg., Nr. 5–6, S. 631–636

Lauterbach, Karl / Lungen, Markus / Stollenwerk, Björn / Gerber, Andreas / Klever-Deichert, Gabriele, 2006, Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung, Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Nr. 1, Köln

Maarse, Hans / Paulus, Aggie, 2003, Has Solidarity Survived? A Comparative Analysis of the Effect of Social Health Insurance Reform in Four European Countries, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 28. Jg., Nr. 4, S. 585–614

Niehaus, Frank, 2006, Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Pimpertz, Jochen, 2001, Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Nr. 121, Köln

Pimpertz, Jochen, 2010, Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: IW-Trends, 37. Jg., Nr. 2, S. 75–90

Przywara, Bartosz, 2010, Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results, in: European Commission (Hrsg.), European Economy, Economic papers, Nr. 417, Brüssel, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/ecp417_en.htm [28.1.2015]

Rürup-Kommission, 2003, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/c-318-ruerup-bericht.html> [13.2.2015]

Schulin, Bertram, 1988, Solidarität und Subsidiarität, in: Maydell, Bernd von / Kannengießer, Walter (Hrsg.), Handbuch Sozialpolitik, Pfullingen, S. 85–93

Simon, Michael, 2013, Das Gesundheitssystem in Deutschland, 4. Aufl., Bern

Statistisches Bundesamt 2009, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, Ergebnisse der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2011, Verantwortung für Europa wahrnehmen, Jahresgutachten 2011/2012, Wiesbaden

Ullrich, Carsten G., 2000, Solidarität im Sozialversicherungsstaat, Frankfurt a. M. / New York

What Redistribution Effects are Covered by the Solidarity Principle in the Statutory Health Insurance System?

Demographic transformation is taking to absurd lengths the risk equalisation between young and old incorporated into Germany's statutory health insurance system. Despite increasing average expenditure on benefits, the solidarity principle is being upheld for a cross-section of the insured in any given period. In the long term, however, each succeeding cohort is having to bear a heavier burden. A similar situation applies to the risk equalisation between the productive and the less productive insured. To ensure that inter- and intra-generational solidarity is maintained as well, it is essential that the pay-as-you-go system is combined with an appropriate form of capital funding.

IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 42. Jahrgang, Heft 1/2015; ISSN 0941-6838 (Printversion); ISSN 1864-810X (Onlineversion). Rechte für den Nachdruck oder die elektronische Verwertung erhalten Sie über lizenzen@iwkoeln.de, die erforderlichen Rechte für elektronische Pressespiegel unter www.pressemonitor.de
© 2015, IW Medien GmbH, Köln; DOI: 10.2373/1864-810X.15-01-07