ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Ott, Günter

Book — Digitized Version

Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung: Eine quantitative Analyse

Finanzwissenschaftliche Schriften, No. 16

Provided in Cooperation with:
Peter Lang International Academic Publishers

Suggested Citation: Ott, Günter (1982) : Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung: Eine quantitative Analyse, Finanzwissenschaftliche Schriften, No. 16, ISBN 978-3-631-75218-0, Peter Lang International Academic Publishers, Berlin, https://doi.org/10.3726/b13775

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/182728

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

FINANZWISSENSCHAFTLICHE SCHRIFTEN

Günter Ott

Einkommens-umverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

PETER LANG

FINANZWISSENSCHAFTLICHE SCHRIFTEN

Günter Ott

Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen so vielfältige Umverteilungswirkungen wie sonst bei keinem anderen System unserer sozialen Sicherung. Ihre Größenordnungen sind allerdings weitgehend unbekannt. Diese zu quantifizieren ist das Hauptziel der vorliegenden Arbeit. Darüber hinaus wird untersucht, inwieweit die GKV von ihrer verteilungspolitischen Konzeption her überhaupt in der Lage ist, konsistente Umverteilungsprozesse zu vollziehen. Hiervon ausgehend werden abschließend Möglichkeiten der Reform geprüft.

Günter Ott wurde 1946 in Neumünster geboren. Nach Volksschulabschluß Banklehre; anschließend neben der Berufstätigkeit Abitur am Abendgymnasium. Danach Studium der Volkswirtschaft an der Christian-Albrechts-Universität Kiel; Diplom-Prüfung im Sommersemester 1976. Seit 1977 Wissenschaftlicher Angestellter und nach der Promotion 1981 Hochschulassistent am Institut für Finanzwissenschaft der Universität Kiel.

Retrodigitization in 2018

Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

FINANZWISSENSCHAFTLICHE SCHRIFTEN

Herausgegeben von den Professoren
Albers, Krause-Junk, Littmann, Oberhauser, Pohmer, Schmidt

Band 16

Verlag Peter Lang
FRANKFURT AM MAIN · BERN

Günter Ott

Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine quantitative Analyse

Verlag Peter Lang
FRANKFURT AM MAIN · BERN

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Ott, Günter:

Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung : e. quantitative Analyse / Günter Ott. - Frankfurt am Main ; Bern : Lang, 1981.
(Finanzwissenschaftliche Schriften ; Bd. 16)
ISBN 3-8204-6959-1
NE: GT

Open Access: The online version of this publication is published on www.peterlang.com and www.econstor.eu under the international Creative Commons License CC-BY 4.0. Learn more on how you can use and share this work: http://creativecommons.org/licenses/by/4.0.

This book is available Open Access thanks to the kind support of ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.

ISBN 3-8204-6959-1
ISBN 978-3-631-75218-0 (eBook)
© Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main 1981

Druck und Bindung: fotokop wilhelm weihert KG, darmstadt

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde als Dissertation am Institut für Finanzwissenschaft der Christian-Albrechts-Universität Kiel angefertigt. Sie behandelt einen Teilbereich der Verteilungswirkungen des sozialen Sicherungssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Bei der Diskussion um diese Wirkungen stellt sich zumeist heraus, daß die Umverteilungsprozesse in ihrem quantitativen Ausmaß weitgehend unbekannt sind, obwohl eine größenmäßige Analyse dieser Zusammenhänge Grundlage jeder sachbezogenen Auseinandersetzung sein muß. Für die gesetzliche Krankenversicherung stellt die vorliegende Arbeit nun den Versuch dar, diese Lücke zu schließen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Willi Albers bedanken, der den Anstoß zu dieser Arbeit gab und sie mit vielfältigen Anregungen und Hinweisen betreut hat. Daneben gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Rolf Peffekoven für wertvolle Verbesserungsvorschläge bei der kritischen Durchsicht des Manuskripts.

Kiel, im Juni 1981 Günter Ott

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen 8

Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole 14

1. Problemdarstellung und Überblick 15

2. Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung 20

2.1. Historische Entwicklung 21

2.2. Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland 27

2.2.1. Organisationsformen 28

2.2.2. Versicherter Personenkreis 35

2.2.3. Leistungen 43

2.2.4. Finanzierung 50

3. Dimensionen und Messung der Umverteilungswirkungen 64

3.1. Umverteilungen zwischen Versicherten und Dritten 65

3.2. Umverteilungen zwischen den Versicherten 73

3.3. Umverteilungen unter dem Meßaspekt 77

4. Analyse zeitpunktbezogener Umverteilungswirkungen 80

4.1. Krankheitskostenrisiko 80

4.1.1. Alter und Geschlecht der Versicherten 81

4.1.1.1. Sachleistungen 81

4.1.1.2. Geldleistungen 100

4.1.1.3. Verwaltungsleistungen 115

4.1.2. Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen 115

4.1.3. Höhe des Einkommens 124

4.2. Beiträge 135

4.2.1. Struktur der Beitragssätze 135

4.2.2. Ursachen der Beitragssatzunterschiede 138

4.2.3. Beitragsbelastungen bei unterschiedlicher Höhe und Zusammensetzung des Einkommens 147

4.3. Umverteilungswirkungen 148

4.3.1. Alters- und familienspezifische Umverteilungen 150

4.3.2. Einkommensspezifische Umverteilungen 159

4.3.3. Beitragssatzspezifische Umverteilungen 169

4.3.4. Gesamtgesellschaftliche Umverteilungen 171

5. Größenordnungen lebenszeitbezogener Umverteilungswirkungen 174

5.1. Familienspezifische Umverteilungen 176

5.2. Einkommensspezifische Umverteilungen 180

5.3. Beitragssatzspezifische Umverteilungen 181

6. Analyse der verteilungspolitischen Konzeption der gesetzlichen Krankenversicherung 183

6.1. Beteiligungen Dritter 184

6.2. Vertikale Einkommensumverteilungen 185

6.3. Horizontale Einkommensumverteilungen 189

6.4. Umverteilungen zugunsten der Rentnerkrankenversicherung 193

6.5. Beitragssatzunterschiede im gegliederten System 195

7. Würdigung der bestehenden Umverteilungswirkungen und Möglichkeiten der Reform 198

7.1. Belastungswirkungen im Rahmen des sozialen Ausgleichs 198

7.2. Familienlastenausgleich 202

7.3. Rentnerkrankenversicherung 209

7.4. Beitragstarif und Einkommensgrenzen 215

7.5. Beitragssatzunterschiede 223

8. Zusammenfassung der Ergebnisse 229

Literaturverzeichnis 235

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1:	Entwicklung der GKV 1885 - 1938 (ausgewählte Jahre)	22
Tabelle 2:	Kassen der GKV und ihre Mitglieder 1949 - 1979 (ausgewählte Jahre)	33
Tabelle 3:	Versicherte der GKV nach Versichertenstatus 1949 - 1979 (ausgewählte Jahre)	40
Tabelle 4:	Mitglieder der GKV nach Beteiligung am Erwerbsleben und Stellung im Beruf 1966 - 1976 (ausgewählte Jahre)	44
Tabelle 5:	Beitragssätze, Beitragsbemessungsgrenzen, Grundlöhne und Arbeitsentgelt 1949 - 1979 (ausgewählte Jahre)	55
Tabelle 6:	Leistungsausgaben der GKV (1970, 1973, 1976)	81
Tabelle 7:	Versicherte der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1973, 1976)	82
Tabelle 8:	Kranke und unfallverletzte Personen nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1974, 1976)	84
Tabelle 9:	PKV-Durchschnittsprofile der Rechnungsbeträge nach Leistungsarten (1970, 1973, 1976)	87
Tabelle 10:	Relationen der Pro-Kopf-Rechnungsbeträge in der Normierungsaltersgruppe (1970, 1973, 1976)	88
Tabelle 11:	Zusammengefaßte PKV-Durchschnittsprofile (1970, 1973, 1976)	89
Tabelle 12:	Kranke und unfallverletzte Frauen nach Altersgruppen, Beteiligung am Erwerbsleben und Familienstand (1974)	91

Tabelle 13: Kranke und unfallverletzte Männer nach Altersgruppen und Beteiligung am Erwerbsleben (1974) 92

Tabelle 14: Versicherte der GKV und PKV nach Beteiligung am Erwerbsleben und Stellung im Beruf (1974) 96

Tabelle 15: Kranke Erwerbstätige nach Altersgruppen und Stellung im Beruf (1974) 98

Tabelle 16: Durchschnittliche Sachleistungen je Versicherten der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1973, 1976) 99

Tabelle 17: Krankengeldberechtigte Mitglieder der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1973, 1976) 101

Tabelle 18: Krankengeldberechtigte Mitglieder der GKV nach Anspruchsvoraussetzungen (1970, 1973, 1976) 102

Tabelle 19: Krankengeldtage je Mitglied der Ortskrankenkassen nach Anspruchsvoraussetzungen (1970, 1973, 1976) 103

Tabelle 20: PKV-Durchschnittsprofile des Krankentagegeldtarifs mit einer Leistung von der 7. bis zur 104. Krankheitswoche (Durchschnitt der Jahre 1970, 1973, 1976) 105

Tabelle 21: PKV-Durchschnittsprofile des Krankentagegeldtarifs für Arbeitnehmer mit einer Leistungsperiode von der 7. bis zur 104. Woche der Arbeitsunfähigkeit (Durchschnitt der Jahre 1967 bis 1969) 107

Tabelle 22: Durchschnittliche beitragspflichtige Bruttojahreseinkommen aus unselbständiger Arbeit der bei der GKV pflicht- und freiwillig versicherten Arbeiter, Angestellten und Lehrlinge (197O, 1973, 1976) 109

Tabelle 23: Durchschnittliche Krankengeldleistungen je krankengeldberechtigtes Mitglied der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (197O, 1973, 1976) 11O

Tabelle 24: Geburtenhäufigkeiten nach dem Alter der Mütter (197O, 1973, 1976) 112

Tabelle 25: Durchschnittliche Barleistungen im Rahmen der Mutterschaftshilfe je weibliches Mitglied der GKV nach Altersgruppen (197O, 1973, 1976) 113

Tabelle 26: Sterbeziffern nach Altersgruppen und Geschlecht (197O, 1973, 1976) 114

Tabelle 27: Durchschnittliche Sterbegeldleistungen je Mitglied der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (197O, 1973, 1976) 115

Tabelle 28: Versicherte der GKV nach Altersgruppen und Familienstand (Approximative Berechnungen nach den Erhebungen des Mikrozensus 1975) 117

Tabelle 29: Durchschnittliche Sachleistungen im Rahmen der Mutterschaftshilfe je weiblichen Versicherten der GKV nach Altersgruppen (197O, 1973, 1976) 118

Tabelle 3O: Durchschnittliche Leistungen je Kind im Rahmen der Mutterschaftshilfe nach Altersgruppen der Mütter (197O, 1973, 1976) 12O

Tabelle 31: Durchschnittliche alters- und familienspezifische Leistungsausgaben der GKV 122

Tabelle 32: Variation der alters- und familienspezifischen Geldleistungen in v.H. einer absoluten Veränderung des beitragspflichtigen Einkommens (1970, 1973, 1976) 125

Tabelle 33: Korrelationskoeffizienten zwischen Grundlohn und Leistungsausgaben je Mitglied der AKV (1973) 129

Tabelle 34: Nutzung realer Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Haushaltsnettoeinkommen (1976) 132

Tabelle 35: Nutzung realer Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Haushaltsnettoeinkommen und vom Alter (1976) 133

Tabelle 36: Streuung der Beitragssätze (1970, 1973, 1976) 136

Tabelle 37: Mitglieder der GKV nach Beitragssatzklassen und Kassenarten (1970, 1973, 1976) 137

Tabelle 38: Struktur der Allgemeinversicherten und Beitragssätze nach Kassenarten (1975) 140

Tabelle 39: Belastungen der Allgemeinversicherten durch die KVdR nach Kassenarten - Vergleich des 1. und 2. Halbjahres 1977 - 143

Tabelle 40: Absolute alters- und familienspezifische Einkommensumverteilungen (1970, 1973, 1976) 151

Tabelle 41:	Alters- und familienspezifische Einkommensumverteilungen in v.H. des beitragspflichtigen Einkommens (1970, 1973, 1976)	152
Tabelle 42:	Schichtung der lohnsteuerpflichtigen Einkommen (1971 und 1974)	161
Tabelle 43:	Einkommens- und familienspezifische Einkommensumverteilungen (1976)	163
Tabelle 44:	Einkommens-, alters- und familienspezifische Einkommensumverteilungen (1976)	165
Tabelle 45:	Einkommensumverteilungen bei unterschiedlicher Zusammensetzung des Familieneinkommens (1976)	168
Tabelle 46:	Gesamtgesellschaftliche einkommens-familienspezifische und alters-familienspezifische Einkommensumverteilungen (1976)	172
Tabelle 47:	Lebenszeitbezogene Familienstrukturen	177
Tabelle 48:	Lebenszeitbezogene Einkommensumverteilungen in v.H. des Bruttoeinkommens nach Entwicklung des Familienstandes und der Familiengröße (Querschnittswerte auf der Basis der Jahre 1970 und 1976)	179
Tabelle 49:	Nettowirkungen der beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen (1976)	191
Tabelle 50:	Einkommensumverteilungen in der GKV und im Rahmen der Kindergeldleistungen (1976)	200

Abbildung 1: Leistungsausgaben je Mitglied der AKV und KVdR und durchschnittliche Bruttolohn- und Gehaltssumme (1949 - 1979) 47

Abbildung 2: Durchschnitts- und Grenzbeitragsbelastung in Abhängigkeit von der Einkommenshöhe 147

Abbildung 3: Beiträge in Abhängigkeit von der Höhe und Zusammensetzung des Familieneinkommens 149

Abbildung 4: Einkommenspezifische Umverteilungen bei ausgewählten Familientypen der Altersgruppen 35 bis unter 45 Jahren (1976) 166

Abbildung 5: Lebenszeitbezogene Einkommensumverteilungen in Abhängigkeit von der Höhe des Einkommensniveaus (Querschnittswerte auf der Basis der Jahre 1970 und 1976) 182

Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole

AKV	: Allgemeine Krankenversicherung
BKK	: Betriebskrankenkasse(n)
BKN	: Bundesknappschaft
EAN	: Ersatzkasse(n) für Angestellte
EAR	: Ersatzkasse(n) für Arbeiter
EVS	: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
GKV	: Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	: Gesetzliche Rentenversicherung
IKK	: Innungskrankenkasse(n)
KHG	: Krankenhausfinanzierungsgesetz
KVdR	: Krankenversicherung der Rentner
KVLG	: Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
KVKG	: Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
LKK	: Landwirtschaftliche Krankenkasse(n) bzw. Landkrankenkasse(n)
OKK	: Ortskrankenkasse(n)
PKV	: Private Krankenversicherung
RVO	: Reichsversicherungsordnung
SKK	: Seekrankenkasse

.	: Nachweis bzw. Ergebnis nicht sinnvoll
0	: weniger als die Hälfte der kleinsten Einheit, die in der Tabelle dargestellt wird
/	: kein Nachweis, da das Ergebnis nicht ausreichend genau ist
-	: kein Nachweis vorhanden

1. Problemdarstellung und Überblick

Die Hauptaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht darin, ein unzumutbares Absinken des Lebensniveaus der Bevölkerung durch zusätzliche Belastungen in Form von Krankheitskosten und/oder Einkommensausfall zu verhindern. Gegenwärtig sind hierdurch etwa 93 v.H. der Bevölkerung geschützt: teils als Pflichtmitglieder, als freiwillige Mitglieder oder als mitversicherte Familienangehörige.

Der Versicherungscharakter dieses Systems wird jedoch durchbrochen, indem nicht auf eine risikoäquivalente und damit verteilungsneutrale Finanzierung der Krankheitskosten abgestellt wird, sondern bei der Staffelung von Beiträgen und Leistungen sozialpolitische Gesichtspunkte maßgebend sind: Die Beiträge werden von den erwerbstätigen Mitgliedern nach dem Individualprinzip proportional zu ihrem Einkommen erhoben und sollen damit der individuellen Leistungsfähigkeit Rechnung tragen. Für die Rentner leisten die zuständigen Rentenversicherungsträger pauschale und von vornherein nicht kostendeckende Beitragszahlungen. Auf der Leistungsseite hängt die Inanspruchnahme vom individuellen Krankheitsrisiko ab, das je nach Geschlecht, Alter oder anderen persönlichen Risikomerkmalen unterschiedlich ist. Hinzu kommt, daß die Leistungen nach dem Familienprinzip gewährt werden, d.h. sämtliche Familienangehörige sind ohne eigene Beitragsleistungen mitversichert. Das ganze vollzieht sich in einem gegliederten System selbständiger Kassen, die den Risikoausgleich jeweils innerhalb ihres Versichertenkreises herbeizuführen haben. Damit ergeben sich für den einzelnen Versicherten - bei weitgehend einheitlichem Leistungsniveau - je nach Zugehörigkeit zur einen oder anderen Solidargemeinschaft unterschiedlich hohe Beitragsbelastungen. Diese - hier in ihren Umrissen

skizzierte - Konzeption der GKV löst so vielfältige Umverteilungswirkungen aus wie sie sonst bei kaum einer anderen Institution der sozialen Sicherung gegeben sind.[1]

Während die Richtungen der Umverteilungsprozesse weitgehend bekannt sind, besteht über ihr Ausmaß nur wenig Klarheit. Gerade die Größenverhältnisse aber sind für die Einordnung der sozialen Institution GKV in ein Gesamtsystem des sozialen Ausgleichs von Bedeutung. Diese Frage stellt sich mit dem außerordentlich starken Anstieg des GKV-Volumens im Zusammenhang mit der sog. Kostenexplosion im Gesundheitswesen um so dringlicher, als hiermit einhergehend sowohl eine entsprechende Zunahme des Umverteilungsvolumens als auch eine Verschärfung der Verteilungswirkungen vermutet werden kann.

Die Umverteilungswirkungen wurden bzw. werden von einer Reihe von Autoren für nicht quantifizierbar gehalten, da in der GKV die personale Ausgabenstruktur nicht erfaßt wird und deshalb eine risikogemäße Zuordnung der Leistungsausgaben auf die Versicherten nicht möglich ist.[2] Dies bezieht sich vor allem auf die zeitpunktbezogenen Wirkungen, während man unter dem lebenszeitbezogenen Aspekt grundsätzlich davon ausgeht, daß die meisten interpersonellen Umverteilungsprozesse der kurzen Periode bei einer Betrachtung über das Lebensintegral zu intertemporalen Einkommensumschichtungen werden.

---

[1] Vgl. W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, in: Handbuch der Finanzwissenschaft, 3. Aufl., Bd. I, Tübingen 1977, S. 861 ff., hier: S. 921.

[2] Vgl. etwa Ph. Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1965 (im folgenden zitiert als "Ph. Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß ..."), S. 86 f.; H. Töns, Die Versicherungsgrenzen in der Krankenversicherung, Zur Versicherungspflicht- sowie zur Leistungs- und Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 55. Jg. (1973), S. 785 ff., hier: S. 835.

Bisher liegen zwei Ansätze vor, die die Risikostruktur der Versicherten abzuschätzen versuchen und durch Verknüpfung der Leistungs- mit der Beitragsseite zu Aussagen über Umverteilungswirkungen gelangen. Der erste wurde von Metze im Rahmen einer Wirkungsanalyse der gesamten Sozialversicherung auf die Einkommensverteilung durchgeführt und bezieht sich auf die Jahre 1965/66.[1] Aufgrund des unzureichenden statistischen Materials aus dem Bereich der GKV und aus erstmals vorliegenden Erhebungen der amtlichen Statistik über das Gesundheitswesen können hier jedoch nur relativ wenig differenzierte Ergebnisse angegeben werden. Eine umfassendere Analyse hat Andel für das Jahr 1971 vorgenommen.[2] Dabei werden die individuellen Krankheitskostenrisiken abgeschätzt, indem Daten der privaten Krankenversicherung (PKV), die hier aufgrund der risikoäquivalenten Beitragsgestaltung zur Verfügung stehen, auf die Verhältnisse der GKV übertragen werden. Dieser Ansatz hat sich auch für die vorliegende Arbeit als richtungsweisend herausgestellt, so daß sich vom methodischen Vorgehen her eine enge Anlehnung ergibt.

Die vorliegende Arbeit geht nun insofern über den Ansatz von Andel hinaus, als zunächst die für einzelne Versicherte ermittelten Krankheitskostenrisiken so kombiniert werden, daß - unter Einschluß der Beitragsseite - die Umverteilungen in einem weitgehend geschlossenen System für die wichtig-

---

[1] I. Metze, Soziale Sicherung und Einkommensverteilung, Eine empirische Untersuchung über die Wirkungen staatlicher Maßnahmen zur sozialen Sicherung sowie der Einkommen- und Umsatzsteuer auf die verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte, Sozialpolitische Schriften, Heft 34, Berlin 1974, S. 141 ff.

[2] N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: W. Dreißig (Hrsg.), Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 75/III, Berlin 1975 (im folgenden zitiert als "N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..."), S. 39 ff.

sten untersuchungsrelevanten Versichertengruppen angegeben werden können. Zudem wird dieser Arbeit ein Untersuchungszeitraum von 1970 bis 1976 zugrunde gelegt, der es ermöglicht, aus der Veränderung der zeitpunktbezogenen Ergebnisse entsprechende Entwicklungen des Systems zu erkennen. Weiterhin werden die individuellen Verteilungspositionen zu gesamtgesellschaftlichen Verteilungsströmen aggregiert. Diese Darstellung ermöglicht eine Aussage darüber, in welchen Größenordnungen die einzelnen Versichertengruppen das Umverteilungsvolumen finanzieren bzw. hiervon begünstigt werden. Schließlich wird im Rahmen einer Status-quo-Analyse versucht, erstmals Größenvorstellungen über lebenszeitbezogene Verteilungswirkungen in der GKV zu geben.

An den Anfang der Arbeit ist eine kurze Betrachtung der historischen Entwicklung zu stellen, da das heutige System der GKV immer noch auf den Prinzipien und Grundstrukturen beruht, die bei seiner Entstehung in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts maßgebend waren.[1] So ist die Organisation der sozialen Sicherheit in der Bundesrepublik Deutschland auch weniger rational als historisch zu erklären[2] und das heutige System ohne die Kenntnis seiner Entstehung nur schwer zu begreifen.

Die für die ersten Jahrzehnte der Entwicklung hinreichende schwerpunktmäßige Darstellung des Systems ist für den Bereich der Bundesrepublik Deutschland und insbesondere für den der quantitativen Analyse zugrunde liegenden Untersuchungszeitraum detaillierter zu gestalten. Dies ist zum einen erforderlich, um später notwendige Zusammenfassungen

---

[1] Vgl. G. Wannagat, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. I, Tübingen 1965, S. 102.

[2] Vgl. W. Bogs, H. Achinger, H. Meinhold, L. Neundörfer, W. Schreiber, Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquête-Kommission, Stuttgart, Berlin 1966 (im folgenden zitiert als "Sozialenquête"), S. 101.

und Differenzierungen nachprüfbar zu machen, zu begründen und als vertretbar abzusichern. Zum anderen werden mit einzelnen Komponenten der Entwicklung auch die Bestimmungsgründe der Umverteilungswirkungen erfaßt, die dann im Zusammenwirken mit den Ergebnissen des Untersuchungszeitraums Aussagen über die Verhältnisse in früheren Jahren ermöglichen. Die Kenntnis der Struktur und Entwicklung der GKV ist weiterhin Voraussetzung dafür, die zu quantifizierenden Verteilungswirkungen hinsichtlich ihrer sachlichen und zeitlichen Reichweite abzugrenzen und das Konzept ihrer Messung festzulegen.

Im Rahmen der quantitativen Analyse der Verteilungswirkungen mimmt die Betrachtung für die kurze Periode den größten Raum ein. Während die von den Mitgliedern zu tragenden Beiträge ohne Schwierigkeiten ermittelt werden können, besteht das wesentliche Problem in der Zurechnung der Leistungsausgaben auf die Versicherten nach ihren individuellen Risikomerkmalen. Zwar sind die grundsätzlich möglichen Ansätze durch die beiden genannten Untersuchungen gegeben. Wenig konnte allerdings bisher darüber ausgesagt werden, inwieweit diese auf die Situation in der GKV übertragbar sind, so daß die Auseinandersetzung mit dieser Frage einen breiten Raum einnehmen wird.

Die zunächst auf den einzelnen Versicherten abstellenden Ergebnisse werden so kombiniert, daß die sozialpolitisch relevante Einheit der Familie im Mittelpunkt der Betrachtung steht. Im Endergebnis lassen sich die Verteilungspositionen von Familien verschiedener Größe, unterschiedlichen Alters, verschiedener Einkommenssituation und unterschiedlicher Kassenzugehörigkeit angeben. Diese individuellen Umverteilungen werden dann zu gesamtgesellschaftlichen Verteilungsströmen zusammengefaßt.

Die Resultate der zeitpunktbezogenen Betrachtung bilden die Grundlage für die sich anschließende lebenszeitliche Analyse. Aus der Länge des Untersuchungszeitraums ergibt sich allerdings von vornherein, daß hier nur Querschnittsbetrachtungen in Frage kommen können, so daß als Ergebnis auch lediglich Vorstellungen über die Größenverhältnisse lebenszeitbezogener Verteilungswirkungen möglich sein werden.

Nachdem die Umverteilungen quantifiziert und analysiert worden sind, ist nach ihrer verteilungspolitischen Konsistenz zu fragen. Dabei wird zu prüfen sein, ob das System der GKV von seiner Aufgabenstellung und Konzeption her grundsätzlich geeignet ist, ein in sich geschlossenes System von Umverteilungswirkungen zu verwirklichen bzw. den sozialpolitischen Zielsetzungen im Gesamtsystem des sozialen Ausgleichs gerecht zu werden.

Abschließend sind dann die bestehenden Umverteilungen unter diesen Aspekten zu betrachten und ist zu prüfen, welches Gewicht ihnen in dem Gesamtsystem zukommt. Hiervon ausgehend werden vorliegende Reformvorschläge aufgegriffen und anhand der neuen Erkenntnisse diskutiert sowie eigene Vorschläge zur Verbesserung des Systems entwickelt.

2. Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine umfassende Strukturanalyse der GKV hätte neben den Versicherten und ihren Krankenkassen auch die übrigen am System beteiligten Gruppen zu berücksichtigen: die Organisation der Ärzte, die Krankenhausträger, die Apotheken, die Pharmazeutische Industrie und die Arbeitgeber. Da das Untersuchungsziel aus noch darzulegenden Gründen primär auf die Verteilungswirkungen innerhalb des Versichertenkreises

ausgerichtet ist, erfolgt die Darstellung der Struktur in erster Linie unter dem Aspekt der Situation der Versicherten. Auf die übrigen Gruppen wird dabei nur insoweit eingegangen, als sie die Lage der Versicherten im Hinblick auf ihre Verteilungsposition berühren.

2.1. Historische Entwicklung

Bereits bei der Schaffung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1883 konnte der Gesetzgeber an schon vorhandene Einrichtungen anknüpfen. Es waren dies nach ständischen oder regionalen Gesichtspunkten organisierte Unterstützungskassen, die aus den sozialen Verhältnissen der Arbeitnehmerschaft im Zuge der fortschreitenden Industrialisierung hervorgegangen waren. So bestanden im Jahre 1876 in Deutschland 5 239 eingeschriebene Hilfskassen mit 869 204 Mitgliedern.[1] Allerdings waren zu dieser Zeit in Preußen nur etwa die Hälfte der Arbeiter krankenversichert, da die Kassen nicht sämtliche Arbeinehmer, sondern nur bestimmte Gruppen von ihnen erfaßten und die Gemeinden von ihrem um die Mitte dieses Jahrhunderts zuerkannten Recht, durch Ortsstatut die Versicherungspflicht anzuordnen,[2] nur unzureichend Gebrauch machten.[3]

---

[1] Vgl. H. Peters, Die Geschichte der sozialen Versicherung, 2. Aufl., Bonn-Bad Godesberg 1973 (im folgenden zitiert als "H. Peters, Die Geschichte ..."), S. 46.

[2] Vgl. K. Jahn, Allgemeine Sozialversicherungslehre, Stuttgart, Berlin 1965, S. 16.

[3] Vgl. G. Wannagat, a. a. O., S. 55.

Tabelle 1: Entwicklung der GKV 1885 - 1938 (ausgewählte Jahre)

Jahr	Kassen-zahl	Mitglieder in 1 000	Mitglieder in v.H. der Bevölkerung	Reinausgaben je Mitglied RM/Jahr	Beitragsbemessungsgrenze RM/Jahr	Allgemeiner Beitragssatz
1885	18 776	4 294	9,2	12,40	-	1,92
1890	21 173	6 580	13,4	14,17	-	1,93
1895	21 992	7 525	14,5	15,56	1 440	1,96
1900	23 021	9 520	17,0	18,56	1 440	2,00
1905	23 127	11 184	18,5	23,42	1 800	2,24
1910	23 188	13 069	20,2	27,81	1 800	2,39
1913	21 342	13 566	20,3	32,68	2 000	2,44
1914	10 011	16 917	25,1	32,20	-	-
1924	7 897	19 161	30,4	51,50	2 400	6,00
1929	7 521	22 418	34,7	95,84	3 600	6,43
1934	6 191	19 949	30,0	63,14	3 600	5,10
1938	4 524	22 898	33,7	74,59	3 600	5,16

Quelle: F. Kastner, Entwicklungstendenzen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 50.Jg. (1968), S. 337 ff., hier: S. 342; Kaiserliches Statistisches Amt, (1919 ff.:) Statistisches Reichsamt, Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, versch. Jg.

Das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 baute in organisatorischer Hinsicht auf der Vielfalt der bestehenden selbständigen Kassen auf, um die gewachsenen, lebenskräftigen Einrichtungen nicht zu zerstören.[1] Träger der Versicherung waren nun Gemeinde-, Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen sowie die Knappschaftskrankenkassen. Neben diese Zwangsorganisationen traten die Hilfskassen, denen Versicherungspflichtige nur angehören durften, wenn ihnen mindestens die gleichen Leistungen wie in der Gemeindekrankenversicherung gewährt wurden.[2] Der Beitritt der Mitglieder war in deren freies Ermessen gestellt; dies ist bis heute eine der wesentlichen Eigenschaften der Ersatzkassen als Nachfolger dieser Hilfskassen.[3]

---

[1] Vgl. H. Rosin, Das Recht der Arbeiterversicherung, Bd. I, Berlin 1893, S. 31.

[2] Vgl. H. Peters, Die Geschichte ..., a.a.O., S. 57 f.

[3] Vgl. E. Stolt, E.A. Vesper, Die Ersatzkassen in der Krankenversicherung, 7. Aufl., Bonn-Bad Godesberg 1973, S. 22.

Der Schwerpunkt des Gesetzes[1] lag in der Einführung des Versicherungszwangs für die Mehrzahl der gewerblichen Arbeiter. Daneben bestand ein Versicherungsrecht für Personen, die ein bestimmtes Jahreseinkommen nicht überschritten. Die Leistungen der einzelnen Versicherungsträger waren unterschiedlich; es wurden durch das Gesetz jedoch bestimmte Mindestleistungen garantiert. Diese bestanden im wesentlichen in der Gewährung freier ärztlicher Behandlung und Arzneien, in der Zahlung eines Krankengeldes in Höhe von mindestens 50 v.H. des beitragspflichtigen Lohnes, von Wochenhilfeunterstützungen für mindestens vier Wochen sowie eines Sterbegeldes. Die Tatsache, daß zu dieser Zeit die Ausgaben für Krankengeld fast doppelt so hoch waren wie für die Krankenpflege,[2] verdeutlicht, daß die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz des erkrankten Arbeitnehmers und seiner Familie bewußt in den Mittelpunkt gerückt worden war.[3] Die genannten Leistungen bezogen sich ausschließlich auf die Mitglieder der Kassen. Für Familienangehörige konnten Leistungen, insbesondere ärztliche Behandlung und Sterbegeld, durch die Kassenstatuten vorgesehen werden, wobei die Möglichkeit bestand, hierfür Zusatzbeiträge zu erheben. Die Beiträge für die Hauptversicherten waren von ihnen zu zwei Drittel und von den Arbeitgebern zu einem Drittel aufzubringen.[4] Lediglich bei den Hilfskassen waren sie allein von den Versicherten zu entrichten.

---

[1] Vgl. H. Peters, Die Geschichte ..., a.a.O., S. 54 ff.

[2] Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Übersicht über die Soziale Sicherung, 10. Aufl., Bonn 1977, S. 192.

[3] Vgl. F. Kastner, Entwicklungstendenzen und Strukturwandel in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, 24. Jg. (1971), S. 79 ff., hier S. 86.

[4] Diese Aufteilung bestand bis zum Jahre 1949.

In der Folgezeit wurden durch Änderungen und Ergänzungen des Gesetzes weitere Branchen in die Versicherungspflicht einbezogen. Dazu entstand allgemein die Erkenntnis, daß auch für die Angestellten, auf die der Versicherungszwang noch nicht ausgedehnt worden war, eine soziale Betreuung geschaffen werden mußte, zumal diese Gruppe mit dem Aufbau der modernen Wirtschaft erheblich wuchs. Die Versicherungspflicht für Handlungsgehilfen und Lehrlinge mit einem Jahreseinkommen unter 2 000 Mark wurde mit dem Änderungsgesetz im Jahre 1903 eingeführt.[1] Bedeutung hatte dieses Gesetz auch für das Leistungswesen, insbesondere mit der Verlängerung der Unterstützungsdauer für Kranke und Wöchnerinnen.[2]

Die Ausdehnung auf neue Personenkreise sowie die Tatsache, daß mit fortschreitender Industrialisierung ein immer größerer Teil der Bevölkerung in den Kreis der versicherbaren Personen einbezogen wurde,[3] führte zu einer Steigerung der Versichertenzahl von etwa 4,3 Millionen im Jahre 1885 auf 13,5 Millionen im Jahre 1913. Die Versicherung bezog sich im allgemeinen jedoch nur auf die Mitglieder der Kassen und nicht auch auf deren Familienangehörige. Von den rund 21 000 Zwangskrankenkassen zu dieser Zeit waren über 8 000 Gemeindekrankenkassen mit teilweise nur 10 Mitgliedern.[4]

Einen Teil dieser Mängel beseitigte die Reichsversicherungsordnung (RVO), die für die Krankenversicherung am 1.1.1914 in Kraft trat. Sie reduzierte zum einen die Anzahl der Kassen um mehr als die Hälfte, durch die Aufhebung der Gemeindekrankenversicherung, die Beschränkung des Hilfskassenwe-

---

[1] Vgl. E. Stolt, E.A. Vesper, a.a.O., S. 17.

[2] Vgl. H. Peters, Die Geschichte ..., a.a.O., S. 56.

[3] Vgl. G. Albrecht, Die Organisation der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 7. Jg. (1961), S. 405 ff., hier: S. 408.

[4] Vgl. H. Peters, Die Geschichte ..., a.a.O., S. 75.

sens mit der Einführung besonderer Ersatzkassen[1] und durch die Einführung von Mindestmitgliederzahlen[2]. Zum anderen wurde die Versicherungspflicht auf weitere Branchen ausgedehnt, so daß nun etwa 17 Millionen Mitglieder in ca. 10 000 Kassen versichert waren.

In der Organisation der Träger der Krankenversicherung brachte die RVO also lediglich eine Umgestaltung. Bestrebungen zur Zusammenfassung der drei Zweige Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung, die die Vereinheitlichung der gegliederten Krankenversicherung eingeschlossen hätten, waren erfolglos. In der Begründung zur RVO berief man sich bezüglich der beibehaltenen Dreiteilung der Versicherungszweige auf die Verschiedenartigkeit der Risiken, hinsichtlich der beibehaltenen Organisation innerhalb der Versicherungszweige auf die organisatorische und vermögensmäßige Selbständigkeit der Versicherungsträger.[3]

Die Diskussion um eine Vereinheitlichung verstärkte sich erneut in den wirtschaftlichen Krisenjahren 1927 bis 1929, ausgelöst durch hohe Verwaltungskosten und teure Heilungseinrichtungen sowie übergroße Vermögensansammlung, die in der Zeit der Depression die Wirtschaft belasteten.[4] Eine Neuordnung der gegliederten Krankenversicherung erfolgte jedoch nicht. Selbst der nationalsozialistische Staat ließ, trotz des ursprünglichen Plans einer Einheitsversicherung mit einer Einheitsverwaltung, die organisatorische Vielfalt

---

[1] Vgl. H. Peters, Die Geschichte ..., a.a.O., S. 79.

[2] Vgl. W. Weyrauch, Von der Zunftkasse zur gegliederten Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 50. Jg. (1968), S. 689 ff., hier: S. 696.

[3] Vgl. W. Gitter, Zweckmäßige Vielfalt und Widersprüche im Recht der Sozialversicherung, Schriftenreihe des deutschen Sozialgerichtsverbandes, Bd. VI, Wiesbaden 1969, S. 18 ff.

[4] Ebenda, S. 20.

der GKV unangetastet, jedoch wurde die Selbstverwaltung der einzelnen Kassen zugunsten staatlich eingesetzter Leitungen aufgehoben.[1]

Seit Inkrafttreten der RVO hielt die Tendenz zur Verringerung der Kassenzahl an. Eine 1923 geschaffene gesetzliche Grundlage erleichterte die Vereinigung von Krankenkassen und untersagte ein Nebeneinander von Orts- und Landkrankenkassen, wenn die Verminderung der Leistungsfähigkeit der einen zu befürchten stand.[2] Die aus den freien Hilfskassen hervorgegangenen Ersatzkassen wurden Mitte der dreißiger Jahre mit den anderen Trägern der Krankenversicherung rechtlich gleichgestellt und eine klare Abgrenzung ihrer Mitgliederkreise in Arbeiter und Angestellte geregelt.[3]

Der Kreis der versicherungspflichtigen Personen wurde zu dieser Zeit weiter, teilweise auch auf Selbständige, ausgedehnt.[4] Die Arbeitslosen waren bereits seit 1918 im Rahmen der Erwerbslosenfürsorge durch die Gemeinden gegen Krankheit versichert.[5] Durch das Gesetz über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung im Jahre 1941 entstand die Krankenversicherung der Rentner. Hatten die Rentner bisher nur die Möglichkeit, sich freiwillig bei den Kassen zu versichern, so besaß nun jeder von ihnen Versicherungsschutz und erhielt, mit Ausnahme der Barleistungen, weitgehend die Leistungen der übrigen Versicherten.[6]

---

[1] Vgl. G. Wannagat, a.a.O., S. 87.

[2] Vgl. H. Peters, Die Geschichte ..., a.a.O., S. 81.

[3] Vgl. E. Stolt, E.A. Vesper, a.a.O., S. 22.

[4] Vgl. H. Peters, Die Geschichte ..., a.a.O., S. 113 ff.

[5] Ebenda, S. 101.

[6] Vgl. K. Jantz, Krankenversicherung der Rentner, Kommentar, 2. Aufl., Bonn-Bad Godesberg 1956, einschl. 4. Lieferung - Januar 1970, S. T 6.

Wesentliche Verbesserungen im Leistungswesen für Mitglieder brachte die nun ohne zeitliche Begrenzung gewährte Krankenpflege sowie die Verlängerung der Kranken- und Wochengeldzahlungen.[1] Die Gleichstellung der Familienangehörigen in bezug auf die Kranken- und Krankenhauspflege erfolgte 1945, nachdem ein gesetzlicher Zwang zur Familienwochenhilfeleistung bereits seit 1919 bestand und ab 1930 die zeitlich begrenzte ärztliche Behandlung sowie die Übernahme eines Teils der Arzneikosten für Familienangehörige Pflichtleistung geworden war.[2]

2.2. Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland

Verstanden sich die Kassen der GKV über Jahrzehnte hinweg als Solidareinrichtungen, die in Krankheitsfällen die wirtschaftliche Sicherung der schutzbedürftigen abhängig Beschäftigten durch Krankengeldzahlungen und Übernahme der Krankenpflegekosten gewährleisteten, so hat sich in der Folgezeit und insbesondere in den vergangenen 10 bis 15 Jahren eine strukturelle Wandlung in Richtung auf eine fast für die gesamte Bevölkerung geöffnete Krankenversicherung[3] mit einem weitgehenden Gesundheitsschutz vollzogen. Diese vor dem Hintergrund eines rasanten wirtschaftlichen Aufschwungs erfolgte Entwicklung war gekennzeichnet durch

---

[1] Vgl. H. Peters, Die Geschichte ..., a.a.O., S. 114.

[2] Vgl. H. Hahn, Der Anspruch auf Familienhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 14. Jg. (1968), S. 594 ff., hier: S. 596.

[3] Vgl. H. Peters, Fortentwicklung der Krankenversicherung, in: Grundlagen der Sozialversicherung, Festschrift für Kurt Brackmann, St. Augustin 1977, S. 71 ff., hier: S. 76.

- eine Tendenz zur Verringerung der Kassenzahl mit einer größeren Anzahl von Mitgliedern;
- eine immer weitere Ausdehnung des Versichertenkreises durch den Gesetzgeber;
- eine erhebliche Intensivierung des Leistungsumfangs sowie eine Umstrukturierung im Leistungsgefüge;
- die Tatsache, daß bei weitgehend gesetzlich fixiertem Leistungsniveau die Selbstverwaltung der Kassen auf der Beitragsseite nur noch nachvollziehen konnte, was vom Gesetzgeber vorgegeben war.[1]

Damit sind zugleich die Gliederungspunkte angesprochen, die den weiteren Ausführungen zugrunde liegen.

2.2.1. Organisationsformen

Die GKV in der Bundesrepublik Deutschland wird gegenwärtig im wesentlichen von den Kassenarten getragen, die sich bereits bei dem Inkrafttreten der RVO im Jahre 1914 herausgebildet hatten: den Orts-, Betriebs-, Innungs- und Land- bzw. landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Seekrankenkasse, der Bundesknappschaft sowie den Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte. Die einzelnen Kassen sind Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts. Ihre Organe setzen sich aus den gewählten Vertretern der Mitglieder und der Arbeitgeber zusammen.[2] Aufgrund der Vorschriften über das Rechnungswesen besteht jede Kasse aus einer sogenannten allgemeinen Krankenversicherung (AKV), der sämtliche Pflichtmitglieder und freiwilligen Mitglieder angehören, und einer Rentnerkrankenversicherung (KVdR).

---

[1] Vgl. H. Peters, Fortentwicklung der Krankenversicherung, a.a.O., S. 79.

[2] Abweichend hiervon bestehen die Organe bei den Ersatzkassen nur aus den Vertretern der Mitglieder.

Ortskrankenkassen (OKK) werden für örtliche Bezirke errichtet (§ 226 Abs. 1 RVO), die in der Regel einen Landkreis oder eine kreisfreie Stadt umfassen. Ihre Gründung ist vom Gesetzgeber zwingend vorgeschrieben, so daß damit ein "lückenloses Netz von Gebietskrankenkassen garantiert"[1] wird. Sie können als "Primärkassen"[2] in dem Sinne bezeichnet werden, daß sie prinzipiell für die Krankenversicherung zuständig sind, wenn die Versicherungspflicht nicht in den Bereich der Sonderkassen fällt.

Betriebskrankenkassen (BKK) können vom Arbeitgeber in Betrieben mit mindestens 450 Beschäftigten (in Betrieben der Landwirtschaft und Binnenschiffahrt mit mindestens 150 Beschäftigten) errichtet werden (§ 245 Abs. 1 RVO), wenn sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen[3] nicht gefährden, ihre satzungsmäßigen Leistungen denen der Ortskrankenkasse des Bezirkes mindestens gleichwertig sind und wenn ihre Leistungsfähigkeit dauerhaft sicher ist (§ 248 RVO). Für die Zuständigkeit der Betriebskrankenkasse ist ausschließlich die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Betrieb maßgebend. Der Kassenbezirk ist abhängig vom Einzugsgebiet des Betriebes, der im Extremfall bei den Betriebskrankenkassen der Bundespost und der Bundesbahn das gesamte Bundesgebiet umfaßt.

Innungskrankenkassen (IKK) können auf Antrag der Innung für die angehörigen Betriebe errichtet werden. Die Vorschriften über die Mindestmitgliederzahl und die Voraussetzungen für

---

[1] D. Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Kommentar, 2. Aufl., München 1978, einschl. 3. Ergänzungslieferung vom Dez. 1979, S. 224.

[2] H. Schmatz, H. Matzke, Die gesetzliche Krankenversicherung, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Sozialpolitik in Deutschland, Bd. III, Nr. 37, Stuttgart 1961, S. 26.

[3] Bis 1972 galt dies auch für die bestehenden Landkrankenkassen.

die Errichtung entsprechen denen der Betriebskrankenkassen (§ 250 Abs. 1 und § 251 Abs. 1 RVO). Maßgebend für die Zuständigkeit einer Innungskrankenkasse ist wie bei den Betriebskrankenkassen die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Betrieb.

Als einziger Versicherungszweig wurde seit Bestehen der Bundesrepublik die gesetzliche Krankenversicherung der in der Landwirtschaft Beschäftigten grundlegend reformiert. Bis zum Jahre 1972 gehörte dieser Personenkreis den Landkrankenkassen an, die wie Ortskrankenkassen für örtliche Bereiche, in der Regel für Landkreise, errichtet worden waren. Durch das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)[1] wurden die bis dahin bestehenden 101 Landkrankenkassen durch 19 landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK) abgelöst. Ihnen gehören nunmehr die selbständigen land- und forstwirtschaftlichen Unternehmer, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und die Altenteiler an. Die bisher in den Landkrankenkassen versicherten landwirtschaftlichen Arbeitnehmer wurden als Pflichtmitglieder den Ortskrankenkassen zugewiesen. Mit dem KVLG verfolgte man einerseits das Ziel, den bis dahin als unzureichend erachteten Krankenversicherungsschutz in der Landwirtschaft zu beseitigen[2] sowie die wirtschaftlichen Risiken der Krankheit von den aktiven Landwirten solidarisch tragen zu lassen. Daneben bestand im Rahmen einer eigenen Versicherungseinrichtung die Möglichkeit, staatliche Subventionen zu erhalten, die seitdem in Form der vollständigen Beitragsfinanzierung für die Altenteiler gewährt werden.

---

[1] Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte) vom 10.8.1972, BGBL I, S. 1433.

[2] So waren im Jahre 1969 ca. 11 v.H. der hauptberuflich selbständigen Landwirte, 19 v.H. der mitarbeitenden Familienangehörigen und 40 v.H. der Altenteiler ohne Krankenversicherungsschutz. Vgl. H. Gerold, Krankenversicherung der Landwirte, Bonn-Bad Godesberg 1972, S. 11.

Die Seekrankenkasse (SKK) führt als besondere Abteilung der Seekasse (Träger der Rentenversicherung der Seeleute) die Krankenversicherung für die Besatzungen deutscher Seefahrzeuge durch (§ 476 Abs. 1 RVO). Sie ist damit ausschließlich berufsständisch organisiert.

Die knappschaftliche Krankenversicherung ist eine finanziell unabhängige Abteilung der Knappschaftsversicherung. In ihr werden sämtliche Arbeitnehmer, die in einem knappschaftlichen Betrieb des Bergbaus tätig sind, versichert (§ 1 Abs. 1 Reichsknappschaftsgesetz)[1]. Im Jahre 1969 wurden die bis dahin bestehenden rechtlich selbständigen Bezirksknappschaften zu einem einheitlichen Versicherungsstamm in der Bundesknappschaft (BKN) zusammengefaßt.

Die Ersatzkassen unterscheiden sich von den übrigen Trägern der GKV im wesentlichen dadurch, daß sie - mit Ausnahme der Rentner und Arbeitslosen - keinen gesetzlich zugewiesenen Mitgliederkreis haben. Aufnahmeberechtigt sind versicherungspflichtige und -berechtigte Personen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in dem Bezirk wohnen und dem Mitgliederkreis angehören, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Die Mitgliedschaft ist freiwillig; versicherungspflichtige Mitglieder einer Ersatzkasse werden von der Mitgliedschaft bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse befreit (§ 517 Abs. 1 RVO).

Ersatzkassen für Angestellte (EAN) dürfen nur Angestellte und Ersatzkassen für Arbeiter (EAR) nur Arbeiter aufnehmen. Die Zuständigkeit fast aller Ersatzkassen für Angestellte erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet, wobei die beiden mit Abstand größten Kassen auch sämtliche Berufszweige abdecken. Damit ist es jedem Angestellten möglich, einer Ersatzkasse beizutreten. Dagegen sind die Ersatzkassen für

---

[1] Reichsknappschaftsgesetz i.d.F. vom 1.7.1926, RGBL I, S. 369, RGBL III, 822-1.

Arbeiter stärker regional organisiert, so daß sie zusammen mit ihrer Differenzierung nach Berufszweigen nur einen relativ geringen Teil der versicherungspflichtigen Arbeiter abdecken.[1] Da zudem seit 1934 eine Neuzulassung von Ersatzkassen nicht mehr möglich ist[2], blieb der Anteil der in den Arbeiterersatzkassen versicherten Mitglieder an der gesamten Mitgliederzahl auch relativ gering.

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der Kassenzahl sowie des zugehörigen Mitgliederbestandes seit 1949. Bis zur Mitte der fünfziger Jahre hatte es zunächst eine Zunahme der Zahl der Kassen gegeben, die hauptsächlich auf die Neugründungen von Betriebs- und Innungskrankenkassen zurückzuführen war. Danach setzte allgemein eine Reduzierung der Kassenzahl ein, die bei gleichzeitiger Erhöhung der Mitgliederzahlen zu einem starken Anstieg der durchschnittlichen Mitgliederzahl je Kasse führte. Sie stieg für die GKV insgesamt auf etwa das 2,5-fache des Ausgangswertes von 1949. Damit setzte sich die Entwicklung seit der Schaffung der GKV - wenn auch abgeschwächt - fort.[3] Die Tendenz zur Zentralisierung in der Sozialversicherung spiegelt nach Liefmann-Keil[4] den Konzentrationsprozeß in der Wirtschaft wider. Diese Aussage wird bestätigt durch die Entwicklung bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen, die vorwiegend die in Industrie und Handwerk Beschäftigten versichern und bei denen die Konzentrationsbewegung besonders stark ausgeprägt ist.[5] Hier ist denn auch

---

[1] Vgl. die Aufstellung über die Ersatzkassen und ihren Geltungsbereich in E. Stolt, E.A. Vesper, a.a.O., S. 121 ff.

[2] Ebenda, S. 21.

[3] Siehe dazu Tabelle 1.

[4] Vgl. E. Liefmann-Keil, Ökonomische Theorie der Sozialpolitik, Heidelberg 1961, S. 155.

[5] Vgl. K. Alexander, Zahl der Krankenkassen und Wirtschaftlichkeit bei Betriebskrankenkassen, in: H. Peters (Hrsg.), Sozialrecht und Sozialpolitik, Stuttgart 1968, S. 147 ff., hier: S. 150.

Tabelle 2: Kassen der GKV und ihre Mitglieder 1949 - 1979 (ausgewählte Jahre)

Jahr	Gesamt		darunter:											
			OKK		BKK		IKK		LKK		EAR		EAN	
	Kassen	Mitgl. 1 000	Kassen	Mitgl. 1 000	Kassen	Mitgl. 1 000	Kassen	Mitgl. 1 000	Kassen	Mitgl. 1 000	Kassen	Mitgl. 1 000	Kassen	Mitgl. 1 000
1949	1825	19 142	396	13 411	1180	2 005	123	362	102	719	7	71	9	1 492
1952	2021	22 340	396	15 051	1366	2 610	134	468	102	604	7	97	8	2 212
1955	2070	24 535	396	15 681	1408	3 050	140	660	103	549	7	145	8	3 071
1958	2054	26 088	399	15 430	1381	3 438	147	835	103	510	8	204	8	4 252
1961	2018	27 594	400	15 456	1332	3 704	159	1 048	102	448	8	248	8	5 268
1964	1977	28 367	402	15 391	1279	3 797	169	1 185	102	418	8	277	8	5 896
1967	1919	28 699	401	15 115	1213	3 766	179	1 329	102	425	8	309	7	6 452
1970	1827	30 647	400	16 008	1130	4 180	178	1 405	102	434	8	336	7	7 081
1973	1633	33 216	392	16 307	1032	4 317	173	1 555	19	1 006	8	353	7	8 536
1976	1438	33 582	307	16 122	934	4 219	161	1 621	19	923	8	373	7	9 197
1979	1331	34 830	276	16 390	863	4 235	156	1 777	19	876	8	411	7	10 038

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, jeweils versch. Jg.

der Anstieg der druchschnittlichen Mitgliederzahl auf das 2,9-fache bzw. 3,8-fache bei den Betriebs- bzw. Innungskrankenkassen überdurchschnittlich groß.

Eine andere Entwicklung erfolgte bei den Ortskrankenkassen, bei denen fast über den gesamten Zeitraum annähernd konstante Kassen- und Mitgliederzahlen festzustellen sind. Erst ab der Mitte der siebziger Jahre führten Vereinigungen von Ortskrankenkassen, zumeist im Zuge kommunaler Neugliederungen,[1] zu einer sprunghaft ansteigenden durchschnittlichen Mitgliederzahl pro Kasse.

Einen stärkeren Einfluß auf den gesamten Konzentrationsprozeß als die Entwicklung bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen hatte die Entwicklung bei den Ersatzkassen für Angestellte. Bedingt durch das starke Anwachsen des Anteils der Angestellten an den gesamten Erwerbspersonen,[2] aber wohl auch durch eine intensive berufsbezogene und an soziale Vorurteile anknüpfende Werbung[3], wuchs ihr Anteil an der Gesamtmitgliederzahl von knapp 8 v.H. im Jahre 1949 auf fast 29 v.H. in 1979, und bei fast konstanter Kassenzahl stieg die durchschnittliche Mitgliederzahl auf das 8,5-fache des Wertes von 1949. Darüber hinaus besteht auch innerhalb dieser Kassenart eine starke Konzentration, da in den beiden größten Kassen gegenwärtig über 80 v.H. der Mitglieder versichert sind.

---

[1] Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen, Vereinigung von Ortskrankenkassen, in: Die Ortskrankenkasse, 55 Jg. (1973), S. 461, 574, 755, 866, 869; 56 Jg. (1974), S. 65 und 182.

[2] Dieser Anteil stieg von 16 v.H. im Jahre 1950 auf 35 v.H. in 1978. Vgl. Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart und Mainz (im folgenden zitiert als "Statistisches Jahrbuch"), 1958, S. 111 f.; 1979, S. 92 f.

[3] Vgl. O. Stamm, Die Rolle der Ersatzkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Betriebs-Berater, 30. Jg. (1975), S. 1116 ff., hier: S. 1116, sowie W. Heyn, Unaufhaltsamer Vormarsch der Ersatzkassen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 27. Jg. (1973), S. 259 ff., hier: S. 261.

2.2.2. Versicherter Personenkreis

Zu dem durch die GKV geschützten Personenkreis zählen die Mitglieder in den gesetzlichen Krankenkassen als Hauptversicherte sowie ihre ohne eigene Beiträge mitversicherten Familienangehörigen.[1] Unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten ist weiterhin die Unterscheidung in pflicht- und freiwillige Versicherte bedeutsam.

Eine Pflichtversicherung besteht traditionell für sämtliche Arbeiter, ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitsentgelts, sowie für Angestellte mit einem Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze. Um der Einkommensentwicklung Rechnung zu tragen, wurde diese Grenze bis 1970 fallweise erhöht; seit 1971 ist sie dynamisiert, d.h. sie wird automatisch jährlich der allgemeinen Einkommensentwicklung angepaßt. Ebenfalls seit langer Zeit versicherungspflichtig sind einige Gruppen von selbständig Erwerbstätigen mit Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze. Hierzu gehören etwa Hausgewerbetreibende, Lehrer, Musiker und Hebammen. Werden bisher versicherungsfreie Angestellte und Selbständige wegen der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze versicherungspflichtig, können sie sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn eine ausreichende Privatversicherung vorliegt.

Für die hauptberuflich land- und forstwirtschaftlichen Unternehmer sowie deren mitarbeitende Familienangehörige besteht eine Versicherungspflicht in den landwirtschaftlichen Krankenkassen durch das KVLG seit 1972. Eine Befreiung zugunsten einer gleichartigen Privatversicherung ist dann möglich, wenn der Einheitswert ihres Unternehmens eine bestimmte Grenze übersteigt.

---

[1] Der Kreis der versicherungspflichtigen und -berechtigten Personen in der GKV wird grundsätzlich im ersten Abschnitt des zweiten Buches der RVO (§§ 165 - 178) bestimmt.

Der Kreis der pflichtversicherten Arbeitslosen umfaßt heute Personen, die Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe oder als Teilnehmer an beruflichen Fortbildungs- oder Umschulungsmaßnahmen Unterhaltsgeld beziehen (§§ 155 ff. Arbeitsförderungsgesetz)[1].

In der KVdR sind Rentner pflichtversichert, die eine Versicherten- oder Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten bzw. der knappschaftlichen Rentenversicherung beziehen sowie Altenteiler der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht kann verlangen, wer zuvor privat versichert war. Die im Jahre 1941 geschaffene KVdR wurde zunächst 1956 verbessert, indem nun die Rentner den übrigen Krankenversicherten gleichgestellt wurden; sie waren jetzt Mitglieder der Krankenkassen und erhielten (außer Krankengeld) die in der RVO auch für die übrigen Versicherten vorgesehenen Leistungen. Die Mitgliedschaft war allerdings noch an die Erfüllung einer Vorversicherungszeit gebunden, so daß die KVdR noch nicht sämtliche Rentner erfaßte. Diese Vorschrift entfiel mit der Neuregelung im Jahre 1968, so daß nun bis auf wenige Ausnahmen sämtliche Rentner in der KVdR versichert waren.[2] Durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)[3] ist seit dem 1.7.1978 allerdings eine Versicherung für Neurentner wiederum von bestimmten Vorversicherungszeiten abhängig.

---

[1] Arbeitsförderungsgesetz vom 25.6.1969, BGBL I, S. 582.

[2] Vgl. K. Jantz, a.a.O., S. T 3 ff.

[3] Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz) vom 27.7.1977, BGBL I, S. 1069.

In den Kreis der Pflichtversicherten in jüngster Zeit aufgenommen wurden Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation (1974), Behinderte, die in geschützten Einrichtungen arbeiten, Jugendliche, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, sowie Studenten (1975).

Für die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten: als freiwillige Weiterversicherung im Anschluß an eine vorausgegangene Pflichtmitgliedschaft oder als freiwilliger Beitritt, ohne daß zuvor eine Pflichtversicherung bestanden hat. Die Möglichkeiten der Weiterversicherung bei Erfüllung einer Vorversicherungszeit besteht für Personen, die aus einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden. In der Hauptsache betrifft dies die Fälle, in denen sich das Gehalt auf einen Betrag über der Versicherungspflichtgrenze erhöht oder daß eine selbständige Tätigkeit aufgenommen wird. Von dieser Möglichkeit können weiterhin aus der Erwerbstätigkeit ausscheidende Ehefrauen, deren Ehegatte privat versichert ist, Gebrauch machen.

Zum freiwilligen Beitritt sind zunächst solche Personen berechtigt, die entweder als Selbständige tätig sind und deshalb nicht der Versicherungspflicht unterliegen oder als Arbeitnehmer versicherungsfrei sind. Der Begriff des Selbständigen erfaßt solche Personen, die entweder Gewerbetreibende oder Betriebsunternehmer sind. Zu den versicherungsfreien Beschäftigten zählen etwa Beamte und Verwaltungslehrlinge. Weiterhin gehören hierher Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne abhängiges Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betrieb beschäftigt sind sowie seit 1975 alle in der beruflichen Aus- und der allgemeinen Weiterbildung befindlichen Personen. In sämtlichen Fällen ist Voraussetzung, daß zum Zeitpunkt des Beitritts das erzielte Gesamteinkommen die Versicherungspflichtgrenze nicht über-

steigt. Zum freiwilligen Beitritt berechtigt sind ferner der überlebende oder geschiedene Ehegatte sowie Kinder eines Versicherten, deren Anspruch auf Familienhilfe erloschen ist, Schwerbehinderte im Sinne des Schwerbehindertengesetzes (seit 1975) und solche Angestellten, die als Berufsanfänger ein über der Versicherungspflichtgrenze liegendes Gehalt beziehen. Für diesen Personenkreis war im Jahre 1971 als Übergangsregelung zugleich ein einmaliges Beitrittsrecht vorgesehen, wovon seinerzeit etwa 300 000 Angestellte Gebrauch gemacht haben.[1]

Die Bestimmungen über den versicherungspflichtigen und -berechtigten Personenkreis können dahingehend zusammengefaßt werden, daß eine solche Abgrenzung auch heute überwiegend nach dem traditionellen Grundsatz der Schutzbedürftigkeit erfolgt. Dies gilt für sämtliche Arbeiter und Arbeitslose sowie Angestellte und einen Teil der Selbständigen mit Einkommen bis zu einer bestimmten Grenze; im Zuge eines expandierenden Sozialwesens aber auch für bisher nicht erfaßte sozialschwache Personengruppen wie Rehabilitanden, Jugendliche, Behinderte, Schwerbeschädigte und Studenten. Im Hinblick auf die Rentner kommen dagegen - angesichts dringend notwendiger Kosteneinsparungen - Gesichtspunkte der Beitragsgerechtigkeit wieder stärker zur Geltung. Die Regelungen zur Befreiung von der Versicherungspflicht und für die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung haben auch auf die unterschiedliche Beitragsgestaltung in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung Rücksicht zu nehmen, um den Versicherten mit einem Wechsel keine unzumutbaren Lasten aufzuerlegen. Daneben bestehen aber auch Be-

---

[1] Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht (im folgenden zitiert als "Sozialbericht") 1972, Bonn 1971, S. 11.

stimmungen, die sich auf keinen der Grundsätze beziehen und praktisch jedem, der es für sich als vorteilhaft ansieht, die Versicherung in der GKV ermöglichen.

Für die Mitglieder der GKV gibt es nur begrenzte oder überhaupt keine Wahlmöglichkeiten zwischen den einzelnen Kassen. Pflichtmitglieder einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse haben grundsätzlich die Möglichkeit, sich von ihrer Mitgliedschaft in diesen Kassen befreien zu lassen und einer Ersatzkasse beizutreten. Während dies den Angestellten stets offensteht, haben Arbeiter wegen der begrenzten regionalen und/oder beruflichen Zuständigkeit der Ersatzkassen für Arbeiter häufig eine geringere oder keine Wahlmöglichkeit. Zwischen den Pflichtkassen ist ein Kassenwechsel nicht möglich. Der Pflichtmitgliedschaft in der KVdL, der Seekrankenkasse und der knappschaftlichen Krankenkasse kann man sich nicht entziehen.

Rentner sowie Arbeitslose gehören grundsätzlich der Kasse an, in der sie zuletzt versichert waren. Eine ähnliche Zuständigkeitsregelung gilt für Rehabilitanden und Behinderte. Für Studenten bestimmt das Gesetz als Regel die Zuständigkeit der Ortskrankenkasse des Wohnsitzes mit Wahlmöglichkeit der des Studienortes oder der zuletzt zuständigen Kasse. Damit soll eine Konzentration der versicherten Studenten bei den Ortskrankenkassen des Studienortes und eine damit verbundene übermäßige Belastung der Solidargemeinschaft dieser Kassen vermieden werden.[1]

Für die freiwilligen Mitglieder erfolgte ab 1975 eine Liberalisierung der Kassenzuständigkeit. Während zuvor eine zwingend zuständige Kasse vorgeschrieben war, besteht nunmehr ein Wahlrecht zwischen den bei Versicherungspflicht in Frage kommenden Kassen.[2]

---

[1] Vgl. D. Krauskopf, a.a.O., S. 278.

[2] Ebenda, S. 231 ff.

Die beschriebene Einbeziehung weiterer Personenkreise in die Pflicht- bzw. freiwillige Versicherung war neben der durch das Wachstum der Bevölkerung bedingten Zunahme der Erwerbspersonen, der Erhöhung des Anteils der abhängigen Beschäftigten[1] sowie der Dynamisierung der Versicherungspflichtgrenze verantwortlich dafür, daß sich die Mitgliederzahl seit 1949 fast verdoppelt hat (Tabelle 3). Betrug der Anteil der Mit-

Tabelle 3: Versicherte der GKV nach Versichertenstatus 1949 - 1979 (ausgewählte Jahre)

Jahr	Gesamt	Gesamt	Mitglieder		Rentner	Mitversicherte Familienangehörige
			Pflichtmitgl. o. Rentner	Freiw. Mitgl.		
	in 1 000					
1949	33 642	19 142	12 376	2 732	4 033[a]	14 500
1952	37 740	22 340	13 865	2 665	5 810[a]	15 400
1955	40 035	24 535	15 448	2 882	6 205[a]	15 500
1958	43 193	26 088	17 416	3 520	5 152	17 105
1961	47 610	27 594	17 733	4 279	5 582	20 016[b]
1964	48 950	28 359	17 085	5 508	5 766	20 591
1967	50 919	28 699	17 019	5 439	6 241	22 220
1970	53 667	30 647	17 839	4 798	8 008	23 021
1973	56 614	33 216	19 560	4 602	9 054	23 398
1976	56 326	33 582	19 300	4 432	9 850	22 744
1979	56 684	34 838	20 205	4 398	10 235	21 846[c]

[a]Rentenempfänger. [b]1962. [c]1978.

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, versch. Jg.; ders., Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre ... (bis 1962: Die soziale Krankenversicherung im Jahre ... in der Bundesrepublik Deutschland), Statistischer und finanzieller Bericht, versch. Jg.; Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, versch. Jg.; ders., Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, II. Versicherte in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, 1973; ders., Fachserie 13 Sozialleistungen, Reihe 1 Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung, 1976 und 1978.

[1]Der Anteil der abhängig Beschäftigten erhöhte sich von 68,5 v.H. im Jahre 1950 auf 87,2 v.H. in 1978. Vgl. Statistisches Jahrbuch, a.a.O., versch. Jg.

glieder an der Bevölkerung im Jahre 1949 noch knapp 38 v.H., so stieg er bis 1979 auf fast 57 v.H. an. Während dieser Zeit fand damit eine noch stärkere Expansion des Mitgliederkreises statt, als in den 30 Jahren seit der Schaffung der GKV bis zur Verwirklichung der Reformen durch die RVO.[1]

Der absolut stärkste Anstieg ist bei den Pflichtmitgliedern ohne Rentner festzustellen, der bis zum Ende der sechziger Jahre im wesentlichen auf die Ausdehnung des allgemeinen Beschäftigungsvolumens zurückzuführen ist. Die starke Zunahme zu Beginn der siebziger Jahre ist in erster Linie bedingt durch die im Vergleich zu früheren Jahren stärker ansteigende und nunmehr dynamisierte Versicherungspflichtgrenze sowie durch die Erweiterung des versicherungspflichtigen Personenkreises.

Die Entwicklung bei den freiwilligen Mitgliedern ist durch ein starkes Ansteigen bis Mitte der sechziger Jahre und danach durch ein - wenn auch relativ verlangsamtes - Absinken gekennzeichnet. Ursache für den Anstieg dürfte neben der Zunahme des Beschäftigungsniveaus das Zurückbleiben der Versicherungspflichtgrenze hinter der allgemeinen Einkommensentwicklung sein.[2] Die umgekehrte Entwicklung in den siebziger Jahren wurde neben der durch die dynamisierte Pflichtgrenze verursachten Wanderungsbewegungen zwischen Pflicht- und freiwilligen Mitgliedern auch durch die Einbeziehung von bislang freiwilligen Mitgliedern in den Pflichtmitgliederkreis (Landwirte, Studenten) verursacht.

Den relativ stärksten Einfluß auf die Erhöhung der Mitgliederzahl hatten die Rentner. Dies ist allgemein vor dem Hintergrund des Anwachsens des Rentneranteils an der Bevölke-

---

[1] Siehe dazu Tabelle 1.
[2] Siehe dazu Tabelle 4.

rung zu sehen.[1] Die starken Sprünge in den Jahren 1956 und 1958 resultieren im wesentlichen aus der Einführung einer Vorversicherungszeit sowie deren Aufhebung.[2] In den siebziger Jahren trugen die Einbeziehung der Altenteiler nach dem Gesetz über die KVdL, die durch das Rentenreformgesetz 1972 eingeführte flexible Altersgrenze sowie die wachsende Zahl von Rentenansprüchen erwerbenden Einwohnern zum steigenden Anteil der Rentner an der Gesamtmitgliederzahl bei.[3]

Der Anteil der mitversicherten Familienangehörigen an der Gesamtzahl der Versicherten hat sich seit Mitte der fünfziger bis zum Ausgang der sechziger Jahre ständig erhöht; in erster Linie Folge sowohl einer steigenden durchschnittlichen Kinderzahl in den Familien als auch, aufgrund qualitativ höherer Bildungsansprüche, verlängerter Ausbildungszeiten.[4] Unter dem Einfluß gesunkener Geburtenzahlen verminderte sich dieser Anteil in den siebziger Jahren wieder.

---

[1] Der Anteil der über 65 Jährigen an der Bevölkerung stieg von 9,4 v.H. im Jahre 1950 kontinuierlich auf 15,2 v.H. im Jahre 1977. Vgl. Statistisches jahrbuch, a.a.O., 1979, S. 60.

[2] Bis zur Neuregelung der KVdR im Jahre 1956 wurden aus statistischen Gründen die Renten und nicht die Rentner erfaßt, so daß in den davorliegenden Angaben Doppelzählungen von Personen, die mehrere Renten erhielten, nicht ausgeschaltet werden konnten. Für das Jahr 1956 werden diese Doppelzählungen auf etwa 300 000 Fälle geschätzt. Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Die soziale Krankenversicherung im Jahre 1956 in der Bundesrepublik Deutschland, Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn 1958, S. 16.

[3] Vgl. H.J. Kremp, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung - Neuere Entwicklungen 1970 bis 1974 - in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen (im folgenden zitiert als "Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen"), 25. Jg. (1975), S. 79 ff., hier: S. 80.

[4] Vgl. Ders., Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, Struktur und Entwicklung, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt (im folgenden zitiert als "Bundesarbeitsblatt"), 24. Jg. (1973), S. 227 ff., hier: S. 228.

Insgesamt hat der durch die GKV geschützte Personenkreis stark zugenommen. Waren 1949 etwa 72 v.H. der Bevölkerung in der GKV versichert, so stieg dieser Anteil bis zum Jahre 1979 auf über 93 v.H. an.

Die Aufgliederung der Pflicht- und freiwilligen Mitglieder in der AKV nach ihrer Beteiligung am Erwerbsleben und ihrer Stellung im Beruf zeigt (Tabelle 4), daß etwa 80 v.H. von ihnen den Arbeitern und Angestellten zuzurechnen sind, wobei im Laufe der Zeit - eine Darstellung vor 1966 ist aus Gründen der Aufbereitung des statistischen Materials nicht möglich - der Anteil der Arbeiter etwa in dem Maße abgenommen hat wie derjenige der Angestellten anstieg. Bemerkenswert ist weiterhin die relativ starke Zunahme der Selbständigen, so daß gegenwärtig etwa drei Viertel der Selbständigen der GKV angehören.[1]

2.2.3. Leistungen

Die Ausgaben der GKV bestehen naturgemäß zum allergrößten Teil aus den Leistungsausgaben für die Versicherten.[2] Diese lassen sich in die Kategorien Sachleistungen und Geldleistungen einteilen. Zu den Sachleistungen zählen die Krankenpflege (ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz) und die Krankenhauspflege. Die Geldleistungen bestehen aus Kranken-,

---

[1] Vgl. H.J. Kremp, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung - Neuere Entwicklungen 1970 - 1974 -, a.a.O., S. 82.

[2] Die restlichen Ausgaben sind im wesentlichen die Verwendung der Überschüsse der Reineinnahmen über die Reinausgaben. Ihr Anteil an den gesamten Ausgaben schwankte zumeist zwischen etwa 2 und 5 v.H. Vgl. Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, versch. Jg.

Tabelle 4: Mitglieder der GKV nach Beteiligung am Erwerbsleben und Stellung im Beruf 1966 - 1976 (ausgewählte Jahre)

Jahr	Gesamt	Arbeiter	Angestellte	Beamte	Selbständige	Mithelf. Familienangehörige	Arbeitslose	Nichterwerbspersonen	darunter: Jugendliche, Behinderte, Rehabilitanden, Studenten
In v. H. der Gesamtmitgliederzahl									
1966	100	55,6	29,3	3,3	5,5	1,2	0,7	4,4	-
1970	100	53,3	31,5	3,4	5,8	1,1	0,6	4,3	-
1973	100	49,9	34,8	2,8	6,3	1,2	1,1	3,9	-
1976	100	45,1	35,9	2,8	6,9	1,0	3,8	4,5	1,3

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 27. Jg. (1977), S. 91; 29. Jg. (1979), S. 207; Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1967, S. 143; ders., Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, II. Versicherte in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, 1966, S. 13; 1973, S. 16; ders., Fachserie 13 Sozialleistungen, Reihe 1 Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung, 1976, S. 23 f. und 37 f.; eigene Berechnungen.

Mutterschafts- und Sterbegeld. Unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten sind die Verwaltungskosten der Kassen zur Durchführung der Krankenversicherung als zusätzliche Leistungskategorie anzusehen.

Der Umfang der Leistungen sowie der anspruchsberechtigte Personenkreis werden im zweiten Abschnitt des zweiten Buches der RVO geregelt.[1] Hinsichtlich der Sachleistungen besteht im allgemeinen kein Unterschied zwischen den Leistungen, die die Mitglieder beanspruchen können, und denen, die den mitversicherten Familienangehörigen im Rahmen der Familienhilfe gewährt werden. Bei den Geldleistungen gibt es Einschränkungen: Familienangehörige erhalten kein Krankengeld; Mutterschafts- und Sterbegeld sind geringer. Von den Pflichtmitgliedern sind Rentner, Studenten und landwirtschaftliche Unternehmer nicht krankengeldberechtigt; für die freiwilligen Mitglieder kann der Anspruch auf Krankengeld bei ermäßigten Beiträgen ausgeschlossen werden.

Der weitaus größte Teil der Leistungen sind Regelleistungen, deren Ausmaß und Dauer gesetzlich vorgeschrieben sind. Darüber hinaus kann die einzelne Kasse freiwillig zusätzliche Leistungen übernehmen oder Regelleistungen über das gesetzliche Maß hinaus erhöhen. Diese Mehrleistungen sind jedoch in Art und Höhe nur insoweit zulässig als die RVO dies ausdrücklich vorsieht. Zu ihnen gehören etwa Maßnahmen zur Genesendenfürsorge, Sicherung des Rehabilitationserfolges, Förderung des Behindertensports, Gewährung von Vorbeugungskuren, erhöhtes Sterbe- und Mutterschaftsgeld. Durch den ständigen Ausbau der Pflichtleistungen, wodurch vielfach frühere Mehrleistungen zu Regelleistungen erklärt wurden,[2]

---

[1] §§ 179 bis 224 RVO.

[2] Vgl. etwa F. Kastner, Entwicklungstendenzen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 50 Jg. (1968), S. 337 ff., hier: S. 341 ff.

hat sich der Anteil der Mehrleistungen an den gesamten Leistungsausgaben verringert und spielt gegenwärtig nur eine untergeordnete Rolle.[1]

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Leistungsausgaben für die Allgemeinversicherten und Rentner. Zum Vergleich sind hier auch die Pro-Kopf-Einkommen der Arbeitnehmer dargestellt, die das Ausmaß des Ausgabenanstiegs in der GKV verdeutlichen sollen.

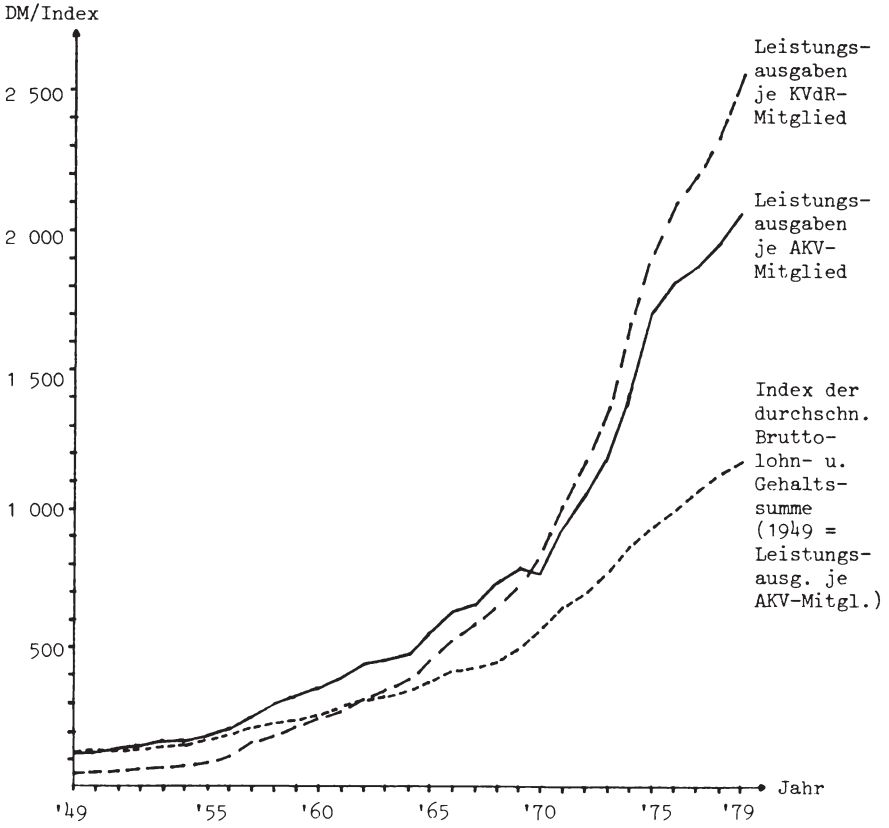
Zu den Bestimmungsgründen dieser Entwicklung gehört die ständige Ausweitung des Leistungsumfangs durch den Gesetzgeber. Dies betraf zunächst in erster Linie die Geldleistungen. So brachte das Lohnfortzahlungsgesetz 1957 eine Erhöhung des Krankengeldes und die Verpflichtung des Arbeitgebers, einen Zuschuß zu dem Differenzbetrag bis zum Nettoentgelt zu zahlen. Diese Regelung wurde 1961 verbessert sowie die Dauer des Krankengeldbezuges auf 78 Wochen verlängert. Die im Jahre 1970 auf die Arbeiter ausgedehnte vollständige Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber für die Dauer von sechs Wochen brachte für die Kassen dann eine erhebliche Verminderung der Krankengeldleistungen. Der Umfang der im Falle der Mutterschaft zustehenden Leistungen, insbesondere das Mutterschaftsgeld, ist mit dem Mutterschutzgesetz 1952 und seiner Verbesserung im Jahre 1968 wesentlich erweitert worden.[2]

---

[1] In einer Untersuchung des Arbeits- und Sozialministeriums Baden-Württemberg von 1967 wird die Vermutung geäußert, daß die Mehrleistungen der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen in Baden-Württemberg nur 1,5 v.H. der gesamten Leistungsausgaben ausmachen. Vgl. Arbeits- und Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), Struktur und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung in Baden-Württemberg, Ein Beitrag zur Krankenversicherungsreform, Stuttgart 1969, S. 20.

[2] Vgl. H. Specke, Die Leistungen der Krankenkassen bei Mutterschaft, 2., überarbeitete Aufl., Bonn-Bad Godesberg 1971, S. 13 ff.

Abbildung 1: Leistungsausgaben je Mitglied der AKV und KVdR und durchschnittliche Bruttolohn- und Gehaltssumme (1949 - 1979)



Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen; ders., Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre ..., Ein statistischer und finanzieller Bericht; Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, jeweils versch. Jg.; eigene Berechnungen.

Die mit der Ausgliederung eines großen Teils der Barleistungen bewirkte Umstrukturierung im Leistungsgefüge wurde in den siebziger Jahren durch die Ausweitung der Leistungspflicht vornehmlich in bezug auf die Sachleistungen verstärkt: die Einführung von Vorsorgeuntersuchungen (1971), kostendeckende Krankenhauspflegesätze (1973), Wegfall der Aussteuerung bei Krankenhauspflege, Rehabilitationsmaßnahmen sowie Zahnersatz als Pflichtleistung (1974). In diesem Zusammenhang ist auch die Ausweitung des Krankheitsbegriffs und die damit verbundene Anerkennung neuer behandlungsbedürftiger Krankheiten zu nennen.[1] Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz hat ab 1977 allerdings einige Einschränkungen im Leistungsrecht gebracht. So wurden die Zuschüsse für Zahnersatz wieder begrenzt und strengere Maßstäbe für Zuschüsse zu Kuren und für den Anspruch auf Familienhilfe festgelegt.

Neben den quantitativen und qualitativen Leistungsverbesserungen haben eine Reihe anderer Faktoren zur dargestellten Entwicklung des Leistungsvolumens beigetragen. So die beschriebene Änderung der Versichertenstruktur durch die zeitweilig gestiegene Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen und durch die Erweiterung des versicherten Personenkreises um Mitglieder mit überdurchschnittlicher Morbidität wie Behinderte, Rehabilitanden und Schwerbehinderte. Hinsichtlich der Ausgabenentwicklung für Rentner ist zu berücksichtigen, daß die Anzahl der mitversicherten Familienange-

---

[1] Vgl. S. Häussler, Gesundheitspolitik, Reform durch Zwang oder Einsicht, Frankfurt 1976, S. 30 ff.

hörigen je Rentner ständig gesunken ist.[1] Die im Vergleich zu den Allgemeinversicherten wesentlich stärkere Kostenerhöhung bei den Rentnern dürfte in erster Linie auf eine überproportionale Ausdehnung der Behandlungsmöglichkeiten spezifisch altersbedingter Krankheiten zurückzuführen sein.

Vom Angebot her eröffnete der medizinisch-technische Fortschritt neue Behandlungsmethoden, die vergleichsweise höhere Aufwendungen erforderten, stiegen die Honorare für ärztliche und zahnärztliche Behandlung, die Krankenhauspflegesätze sowie die Preise für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Auf der Nachfrageseite stieg die Leistungsinanspruchnahme, bedingt auch durch ein allgemein wachsendes Anspruchsniveau der Bevölkerung, die die Gesundheit im Vergleich zu anderen Gütern mit steigendem Wohlstand als zunehmend dringlicher empfindet.[2]

---

[1] Entfielen 1959 auf 100 Rentner der Ortskrankenkassen noch 38 Familienangehörige, so waren es 1975 nur noch 24. Dagegen stieg die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen in der AKV bis Ende der sechziger Jahre leicht an, fiel bis 1975 aber wieder auf das Niveau von 1959 zurück. Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen, Statistik der Ortskrankenkassen, Anspruchsberechtigte Familienangehörige der Mitglieder der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg, 1959, S. 4; 1963, S. 2; 1967, S. 2; 1971, S. 1 ff., sowie ders., Die Ortskrankenkassen 1975, Ein statistischer und finanzieller Bericht, Bonn-Bad Godesberg 1976, S. 19.

[2] Zum gesamten Komplex der Kostenentwicklung in der GKV vgl. etwa Th. Siebeck, Zur Kostenentwicklung in der Krankenversicherung, Ursachen und Hintergründe, Bonn 1976; Ph. Herder-Dorneich, Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen, Die Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung, Opladen 1976; S. Häussler, Gesundheitspolitik, Reform durch Zwang oder Einsicht, a.a.O., A. Steffen, Krankheitskosten, Entwicklung und Begrenzungsmöglichkeiten, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 1976; K.-D. Henke, Ursachen der Kostensteigerungen, in: Wirtschaftsdienst, 57. Jg. (1977), S. 179 ff.

Im Zusammenhang mit der Ausgabenentwicklung bemerkenswert ist schließlich die starke Zunahme auch der Verwaltungsausgaben. Der Anstieg der Verwaltungskosten je Mitglied von 1949 bis 1979 übertraf den der Pro-Kopf-Einkommen um über 4O v.H. und liegt auch wesentlich über der entsprechenden Entwicklung in der privaten Krankenversicherung.[1]

2.2.4. Finanzierung

Die weitaus wichtigste Finanzierungsquelle der GKV stellen die Beiträge dar, die im Regelfall 95 v.H. und mehr der gesamten Einnahmen ausmachen.[2] Die sonstigen Einnahmen bestehen aus staatlichen Zuschüssen, Erstattungen und Ersatzansprüchen sowie den Vermögenserträgnissen der Krankenkassen. Von den staatlichen Zuschüssen machen gegenwärtig die Bundeszuschüsse für die Altenteiler der KVdL den größten Anteil aus. Hierzu gehören weiterhin die aus Bundesmitteln erstattete Pauschale von 4OO DM je Fall, in dem laufendes Mutterschaftsgeld gewährt wird, sowie die seit 1975 geleisteten Beitragszuschüsse für die pflichtversicherten Studenten.

Die Beiträge zur Krankenversicherung werden in der Satzung durch die Selbstverwaltungsorgane der einzelnen Kasse festgelegt. Den gesetzlichen Rahmen setzt § 381 Abs. 1 RVO. Da-

---

[1] Der Anteil der Verwaltungskosten der PKV am Beitragsaufkommen sank etwa von 12,3 v.H. im Jahre 1956 auf 5,9 v.H. im ersten Halbjahr 1979, während innerhalb des gleichen Zeitraums sich die entsprechende Größe in der GKV von 6,4 v.H. nur auf 4,4, v.H. reduzierte. Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung, Die private Krankenversicherung im Jahre 1957 - Zahlenbild -, Köln 1958, S. 36; ders., Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht 1978/79, Köln 1979, S. 52; Statistisches Jahrbuch 1958, S. 35O f., 198O, S. 379.

[2] Vgl. Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, versch. Jg.

nach sind die Beiträge so zu bemessen, daß sie unter Einrechnung der sonstigen Einnahmen für die zulässigen Ausgaben der Kassen ausreichen. Von der einzelnen Kasse ist also für die kommende Periode der voraussichtliche Finanzbedarf zu ermitteln und danach die Höhe der Beitragssätze so festzulegen, daß sich durch Multiplikation der Beitragssätze mit der Bemessungsgrundlage die zur Deckung der Ausgaben notwendigen Einnahmen ergeben. Zwar bestehen gesetzliche Vorschriften über Beitragshöchstsätze, die deren Überschreitung von der Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde bzw. vom übereinstimmenden Beschluß der Vertreterversammlung abhängig machen (§§ 386 ff. RVO). Diesen Bestimmungen kommt allerdings kaum praktische Bedeutung zu, zumal die Höchstsätze von 6 bis 8 v.H. bereits weit hinter der allgemeinen Beitragssatzentwicklung zurückgeblieben sind.

Der Beitrag für das einzelne Mitglied wird grundsätzlich durch Multiplikation des Beitragssatzes mit dem Grundlohn errechnet. Für die pflichtversicherten Arbeiter, Angestellten und Selbständigen ist die Bemessungsgrundlage bzw. der Grundlohn[1] das regelmäßige Arbeitsentgelt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. Der anzuwendende Beitragssatz hängt davon ab, ob und in welcher Höhe im Falle der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Für Arbeiter und Angestellte gilt danach der sog. allgemeine Beitragssatz, während für Selbständige mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld ein erhöhter Satz zugrundegelegt wird.[2]

---

[1] Rechtlich wird unter dem Begriff "Grundlohn" das auf den Kalendertag entfallende Arbeitsentgelt verstanden (§ 180 Abs. 1 RVO). Aus methodischen Gründen wird im weiteren Verlauf jedoch nicht auf den kalendertäglichen, sondern den jährlichen beitragspflichtigen Arbeitsverdienst (Jahresgrundlohnsumme) abgestellt.

[2] Dieser liegt im Durchschnitt etwa um 30 v.H. über dem allgemeinen Beitragssatz. Vgl. Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, versch. Jg.

Die Beiträge sollen nach dem Willen des Gesetzgebers je zur Hälfte von den pflichtversicherten Arbeitnehmern und den Arbeitgebern getragen werden (§ 381 Abs. 1 RVO). Von diesem Grundsatz gibt es folgende Ausnahmen:

Bei Versicherten, die nicht mehr als 10 v.H. der in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze verdienen, die ein freiwilliges soziales Jahr ableisten sowie für Jugendliche und Behinderte in sozialen Einrichtungen zur Förderung ihrer Erwerbstätigkeit trägt der Arbeitgeber den gesamten Beitrag.[1]

Für Rehabilitanden entrichtet die Beiträge der das Übergangsgeld gewährende Rehabilitationsträger. Bemessungsgrundlage ist der der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegende Regellohn bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (§ 180 Abs. 3a RVO). Hierauf ist der allgemeine Beitragssatz anzuwenden, da das Übergangsgeld bei gesundheitsbedingter Unterbrechung der berufsfördernden Maßnahme bis zur Dauer von sechs Wochen weitergezahlt wird.

Die Beitragsleistungen für die Arbeitslosen regelt § 157 des Arbeitsförderungsgesetzes. Danach sind die Beiträge für Empfänger von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld von der Bundesanstalt für Arbeit aufzubringen. Beitragsbemessungsgrundlage ist faktisch das zuvor erzielte Arbeitsentgelt, worauf dann der erhöhte Beitragssatz anzuwenden ist, da für diesen Personenkreis sofortiger Anspruch auf Krankengeld besteht.

---

[1] Da die Jugendlichen und Behinderten im Regelfall kein Entgelt erhalten, wird als Grundlohn der Wert für freie Station zugrundegelegt (§ 180 Abs. 1a RVO). Für körperlich, geistig und seelisch Behinderte in Behinderten- und Blindenwerkstätten übernimmt der Träger den vollen Beitrag, sofern das Arbeitsentgelt niedriger ist als 20 v.H. des modifizierten Durchschnittsentgelts der in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten Versicherten. Vgl. § 5 des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen vom 7.8.1975, BGBL I, S. 1061.

In der Krankenversicherung der Studenten erfolgt die Beitragsleistung durch die Versicherten sowie durch Zuschüsse des Bundes (§ 381a RVO). Für die Beitragsberechnung sind auch hier Grundlohn und Beitragssatz maßgebend. Als Grundlohn gilt der Bedarf für die Studenten nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz. Abweichend von der üblichen Form wird der Beitragssatz nicht von der Krankenkasse festgesetz, sondern er beträgt im Hinblick auf die Praktikabilität bei der Berechnung der Bundeszuschüsse einheitlich 5 v.H. des Grundlohns. Die Zuschüsse betragen gegenwärtig 60 v.H. des jeweiligen Beitrags der Studenten und werden direkt an die Krankenkasse gezahlt, um der Solidargemeinschaft einen Teil der Belastung infolge der nicht kostendeckenden Beiträge anzunehmen.[1]

Die freiwillig Versicherten haben die vollen Beiträge grundsätzlich allein zu tragen (§ 381 Abs. 3 RVO). Angestellte, die nur wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze nicht versicherungspflichtig sind, erhalten seit 1971 vom Arbeitgeber einen Zuschuß in Höhe des Arbeitgeberanteils bei Krankenversicherungspflicht (§ 405 RVO). Für diese Gruppe bedeutet dies also eine Beitragspflicht in Höhe des Grenzbeitrages (Multiplikation der Beitragsbemessungsgrenze mit dem allgemeinen bzw. ermäßigten Beitragssatz). Daneben galten bei den Ersatzkassen für Angestellte lange Zeit differenzierte Tarife, die neben der Wahl eines Versicherungsschutzes mit oder ohne Krankengeld auch nach dem Anspruch auf Familienhilfe unterschieden. Für die freiwilligen Mitglieder ohne Anspruch auf Familienhilfe lag der Beitrag im Jahre 1974 um 10 DM bis 20 DM und 1977 bis zu 30 DM unter

---

[1] Vgl. Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes über die Krankenversicherung der Studenten (KVSG), Bundestagsdrucksache VII/2993, S. 12.

dem monatlichen Beitrag, der unter Einschluß der Familienhilfe zu zahlen war.[1] Seit dem 1.1.1980 ist ein solcher Risikoabschlag für Mitglieder ohne Familienangehörige nicht mehr gestattet.

Für freiwillig Versicherte mit nicht zu ermittelnden Einkünften bestimmt die Kasse die Höhe des Grundlohns, wobei sie sich an vergleichbaren Personen- bzw. Berufsgruppen auszurichten hat. So sind für mithelfende Familienangehörige die Einkommen von vergleichbaren Arbeitnehmern heranzuziehen und ist bei nichterwerbstätigen Ehefrauen der Verdienst des Ehemannes zu berücksichtigen.[2]

Die Entwicklung der für die Beitragshöhe maßgebenden Komponenten Beitragssatz, Arbeitsentgelt bzw. Grundlohn und Beitragsbemessungsgrenze ist in der Tabelle 5 dargestellt. Von den Beitragssätzen sind zwar nur diejenigen für Pflichtmitglieder angegeben; dieser Personenkreis macht jedoch drei Viertel und mehr der gesamten Allgemeinversicherten aus. Die entsprechenden Beitragssätze für freiwillige Mitglieder stimmen weitgehend hiermit überein[3] und die der übrigen Mitglieder sind ebenfalls daran gebunden, so daß mit diesen

---

[1] Vgl. ohne Autor, Was leisten die Ersatzkassen? Größere Unterschiede bei Zahnersatz und Hilfsmittel, in: Test, 9. Jg. (1974), S. 497 ff., hier: S. 498; ohne Autor, Privat oder Kasse? Prämien und Leistungen von 25 Privatversicherungen und sieben Ersatzkassen im Vergleich, in: Test, 12. Jg. (1977), S. 309 ff., hier: S. 310.

[2] Vgl. D. Krauskopf, a.a.O., S. 42.

[3] Der gegenüber den Pflichtmitgliedern in der Statistik ausgewiesene niedrige Beitragssatz erklärt sich in erster Linie dadurch, daß die Ersatzkassen für Angestellte nicht in die Berechnung einbezogen werden konnten, da sie für die freiwilligen Mitglieder den Beitrag nach Beitragsklassen und nicht in v.H. des Grundlohns festsetzen. Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Die gesetzliche Krankenversicherung im Jahre 1972, Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn-Bad Godesberg 1975, S. 15.

Tabelle 5: Beitragssätze, Beitragsbemessungsgrenzen, Grundlöhne und Arbeitsentgelt 1949 - 1979 (ausgewählte Jahre)

Jahr	Beitragssätze v. H.	Mitglieder 1 000	Beitragssätze v. H.	Mitglieder 1 000	Beitragsbemessungsgrenze	Grundlohnsumme	Arbeitsentgelt[a]
					DM/Jahr		
	Pflichtmitglieder mit sofortigen Anspruch auf Krankengeld		ohne				
1949	5,83	10 925	5,31	3 984	4 500	-	2 664
1952	6,02	10 621	5,76	3 632	6 000	-	3 648
1955	6,13	11 540	5,89	4 132	6 000	3 427	4 392
1958	8,23	11 292	6,24	5 107	7 920	4 320	5 304
1961	9,41	11 398	6,76	4 911	7 920	5 296	6 756
1964	9,69	12 110	7,00	4 572	7 920	6 080	8 531
1967	10,14	10 924	7,71	5 452	10 800	7 877	10 288
	Pflichtmitglieder ohne Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen		mit				
1970	10,91	258	8,18	17 502	14 400	10 858	13 773
1973	12,04	365	9,16	18 517	20 700	15 034	18 782
1976	14,77	913	11,30	17 420	27 900	19 253	23 985
1979	14,83	719	11,26	18 430	36 000	22 230	28 429

[a]Bruttolohn- und Gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer.

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre ..., Statistischer und finanzieller Bericht; ders., Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen; ders., Bundesarbeitsblatt; Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, jeweils versch. Jg.; eigene Berechnungen.

Beitragssätzen die gesamte Entwicklung repräsentiert wird. In ihr finden die Veränderungen im Leistungswesen ihre Entsprechung: die Ausweitung der Krankengeldleistungen für Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch im Jahre 1957, die Lohnfortzahlung auch für Arbeiter seit 1970 sowie der allgemein starke Anstieg der Leistungsausgaben seit Ende der sechziger Jahre und dessen Abflachung bzw. Stagnation ab 1976/77.

Hinsichtlich der Anteile der Faktoren Beitragssatz und Arbeitsentgelt an der Beitragshöhe ist etwa mit Beginn der siebziger Jahre eine Veränderung eingetreten. Zuvor waren die diskretionären Erhöhungen der Beitragsbemessungsgrenze im Durchschnitt geringer als die Einkommenssteigerung und demzufolge[1] blieb auch der durchschnittliche Anstieg der Grundlohnsumme hinter der Einkommensentwicklung zurück, so daß - bei gegebenem Finanzbedarf - die Leistungsausgaben vergleichsweise stärker aus den Beitragssatzsteigerungen als aus der wachsenden Bemessungsgrundlage finanziert werden mußten. Dagegen stieg seit 1970 aufgrund der nachfolgenden Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze und wegen im Durchschnitt sinkender Einkommenszuwachsraten die Beitragsbemessungsgrenze und auch die Grundlohnsumme stärker als die Einkommen[2], so daß in diesem Zeitraum die Beitragssatzerhöhungen vergleichsweise geringer ausfallen konnten.

---

[1] Theoretisch bei gleichbleibender Einkommensstruktur; praktisch hat eine Veränderung zumindest keinen überkompensierenden Effekt gehabt.

[2] Die Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV ist an die allgemeine Bemessungsgrundlage in der gesetzlichen Rentenversicherung gekoppelt. Diese ist das durchschnittliche Bruttoarbeitsentgelt der Versicherten der Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten (ohne Lehrlinge und Auszubildende) im Mittel der jeweils drei zurückliegenden Jahre (§ 1255 Abs. 2 RVO).

Abweichend von den bisherigen Regelungen sind die Beiträge für die landwirtschaftlichen Unternehmer in der KVdL nach Beitragsklassen gestaffelt, die nach dem Einheitswert, dem Arbeitsbedarf oder einem anderen angemessenen Maßstab zu bestimmen sind. Der Beitrag der höchsten Klasse darf dabei den Vergleichsbeitrag der Ortskrankenkassen, der sich aus den Höchstbeiträgen dieser Kassen im Bezirk der landwirtschaftlichen Krankenkasse ergibt, nicht überschreiten. Die Beiträge für mitarbeitende Familienangehörige richten sich nach dem Beitrag des Unternehmers, der sie auch in voller Höhe aufzubringen hat (§§ 64 ff. KVLG).

Die Beiträge für die KVdR werden von den Trägern der Rentenversicherungen geleistet. Seit jeher war allerdings die Bemessung der Mittel so ausgestaltet, daß sie zur vollständigen Deckung der Aufwendungen für die versicherten Rentner nicht ausreichte, so daß die Defizite aus den Beiträgen der Allgemeinversicherten in Form einer sog. Interessenquote gedeckt werden mußten.

Zahlten bis zum Inkrafttreten des Gesetzes über die KVdR von 1956 die Rentenversicherungsträger noch Pauschbeträge je Rentner an die Krankenkassen, so wurden nunmehr Beiträge geleistet, die an die Beiträge für andere Pflichtversicherte gekoppelt waren.[1] Die Interessenquote der Allgemeinversicherten betrug etwa 8 bis 10 v.H. der KVdR-Aufwendungen.[2] Da sie sich wegen des unterschiedlichen Rentneranteils zu ungleich auf die einzelnen Kassen verteilte, wurde durch das Finanzänderungsgesetz mit Wirkung vom 1.1.1968 ein Ausgleichsfaktor eingeführt, der eine gleichmäßigere Belastung der Mitglieder aller Kassen unabhängig von der Rentnerdichte gewährleisten sollte; die Interessenquote wurde auf 20 v.H.

---

[1] Vgl. Sozialenquête, a.a.O., S. 242 f.

[2] Vgl. H. Peters, Die Geschichte ..., a.a.O., S. 157.

festgesetzt. Diese Regelung bestand bis zum Jahre 1977. Sie fällt damit vollständig in den Zeitraum, der der Analyse der Umverteilungswirkungen zugrunde liegt, so daß eine nähere Betrachtung erforderlich ist.

Die Rechtslage zu den Beitragszahlungen der Rentenversicherungsträger war durch ein zweistufiges Verfahren gekennzeichnet: Gemäß § 385 Abs. 2 und 3 RVO der derzeit gültigen Fassung hatte die einzelne Kasse für das laufende Geschäftsjahr eine individuelle Beitragsberechnung entsprechend dem Rentnergrundlohn und ihrem Beitragssatz durchzuführen. Später sollte durch Rechtsverordnung eine Korrektur auf einen pauschalen Kostenanteil der Rentenversicherungsträger gemäß dem damaligen § 393a RVO erfolgen.

Diese Regelung sah vor, daß im Basisjahr 1968 die gesamten Leistungsaufwendungen der GKV für die Rentner zu 80 v.H. von den Rentenversicherungen und zu 20 v.H. von den Kassen zu tragen waren. Der nach diesem Schlüssel von den Rentenversicherungsträgern zu zahlende Betrag belief sich 1968 auf 10,98 v.H. der Rentenausgaben. Dieses Verhältnis sollte auch für die Beitragsleistungen ab 1969 maßgebend sein. Da die Leistungsausgaben der KVdR jedoch wesentlich schneller als die Rentenzahlungen stiegen, hätte dieses Verfahren dazu geführt, daß der Finanzierungsanteil, den die Allgemeinversicherten zur KVdR hätten leisten müssen, ebenfalls erheblich gestiegen wäre; er hätte sich von knapp 30 v.H. im Jahre 1970 auf über 50 v.H. in 1976 erhöht.[1]

---

[1] Vgl. Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG), Bundestagsdrucksache 8/166 (im folgenden zitiert als "Entwurf des KVKG"), S. 40.

Seit 1971 wurde denn auch von dem Erlaß der vorgesehenen Rechtsverordnungen zur Korrektur der individuellen Beitragsberechnung kein Gebrauch mehr gemacht, um ein weiteres Ansteigen der ohnehin schon stark steigenden Beitragssätze in der GKV zu verhindern. Dadurch sind bis 1976 Überzahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) von 14,6 Mrd. DM entstanden.[1] Im Zuge der Neuregelung der Finanzierung der KVdR ab 1. Juli 1977 wurden diese Schulden der GKV erlassen.[2] Damit ist ab 1971 nachträglich das Verfahren gemäß § 385 Abs. 2 und 3 RVO alter Fassung zur alleinigen Grundlage für die Beitragsberechnung geworden.

Nach dieser Vorschrift waren die Beiträge der Rentenversicherungsträger für die einzelnen Rentner grundsätzlich wie die übrigen Beiträge zu berechnen, nämlich durch Multiplikation des Beitragssatzes der jeweiligen Kasse mit einem modifizierten Grundlohn. Als Beitragssatz wurde der Vomhundertsatz zugrundegelegt, der für versicherungspflichtige Mitglieder galt, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens sechs Wochen hatten.

Anstelle des Grundlohns der jeweiligen Kasse war bei den Orts-, Betriebs- Innungskrankenkassen, der Seekasse sowie den regionalen Ersatzkassen von dem durchschnittlichen Grundlohn der Pflichtmitglieder aller dieser Kassen in dem Land, in dem auch die betreffende Kasse ihren Sitz hat, auszugehen. Der durchschnittliche Grundlohn für die Betriebskrankenkasse der Bundesbahn, der Bundespost und des Bundesverkehrsministeriums wurde aus dem durchschnittlichen Grundlohn der versicherungspflichtigen Mitglieder dieser Kassen sowie sämtlicher Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen errechnet. Er galt auch für die Ersatzkassen, deren Geschäftsbe-

---

[1] Vgl. Entwurf des KVKG, a.a.O., S. 43.
[2] Vgl. Art. 2 § 10 KVKG.

reich sich über die gesamte Bundesrepublik erstreckte. Die durchschnittlichen Grundlöhne wurden aus den Ergebnissen des jeweiligen vergangenen Geschäftsjahres errechnet und vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung für das nächstfolgende Geschäftsjahr bekanntgegeben.

Der für die betreffende Kasse maßgebende Grundlohn war nun zu kürzen, indem 20 v.H. dieses Grundlohns mit einer Ausgleichszahl multipliziert und hiervon subtrahiert wurden. Damit ergab sich für den von den Rentenversicherungsträgern zu zahlenden Beitrag je Rentner die folgende Formel:

$$B_{KVdR} = BS_{Pfl} \cdot (G - 0{,}2 \cdot G \cdot AZ),$$

mit: B_{KVdR}: Beitrag der Rentenversicherungsträger je Rentner,

BS_{Pfl}: Beitragssatz für Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens sechs Wochen,

G : durchschnittlicher Grundlohn, errechnet auf Landes- bzw. Bundesebene,

AZ : Ausgleichszahl.

Durch die Ausgleichszahl sollte eine gleichmäßige Belastung der aktiv Versicherten unabhängig von der Rentnerdichte erreicht werden. Sie läßt sich wie folgt darstellen:

$$AZ = \frac{\frac{R}{M}}{\frac{r}{m}},$$

mit: R: bei allen Trägern der GKV pflichtversicherte Rentner,

M: bei allen Trägern der GKV versicherte Mitglieder ohne pflichtversicherte Rentner,

r: bei der betreffenden Kasse pflichtversicherte Rentner,

m: bei der betreffenden Kasse versicherte Mitglieder ohne pflichtversicherte Rentner.

Die Ausgleichszahl ist also ein Quotient aus zwei Verhältniszahlen, wobei der Zähler die durchschnittliche Rentnerdichte in der GKV und der Nenner die Rentner-

dichte der betreffenden Kasse angibt. Entspricht die Rentnerdichte dieser Kasse dem durchschnittlichen Rentneranteil aller GKV-Kassen, beträgt die Ausgleichszahl eins und der Grundlohn wird genau um 20 v.H. gekürzt. Liegt die Rentnerdichte einer Kasse über (unter) der durchschnittlichen Dichte aller Kassen, wird die Ausgleichszahl kleiner (größer) als eins und der Grundlohn um weniger (mehr) als 20 v.H. reduziert. Für den Fall, daß eine Kasse so wenig Rentner zu versichern hat, daß die Ausgleichszahl einen Wert größer als fünf annimmt, ergibt sich nach der Berechnungsformel ein negativer Betrag. Eine Ausgleichszahlung an die Träger der Rentenversicherung war vom Gesetzgeber jedoch nicht vorgesehen.

Mit diesem Konzept der Beitragsberechnung wurde weder das Ziel einer gleichmäßigen Belastung der Allgemeinversicherten erreicht noch die Interessenquote der GKV auf den angestrebten Wert von 20 v.H. begrenzt.

Tatsächlich lag der Finanzierungsanteil der GKV an den Leistungsaufwendungen für die KVdR in den Jahren 1970 bis 1976 zwischen ca. 25 und 32 v.H.[1] Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, daß die Leistungsausgaben für die Rentner wesentlich höher lagen als für den Durchschnitt der gesamten Versicherten, bei der Beitragsberechnung zur KVdR aber davon ausgegangen wurde, daß der durchschnittliche Pflichtbeitrag die Leistungsausgaben der KVdR decken würde. Daneben wurde auch der Grundlohn stets zu niedrig angesetzt, da der auf Landes- bzw. Bundesebene ermittelte durchschnittliche Grundlohn auf den Ergebnissen des jeweils vergangenen Geschäftsjahres basierte. Im Ergebnis mußte dies dazu führen, daß die Allgemeinversicherten mehr für die KVdR zu zahlen hatten, als es ursprünglich durch die Interessenquote beabsichtigt war.[2]

---

[1] Vgl. Entwurf des KVKG, a.a.O., S. 40.

[2] Vgl. R. Düttmann, Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Kritische Analyse und Verbesserungsvorschläge, Baden-Baden 1978, S. 44.

Die mit der Ausgleichszahl angestrebte gleichmäßige Lastenverteilung auf die Allgemeinversicherten war ebenfalls von vornherein nicht erreichbar. Denn durch die über dem Gesamtdurchschnitt liegenden Leistungsausgaben je Rentner verlor auch die Ausgleichszahl einen Teil ihrer Wirkung:[1] Je höher die KVdR-Aufwendungen und/oder die Rentnerdichte einer Kasse waren, um so größer war ceteris paribus auch der Betrag, den die Allgemeinversicherten zu finanzieren hatten. Umgekehrt verhielt es sich mit der Höhe des Beitragssatzes. Weiterhin führten die in die Beitragsformel eingehenden landesdurchschnittlichen Grundlöhne zu einer Begünstigung der Kassen mit einem unterdurchschnittlichen Grundlohn bzw. zu einer relativen Belastung der Kassen mit überdurchschnittlichem beitragspflichtigen Entgelt. Vom Zusammenwirken dieser Einflußgrößen hing es demnach ab, in welchem Ausmaß die Allgemeinversicherten in ihren Kassen mit der Finanzierung der KVdR belastet wurden.[2]

Seit dem 1. Juli 1977 gilt für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen sowie die Seekrankenkasse eine neue gesetzliche Regelung für das KVdR-Beitragswesen einschließlich eines zwischen den Kassen vorzunehmenden Belastungsausgleichs.[3]

Nach dem neugefaßten § 385 Abs. 2 RVO[4] haben die Rentenversicherungsträger der Arbeiter und Angestellten 11,7 v.H.

---

[1] Vgl. R. Düttmann, a.a.O., S. 104.

[2] Zu den Größenordnungen der Belastungsunterschiede siehe Abschnitt 4.2.2. über die Ursachen der Beitragssatzunterschiede.

[3] Zu den folgenden Ausführungen vgl. auch K. Eibs, Neu geregelt: Die Beitragszahlung für die Krankenversicherung der Rentner, in: Die Angestellten-Versicherung, 27. Jg. (1978), S. 223 ff.; G. Fischwasser, Die wichtigsten Neuregelungen, in: Bundesarbeitsblatt, 1977, S. 307 ff.; J. Fudickar, Neues Finanzierungssystem, in: Bundesarbeitsblatt, 1978, S. 82 ff.

[4] In der Fassung Art. 1 § 1 Nr. 43 KVKG.

ihrer Rentenausgaben für die Finanzierung der KVdR zu leisten. Aus diesem Betrag sind vorab die Beitragszuschüsse für die freiwillig versicherten Rentner sowie sonstige Zuschüsse für den Krankenversicherungsschutz der Rentner zu decken. Nach Abzug dieser Beiträge verbleiben ca. 11 v.H. der Rentenzahlungen, die für die pflichtversicherten Rentner gezahlt werden. Soweit die Leistungsaufwendungen für sie durch diese Beiträge nicht gedeckt werden, haben die Allgemeinversicherten die Mittel zur Finanzierung der KVdR aufzubringen.

In welchem Umfang sich die einzelne Kasse an diesem von der Krankenversicherung gemeinsam zu tragenden Finanzierungsanteil beteiligen muß, ergibt sich aus § 393 Abs. 1 Satz 2 RVO neuer Fassung.[1] Danach wird zunächst der Finanzierungsanteil sämtlicher Krankenkassen ins Verhältnis gesetzt zur aggregierten Grundlohnsumme der Allgemeinversicherten[2] aller Kassen. Der resultierende Vomhundertsatz gibt dann den Finanzierungsanteil der GKV in v.H. ihrer Grundlohnsumme an.

Die einzelne Kasse erhält nun ihren Finanzierungsanteil, indem sie den für alle Kassen einheitlich maßgebenden Vomhundertsatz auf die Grundlohnsumme ihrer allgemeinversicherten Mitglieder anwendet. Übersteigt ihr Finanzierungsanteil ihre Leistungsaufwendungen für die KVdR, hat sie also weniger aufgewendet als ihre Interessenquote an den Gesamtaufwendungen aller Krankenkassen ausmacht, ist sie sog. nicht berechtigte Kasse im Sinne des neuen § 393a RVO und muß den nicht ausgeschöpften Finanzierungsanteil an die berechtigten Kassen abgeben. Sind dagegen die KVdR-Leistungsaufwendungen der einzelnen Krankenkasse höher als ihr Finanzierungsanteil, so ist sie berechtigte Krankenkasse und hat in Höhe des Unterschiedsbetrages einen Ausgleichsanspruch. Die Durchführung des Belastungsausgleichs obliegt dem Bundesversicherungsamt.

---

[1] In der Fassung Art. 1 § 1 Nr. 46 KVKG.

[2] Genau: sämtliche Mitglieder ohne Rentner, Studenten und Praktikanten gemäß § 165 Abs. 1 Nr. 3, 5 und 6 RVO-

Mit diesem Verfahren wird sichergestellt, daß die allgemeinversicherten Mitglieder unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit mit dem gleichen Vomhundertsatz ihrer beitragspflichtigen Einkommen zur Finanzierung der KVdR beitragen.

Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Bundesknappschaft gelten von der bisherigen Darstellung abweichende Regelungen. Die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler der Krankenversicherung der Landwirte werden durch Bundeszuschüsse voll gedeckt. Die knappschaftliche Rentenversicherung erstattet sämtliche Aufwendungen für die Rentnerkrankenversicherung. Da für diesen Zweig der Rentenversicherung die Bundeszuschüsse den größten Teil der Einnahmen ausmachen,[1] ist der Bund auch hier maßgeblich an der Finanzierung der Krankenversicherungskosten der Rentner beteiligt.

3. Dimensionen und Messung der Umverteilungswirkungen

Die Einkommensumverteilungen in der GKV lassen sich allgemein definieren als Nettoeffekt zwischen der Leistung, die die Versicherten für die GKV erbringen, und der Gegenleistung, die sie aus diesem System erhalten. Gibt der Versicherte mehr als er empfängt, liegt für ihn eine Belastung vor; erhält er höhere Leistungen als er in das System hineingibt, wird er begünstigt.[2] Die Leistung der Versicherten besteht in der Entrichtung von Beiträgen, die Gegenleistung der GKV liegt in der Übernahme des Krankheitskostenrisikos.

---

[1] Dieser Anteil betrug in den Jahren 1975 bis 1978 etwa 60 v.H. Vgl. Statistisches Jahrbuch 1980, S. 383.

[2] Vgl. Ph. Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß ..., a.a.O., S. 83.

Die hier definierten Umverteilungen sind von dem versicherungstechnischen Risikoausgleich zu trennen, der sich zwischen den Versicherten in dem Sinne vollzieht, daß nur im Ausnahmefall der tatsächlich geleistete Beitrag mit den empfangenen Versicherungsleistungen übereinstimmt und es vom Zufall oder Lebensgeschick abhängt, ob man zu den so Begünstigten oder den Belasteten gehört. Diese "versicherungsimmanente Umverteilung"[1] ist nicht Gegenstand der Untersuchung.

Für die Abgrenzung zwischen Umverteilung und Risikoausgleich ist die Einteilung des Versichertenbestandes in Gruppen mit verschiedenen Merkmalen maßgebend. Dies kann die unterschiedlich starke Differenzierung der Krankheitsrisiken oder die Abgrenzung der untersuchungsrelevanten Einheit betreffen. Bezieht man sich etwa auf die Familie, dann entfallen die bei einer Anwendung des Individualprinips bestehenden Umverteilungen zwischen Mann und Frau.

3.1. Umverteilungen zwischen Versicherten und Dritten

Die Betrachtung der sachlichen Reichweite der Verteilungswirkungen erstreckt sich auf die Fragestellung, ob über die Umverteilungen innerhalb des Versichertenkreises hinaus auch zwischen Versicherten und Dritten umverteilungsrelevante Beziehungen bestehen; etwa wenn Außenstehende zu be-

---

[1] Vgl. N. Andel, Die einkommensteuerliche Behandlung der Beiträge an und der Leistungen von Altersversicherungen, in: H. Haller, L. Kullmer, C.S. Shoup, H. Timm (Hrsg.), Theorie und Praxis des finanzpolitischen Interventionismus, Fritz Neumark zum 70. Geburtstag, Tübingen 1970, S. 327 ff., hier: S. 332 f.

sonderen Leistungen an die GKV bereit sind bzw. vom Gesetzgeber dazu verpflichtet werden oder wenn sie für Beiträge der Versicherten aufzukommen haben.

Dies trifft etwa zu auf die aus Steuermitteln des Bundes finanzierten Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld, auf die Übernahme der Beiträge für die Altenteiler der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und die Beitragszuschüsse im Rahmen der Studentenkrankenversicherung. Da der weit überwiegende Teil der Steuerzahler jedoch gesetzlich versichert ist, werden letztlich auch diese Lasten von Mitgliedern der GKV getragen, wenn auch nicht über spezifische Krankenversicherungsbeiträge, sondern entsprechend dem Ausmaß ihrer steuerlichen Belastung. Während die Vorteile für den begünstigten Versichertenkreis teilweise erheblich sind (Altenteiler), werden die hiervon ausgehenden negativen Verteilungswirkungen für den belasteten Personenkreis insgesamt recht gering sein, da diese Zuschüsse und Beiträge im allgemeinen nur 1 bis 1,5 v.H. des gesamten GKV-Volumens ausmachen.[1] Eine Quantifizierung der Belastungswirkungen wäre auch problematisch, da die über Steuern zu tragenden Belastungen den einzelnen Versicherten zugerechnet werden müßten.

Weiterhin werden häufig Umverteilungseffekte genannt, die aus den Vorzugspreisen resultieren, die den GKV-Versicherten bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und von Arzneimitteln eingeräumt werden.[2] Die Arzthonorare stellen

---

[1] Vgl. Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, versch. Jg. Bei einer Umlage dieser Kosten auf die pflicht- und freiwillig versicherten Beitragszahler würde dies etwa im Jahre 1976 nur zu einer (fiktiven) Beitragssatzerhöhung um ca. 0,2 Prozentpunkte führen.

[2] Vgl. etwa W. Schreiber, Die gesetzliche Krankenversicherung in der freiheitlichen Gesellschaft, in: W. Schreiber (Hrsg.), Gesetzliche Krankenversicherung in einer freiheitlichen Gesellschaft, Berlin 1963, S. 9 ff., hier: S. 12 f.; Ph. Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß ..., a.a.O., S. 95 ff.

danach für die Kassenpatienten insofern Kostenprivilegien dar, als sie sich nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung für Ärzte richten, während die Liquidation bei den Privatpatienten in Abhängigkeit von den örtlichen Verhältnissen, der Vermögenslage der Patienten und der Qualifikation sowie dem Bemühen des Arztes bis zum sechsfachen der Mindestsätze ansteigen kann.[1] Bei den Medikamenten bezieht man sich auf die Rabatte der Apotheken, die den gesetzlichen Krankenkassen gewährt werden müssen.[2]

Haben diese Sozialtarife in früheren Jahren, als nur ein relativ geringer Teil der Bevölkerung gesetzlich versichert war, auch eine größere verteilungsmäßige Bedeutung gehabt; für gegenwärtig über 90 v.H. der Bevölkerung sind sie unrealistisch. Sie sind heute die "Normaltarife"[3], da der weitaus größte Teil ihres Gesamteinkommens den Ärzten und Apothekern über die Kassenpatienten zufließt. Die aus den höheren Tarifen für Selbstzahler resultierenden Mehreinnahmen sind eher als Differentialrenten[4] denn als ausgleichender Aufschlag[5] anzusehen. Die hiervon ausgehenden interpersonellen Einkommensumverteilungen zwischen gesetzlich und privat Versicherten werden angesichts der bestehenden Größenordnungen vernachlässigbar gering sein.

---

[1] Vgl. D. Lücke, Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im System der sozialen Sicherheit, Diss., Köln 1970, S. 99 f.

[2] Vgl. § 376 RVO. Die Abschläge betrugen bis Ende 1977 7 v.H. und wurden danach auf 5 v.H. der Rechnungsbeträge gesenkt.

[3] Vgl. W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 924.

[4] Ebenda.

[5] Vgl. Ph. Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß ..., a.a.O., S. 95.

Ein Umverteilungsprozeß zugunsten der GKV-Mitglieder vollzieht sich auf den ersten Blick auch dann, wenn die Pflegesätze, die die gesetzlichen Krankenkassen bei stationärer Heilbehandlung zu zahlen haben, nicht kostendeckend sind. Als Gruppen, auf die diese Defizite weitergelagert werden können, kommen grundsätzlich die öffentliche Hand sowie die Selbstzahler im Falle vergleichsweise höherbezahlter Leistungen in Betracht.

Die von den öffentlichen Haushalten übernommenen Leistungen sind erheblich und machten etwa 1974 ca. 15 v.H. des Gesamtaufwandes für die stationäre Krankenhausversorgung aus.[1] Bis zum Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahre 1972 waren diese Förderungsmaßnahmen bzw. Beteiligungen ohne eigentliche Rechtsverpflichtung geleistete Investitions- und Betriebszuschüsse von den Ländern und Gemeinden.[2] Mit dem KHG wurde dann die sog. "dualistische" Finanzierung der Krankenhäuser verbindlich eingeführt, d.h. grundsätzlich eine Finanzierung der Investitionskosten durch Bund, Länder und fakultativ der Gemeinden und der Betriebskosten durch die Benutzer bzw. ihre Krankenkassen.

Inwieweit man in diesem Zusammenhang von Umverteilungswirkungen sprechen kann hängt davon ab, welchen Anteil an der Finanzierung der Krankenhäuser man von vornherein dem Staat als Träger des öffentlichen Gesundheitswesens zuweisen will. Die gesamte Breite der Möglichkeiten reicht dabei von der vollständigen Integration des Krankenhauswesens in die Marktwirtschaft bis zur absoluten Einflußnahme des Staates auf

---

[1] Vgl. K. Brandecker, Krankenhausversorgung, Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.), Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein, Bd. 4, Kiel 1978, S. 109.

[2] Vgl. Deutscher Bundestag, Bericht der Bundesregierung über die finanzielle Lage der Krankenhausanstalten in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestagsdrucksache V/4230, S. 9.

die Entwicklung der Krankenhäuser.[1] Als wie hoch die staatlichen Zuschüsse zur Entlastung der Versicherten auch angesehen werden, bei einer Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln ist die Gruppe der Belasteten weitgehend identisch mit der Gruppe der GKV-Mitglieder, so daß diese letztlich auch hier den größten Teil der Finanzierung zu tragen hat.

Die privat- bzw. nicht versicherten Selbstzahler würden dann die Kosten der gesetzlich Versicherten mitdecken, wenn aufgrund ihrer nicht preisgebundenen höheren Pflegesätze die Tarife für die GKV-Versicherten auf einem entsprechend niedrigeren Niveau lägen. Neben den Selbstzahlern besitzt eine ins Gewicht fallende und in den letzten Jahren ständig gestiegene Anzahl von GKV-Mitgliedern private Zusatzversicherungen für eine höhere Krankenhauspflegeklasse.[2] Bei den in den Krankenhäusern vielfach durchgeführten Mischkalkulationen dürften daher die Umverteilungswirkungen zugunsten der ausschließlich gesetzlich Versicherten nicht ohne Bedeutung sein.

---

[1] Eine Beteiligung der öffentlichen Hand halten die Verfasser der Sozialenquête u.a. aus Gründen der Mitwirkung bei der strukturellen Entwicklung des Krankenhauswesens und der über die Versorgung der Bevölkerung hinausgehenden Funktion der Krankenhäuser als Stätten der Forschung und Ausbildung für notwendig. Über eine Zuordnung der Krankenhausversorgung zu den öffentlichen Aufgaben mit der Konsequenz einer finanziellen Beteiligung waren sich auch die Beteiligten am Krankenhausfinanzierungsgesetz einig. Dagegen plädieren Schreiber u.a. für eine Einbeziehung der gesamten Kosten in die Kalkulation der Pflegesätze. Vgl. hierzu Sozialenquête a.a.O., S. 254; Th. Siebeck, a.a.O., S. 103; W. Schreiber, Zum System sozialer Sicherung, Köln 1971, S. 191 ff.; W. Andreae, A. van der Bellen, Finanzpolitik und öffentliche Anstalten, Das Beispiel der Krankenhausfinanzierung, in: H. Haller, H.C. Recktenwald (Hrsg.), Finanz- und Geldpolitik im Umbruch, Mainz 1969, S. 255 ff., hier: S. 270 ff.

[2] So waren 1978 von den über 8 Mio. privatversicherten Personen fast 4 Mio. (1968: 2,3 Mio.) Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen mit einer Zusatzversicherung für privatärztliche Behandlung und/oder eine bessere Unterbringung im Krankenhaus, Krankenhaus- und Krankentagegeld. Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung, Zahlenbericht 1978/79, a.a.O., S. 17 f.

Die von den Arbeitgeberbeiträgen ausgehenden Umverteilungswirkungen sind im Laufe der Zeit unterschiedlich zu beurteilen. Während der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung, als nur die Arbeiter der unteren Einkommensklassen in das kollektive Sicherungssystem einbezogen waren, war die beabsichtigte Entlastung der Arbeitnehmer von den Kosten der sozialen Sicherheit durch den Arbeitgeberbeitrag sicherlich sinnvoll.[1] Er ermöglichte es erst, die Beitragslast der Versicherten auf ein erträgliches Maß herabzudrücken.[2] Allerdings ist zu vermuten, daß die Beteiligung der Arbeitgeber bereits zu dieser Zeit als Lohnbestandteil in die Kostenkalkulation eingegangen ist, so daß zwar keine Umverteilung zwischen Unternehmer- und Nichtunternehmereinkommen erreicht wurde, aber eine vertikale Redistribution innerhalb der unselbständig Beschäftigten zugunsten der unteren Einkommensklassen stattfand.[3]

Da heute fast sämtliche Arbeitnehmer gesetzlich versichert sind, kann auch von einer solchen interpersonellen Umverteilung kaum mehr gesprochen werden. Die Arbeitgeberanteile werden "als allgemeiner Lohnbestandteil angesehen und gehen als solcher in das Preis- und Kostengefüge ein, d.h. aber, so wenig wie eine Lohnerhöhung zu Lasten der Unternehmergewinne geht, so wenig stellen Arbeitgeberbeiträge eine Einkommensübertragung von Unternehmen an Arbeitnehmer dar. Würde man die Arbeitgeberbeiträge abschaffen und und gleichzeitig die Löhne um einen entsprechenden Betrag erhöhen, würde sich an der Umverteilungswirkung der Transferzahlungen nichts ändern. In den Bilanzen der Unternehmen würden lediglich Lohnnebenkosten in Lohnkosten umgewandelt und die Brutto-

---

[1] Vgl. W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 904 f.

[2] Vgl. Ph. Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß ..., a.a.O., S. 94.

[3] Vgl. W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 905.

löhne der Arbeitnehmer würden bei gleich gebliebenen Nettolöhnen um den weggefallenen Arbeitgeberbeitrag erhöht werden."[1] Dieser Gedanke, daß der gesamte Krankenversicherungsbeitrag aus den Löhnen der Arbeitnehmer zu tragen ist, gehört inzwischen zur gesicherten Erkenntnis in der Diskussion über die GKV,[2] findet sich aber auch bereits in früherer Literatur wie bei Brentano:[3] "Ich bezeichne mit voller Überlegung auch diese Zuschüsse, welche die Arbeitgeber zur Krankenkasse leisten, als Beiträge, welche aus dem Lohn der Arbeiter gezahlt werden."

Eine analoge Argumentation wie bei den Arbeitgeberanteilen läßt sich für die auf die Arbeitgeber verlagerte Lohnfortzahlung führen. Im Unterschied zu den Arbeitgeberbeiträgen geht diese allerdings nicht in das Budget der Krankenversicherung ein und ist in ihrer Höhe auch nicht im voraus genau bekannt. Ihre faktische Zuordnung zur Krankenversicherung ergibt sich jedoch zunächst daraus, daß sie zuvor die Krankengeldzahlungen ergänzte bzw. das Krankengeld ihre Stelle einnahm. Weiterhin wurde mit der Einführung der umfassenden Lohnfortzahlung im Jahre 1970 eine finanzielle Entlastung der GKV bzw. über entsprechend hohe Beitragssatzsenkungen eines großen Teils ihrer Mitglieder angestrebt. Die enge Verbindung mit der Lohnhöhe bzw. die Einordnung als Lohnnebenkosten zeigte sich, indem man davon ausging, daß die Mehrbelastungen für die Unternehmen zumindest teilweise bei

---

[1] W. Albers, Einkommensverteilung II: Verteilungspolitik, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, Bd. 2, Stuttgart, New York 1980, S. 285 ff., hier: S. 306.

[2] Vgl. hierzu auch Ph. Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß ..., a.a.O., S. 95; W. Schreiber, Die Einrichtungen der sozialen Sicherheit und ihre gesellschaftliche Funktion, in: B. Külp, W. Schreiber (Hrsg.), Soziale Sicherheit, Köln, Berlin 1971, S. 227 ff., hier: S. 228 f.

[3] L. Brentano, Die Arbeiterversicherung gemäß der heutigen Wirtschaftsordnung, Leipzig 1879, S. 136.

den anstehenden Tarifverhandlungen zu berücksichtigen waren.[1] Schließlich ist die Krankenversicherung an der Durchführung der mit der Lohn- und Gehaltsfortzahlung verbundenen Aufgaben beteiligt geblieben und zur Mitwirkung verpflichtet.

Die Aufwendungen der Lohnfortzahlung machten im Jahre 1970 fast das Sechsfache des von den Kassen gezahlten Krankengeldes aus und betragen gegenwärtig etwa das Vierfache dieser Größe. In Relation zu dem gesamten GKV-Volumen beliefen sie sich 1970 auf 50 v.H. und gegenwärtig - als Folge der überproportionalen Zunahme der Sachleistungskosten - auf etwa 30 v.H.[2] Insoweit diese Kosten vom Arbeitgeber kalkulierbar sind und den Arbeitnehmern, je nach Alter, Geschlecht und Einkommenshöhe, individuell als Lohnnebenkosten zugerechnet werden können, treten zwischen den Versicherten keine Umverteilungswirkungen auf.

Zusammenfassend ist für die in diesem Abschnitt angesprochenen Umverteilungswirkungen festzuhalten, daß sie zu einem Teil - wie bei den Arbeitgeberbeiträgen - lediglich optischer Natur sind. Die aus den übrigen Beziehungen resultierenden Verteilungswirkungen können für einige Tatbestände als vernachlässigbar gering angesehen werden, für andere und insbesondere für die Summe aller Beziehungen dürfte dies jedoch weniger zutreffen. Allerdings würde eine Ermittlung dieser Umverteilungen erhebliche Schwierigkeiten bereiten und in ihrer Aussage fragwürdig sein, da sie stärker auf Annahmen als auf gesichertem statistischen Material basieren müßte. Aus diesen Gründen wird ein solcher Versuch hier nicht unternommen.

---

[1] Vgl. J. Brakel, Finanzielle und ökonomische Auswirkungen der Lohnfortzahlung, in: Bundesarbeitsblatt 20. Jg. (1969), S. 547 ff., hier: S. 549, sowie H. Clade, Lohnfortzahlungsgesetz und Änderungen des Krankenversicherungsrechts, Berichte des Deutschen Industrieinstituts zur Sozialpolitik, Köln, 3. Jg. (1969), Nr. 8, S. 54.

[2] Vgl. Sozialbericht, a.a.O., versch. Jg.

3.2. Umverteilungen zwischen den Versicherten

Für die Quantifizierung der umverteilungsrelevanten Beziehungen innerhalb des Versichertenkreises sind die tatsächlich geleisteten mit den risikoproportionalen Beiträgen zu vergleichen. Während die Beitragsleistungen der einzelnen Mitglieder in Abhängigkeit von ihrem beitragspflichtigen Einkommen und dem Beitragssatz ihrer Kasse unschwer zu ermitteln sind, lassen sich die Krankheitskostenrisiken nur für genügend große[1], homogene, d.h. mit gleichen Risikomerkmalen ausgestattete Gruppen von Versicherten an den durchschnittlich geleisteten Ausgaben der Krankenversicherungsträger messen.

Bei der Abgrenzung der Risikogruppen ist der Begriff der Homogenität zu relativieren; denn strenggenommen ist eine solche Vielzahl von Risikofaktoren möglich, daß nie mehrere Versicherte zugleich ein vollkommen identisches Krankheitskostenrisiko aufweisen.[2] Ohne eine Differenzierung des Versichertenbestandes nach nur relativ wenigen Risikomerkmalen ist also eine auf statistischen Durchschnittsgrößen basierende Aussage nicht möglich.

Bei den hier zu quantifizierenden sozialökonomischen Umverteilungswirkungen sind an die Gruppenbildung folgende Anforderungen zu stellen: Die Risikogruppen müssen untersuchungsrelevante Unterscheidungsmerkmale in sozialer und ökonomischer Sicht aufweisen, die gleichzeitig auch wesentliche Merkmale bezüglich des Krankheitskostenrisikos darstellen.

---

[1] Die große Zahl ist bekanntlich erforderlich, weil nur auf diese Weise das Risiko genügend verteilt und versicherungsmathematisch errechenbar ist.

[2] Vgl. etwa H. Meinhold, Fiskalpolitik durch sozialpolitische Parafisci, Tübingen 1976, S. 35.

Wesentliche Merkmale, die diesen Anforderungen genügen, sind das Alter und das Geschlecht der Versicherten, die Zahl der ohne eigene Beiträge mitversicherten Familienangehörigen sowie die Einkommenshöhe der Mitglieder. Unter Berücksichtigung der Beitragsseite vollziehen sich danach, isoliert betrachtet, folgende Umverteilungsprozesse:[1]

- Vertikale Umverteilungen zwischen den Beziehern unterschiedlich hoher Einkommen, da die Beiträge nach der Höhe des Einkommens gestaffelt, die Leistungen dagegen weitgehend einkommensunabhängig sind.
- Umverteilungen zwischen Familien mit unterschiedlich großer Anzahl von beitragsfrei mitversicherten Angehörigen, da die Beiträge nach dem Individualprinzip erhoben, die Leistungen jedoch nach dem Familienprinzip gewährt werden.
- Geschlechtsspezifische Umverteilungen aufgrund der unterschiedlichen Morbidität der beiden Geschlechter aber hiervon unabhängigen Beitragsleistungen.
- Altersspezifische Umverteilungen, da altersunabhängige Beiträge erhoben werden, das Krankheitskostenrisiko aber mit dem Alter zunimmt. In diesem Zusammenhang stellen die Begünstigung der Rentner aufgrund a priori nicht kostendeckender Beitragsleistungen und die über lange Zeit ungleichmäßige Belastungsverteilung auf die übrigen Versicherten ein besonderes Problem dar.
- Umverteilungen durch mangelhaften Risikoausgleich, da durch die historisch bedingte Vielfalt des Kassenwesens die Versicherten auf Solidargemeinschaften mit unterschiedlich hohen Risiken und/oder Einkommen aufgeteilt sind. Seinen Niederschlag findet dieser Tatbestand in der großen Schwankungsbreite der Beitragssätze der einzelnen Kassen.

---

[1] Vgl. hierzu W. Albers, Einkommensverteilung II: Verteilungspolitik, a.a.O., S. 307 f.; W. Schreiber, Zum System sozialer Sicherung, a.a.O., S. 179 f.; Sozialenquête, a.a.O., S. 205 f.

Neben diesen Wirkungen können sich zusätzliche Umverteilungen aufgrund weiterer unterschiedlich ausgeprägter Risikomerkmale ergeben wie etwa die Beteiligung am Erwerbsleben, die Stellung im Beruf, die sozialen Verhältnisse oder die Lebensweise. Eine Quantifizierung dieser Wirkungen ist jedoch wegen des unzureichenden statistischen Materials nur bedingt bzw. überhaupt nicht möglich.

Die beschriebenen Umverteilungsprozesse beziehen sich überwiegend auf die kurze Periode (z.B. ein Jahr), so daß ihre Betrachtung allein nicht ausreicht, die Verteilungswirkungen vollständig zu erfassen. Bei einer Ausdehnung der zeitlichen Reichweite, etwa über einen gesamten Lebenszyklus hinweg, werden die kurzfristig interpersonellen Umverteilungen zu einem mehr oder weniger großen Teil zu intertemporalen Einkommensumschichtungen. Denn Perioden einer relativen Begünstigung der Versicherten folgen in der Regel Perioden einer relativen Belastung und vice versa. So war jeder Ältere einmal jung, jeder Familienvater einmal Junggeselle, jedes im Vollerwerb stehende Mitglied mit höherem Einkommen einmal Berufsanfänger mit niedrigem Einkommen und jeder Rentner einmal erwerbstätig.[1]

Allerdings dürfen diese Überlegungen nicht zu dem voreiligen Schluß verleiten, daß sich bei lebenszeitbezogener Betrachtung die interpersonellen Einkommensumverteilungen saldieren. Der bei dieser Auffassung unterstellte durchschnittliche menschliche Lebenslauf vereinfacht zwar die Analyse, macht aber auch von vornherein kein anderes Ergebnis mehr möglich.[2]

---

[1] Vgl. Sozialenquête, a.a.O., S. 206.

[2] Vgl. K. Hempe, Redistributionsprozesse in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland und die Möglichkeit der Einführung des versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips, Diss., Frankfurt/M. 1977, S. 58.

So finden interpersonelle Umverteilungen auch bei lebenszeitbezogener Betrachtung statt zwischen

- Männern und Frauen aufgrund des unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Krankheitsrisikos;
- Versicherten mit unterschiedlicher Entwicklung ihres Familienstandes und der von ihnen mitzuversichernden Familienangehörigen;[1]
- Versicherten mit verschieden hohem Niveau und/oder unterschiedlicher Entwicklung ihrer Einkommen;[2]
- Versicherten, die in ihrem Leben stets Kassen mit verschieden hohen Beitragssätzen angehören.

Will man die Verteilungswirkungen in der GKV vollständig erfassen, ist es also notwendig, sowohl die zeitpunktbezogenen als auch die lebenszeitlichen Umverteilungen zu betrachten. Dabei sind die zeitpunktbezogenen Umverteilungswirkungen nicht nur als Zwischenstufe zur Ermittlung der lebenszeitbezogenen Verteilungen anzusehen, sondern sie besitzen eine erhebliche eigenständige Bedeutung. Denn ebenso wie bei anderen bedeutsamen Leistungen des Transfersystems, etwa dem Kindergeld oder der Ausbildungsförderung, deren Verteilungswirkungen ja auch nicht in erster Linie unter dem Aspekt des Lebensintegrals gesehen werden, ist es auch für das System der GKV wichtig, die Wirksamkeit und Berechtigung der beabsichtigten oder implizierten Verteilungswirkungen für bestimmte Lebensabschnitte zu untersuchen.

---

[1] Vgl. Ph. Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß ..., a.a.O., S. 88.

[2] Vgl. Ebenda, sowie W. Schreiber, Zum System sozialer Sicherung, a.a.O., S. 180.

3.3. Umverteilungen unter dem Meßaspekt

Jede Inzidenzaussage basiert "auf einem Vergleich von zeitgleichen Punkten oder Verläufen"[1] und erfordert damit die Festlegung einer Vergleichssituation. Gemäß der oben gegebenen Definition der Umverteilungswirkungen beruht diese Wirkungsanalyse für die Versicherten der GKV auf einem Vergleich der gegenwärtig bestehenden Leistungs/Beitragskonstellation mit einem (fiktiven) Referenzsystem, in dem das Äquivalenzprinzip voll erfüllt ist, mit anderen Worten: einem Vergleich von tatsächlich zu leistenden und risikoproportionalen Beiträgen.

Daraus ergibt sich bereits die Beantwortung der ersten Frage unter dem Meßaspekt, nämlich an welcher finanzwirtschaftlichen Aktivität der Institution GKV die Umverteilung zu messen ist: an spezifischen oder differentiellen Einnahme- bzw. Ausgabewirkungen oder an der Budgetinzidenz.[2] Da sowohl das Volumen der GKV als auch einzelne Ausgabenarten als von der Finanzierungsstruktur unabhängig angesehen werden, handelt es sich um differentielle Einnahmewirkungen; es wird also danach gefragt, welche Verteilungswirkungen vom bestehenden System der Einnahmeerzielung im Vergleich zu einem leistungsäquivalenten Beitragssystem ausgehen.

Weiterhin ist zu entscheiden, an welcher Stelle im Wirkungsablauf die Messung anzusetzen hat, d.h. welches der drei Inzidenzkonzepte: Zahlungsinzidenz, formale Inzidenz oder effektive (materielle) Inzidenz verwendet werden soll. Dabei schei-

---

[1] N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 39.

[2] Vgl. R.A. Musgrave, The Theory of Public Finance, A study in Public Economy, New York, Toronto 1959, S. 211 ff.

det die Zahlungsinzidenz von vornherein aus den Überlegungen aus. Dieses Konzept stellt lediglich auf Zahlungsvorgänge bei den Betroffenen - Entzug und Zuführung von Kaufkraft - ab und würde im Rahmen der hier durchzuführenden Untersuchung zu unzureichenden Ergebnissen führen. Man denke dabei nur an die Arbeitgeberanteile an den Beiträgen, deren Zahlung nicht auch unmittelbar als Leistung der Unternehmer gewertet werden darf.[1]

Während das Konzept der formalen Inzidenz auf bestimmte vereinfachende Annahmen über die Verhaltensweisen der Betroffenen abstellt, bezieht die effektive Inzidenz sämtliche Reaktionen der Begünstigten und Belasteten auf die veränderten Beitragsleistungen bzw. auf das veränderte Einkommen in die Wirkungsanalyse ein.[2] Art und Ausmaß dieser Reaktionen werden insbesondere davon abhängen, wie groß der Kreis der von den Finanzierungsstrukturänderungen betroffenen Versicherten ist.[3] Sowohl aus der Veränderung der Anzahl als auch der Struktur der Mitglieder können sich erhebliche Rückwirkungen auf die Einnahme/Ausgabenkonstellation in der GKV ergeben. Die Einbeziehung solcher Reaktionen bedürfte der Aufstellung konkreter Prämissen über die Verhaltensweisen der Versicherten, und es würden sich ebensoviel unterschiedliche Ergebnisse wie Prämissen einstellen,[4] wobei die Messung dieser Wirkungen ein zusätzliches Problem darstellt. Allein aus

---

[1] Siehe Abschnitt 3.1.

[2] Vgl. etwa H. Zimmermann, K.-D. Henke, Einführung in die Finanzwissenschaft, 2. Aufl., München 1979, S. 179.

[3] Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 40 f.

[4] Vgl. W. Albers, Transferzahlungen als Instrument der Verteilungspolitik, in: W. Dreißig (Hrsg.), Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung V, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 75/V, Berlin 1977, S. 157 ff., hier: S. 160.

Gründen der Praktikabilität ist deshalb schon der Ansatz der formalen Inzidenz zu wählen. Dieses Konzept ist für das Untersuchungsziel aber auch ausreichend, da das hypothetische Vergleichssystem leistungsäquivalenter Beiträge bei sonst unveränderten Verhaltensweisen der Versicherten nicht als ein anzustrebendes Finanzierungssystem angesehen wird, sondern lediglich als Basis für die Abgrenzung der Umverteilungswirkungen dient.

Abschließend ist die Frage nach dem geeigneten Inzidenzmaßstab zu klären. Dabei stellt das Konzept der absoluten Inzidenz auf die Höhe der Umverteilungsbeträge bzw. die absolute Veränderung der Einkommen ab, während die relative Inzidenz die Veränderung der Einkommensrelationen zwischen den betroffenen Versichertengruppen bzw. die relative (prozentuale) Änderung ihrer Einkommen mißt. Ausgehend von der der Untersuchung zugrunde liegenden Fragestellung kommt es auf die Veränderung der Einkommensrelationen an, so daß die Entscheidung grundsätzlich zugunsten der relativen Inzidenz zu treffen ist.[1] Daneben kann jedoch auch die absolute Höhe der Belastungen oder Begünstigungen einen eigenen Aussagewert besitzen, etwa um die politische Durchsetzbarkeit einer Maßnahme beurteilen zu können,[2] so daß gegebenenfalls beide Ansätze nebeneinander zu verwenden sind.

---

[1] Vgl. hierzu W. Albers, Transferzahlungen als Instrument der Verteilungspolitik, a.a.O., S. 259.

[2] Ebenda.

4. Analyse zeitpunktbezogener Umverteilungswirkungen

Die in diesem Abschnitt zu quantifizierenden Einkommensumverteilungen beziehen sich jeweils auf den Zeitraum eines Jahres. Sie können als zeitpunktbezogen bezeichnet werden, da während dieser Periode die Risiko- und Beitragsstruktur der Versicherten als unverändert angesehen wird.

Die Umverteilungswirkungen werden in dem Zeitraum von 1970 bis 1976 für verschiedene Jahre ermittelt. Eine solche Betrachtung der Veränderung der Ergebnisse im Zeitablauf hat zunächst den Vorteil, daß der Einfluß von außergewöhnlichen Datenkonstellationen auf das Ergebnis eines Jahres erkennbar wird und damit mögliche Fehlinterpretationen der Ergebnisse vermieden werden können. Die Länge des Untersuchungszeitraums wird durch das zur Verfügung stehende Datenmaterial begrenzt, das erst ab 1970 zuverlässige Resultate ermöglicht. Der Zeitraum scheint dennoch lang genug zu sein, um aus der Veränderung zeitpunktbezogener Verteilungswirkungen bestimmte Entwicklungstendenzen des Systems zu erkennen und so Aussagen über das Ausmaß der Umverteilungsprozesse früherer Jahre sowie künftiger Perioden zu treffen, die auch in der sich anschließenden lebenszeitbezogenen Betrachtung zu berücksichtigen sind.

4.1. Krankheitskostenrisiko

Die Quantifizierung der einzelnen Komponenten des Krankheitskostenrisikos erfordert ein stufenweises Vorgehen: Zunächst sind die gesamten Leistungsausgaben der GKV auf sämtliche Versicherten gemäß ihrer alters- und geschlechtsspezifischen Risikostruktur aufzuteilen und so die individuellen Krankheitskostenrisiken zu bestimmen. Diese sind dann entsprechend zu kombinieren, um auf die Familien als untersuchungsrelevante Gruppen abstellen zu können. Die bisherige Betrachtung

durchschnittlicher Einkommensbedingungen wird abschließend um die Untersuchung des Einflusses der Einkommenshöhe auf das Krankheitskostenrisiko erweitert.

4.1.1. Alter und Geschlecht der Versicherten

Für die Berechnung der alters- und geschlechtsspezifischen durchschnittlichen Leistungen je Versicherten sind zunächst die gesamten Leistungsausgaben sowie die Gesamtzahl der Versicherten so zu gliedern, daß geeignet abgegrenzten Leistungsarten die jeweils anspruchsberechtigten Versichertengruppen zugeordnet werden können. Diesem Erfordernis entsprechen die Tabellen 6 und 7.

Tabelle 6: Leistungsausgaben der GKV (1970, 1973, 1976) - in Mio. DM -

Jahr	Sachleistungen[a]		Geldleistungen			Verwaltungsleistungen	Gesamt
		darunter: Mutterschaftshilfe	Krankengeld	Mutterschaftsgeld[b]	Sterbegeld		
1970	20 272	462	2 467	639	471	1 232	25 081
1973	35 596	649	3 896	717	800	2 060	43 069
1976	56 991	1 003	4 733	771	1 093	2 868	66 456

[a]Einschließlich sonstige Geldleistungen. [b]Einschließlich staatliche Zuschüsse.

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1970, Statistischer und finanzieller Bericht, S. T 44; ders., Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 26 Jg. (1975), S. 283; 29. Jg. (1978), S. 58.

4.1.1.1. Sachleistungen

Der mit Abstand größte Anteil an den Leistungsausgaben der GKV entfällt auf die Sachleistungen. Er betrug im Jahre 1970 ca. 81 v.H. und stieg bis 1976 auf etwa 86 v.H. an. Das gesamte

Tabelle 7: Versicherte der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1973, 1976) - in 1 000 -

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflichtmitglieder ohne Rentner		Freiwillige Mitglieder		Rentner		Mitversicherte Familienangeh.		Versicherte insgesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1970										
- 15	22	21	0	1	128	124	6 267	5 849	6 417	5 995
15 - 25	2 701	2 403	162	93	65	54	937	1 248	3 865	3 798
25 - 35	3 034	1 458	1 111	270	16	20	38	2 172	4 199	3 920
35 - 45	2 467	1 184	1 057	211	44	74	0	2 092	3 568	3 561
45 - 55	1 423	1 075	760	238	112	292	0	1 738	2 295	3 343
55 - 65	1 278	630	644	179	538	1 295	0	1 667	2 460	3 771
65 -	189	68	120	94	2 209	3 080	0	939	2 518	4 181
1973										
- 15	24	16	0	0	137	132	6 138	5 824	6 299	5 972
15 - 25	2 756	2 520	148	95	83	77	1 248	1 484	4 235	4 176
25 - 35	3 081	1 719	1 030	214	18	22	76	1 887	4 205	3 842
35 - 45	2 912	1 455	1 086	171	47	72	12	2 160	4 057	3 858
45 - 55	1 901	1 400	842	197	133	287	0	1 923	2 876	3 807
55 - 65	1 155	599	488	129	543	1 264	9	1 444	2 195	3 436
65 -	205	78	96	104	2 638	3 658	43	1 150	2 982	4 990
1976										
- 15	0	0	0	1	129	125	5 914	5 626	6 043	5 752
15 - 25	2 606	2 420	77	73	106	102	1 188	1 735	3 977	4 330
25 - 35	2 815	1 749	721	188	16	18	160	1 672	3 712	3 627
35 - 45	3 001	1 593	1 219	204	47	78	8	2 001	4 275	3 876
45 - 55	2 071	1 358	896	193	141	257	0	1 791	3 108	3 599
55 - 65	989	625	490	136	612	1 231	5	1 531	2 096	3 523
65 -	116	62	95	113	2 870	4 158	27	1 086	3 108	5 419

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung; Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 22. Jg. (1971), S. 52 f.; 25. Jg. (1974), S. 128 f.; 28. Jg. (1977), S. 92 f.; Statistisches Bundesamt, Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, II. Versicherte in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, 1970, S. 16 und 18; 1973, S. 18 und 21; ders., Fachserie 13 Sozialleistungen, Reihe 1 Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung, 1976, S. 17 und 21.

Krankheitskostenrisiko der einzelnen Versicherten wird damit zur Hauptsache von dieser Leistungsart bestimmt.

Anspruch auf eine ausreichende Versorgung mit Sachleistungen haben im allgemeinen sämtliche versicherten Personen ohne Rücksicht auf ihren Versichertenstatus, so daß der Kreis der Versicherten durch die Werte der letzten beiden Spalten der Tabelle 7 angegeben wird.[1]

Da von den GKV-Kassen keine Berechnungen über die Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Krankheitskostenrisikos zur Verfügung stehen, muß zur Ermittlung solcher Durchschnittsprofile auf außerhalb der GKV ermittelte Daten zurückgegriffen werden. Dabei bieten sich im wesentlichen zwei Möglichkeiten an,

- die aus der amtlichen Statistik über das Gesundheitswesen ableitbaren Relationen der kranken und unfallverletzten Personen und
- die vom Verband der privaten Krankenversicherung veröffentlichten Durchschnittsprofile im Rahmen der Krankheitskostenvolltarife.

Prüft man zunächst die Ergebnisse der amtlichen Statistik über das Gesundheitswesen, dann stellen die im Rahmen des Mikrozensus erhobenen Relationen der kranken und unfallverletzten Personen in v.H. der Wohnbevölkerung der betreffenden Altersgruppe noch die relativ beste Grundlage dar. Diese Relationen sind in der Tabelle 8 angegeben. Zum besseren Vergleich mit den an-

---

[1] Die Sachleistungen im Rahmen der Mutterschaftshilfe werden zunächst bei den gesamten Sachleistungen erfaßt. Später erfolgt eine Differenzierung nach den geburtsspezifischen Leistungen. Eine Ausnahme bilden weiterhin Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, für die nur bestimmte Personenkreise anspruchsberechtigt sind. Für diese Leistungsart stehen keine Krankheitsprofile zur Verfügung, so daß sie in die gesamten Sachleistungen integriert werden. Sie machen allerdings nur einen sehr geringen Anteil an den gesamten Sachleistungen aus.

Tabelle 8: Kranke und unfallverletzte Personen nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1974, 1976)

Alter von ... bis unter ... Jahren	1970		Alter von ... bis unter ... Jahren	1974		1976	
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
	In v.H. der Wohnbevölkerung der betreffenden Altersgruppe						
- 15	9,05	8,44	- 15	10,08	10,07	8,39	7,16
15 - 20	8,88	8,12	15 - 25	7,97	8,99	7,24	8,53
20 - 30	12,11	12,88	25 - 35	10,39	10,92	9,48	10,21
30 - 40	15,73	16,62	35 - 45	12,07	11,99	12,01	11,49
40 - 50	23,24	22,94	45 - 55	16,64	16,63	15,69	15,99
50 - 55	28,21	31,69	55 - 65	25,90	26,68	27,29	25,48
55 - 65	39,46	40,22					
65 -	48,91	52,98	65 -	32,19	37,78	33,50	37,39
	Normiert auf die Altersgruppe der 30 bis unter 40 bzw. 35 bis unter 45 jährigen Männer						
- 15	0,575	0,537	- 15	0,835	0,834	0,699	0,596
15 - 20	0,565	0,516	15 - 25	0,660	0,745	0,603	0,710
20 - 30	0,770	0,819	25 - 35	0,861	0,905	0,789	0,850
30 - 40	1,000	1,057	35 - 45	1,000	0,993	1,000	0,957
40 - 50	1,477	1,458	45 - 55	1,379	1,378	1,306	1,331
50 - 55	1,793	2,015	55 - 65	2,146	2,210	2,272	2,122
55 - 65	2,509	2,557					
65 -	3,109	3,368	65 -	2,667	3,130	2,789	3,113

Quelle: Ohne Autor, Krankheiten und Unfälle 1970, Ergebnis der Zusatzbefragung des Mikrozensus, Oktober 1970, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 1972, S. 570 ff., hier: S. 572; ohne Autor, Kranke und unfallverletzte Personen 1976, Ergebnis des Mikrozensus Mai 1976, in: Wirtschaft und Statistik, 1978, S. 114*; Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, 1972, S. 35 und 37; 1978, S. 59; ders., Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 12.S.1 Kranke und unfallverletzte Personen, 1974, S. 22 f.; eigene Berechnungen.

schließend darzustellenden PKV-Profilen ist zusätzlich eine Normierung auf die mittlere Altersgruppe der Männer durchgeführt worden.

Es läßt sich zunächst feststellen, daß das so bestimmte Krankheitsrisiko fast durchweg mit zunehmendem Alter ansteigt. Geschlechtsspezifische Unterschiede treten jedoch nicht hervor;

selbst das mit der Mutterschaft zusammenhängende höhere Risiko der Frauen schlägt sich hier kaum nieder bzw. wird anderweitig kompensiert.[1] Dieser Tatbestand wird in den beiden gewichtigen Nachteilen eines auf die Erhebungen des Mikrozensus sich beziehenden Konzepts begründet sein. Dies betrifft zum einen die Definition des Krankheitsbegriffs. Danach liegt eine Krankheit dann vor, wenn die befragte Person sich gesundheitlich so beeinträchtigt fühlt, daß sie ihrer üblichen Beschäftigung nicht nachgehen kann. Die Inanspruchnahme eines Arztes ist demnach keine Voraussetzung dafür, als Kranker im Sinne der Befragung erfaßt zu werden.[2] Damit werden also auch solche Personen erfaßt, die keine Leistungen der GKV in Anspruch genommen haben. Umgekehrt bleiben nach diesem Definitionsbegriff diejenigen außer Betracht, die sich trotz Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen nicht krank fühlen. Diese Probleme lassen sich teilweise dadurch umgehen, daß - zumindest ab 1974 - der sich nicht in Behandlung befindliche Personenkreis statistisch eliminiert wird. Zudem kann auch darauf verwiesen werden, daß allein diese Unzulänglichkeiten keinen entscheidenden Einfluß auf die Relationen des alters- und geschlechtsspezifischen Risikos ausüben werden.

Als zweiter - und wohl schwerer wiegender - Nachteil dieses Konzeptes kommt allerdings hinzu, daß auf die Anzahl von Personen und nicht auf die Kosten, die den Krankenversicherungsträgern entstehen, abgestellt wird. Damit werden etwa die

---

[1] Dies gilt insbesondere für die 1970er-Werte, die auch insofern aus dem Rahmen fallen, als sie dem für 1974 und 1976 sowie dem für die PKV-Profile zu beobachtenden Trend, daß das Risiko der älteren im Vergleich zu den jüngeren Versicherten stärker ansteigt, zuwiderlaufen, ohne daß hierfür eine sachbezogene Erklärung gefunden werden kann.

[2] Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 12.S.1 Kranke und unfallverletzte Personen 1974, Stuttgart und Mainz 1977, S. 6.

Krankheitskosten der älteren im Vergleich zu den jüngeren Versicherten unterschätzt, da Schwere und Behandlungsdauer der Krankheiten mit wachsendem Alter zunehmen. Verzerrungen im geschlechtsspezifischen Krankheitskostenrisiko ergeben sich, wenn die Kosten je weiblichen Versicherungsfall die der Männer übersteigen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die aus der amtlichen Statistik über das Gesundheitswesen ableitbaren Relationen zwar nicht als ungeeigneter Indikator für das Krankheitskostenrisiko angesehen werden können. Erweisen sich allerdings die die beschriebenen Mängel vermeidenden PKV-Profile als auf die Verhältnisse der GKV übertragbar, so sind besser diese zu verwenden.

Die vom Verband der privaten Krankenversicherung in seinen Rechenschaftsberichten veröffentlichten Durchschnittsprofile, die seit 1970 aus den durchschnittlichen Rechnungsbeträgen ermittelt werden,[1] sind in der Tabelle 9 dargestellt.[2] Sie sind untergliedert nach vier Leistungsarten und jeweils auf die Altersgruppe der 40 bis unter 45 Jährigen normiert.

---

[1] Zuvor wurden solche Profile auf der Grundlage der Versicherungsleistungen für neun Teilleistungen getrennt berechnet, deren Ermittlung allerdings wegen des sinkenden beteiligten Versicherungsbestandes zunehmend problematisch geworden war. Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung, Die private Krankenversicherung im Jahre 1971, Rechenschaftsbericht, Köln o.J., S. 110. Ihre Verwendung für die Zwecke dieser Arbeit wäre weiterhin mit dem Nachteil verbunden gewesen, daß sie auf die Leistungen der Versicherungsträger, nicht aber auf die hier interessierenden Krankheitskosten abstellen.

[2] Die Daten für die Altersgruppe der Kinder bis unter 15 Jahren, wobei nicht nach dem Geschlecht differenziert wird, sind in diesen Veröffentlichungen nicht enthalten. Sie wurden aus den entsprechenden Kopfschäden errechnet, die eine der größten PKV mit überregionaler Tätigkeit und repräsentativem Versicherungsbestand für die Zwecke dieser Arbeit zur Verfügung stellte.

Tabelle 9: PKV-Durchschnittsprofile der Rechnungsbeträge nach Leistungsarten[a] (1970, 1973, 1976)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Arzneien und Verbandmittel		Zahnbehandlung und -ersatz		Übrige ambul. Leistungen		Stationäre Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1970								
- 15	0,454	0,316	0,409	0,325	0,502	0,425	0,571	0,354
15 - 20	0,373	0,374	0,603	0,675	0,539	0,508	0,638	0,457
20 - 25	0,346	0,556	0,580	0,811	0,496	0,727	0,539	0,930
25 - 30	0,450	0,795	0,691	0,958	0,587	0,929	0,666	1,419
30 - 35	0,587	0,900	0,787	0,975	0,698	0,997	0,641	1,260
35 - 40	0,751	0,922	0,840	0,938	0,810	0,957	0,805	1,065
40 - 45	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
45 - 50	1,281	1,142	1,106	0,995	1,209	1,097	1,311	1,158
50 - 55	1,540	1,391	1,167	1,044	1,353	1,251	1,580	1,272
55 - 60	1,813	1,479	1,136	0,975	1,468	1,272	2,046	1,261
60 - 65	2,137	1,658	1,087	0,889	1,567	1,308	2,394	1,380
65 - 70	2,650	1,913	0,962	0,702	1,686	1,352	3,117	1,525
70 - 75	2,977	2,132	0,725	0,581	1,698	1,402	3.342	1,642
75 -	3,210	2,305	0,564	0,416	1,775	1,489	3,430	1,955
1973								
- 15	0,422	0,300	0,400	0,314	0,517	0,390	0,467	0,304
15 - 20	0,393	0,377	0,555	0,620	0,559	0,516	0,561	0,470
20 - 25	0,309	0,536	0,642	0,815	0,515	0,718	0,478	0,894
25 - 30	0,443	0,725	0,733	0,955	0,641	0,944	0,611	1,374
30 - 35	0,609	0,831	0,797	1,025	0,737	1,006	0,706	1,301
35 - 40	0,786	0,918	0,887	1,013	0,852	0,995	0,771	0,989
40 - 45	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
45 - 50	1,344	1,187	1,124	1,072	1,267	1,124	1,246	1,106
50 - 55	1,605	1,445	1,174	1,103	1,394	1,250	1,697	1,253
55 - 60	1,977	1,645	1,251	1,062	1,542	1,291	2,122	1,213
60 - 65	2,231	1,856	1,201	0,988	1,630	1,270	2,511	1,427
65 - 70	2,733	2,164	1,128	0,828	1,786	1,326	3,278	1,753
70 - 75	3,069	2,434	0,919	0,690	1,842	1,349	3,769	1,972
75 -	3,175	2,623	0,730	0,470	1,909	1,364	4,137	2,283
1976								
- 15	0,366	0,239	0,355	0,282	0,451	0,306	0,447	0,265
15 - 20	0,495	0,380	0,497	0,519	0,603	0,462	0,584	0,363
20 - 25	0,354	0,537	0,573	0,753	0,474	0,719	0,520	0,820
25 - 30	0,483	0,690	0,738	0,925	0,615	0,903	0,627	0,404
30 - 35	0,607	0,769	0,832	0,942	0,743	0,948	0,777	1,301
35 - 40	0,780	0,839	0,894	0,947	0,859	0,932	0,829	1,011
40 - 45	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
45 - 50	1,354	1,167	1,090	0,968	1,258	1,059	1,406	1,084
50 - 55	1,732	1,394	1,148	0,988	1,453	1,171	1,862	1,199
55 - 60	2,190	1,654	1,132	0,998	1,575	1,233	2,292	1,241
60 - 65	2,646	1,864	1,135	0,891	1,738	1,237	2,889	1,441
65 - 70	3,320	2,188	1,055	0,767	1,876	1,278	3,499	1,724
70 - 75	3,791	2,483	0,849	0,594	1,924	1,284	4,452	2,227
75 -	4,294	2,732	0,604	0,392	1,970	1,274	5,140	2,731

[a]Normiert auf die Altersgruppe 40 bis unter 45 Jahren

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung, Die private Krankenversicherung im Jahre ..., Rechenschaftsbericht, Köln, o.J.; 1971, S. 113 f.; 1974, S. 115 f.; 1977, S. 108 f. Die Daten für die unter 15 Jährigen stellte eine der größten PKV mit überregionaler Tätigkeit zur Verfügung.

Da die in den Rechnungsergebnissen der GKV ausgewiesenen Leistungsausgaben sich auf die vier Leistungsarten der privaten Krankenversicherung nicht eindeutig übertragen lassen, ist es notwendig, die in Tabelle 9 getrennten Profile zusammenzufassen. Die hierzu erforderlichen Gewichte wurden aus den Pro-Kopf-Schäden der Normierungsaltersgruppe errechnet, die der Verband der privaten Krankenversicherung für die Zwecke dieser Arbeit zur Verfügung stellte (Tabelle 10).

Tabelle 10: Relationen der Pro-Kopf-Rechnungsbeträge in der Normierungsaltersgruppe[a] (1970, 1973, 1976)

Leistungsarten	Männer	Frauen
1970		
Arzneien und Verbandmittel	1,000	1,439
Zahnbehandlung und -ersatz	1,333	1,679
Übrige ambulante Leistungen	2,511	2,962
Stationäre Leistungen	1,922	3,106
1973		
Arzneien und Verbandmittel	1,000	1,405
Zahnbehandlung und -ersatz	1,370	1,747
Übrige ambulante Leistungen	2,558	3,393
Stationäre Leistungen	2,257	3,466
1976		
Arzneien und Verbandmittel	1,000	1,531
Zahnbehandlung und -ersatz	1,741	2,191
Übrige ambulante Leistungen	2,993	4,409
Stationäre Leistungen	1,921	3,246

[a] 40 bis unter 45 Jahre.

Quelle: Errechnet aus den Pro-Kopf-Schäden der Normierungsaltersgruppe, die der Verband der privaten Krankenversicherung zur Verfügung stellte.

Die zusammengefaßten Durchschnittsprofile in Tabelle 11 zeigen zunächst - ähnlich wie die Relationen der kranken und unfallverletzten Personen in Tabelle 8 - ein mit zunehmendem Alter nahezu durchweg ansteigendes Krankheitskostenrisiko. Daneben sind - auch im Vergleich zu den Profilen der amtlichen Statistik über das Gesundheitswesen - einige Besonderheiten zu beobachten, für die im folgenden Erklärungsansätze gefunden werden sollen.

Tabelle 11: Zusammengefaßte PKV-Durchschnittsprofile[a] (1970, 1973, 1976)

Alter von ... bis unter ... Jahren	1970		1973		1976	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
- 15	0,549	0,549	0,511	0,511	0,451	0,451
15 - 25	0,585	0,965	0,567	0,969	0,569	0,935
25 - 35	0,716	1,613	0,736	1,643	0,748	1,644
35 - 45	1,000	1,491	1,000	1,517	1,000	1,563
45 - 55	1,460	1,765	1,491	1,811	1,510	1,798
55 - 65	1,887	1,922	1,994	2,009	2,024	2,057
65 -	2,389	2,207	2,654	2,450	2,740	2,532

[a]Normiert auf die Altersgruppe der 35 bis unter 45 jährigen Männer.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Da ist zunächst eine erhebliche Differenzierung des Risikos auch zwischen den Geschlechtern: Für die 15 bis unter 55 jährigen Frauen liegen die Werte durchweg deutlich über denen der männlichen Versicherten; bei der Gruppe der 25 bis unter 35 jährigen Frauen sind sie mehr als doppelt so hoch. Diese Unterschiede sind, wie später deutlich werden wird,[1] nur zu einem Teil auf die Behandlungskosten im Zusammenhang mit der Mutterschaftshilfe zurückzuführen,[2] so daß die höhere Krankheitsanfälligkeit bzw. Leistungsinanspruchnahme auch in anderen Ursachen begründet sein muß.

Die vorliegenden Untersuchungen über diese Zusammenhänge beschränken sich auf die Analyse des Krankenstandes, also der Zeiten der Abwesenheit vom Arbeitsplatz, und besitzen somit

---

[1]Durch Zusammenfassung der Tabellen 16 und 29.

[2]Der Verband der privaten Krankenversicherung führt zur Begründung allerdings vornehmlich diese Kosten an. Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung, Die private Krankenversicherung im Jahre 1971, Rechenschaftsbericht, S. 112; 1973, S. 92.

lediglich für die berufstätigen Versicherten Gültigkeit.[1] Dabei wird deutlich, daß die konstitutionelle Eigenart der Frau als Verursachungsfaktor für ihre höhere Krankheitsanfälligkeit unbedeutend ist. Ebenso wird ein mangelndes Berufsbewußtsein, das die Erwerbstätigkeit nur als Übergangsphase bis zur Heirat ansieht und deshalb häufiger ein mit Krankheit entschuldigtes, unbegründetes Fernbleiben auftritt, bei steigender qualifizierter Ausbildung und verstärktem beruflichen Engagement der Frauen zunehmend weniger als Erklärungsfaktor dienen können. Vielmehr dürfte eine erhöhte physische und psychische Belastung und damit auch Krankheitsanfälligkeit für diejenigen Frauen erwachsen, die im Spannungsfeld zwischen Beruf und Familie stehen;[2] sei es, daß sie die berufliche Tätigkeit aus Gründen der Selbstverwirklichung ausüben oder daß sie ihr zur Befriedigung erhöhter materieller Bedürfnisse nachgehen.

Diese letzten Überlegungen werden teilweise bestätigt, wenn man aus den neuesten Erhebungen im Rahmen des Mikrozensus die Relationen des Krankheitsrisikos für Frauen nach ihrer Beteiligung am Erwerbsleben und ihrem Familienstand ableitet (Tabelle 12). Als gesichert kann danach gelten, daß das Krankheitsrisiko der nichterwerbstätigen verheirateten Frauen mit Kindern erheblich unter dem der erwerbstätigen Frauen liegt. Bei den übrigen nicht berufstätigen Frauen gilt dieser Tatbestand gegenüber den Erwerbstätigen in gleicher Situation nur abgeschwächt und wird im einzelnen auf hier nicht näher zu untersuchende Ursachen zurückzuführen sein. Innerhalb der

---

[1] Vgl. etwa Deutscher Bundestag, Bericht der Bundesregierung über die Situation der Frau in Beruf, Familie und Gesellschaft, Bundestagsdrucksache V/909; E. Küster, Analyse der soziologisch relevanten Ursachen des Krankenstandes, Diss., Köln 1968; H. Sopp, Faktoranalyse des Krankenstandes - Forschungsauftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, o.O., o.J.

[2] Vgl. E. Küster, a.a.O., S. 72 ff.

Gruppe der erwerbstätigen Frauen sind kaum signifikante Unterschiede festzustellen, obwohl man auch hier Auswirkungen der Familiensituation erwartet hätte.

Tabelle 12: Kranke und unfallverletzte Frauen nach Altersgruppen, Beteiligung am Erwerbsleben und Familienstand (1974)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Erwerbstätige[a]					Nichterwerbstätige[b]					Insgesamt
	ohne Kinder[c]		mit Kindern[c]		zusammen	ohne Kinder[c]		mit Kindern[c]		zusammen	
	verheiratet	alleinstehend	verheiratet	alleinstehend		verheiratet	alleinstehend	verheiratet	alleinstehend		
	in v.H. der nebenstehenden Altersgruppe										
25 - 35	17,4	15,5	15,9	16,2	16,2	13,0	11,8	8,6	13,7	9,0	12,5
35 - 45	16,4	17,0	16,4	16,2	16,5	12,5	19,3	10,3	15,9	11,0	13,4
45 - 55	17,3	18,5	17,1	22,7	17,8	17,1	26,8	12,6	17,6	17,0	17,3
55 - 65	24,5	26,5	/	/	25,4	23,9	34,6	20,5	/	27,8	27,3
65 -	25,0	24,8	/	/	24,8	33,3	40,9	/	/	38,3	37,9

[a]Ohne Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft. [b]Einschließlich Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft. [c]Kinder unter 15 Jahren.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 5 Haushalte und Familien 1975, S. 72 und 75; aus den Angaben über die gesamten Erwerbstätigen (S. 72) wurden die in der Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten (S. 75) statistisch eliminiert; von den hier angegebenen Frauen mit Kindern ohne Altersbegrenzung ist die Anzahl der Frauen mit/ohne Kinder(n) unter 15 Jahren unter Zugrundelegung der Relationen der gesamten erwerbstätigen Frauen (S. 72) ermittelt worden; ders., Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 12.S.1 Kranke und unfallverletzte Personen 1974, S. 61.

Nach diesen Ergebnissen wäre das Krankheitsrisiko zumindest zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Frauen zu differenzieren. Daß dies nicht geschieht, liegt zum einen an den nur lückenhaft vorliegenden Ergebnissen,[1] die zudem

[1]So ist eine Bestimmung der Relationen für die Gruppe der 15 bis unter 25 jährigen Frauen wegen der unterschiedlichen altersmäßigen Abgrenzung der Frauen in den beiden herangezogenen Erhebungen nicht möglich.

bisher nur für das Jahr 1974 zur Verfügung stehen. Zum anderen sei nochmals darauf verwiesen, daß die Relationen der Tabelle 12 im Hinblick auf die Krankheitskosten mit den geschilderten Vorbehalten zu verwenden sind.

Eine ähnliche tiefe Untergliederung wie bei den Frauen ist für die männliche Bevölkerung aufgrund des unzureichenden statistischen Materials nicht möglich. Hier lassen sich in einer groben Altersgliederung lediglich Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Nichterwerbstätigen angeben:

Tabelle 13: Kranke und unfallverletzte Männer nach Altersgruppen und Beteiligung am Erwerbsleben (1974)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Erwerbstätige	Nichterwerbstätige
	in v.H. der nebenstehenden Altersgruppe	
15 - 40	8,5	9,7
40 - 65	13,7	52,8
65 -	16,5	35,9

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, I. Entwicklung der Erwerbstätigkeit 1974, S. 60; ders., Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 12.S.1 Kranke und unfallverletzte Personen 1974, S. 41; eigene Berechnungen.

Während bei den 15 bis 40 Jährigen kaum Unterschiede bestehen, ist in der Altersgruppe der 40 bis unter 65 Jährigen die Morbidität bei den Nichtberufstätigen fast viermal so hoch wie bei den Erwerbstätigen. Dies wird im wesentlichen darauf zurückzuführen sein, daß sich diese Gruppe überwiegend aus Personen zusammensetzt, die aus Gesundheitsgründen bereits aus dem Erwerbsprozeß ausgeschieden sind und demzufolge auch ein weit überdurchschnittliches Krankheitsrisiko aufweisen. Die geringe Krankheitsanfälligkeit der über 65 jährigen Erwerbstätigen dürfte darin begründet liegen, daß über-

wiegend die Jüngeren dieser Altersgruppe, denen es ihre Konstitution erlaubt, in diesem Alter noch berufstätig sind. Das durchschnittliche Krankheitsrisiko der gesamten männlichen Bevölkerung wird durch diese beiden Gruppen der Nichterwerbstätigen relativ wenig beeinflußt, da sie lediglich etwa 9 bzw. 16 v.H. der Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe ausmachen. Stellt man später auf die großen Gruppen der Erwerbstätigen bzw. der Rentner ab, ist es nicht nur statistisch notwendig, sondern auch vertretbar, die Durchschnittsprofile der Tabelle 11 undifferenziert zu verwenden.

Im Hinblick auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede der PKV-Profile liefern die Relationen des Mikrozensus das Ergebnis, daß zwar das hiernach geschätzte Risiko der bis zu 45 jährigen erwerbstätigen Frauen etwa doppelt so groß ist wie das der erwerbstätigen Männer; diese Differenz aber durch das nur geringfügig über dem der Männer liegende Risiko der großen Gruppe nicht berufstätiger Frauen in der Gesamtbetrachtung (Tabelle 8) weitgehend kompensiert wird. Dieses vergleichsweise höhere Risiko der erwerbstätigen Frauen kann auch nicht auf dem Umweg über die Versichertenstruktur für die hohen Werte der in der PKV versicherten Frauen verantwortlich sein, da der Anteil der erwerbstätigen Frauen an der Gesamtzahl der weiblichen Versicherten bei der PKV sogar noch etwas geringer ist als in der GKV.[1]

Die Unterschiede zwischen den auf Krankheitskosten basierenden PKV-Profilen und den personenbezogenen Relationen des Mikrozensus heben sich allerdings dann auf, wenn die Krank-

---

[1] Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, II. Versicherte in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, Stuttgart und Mainz, versch. Jahrgänge; eigene Berechnungen.

heitskosten je Fall bei den Frauen entsprechen höher sind als bei den Männern. Dies ist dann der Fall, wenn die Frauen vergleichsweise häufiger, mehr und teurere Leistungen in Anspruch nehmen. Betrachtet man die nach Leistungsarten differenzierten PKV-Profile sowie die zugehörigen kostenmäßigen Gewichtungsfaktoren (Tabellen 9 und 10), so ist festzustellen, daß die höheren Krankheitskosten der weiblichen Versicherten sämtliche Leistungskategorien betreffen; der Schwerpunkt liegt allerdings eindeutig bei den stationären Leistungen. In diesem Bereich ergeben sich etwa 1976 für die 15 bis unter 45 jährigen weiblichen Pflichtmitglieder der Ortskrankenkassen auch um durchschnittlich 40 v.H., bei den 15 bis unter 25 Jährigen sogar 75 v.H. mehr Krankenhaustage je Mitglied als bei den Männern, die nicht einmal zur Hälfte durch die Mutterschaftsfälle erklärt werden können.[1]

Für den kostenintensivsten Bereich der Krankenversicherung ist damit von der Mengenkomponente her ein Erklärungsfaktor für die geschlechtsspezifischen Kostenunterschiede gefunden, der auf ähnliche Verhältnisse sowohl bei den mitversicherten Angehörigen als auch bei den übrigen Leistungskategorien hindeuten mag. Eine eingehende Analyse dieser Zusammenhänge hätte auf die quantitativen und qualitativen Gewichte einzelner Krankheitsarten sowie auf die geschlechtsspezifischen Behandlungskosten abzustellen und wäre vorwiegend im sozial-

---

[1] Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen, Krankheitsarten-Krankheitsursachen- und Sterblichkeitsstatistik 1976, Bonn-Bad Godesberg 1978; eigene Berechnungen. Ähnliche Ergebnisse bezüglich der vergleichsweise höheren Anzahl der Krankenhaustage bei weiblichen Mitgliedern wurden für die Betriebskrankenkassen 1977 ermittelt; vgl. D. von Leszcynski, Höheres Krankheitsrisiko der Frauen, in: Die private Krankenversicherung, Organ des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Köln 1979, S. 18 f.

medizinischen Bereich anzusiedeln. Hier bleibt nur festzuhalten, daß a priori kein bedeutsamer Grund dafür erkennbar ist, daß die geschlechtsspezifischen Krankheitskostenunterschiede im Bereich der PKV nicht allgemeine Gültigkeit besitzen und damit auch auf die Verhältnisse der GKV übertragen werden können.

Eine zweite Besonderheit der PKV-Profile besteht in ihrem vergleichsweise zu den Mikrozensusrelationen leicht steileren Verlauf.[1] Diese Unterschiede können durch die bereits erwähnte Unterschätzung der altersspezifischen Kosten bei Verwendung der Mikrozensusprofile plausibel erklärt werden und sprechen nur für eine Verwendung der PKV-Relationen.

Für beide Konzepte übereinstimmend - bei den Relationen des Mikrozensus allerdings etwas ausgeprägter - ergibt sich eine Streckung der Profile im Zeitablauf,[2] d.h. die durchschnittlichen Krankheitskosten der älteren Versicherten sind im Vergleich zu denen der jüngeren Versicherten kontinuierlich angestiegen. Dieser Entwicklung entspricht im wesentlichen die bereits dargestellte stärkere Zunahme der Leistungsausgaben je Mitglied der KVdR im Vergleich zu den Allgemeinversicherten.[3] Sie dürfte im Bereich der Rentner hauptsächlich in der zunehmenden Überalterung, die zu einer ebenso ansteigenden Multimorbidität führt,[4] begründet liegen. Darüber hinaus hat der Anteil der chronischen Erkrankungen, von denen überwiegend ältere Menschen betroffen sind, zugenommen.

---

[1] Mit Ausnahme der Mikrozensuswerte für 1970, deren Zuverlässigkeit bereits in Frage gestellt wurde.

[2] Wiederum ohne Betrachtung der 1970er-Werte des Mikrozensus.

[3] Siehe hierzu Abbildung 1.

[4] Vgl. S. Häussler, Ursachen für den Kostenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: S. Häussler (Hrsg.), Ursachen der Schwierigkeiten in der Renten- und Krankenversicherung, Schriftenreihe "Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg", Bd. 9, Stuttgart 1978, S. 83 ff., hier: S. 92.

Die hiermit verbundenen umfangreicheren und auch verbesserten Behandlungsmethoden sind allgemein als weiterer Erklärungsfaktor für die relativ starken Kostensteigerungen bei den älteren Versicherten anzusehen.

Zur Prüfung der Übertragbarkeit der Krankheitskostenrisiken der PKV auf die Verhältnisse der gesetzlich Versicherten gehört insbesondere ein Vergleich der altersspezifischen Risikostrukturen. Offensichtliches Hauptunterscheidungsmerkmal beider Systeme in bezug auf ihre Versichertenstruktur ist nämlich die Zusammensetzung der Versicherten im Hinblick auf ihre Stellung im Beruf. Wie Tabelle 14 zeigt, machen

Tabelle 14: Versicherte der GKV und PKV nach Beteiligung am Erwerbsleben und Stellung im Beruf (1974)

	Gesamtzahl der Versicherten	Arbeiter	Angestellte	Beamte	Selbständige	Mithelf. Familienang.	Erwerbslose	Nichterwerbspersonen
	1 000	in v.H. der nebenstehenden Gesamtzahl						
	Männer							
GKV	26 244	33	16	2	5	1	1	42
PKV	2 280	0	9	27	20	1	0	43
	Frauen							
GKV	29 502	11	15	0	1	4	0	69
PKV	2 240	0	4	8	5	6	0	77

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, II. Versicherte in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung 1974, S. 18 ff.; eigene Berechnungen.

unter den männlichen Erwerbstätigen die Arbeiter den größten Anteil der Versicherten in der GKV aus, während dies bei der PKV die Selbständigen und Beamten sind. Bei den weiblichen Versicherten sind diese Unterschiede weitaus geringer ausgeprägt. Der Anteil der männlichen sowie weiblichen Nichterwerbspersonen an der Gesamtzahl der Versicherten ist - auch

im Hinblick auf eine altersspezifische Differenzierung nach Kindern und Erwachsenen - bei beiden Krankenversicherungssystemen etwa gleich, so daß die Risikostruktur beider Systeme von dieser Versichertengruppe in gleicher Weise beeinflußt wird.

Bestehen nun signifikante Unterschiede zwischen den altersspezifischen Risikostrukturen der verschiedenen Gruppen von Erwerbstätigen, dann ist zu vermuten, daß auch zwischen den Risikoprofilen von privat und gesetzlich Versicherten solche Unterschiede existieren. Ein Hinweis auf relativ gleichgerichtete berufsabhängige Krankheitsrisiken könnte bereits darin gesehen werden, daß die privaten Versicherer allgemein keine berufsspezifischen Tarife anbieten, sondern sämtliche Versicherten einer Altersgruppe zu einheitlichen Konditionen versichern.[1] Zur empirischen Überprüfung dieses Sachverhalts stehen Angaben aus den Erhebungen des Mikrozensus in einer groben Altersgliederung zur Verfügung (Tabelle 15).

Sie zeigen, daß bis auf wenige Ausnahmen kaum signifikante Unterschiede zwischen den Krankheitsrelationen der einzelnen Erwerbstätigengruppen bestehen. Da aufgrund des weitgehend einheitlichen Leistungsangebots auch die Voraussetzung einer gleichen potentiellen Leistungsinanspruchnahme in beiden Versicherungssystemen erfüllt ist, kann davon ausgegangen werden, daß eine Übertragung der PKV-Profile auf die Versicherten der GKV auch unter diesem Gesichtspunkt zu keiner unvertretbaren Verzerrung der Ergebnisse führen wird.

---

[1] Vgl. hierzu A. Balzer, G. Aumüller, Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung, 20. Folge, Karlsruhe 1978, Stand Herbst 1978.

Tabelle 15: Kranke Erwerbstätige nach Altersgruppen und Stellung im Beruf (1974)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Arbeiter	Angestellte	Beamte, Richter	Selbständige	Mithelfende Familienangehörige
	in v.H. der nebenstehenden Altersgruppe				
	Männer				
15 - 40	9,4	8,3	5,7	7,9	/
40 - 65	14,6	13,0	13,9	12,1	/
65 -	13,5	13,5	/	19,0	17,0
	Frauen				
15 - 40	12,2	10,7	12,4	10,0	7,8
40 - 65	16,2	15,2	16,0	14,4	12,3
65 -	18,0	19,6	/	24,2	18,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, I. Entwicklung der Erwerbstätigkeit 1974, S. 27; ders., Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 12.S.1 Kranke und unfallverletzte Personen 1974, S. 49; eigene Berechnungen.

Aus der Tabelle 15 geht zwar hervor, daß nicht nur in der Struktur, sondern auch im Niveau der berufsspezifischen Krankheitsrisiken keine wesentlichen Unterschiede vorhanden sind, doch dürfen diese personenbezogenen Relationen nicht gleichermaßen auf die Leistungsniveaus der beiden Versicherungssysteme angewandt werden. Diese unterscheiden sich nämlich erheblich, und zwar durch[1]

- die unterschiedlichen Preise aufgrund verschiedener Gebührenordnungen;
- die bei den freiwillig Versicherten zu vermutende Tendenz, schlechte Risiken in der GKV abzusichern;

[1] Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 46.

- die vermutlich geringere Geburtenhäufigkeit der in der PKV versicherten Frauen;
- unterschiedliche Verhaltensweisen.[1]

Ob und inwieweit hiervon die Struktur der Krankheitskosten berührt wird, ist ungewiß. Wesentliche Einflüsse lassen sich a priori nicht erkennen.

Auf der Grundlage der zusammengefaßten PKV-Durchschnittsprofile und der alters- und geschlechtsspezifischen Gliederung der gesetzlich Versicherten lassen sich die gesamten Sachleistungsausgaben der GKV auf die einzelnen Versichertengruppen aufteilen.[2] Die durchschnittlichen Sachleistungen je Versicherten bzw. ihr Krankheitskostenrisiko sind in der Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Durchschnittliche Sachleistungen je Versicherten der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1973, 1976) - in DM -

Alter von ... bis unter ... Jahren	1970		1973		1976	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
- 15	165	165	244	244	340	340
15 - 25	176	291	271	462	428	706
25 - 35	215	486	351	784	564	1 240
35 - 45	301	449	477	723	755	1 178
45 - 55	440	531	712	864	1 139	1 355
55 - 65	569	578	952	958	1 525	1 550
65 -	719	664	1 265	1 168	2 067	1 909

Quelle: Eigene Berechnungen.

---

[1] So wurde von PKV-Unternehmen festgestellt, daß die durchschnittliche Krankenhausverweildauer bei den Versicherten der GKV oftmals die der Versicherten der PKV übersteigt, vgl. Verband der privaten Krankenversicherung, Die private Krankenversicherung im Jahre 1971,Rechenschaftsbericht, S. 111.

[2] Damit wird der Vorgehensweise von Andel gefolgt. Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 46 ff.

4.1.1.2. Geldleistungen

Da die Geldleistungen auch von der Einkommenshöhe des versicherten Mitglieds abhängen, sind neben den alters- und geschlechtsspezifischen Morbiditätsrelationen die entsprechenden Einkommen als weiterer Bestimmungsfaktor für die Höhe der durchschnittlichen Leistungen zu berücksichtigen.

Eine Abhängigkeit des K r a n k e n g e l d e s auch von der Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen gab es bis zum Jahre 1974. Es betrug für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit 65 bis 7O v.H. und vom Beginn der 7. Woche an 75 bis 85 v.H. des entgangenen regelmäßigen Arbeitsentgelts (Regellohn), je nach Anzahl der zu unterhaltenden Angehörigen. Obergrenze bildete das bisherige Nettoentgelt. Danach ist das Krankengeld einheitlich auf 8O v.H. des entgangenen Regellohns festgesetzt worden, wobei wiederum das Nettoarbeitsentgelt nicht überschritten werden darf. Bei den folgenden Berechnungen wird zur Vereinfachung über den gesamten Untersuchungszeitraum auf die gegenwärtig gültigen Bestimmungen abgestellt, zumal der Regelung für die ersten sechs Wochen durch die Lohnfortzahlung ohnehin kaum Bedeutung zukam.[1]

Die Gliederung der krankengeldberechtigten Mitglieder nach dem Alter und Geschlecht ist in der Tabelle 17 dargestellt. Grundlage für die Ermittlung dieser Daten bilden die Altersgliederungen der Pflichtmitglieder ohne Rentner und der freiwilligen Mitglieder aus der Tabelle 7. Aus ihnen sind die freiwilligen Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld, die landwirtschaftlichen Unternehmer (ab 1973) und die Studenten (1976) eliminiert worden. Diese Versichertengruppen machen

---

[1] Ebenso werden die Krankengeldleistungen, die Versicherten seit 1974 zur Betreuung eines kranken Kindes gewährt werden, nicht gesondert berücksichtigt.

Tabelle 17: Krankengeldberechtigte Mitglieder der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1973, 1976) - in 1 000 -

Alter von ... bis unter ... Jahren	1970		1973		1976	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
- 15	22	21	24	16	0	0
15 - 25	2 806	2 442	2 820	2 549	2 495	2 381
25 - 35	3 754	1 569	3 748	1 798	3 222	1 805
35 - 45	3 152	1 271	3 561	1 515	3 783	1 668
45 - 55	1 915	1 173	2 382	1 465	2 606	1 424
55 - 65	1 695	704	1 418	640	1 280	671
65 -	266	107	247	115	171	105

Quelle: Eigene Berechnungen

zusammen immerhin zwischen 7 und 10 v.H. der gesamten Pflicht- und freiwilligen Mitglieder ohne Rentner aus, so daß sich ohne ihren Ausschluß ein entsprechend niedrigeres Niveau der durchschnittlichen Krankengeldleistungen für die berechtigten Mitglieder ergeben würde.[1]

Von den krankengeldberechtigten Mitgliedern hat die weit überwiegende Anzahl einen Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf von 6 Wochen (Tabelle 18).[2]

---

[1] Da eine Altersgliederung speziell für diese Mitgliedergruppen nicht vorliegt, mußten vereinfachende Annahmen zugrundegelegt werden. So wurden die freiwilligen Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der freiwilligen Mitglieder aus jeder Altersgruppe der Tabelle 7 eliminiert. Bei den pflichtversicherten landwirtschaftlichen Unternehmern wurde ihr Anteil an den in den landwirtschaftlichen Krankenkassen versicherten Personen ermittelt und demgemäß in jeder Altersgruppe die Anzahl der landwirtschaftlichen Pflichtmitglieder prozentual gleich gekürzt. Die Anzahl der 1976 pflichtversicherten Studenten wurde entsprechend der Altersstruktur sämtlicher Studenten an Hochschulen aus den Pflichtmitgliedern eliminiert (vgl. Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 22. Jg. (1971), S. 19; 25. Jg. (1974), S. 38 und 128; 28. Jg. (1977) , S. 90, 91 und 92; Bundesminister für Bildung und Wissenschaft und Statistisches Bundesamt, Bildung im Zahlenspiegel, Ausgabe 1977, Stuttgart und Mainz 1977, S. 31 f.).

[2] Siehe hierzu auch Abschnitt 2.2.4., S. 51 ff.

Tabelle 18: Krankengeldberechtigte Mitglieder der GKV nach Anspruchsvoraussetzungen (1970, 1973, 1976)

	Anspruchsberechtigte Mitglieder insgesamt	Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen	Pflichtmitglieder ohne Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen	Freiwillige Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf von 6 Wochen	Freiwillige Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld vor Ablauf von 6 Wochen
	1 000	in v.H. der anspruchsberechtigten Mitglieder			
			1970		
Männer	13 611	81,0	0,7	16,1	2,2
Frauen	7 293	91,8	2,1	5,8	0,3
			1973		
Männer	14 210	79,8	1,8[a]	15,8	2,6
Frauen	8 091	93,0	2,6[a]	4,0	0,4
			1976		
Männer	13 593	77,2	3,9[b]	16,1	2,8
Frauen	8 054	89,9	5,7[b]	4,0	0,4

[a]Einschließlich mitarbeitende Familienangehörige. [b]Einschließlich mitarbeitende Familienangehörige, Jugendliche und Behinderte.

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 22. Jg. (1971), S. 19; 25. Jg. (1974), S. 38; 28. Jg. (1977), S. 90 f.; eigene Berechnungen.

Bei einer einheitlichen Behandlung von sämtlichen anspruchsberechtigten Mitgliedern ist allerdings zu bedenken, daß die Mitglieder mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld pro Kopf weitaus mehr Krankengeldtage aufweisen und damit höhere Krankengeldleistungen als die übrigen Mitglieder in Anspruch nehmen. Tabelle 19 weist die entsprechenden Relationen für die Ortskrankenkassenmitglieder aus. Dieser Umstand erhält allerdings keine zu große Bedeutung, da sich für den Durchschnitt der Jahre 1970 bis 1976 unter Verwendung des dargestellten statistischen Materials errechnen läßt, daß nur ca. 4 v.H. der Gesamtmitgliederzahl zu den Mitgliedern mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld gehören, auf die etwa 15 v.H. der gesamten Krankengeldtage entfallen. Aus diesem Grund und weil eine altersspezifische Aufgliederung der einzelnen Mitgliedergruppen nicht möglich ist, scheint die ver-

Tabelle 19: Krankengeldtage je Mitglied der Ortskrankenkassen nach Anspruchsvoraussetzungen (1970, 1973, 1976)

	Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen	ohne	Freiwillige Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf von 6 Wochen	vor
	1970			
Männer	4,5	66,9	2,5	11,4
Frauen	4,6	32,6	3,4	13,4
	1973			
Männer	5,8	21,1	2,7	16,6
Frauen	5,4	19,5	3,1	22,1
	1976			
Männer	5,9	22,5[a]	3,3	20,2
Frauen	5,6	21,9[a]	3,3	27,7

[a]Ohne Jugendliche, Behinderte und Rehabilitanden.

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1970, S. T2, T3, T26; Bundesverband der Ortskrankenkassen, Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland, Leistungsfälle und -tage, 1973, S. 10 f.; 1976, S. 371; eigene Berechnungen.

einfachende Annahme vertretbar, daß für sämtliche krankengeldberechtigten Mitglieder Krankengeld erst ab der 7. Krankheitswoche gewährt wird. Bei der später erfolgenden Verknüpfung von Leistungs- und Beitragsseite wird der Nettoeffekt für beide Gruppen ohnehin annähernd gleich sein, da die Mitglieder mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld auch höhere Beiträge zu leisten haben.

Neben der alters- und geschlechtsspezifischen Gliederung der krankengeldberechtigten Mitglieder sind die entsprechenden Risikoprofile zu bestimmen. Die Altersabhängigkeit der Krankengeldtage wird bei den Kassen der GKV jedoch nicht erfaßt. Hier müßten die Arbeitsunfähigkeitstage zwischen der 7. und 78. Krankheitswoche, die in den meisten Fällen mit dem Anspruch auf Krankengeld verbunden sind, ermittelt

werden. Solche Daten liegen nur global für die männlichen und weiblichen Mitglieder vor.[1] Vom Bundesverband der Ortskrankenkassen wird die Altersabhängigkeit der Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle vom 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit an statistisch erfaßt.[2] Die Verwendung der gesamten Arbeitsunfähigkeitstage ließe allerdings unberücksichtigt, daß etwa bei den Ortskrankenkassen über 90 v.H. aller Arbeitsunfähigkeitsfälle mit mehr als 60 v.H. aller Arbeitsunfähigkeitstage weniger als 6 Wochen dauern[3] und mithin in den meisten Fällen keinen Anspruch auf Krankengeld bewirken. Sie würde darüber hinaus aufgrund der mit steigendem Alter zunehmenden Krankheitsdauer dazu führen, daß die Krankengeldleistungen mit höherem Alter unterschätzt werden.[4] Aus diesen Gründen sollen auch hier alters- und geschlechtsspezifische Risikoprofile aus dem Bereich der PKV verwendet werden.

---

[1] Vgl. etwa Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1970, S. T26 f., oder für die Pflichtmitglieder der Ortskrankenkassen: Bundesverband der Ortskrankenkassen, Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland, Gliederung der Arbeitsunfähigkeitsfälle nach ihrer Dauer, Bonn-Bad Godesberg, versch. Jg.

[2] Dabei handelt es sich um Repräsentativerhebungen mit einem Auswahlsatz von 10 v.H. der Arbeitsunfähigkeitsfälle der Pflichtmitglieder. Daran beteiligten sich etwa 360 Ortskrankenkassen mit einem Anteil von ca. 90 v.H. des Gesamtbestandes an Pflichtmitgliedern. Über die entsprechenden Daten der freiwilligen Mitglieder lassen sich keine statistisch sinnvollen Angaben machen. Vgl. etwa Bundesverband der Ortskrankenkassen, Krankheitsarten-, Krankheitsursachen- und Sterblichkeitsstatistik 1970, Bonn-Bad Godesberg 1972, Teil 1 Pflichtmitglieder, S. 3, Teil 2 Freiwillige Mitglieder und Rentner, S. 3.

[3] Ders., Gliederung der Arbeitsunfähigkeitsfälle nach ihrer Dauer, a.a.O., 1970, S. 3, 1973, S. 3.

[4] Vgl. auch N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 52.

Tabelle 20: PKV-Durchschnittsprofile des Krankentagegeldtarifs mit einer Leistung von der 7. bis zur 104. Krankheitswoche (Durchschnitt der Jahre 1970, 1973 und 1976)[a]

Alter von ... bis unter ... Jahren	Männer	Frauen
20 - 25	1,000	0,951
25 - 35	1,009	1,320
35 - 45	1,484	2,416
45 - 55	3,599	3,208
55 - 65	6,379	5,211

[a]Normiert auf die Altersgruppe der 20 bis unter 25 jährigen Männer.

Quelle: Zusammengefaßt aus den Schadensstatistiken von Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die für die Zwecke dieser Arbeit zur Verfügung gestellt wurden.

Diese Profile sind aus den Pro-Kopf-Aufwendungen (Kopfschäden) bzw. rechnungsmäßigen Profilen der Jahre 1970, 1973 und 1976 von zwei der größten deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit überregionaler Tätigkeit und repräsentativem Versichertenbestand als mit dem Beitragsvolumen 1973 gewogenes arithmetisches Mittel errechnet worden.[1] Eine Zusammenfassung über die Jahre des Untersuchungszeitraums war hier notwendig, da sich bei einer Darstellung für einzelne Jahre zu große Schwankungen ohne erkennbaren Trend ergeben. Der Unterschied, daß in der GKV bis zur 78. Woche, bei den hier ermittelten PKV-Profilen Leistungen bis zur 104. Woche der Arbeitsunfähigkeit erbracht werden, ist ohne Bedeutung,

[1]Das Beitragsvolumen dieser beiden Gesellschaften macht ca. 30 v.H. des gesamten Beitragsvolumens der PKV aus. Berechnet nach: Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen, Berlin, Geschäftsbericht 1973, Berlin 1974, S. 89 f.

da etwa bei den Ortskrankenkassen über 99 v.H. der Arbeitsunfähigkeitstage auf Fälle mit weniger als 78 Wochen Dauer zurückzuführen sind.[1]

Zum Vergleich sind in der Tabelle 21 Durchschnittsprofile aufgeführt, die aus den von Timmer für die Jahre 1967 bis 1969 errechneten Basiskopfschäden speziell für Arbeitnehmer der PKV ermittelt wurden.[2] Die Zusammenfassung über mehrere Jahre erfolgt auch bei Timmer aus dem Grunde, daß in den einzelnen Jahren zufällige Schwankungen ohne erkennbaren Trend auftreten.[3] Der Vergleich beider Profilverläufe zeigt, daß bis auf Abweichungen bei den Werten für die unteren Altersgruppen der Frauen kaum Unterschiede bestehen.

Den weiteren Berechnungen sollen die aktuellen Profile der Tabelle 20 zugrundegelegt werden; lediglich für die Altersgruppe der über 65 Jährigen müssen die Werte der Tabelle 21 herangezogen werden, da statistisch verwertbare aktuelle Daten nicht zur Verfügung stehen.[4]

Da die Durchschnittsprofile aus den Kopfschäden je DM Krankentagegeld abgeleitet wurden, sind sie unabhängig von der Einkommenshöhe der Versicherten. Bei Verwendung für den Bereich der GKV sind sie nun mit den entsprechenden Einkommen der GKV-Versicherten zu gewichten.

---

[1] Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen, Gliederung der Arbeitsunfähigkeitsfälle nach ihrer Dauer, a.a.O., 1970, S. 14; 1973, S. 14.

[2] Vgl. H.G. Timmer, Neue Untersuchungen über Kopfschäden in der Tagegeldversicherung, in: Blätter der deutschen Gesellschaft für Versicherungsmathematik, Band X, Heft 1, Würzburg 1971, S. 35 ff.

[3] Ebenda, S. 36 f.

[4] Die Angaben der Altersgruppen der 20 bis unter 25 Jährigen bzw. 65 bis unter 70 Jährigen werden dabei auf die in dieser Arbeit verwendeten Gruppen der 15 bis unter 25 bzw. der über 65 Jährigen bezogen.

Tabelle 21: PKV-Durchschnittsprofile des Krankentagegeldtarifs für Arbeitnehmer mit einer Leistungsperiode von der 7. bis zur 104. Woche der Arbeitsunfähigkeit (Durchschnitt der Jahre 1967 bis 1969)[a]

Alter von ... bis unter ... Jahren	Männer	Frauen
20 - 25	1,00	2,05
25 - 35	0,81	0,96
35 - 45	1,65	1,63
45 - 55	3,48	3,33
55 - 65	6,31	4,68
65 - 70	8,20	5,20

[a]Normiert auf die Altersgruppe der 20 bis unter 25 jährigen Männer.

Quelle: H.G. Timmer, Neue Untersuchungen über Kopfschäden in der Tagegeldversicherung, in: Blätter der deutschen Gesellschaft für Versicherungsmathematik, Band X, Heft 1, 1971, Tabelle 3, S. 38; eigene Berechnungen.

Durch die Begrenzung des Krankengeldes auf den Nettolohn bildet dieser in den meisten Fällen die Obergrenze für die Höhe der Krankengeldleistungen und müßte demnach zumeist als bestimmende Einkommensgröße herangezogen werden. Da hierfür eine alters- und geschlechtsspezifische Gliederung nicht zur Verfügung steht, wird in allen Fällen das durchschnittliche beitragspflichtige Bruttoeinkommen als maßgebendes Einkommen verwendet. Für die Einkommensbezieher, deren Nettoentgelt weniger als 80 v.H. des zugehörigen Bruttoeinkommens beträgt, ergibt sich damit eine entsprechende Überschätzung der durchschnittlichen Krankengeldleistungen, die angesichts der Relationen der Durchschnittsprofile im Vergleich mit denen der Einkommen jedoch das Gesamtergebnis kaum beeinflussen.

Im Rahmen des Frankfurter Forschungsprogramms "Sozialpolitische Entscheidungs- und Indikatorensysteme für die Bundesrepublik Deutschland (SPES)" wurden auf der Basis des Primär-

materials der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) von 1969 für die einzelnen Altersgruppen der in der GKV versicherten Angestellten, Arbeiter und Lehrlinge die durchschnittlichen beitragspflichtigen Bruttojahreseinkommen ermittelt und für die Untersuchung von Andel zur Verfügung gestellt.[1] Sie sind für die in dieser Arbeit gewählten Jahre des Untersuchungszeitraums entsprechend dem Wachstum der Bruttolohn- und Gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer hochgerechnet worden[2] (Tabelle 22). In diesen Einkommen sind zwar nicht sämtliche Versichertengruppen erfaßt, doch machen die Arbeiter und Angestellten etwa 85 v.H. der gesetzlich versicherten Beschäftigten aus,[3] so daß eine Einbeziehung auch der übrigen Versichertengruppen nur zu einer relativ geringfügigen Veränderung der Durchschnittseinkommen führen würde.

---

[1] Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 53. Eine Aktualisierung der Einkommensrelationen für das Jahr 1973 der EVS war aufgrund der im Gesetz für das Statistische Bundesamt festgelegten Geheimhaltungspflicht nicht möglich.

[2] An Stelle der Bruttolohn- und Gehaltssumme hätte hier besser die Entwicklung der Grundlöhne verwendet werden sollen, die ja mit der der beitragspflichtigen Einkommen übereinstimmt. Für die Jahre ab 1970 ergeben sich - wegen der einsetzenden Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze - im Vergleich zur Bruttolohn- und Gehaltssumme jedoch kaum Unterschiede. Problematisch ist lediglich der Übergang von 1969 auf 1970, der - aufgrund der starken diskretionären Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze - durch einen fast doppelt so starken Anstieg der Grundlöhne im Vergleich zur Bruttolohn- und Gehaltssumme gekennzeichnet ist. Allerdings liegen die nach der EVS ermittelten durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen im Jahre 1969 deutlich über den Grundlöhnen, so daß hier eine Überschätzung vermutet werden kann. In den Jahren ab 1970 liegen die mit dem Wachstum der Bruttolohn- und Gehaltssumme hochgerechneten beitragspflichtigen Einkommen dagegen nur noch geringfügig über den Grundlöhnen, so daß durch dieses Berechnungsverfahren die ursprüngliche Überschätzung als korrigiert angesehen werden kann.

[3] Siehe Tabelle 4.

Tabelle 22: Durchschnittliche beitragspflichtige Bruttojahreseinkommen aus unselbständiger Arbeit der bei der GKV pflicht- und freiwillig versicherten Arbeiter, Angestellten und Lehrlinge (1970, 1973, 1976) - in DM -

Alter von ... bis unter ... Jahren	1970		1973		1976	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
- 16	2 041	2 673	2 784	3 646	3 563	4 667
16 - 25	6 979	6 746	9 523	9 204	12 188	11 780
25 - 35	14 242	9 975	19 433	13 611	24 871	17 420
35 - 45	14 476	9 379	19 752	12 797	25 280	16 379
45 - 55	14 173	9 633	19 339	13 143	24 751	16 821
55 - 65	13 282	8 948	18 123	12 209	23 195	15 625
65 -	11 374	7 519	15 519	10 259	19 862	13 130

Quelle: N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: W. Dreißig (Hrsg.), Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 75/III, Berlin 1975, S. 39 ff., hier: S. 53.

Damit sind sämtliche Bestimmungsfaktoren für die durchschnittlichen Krankengeldleistungen ermittelt, die in der Tabelle 23 dargestellt sind. [1] Im Gegensatz zu den entsprechenden Sachleistungen liegen die durchschnittlichen Krankengeldleistungen der Frauen fast ausnahmslos unter denen der Männer. Ausschlaggebend hierfür sind die geschlechtsspezifischen Einkommensunterschiede. Aufgrund des sinkenden Anteils der Krankengeldleistungen an den gesamten Leistungsausgaben von 9,8 v.H. im Jahre 1970 auf 7,1 v.H. in 1976 sind die durchschnittlichen Krankengeldleistungen im Zeitablauf ebenfalls weniger als die durchschnittlichen Sachleistungen gestiegen.

[1] Die Altersgruppe der unter 15 Jährigen wurde wegen der geringen quantitativen Bedeutung vernachlässigt.

Tabelle 23: Durchschnittliche Krankengeldleistungen je krankengeldberechtigtes Mitglied der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1973, 1976) - in DM -

Alter von ... bis unter ... Jahren	1970		1973		1976	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
15 - 25	32	29	48	44	59	54
25 - 35	65	59	98	90	122	112
35 - 45	97	102	147	155	182	192
45 - 55	230	139	349	211	432	262
55 - 65	383	211	580	320	718	394
65 -	423	178	639	271	789	338

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Barleistungen im Rahmen der M u t t e r s c h a f t s - h i l f e werden in unterschiedlicher Weise gewährt.[1] Laufendes Mutterschaftsgeld in Höhe des Nettoentgelts erhalten diejenigen versicherten Frauen, die bei Beginn der Schutzfrist, in der nach dem Mutterschaftsgesetz werdende Mütter nicht beschäftigt werden dürfen, in einem Arbeitsverhältnis oder in Heimarbeit stehen oder deren Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst worden ist. Sie müssen weiterhin innerhalb einer bestimmten Rahmenfrist vor der Entbindung versicherungspflichtig gewesen sein oder in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben. Das von der Krankenkasse zu zahlende Mutterschaftsgeld ist auf 25 DM pro Tag begrenzt. Wird dieser Höchstbetrag überschritten, so hat der Arbeitgeber die Differenz zum Nettoentgelt als Zuschuß zu leisten.

Laufendes Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes wird weiblichen Versicherten gewährt, die die zuvor genannten

[1] Vgl. §§ 200 bis 200 d RVO.

Voraussetzungen nicht erfüllen, jedoch Anspruch auf Krankengeld haben sowie innerhalb einer bestimmten Rahmenfrist versichert waren. Hierunter fallen versicherte Arbeitslose sowie freiwillig versicherte Frauen, die bei Beginn der Schutzfrist nicht in Arbeit standen.

Einmaliges Mutterschaftsgeld in Höhe von 150 DM wird gezahlt, wenn kein Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld besteht. Zu diesem Personenkreis zählen insbesondere freiwillig versicherte Frauen, die nicht berufstätig sind. Das Mutterschaftsgeld im Rahmen der Familienhilfe beträgt einmalig 35 DM und kann durch die Satzung als Mehrleistung auf 150 DM erhöht werden. Sowohl für Mitglieder als auch im Rahmen der Familienhilfe wird ein Pauschbetrag für Entbindungskosten in Höhe von 50 DM gewährt, der durch Satzungsbestimmung auf 100 DM erhöht werden kann.

Bei den so in unterschiedlicher Weise gewährten Leistungen spielen die einmaligen Zahlungen eine recht untergeordnete Rolle. Im Jahre 1970 machten sie für die mitversicherten Familienangehörigen nur ca. 6 v.H. der gesamten Barleistungen aus.[1] Da auch der Kreis derjenigen weiblichen Mitglieder, die keinen Anspruch auf ein laufendes Mutterschaftsgeld haben, relativ klein ist (vor allem Studenten und nicht berufstätige, freiwillig versicherte Frauen), scheint es vertretbar zu sein, die gesamten Leistungen auf die weiblichen Mitglieder mit Anspruch auf ein laufendes Mutterschaftsgeld aufzuteilen. Dieses Mutterschaftsgeld hängt zwar von der Höhe des Nettoeinkommens ab; aus den im Zusammenhang mit den Krankengeldleistungen genannten Gründen muß als Gewichtungsfaktor jedoch auch hier das beitragspflichtige Bruttoentgelt herangezogen werden.

---

[1] Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1970, S. T59 f.

Das "Geburtenrisiko" für die relevanten drei Altersgruppen der 15 bis unter 25, 25 bis unter 35 und 35 bis unter 45 jährigen weiblichen Mitglieder der GKV wird durch die Geburtenhäufigkeiten der Tabelle 24 angegeben, die sich allerdings auf die gesamte weibliche Wohnbevölkerung beziehen.

Tabelle 24: Geburtenhäufigkeiten nach dem Alter der Mütter (1970, 1973, 1976)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Lebendgeborene auf 1 000 Frauen der weiblichen Wohnbevölkerung der nebenstehenden Altersgruppe		
	1970	1973	1976
15 - 25	81,2	60,9	52,7
25 - 35	91,6	72,3	78,6
35 - 45	25,0	18,6	14,2

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, 1972, S. 46; 1975, S. 58 und 72; 1978, S. 59 und 71.

Die durchschnittlichen Mutterschaftsgeldleistungen für die weiblichen pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder in der Abgrenzung der Tabelle 8 sind in der Tabelle 25 dargestellt.[1] Sie zeigt, daß nur bei der Gruppe der 25 bis unter 35 jährigen Versicherten das Absinken der Geburtenhäufigkeit so gering war, daß es vom Anstieg der Leistungen überkompensiert werden konnte und so im Zeitablauf steigende durchschnittliche Leistungen auftraten.

Die gesamten S t e r b e g e l d l e i s t u n g e n[2] sind zu unterscheiden in das Mitgliedersterbegeld und das Familien-

---

[1] Bei der Vorgehensweise zur Ermittlung der durchschnittlichen Mutterschaftsgeldleistungen wurde wiederum dem von Andel gewählten Weg gefolgt. Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 54 f.

[2] Vgl. §§ 201 bis 204 RVO.

Tabelle 25: Durchschnittliche Barleistungen im Rahmen der Mutterschaftshilfe je weibliches Mitglied der GKV nach Altersgruppen (1970, 1973, 1976) - in DM -

Alter von ... bis unter ... Jahren	1970	1973	1976
15 - 25	107	107	104
25 - 35	178	188	229
35 - 45	46	45	39

Quelle: Eigene Berechnungen

sterbegeld. Beim Mitgliedersterbegeld beträgt die Regelleistung das zwanzigfache des (kalendertäglichen) Grundlohns, mindestens jedoch 100 DM. Die Satzung kann diese Beträge als Mehrleistung bis zum vierzigfachen des Grundlohns erhöhen und den Mindestbetrag bis auf 150 DM heraufsetzen. Beim Tod von Familienangehörigen betragen die Leistungen die Hälfte des satzungsmäßigen Mitgliedersterbegeldes, mindestens aber 50 DM. War der Verstorbene selbst gesetzlich auf Sterbegeld versichert, dann ist dieses Sterbegeld auf das Familiensterbegeld anzurechnen. In der allgemeinen Krankenversicherung ist die Höhe des Mitgliedersterbegeldes also abhängig vom Einkommen des Mitgliedes; das Familiensterbegeld darüber hinaus von der Anzahl und ggf. von eigenen Ansprüchen der mitversicherten Angehörigen. Bei den Mitgliedern der KVdR wird der durchschnittliche Grundlohn der jeweiligen Kasse zugrundegelegt.

Eine Zuordnung der Sterbegeldleistungen auf die Mitglieder einerseits und mitversicherten Angehörigen andererseits ist insbesondere wegen der Unkenntnis über die Aufteilung der mitversicherten Familienangehörigen auf die Allgemeinversicherten und die Rentner sowie ihre Zuordnung zu den Einkommensklassen der Hauptversicherten in der allgemeinen Krankenversicherung nicht möglich. Da das Sterbegeld weniger als

2 v.H. der gesamten Leistungsausgaben ausmacht, soll eine Aufteilung nur auf die versicherten Mitglieder einschließlich der Rentner erfolgen.[1]

Als Ausdruck für die alters- und geschlechtsspezifischen Sterberisiken werden die Sterbeziffern für die gesamte Wohnbevölkerung herangezogen (Tabelle 26). Einkommensbezogene

Tabelle 26: Sterbeziffern nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1973, 1976)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Gestorbene auf 1 000 Personen der Bevölkerung der nebenstehenden Altersgruppe					
	1970		1973		1976	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
15 - 25	1,6	0,6	1,5	0,6	1,5	0,6
25 - 35	1,8	0,8	1,6	0,8	1,5	0,7
35 - 45	3,1	1,8	3,0	1,7	3,0	1,6
45 - 55	7,2	4,3	7,2	4,2	8,2	4,0
55 - 65	20,9	10,3	20,7	10,1	19,2	9,4
65 -	78,3	57,2	76,0	54,4	75,1	53,3

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, 1972, S. 50; 1975, S. 58 und 76; 1978, S. 59 und 74.

Bemessungsgrundlage bilden die aus den durchschnittlichen beitragspflichtigen Bruttoeinkommen der Tabelle 22 sowie den durchschnittlichen Jahresgrundlöhnen der Rentner[2] ermittelten gewogenen Mittelwerte. Die aus diesen Angaben errechneten durchschnittlichen Sterbegeldleistungen je Mitglied sind in der Tabelle 27 dargestellt.

---

[1] Ebenso bei N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 55 f.

[2] Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bekanntmachung über die Grundlöhne der nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO versicherten Mitglieder der Krankenkassen, in: Bundesarbeitsblatt 1971, S. 143; 1974, S. 113 f.; 1977, S. 89.

Tabelle 27: Durchschnittliche Sterbegeldleistungen je Mitglied der GKV nach Altersgruppen und Geschlecht (1970, 1973, 1976) - in DM -

Alter von ... bis unter ... Jahren	1970		1973		1976	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
15 - 25	1	0	2	1	2	1
25 - 35	3	1	4	1	4	1
35 - 45	5	2	7	3	9	3
45 - 55	11	4	16	6	24	8
55 - 65	28	9	40	14	47	17
65 -	66	45	102	70	132	91

Quelle: Eigene Berechnungen.

4.1.1.3. Verwaltungsleistungen

Die Verwaltungsleistungen, die als eine zusätzliche Leistungskategorie betrachtet werden, machen etwa 5 v.H. der gesamten Leistungsausgaben aus. In Anbetracht dieser Größenordnung und wegen fehlender Kriterien für eine differenzierte Zurechnung sollen sie deshalb auf sämtliche Versicherten, also Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige gleichmäßig verteilt werden.[1] Die durchschnittlichen Verwaltungsleistungen je Versicherten betragen danach 23 DM für 1970, 36 DM für 1973 und 51 DM für das Jahr 1976.

4.1.2. Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen

Die bisher für einzelne Versicherte ermittelten risikoäquivalenten Leistungen sollen nun so kombiniert werden, daß auf die Betrachtung der umverteilungsrelevanten Gruppen der Al-

---

[1] So auch bei N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 57.

leinstehenden und Familien verschiedener Größe und unterschiedlichen Typs abgestellt werden kann. Tabelle 28 verdeutlicht zunächst die Größenordnungen dieser Versichertengruppen, wobei die gerundeten Zahlen Ausdruck einer nur approximativ möglichen Berechnung sind.[1] Als Zeichen für die Zuverlässigkeit dieser Ergebnisse kann allerdings gelten, daß sie nicht nur global, sondern auch im Hinblick auf die altersspezifische Zusammensetzung sowohl der Mitglieder als auch der mitversicherten Angehörigen mit den GKV-Werten der Tabelle 7 weitgehend übereinstimmen.

In der Tabelle 28 sind die Nichterwerbspersonen, die über 65 jährigen Erwerbstätigen sowie die unter 65 jährigen Rentner nicht enthalten. Die Ermittlung des Krankheitsrisikos speziell für die beiden letztgenannten Gruppen ist aus den bereits angesprochenen Gründen[2] auch nur schwer möglich, so daß sie schon aus diesem Grunde außer Betracht bleiben müssen. Zudem werden im folgenden auch für die Alleinstehenden mit Kindern die Krankheitskostenrisiken und Umverteilungswirkungen nicht im einzelnen ausgewiesen. Dies geschieht allerdings nur, um die Darstellung kompakter und übersichtlicher zu gestalten; eine Quantifizierung der Risiken und Verteilungswirkungen ist für sie genauso möglich, wie für die nun

---

[1] Diese Ergebnisse sind aus den Erhebungen des Mikrozensus abgeleitet worden, indem die entsprechenden Angaben über die Wohnbevölkerung um den Anteil der privat Versicherten in den jeweiligen Altersgruppen und um den Anteil der sonstigen Versicherungsschutz genießenden Personen und Nichtversicherten pauschal gekürzt wurden. Die Aufteilung auf Einverdiener- und Zweiverdiener-Familien bei den Erwerbstätigen erfolgte mittels der Erwerbstätigkeitsquoten der Frauen, die hier aus den kinderzahl- und altersspezifischen Quoten kombiniert wurden. Bei den Rentnern geschah die Aufteilung durch Abstimmung der Mikrozensusdaten mit den Angaben über die Rentenbezieher in der GKV (Tabelle 7), wonach sich für Ehefrauen mit eigener Versichertenrente ein Anteil von etwa 30 v.H. der Rentnerehepaare ergab.

[2] Siehe die Ausführungen auf S. 92 f. sowie die Tabellen 12 und 13.

Tabelle 28: Versicherte der GKV nach Altersgruppen und Familienstand (Approximative Berechnungen nach den Erhebungen des Mikrozensus 1975)[a] - in 1 000 -

Alter von ... bis unter ... Jahren	Ehepaare mit ... ledigen Kindern unter 18 Jahren[b]									
	Einverdiener-Haushalte[c]					Zweiverdiener-Haushalte[c]				
	0	1	2	3	4 u.m.	0	1	2	3	4 u.m.
15 - 25	40	90	20	/	/	190	70	10	/	/
25 - 35	120	530	460	120	30	550	420	260	70	20
35 - 45	140	470	780	350	170	300	430	500	210	100
45 - 55	660	460	290	110	70	520	340	160	60	50
55 - 65	910	90	30	/	/	210	50	10	/	/
Rentner 65 -	1 460	40	/	/	/	620	20	/	/	/

	Alleinstehende					
	ohne Kinder unter 18 Jahren[d]		Frauen mit ... ledigen Kindern unter 18 Jahren			Männer mit Kindern unter 18 Jahren
	Männer	Frauen	1	2	3 u.m.	
15 - 25	2 350	1 650	30	/	/	/
25 - 35	800	320	70	30	10	10
35 - 45	400	260	70	40	30	30
45 - 55	180	540	50	20	10	10
55 - 65	100	390	10	/	/	/
Rentner 65 -	710	3 300	10	/	/	/

[a]Ohne Nichterwerbspersonen bzw. Nichterwerbstätige bei den unter 65 Jährigen. [b]Nach dem Alter des Familienvorstands. [c]Bei den Rentnern ohne bzw. mit eigener Rente der Ehefrau. [d]Einschließlich Ledige, die Kinder in einer Familie sind.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 3 Haushalte und Familien 1977, S. 53 ff.; ders., Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, I. Entwicklung der Erwerbstätigkeit, 1975, S. 35; ders., II. Versicherte in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, 1974, S. 18 ff.; eigene Berechnungen; Zahlen sind gerundet.

ausschließlich zu betrachtenden Gruppen der Alleinstehenden ohne Kinder[1], der kinderlosen Ehepaare und der vollständigen Familien.

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben für die einzelnen Versicherten können nun nicht ohne weiteres für die beschriebenen Gruppen von Alleinstehenden und Familien zusammengefaßt werden. So sind in den Sachleistungen für die weiblichen Versicherten die Ausgaben im Rahmen der Mutterschaftshilfe enthalten. Will man die durchschnittlichen Leistungen für Frauen ohne Kinder oder für Familien mit einer unterschiedlich großen Kinderzahl ermitteln, sind zusätzliche Berechnungen erforderlich.

Bei der Eliminierung der durchschnittlichen Sachausgaben im Rahmen der Mutterschaftshilfe aus den gesamten Sachleistungen der Frauen kann im Prinzip genau wie bei der Berechnung der entsprechenden Barleistungen vorgegangen werden, nur daß hier zusätzlich auch die mitversicherten Familienangehörigen einzubeziehen sind und die Einkommenshöhe als Gewichtungsfaktor entfällt. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 29 zusammengefaßt.

Tabelle 29: Durchschnittliche Sachleistungen im Rahmen der Mutterschaftshilfe je weiblichen Versicherten der GKV nach Altersgruppen (1970, 1973, 1976) - in DM -

Alter von ... bis unter ... Jahren	1970	1973	1976
15 - 25	50	66	93
25 - 35	56	78	139
35 - 45	15	20	25

Quelle: Eigene Berechnungen

[1] Hierzu zählen in diesem Zusammenhang auch die erwerbstätigen Ledigen, die Kinder in einer Familie sind.

Für die Familien mit Kindern sind nun die durchschnittlichen jährlichen Sachleistungen im Rahmen der Mutterschaftshilfe für eine jeweils vorgegebene Anzahl von Kindern zu bestimmen. Sie lassen sich aus den Werten der Tabelle 29 ableiten, wenn an Stelle der Geburtenhäufigkeiten, wie etwa "im statistischen Durchschnitt 0,0812 Geborene je weiblichen Versicherten der Altersgruppe von 15 bis unter 25 Jahren im Jahre 1970", von einer bestimmten Anzahl der geborenen Kinder ausgegangen wird. Für die Familien, in denen die Ehefrau zur Altersgruppe der 15 bis unter 25 Jährigen gehört, lassen sich die durchschnittlichen Sachleistungen pro Jahr für eine unterschiedlich große Anzahl von Kindern ohne weiteres ermitteln, da sämtliche Kinder auch in dieser Altersperiode geboren sein müssen. Anders verhält es sich bei Familien, in denen die Ehefrau einer der beiden höheren Altersgruppen angehört, deren Kinder also in den Jahren dieser oder der vorhergehenden Altersgruppe(n) geboren sein können. In diesen Fällen können als Wahrscheinlichkeiten für den Zeitpunkt der Geburt die jeweiligen Geburtenhäufigkeiten aus Tabelle 24 herangezogen und als Gewichtungsfaktor verwendet werden. Da sie für sämtliche Geburten gelten, wird implizit unterstellt, daß sie von der Anzahl der Kinder in den Familien unabhängig sind. Auf die gleiche Weise sind für die Fälle, in denen die Ehefrau ebenfalls berufstätig ist, die durchschnittlichen jährlichen Barleistungen je Kind im Rahmen der Mutterschaftshilfe zu ermitteln. Die Ergebnisse enthält Tabelle 30.

Bei der altersspezifischen Differenzierung der Familien wird auf das Alter des Haushaltsvorstands abgestellt. Zusätzlich muß festgelegt werden, welcher Altersgruppe die Ehefrau angehört. Dabei soll gelten, daß die Ehefrau der gleichen Altersgruppe wie der Ehemann angehört, mit Ausnahme der Gruppen der 55 bis unter 65 jährigen und der über 65 jährigen Frauen in Familien mit Kindern; hier gilt für die Ehefrau die jeweils nächsttiefere Altersgruppe. Die Annahme der Zu-

Tabelle 30: Durchschnittliche Leistungen je Kind im Rahmen der Mutterschaftshilfe nach Altersgruppen der Mütter (1970, 1973, 1976) - in DM -

Alter von ... bis unter ... Jahren	Sachleistungen			Barleistungen		
	1970	1973	1976	1970	1973	1976
15 - 25	61	108	176	132	176	197
25 - 35	32	58	106	103	140	175
35 - 45	8	13	18	24	29	28

Quelle: Eigene Berechnungen.

gehörigkeit der Ehepartner zur gleichen Altersgruppe läßt sich zunächst damit rechtfertigen, daß das durchschnittliche Heiratsalter der Männer nur um etwa drei Jahre über dem der Frauen liegt.[1] Weiterhin zeigt ein Vergleich der Anzahl der verheirateten Männer mit der der Frauen in den einzelnen Altersklassen, daß sich ihre jeweilige Anzahl zumeist etwa entspricht. Ausnahme hiervon sind die in der untersten Altersgruppe[2] bestehende Überzahl der Frauen, die sich auf die Männer der nächsthöheren Gruppe(n) verteilt, sowie insbesondere die Überzahl der Männer in Familien mit Kindern der beiden letzten Altersgruppen, die darauf hindeutet, daß der größte Anteil dieser verheirateten Männer eine jüngere Ehefrau hat.[3] Dies führt dann auch zu der Annahme, daß die zu diesen Gruppen gehörigen Ehefrauen der jeweils nächsttieferen Altersgruppe angehören. Bei den Familien ohne Kinder bleibt die Annahme der Zugehörigkeit der Ehepartner zur gleichen Altersgruppe aufrechterhalten. Insgesamt gewähr-

---

[1] Vgl. Statistisches Jahrbuch 1977, S. 70.

[2] Bezogen jeweils auf die in Tabelle 28 gewählte Altersgliederung.

[3] Vgl. hierzu Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 3 Haushalte und Familien 1977, Stuttgart und Mainz 1977, S. 55, 56 und 69.

leisten diese Festlegungen, daß nicht nur die jeweils durchschnittliche, sondern auch die überwiegend bestehende Familiensituation erfaßt wird.

Die Kinder werden in sämtlichen Fällen als in der Familie mitversichert betrachtet und der Risikoaltersgruppe der bis unter 15 Jährigen zugerechnet. Bis zu diesem Alter befinden sie sich in aller Regel in schulischer Ausbildung und sind demnach nicht selbst Mitglieder der GKV. Bezieht man - in Anlehnung an die Strukturdaten der Tabelle 28 - auch die 15 bis unter 18 Jährigen in den Kreis der mitversicherten Kinder ein, so zeigt sich, daß auch in dieser Gruppe nur der geringere Teil erwerbstätig und damit zumeist selbst versichert ist.[1] Wie aus der Tabelle 11 hervorgeht, weichen zudem bei den Männern die für die 15 bis unter 18 Jährigen relevanten Risikoprofile nur unwesentlich von denen der bis unter 15 Jährigen ab. Auch bei den Frauen ergeben sich weit geringere Unterschiede, als sie aus einem Vergleich mit der Gruppe der 15 bis unter 25 Jährigen erscheinen, wenn man aus den Tabelle 9 und 10 die Profile für die Gruppe der 15 bis nur unter 20 Jährigen errechnet. Hier liegen die Risiken nur noch um ca. 35 bis 50 v.H. über denen der unter 15 Jährigen, eine Differenz, die sich für die 15 bis unter 18 Jährigen weiterhin verringern wird.

Die unter Berücksichtigung der zusätzlichen Ergebnisse in den Tabellen 29 und 30 sowie der beschriebenen Annahmen ermittelten durchschnittlichen Leistungsausgaben für die Alleinstehenden ohne Kinder und die unterschiedlich großen Ein- und Zweiverdiener-Familien sind in der Tabelle 31 angegeben. Sie steigen allgemein sowohl mit zunehmendem Alter der Ver-

---

[1] Im Jahre 1975 waren dies 39 v.H. dieser Altersgruppe. Vgl. hierzu Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 3 Haushalte und Familien 1977, a.a.O., S. 109.

Tabelle 31: Durchschnittliche alters- und familienspezifische Leistungsausgaben der GKV[a] (1970, 1973, 1976)

- in DM -

Alter von ... bis unter ... Jahren	Alleinstehende ohne Kinder		Familien mit ... Kindern Einverdiener-Haushalte					Zweiverdiener-Haushalte				
	Männer	Frauen	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1970												
15 - 25	232	293	496	745	994	.	.	525	906	1 287	.	.
25 - 35	306	513	759	979	1 199	1 419	1 639	819	1 142	1 465	1 788	2 111
35 - 45	426	561	883	1 079	1 275	1 471	1 667	987	1 207	1 427	1 647	1 867
45 - 55	704	697	1 258	1 446	1 634	1 822	2 010	1 401	1 589	1 777	1 965	2 153
55 - 65	1 003	821	1 604	1 745	1 933	.	.	1 824	1 888	2 076	.	.
65 - (Rentner)	808	732	1 495	1 597	.	.	.	1 540	1 606	.	.	.
1973												
15 - 25	357	477	789	1 177	1 565	.	.	834	1 398	1 962	.	.
25 - 35	489	833	1 231	1 569	1 907	2 245	2 583	1 322	1 800	2 278	2 756	3 234
35 - 45	667	897	1 406	1 699	1 992	2 285	2 578	1 564	1 886	2 208	2 530	2 852
45 - 55	1 113	1 117	2 013	2 293	2 573	2 853	3 133	2 230	2 510	2 790	3 070	3 350
55 - 65	1 608	1 328	2 602	2 788	3 068	.	.	2 936	3 005	3 285	.	.
65 - (Rentner)	1 403	1 274	2 607	2 677	.	.	.	2 677	2 691	.	.	.
1976												
15 - 25	540	719	1 204	1 771	2 338	.	.	1 259	2 023	2 787	.	.
25 - 35	741	1 265	1 893	2 390	2 887	3 384	3 881	2 006	2 678	3 350	4 022	4 694
35 - 45	997	1 399	2 201	2 600	2 999	3 398	3 797	2 396	2 823	3 250	3 677	4 104
45 - 55	1 646	1 676	3 052	3 443	3 834	4 225	4 616	3 322	3 713	4 104	4 495	4 886
55 - 65	2 341	2 012	3 942	4 138	4 529	.	.	4 353	4 408	4 799	.	.
65 - (Rentner)	2 250	2 051	4 210	4 242	.	.	.	4 301	4 259	.	.	.

[a]Bei durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Einkommen.

Quelle: Eigene Berechnungen.

sicherten als auch mit wachsender Kinderzahl an. Eine Ausnahme hiervon besteht lediglich beim Übergang von den 25 bis unter 35 jährigen zu den 35 bis unter 45 jährigen Zweiverdiener-Familien mit mehr als zwei Kindern, bei denen die abnehmenden Mutterschaftsleistungen nicht durch höhere altersspezifische Ausgaben überkompensiert werden.

Die Unterschiede im Niveau zwischen Ein- und Zweiverdiener-Familien sind darauf zurückzuführen, daß die ebenfalls berufstätige Ehefrau zusätzlich Anspruch auf Kranken-, Mutterschafts- und Sterbegeld besitzt. Da diese Barleistungen im Zeitablauf weniger stark gestiegen sind als die übrigen Leistungen, hat sich auch der Niveauunterschied der gesamten Leistungen vermindert.

Die geringeren Leistungen für die Rentner im Vergleich zu den - hier nicht ausgewiesenen - Ausgaben für die gleichaltrigen Allgemeinversicherten resultieren aus dem Fortfall des Krankengeldanspruchs. Im Vergleich mit den Leistungsausgaben für die 55 bis unter 65 jährigen Allgemeinversicherten ergeben sich die Unterschiede daraus, ob und in welchem Maße die alterspezifischen Mehrausgaben das entfallende Krankengeld kompensieren bzw. überkompensieren. Die im Zeitablauf vergleichsweise zu den Allgemeinversicherten stärker gestiegenen Leistungsausgaben für die Rentner sind zum einen darauf zurückzuführen, daß die Krankengeldleistungen weniger stark angestiegen sind als die Sachleistungen und zudem die Sachleistungen für die Rentner im Vergleich zu den Allgemeinversicherten stärker zugenommen haben.[1]

---

[1] Siehe Abschnitt 2.2.3.

4.1.3. Höhe des Einkommens

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen den durchschnittlichen Leistungsausgaben bzw. dem Krankheitskostenrisiko und der Einkommenshöhe des Versicherten stellt sich unter zwei Gesichtspunkten. Der eine bezieht sich auf die krankenversicherungsrechtliche Regelung, daß ein Teil der gesamten Leistungen, die Geldleistungen, von der Höhe des Grund- bzw. Regellohns und damit vom beitragspflichtigen Einkommen abhängig ist. Für die Krankengeld- und Sterbegeldleistungen wird diese Einkommensabhängigkeit durch die Beitragsbemessungsgrenze limitiert; beim Mutterschaftsgeld für Arbeitnehmerinnen ist durch die Begrenzung auf 25 DM pro Tag nur bis zu einem Jahresnettoeinkommen von 9 000 DM eine Einkommensabhängigkeit gegeben. Da bei Überschreiten dieses Betrages jedoch durch den Arbeitgeber ein Zuschuß in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen dem von der Krankenkasse gewährten Mutterschaftsgeld und dem Nettoentgelt gezahlt wird, liegt eine solche Begrenzung aus der Sicht des versicherten Mitglieds nicht vor; für die Leistungsausgaben der GKV bleibt sie allerdings bestehen.

Bis zur Beitragsbemessungsgrenze variieren die Geldleistungen allgemein um den gleichen Vomhundertsatz wie die beitragspflichtigen Einkommen.[1] Die alters-, geschlechts- und familienspezifischen Unterschiede zeigen sich jedoch dann, wenn man die Geldleistungen in v.H. einer absolut gleichhohen Einkommensänderung betrachtet (Tabelle 32)[2]. Dabei werden die Mitglieder mit hohem Geldleistungsrisiko - es

---

[1] Wenn - wie bisher - in allen Fällen vom Bruttoeinkommen als Bestimmungsfaktor für die Höhe der Geldleistungen ausgegangen wird.

[2] Diese Werte entsprechen dem jeweiligen Anteil der durchschnittlichen Geldleistungen am zugehörigen beitragspflichtigen Einkommen.

Tabelle 32: Variation der alters- und familienspezifischen Geldleistungen in v.H. einer absoluten Veränderung des beitragspflichtigen Einkommens[a] (1970, 1973, 1976)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Alleinstehende ohne Kinder		Einverdiener-Familien	Zweiverdiener-Familien mit ... Kindern[b]				
	Männer	Frauen		0	1	2	3	4
1970								
15 - 25	0,47	0,43	0,47	0,45	1,41	2,38	.	.
25 - 35	0,48	0,60	0,48	0,53	0,95	1,38	1,80	2,23
35 - 45	0,70	1,11	0,70	0,86	0,96	1,06	1,17	1,27
45 - 55	1,70	1,48	1,70	1,61	1,61	1,61	1,61	1,61
55 - 65	3,09	2,46	3,09	2,84	2,42	2,42	.	.
1973								
15 - 25	0,53	0,49	0,53	0,51	1,45	2,39	.	.
25 - 35	0,52	0,67	0,52	0,58	1,01	1,43	1,86	2,28
35 - 45	0,78	1,23	0,78	0,96	1,05	1,14	1,23	1,31
45 - 55	1,89	1,65	1,89	1,79	1,79	1,79	1,79	1,79
55 - 65	3,42	2,74	3,42	3,15	2,68	2,68	.	.
1976								
15 - 25	0,50	0,47	0,50	0,48	1,31	2,13	.	.
25 - 35	0,51	0,65	0,51	0,57	0,98	1,39	1,81	2,22
35 - 45	0,76	1,19	0,76	0,93	0,99	1,06	1,13	1,20
45 - 55	1,84	1,61	1,84	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
55 - 65	3,30	2,63	3,30	3,03	2,59	2,59	.	.

[a]Bei durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Einkommen bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. [b]Die Aufteilung des Gesamtbetrages der Veränderung auf beide Ehepartner entspricht dem Verhältnis ihrer durchschnittlichen Einkommen.

Quelle: Eigene Berechnungen.

sind dies vor allem die älteren Versicherten sowie die mutterschaftsgeldberechtigten Zweiverdiener-Familien mit zunehmender Kinderzahl - relativ stark betroffen, während die Leistungen für die risikoarmen jüngeren und kinderlosen Mitglieder von Einkommensvariationen nur wenig berührt werden.[1]

[1]Die Veränderungen der Leistungen für Einverdiener-Familien entsprechenden denen der alleinstehenden Männer ohne Kinder, da in beiden Fällen nur Anspruch auf Kranken- und Sterbegeld des Mannes besteht.

Die Entwicklung der Einkommensabhängigkeit der Geldleistungen während des Untersuchungszeitraums reflektiert die unterschiedlichen Steigerungsraten der Einkommen und Geldleistungen. Stiegen bis 1973 die Geldleistungen durchschnittlich stärker als die Einkommen, so war es danach umgekehrt. Vor 1970 und damit vor Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter lagen die Vomhundertsätze für diesen Personenkreis auf einem weitaus höheren Niveau. Gegenwärtig spielt die Einkommenshöhe - insbesondere im Vergleich mit den Einflüssen der Risikomerkmale Alter, Geschlecht und mitversicherte Familienangehörige - allgemein eine weitgehend untergeordnete Rolle für die Höhe des Krankheitskostenrisikos.

Der zweite Gesichtspunkt, unter dem die Frage nach der Einkommensabhängigkeit des Krankheitskostenrisikos untersucht werden kann, bezieht sich nicht auf institutionelle Regelungen, sondern geht vom Nachfrageverhalten und von den Bedürfnissen der Versicherten aus. Dabei lassen sich zwei - gegenläufige - Hypothesen aufstellen: Zum einen kann vermutet werden, daß mit steigendem Einkommen aufgrund des hiermit im allgemeinen positiv korrelierten (Aus-)Bildungsstandes ein wachsendes Informationsniveau und Gesundheitsbewußtsein einhergeht,[1] das zur vermehrten Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern führt. Eine solche positive Korrelation zwischen Einkommenshöhe und Leistungsinanspruchnahme wäre auch dann denkbar, wenn mit wachsendem Einkommen der abzuführende Beitrag im Vergleich zu den empfangenen Leistungen merklich höher ist und der Versicherte dies durch eine vermehrte Leistungsinanspruchnahme zu kompensieren versucht.[2]

---

[1] Vgl. etwa K.-D. Henke, Öffentliche Gesundheitsausgaben und Verteilung, Göttingen 1977, S. 134.

[2] Vgl. hierzu B. Molitor, Moral Hazard in der Sozialpolitik, in: Wirtschaftsdienst 56. Jg. (1976), S. 240 ff.

Andererseits ist zu beachten, daß in vielen Fällen mit sinkendem Einkommen und Ausbildungsniveau Tätigkeiten ausgeübt werden, die mit einem höheren berufsbedingten Krankheitsrisiko verbunden sind und von daher zu einer erhöhten Leistungsinanspruchnahme führen. Hier wie teilweise auch bei der ersten Hypothese ist der eigentliche Bestimmungsgrund für die Höhe der Leistungsinanspruchnahme also die berufliche Tätigkeit, die deshalb auf die Einkommen projiziert wird, weil die vorliegenden empirischen Ergebnisse sich zumeist auf Einkommensgrößen beziehen. Beide Hypothesen gelten selbstverständlich unter der Bedingung, daß die Versicherten der gleichen Altersgruppe angehören, da anderenfalls das Risikomerkmal Alter, das ja in verschiedener Weise mit der Einkommenshöhe korreliert ist, die Ergebnisse beeinflussen würde.

Aus den Hypothesen geht hervor, daß auf die individuellen Zusammenhänge abgestellt wird. Der bereits gezeigte Tatbestand, daß die gesamtgesellschaftliche Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben größer als eins ist,[1] mag auf den ersten Blick zwar auf ähnliche Zusammenhänge für den individuellen Fall im Rahmen einer Querschnittsbetrachtung hindeuten. Allerdings ist das Anspruchsniveau der Versicherten nur ein Faktor unter vielen, die die gesamtgesellschaftliche Entwicklung determinieren, so daß diese für die Erklärung der individuellen Zusammenhänge kaum eine Hilfestellung bietet.

Die Hypothese einer positiven Korrelation zwischen individueller Einkommenshöhe und Leistungsinanspruchnahme wird bestätigt durch die Wagnisstatistiken der PKV, aus denen dieses Phänomen bereits seit Jahrzehnten nachgewiesen werden kann. Das daraus resultierende Überrisiko wird nach Unter-

---

[1] Siehe S. 46 ff.

suchungen an großen PKV-Beständen auf 10 bis 20 v.H. beziffert.[1] Hier wird die geschilderte gegenläufige Entwicklung auch kaum einen Einfluß ausgeübt haben, da beim PKV-spezifischen Versichertenkreis annähernd die gleiche berufsbedingte Morbidität gegeben sein dürfte. Ebenso ist durch die in der PKV generell vorgenommene Differenzierung nach dem Alter auch der Einfluß dieses Risikomerkmals ausgeschlossen.

Für den Bereich der GKV lassen die vorliegenden Ergebnisse eine getrennte Prüfung der verschiedenen Hypothesen nicht zu, so daß am Ende lediglich eine Aussage über den Nettoeffekt stehen kann.

Einen ersten Eindruck vermitteln die Ergebnisse der Tabelle 15. Danach scheinen Unterschiede im berufsspezifischen Krankheitsrisiko im allgemeinen von untergeordneter Bedeutung zu sein. Dies kann allerdings auch darin begründet liegen, daß sich etwa die für Arbeiter größeren berufsbedingten Risiken mit den höheren gesundheitsbewußten Leistungsinanspruchnahmen der besser verdienenden Angestellten, Beamten und Selbständigen[2] kompensieren, so daß die aufgestellten Hypothesen dennoch gültig bleiben.

---

[1] Vgl. H.G. Timmer, Fehlspekulation oder Irreführung? in: Die private Krankenversicherung, Organ des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Köln, 1972, S. 56 f., hier: S. 57

[2] Die Haushaltsbruttoeinkommen der Angestellten (Beamten, Selbständigen) lagen 1973 um 23 v.H. (26 v.H., 85 v.H.) über denen der Arbeiter. Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 15 Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1973, Heft 4 Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte, Stuttgart und Mainz 1977, S. 15.

In einer Untersuchung der Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung[1] werden andererseits z.T. deutliche positive statistische Korrelationen zwischen der Höhe des Grundlohns je Allgemeinversicherten der einzelnen Kassen und den zugehörigen Leistungsausgaben festgestellt, die in der Tabelle 33 wiedergegeben sind.

Tabelle 33: Korrelationskoeffizienten zwischen Grundlohn und Leistungsausgaben je Mitglied der AKV (1973)

Leistungsart	Korrelationskoeffizient
Ambulante Behandlung	0,65
Arzneimittel	0,56
Stationäre Behandlung	0,38
Krankengeld	0,33
Mutterschaftsgeld	-0,43
Sonstige Leistungen	0,50
Gesamte Leistungen (einschl. Verwaltungskosten)	0,58

Quelle: W. Appelt, Th. Kreifelts, Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Auswirkungen alternativer Finanzausgleichsmodelle - Eine quantitative Untersuchung -, Mitteilung der Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung, Bonn, Nr. 36, St. Augustin 1976, S. 20.

Die relativ niedrigen Korrelationskoeffizienten für Krankengeld und stationäre Behandlung werden so interpretiert, daß hier offensichtlich andere Einflußfaktoren als der Grundlohn eine größere Rolle spielen. Bei der stationären Behandlung können etwa unterschiedliche regionale Krankenhauskapazitäten einen wichtigen Einflußfaktor darstellen, der von der

[1] W. Appelt, Th. Kreifelts, Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Auswirkungen alternativer Finanzausgleichsmodelle - Eine quantitative Untersuchung -, Mitteilung der Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung, Bonn, Nr. 36, St. Augustin 1976.

Angebotseite her die Leistungsinanspruchnahme begrenzt.[1] Der negative Korrelationskoeffizient zwischen dem Grundlohn und der Mutterschaftshilfe läßt sich ferner damit erklären, daß aufgrund der Einkommensunterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Beschäftigten die Krankenkassen mit einem hohen (niedrigen) Anteil an weiblichen Mitgliedern einen niedrigen (hohen) Grundlohn aufweisen.[2]

Damit ist bereits angesprochen, daß aufgrund der für den Grundlohn und die Leistungsausgaben verwendeten Durchschnittswerte je Mitglied der Kasse nicht geprüft werden kann, inwieweit die Ergebnisse auf unterschiedliche Versichertenstrukturen zurückzuführen sind. So können positive Korrelationen auch daraus resultieren, daß die jüngeren Mitglieder, die erst am Beginn ihres Erwerbsprozesses mit relativ niedrigen Einkommen stehen, aber auch eine geringe Altersmorbidität aufweisen, sich mit unterschiedlichen Anteilen auf die einzelnen Kassen verteilen. Bei den Kassen mit einem überproportionalen (unterproportionalen) Anteil dieser Versichertengruppe stehen dann niedrige (höhere) durchschnittliche Grundlöhne geringeren (höheren) Leistungsausgaben je Mitglied gegenüber. Ebenso ist ein positiver Zusammenhang dadurch möglich, daß relativ geringe (hohe) durchschnittliche Grundlöhne der Kassen auf einen überproportionalen (unterproportionalen) Anteil von verheirateten weiblichen Beschäftigten zurückzuführen sind, und damit sich auf der Leistungsseite eine geringere (höhere) Anzahl von mitversicherten Familienangehörigen und letztlich relativ niedrige (hohe) Leistungsausgaben je Mitglied ergeben.

---

[1] Vgl. W. Appelt, Th. Kreifelts, a.a.O., S. 2O.
[2] Ebenda, S. 75.

Weitere Ergebnisse sind in einer Studie des Internationalen Instituts für empirische Sozialökonomie über die Verteilungswirkungen im System der sozialen Sicherheit enthalten.[1] Diese auf der Basis von Stichprobenerhebungen ermittelten Daten beziehen sich allerdings nicht ausschließlich auf die GKV, sondern umfassen sämtliche Transfers für die Funktion Gesundheit (Vorbeugung, Krankheit, Arbeitsunfall, Invalidität). Weiterhin wird nicht auf Kostengrößen der Versicherungsträger, sondern auf die Nutzung realer Transfers durch die Versicherten abgestellt.[2] In der Tabelle 34 ist diese Nutzung der realen Gesundheitsleistungen für unterschiedlich große Nettoeinkommen und differenziert nach Leistungsarten anhand sog. bereinigter Vielfacher dargestellt. Die bereinigten Vielfachen geben an, um wieviel die Nutzung einer durchschnittlichen Person einer bestimmten Bevölkerungsgruppe von dem um die Gruppengrößen bereinigten Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (Normierung auf eins) abweicht.[3]

Mit Ausnahme der zahnärztlichen Leistungen und der Vorsorgeaufwendungen ergibt sich aus diesen Daten ein negativer Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und der Häufigkeit der Leistungsinanspruchnahme.[4] Bei einer solchen Interpretation läßt man allerdings außer acht, daß der für die Leistungsinanspruchnahme maßgebliche Einflußfaktor Alter mit der Einkommenshöhe korreliert ist und damit die Ergebnisse

---

[1] Internationales Institut für empirische Sozialökonomie, Die Verteilungswirkungen des Systems der sozialen Sicherheit, Forschungsauftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Band 1, Augsburg 1977, S. 42 ff.

[2] Nutzung realer Transfers sind etwa die Anzahl der durchschnittlichen Arztbesuche oder die durchschnittliche Anzahl von Arzneimittelkäufen.

[3] Internationales Institut für empirische Sozialökonomie, a.a.O., S. 183 f.

[4] Ebenda, S. 49.

Tabelle 34: Nutzung realer Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Haushaltsnettoeinkommen (1976) - Darstellung anhand bereinigter Vielfacher -[a]

monatliches Haushaltsnettoeinkommen von ... bis unter ... DM	Leistungsarten					
	Ärztl. Leist.	Zahnärztl. Leist.	Arzneimittel	Station. Leist.	Vorsorgeuntersuchungen	Kuraufenthalte
- 600	1,22	1,46	1,32	1,10	0,70	0,95
600 - 1 000	1,15	0,28	1,13	1,26	0,84	0,91
1 000 - 1 500	0,98	0,85	1,05	1,00	1,00	1,13
1 500 - 2 000	0,89	1,00	0,88	1,03	1,16	1,10
2 000 - 2 500	0,89	1,29	0,79	0,90	1,19	1,00
2 500 -	0,87	1,11	0,83	0,70	1,12	0,92

[a]Durchschnittliche Nutzung auf eins normiert.

Quelle: Internationales Institut für empirische Sozialökonomie: Die Verteilungswirkungen des Systems der sozialen Sicherheit, Forschungsauftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Band 1, Augsburg 1977, S. 47.

wesentlich mitbestimmt. So wird etwa in die unteren Einkommensklassen die weit überwiegende Anzahl der Rentner mit ihren relativ niedrigen Einkommen fallen und wegen ihrer hohen Krankheitsanfälligkeit für die hohen Nutzungswerte verantwortlich sein.

Um überhaupt eine isolierte Aussage über den Zusammenhang zwischen Einkommenshöhe und Häufigkeit der Leistungsinanspruchnahme machen zu können, ist es notwendig, zumindest die Einflüsse des Risikomerkmals Alter zu eliminieren. Dies wurde möglich durch Zusatzauswertungen, die das Internationale Institut für empirische Sozialökonomie auf der Grundlage des vorhandenen Datenmaterials vornahm und für die Zwecke dieser Arbeit zur Verfügung stellte. In der Tabelle 35 ist für die Leistungsarten ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel und Vorsorgeuntersuchungen eine weitere Differenzierung nach Altersgruppen durchgeführt worden. Dies mußte allerdings mit dem Nachteil erkauft werden,

Tabelle 35: Nutzung realer Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Haushaltsnettoeinkommen und vom Alter (1976)
- Darstellung anhand bereinigter Vielfacher -[a]

Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsart	monatliches Haushaltsnettoeinkommen von ... bis unter ... DM					
		- 600	600 -1 000	1 000 -1 500	1 500 -2 000	2 000 -2 500	2 500 -
14 - 25	Ärztl. Leist.	0,62	1,07	0,61	0,92	0,77	0,65
	Zahnärztl. Leist.	3,01	1,15	1,08	2,09	1,63	0,97
	Arzneimittel	0,74	0,60	0,52	0,79	0,56	0,41
	Vorsorgeunters.	0,96	0,99	0,82	1,02	0,89	0,56
25 - 35	Ärztl. Leist.	(0,60)	(0,80)	1,00	0,78	0,96	0,90
	Zahnärztl. Leist.	(1,12)	(0,69)	1,36	1,19	2,01	2,08
	Arzneimittel	(0,39)	(0,60)	0,90	0,73	0,79	0,75
	Vorsorgeunters.	(0,96)	(0,89)	0,96	1,20	1,26	1,08
35 - 45	Ärztl. Leist.	-	(0,86)	0,76	0,84	0,73	0,89
	Zahnärztl. Leist.	-	(0,19)	1,07	1,18	1,31	1,33
	Arzneimittel	-	(0,65)	1,07	0,84	0,56	0,85
	Vorsorgeunters.	-	(1,28)	1,00	1,16	1,17	1,24
45 - 55	Ärztl. Leist.	-	(1,47)	0,98	1,03	1,14	0,90
	Zahnärztl. Leist.	-	(0,14)	1,31	0,61	1,13	1,02
	Arzneimittel	-	(1,65)	1,00	1,10	1,16	1,12
	Vorsorgeunters.	-	(0,72)	0,89	1,13	1,18	1,16
55 - 65	Ärztl. Leist.	(1,29)	1,19	1,38	0,99	0,92	1,12
	Zahnärztl. Leist.	(0,50)	0,23	0,60	0,67	0,90	0,32
	Arzneimittel	(1,46)	1,12	1,49	0,91	1,14	1,02
	Vorsorgeunters.	(0,43)	0,80	1,01	0,98	1,04	1,01
65 -	Ärztl. Leist.	1,65	1,22	1,22	1,18	1,12	1,06
	Zahnärztl. Leist.	1,23	0,10	0,33	0,34	0,34	0,53
	Arzneimittel	1,74	1,38	1,35	1,41	0,92	1,18
	Vorsorgeunters.	0,43	0,68	0,94	0,79	1,11	1,38

[a] Durchschnittliche Nutzung auf eins normiert. (): Besetzungszahl der betreffenden Gruppe ist kleiner als 20 und damit kleiner als 1 v.H. des Gesamtstichprobenumfangs.

Quelle: Zur Verfügung gestellt vom Internationalen Institut für empirische Sozialökonomie, Augsburg.

daß die Besetzungszahlen für die einzelnen Stichprobengruppen teilweise sehr gering sind und somit in einigen Fällen kaum allgemeingültige Aussagen zulassen. Aus diesem Grunde wurde auch auf eine zusätzlich differenzierende Darstellung

nach dem Geschlecht verzichtet; soweit hier Aussagen möglich sind, führen sie allerdings zu etwa den gleichen Ergebnissen wie die zusammenfassende Darstellung.

Aus der Tabelle 35 geht hervor, daß bei den quantitativ bedeutsamen Kategorien ärztliche Leistungen und Arzneimittel die ohne Altersdifferenzierung festzustellende negative Korrelation nur noch bei wenigen Altersgruppen besteht, denen bei anderen Gruppen auch positive Zusammenhänge gegenüberstehen, oft aber das Bild überhaupt keine Korrelation erkennen läßt. Bei den zahnärztlichen Leistungen und den Vorsorgeuntersuchungen bleiben die positiven Korrelationen in den meisten Fällen erhalten.

Damit lassen auch diese Ergebnisse keine eindeutige Aussage über den betrachteten Zusammenhang zu. Das liegt mit an dem zu geringen Umfang der zugrunde liegenden Sichprobe, insbesondere, wenn aufgrund der notwendigen Differenzierungen die Anzahl der zu bildenden Untergruppen groß wird. Weiterhin handelt es sich hier um reale Leistungsinanspruchnahmen, deren Gleichsetzung mit den eigentlich interessierenden Kostengrößen nicht ohne weiteres möglich ist.

Insgesamt liefern die vorliegenden Ergebnisse keine eindeutige Bestätigung eines Zusammenhangs zwischen Einkommenshöhe und Leistungsinanspruchnahme. Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit ergibt sich damit die Konsequenz, daß über die krankenversicherungsrechtlich bedingten Beziehungen hinaus eine Einkommensabhängigkeit des Krankheitskostenrisikos nicht quantifiziert werden kann, man hierdurch allerdings auch höchstens geringe Verzerrungen der Ergebnisse in Kauf zu nehmen hat.

4.2. Beiträge

In Übereinstimmung mit der Vorgehensweise bei der Ermittlung des Krankheitskostenrisikos ist bei der Berechnung der Beitragsleistungen auf die (allgemeinen) Beitragssätze für Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch abzustellen. Hierzu gehören faktisch auch die freiwilligen Mitglieder mit Krankengeldanspruch nach Ablauf von 6 Wochen, deren Beitragssätze nur unwesentlich von denen der Pflichtmitglieder abweichen. Zusammen machen diese Versicherten - wie erwähnt - etwa 85 v.H. der gesamten aktiv Versicherten aus.

Die Beitragssätze der Mitglieder mit sofortigem Krankengeldanspruch liegen durchschnittlich um etwa 30 v.H. über den allgemeinen Beitragssätzen, während diejenigen für freiwillige Mitglieder ohne Anspruch um etwa 10 v.H. darunter liegen.[1] Da diese Auf- bzw. Abschläge - zumindest annähernd - die Unterschiede im Leistungsniveau wiedergeben, erfaßt man mit den allgemeinen Beitragssätzen und den zugehörigen Krankheitskostenrisiken praktisch die Nettoverteilungsposition sämtlicher Mitglieder, so daß die hierauf basierenden Ergebnisse allgemeine Gültigkeit besitzen.

4.2.1. Struktur der Beitragssätze

Die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen weisen außerordentlich starke Unterschiede auf, und zwar sowohl innerhalb der Kassenarten als auch zwischen den einzelnen Kassengruppen. Setzt man die Differenz zwischen dem niedrigsten

---

[1] Vgl. Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen sowie Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre ..., jeweils versch. Jg.

und höchsten Beitragssatz in Beziehung zum zugehörigen durchschnittlichen Beitragssatz, so ergeben sich Schwankungen bis zu hundert Prozent (Tabelle 36).

Tabelle 36: Streuung der Beitragssätze[a] (1970, 1973, 1976)

Jahr	1970	1973	1976
Durchschnittlicher Beitragssatz	8,18	9,16	11,30
niedrigster Beitragssatz	4,5	4,0	6,4
höchster	10,4	13,0	13,5
Differenz zum niedrigsten Beitragssatz	-3,68	-5,16	-4,90
Differenz zum höchsten	+2,22	+3,84	+2,90
absolut	5,9	9,0	7,1
in v.H. des durchschnittlichen Beitragssatzes	72	98	63
Variationskoeffizient	8,3	9,9	8,8

[a]Beitragssätze für Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen.

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 21. Jg. (1970), S. 287, 24. Jg. (1973), S. 330, 27. Jg. (1976), S. 372. Die Differenzen und Variationskoeffizienten wurden aufgrund dieser Daten errechnet.

Wie die jeweiligen Variationskoeffizienten, die die durchschnittliche Abweichung der Beitragssätze in v.H. ihres Durchschnittswertes angeben[1], allerdings schon erkennen lassen, liegen für die meisten Mitglieder die Beitragssätze in einem weitaus engeren Intervall. Tabelle 37 zeigt, daß für etwa drei Viertel der Mitglieder[2] ein Beitragssatz gilt,

---

[1]Exakt: Wurzel aus der mittleren quadratischen Abweichung in v.H. des durchschnittlichen Beitragssatzes.

[2]Dieser Anteil vergrößert sich noch, wenn auch die freiwilligen Mitglieder einbezogen werden. Sie sind zum größten Teil in den Ersatzkassen für Angestellte versichert, deren Beitragssätze ausschließlich in dem betreffenden Intervall liegen.

Tabelle 37: Mitglieder der GKV nach Beitragssatzklassen und Kassenarten (1970, 1973, 1976)

Abweichungen vom durchschnittl. Beitragssatz[a] in v.H.	Beitragssätze v.H.	OKK	LKK	BKK	IKK	SKK	BKN	EAR	EAN	Gesamt
		Anteil der Pflichtmitglieder mit Entgeltzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen an ihrer jeweiligen Gesamtzahl								
		1970								
- -20	- 6,5	0,1	0	8,3	3,7	0	0	0	0	1,6
-20 - -10	6,6 - 7,3	7,4	1,3	31,7	5,9	100	0	1,1	0	9,7
-10 - 0	7,4 - 8,1	46,1	23,0	44,6	72,1	0	0	52,9	0	37,1
0 - +10	8,2 - 8,9	35,6	30,6	14,2	18,2	0	0	33,5	95,2	42,2
+10 - +20	9,0 - 9,8	10,8	42,6	1,1	0,1	0	100	12,5	4,8	9,3
+20 -	9,9 -	0	2,5	0,1	0	0	0	0	0	0,1
		1973								
- -20	- 7,3	1,2	-	11,2	6,8	0	0	0	0	2,8
-20 - -10	7,4 - 8,2	15,8	-	37,8	26,5	100	0	1,5	0	15,8
-10 - 0	8,3 - 9,1	25,4	-	32,8	29,5	0	0	51,6	0	20,7
0 - +10	9,2 - 10,0	46,6	-	14,5	35,1	0	0	46,9	100	52,7
+10 - +20	10,1 - 10,9	9,1	-	3,2	2,1	0	0	0	0	5,3
+20 -	11,0 -	1,9	-	0,5	0	0	100	0	0	2,7
		1976								
- -20	- 9,0	4,3	-	16,4	1,5	0	0	0	0	4,6
-20 - -10	9,1 - 10,1	7,1	-	35,7	9,9	0	0	0,8	0	9,4
-10 - 0	10,2 - 11,2	29,6	-	32,5	42,9	100	0	55,7	3,4	24,2
0 - +10	11,3 - 12,4	46,4	-	14,8	41,8	0	0	43,5	96,6	53,5
+10 - +20	12,5 - 13,5	12,6	-	0,6	3,9	0	100	0	0	8,3
+20 -	13,6 -	0	-	0	0	0	0	0	0	0

[a]Beitragssatz für Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen.

Quelle: Berechnet nach: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 21. Jg. (1970),S. 287, 24. Jg. (1973), S. 330, 27. Jg. (1976), S. 372.

der nicht mehr als 10 v.H. von seinem Durchschnittswert abweicht, und daß nur bei weniger als 5 v.H. sämtlicher Mitglieder der Beitragssatz um mehr als 20 v.H. unter bzw. über dem Durchschnitt liegt.

Weiterhin fällt eine starke Asymmetrie innerhalb der Schwankungsintervalle auf, denn die Abweichungen der niedrigsten Beitragssätze vom Durchschnittswert übertreffen bei weitem die Differenz zum höchsten Beitragssatz. In den Kassen mit extrem niedrigen Beitragssätzen sind zudem wesentlich mehr Mitglieder versichert als in den Kassen mit stark überdurchschnittlichen Beitragssätzen. Die belastungsmäßig günstigen Fälle treten dabei vor allem bei den Betriebskrankenkassen sowie teilweise auch bei den Innungskrankenkassen und der Seekrankenkasse auf, während die höchsten Belastungssätze - neben dem Sondersystem Bundesknappschaft - vorwiegend bei den Ortskrankenkassen gegeben sind.

4.2.2. Ursachen der Beitragssatzunterschiede

Als bedeutendste Ursache der bestehenden Beitragssatzunterschiede sind die unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen anzusehen. Wie die vorangegangenen Ergebnisse gezeigt haben, sind Alter und Geschlecht der Versicherten entscheidende Bestimmungsgründe für die Höhe des Krankheitskostenrisikos, so daß die alters- und geschlechtsspezifische Zusammensetzung der Versichertengemeinschaft wesentlich auch die Höhe des Beitragssatzes der Kasse mitbestimmt. Dies gilt ebenso für signifikante Unterschiede in der berufsbedingten Krankheitsanfälligkeit des jeweiligen Mitgliederkreises. Da für die Familienhilfe keine zusätzlichen Beiträge erhoben werden, wird die Finanzlage der Kassen, je nachdem,

wieviel Familienangehörige im Durchschnitt von einem Mitglied mitversichert werden, mehr oder weniger stark belastet, so daß auch hiervon unmittelbare Rückwirkungen auf die Höhe der Beitragssätze erfolgen.

Zur empirischen Überprüfung dieser Zusammenhänge sollen die in der Tabelle 38 zusammengestellten Daten dienen. Es sind hier die alters- und geschlechtsspezifische Gliederung der Mitglieder sowie die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen je Mitglied der nach Arten zusammengefaßten GKV-Kassen den zugehörigen Durchschnittsbeitragssätzen gegenüberstellt.

Betrachtet man zunächst die beiden Kassen mit dem niedrigsten bzw. höchsten Beitragssatz, dann findet man den Einfluß der genannten Faktoren am deutlichsten bestätigt. Die Seekrankenkasse mit dem niedrigsten Satz weist sowohl eine günstige Altersstruktur ihrer Mitglieder mit einem sehr geringen Anteil an weiblichen Mitgliedern als auch eine relativ geringe Anzahl von anspruchsberechtigten Familienangehörigen je Mitglied auf. Bei der knappschaftlichen Krankenversicherung (höchster Beitragssatz) dagegen sind die Verhältnisse fast umgekehrt: eine ungünstige Altersstruktur sowie die höchste Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen je Mitglied. Hinzukommen wird das relativ hohe berufsbedingte Krankheitsrisiko der im Bergbau Beschäftigten.

Die Versichertenstruktur der Ortskrankenkassen entspricht, mit Ausnahme eines über dem Durchschnitt liegenden Anteils der weiblichen Mitglieder, dem Durchschnitt sämtlicher GKV-Kassen. Entsprechend weicht der Beitragssatz nur wenig von dem GKV-Durchschnitt ab.

Die Betriebskrankenkassen weisen trotz einer leicht ungünstigen Mitgliederstruktur bei einer relativ hohen Anzahl von anspruchsberechtigten Familienangehörigen je Mitglied einen

Tabelle 38: Struktur der Allgemeinversicherten und Beitragssätze nach Kassenarten (1975)

Kassenart	Mitversicherte Familienangehörige je Mitglied	Weibliche Mitglieder in v.H. der Gesamtmitgliederzahl	Mitglieder im Alter von ... bis unter ... Jahren in v.H. ihrer jeweiligen Gesamtzahl								Allgemeiner Beitragssatz
			Männer				Frauen				
			-25	25-45	45-65	65-	-25	25-45	45-65	65-	
OKK	1,13	33	19	52	27	2	23	43	31	3	10,72
BKK	1,30	26	15	50	34	1	22	44	33	1	9,40
IKK	1,37	21	33	48	18	1	41	38	19	2	10,40
SKK	1,03	3	14	68	17	1	24	50	23	3	9,20
BKN	1,42	7	11	49	37	3	21	29	34	16	11,60
EAR	1,03	18	16	56	27	1	34	42	23	1	10,14
EAN	0,72	51	14	54	30	2	34	43	21	2	10,80
sämtliche Kassen	1,14	23	17	54	27	2	28	41	26	4	10,53

Quelle: Bundesverband der Ortskrankenkassen, Die Ortskrankenkasse 1975, Ein statistischer und finanzieller Bericht, S. 19; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 27. Jg. (1976), S. 156.

niedrigen Beitragssatz auf. Ein Teil dieser Diskrepanz ist darauf zurückzuführen, daß die Verwaltungskosten nicht in die Kalkulation des Beitragssatzes eingehen, sondern vom Arbeitgeber getragen werden. Würden diese Kosten den Mitgliedern angelastet, müßten die Betriebskrankenkassen bei einem durchschnittlichen Verwaltungskostenaufwand der GKV-Kassen ihre Beitragssätze um etwa 0,5 v.H. erhöhen.[1]

Bei den Innungskrankenkassen wirkt die Versichertenstruktur in zwei entgegengesetzte Richtungen. Relativ vielen jungen Mitgliedern steht eine große Anzahl von Mitversicherten je Mitglied gegenüber, so daß der etwa beim Durchschnitt liegende Beitragssatz mit durch eine Kompensation dieser Einflüsse erklärt werden könnte.

Die Ersatzkassen für Arbeiter weisen etwa durchschnittliche Werte auf. Eine Ausnahme bildet die geringe Anzahl von anspruchsberechtigten Familienangehörigen je Mitglied, so daß der um ca. 0,4 Punkte unter dem GKV-Durchschnitt liegende Beitragssatz auch hierdurch bedingt sein kann. Die weitaus geringste Anzahl der mitversicherten Angehörigen und der fast zweifache durchschnittliche Anteil an weiblichen Mitgliedern bei sonst etwa durchschnittlicher Struktur der Versicherten kennzeichnen die Lage bei den Ersatzkassen für Angestellte, die dem etwas über dem Durchschnitt liegenden Beitragssatz nicht widerspricht.

Für die einzelnen Kassen dürften sich die Einflüsse der genannten Faktoren im allgemeinen mit zunehmender Mitgliederzahl abschwächen, so daß eine einseitige Risikoverteilung vorwiegend bei Kassen mit geringer Mitgliederzahl bestehen wird. Die Tatsache, daß extreme Beitragssätze nach oben und

---

[1] Vgl. W. Appelt, Th. Kreifelts, a.a.O., S. 61.

vor allem nach unten vorwiegend bei Kassen mit sehr wenigen Mitgliedern auftreten,[1] scheint diese Vermutung zu bestätigen. Im Widerspruch hierzu steht allerdings der Tatbestand, daß der Anstieg der durchschnittlichen Mitgliederzahl je Kasse auf das Zweieinhalbfache seines Wertes vor 30 Jahren[2] keinen spürbaren Effekt auf die Streuung der Beitragssätze ausgeübt hat. Dies deutet darauf hin, daß eine Beziehung zwischen der Mitgliederzahl und dem Risikoausgleich einer Kasse nur auf extreme Schwankungen reagiert und/oder von anderen Einflußfaktoren überlagert wird.

Eine weitere Ursache für die Beitragssatzunterschiede resullierte bis zur Neuregelung ab 1.7.1977 aus unterschiedlichen Belastungen durch die KVdR. Zwar wurde in der Berechnungsformel für die Beiträge der Rentenversicherungsträger durch die Ausgleichszahl eine gleichmäßige Belastung der einzelnen Kassen herzustellen versucht. Da der Belastungsausgleich jedoch auf einen Vomhundertsatz von 80 v.H. abgestellt war und Unterschiede in den Leistungsaufwendungen, Beitragssätzen und Grundlöhnen nicht berücksichtigte, ergaben sich unterschiedliche Belastungen der Allgemeinversicherten je nach Kassenzugehörigkeit.[3]

Für die nach Arten gegliederten GKV-Kassen sind diese Belastungsunterschiede sowie die hierfür maßgebenden Bestimmungsgründe für das Übergangsjahr 1977 in der Tabelle 39 angegeben. Schon bei der Betrachtung allein der Kassenarten ergeben sich nicht unerhebliche Differenzen in der Belastung. So beträgt die Spannweite zwischen niedrigster und höchster relativer Belastung immerhin 40 v.H. des durchschnittlichen

---

[1] Vgl. für das Jahr 1973: W. Appelt, Th. Kreifelts, a.a.O., S. 55, oder: Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 24. Jg. (1973), S. 330.

[2] Siehe Abschnitt 2.2.1., insbesondere S. 32.

[3] Siehe hierzu Abschnitt 2.2.4., insbesondere S. 62.

Tabelle 39: Belastungen der Allgemeinversicherten durch die KVdR nach Kassenarten - Vergleich des 1. und 2. Halbjahres 1977 -

Kassenart	Grundlohn je Mitglied ohne Rentner[a] DM	Rentner-dichte[a]	Allgemeiner Beitragssatz[b] v.H.	Leistungs-ausgaben je Rentner[a] DM	Belastung je Allgemeinversicherten 1. Halbjahr DM	1. Halbjahr v.H. des Grund-lohns	2. Halbjahr DM	2. Halbjahr v.H. des Grund-lohns
OKK	10 096	0,56	11,39	1 068	70	0,69	190	1,8765
BKK	12 004	0,43	10,41	1 087	103	0,86	225	1,8765
IKK	9 437	0,20	11,17	1 087	88	0,91	175	1,8765
SKK	13 708	0,27	10,20	1 162	124	0,90	257	1,8765
EAR	11 542	0,22	11,35	1 156	90	0,76	217	1,8765
EAN	10 670	0,20	11,83	1 250	113	1,03	201	1,8765
Gesamt	10 528	0,38	11,37[c]	1 103	91	0,85	198	1,8765

[a]2. Halbjahr; [b]1. Juli; [c]Einschließlich Bundesknappschaft.

Quelle: H.-J. Bartsch und W. Maaz, Neuregelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner, Tatsächliche Auswirkungen anhand erster statistischer Ergebnisse, in: Die Angestellten-Versicherung, 26. Jg. (1979), S. 115 ff., hier: S. 119; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 28. Jg. (1977), S. 373; ders., Bundesarbeitsblatt, 1979, S. 116 und 121 sowie eigene Berechnungen.

Wertes. Für die einzelnen Kassen bestehen noch weithaus größere Unterschiede. So betrug bereits im Jahre 1971 die Belastung der Allgemeinversicherten bei 59 Kassen weniger als 0,2 v.H. des Grundlohns, während sie bei 77 Kassen höher als 1,8 v.H. lag.[1]

Wie Tabelle 39 weiterhin zeigt, ist nach der Neuregelung der Finanzierung der KVdR die Belastung der Allgemeinversicherten im Verhältnis zu ihrem beitragspflichtigen Entgelt gleich hoch, so daß diese Ursache für die Beitragssatzunterschiede seitdem entfällt. Allerdings ist die Belastung um durchschnittlich das Doppelte gestiegen. Von der Neuregelung ist somit eine Angleichung der Beitragssätze bei gleichzeitig steigendem Niveau zu erwarten. Die weitere Entwicklung des Finanzierungsanteils hängt vom Zusammenwirken der in ihm enthaltenen Komponenten ab: Er steigt ceteris paribus mit wachsenden KVdR-Leistungsaufwendungen und sinkt mit steigender Grundlohnsumme und Rentenzahlungen.

Da die Beiträge der Allgemeinversicherten bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze nach dem Einkommen gestaffelt sind, haben unter sonst gleichen Umständen Kassen mit einem hohen (niedrigen) Durchschnittseinkommen ihrer Mitglieder auch einen entsprechend geringen (hohen) Beitragssatz. Die beitragspflichtigen Einkommen der einzelnen Kassen weisen eine annähernd gleiche Schwankungsbreite wie die Beitragssätze auf; die Höhe des Variationskoeffizienten zeigt allerdings an, daß dies wiederum nur sehr wenige, mitgliederschwache Kassen betrifft.[2]

---

[1] Nicht zugängliche Untersuchung des Bundesministeriums für Arbeit; hier zitiert nach A. Schmidt, Neuregelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner, in: Soziale Sicherheit, 23. Jg. (1974), S. 321 ff., hier: S. 322.

[2] So betrug im Jahre 1973 die Differenz zwischen dem minimalen und maximalen Grundlohn 86 v.H. des durchschnittlichen Grundlohns aller GKV-Kassen (außer Seekrankenkassen und Bundesknappschaft) bei einem Variationskoeffizienten von nur 9. Vgl. W. Appelt, Th. Kreifelts, a.a.O., S. 12 f.

Nach Untersuchungen der Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung liegt der Korrelationskoeffizient zwischen Beitragssatz und Grundlohn mit -0,16 nahe Null, so daß sich danach durch die unterschiedlichen Grundlöhne nur knapp 3 v.H. der Unterschiede bei den Beitragssätzen erklären lassen.[1] Die Wirkungen der unterschiedlichen Grundlöhne werden fast vollständig durch entsprechende Unterschiede im Ausgangsniveau kompensiert.[2,3]

Diese undifferenzierten Ergebnisse schränken allerdings weder die oben getroffene ceteris paribus-Aussage ein noch belegen sie einen eindeutigen positiven Zusammenhang zwischen der individuellen Leistungsinanspruchnahme und der Einkommenshöhe. Vielmehr dürften sie zu einem wesentlichen Teil durch die unterschiedliche Versichertenstruktur beeinflußt worden sein. Denn niedrige Durchschnittseinkommen sind häufig mit einem relativ hohen Anteil von jungen und/oder weiblichen Erwerbstätigen verbunden, so daß von den Einkommen her niedrige Beitragsaufkommen über eine geringere Leistungsinanspruchnahme je Mitglied nicht zu höheren Beitragssätzen führen.

Der Einfluß überdurchschnittlicher beitragspflichtiger Einkommen wird besonders deutlich am Beispiel der Betriebskrankenkassen, die trotz ungünstiger Versichertenstruktur einschließlich einer relativ hohen Rentnerdichte niedrige Beitragssätze aufweisen. Hier werden die relativ hohen Grundlöhne einen kompensierenden bzw. überkompensierenden Effekt auf der Einnahmeseite ausüben.

---

[1] Vgl. W. Appelt, Th. Kreifelts, a.a.O., S. 77.

[2] Ebenda, S. 19.

[3] Ein sogar positiver Zusammenhang zwischen der Höhe des Beitragssatzes und der Lohn- und Gehaltssumme je Arbeitnehmer wird am Beispiel von Orts- und Betriebskrankenkassen in drei Regionen mit unterschiedlicher Wirtschaftskraft festgestellt. Vgl. D. von Leszczynski, Einheitlicher Beitragssatz für die GKV empfehlenswert?, in: Sozialer Fortschritt, 22. Jg. (1973), S. 282 ff.

Für die Gruppe der Betriebskrankenkassen wird ein weiterer Grund für die relativ niedrigen Beitragssätze angegeben:[1] Die Überschaubarkeit, Betriebsnähe und Berufszugehörigkeit wirken in kleinen Kassen positiv auf ein solidarisches Verhalten der Mitglieder mit der Folge einer kostenbewußteren und rationelleren Leistungsinanspruchnahme. Die vorliegenden Ergebnisse widersprechen einer solchen Begründung nicht.

Auf der Angebotsseite wirken sich unterschiedliche Mehrleistungen aufgrund ihres geringen Anteils am gesamten Leistungsniveau kaum auf die Beitragssatzhöhe aus.[2] Dagegen wird von dem regional unterschiedlich gestreuten Angebot an medizinischer Versorgung ein wesentlich größerer Effekt ausgehen. Als Angebotsindikatoren werden die Arztdichte und die damit verbundene Spezialisierung,[3] die Zahnarztdichte und die Quote der Krankenhausbetten herangezogen. Mit steigender Arztdichte[4] ist im allgemeinen eine Ausweitung des Leistungsumfangs verbunden[5], und mit wachsender Bettendichte nehmen die Einweisungshäufigkeit und die mittlere Verweildauer zu.[6] Damit steigen in diesen Regionen auch die Leistungsausgaben der GKV und erfordern ceteris paribus höhere Beitragssätze.

---

[1] Vgl. Deutsches Industrieinstitut, Köln, Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung? Berichte des Deutschen Industrieinstituts zur Sozialpolitik, 2. Jg. (1968), Nr. 8, S. 20 f.; K. Alexander, S. 154.

[2] Vgl. W. Appelt, Th. Kreifelts, a.a.O., S. 6.

[3] Vgl. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte - eine empirische Untersuchung im Auftrage des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung - Bonn 1979, S. 63 ff.

[4] So schwankt die Zahl der niedergelassenen Ärzte von 6,2 auf 10 000 Einwohner im Raum Emden bis 13,3 im Raum München. Vgl. ders., Kassenärztliche Bedarfsplanung, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, Bd. 1, Bonn 1978, S. 47 ff.

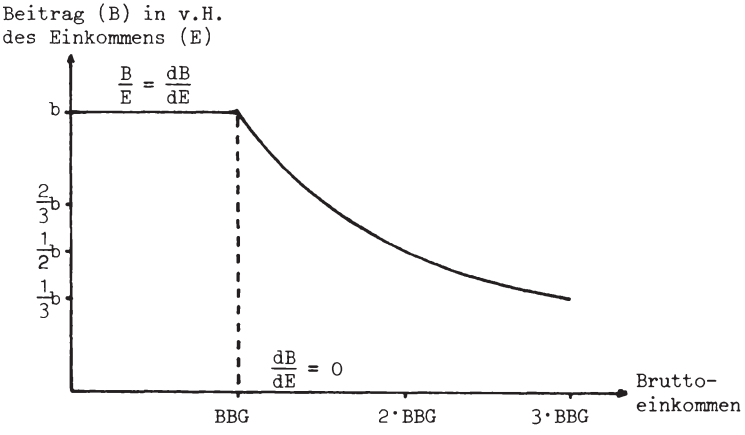
[5] Ders., Untersuchung der Zusammenhänge ..., a.a.O., S. 63 ff.

[6] Arbeits- und Sozialministerium in Baden-Württemberg (Hrsg.), a.a.O., S. 32 ff.

4.2.3. Beitragsbelastungen bei unterschiedlicher Höhe und Zusammensetzung des Einkommens

Die Begrenzung der Beitragsbemessungsgrundlage führt für die die Bemessungsgrenze übersteigenden Einkommen zu einer regressiven Belastung. Die durchschnittliche Belastung nimmt mit zunehmendem Einkommen ab, da die Grenzbelastung gleich Null wird. Abbildung 2 zeigt diesen Zusammenhang für eine beliebige Höhe des Beitragssatzes (b) und der Beitragsbemessungsgrenze (BBG).

Abbildung 2: Durchschnitts- und Grenzbeitragsbelastung in Abhängigkeit von der Einkommenshöhe



Quelle: Eigene Berechnungen.

So reduziert sich etwa die prozentuale Beitragsbelastung bei einem Einkommen von 50 v.H. über der Beitragsbemessungsgrenze um ein Drittel und bei einem Einkommen in Höhe der zweifachen Bemessungsgrenze um die Hälfte.

Die Beiträge in der GKV werden nach dem Individualprinzip, d.h. nach dem Einkommen aus dem jeweiligen Arbeitsverhält-

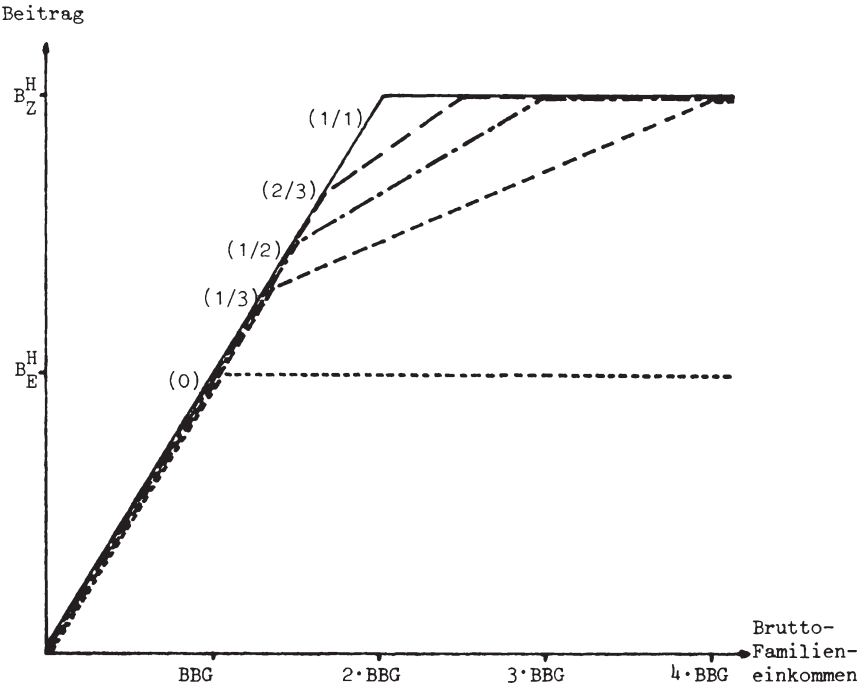
nis, bemessen. Übersteigt das Familieneinkommen in einem Zweiverdienerhaushalt die Beitragsbemessungsgrenze, dann hängt die Höhe der Beitragsleistung auch davon ab, in welchem Verhältnis die Einkommenshöhen der beiden Ehepartner zueinander stehen. Bei gleichem Familieneinkommen ergeben sich unterschiedliche Beiträge immer dann, wenn wegen des Hinauswachsens eines Einkommens über die Beitragsbemessungsgrenze diese Einkommensteile nicht mehr beitragspflichtig sind. Die Belastungen sind dabei um so größer, je gleichmäßiger sich die Einkommen auf die beiden Bezieher verteilen. Abbildung 3 verdeutlicht diese Relation für die Fälle mit beliebiger Höhe des Beitragssatzes und der Bemessungsgrenze in denen beide Bezieher ein gleichhohes Einkommen aufweisen (1/1), der eine Partner zwei Drittel (2/3), die Hälfte (1/2) und ein Drittel (1/3) des Einkommens des anderen erhält und den Fall des Einverdiener-Haushalts (0).

Bei einem Familieneinkommen in Höhe der zweifachen Beitragsbemessungsgrenze 1976 von 55 800 DM und dem zugehörigen durchschnittlichen Beitragssatz von 11,3 v.H. ergibt sich für den Fall der gleichhohen Einkommen ein Beitrag von 6 305 DM. Verdient ein Partner 2/3 (1/2, 1/3) des Einkommen des anderen, dann sind Beiträge in Höhe von 5 675 DM (5 255 DM, 4 729 DM) zu zahlen, während bei Berufstätigkeit nur eines Partners sich der Beitrag auf 3 153 DM beläuft.

4.3. Umverteilungswirkungen

Definitionsgemäß erhält man die Einkommensumverteilungen durch Verknüpfung der Beitrags- mit der Leistungsseite: Die tatsächlich zu leistenden Beiträge werden den Krankheitskostenrisiken, ausgedrückt durch die durchschnittliche Leistungsinanspruchnahme, gegenübergestellt und die Differenz als positive bzw. negative Umverteilung interpretiert. Die

Abbildung 3: Beiträge in Abhängigkeit von der Höhe und Zusammensetzung des Familieneinkommens



(1/1): beide Ehepartner verdienen gleichviel; (2/3), (1/2), (1/3): ein Ehepartner verdient 2/3, 1/2, 1/3 des Einkommens des anderen; (0): Einverdiener-Familie.
B^H_Z: Höchstbeitrag Zweiverdiener-Familie; B^H_E: Höchstbeitrag Einverdiener-Familie.

Quelle: Eigene Berechnungen.

absolute Inzidenz wird dabei durch die Höhe der Umverteilungsbeträge angegeben, während die relative Verteilungsänderung durch Bezug dieser Absolutbeträge auf die jeweiligen Einkommen ausgedrückt wird.

4.3.1. Alters- und familienspezifische Umverteilungen

Durch Zusammenfassung der durchschnittlichen Leistungsausgaben aus Tabelle 31 und der zugehörigen Beitragsleistungen - bei den Allgemeinversicherten: durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen multipliziert mit dem durchschnittlichen Beitragssatz; bei den Rentnern: durchschnittliche Beitragsleistung der Rentenversicherungsträger[1] - erhält man die absoluten Begünstigungen (+) und Belastungen (-) für Familien unterschiedlichen Alters und verschiedener Größe (Tabelle 40). Die entsprechenden relativen Umverteilungen werden in der Tabelle 41 ausgewiesen.

Für die Rentner sind lediglich die absoluten Umverteilungsbeträge angegeben. Ein Bezug auf ihre Einkommen ist zum einen mit der Problematik der Ermittlung einer durchschnittlichen Rente[2] verbunden. Da die Renten in aller Regel Nettoeinkommen darstellen, müßten zudem auch die Bruttoeinkommen der Erwerbstätigen auf Nettobasis umgestellt werden. Dabei würden bei einer den Familientyp berücksichtigenden Umrechnung steuerliche Einflüsse zu unterschiedlich hohen Nettoeinkommen führen und die Transparenz erschweren, während bei einer pauschalen Umrechnung verzerrte Einkommensgrößen in Kauf zu nehmen sind.

---

[1] Errechnet aus den Rechnungsergebnissen der GKV. Vgl. Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, versch. Jg. Ohne Berücksichtigung der Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

[2] Vgl. Deutscher Bundestag, Bericht der Bundesregierung über die gesetzlichen Rentenversicherungen, insbesondere über deren Finanzlage in den künftigen 15 Kalenderjahren, gemäß §§ 1273 und 579 der Reichsversicherungsordnung, § 5O des Angestelltenversicherungsgesetzes und § 71 des Reichsknappschaftsgesetzes (Rentenanpassungsbericht 1977), Bundestagsdrucksache 8/119, S. 26.

Tabelle 40: Absolute alters- und familienspezifische Einkommensumverteilungen[a] (1970, 1973, 1976)

- in DM -

Alter von ... bis unter ... Jahren	Alleinstehende ohne Kinder		Familien mit ... Kindern									
			Einverdiener-Haushalte					Zweiverdiener-Haushalte				
	Männer	Frauen	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1970												
15 - 25	- 339	- 259	- 75	+ 174	+ 423	.	.	- 598	- 217	+ 164	.	.
25 - 35	- 859	- 303	- 406	- 186	+ 34	+ 254	+ 474	-1 162	- 839	- 516	- 193	+ 130
35 - 45	- 752	- 206	- 295	- 99	+ 97	+ 293	+ 489	- 958	- 738	- 518	- 298	- 78
45 - 55	- 455	- 91	+ 99	+ 287	+ 475	+ 663	+ 851	- 546	- 358	- 170	+ 18	+ 206
55 - 65	- 83	+ 89	+ 518	+ 659	+ 847	.	.	+ 6	+ 14	+ 202	.	.
65 - (Rentner)	+ 184	+ 108	+ 871	+ 973	.	.	.	+ 292	+ 358	.	.	.
1973												
15 - 25	- 515	- 366	- 83	+ 305	+ 693	.	.	- 881	- 317	+ 247	.	.
25 - 35	-1 291	- 414	- 549	- 211	+ 127	+ 465	+ 803	-1 705	-1 227	- 749	- 271	+ 207
35 - 45	-1 142	- 275	- 403	- 110	+ 183	+ 476	+ 769	-1 417	-1 095	- 773	- 451	- 129
45 - 55	- 658	- 87	+ 242	+ 522	+ 802	+1 082	+1 362	- 745	- 465	- 185	+ 95	+ 375
55 - 65	- 52	+ 210	+ 942	+1 128	+1 408	.	.	+ 158	+ 141	+ 421	.	.
65 - (Rentner)	+ 379	+ 250	+1 583	+1 653	.	.	.	+ 629	+ 643	.	.	.
1976												
15 - 25	- 837	- 612	- 173	+ 394	+ 961	.	.	-1 449	- 675	+ 79	.	.
25 - 35	-2 069	- 703	- 917	- 420	+ 77	+ 574	+1 071	-2 772	-2 100	-1 428	- 756	- 84
35 - 45	-1 860	- 452	- 656	- 257	+ 142	+ 541	+ 940	-2 312	-1 885	-1 458	-1 031	- 604
45 - 55	-1 151	- 225	+ 255	+ 646	+1 037	+1 428	+1 819	-1 376	- 985	- 594	- 203	+ 188
55 - 65	- 280	+ 246	+1 321	+1 517	+1 908	.	.	- 34	- 114	+ 277	.	.
65 - (Rentner)	+ 610	+ 411	+2 570	+2 602	.	.	.	+1 021	+ 979	.	.	.

[a] Bei durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Einkommen und durchschnittlichem Beitragssatz.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 41: Alters- und familienspezifische Einkommensumverteilungen in v.H. des beitragspflichtigen Einkommens[a] (1970, 1973, 1976)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Alleinstehende ohne Kinder		Familien mit ... Kindern									
			Einverdiener-Haushalte					Zweiverdiener-Haushalte				
	Männer	Frauen	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1970												
15 - 25	- 4,9	- 3,8	- 1,1	+ 2,5	+ 6,1	.	.	- 4,4	- 1,6	+ 1,2	.	.
25 - 35	- 6,0	- 3,0	- 2,9	- 1,3	+ 0,2	+ 1,8	+ 3,3	- 4,8	- 3,5	- 2,1	- 0,8	+ 0,5
35 - 45	- 5,2	- 2,2	- 2,0	- 0,7	+ 0,7	+ 2,0	+ 3,4	- 4,0	- 3,1	- 2,2	- 1,2	- 0,3
45 - 55	- 3,2	- 0,9	+ 0,7	+ 2,0	+ 3,4	+ 4,7	+ 6,0	- 2,3	- 1,5	- 0,7	+ 0,1	+ 0,9
55 - 65	- 0,6	+ 1,0	+ 3,9	+ 5,0	+ 6,4	.	.	0	+ 0,1	+ 0,9	.	.
1973												
15 - 25	- 5,4	- 4,0	- 0,9	+ 3,2	+ 7,3	.	.	- 4,7	- 1,7	+ 1,3	.	.
25 - 35	- 6,6	- 3,0	- 2,8	- 1,1	+ 0,7	+ 2,4	+ 4,1	- 5,2	- 3,7	- 2,3	- 0,8	+ 0,6
35 - 45	- 5,8	- 2,1	- 2,0	- 0,6	+ 0,9	+ 2,4	+ 3,9	- 4,4	- 3,4	- 2,4	- 1,4	- 0,4
45 - 55	- 3,4	- 0,7	+ 1,3	+ 2,7	+ 4,1	+ 5,6	+ 7,0	- 2,3	- 1,4	- 0,6	+ 0,3	+ 1,2
55 - 65	- 0,3	+ 1,7	+ 5,2	+ 6,2	+ 7,8	.	.	+ 0,5	+ 0,5	+ 1,3	.	.
1976												
15 - 25	- 6,9	- 5,2	- 1,4	+ 3,2	+ 7,9	.	.	- 6,0	- 2,8	+ 0,3	.	.
25 - 35	- 8,3	- 4,0	- 3,7	- 1,7	+ 0,3	+ 2,3	+ 4,3	- 6,6	- 5,0	- 3,4	- 1,8	- 0,2
35 - 45	- 7,4	- 2,8	- 2,6	- 1,0	+ 0,6	+ 2,1	+ 3,7	- 5,5	- 4,5	- 3,5	- 2,5	- 1,4
45 - 55	- 4,7	- 1,3	+ 1,0	+ 2,6	+ 4,2	+ 5,8	+ 7,3	- 3,3	- 2,4	- 1,4	- 0,5	+ 0,5
55 - 65	- 1,2	+ 1,6	+ 5,7	+ 6,5	+ 8,2	.	.	- 0,1	- 0,3	+ 0,7	.	.

[a] Bei durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Einkommen und durchschnittlichem Beitragssatz.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Umverteilungswirkungen bestehen grundsätzlich in einer zunehmenden Begünstigung bzw. abnehmenden Belastung mit wachsender Familiengröße und mit steigendem Alter der Versicherten. Im einzelnen lassen sich folgende Gruppen von Besser- und Schlechtergestellten unterscheiden und unter Zuhilfenahme der Angaben über die Versichertenstruktur (Tabelle 28) in ihrer zahlenmäßigen Bedeutung abschätzen:

Zu den Schlechtergestellten gehört die überwiegende Anzahl der männlichen und weiblichen Alleinstehenden ohne Kinder. Dabei hat die stark besetzte Gruppe der unter 25 Jährigen (hierzu zählen insbesondere auch die ledigen Erwerbstätigen, die Kinder in einer Familie sind) mit die höchsten relativen Belastungen zu tragen. Aufgrund des im Vergleich zu den nächsthöheren Altersgruppen wesentlich niedrigeren Durchschnittseinkommens dieser Gruppe[1] fallen die absoluten Belastungen allerdings relativ gering aus. Dieser Einkommenseffekt, d.h. die mit sinkendem (steigendem) Einkommen abnehmende (zunehmende) Differenz zwischen einkommensproportionalen Beiträgen und weitgehend einkommensunabhängigen Leistungen, führt auch bei den Familien der untersten Altersgruppen zu den vom allgemeinen Bild abweichenden Ergebnissen. Ebenso sind die z.T. erheblichen Differenzen zwischen den Belastungen der alleinstehenden Männer und Frauen, neben dem Einfluß des höheren durchschnittlichen Krankheitskostenrisikos der weiblichen Versicherten, hierauf zurückzuführen.[2]

Von den Einverdiener-Haushalten gehören lediglich die jungen Familien ohne Kinder und der größte Teil junger Familien

---

[1] Sie betragen bei den Männern 49 v.H. und bei den Frauen 68 v.H. der Einkommen der nächsthöheren Altersgruppe. Vgl. Tabelle 22.

[2] Die zugrunde liegenden Durchschnittseinkommen der Frauen liegen durchschnittlich etwa bei zwei Drittel der Einkommen der Männer. Vgl. Tabelle 22.

mit einem Kind zur Gruppe der Schlechtergestellten, dagegen aber die meisten Zweiverdiener-Haushalte. Am stärksten belastet werden hier die jüngeren Familien ohne Kind und mit wenigen Kindern, die auch anzahlmäßig einen bedeutenden Teil dieser Familien ausmachen. Die schon hohen Belastungssätze dieser Gruppe gewinnen dadurch an Bedeutung, daß man aufgrund des hohen Familieneinkommens zu den höchsten absoluten Belastungen überhaupt gelangt.

Zu den Bessergestellten zählen in erster Linie die Rentner, deren absolute Begünstigungen diejenigen der übrigen Bessergestellten bei weitem übersteigen. Auf die große Gruppe der Rentner entfällt damit der mit Abstand größte Teil der positiven Umverteilungen. Zum Kreis der Bessergestellten gehören daneben die kinderreichen und älteren Einverdiener-Familien, wobei die quantitative Bedeutung der einzelnen Gruppen im allgemeinen dort am geringsten ist, wo die Begünstigungen ihr größtes Ausmaß erreichen. Als anzahlmäßig gewichtige Gruppen mit einer relativ hohen Begünstigung sind allerdings die 45 bis 55 jährigen Familien mit bis zu zwei Kindern sowie insbesondere die über 55 jährigen kinderlos Verheirateten hervorzuheben.

Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren auf den nur nach dem Alter und Geschlecht differenzierten Einkommen (Tabelle 22), wobei sich das Familieneinkommen in Zweiverdiener-Familien aus den jeweiligen Einkommen der männlichen und weiblichen Versicherten zusammensetzt. Eine zusätzliche Differenzierung nach der Familiengröße ist nicht möglich, da eine kombinierte alters- und familienspezifische Einkommensgliederung nicht zur Verfügung steht. Die vom Familientyp abhängigen Einkommensunterschiede und die hieraus resultierenden Änderungen der dargestellten Umverteilungen sollen aber in qualitativer Form ergänzend angegeben werden. Entsprechende quantitative Aussagen lassen sich in Verbindung mit den vertikalen Umverteilungswirkungen im nächsten Abschnitt ableiten.

Ohne altersspezifische Differenzierung ergibt sich zunächst ein wesentlich höheres durchschnittliches Bruttoeinkommen[1] der Einverdiener-Familien im Vergleich zu den Alleinstehenden. Dieser Tatbestand ist in erster Linie auf den großen Anteil der sich noch in der Berufsausbildung befindlichen Personen unter den Alleinstehenden zurückzuführen. Für die vorliegenden Ergebnisse ergibt sich damit, daß dieser Personenkreis weitaus geringere als die ausgewiesenen Belastungen zu tragen hat bzw. zu den Bessergestellten gehören kann. Daneben werden die bereits im vollen Beschäftigungsverhältnis stehenden Alleinstehenden sowie die Einverdiener- und Zweiverdiener-Familien der untersten Altersgruppe Belastungen zu tragen haben, die sich an die der nächsthöheren Altersgruppe annähern.

Innerhalb der Einverdiener-Familien liegen die Einkommen der kinderlosen Ehepaare um etwa 20 v.H. unter dem Durchschnittseinkommen der gesamten Einverdiener-Familien.[2] Dies ist zu einem großen Teil auf die jeweilige Altersstruktur zurückzuführen: Zum einen wird bei den kinderlosen Ehepaaren der Anteil des mit relativ geringen Einkommen noch am Beginn des Erwerbslebens stehenden Personenkreises überdurchschnittlich groß sein. Vor allem aber dürfte hier die relativ große Anzahl der sich bereits im Rentenalter befindlichen und nur noch teilzeitbeschäftigten Personen das Ergebnis beeinflussen. Dieser Tatbestand wird in den vorliegenden Ergebnissen zumindest teilweise durch die altersspezifische Differenzierung der Einkommen berücksichtigt. Bei

---

[1] Für die familienspezifische Differenzierung der Einkommen wird hier und im folgenden auf die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Beschäftigung Bezug genommen. Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 14 Finanzen und Steuern, Reihe 7.3 Lohnsteuer 1974, Stuttgart und Mainz 1977, S. 20 ff.

[2] Ebenda.

den Familien mit Kindern steigen die durchschnittlichen Einkommen mit zunehmender Kinderzahl zunächst weiterhin an, nehmen aber etwa vom dritten Kind an wieder ab; diese Veränderungen bewegen sich allerdings in engen Grenzen.[1,2] Insgesamt läßt sich damit feststellen, daß - mit Ausnahme der untersten Altersgruppe - die Nichtberücksichtigung der familienspezifischen Differenzierung die dargestellten Umverteilungswirkungen der Einverdiener-Familien nur in relativ geringem Maße beeinflußt.

Bei den Zweiverdiener-Familien nimmt das Bruttoeinkommen mit wachsender Kinderzahl allgemein ab und liegt bei den Familien mit vier und mehr Kindern um etwa 12 v.H. unter dem der kinderlosen Ehepaare.[3] Dies ist dahingehend zu interpretieren, daß in Familien mit höherer Kinderzahl die Ehefrau ihre Erwerbstätigkeit zunehmend häufiger auf eine Teilzeitbeschäftigung beschränken muß.[4] Die bei Verwendung der altersspezifischen Durchschnittseinkommen auftretenden

---

[1] Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 14 Finanzen und Steuern, Reihe 7.3 Lohnsteuer 1974, a.a.O., S. 20 ff.

[2] Werden dagegen die Haushaltsnettoeinkommen betrachtet, dann ergeben sich aufgrund der unterschiedlichen steuerlichen Belastung und der Transferzahlungen mit wachsender Kinderzahl deutlich ansteigende Nettoeinkommen. Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 15 Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1973, Heft 6 Einkommensverteilung und Einkommensbezieher in privaten Haushalten, Stuttgart und Mainz 1978, S. 11. In dem hier zu betrachtenden Zusammenhang interessieren jedoch allein die der Beitrags- und Leistungsbemessung zugrunde liegenden Bruttoeinkommen.

[3] Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 14 Finanzen und Steuern, Reihe 7.3. Lohnsteuer 1974, a.a.O., S. 20 ff.

[4] So waren im Jahre 1975 von den abhängig beschäftigten Frauen 90 v.H. der Alleinstehenden vollzeitbeschäftigt, dagegen nur 67 v.H. bei den verheirateten Frauen ohne Kinder und 46 v.H. bzw. 36 v.H. bei den verheirateten Frauen mit einem bzw. zwei und mehreren Kind(ern). Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 3 Haushalte und Familien 1977, a.a.O., S. 76.

Verzerrungen liegen damit bei den zu hoch angesetzten Einkommen der mitarbeitenden Ehefrauen, die sich darüber hinaus mit zunehmender Familiengröße stärker auswirken. Auf der anderen Seite haben die alleinstehenden weiblichen Mitglieder infolge ihrer vergleichsweise höheren Einkommen entsprechend größere Belastungen als die ausgewiesenen zu tragen.

Neben den in erster Linie die Beitragsseite berührenden familienspezifischen Einkommensunterschieden wäre auf der Leistungsseite zu berücksichtigen, daß das Krankheitskostenrisiko der nichterwerbstätigen Frauen vermutlich signifikant unter dem der berufstätigen Frauen liegt,[1] so daß sich dadurch die Umverteilungspositionen der alleinstehenden Frauen und der Zweiverdiener-Familien im Vergleich zu den Einverdiener-Familien verbessern.

Bei einer Betrachtung der Ergebnisse der Tabellen 40 und 41 im Zeitablauf ist allgemein eine erhebliche Verschärfung der Umverteilungswirkungen festzustellen, d.h. sowohl die relativen Belastungen der Schlechtergestellten als auch die Begünstigungen des bessergestellten Versichertenkreises haben zugenommen. Da der betrachtete Zeitraum genügend lang ist, lassen sich unter Zuhilfenahme der Angaben über die Struktur der GRV allgemeingültige Aussagen über die Bestimmungsgründe dieser Entwicklung ableiten.

Das Niveau der relativen Umverteilungen wird sich - bei konstanter Versichertenstruktur und ungeachtet etwaiger Leistungsverschiebungen zwischen den Versichertengruppen - immer dann erhöhen, wenn die Leistungsausgaben stärker als die beitragspflichtigen Einkommen steigen, und zwar um den Vomhundertsatz, um den die Erhöhung der Leistungsausgaben über die der Einkommen hinausgeht. Für den Untersuchungs-

---

[1] Siehe Tabelle 12.

zeitraum von 1970 bis 1976 ergibt sich aus der Tabelle 41 eine jahresdurchschnittliche Steigerungsrate des Umverteilungsniveaus von etwa 5 v.H. Da - mittelfristig - die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze mit der des durchschnittlichen Einkommens übereinstimmt, entspricht diese Rate der prozentualen Erhöhung der Beitragssätze.

Ebenfalls auf den Umfang der Umverteilung, allerdings gleichermaßen belastend für die Gruppe der besser- wie für die der schlechtergestellten Allgemeinversicherten, wirken die Belastungen durch die KVdR, die zwischen 1970 und 1976 von etwa 0,6 v.H. auf 0,9 v.H. des durchschnittlichen Grundlohns der Allgemeinversicherten gestiegen sind.

Zwischen den Allgemeinversicherten bewirken im wesentlichen zwei Entwicklungen eine Verschiebung der Verteilungspositionen: Zum einen ist durch den stärkeren Anstieg der Sachleistungskosten für die älteren in Relation zu den jüngeren Versicherten eine überproportionale Zunahme der Begünstigung bzw. unterproportionale Belastungssteigerung für die älteren Versicherten eingetreten. Zum anderen haben sich durch den relativ geringen Anstieg der Barleistungen die Verteilungswirkungen zum Nachteil insbesondere der Zweiverdiener-Familien und hier speziell der mutterschaftsgeldberechtigten Familien verschoben.

Die Betrachtung der maßgebenden Einflußgröße, der Relation Leistungsausgaben/Einkommen, auf die Umverteilungswirkungen seit 1949 zeigt, daß gerade im Verlauf des Untersuchungszeitraums 1970 bis 1976 eine erhebliche Erhöhung des Niveaus eingetreten ist, während dies in den Jahren davor weitaus geringer war (Abbildung 1). Ähnlich verhält es sich mit der Belastung durch die KVdR, die 1952 nur in geringem Ausmaß bestand und danach ständig bis auf die oben angegebenen Werte angestiegen ist. Innerhalb des Kreises der Allgemeinversicher-

ten bestanden vor 1970 - aufgrund der wesentlich größeren Bedeutung der Geldleistungen - erheblich größere Vorteile für die hohe Barleistungen beziehenden Haushalte und Familien, wodurch insbesondere die Zweiverdiener-Familien sowie die älteren Versicherten relativ begünstigt wurden.

Das gegenwärtige Niveau der Umverteilungswirkungen (1979) wäre allein aufgrund der Entwicklung der Leistungsausgaben im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einkommen im Vergleich zu 1976 praktisch unverändert geblieben; denn die jahresdurchschnittliche Steigerung der Pro-Kopf-Einkommen entspricht derjenigen der Leistungsausgaben je Mitglied, und auf der anderen Seite sind die Beitragssätze fast konstant geblieben. Dagegen haben sich durch die Neuregelung der Finanzierung der KVdR die hieraus resultierenden Belastungen für die Allgemeinversicherten sprunghaft auf etwa das Doppelte erhöht, so daß insgesamt eine leichte Erhöhung der relativen Belastungen bzw. Verminderung der relativen Begünstigungen für die Allgemeinversicherten bei einer erheblichen Steigerung der Begünstigungen für die Rentner die gegenwärtige Situation kennzeichnen.

4.3.2. Einkommensspezifische Umverteilungen

Die bisher auf durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen abgestellte Betrachtung der Verteilungswirkungen wird in diesem Abschnitt auf verschieden hohe Einkommen sowie auf eine unterschiedliche Zusammensetzung der Familieneinkommen in Zweiverdiener-Haushalten erweitert.

Um die Anzahl der jeweils betroffenen Versicherten abschätzen zu können, erscheint es zweckmäßig, der folgenden Analyse eine Einkommensschichtung voranzustellen. Solche Angaben stehen zwar speziell für die GKV-Mitglieder nicht zur Ver-

fügung, doch dürfte die aus den Lohnsteuerstatistiken ermittelte Schichtung der Bruttoeinkommen in Tabelle 42 einen hinreichend zuverlässigen Eindruck vermitteln.[1]

Danach liegen die Einkommen von etwa 85 v.H. der Alleinstehenden unter der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze.[2] Der hohe Anteil ergibt sich vor allem daraus, daß dieser Versichertengruppe die beruflich Auszubildenden sowie überwiegend junge und am Beginn des Erwerbslebens stehende Personen mit relativ niedrigen Einkommen angehören. Von den kinderlosen Einverdiener-Familien fallen noch über 60 v.H. unter die Beitragsbemessungsgrenze, während dies bei den Familien mit Kindern nur etwa 30 bis 40 v.H. der jeweiligen Familiengröße sind. Für eine erhebliche Anzahl dieser Versicherten ist also die Situation an der Beitragsbemessungsgrenze relevant.

Um ähnliche Aussagen über die Zweiverdiener-Familien machen zu können, ist die Kenntnis der Zusammensetzung der Familieneinkommen erforderlich. Geht man von dem Durchschnittsfall aus, daß die erwerbstätige Frau etwa zwei Drittel des Einkommens ihres Ehemannes erzielt,[3] dann überschreitet in etwa

---

[1] Eine Veränderung dieser Struktur im Hinblick auf eine ausschließliche Betrachtung der gesetzlich Versicherten würde sich im wesentlichen nur von den abhängig beschäftigten privat Versicherten ergeben und sich fast vollständig auf den Bereich der über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Einkommen beziehen. Überschlägige Berechnungen ergeben, daß etwa 15 bis 20 v.H. der gesamten über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Einkommensbezieher in abhängiger Beschäftigung der PKV zuzurechnen sind.

[2] Bei der Ermittlung dieser Vomhundertsätze wurde eine gleichmäßige Besetzung der Einkommensklasse, in die die Beitragsbemessungsgrenze fällt, angenommen.

[3] Durchschnitt der beitragspflichtigen Einkommen aus Tabelle 22.

Tabelle 42: Schichtung der lohnsteuerpflichtigen Einkommen (1971 und 1974) - in v.H. der Familiengröße -

Einkommen von ... bis unter ... DM	Alleinstehende ohne Kinder	Familien mit ... Kindern									
		Einverdiener-Haushalte					Zweiverdiener-Haushalte				
		0	1	2	3	4 u.m.	0	1	2	3	4 u.m.
1971											
- 7 200	37	24	6	4	5	4	2	0	0	0	1
7 200 - 12 000	23	14	7	5	5	6	3	2	2	2	3
12 000 - 16 000	21	20	18	15	16	20	5	5	5	6	8
16 000 - 20 000[a]	12	18	27	28	28	28	10	14	14	16	19
20 000 - 25 000	5	12	21	23	22	23	22	28	30	31	30
25 000 - 36 000	2	9	16	18	16	13	43	41	40	37	33
36 000 - 50 000	0	2	4	5	5	4	13	8	7	6	5
50 000 -	0	1	1	2	3	2	2	2	2	2	1
Familien in 1 000	5 979	2 610	1 730	1 690	740	429	1 549	1 320	806	274	135
1974											
- 7 200	31	24	5	4	4	4	2	0	0	0	0
7 200 - 12 000	14	8	4	3	3	3	2	1	0	0	2
12 000 - 16 000	14	9	5	4	4	6	2	2	1	1	2
16 000 - 20 000	17	12	11	9	11	15	3	3	3	4	5
20 000 - 25 000[b]	14	17	24	23	23	24	7	9	9	10	13
25 000 - 36 000	8	20	34	36	36	34	31	40	43	45	46
36 000 - 50 000	2	7	12	15	13	9	38	35	34	30	26
50 000 -	0	3	5	6	6	5	15	10	10	10	7
Familien in 1 000	5 999	2 520	1 729	1 697	719	403	1 727	1 405	919	308	142

[a]Beitragsbemessungsgrenze 17 100 DM; [b]22 500 DM.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie L Finanzen und Steuern, Reihe 6 Einkommen- und Vermögensteuern, II Lohnsteuer 1971; ders., Fachserie 14 Finanzen und Steuern, Reihe 7 Einkommen- und Vermögensteuern, 3 Lohnsteuer; eigene Berechnungen.

40 v.H. der Fälle das Einkommen des Ehemannes die Beitragsbemessungsgrenze, und bei knapp 10 v.H. der Zweiverdiener-Familien liegt auch das Einkommen der Ehefrau über dieser Grenze.

Die vertikal-horizontalen Verteilungswirkungen ohne altersspezifische Differenzierung sind für das Jahr 1976 in der Tabelle 43[1] dargestellt. Bei der Betrachtung gleichhoher Einkommen treten dabei die horizontalen Umverteilungen unverfälscht hervor: So ergeben sich zwischen der zumeist am höchsten belasteten Gruppe der alleinstehenden Männer und der am stärksten begünstigten Gruppe der Einverdiener-Familien mit vier Kindern absolute Differenzen von gut 3 000 DM. Die Belastungen der Alleinstehenden werden nur noch übertroffen von denen der Zweiverdiener-Familien in der höchsten Einkommensklasse.

Aus vertikaler Sicht können sich bei großen Einkommensunterschieden zwar ebenfalls erhebliche Umverteilungen vollziehen; betrachtet man jedoch nur die stark besetzten mittleren und höheren Einkommensklassen, dann sind solche Wirkungen weitaus geringer. Das liegt in erster Linie an der Beitragsbemessungsgrenze, die die Belastungen begrenzt und für einen Großteil der Einverdiener-Familien die Umverteilungen auf einem relativ niedrigen Niveau stabilisiert. Die Zweiverdiener-Familien erreicht die Beitragsbemessungsgrenze erst in der höchsten Einkommensklasse und nimmt von dem hier zu-

---

[1] Diese Werte erhält man, indem zunächst für jeden Familientyp die altersspezifischen Umverteilungen aus der Tabelle 40 mit den Besetzungszahlen aus Tabelle 28 gewichtet und so die durchschnittlichen familienspezifischen Umverteilungen bestimmt werden. Ebenso sind die Durchschnittseinkommen aus der Tabelle 22 zu ermitteln. Hiervon ausgehend können mit Hilfe der einkommensspezifischen Umverteilungsänderungen (Zusammenfassung der (gewichteten) familienspezifischen Leistungsänderungen aus Tabelle 32 mit den durchschnittlichen Beitragsänderungen) dann die vertikalen Umverteilungen ermittelt werden.

Tabelle 43: Einkommens- und familienspezifische Einkommensumverteilungen (1976)

Einkommen von ... bis unter ... DM (Klassenmitten)[a]	Alleinstehende ohne Kinder		Familien mit ... Kindern									
			Einverdiener-Familien					Zweiverdiener-Familien				
	Männer	Frauen	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	in DM											
- 7 200 (3 600)	+ 233	+ 640	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7 200 - 12 000 (9 600)	- 406	+ 23	+1 890	+1 561	+1 913	+2 326	+2 777	.	.	.	.	.
12 000 - 16 000 (14 000)	- 874	- 430	+1 496	+1 113	+1 456	+1 869	+2 324	.	.	.	.	.
16 000 - 20 000 (18 000)	-1 299	- 842	+1 138	+ 705	+1 042	+1 453	+1 912	+ 352	+ 703	+1 101	+1 529	+2 018
20 000 - 25 000 (22 500)	-1 778	-1 305	+ 735	+ 247	+ 575	+ 986	+1 449	- 100	+ 251	+ 650	+1 083	+1 576
25 000 - 36 000 (30 500)	-2 353	-1 860	+ 252	- 303	+ 15	+ 425	+ 894	- 903	- 551	- 152	+ 289	+ 791
36 000 - 50 000 (43 000)	-2 353	-1 860	+ 252	- 303	+ 15	+ 425	+ 894	-2 158	-1 805	-1 404	- 950	- 437
50 000 - (75 000)	-2 353	-1 860	+ 252	- 303	+ 15	+ 425	+ 894	-3 444	-3 096	-2 632	-2 154	-1 633
	in v.H. des Einkommens (der Klassenmitte)											
- 7 200 (3 600)	+ 6,5	+ 21,3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7 200 - 12 000 (9 600)	- 4,2	+ 1,5	+ 19,6	+ 16,3	+ 19,9	+ 24,2	+ 28,9	.	.	.	.	.
12 000 - 16 000 (14 000)	- 6,2	- 2,2	+ 10,7	+ 8,0	+ 10,4	+ 13,4	+ 16,6	.	.	.	.	.
16 000 - 20 000 (18 000)	- 7,2	- 4,0	+ 6,3	+ 3,9	+ 5,8	+ 8,1	+ 10,6	+ 2,0	+ 3,9	+ 6,1	+ 8,1	+ 11,2
20 000 - 25 000 (22 500)	- 7,9	- 5,2	+ 3,3	+ 1,1	+ 2,6	+ 4,4	+ 6,4	- 0,4	+ 1,1	+ 2,9	+ 4,8	+ 7,0
25 000 - 36 000 (30 500)	- 7,7	- 5,7	+ 0,8	- 1,0	+ 0,1	+ 1,4	+ 2,9	- 3,0	- 1,8	- 0,5	+ 0,9	+ 2,6
36 000 - 50 000 (43 000)	- 5,5	- 4,0	+ 0,6	- 0,7	0	+ 1,0	+ 2,1	- 5,2	- 4,2	- 3,2	- 2,2	- 1,0
50 000 - (75 000)	- 3,1	- 2,3	+ 0,3	- 0,4	0	+ 0,6	+ 1,2	- 4,6	- 4,2	- 3,5	- 2,9	- 2,2

[a] In der höchsten Klasse: Aus der Lohnsteuerstatistik 1974 ermitteltes und auf 1976 hochgerechnetes (gewichtetes) durchschnittliches Bruttoeinkommen je Steuerpflichtigen.

Quelle: Eigene Berechnungen.

grunde liegenden klassenmittleren Einkommen nur einen geringen Teil von der Beitragszahlung aus, so daß auch die relativen Belastungen in dieser Gruppe am größten sind.

Da die Ergebnisse der Tabelle 43 durchschnittliche familienspezifische Umverteilungen angeben, werden sie durch die altersmäßige Zusammensetzung des jeweiligen Familientyps beeinflußt. Dies wird deutlich bei den aus dem Rahmen fallenden hohen Besserstellungen der kinderlosen Einverdiener-Familien und ist auf einen weit überdurchschnittlichen Anteil älterer Familien zurückzuführen. Diese Verzerrungen werden vermieden, wenn zusätzlich nach dem Alter differenziert wird (Tabelle 44). Gegenüber den aggregierten Größen ergeben sich folgende Modifikationen:

Aufgrund ihres geringen Krankheitskostenrisikos und der damit verbundenen geringen Leistungsinanspruchnahme werden die jungen Mitglieder selbst mit geringen Einkommen kaum bessergestellt. Dies betrifft vor allem die große Gruppe der Auszubildenden. Dagegen haben die bereits gut verdienenden Alleinstehenden und Zweiverdiener-Familien der untersten Altersgruppe die höchsten Belastungen zu tragen und gehören auch die meisten Einverdiener-Familien zu den Schlechtergestellten. In der höchsten Altersgruppe werden selbst die Alleinstehenden und Zweiverdiener-Familien lediglich teilweise und zumeist auch nur relativ gering belastet, während die Einverdiener-Familien durchgehend und erheblich begünstigt werden.

Für eine differenziertere Betrachtung des Einflusses der Beitragsbemessungsgrenze sowie der Zusammensetzung der Familieneinkommen auf die Verteilung sind in Abbildung 4 die relativen Einkommensumverteilungen in Abhängigkeit von der Höhe des Einkommens beispielhaft für 7 Familientypen der mittleren Altersgruppe dargestellt. Die maximalen Belastungen ergeben sich für Alleinstehende und Einverdiener-Familien bei einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. Bei

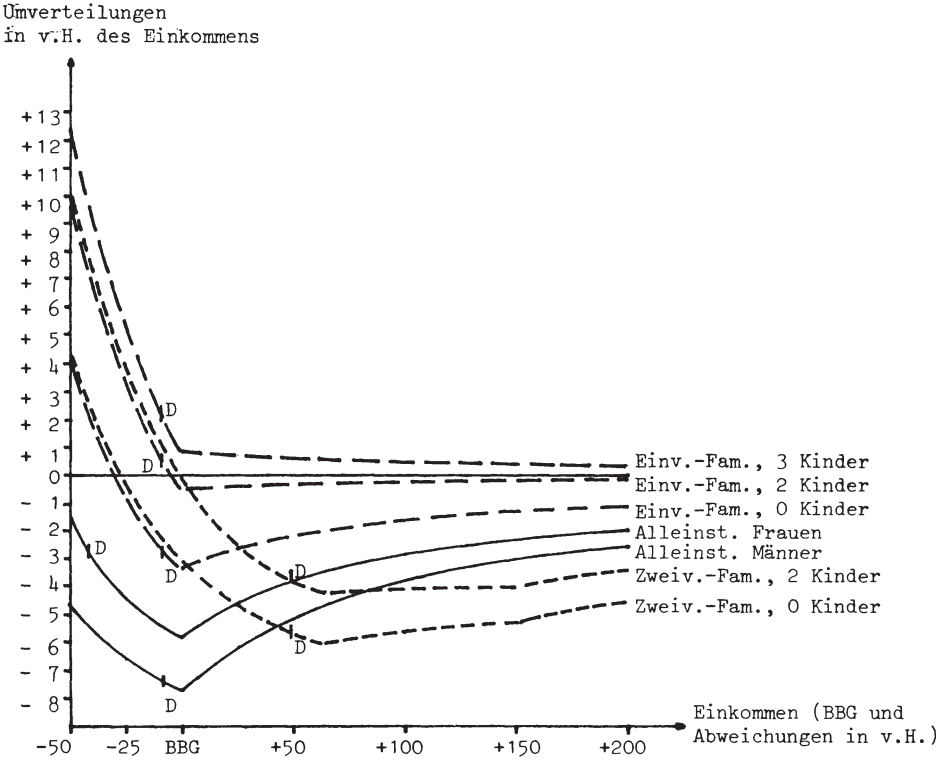
Tabelle 44: Einkommens-, alters- und familienspezifische Einkommensumverteilungen (1976) - in DM -

Einkommen von ... bis unter ... DM (Klassenmitten)[a]	Alleinstehende ohne Kinder		Familien mit ... Kindern										
			Einverdiener-Familien					Zweiverdiener-Familien					
	Männer	Frauen	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	15 bis unter 25 Jahren												
- 7 200 (3 600)	+ 91	+ 274	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7 200 - 12 000 (9 600)	- 557	- 376	+ 107	+ 674	+1 241	.	.	.	.	.	.	.	.
12 000 - 16 000 (14 000)	-1 034	- 852	- 370	+ 197	+ 764	.	.	- 370	+ 321	+ 793	.	.	.
16 000 - 20 000 (18 000)	-1 465	-1 286	- 801	- 234	+ 333	.	.	- 803	- 79	+ 626	.	.	.
20 000 - 25 000 (22 500)	-1 951	-1 773	-1 287	- 720	- 153	.	.	-1 290	- 528	+ 213	.	.	.
25 000 - 36 000 (30 500)	-2 534	-2 358	-1 870	-1 303	- 736	.	.	-2 160	-1 328	- 520	.	.	.
36 000 - 50 000 (43 000)	-2 534	-2 358	-1 870	-1 303	- 736	.	.	-3 508	-2 576	-1 666	.	.	.
50 000 - (75 000)	-2 534	-2 358	-1 870	-1 303	- 736	.	.	-4 894	-3 848	-2 824	.	.	.
	35 bis unter 45 Jahren												
- 7 200 (3 600)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7 200 - 12 000 (9 600)	- 207	+ 233	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
12 000 - 16 000 (14 000)	- 671	- 211	+ 533	+ 932	+1 331	+1 730	+2 129	.	.	.	.	.	.
16 000 - 20 000 (18 000)	-1 093	- 616	+ 111	+ 510	+ 909	+1 308	+1 707	+ 141	+ 554	+ 965	+1 375	+1 786	
20 000 - 25 000 (22 500)	-1 567	-1 071	- 363	+ 36	+ 435	+ 834	+1 233	- 325	+ 90	+ 504	+ 917	+1 331	
25 000 - 36 000 (30 500)	-2 136	-1 617	- 932	- 533	- 134	+ 265	+ 664	-1 155	- 735	+ 5	+ 104	+ 523	
36 000 - 50 000 (43 000)	-2 136	-1 617	- 932	- 533	- 134	+ 265	+ 664	-2 451	-2 023	-1 595	-1 167	- 739	
50 000 - (75 000)	-2 136	-1 617	- 932	- 533	- 134	+ 265	+ 664	-3 753	-3 308	-2 861	-2 413	-1 966	
	55 bis unter 65 Jahren												
- 7 200 (3 600)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7 200 - 12 000 (9 600)	+ 808	+ 768	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
12 000 - 16 000 (14 000)	+ 456	+ 387	+2 057	+2 253	+2 664	.	.	.	.	.	.	.	.
16 000 - 20 000 (18 000)	+ 136	+ 40	+1 737	+1 933	+2 324	.	.	+1 688	+1 804	+2 195	.	.	.
20 000 - 25 000 (22 500)	- 224	- 350	+1 377	+1 573	+1 964	.	.	+1 316	+1 412	+1 803	.	.	.
25 000 - 36 000 (30 500)	- 656	- 818	+ 945	+1 141	+1 532	.	.	+ 654	+ 715	+1 106	.	.	.
36 000 - 50 000 (43 000)	- 656	- 818	+ 945	+1 141	+1 532	.	.	- 380	- 374	+ 17	.	.	.
50 000 - (75 000)	- 656	- 818	+ 945	+1 141	+1 532	.	.	-1 475	-1 564	-1 173	.	.	.

[a] In der höchsten Klasse: Aus der Lohnsteuerstatistik 1974 ermitteltes und auf 1976 hochgerechnetes (gewichtetes) durchschnittliches Bruttoeinkommen je Steuerpflichtigen.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 4: Einkommensspezifische Umverteilungen bei ausgewählten Familientypen der Altersgruppe 35 bis unter 45 Jahren (1976)



BBG: Beitragsbemessungsgrenze;

D : Durchschnittseinkommen.

Quelle: Eigene Berechnungen.

darüber liegenden Einkommen bleiben sowohl die Beiträge als auch die Leistungen konstant, so daß die Gesamtbelastung mit wachsendem Einkommen regressiv wirkt. Im Falle positiver Umverteilungen auch bei einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (Einverdiener-Familien mit 3 Kindern) ergibt sich mit steigendem Einkommen zwar keine Verbesserung der relativen Verteilungsposition, allerdings eine erhebliche Verlangsamung der Begünstigungsverminderung im Vergleich zu den Einkommen unterhalb der Bemessungsgrenze.

Bei den Zweiverdiener-Familien tritt die Regressionswirkung erkennbar in zwei Stufen ein: Zunächst, wenn das (vergleichsweise höhere) Einkommen des Mannes die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet und die Konstanz seines absoluten Umverteilungsbeitrags zu einer Verminderung bzw. Verlangsamung der relativen Gesamtbelastung führt, und das zweitemal, wenn auch das Einkommen der Ehefrau über die Bemessungsgrenze hinauswächst und die Regressionswirkung verstärkt einsetzt.

Vergleicht man die Verteilungspositionen der Einverdiener- mit denen der Zweiverdiener-Familien, dann stellt man bei über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden (gleichen) Familieneinkommen erhebliche Belastungsunterschiede zulasten der Zweiverdiener-Haushalte fest. Diese ergeben sich ausschließlich aus der unterschiedlichen Zusammensetzung des Familieneinkommens und den damit verbundenen verschieden hohen Beitragsleistungen.[1]

Bei den Zweiverdiener-Familien des in Abbildung 4 dargestellten Durchschnittsfalles beträgt das Einkommen der Ehefrau zwei Drittel des Einkommens des Ehemannes. Allgemein gilt, daß mit zunehmender Angleichung der beiden Einkommen eine höhere Gesamtbelastung verbunden ist. So werden

---

[1] Vgl. Abschnitt 4.2.3.

etwa in den Fällen, in denen die Ehefrau voll berufstätig ist und ihr Einkommen dem des Mannes entspricht, die Belastungsunterschiede im Vergleich zu den Einverdiener-Familien mit gleichem Familieneinkommen noch vergrößert. In der Tabelle 45 sind diese Zusammenhänge am Beispiel eines Gesamteinkommens in Höhe der zweifachen Beitragsbemessungsgrenze im Jahre 1976 von 55 800 DM für ausgewählte Fälle der Zusammensetzung des Familieneinkommens dargestellt.

Tabelle 45: Einkommensumverteilungen bei unterschiedlicher Zusammensetzung des Familieneinkommens[a] (1976)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Familien mit ... Kindern									
	0					2				
	(0)	(1/3)	(1/2)	(2/3)	(1/1)	(0)	(1/3)	(1/2)	(2/3)	(1/1)
	Umverteilungen in v.H. des Familieneinkommens									
15 - 25	-3,4	-6,1	-7,0	-7,7	-8,8	-1,3	-3,2	-3,8	-4,3	-5,1
25 - 35	-2,2	-4,9	-5,8	-6,5	-7,6	-0,4	-2,6	-3,3	-3,9	-4,8
35 - 45	-1,7	-4,2	-5,0	-5,7	-6,7	-0,2	-2,7	-3,5	-4,2	-5,1
45 - 55	-0,1	-2,5	-3,3	-4,0	-4,9	+1,3	-1,1	-1,9	-2,6	-3,4
55 - 65	+1,7	-0,5	-1,2	-1,8	-2,6	+2,7	+0,9	+0,2	-0,4	-2,1
65 -	+4,0	+2,0	+1,3	+0,8	0	+4,7	+3,4	+2,7	+2,2	+0,4

[a] Am Beispiel eines Familieneinkommens von 55 800 DM im Jahre 1976 (= zweifache Beitragsbemessungsgrenze).

(0): Einverdiener Haushalt; (1/3), (1/2), (2/3): Ehefrau verdient 1/3, 1/2, 2/3 des Einkommens ihres Ehemannes; (1/1): beide Ehepartner verdienen gleichviel.

Betrachtet man die beiden Extremfälle der Einverdiener-Familie und der Zweiverdiener-Familie mit gleichhohen Einkommen der Ehepartner, dann liegen die Belastungsunterschiede allgemein bei 5 v.H. des Einkommens und machen damit im Jahre 1976 zwischen 2 500 DM und 3 000 DM aus. Diese Diskriminierung sowohl der Zweiverdiener- gegenüber den Einverdiener-Familien als auch zwischen Zweiverdiener-Haushalten mit zunehmender Unterschiedlichkeit in der Zusammensetzung des Familieneinkommens kann also auch eine erhebliche quantita-

tive Bedeutung haben. Allerdings stellt das hier gewählte Beispiel insofern einen Extremfall dar, als - wie auch Abbildung 4 zeigt - mit sinkendem wie mit wachsendem Familieneinkommen die Belastungsunterschiede geringer werden. Der beschriebene Tatbestand ist jedoch insbesondere deshalb von Bedeutung, weil der größte Teil der Zweiverdiener-Haushalte sich in dem relevanten Einkommensbereich über der Beitragsbemessungsgrenze befindet und so in mehr oder weniger starker Weise betroffen sein kann.

4.3.3. Beitragssatzspezifische Umverteilungen

Für eine Vorstellung von der gesamten Einkommensumverteilung ist es notwendig, nicht mehr nur auf den durchschnittlichen Beitragssatz abzustellen, sondern die gesamte Schwankungsbreite der Beitragssätze und damit die unterschiedliche Kassenzugehörigkeit der Versicherten in die Betrachtung einzubeziehen.

Bei Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze ist ceteris paribus mit einer Variation des Beitragssatzes um einen Prozentpunkt eine gleichhohe positive bzw. negative Veränderung der Einkommensumverteilungen in v.H. des beitragspflichtigen Entgelts verbunden. In dem Maße also, wie die Beitragssätze vom durchschnittlichen Beitragssatz abweichen, werden die bisher dargestellten relativen Umverteilungen abgeschwächt bzw. verstärkt. Für die über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Einkommen gilt dieser Zusammenhang aufgrund des nun regressiv wirkenden Beitragssatzes abgeschwächt: Eine Erhöhung (Senkung) des Beitragssatzes führt zwar zu einer Verschlechterung (Verbesserung) der Verteilungsposition, allerdings mit steigendem Einkommensniveau um einen zunehmend geringeren Vomhundertsatz der Beitragssatzänderung.

Die Intervalle, innerhalb derer sich im System der GKV solche Umverteilungsprozesse vollziehen, sind in der Tabelle 37 bereits angegeben worden. Sie liegen im Mittel der Jahre 1970 bis 1976 um ca. 4,5 v.H. unter und um etwa 2,5 v.H. über dem durchschnittlichen Beitragssatz. Ein Bezug auf die relativen Umverteilungen bei durchschnittlichem Beitragssatz in Tabelle 41 verdeutlicht das Gewicht dieser Beitragssatzschwankungen. Durch die Zugehörigkeit zu einer extrem beitragsgünstigen bzw. -ungünstigen Kasse können sich die Belastungen in Begünstigungen umkehren und vice versa; in jedem Fall aber werden die bisher dargestellten alters-, familien- und einkommenspezifischen Umverteilungswirkungen ganz erheblich verändert.

In einem anderen Licht erscheinen die Beitragssatzunterschiede, wenn man nicht nur auf ihre Extremwerte abstellt, sondern auch die Anzahl der jeweils betroffenen Mitglieder berücksichtigt. Dann zeigt sich, daß für die meisten Mitglieder die Beitragssatzschwankungen in relativ engen Grenzen liegen. So gilt für drei Viertel der Pflichtmitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch ein Beitragssatz, der maximal nur um einen Prozentpunkt über bzw. unter dem durchschnittlichen Beitragssatz liegt. Für den weit überwiegenden Teil der Mitglieder spielen deshalb Umverteilungswirkungen aufgrund ihrer Kassenzugehörigkeit eine relativ geringe Rolle.

Eine Betrachtung der Jahre vor 1970 zeigt, daß sich sowohl die Schwankungsbreite als auch die Streuung der Beitragssätze seit 1949 praktisch nicht verändert haben. Im Jahre 1979 sind die Schwankungsbreite mit 59 v.H. und der Variationskoeffizient mit 7,1 allerdings auf ihre bisher niedrigsten Werte abgesunken.[1]

---

[1] Errechnet aus: Bundesarbeitsblatt 1979, S. 113.

4.3.4. Gesamtgesellschaftliche Umverteilungen

Die bisherigen Ergebnisse stellen auf die individuellen Verteilungspositionen ab. Daneben ist es von Bedeutung, welche Wirkungen sich auf gesamtgesellschaftlicher Ebene einstellen, wobei auch hier die horizontalen, vertikalen, altersbedingten sowie beitragssatzspezifischen Dimensionen relevant sind. Da Angaben über die Versichertenstruktur bezüglich der Beitragssatzunterschiede in Verbindung mit den übrigen Merkmalen nicht zur Verfügung stehen und auch eine kombinierte Gliederung der Versicherten nach Einkommensklassen und Familiengröße nicht vorliegt, lassen sich die gesamtgesellschaftlichen Wirkungen nur getrennt in horizontal-vertikaler und horizontal-altersmäßiger Kombination darstellen (Tabelle 46). Diese Werte konnten ermittelt werden, indem die individuellen Umverteilungsbeträge in den Tabellen 40 bzw. 43 mit den zugehörigen Strukturdaten der Tabellen 28 bzw. 42[1] multipliziert wurden. Die für die Rentner benötigten globalen Angaben stehen in den Rechnungsergebnissen der GKV zur Verfügung, so daß ihre Nettoverteilungsposition[2] hiernach bestimmt werden konnte.

---

[1] Die hier angegebenen Vomhundertsätze wurden auf die Anzahl der Versicherten in Tabelle 28 bezogen, um die in der Lohnsteuerstatistik erfaßten nicht gesetzlich versicherten Personen zu eliminieren. In diesem Zusammenhang war der offensichtlich stark überhöhte Satz in der untersten Einkommensklasse der Einverdiener-Familien zu korrigieren, da in dieser Gruppe ein großer Anteil von Rentenbeziehern vermutet werden kann, die nur noch einer Nebentätigkeit nachgehen und damit nicht mehr den Allgemeinversicherten zuzurechnen sind. Dieser Vomhundertsatz wurde den Sätzen der übrigen Einverdiener-Familien angeglichen.

[2] Differenz aus den Beiträgen der Rentenversicherungsträger und den Leistungsausgaben zuzüglich anteiliger Verwaltungskosten. Errechnet aus: Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 1978, S. 58; Bundesverband der Ortskrankenkassen, Die Ortskrankenkassen 1975, Ein statistischer und finanzieller Bericht, a.a.O., S. 19; sowie Angaben über die Mitgliederzahlen aus Tabelle 7.

Tabelle 46: Gesamtgesellschaftliche einkommens-familienspezifische und alters-familienspezifische Einkommensumverteilungen (1976) - in Mrd. DM -

Einkommen von ... bis unter ... DM	Alleinstehende ohne Kinder		Familien mit ... Kindern										KVdR[a]	Übrige Versicherte[b]	Überschuß GKV[c]	Differenz	Summe (-)
			Einverdiener-Familien					Zweiverdiener-Familien									
	Männer	Frauen	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4					
- 7 200	+ 0,8																
7 200-12 000	- 0,2		+0,4	+0,3	+0,3	+0,1	+0,1	+0,1	0	0	0	0					
12 000-16 000	- 0,5																
16 000-20 000	- 1,5		+0,3	+0,1	+0,1	+0,1											
20 000-25 000	- 2,0		+0,3	+0,1	+0,2	+0,1	+0,1										
25 000-36 000	- 1,6		+0,2	-0,2		+0,1	+0,1	-0,4	-0,2	-0,1	+0,1	+0,1					
36 000-50 000	- 0,4		+0,1	-0,1	0	+0,1	0	-1,8	-1,1	-0,6	-0,1	-0,1					
50 000-	0							-1,3	-0,6	-0,4	-0,1						
Gesamt	- 5,4		+1,3	+0,2	+0,6	+0,5	+0,3	-3,4	-1,9	-1,1	-0,1	0	+5,7	+1,0	+1,1	+1,2	-11,9
Alter von ... bis unter ... Jahren				+1,6					-3,1								
15 - 25	-2,0	-1,0	0	0	+0,1	0	0	-0,3	0	0	0	0					
25 - 35	-1,7	-0,2	-0,1	-0,2		+0,1	+0,2	-1,5	-0,9	-0,4	-0,1	0					
35 - 45	-0,7	-0,1	-0,1	-0,1	+0,1	+0,2		-0,7	-0,8	-0,7	-0,2	-0,1					
45 - 55	-0,2	-0,1	+0,2	+0,3	+0,3	+0,2	+0,1	-0,7	-0,3	-0,1	0	0					
55 - 65	0	+0,1	+1,2	+0,1	+0,1	0	0	0	0	0	0	0					
Gesamt	-4,6	-1,3	+1,2	+0,2	+0,6	+0,5	+0,3	-3.2	-2,0	-1,2	-0,3	-0,1	+5,7	+1,0	+1,1	+2,1	-12,7
				+1,6					-3,6								

[a]Nettoposition aus den Rechnungsergebnissen der GKV. [b]Über 65 jährige Erwerbstätige, Alleinstehende mit Kindern, Studenten. [c]Überschuß der Reineinnahmen über die Reinausgaben in der GKV.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Auf der Belastungsseite leisten die Alleinstehenden sowie die Zweiverdiener-Familien ohne Kinder und mit geringer Kinderzahl einen etwa gleichhohen Beitrag zum Umverteilungsvolumen. Innerhalb dieser Gruppen tragen dabei die jungen und gutverdienenden Personen aufgrund ihres geringen Krankheitskostenrisikos und ihrer hohen Beitragsleistungen den größten Anteil.

Der größte Betrag der Begünstigungen fließt in die Finanzierung der Rentnerkrankenversicherung, während die Einverdiener-Familien nur mit etwa der Hälfte dieses Betrages alimentiert werden. Daß davon die Familien ohne Kinder - trotz ihrer um über die Hälfte geringeren Anzahl - in annähernd der gleichen Höhe wie die Familien mit Kindern profitieren, liegt daran, daß diese Gruppe überwiegend aus älteren Ehepaaren besteht, deren hohe Leistungsinanspruchnahme sowohl die Überzahl der Familien mit Kindern als auch ihre weitaus höhere Anzahl mitversicherter Angehöriger kompensiert.

Die Angaben in der Tabelle 46 erlauben weiterhin eine Überprüfung der Zuverlässigkeit und Konsistenz des in dieser Untersuchung gewählten Ansatzes zur Ermittlung der Umverteilungswirkungen. Denn da den gesamten Belastungen in jeder Periode Begünstigungen in gleicher Höhe gegenüberstehen müssen, haben die dargestellten Ergebnisse diesem Erfordernis zu entsprechen.

Bezüglich der unterschiedlich hohen nicht geklärten Differenzen von 1,2 Mrd. DM bzw. 2,1 Mrd. DM ist zunächst festzustellen, daß sich bei Verwendung der altersspezifischen Durchschnittseinkommen im Vergleich zur Einkommensdifferenzierung leichte Verzerrungen ergeben. Diese sind fast ausschließlich auf die zu hoch angesetzten Durchschnittseinkommen bei den jungen Alleinstehenden sowie bei den mitarbeitenden Ehefrauen in Zweiverdiener-Familien und die damit verbundenen überschätzten Schlechterstellungen zurückzufüh-

ren.[1] Die absolute Höhe der Differenzen wird weniger durch eine Fehlbewertung der individuellen Krankheitskostenrisiken als vielmehr auf die nur approximativ mögliche Abgrenzung der einzelnen Versichertengruppen bedingt sein. So mußte durch das notwendigerweise vereinfachte Verfahren bei der Eliminierung der PKV-Versicherten aus den Daten der Gesamtbevölkerung unberücksichtigt bleiben, daß die Anzahl der die Wahlmöglichkeit zwischen PKV und GKV besitzenden privat Versicherten dort überproportional groß (klein) sein wird, wo bei einer gesetzlichen Versicherung zunehmend negative (positive) Umverteilungseffekte für sie bestehen. Dies führt zu einer Verminderung der Belastungen bzw. zu einer Erhöhung der Begünstigungen, so daß die bestehende Differenz auf einen vernachlässigbar geringen Betrag reduziert werden dürfte.

5. Größenordnungen lebenszeitbezogener Umverteilungswirkungen

Im Vergleich zu den bisherigen zeitpunktbezogenen Ergebnissen führt die Ausdehnung der Betrachtungsweise auf einen gesamten Lebenszyklus grundsätzlich zu einer Abschwächung der Umverteilungswirkungen, da die kurzfristig bestehenden interpersonellen Umverteilungsprozesse zu einem mehr oder weniger großen Teil bei einer intertemporalen Betrachtung ausgeglichen werden. Dies ist offensichtlich bei dem über das Lebensintegral erfolgenden altersspezifischen Ausgleich und ergibt sich auch bei der Veränderung des Familienstandes und der Familiengröße. Für die Einkommen gilt es, wenn auf die mit dem Erwerbszyklus schwankenden Einkommen abgestellt wird

---

[1] Damit werden die Aussagen über die Abhängigkeit der Durchschnittseinkommen von der Familiensituation und die daraus resultierenden Verteilungswirkungen bestätigt. Vgl. S. 154 ff.

und in bezug auf die Beitragssätze bzw. Kassenzugehörigkeit in dem Maße, wie die Beitragssatzstruktur sich verändert und/oder die Kassenzugehörigkeit wechselt.

Eine Quantifizierung solcher Umverteilungswirkungen, die sich auf die bisher ermittelten zeitpunktbezogenen Ergebnissen stützen muß, kann nur in Form einer Querschnittsbetrachtung erfolgen. Dies ergibt sich einmal aus der Kürze des Untersuchungszeitraums. Zum anderen wäre es aber auch wenig sinnvoll, die Verteilungswirkungen nur für eine Altersgruppe oder gar für einen Jahrgang zu ermitteln, da auf diese Weise die Situation nur für einen sehr geringen Teil der Versicherten erfaßt würde.

Bei einer Status-quo-Betrachtung werden die Verhältnisse des Basisjahres auf das gesamte Leben übertragen. Da im folgenden ausschließlich auf die relativen Umverteilungen abgestellt wird, spielt die Veränderung der Absolutbeträge der Einkommen, Leistungsausgaben und Beiträge zwar keine Rolle, doch müssen insbesondere konstante Versichertenstrukturen, ein gleichbleibendes Niveau alters- und geschlechtsspezifischer Leistungsausgaben im Verhältnis zu den Einkommen sowie eine unveränderte Einkommensverteilung unterstellt werden. Wie gesehen bzw. noch zu zeigen sein wird, haben sich diese Strukturen im Zeitablauf jedoch teilweise erheblich verändert. Diesem Tatbestand wird allerdings dadurch Rechnung zu tragen versucht, daß die Querschnittsergebnisse für verschiedene Jahre des Untersuchungszeitraums angegeben werden, so daß zumindest die Tendenz dieser Veränderungen erfaßt und bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden kann.

Die folgenden Ergebnisse lebenszeitbezogener Umverteilungswirkungen beziehen sich zwar auf eine hypothetische Situation; sie dürften dennoch zumindest einen Eindruck von den tatsächlichen Größenverhältnissen der Verteilungsrelationen

- insbesondere im Vergleich zu den zeitpunktbezogenen Ergebnissen - vermitteln. Unter diesem Gesichtspunkt scheint es deshalb vertretbar, eine solche Betrachtung überhaupt anzustellen.

5.1. Familienspezifische Umverteilungen

Ebenso wie bei der zeitpunktbezogenen Betrachtung sind dieser lebenszeitbezogenen Analyse Angaben über die Versichertenstruktur voranzustellen, um den Kreis der jeweils Betroffenen auch in seiner zahlenmäßigen Bedeutung abschätzen zu können. Diese Angaben sollen Auskunft darüber geben, wie viele Alleinstehende und Familien unterschiedlicher Größe ihren Familienstatus über das gesamte Leben hinweg beibehalten. Da solche lebenszeitbezogenen Familienstrukturen im Zeitablauf einen teilweise erheblichen Wandel erfahren haben, sind sie für mehrere Jahrgänge anzugeben. Daraus lassen sich dann bestimmte Trendaussagen für frühere und zukünftige Versichertenjahrgänge ableiten. Die in der Tabelle 47 dargestellten lebenszeitbezogenen Familienstrukturen basieren für die Alleinstehenden auf Querschnittsbeobachtungen, die allerdings durch sich in die gleiche Richtung entwickelnde Längsschnittergebnisse hinreichend gesichert sind.[1] Die Angaben für Ehepaare beruhen auf Modellrechnungen, die vom jeweiligen generativen Verhalten in den angegebenen Jahren ausgehen.[2]

---

[1] Vgl. Ch. Höhn, Heiratstafel Lediger 1972/74, Querschnitts- und Längsschnittergebnisse für die deutsche Bevölkerung, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 1976, S. 717 ff., hier: S. 723.

[2] Vgl. K. Schwarz, Gründe des Geburtenrückgangs 1966 - 1975 und für "Nullwachstum" erforderliche Kinderzahl der Ehen, in: Wirtschaft und Statistik 1977, S. 374 ff., hier: S. 374.

Tabelle 47: Lebenszeitbezogene Familienstrukturen

Alleinstehende		
Jahr	Anteil der lebenszeitlich Ledigen an den männlichen bzw. weiblichen Personen, die 18 bzw. 16 Jahre alt geworden sind, unter den Heirats- und Sterblichkeitsbedingungen nebenstehender Jahre	
	Männer	Frauen
1960/62	4,3	5,0
1972/74	11,5	6,2
1976/78	17,0	8,0

Ehepaare					
Jahr	Anteil der Ehepaare mit lebenszeitlich ... Kindern an den gesamten Ehen unter den Geburtenhäufigkeiten nebenstehender Jahre				
	0	1	2	3	4 u.m.
1966	15	18	31	20	16
1972	22	28	35	11	4
1975	24	31	33	10	2

Quelle: Ch. Höhn, Heiratstafel Lediger 1972/74. Querschnitts- und Längsschnittergebnisse für die deutsche Bevölkerung, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 1976, S. 717 ff., hier: S. 719, Tabelle 1 und S. 722; K. Schwarz, Gründe des Geburtenrückgangs 1966 - 1975 und für "Nullwachstum" erforderliche Kinderzahl der Ehen, in: Wirtschaft und Statistik 1977, S. 374 ff., hier: S. 376, Tabelle 2.

Aus diesen Ergebnissen ist zunächst abzulesen, daß im dargestellten Zeitraum zunehmend mehr Alleinstehende - und hier insbesondere Männer - in ihrem Leben nicht heiraten werden. An der folglich zurückgegangenen Anzahl der Ehepaare hat sich der Anteil der kinderlosen Familien ständig erhöht, während sich der Anteil der Familien mit drei und insbesondere mit vier und mehr Kindern erheblich vermindert hat.

Wendet man die Angaben der Tabelle 47 ohne weitere Differenzierung auf die gegenwärtige alters- und familienspezifische Versichertenstruktur (Tabelle 28) an, dann würden von den 15 bis unter 25 jährigen Alleinstehenden gemäß den 1972/74er Bedingungen knapp 300 Tausend der Männer und über

100 Tausend der Frauen ledig bleiben, und von den ausgewiesenen 420 Tausend Familien dieser Altersgruppe nach den 1972er Geburtenhäufigkeiten zeitlebens etwa 90 Tausend ohne und 120 (150, 50, 20) Tausend mit einem Kind bis zu vier und mehr Kindern bleiben. Entsprechend wären die Familienstrukturen früherer Jahre auf die älteren Familiengruppen anzuwenden.

Festzuhalten ist im Hinblick auf die folgenden Ergebnisse, daß die Alleinstehenden auch in lebenszeitbezogener Sicht eine anzahlmäßig nicht unerhebliche Versichertengruppe darstellen, die zudem ständig an Umfang zunimmt. Dies gilt ebenso für die Ehepaare ohne Kinder, in denen zum weitaus größten Teil beide Ehepartner erwerbstätig sind. Dagegen spielen Familien mit hoher Kinderzahl eine zunehmend untergeordnete Rolle.

Die lebenszeitbezogenen Umverteilungen bei durchschnittlichen geschlechts- und familienspezifischen Einkommen und durchschnittlichen Beitragssätzen in Tabelle 48[1] lassen - trotz aller Vorbehalte gegen eine derartige Betrachtung - folgende Aussagen zu: Im Falle eines durchschnittlichen Lebenslaufes, für den eine temporäre Berufstätigkeit der Ehefrau charakteristisch sein dürfte, werden sich Belastungen und Begünstigungen im Laufe des Lebens weitgehend ausgleichen, so daß nur relativ geringe Umverteilungswirkungen auftreten werden. Dagegen haben die Alleinstehenden,

---

[1] Bei der Ermittlung dieser Werte aus den zeitpunktbezogenen Ergebnissen wurde von folgenden Prämissen ausgegangen: Die Zeit der Erwerbstätigkeit wurde bei den Männern mit 15 bis 65 Jahren und bei den Frauen mit 15 bis 60 Jahren angenommen. Das für die Dauer der Versicherung in der KVdR maßgebende Lebensalter wird durch die durchschnittlichen Lebenserwartungen bestimmt (vgl. Statistisches Jahrbuch 1978, S. 73). Die Kinder werden bis zum Alter von 15 Jahren als mitversichert betrachtet und die die Höhe der Mutterschaftsleistungen bestimmenden Wahrscheinlichkeiten für den Zeitpunkt der Geburt der Kinder aus den Geburtenhäufigkeiten abgeleitet.

Tabelle 48: Lebenszeitbezogene Einkommensumverteilungen in v.H. des Bruttoarbeitseinkommens nach Entwicklung des Familienstandes und der Familiengröße[a] (Querschnittswerte auf der Basis der Jahre 1970 und 1976)

Heiratsalter	Alleinstehende ohne Kinder		Familien mit ... Kinder									
			Einverdiener-Haushalte					Zweiverdiener-Haushalte				
Jahre	Männer	Frauen	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1970												
20	.	.	-0,26	+0,26	+0,77	+1,29	+1,80	-2,78	-2,30	-1,81	-1,33	-0,85
ø[b]	.	.	-0,48	+0,01	+0,50	+0,99	+1,48	-2,78	-2,29	-1,80	-1,31	-0,82
30	.	.	-1,09	-0,64	-0,16	+0,28	+0,74	-2,78	-2,27	-1,77	-1,27	-0,76
40	.	.	-1,80	-1,39	.	.	.	-2,78	-2,28	.	.	.
50	.	.	-2,31	.	.	.	.	-2,78	.	.	.	.
60	.	.	-2,66	.	.	.	.	-2,78	.	.	.	.
nicht verheiratet	-3,88	-1,81	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1976												
20	.	.	+0,22	+0,88	+1,54	+2,19	+2,85	-4,13	-3,58	-3,03	-2,48	-1,92
ø[b]	.	.	-0,12	+0,51	+1,19	+1,82	+2,45	-4,13	-3,58	-3,01	-2,46	-1,90
30	.	.	-1,01	-0,38	+0,20	+0,79	+1,37	-4,13	-3,56	-2,98	-2,43	-1,86
40	.	.	-2,08	-1,56	.	.	.	-4,13	-3,57	.	.	.
50	.	.	-2,87	.	.	.	.	-4,13	.	.	.	.
60	.	.	-3,44	.	.	.	.	-4,13	.	.	.	.
nicht verheiratet	-5,42	-2,05	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

[a] Bei durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Einkommen und durchschnittlichen Beitragssätzen.

[b] Durchschnittliches Heiratsalter; bei den Männern: 26 Jahre, bei den Frauen: 23 Jahre.

Quelle: Eigene Berechnungen.

und hier insbesondere die männlichen Versicherten, sowie die kinderlosen Zweiverdiener-Familien auch in lebenszeitbezogener Sicht erhebliche Belastungen zu tragen.

Ein Vergleich der beiden Basisjahre verdeutlicht die Tendenz: Während für die gegenwärtig älteren Jahrgänge die lebenszeitlichen Verteilungswirkungen insgesamt auf einem niedrigeren Niveau liegen, gewinnen sie für die jüngeren Jahrgänge zunehmend an Bedeutung, sowohl hinsichtlich der Niveauerhöhung als auch bezüglich einer weiteren Verteilungsdifferenzierung zwischen den Versichertengruppen.

5.2. Einkommensspezifische Umverteilungen

Spielten bei den bisher betrachteten Fällen durchschnittlicher Einkommen die Umverteilungswirkungen für die meisten Familien nur eine geringe Rolle, so ändert sich dieses Bild, wenn unterschiedliche Niveaus und/oder Entwicklungen der Lebenseinkommen in die Betrachtung einbezogen werden.

Die Einkommen weisen je nach regionaler oder branchenmäßiger Herkunft, nach der beruflichen Stellung des Empfängers und nach dem Karriereverlauf teilweise erhebliche Unterschiede auf. So liegen nach Schätzungen[1] die Lebenseinkommen der Angestellten (mit Volksschulabschluß) um etwa 30 v.H. über denen der Arbeiter, wobei die Verdienste in den verschiedenen Wirtschaftszweigen noch einmal um etwa 20 bis 30 v.H. um den jeweiligen Durchschnittswert schwanken. Differenziert man zusätzlich nach unterschiedlichen Karriereverläufen,

---

[1] Dabei handelt es sich um Berechnungen für die Jahre 1951 bis 1996 auf der Grundlage bis einschließlich 1976 vorliegender nomineller Bruttoeinkommen. Vgl. S.F. Franke, Löhne und Gehälter in langfristiger Sicht und ihre Besteuerung nach der Leistungsfähigkeit, Eine empirische Analyse für die Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden 1979, S. 157 ff., insbesondere Tabelle 52, S. 158.

dann ist für Angestellte mit günstigem Verlauf das Einkommen etwa doppelt so hoch wie im Falle eines ungünstigen Verlaufs. Innerhalb des Kreises der Arbeiter sind diese Unterschiede dagegen weitaus weniger ausgeprägt.

In welchem Ausmaß solche unterschiedlichen Lebenseinkommen zu Umverteilungswirkungen führen, zeigt die Abbildung 5.[1] So ist - auf der Basis der 1976er Werte - etwa mit einer Verminderung des Einkommens auf 75 v.H. des Durchschnittsniveaus eine Verbesserung der Verteilungsposition je nach Familientyp um ca. 1,5 bis 3,5 v.H. des Einkommens verbunden.[2] Sieht man allerdings von extrem niedrigen Vergleichseinkommen ab, dann bewegen sich die einkommensabhängigen Verteilungsänderungen im allgemeinen in engeren Grenzen. Dies gilt insbesondere bei höheren Einkommen unter dem Einfluß der regressiven Beitragsbelastung. Analog zu den Aussagen der Durchschnittsbetrachtung verlieren auch die hier betrachteten Umverteilungswirkungen für die gegenwärtig ältere Generation zunehmend an Bedeutung und dürften nur für jüngere und nachfolgende Jahrgänge Relevanz besitzen bzw. gewinnen.

5.3. Beitragssatzspezifische Umverteilungen

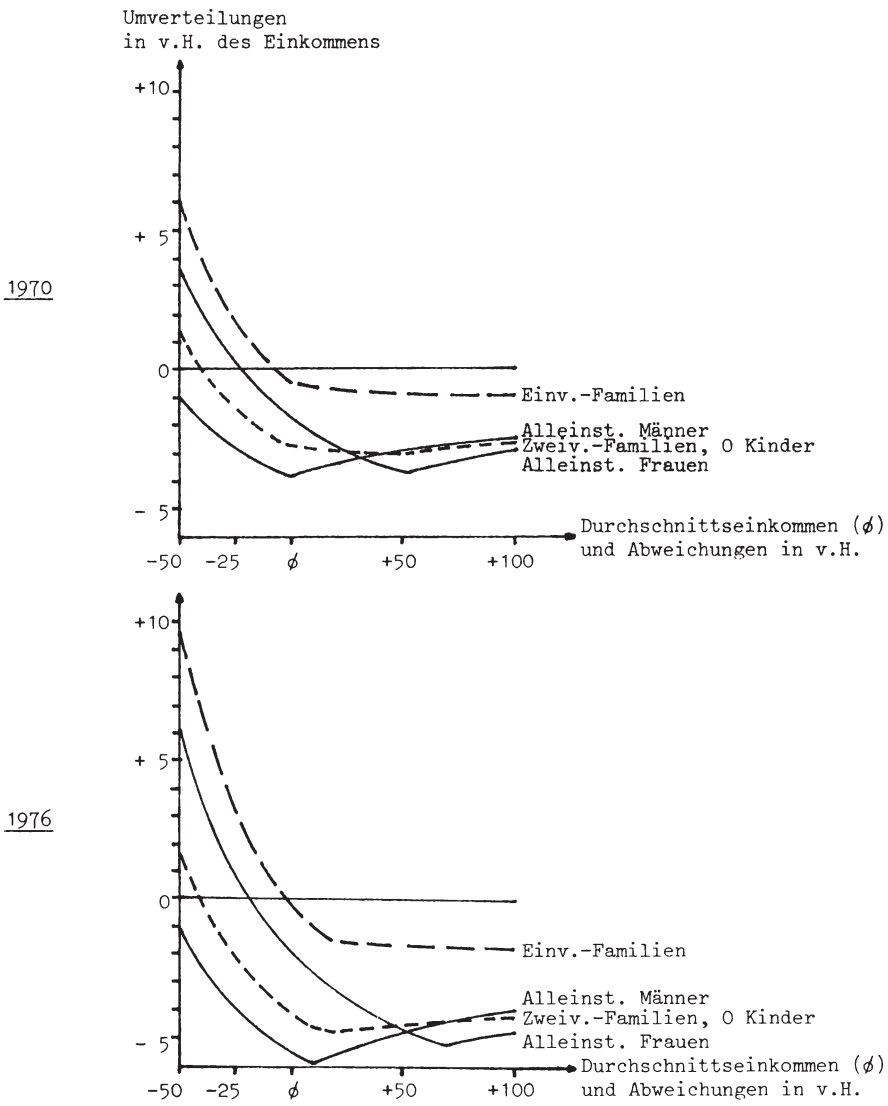
Anders als bei den familien- und einkommensspezifischen Umverteilungen haben sich die relativen Verteilungswirkungen

---

[1] Diese Ergebnisse sind auf der Grundlage der bisherigen Annahmen über die lebenszeitlichen Erwerbs- und Familienstrukturen analog den zeitpunktbezogenen Umverteilungen in Abhängigkeit von der Einkommenshöhe in Abbildung 4 ermittelt worden.

[2] Bei diesem Beispiel ist zu beachten, daß die starken Verteilungsänderungen bei den Frauen in erster Linie auf ihre vergleichsweise geringen Durchschnittseinkommen zurückzuführen sind.

Abbildung 5: Lebenszeitbezogene Einkommensumverteilungen in Abhängigkeit von der Höhe des Einkommensniveaus (Querschnittswerte auf der Basis der Jahre 1970 und 1976)



Quelle: Eigene Berechnungen.

aufgrund der Entwicklung der Beitragssatzdifferenzierungen in den letzten Jahrzehnten nur wenig verändert, da sowohl die Schwankungsbreite als auch die Streuung der Beitragssätze weitgehend konstant geblieben ist. Die beitragssatzabhängigen Verteilungspositionen der einzelnen Versicherten werden in den meisten Fällen dennoch nicht unverändert geblieben sein. Denn aufgrund sich im Zeitablauf verändernder Versichertenstrukturen in den einzelnen Kassen werden für den Versicherten selten nur extreme Beitragssätze gelten. Zudem wird er in seinem Leben oftmals nicht nur einer Kasse angehören. Insgesamt ist also auch hier eine Abschwächung der Umverteilungswirkungen im Vergleich zur zeitpunktbezogenen Betrachtung gegeben.

6. Analyse der verteilungspolitischen Konzeption der gesetzlichen Krankenversicherung

Bei der vorangegangenen quantitativen Analyse ist bereits deutlich geworden, daß neben den Verteilungswirkungen, die den Zielsetzungen des sozialen Ausgleichs, d.h. der Begünstigung sozial schwacher zu Lasten der sozial starken Mitglieder, entsprechen, sich auch solche Umverteilungen vollziehen, die als unerwünscht anzusehen sind. Es ist deshalb zu prüfen, ob das Sicherungssystem GKV sowohl von seiner Aufgabenstellung als auch von seiner Konzeption her für eine konsistente Verwirklichung der angestrebten Umverteilungswirkungen überhaupt geeignet ist. Ein solches System hat grundsätzlich zu gewährleisten, daß

- eine gleichmäßigere Einkommensverteilung hergestellt wird, d.h. die Bezieher niedriger Einkommen zu Lasten der Besserverdienenden begünstigt werden;
- ein horizontaler Belastungsausgleich durchgeführt, d.h. eine zunehmende Besserstellung der Familien mit wachsender Kinderzahl erreicht wird;

- diese Wirkungen mit den übrigen sozialpolitisch motivierten Umverteilungsmaßnahmen abgestimmt sind;
- gleiche soziale Tatbestände gleich behandelt werden, d.h. gleichhohe Familieneinkommen sowie Familien in gleicher sozialökonomischer Situation gleichen Belastungen unterliegen;
- die Transparenz des Systems für die Betroffenen gegeben ist.

Anhand dieser Kriterien soll im folgenden die verteilungspolitische Konzeption der GKV analysiert werden.

6.1. Beteiligungen Dritter

Eine Beteiligung Dritter an der Finanzierung der GKV ist durch die Arbeitgeberbeiträge, die Staatszuschüsse sowie im Rahmen der Sozialtarife gegeben. Die Umverteilungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern haben sich dabei als optischer Natur erwiesen. Die Arbeitgeberbeiträge sind als Lohnbestandteile anzusehen und damit von den Arbeitnehmern zu tragen. Das Festhalten am Arbeitgeberbeitrag vermindert die Transparenz der Mittelaufbringung und verschleiert damit die Kosten der sozialen Sicherheit. "Außerdem entsteht der Eindruck, als würden die Arbeitnehmer von Almosen ihrer Arbeitgeber abhängen."[1]

Die Finanzierung der GKV aus öffentlichen Haushaltsmitteln erstreckt sich im wesentlichen auf die Sondersysteme der landwirtschaftlichen und knappschaftlichen Krankenversicherung. Die vollständige Beitragsfinanzierung für die Altenteiler der KVdL und die - über die knappschaftliche Rentenversicherung erfolgende - Beteiligung an den Krankenversicherungsbeiträgen

---

[1] W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 905.

für die Knappschaftsrentner sind Subventionierungen dieser Personenkreise. Für diese Gemeinschaften entfällt damit auch der altersspezifische Risikoausgleich zwischen den Erwerbs- und Nichterwerbstätigen und so ein wesentliches Element eines Versicherungssystems.

Die aus den Sozialtarifen, d.h. in erster Linie den unterbewerteten Krankenhausleistungen, resultierenden Vorteile für die gesetzlich Versicherten sind ihrer Höhe nach nur schwer abzuschätzen. Sie stellen aber in jedem Fall ein systemfremdes Element dar und tragen ebenfalls dazu bei, die volle Höhe der gesetzlichen Krankenversicherungskosten zu unterschätzen.

6.2. Vertikale Einkommensumverteilungen

Hauptaufgabe der GKV ist es, im Rahmen eines Versicherungssystems die unterschiedlich hohen Krankheitsrisiken zwischen den Versicherten auszugleichen. Die Finanzierung über zweckgebundene Abgaben macht dem Abgabepflichtigen den Zusammenhang zwischen seinem Beitrag und den hiermit erworbenen Ansprüchen auf die eigene Sicherung deutlich. Sie dient damit der Transparenz und vermindert Widerstände gegen die Beitragszahlungen.[1] Dieser Zusammenhang geht nun um so mehr verloren, je stärker versicherungsfremde, d.h. vom Risikoausgleich abweichende Elemente in das System einbezogen werden. Unter diesem Gesichtspunkt sind damit Umverteilungsmaßnahmen im System der GKV nicht zweckmäßig.

Das klassische Instrument der vertikalen Umverteilung ist die progressive Einkommensteuer, mit der die politisch gewünschte Verteilung der Arbeitseinkommen allgemein herzustellen versucht wird. Ist dies befriedigend gelungen, gibt

---

[1] Vgl. W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 893.

es keinen Grund, die Einkommen etwa im Rahmen der parafiskalischen Institution GKV ein zweites Mal umzuverteilen. Eine zusätzliche Umverteilung ist allerdings dann zu rechtfertigen, wenn - aufgrund politischer und wirtschaftlicher Widerstände - die gewünschte Verteilung nicht hergestellt werden kann und "gewissermaßen ein Nachholbedarf an Umverteilung"[1] befriedigt werden muß. Die Frage ist nur, ob die GKV in ihrer Konzeption für solche Umverteilungen geeignet ist; ihr soll im folgenden nachgegangen werden.

Im Sicherungssystem GKV besteht ein Nebeneinander von Pflichtversicherung und der Möglichkeit der freiwilligen Versicherung (offenes System)[2]. Daneben sind die Beiträge sowie die einkommensabhängigen Leistungen von einer bestimmten Einkommenshöhe ab (Beitragsbemessungsgrenze) eingefroren (partielles System)[3]. Die Zwangsmitgliedschaft gilt dabei für einen Personenkreis, bei dem man unterstellt, daß er sich auf freiwilliger Basis nicht genügend sichern würde. Dazu gehören vor allem sämtliche Arbeiter sowie die Angestellten, deren Einkommen eine bestimmte Höhe (Versicherungspflichtgrenze) nicht überschreitet. Der von einer gesetzlichen Versicherung von vornherein ausgeschlossene Teil der Bevölkerung ist gering und umfaßt in erster Linie die Selbständigen mit überdurchschnittlichem Einkommen. Der größte Teil der nicht versicherungspflichtigen - und in der Regel besser verdienenden Personen - hat zumindest einmal im Laufe des Erwerbslebens die Möglichkeit, der GKV beizutreten.

Da die Umverteilungen sich innerhalb der GKV vollziehen, werden von der Redistribution zugunsten der Bezieher niedriger Einkommen diejenigen ausgenommen, die ihrem Einkommen nach

---

[1] W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 896.

[2,3] Zur Terminologie vgl. ebenda, S. 897 ff.

in erster Linie hierzu heranzuziehen wären. Hinzu kommt, daß für den größten Teil dieser Personen die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung besteht, d.h. daß sie nur dann in der GKV bleiben, wenn sie auf Dauer weniger an Beiträgen zahlen, als sie an Leistungen empfangen. Ein Verbleib in der GKV ist für diesen Personenkreis selbst bei überdurchschnittlichen Beiträgen vorteilhaft, wenn die Anzahl der mitversicherten Angehörigen und damit die Leistungen aus dem Familienlastenausgleich entsprechend hoch sind; hinzu kommen die Vorteile aus den Sozialtarifen. Bei genügender Transparenz und rationaler Verhaltensweise kann dieser Personenkreis einen Beitrag zum sozialen Ausgleich vollständig vermeiden. Damit bleiben von den Besserverdienenden ausschließlich die sog. schlechten Risiken in der GKV, die von den übrigen Versicherten noch alimentiert werden müssen. Der Kreis der auf diese Weise begünstigten Personen wird wesentlich mitbestimmt durch die Beitragsbemessungsgrenze, die die Beitragsbelastungen einfriert und damit für viele eine gesetzliche Versicherung erst vorteilhaft macht.

Daneben ergeben sich für die zum Ausgleich herangezogenen Pflichtmitglieder mit über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Einkommen unbefriedigende Verteilungswirkungen: Durch die ab dieser Grenze regressiv wirkende Beitragsbelastung vermindert sich die Umverteilungsquote mit wachsendem Einkommen. Diese "sonst nicht gerade übliche 'Schonung' der Bezieher hoher Einkommen"[1] steht damit im Widerspruch zur Umverteilungszielsetzung im Rahmen einer progressiven Besteuerung, nach der auch im System der GKV ein Anstieg der Belastungsquote konsequent wäre.[2]

---

[1] N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 73.

[2] Vgl. W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 898.

Damit ist die Frage nach dem anzuwendenden Beitragstarif angesprochen. Dabei geht es zum einen um die Berücksichtigung des Existenzminimums und zum anderen darum, ob nicht an die Stelle der bestehenden proportionalen Belastung ein die persönliche Leistungsfähigkeit grundsätzlich besser erfassender progressiver Tarif[1] zu setzen ist. In jedem Fall erfordert das Nebeneinander verschiedener Umverteilungssysteme eine Vorstellung über die gewünschte bzw. anzustrebende sekundäre Einkommensverteilung. Daraufhin müssen die verschiedenen Abgaben abgestimmt werden. Ist es schon bei nur einem Umverteilungssystem schwierig, ein konsistentes Verteilungskonzept zu verwirklichen, so treten hier Abstimmungsschwierigkeiten hinzu, die dann erheblich größer werden, wenn bei einem Nebeneinander zweier oder mehrerer Abgaben sich die Finanzbedarfe der beteiligten Institutionen unterschiedlich entwickeln.[2]

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß im Rahmen eines offenen und partiellen Systems das Ziel einer gleichmäßigeren Verteilung der Einkommen nicht zufriedenstellend erreicht werden kann. Die unbefriedigenden Umverteilungswirkungen lassen sich nur dann vermeiden, wenn sowohl sämtliche Einkommensbezieher als auch ihre vollständigen Einkommen in das System einbezogen werden. Das hätte jedoch eine Zwangsversicherung für sämtliche Staatsbürger zur Folge und bedeutet damit eine Einengung des Freiheitsspielraums. Darüber hinaus ist die Verwirklichung eines Gesamtkonzepts der Verteilungswirkungen bei einem Nebeneinander verschiedener Umverteilungssysteme wesentlich schwieriger zu verwirklichen, so daß auch aus diesem Grunde die GKV für die Durchführung

---

[1] Vgl. K.-H. Hansmeyer, a.a.O., S. 107.

[2] Vgl. W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 901.

vertikaler Umverteilungen nicht geeignet scheint. Dadurch wird allerdings die Herstellung der gewünschten Verteilung der Arbeitseinkommen mit Hilfe der Einkommensteuer um so dringender.[1]

6.3. Horizontale Einkommensumverteilungen

Durch die Beitragsbemessung nach dem Individualprinzip, d.h. nach den Einkommen aus dem jeweiligen Arbeitsverhältnis, und die Leistungsgewährung nach dem Familienprinzip, d.h. die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen, ergeben sich horizontale Umverteilungswirkungen. Dabei ist zunächst zu prüfen, inwieweit die "beitragsfreie" Mitversicherung der Familienangehörigen im System der GKV tatsächlich erfüllt ist. Hierzu läßt sich bereits a priori feststellen, daß ein solcher Ausgleich nur teilweise vorhanden sein kann.[2] Denn von den erwerbstätigen Mitgliedern machen die Alleinstehenden nur etwa 30 v.H. und zusammen mit den kinderlosen Zweiverdiener-Ehepaaren rund 45 v.H. der Beitragszahler aus.[3] Dabei liegen die beitragspflichtigen Einkommen eines großen Teiles der am Beginn des Erwerbslebens sich befindlichen alleinstehenden Versicherten sowie auch die der teilzeitbeschäftigten Frauen in Zweiverdiener-Haushalten weit unter dem allgemeinen Durchschnitt. Berücksichtigt man zudem den Finanzierungsbeitrag zur KVdR, dann ergibt sich schon von vornherein, daß ein großer Teil der Aufwendungen für die mitversicherten Angehörigen in Form allgemein höherer Beiträge von den Hauptversicherten selbst aufzubringen ist.

---

[1] Vgl. W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 901.

[2] Vgl. hierzu auch W. Albers, Die Aufwendungen der öffentlichen Hand für Familien und Kinder, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 26. Jg. (1978), S. 197 ff., hier: S. 199.

[3] Siehe Tabelle 28.

In besonders krasser Form zeigt sich dieser Tatbestand bei den Zweiverdiener-Familien, bei denen die Beitragsleistungen sogar höher sind, als es selbst zur kostendeckenden Mitversicherung ihrer Kinder erforderlich ist (Tabellen 4O und 41). Diese Familien müssen schon ein weit unter dem Durchschnitt liegendes Einkommen beziehen und/oder einer beitragsgünstigen Kasse angehören, um zumindest teilweise in den Genuß eines Beitrags zur Mitversicherung ihrer Kinder zu gelangen. Inwieweit dieser Familienlastenausgleich für Einverdiener-Familien erfüllt ist, zeigt Tabelle 49. Hier sind die Besser- bzw. Schlechterstellungen der Familien unterschiedlichen Alters[1] in v.H. der Leistungsausgaben für die mitversicherten Ehefrauen und Kinder[2] dargestellt. Die positiven Werte geben damit an, zu welchem Vomhundertsatz der Familienlastenausgleich jeweils erfüllt ist. Die Größen für die Familien insgesamt wurden hieraus durch Gewichtung mit den Strukturdaten der Tabelle 28 ermittelt und geben die durchschnittlichen Nettowirkungen für die einzelnen Familientypen an.

Bei der Frage nach der Zweckmäßigkeit horizontaler Umverteilungen im System der GKV ist zunächst, ebenso wie bei den vertikalen Umverteilungen, darauf hinzuweisen, daß es durch eine Verknüpfung des versicherungsmäßigen Risikoausgleichs mit Umverteilungszielsetzungen dem Versicherten erschwert wird, die Angemessenheit seiner Beitragshöhe zu überprüfen. Das fördert sowohl Widerstände gegen die Beitragserhebungen als auch allgemein ein free-rider-Verhalten und läuft damit Kostensenkungsbestrebungen zuwider.

---

[1] Vgl. Tabelle 4O.

[2] Ermittelt aus Tabelle 31: Differenz aus den Leistungsausgaben der Familien und den Leistungen für die alleinstehenden Männer.

Tabelle 49: Nettowirkungen der beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen (1976)[a]

Alter von ... bis unter ... Jahren	Einverdiener-Familien mit ... Kindern				
	0	1	2	3	4
	Besser (+)- bzw. Schlechterstellungen (-) in v.H. der Leistungsausgaben für die mitversicherten Ehefrauen und Kinder				
15 - 25	- 26	+ 32	+ 53	.	.
25 - 35	- 80	- 25	+ 4	+ 22	+ 34
35 - 45	- 54	- 16	+ 7	+ 22	+ 33
45 - 55	+ 18	+ 36	+ 47	+ 55	+ 61
55 - 65	+ 83	+ 84	+ 87	.	.
Familien insgesamt	+ 43	+ 5	+ 16	+ 29	+ 41
		+ 17			
	+ 23				

[a]Bei durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen und durchschnittlichem Beitragssatz.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Weiterhin ist eine horizontale Umverteilung nur dann konsequent zu verwirklichen, wenn sämtliche Kinder und Ehefrauen - also auch die der nicht gesetzlich Versicherten - in den Ausgleich einbezogen werden, und keine Personengruppe die Möglichkeit hat, sich der Finanzierung zu entziehen. Diese Voraussetzungen sind in der GKV nicht erfüllt.

Ungeachtet dieser Einschränkung ist nun zu prüfen, wie sich die horizontalen Umverteilungen in der GKV in das Gesamtsystem des Familienlastenausgleichs einfügen. Dabei ist zwischen Kindern und Ehefrauen zu unterscheiden. Im Vergleich mit dem Kindergeld als bedeutsamste Maßnahme im Rahmen des Kinderlastenausgleichs stimmt die bestehende Teilentlastung in der GKV zwar mit dem Grundsatz überein, daß nur ein Teil

der durch die Kinder entstehenden Aufwendungen abzudecken ist[1]; dennoch bleiben Unterschiede in der jeweiligen Wirkungsweise bestehen: Mit den nach der Ordnungszahl der Kinder gestaffelten Kindergeldbeträgen wird den mit steigender Kinderzahl sinkenden verfügbaren Pro-Kopf-Einkommen der Familien Rechnung getragen. Dagegen erfolgt durch den Kinderlastenausgleich in der GKV eine gleichhohe Entlastung je Kind, obwohl auch hier eine differenzierende Entlastung erforderlich wäre.

Im Hinblick auf die beitragsfreie Mitversicherung der Ehefrauen ist zu prüfen, wie diese Begünstigungen mit den durch das Ehegattensplitting bestehenden Entlastungen vereinbar sind. Werden mit dieser Maßnahme die Ehefrauen gegenüber den Kindergeldleistungen bereits unverhältnismäßig stark begünstigt,[2] so kommt mit dem Familienlastenausgleich im Rahmen der GKV hinzu, daß - insbesondere den älteren - Ehepaaren ohne Kinder zu Lasten der jungen Familien mit Kindern überproportional große Vorteile zufließen. Ob damit einer nach den Familienlasten differenzierten Unterstützung Rechnung getragen wird, ist zu bezweifeln. Unterstellt man, daß über ein solches Gesamtentlastungskonzept keine Klarheit besteht, dann macht dieser Fall darüber hinaus die Koordinierungsschwierigkeiten deutlich, die bei der Beteiligung mehrerer Institutionen an einer Umverteilungsmaßnahme bestehen.

---

[1] Vgl. Finanzwissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Finanzen, Gutachten zur Neuregelung und Finanzierung von Alterssicherung und Familienlastenausgleich, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Wirtschaft und Finanzen, Heft 18, Bonn 1971, S. 51.

[2] Vgl. W. Albers, Möglichkeiten einer stärker final orientierten Sozialpolitik, Göttingen 1976, S. 107 a, sowie: Deutscher Bundestag, Die Lage der Familien in der Bundesrepublik Deutschland - Dritter Familienbericht - Bericht der Sachverständigenkommission der Bundesregierung (im folgenden zitiert als "Dritter Familienbericht"), Bundestagsdrucksache 8/3121, S. 142.

Durch das Nebeneinander von Individual- und Familienprinzip in Verbindung mit der Beitragsbemessungsgrenze können erhebliche Belastungsunterschiede bei gleichhohen Familieneinkommen auftreten. Dies ist immer dann der Fall, wenn in Familien Einkommensteile aus der Beitragspflicht hinauswachsen, während sie in anderen Fällen durch die gleichmäßigere Verteilung des Familieneinkommens auf beide Ehepartner noch beitragspflichtig sind. Ausgehend von Einverdiener-Familien sind die Beitragsbelastungen um so größer, je gleichmäßiger die Einkommen auf die Ehepartner verteilt sind, d.h. je mehr die Ehefrau zum gemeinsamen Familieneinkommen beiträgt. Damit werden die Familien relativ begünstigt, in denen die nicht bzw. nur teilweise berufstätige Ehefrau durch ihre Arbeit im Haushalt die Lebenshaltung ohnehin verbilligen kann. Muß andererseits die Ehefrau mitverdienen, um ein gleichhohes Familieneinkommen zu erzielen und fällt dadurch ihre Arbeit im Haushalt zunehmend aus, dann wird dies noch durch eine mit wachsendem Einkommensanteil der Ehefrau zunehmende Beitragsbelastung "bestraft".

6.4. Umverteilungen zugunsten der Rentnerkrankenversicherung

Die Umverteilungen von den Allgemeinversicherten zugunsten der Rentnerkrankenversicherung berühren die grundsätzliche Aufgabenteilung zwischen der GKV und den Rentenversicherungsträgern. Dabei ist eine generelle Beteiligung der aktiv Versicherten an den Krankenversicherungskosten der Rentner im Zuge des altersabhängigen Risikoausgleichs durchaus folgerichtig. Denn dem Rentner, der in der Solidargemeinschaft Krankenversicherung während seines Erwerbslebens die gemeinschaftlichen Lasten mitzutragen hatte, ist nunmehr auch ein Anrecht darauf zuzuerkennen, daß die Gemeinschaft für

ihn einsteht.[1] Ein solcher Risikoausgleich besteht im übrigen nicht nur für die Rentner, sondern auch für die gleichaltrigen Versicherten, die noch im Erwerbsleben stehen und setzt darüber hinaus nicht erst mit 60 oder 65 Jahren, sondern bereits früher ein.

Die Frage ist allerdings, in welchem Ausmaß sich die Allgemeinversicherten an den Krankenversicherungskosten der Rentner beteiligen bzw. in welcher Höhe die Rentner bzw. die Rentenversicherungsträger hierfür aufzukommen haben. Versuchte man zunächst, dieses Problem durch die Festlegung einer Interessenquote zu lösen und orientierte sich damit an den tatsächlich geleisteten Ausgaben für die Rentner, so ist man ab 1977 zu einkommensbezogenen Beiträgen mit einem einheitlichen Beitragssatz von 11 v.H. übergegangen. Dieser Umstellung lagen allerdings keine veränderten konzeptionellen Vorstellungen über die Aufgaben- und Belastungsverteilung zugrunde, sondern es ging lediglich darum, die Löcher in der sich gerade in finanziellen Schwierigkeiten befindlichen Institution GRV zu stopfen und damit unpopuläre Beitragserhöhungen zu vermeiden.

Mit der Festlegung einer Interessenquote beteiligen sich die Rentenversicherungsträger an der Entwicklung der Krankheitskosten der Rentner. Dieser Tatbestand gewinnt durch die auch weiterhin zu erwartenden im Vergleich zu den Allgemeinversi-

---

[1] Diese Argumentation ist allerdings nur zutreffend für diejenigen Versicherten, die zeitlebens oder zumindest weit überwiegend in der GKV versichert waren. Die im Zuge des KVKG erfolgte Einführung entsprechender Vorversicherungszeiten zur Berechtigung einer beitragsfreien Versicherung in der KVdR tragen diesem Gesichtspunkt Rechnung. So sind ab 1.1.1978 Neurentner nur noch dann ohne eigene Beitragsleistung versichert, wenn sie vom Beginn ihres Erwerbslebens bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens die Hälfte der Zeit in der GKV versichert waren. Vgl. Art. 2 § 1 KVKG.

cherten ansteigenden Leistungsausgaben in der KVdR an Bedeutung. Dagegen werden bei einer Beitragsfestsetzung auf der Grundlage der Renteneinkommen und eines konstanten Beitragssatzes weder diese Ausgabensteigerungen noch die ohnehin allgemein stärker als die Einkommen steigenden Gesundheitsausgaben berücksichtigt. Allein die aktiv Versicherten haben die hieraus resultierenden Belastungen zu tragen. Der nach 1983 an die Stelle des konstanten Beitragssatzes tretende allgemeine Beitragssatz[1] trägt zwar der allgemeinen Kostenentwicklung in der GKV, nicht jedoch der speziellen Ausgabenentwicklung der KVdR Rechnung.

Welche Beteiligung der aktiv Versicherten an den Krankheitskosten der Rentner auch als erwünscht angesehen wird, entscheidend ist eine eindeutige und beständige Aufgaben- und Finanzierungsregelung der beteiligten Institutionen, da hiervon im wesentlichen Maße die Transparenz für die betroffenen Versicherten abhängt und damit auch einer Verschleierung der Finanzlage der Institutionen und Verzögerungen notwendiger Reformen entgegengewirkt werden kann.

6.5. Beitragssatzunterschiede im gegliederten System

Das System der GKV besteht aus einer historisch gewachsenen Vielfalt von Krankenversicherungsträgern, von denen jeder für sich den Ausgleich seiner Ausgaben und Einnahmen herbeizuführen hat. Damit vollziehen sich die Umverteilungswirkungen jeweils innerhalb dieser geschlossenen Gruppen. Wie die Analyse der Beitragssatzunterschiede gezeigt hat, hängt die Höhe des Beitragssatzes einer Kasse im wesentlichen von der alters-, geschlechts- und familienspezifischen Zusammensetzung des Versichertenkreises sowie von der Höhe des durch-

[1] Vgl. hierzu S. 212 ff.

schnittlichen beitragspflichtigen Entgelts ab. Je nach Zugehörigkeit zu der einen oder anderen Gemeinschaft können sich für Versicherte in gleichen sozialökonomischen Verhältnissen Belastungsunterschiede von erheblichem Ausmaß ergeben, die mit dem Grundsatz der Gleichbehandlung gleicher sozialer Tatbestände nicht zu vereinbaren sind.

In den ersten Jahren der Entwicklung der GKV mag neben dem Festhalten an den bereits bestehenden, gewachsenen Gemeinschaften auch der Solidaritätsgedanke als Begründung für das gegliederte System eine Rolle gespielt haben. Zum anderen dürften zu dieser Zeit Beitragssatzdifferenzen rechtfertigende Unterschiede im Leistungsniveau - insbesondere im Hinblick auf die Familienhilfe - von größerer Bedeutung gewesen sein. Heute ist die GKV eine öffentlich-rechtliche Institution, in der das Leistungsniveau weitgehend einheitlich vorgeschrieben und auch der versicherte Personenkreis - mit begrenzten Wahlmöglichkeiten zwischen den Kassen - gesetzlich festgelegt ist. Den hieraus resultierenden Leistungsausgaben haben sich die Kassen anzupassen. Ein solidarisches Verhalten kann allenfalls noch bei kleineren Betriebs- und Innungskrankenkassen aufgrund der Zugehörigkeit zu einem gemeinsamen Unternehmen oder zum gemeinsamen Beruf vermutet werden. Mit zunehmender Größe der Versichertengemeinschaft dürfte allgemein der Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und der Belastung für die Gemeinschaft verlorengehen und an die Stelle des Solidarhandelns ein free-rider-Verhalten treten.[1]

Eine gleichmäßige Verteilung der Beitragslasten ist konsequent nur im System einer Einheitsversicherung, bzw. in einem umfassenden Finanzausgleich zu verwirklichen. Die Beibehaltung

---

[1] Vgl. K.-D. Henke, Ursachen der Kostensteigerungen, a.a.O., S. 180.

des gegliederten Systems wird gegenüber der Forderung nach einer Einheitsversicherung[1] heute damit begründet, daß

- die Selbstverwaltung gegenüber einer sich allgemein ausdehnenden staatlichen und damit möglicherweise politischen Einflußnahme zu stärken sei;[2]

- vorhandenen Bestrebungen einzelner Kassen und ihrer Mitglieder im Hinblick auf eine sparsame Wirtschaftsführung und ein kostenbewußtes Verhalten[3] die Grundlage nicht entzogen werden sollte;

- die bestehende Freiheit der Kassenwahl zu erhalten und den Präferenzunterschieden[4] Rechnung zu tragen sei;

- der noch vorhandene Wettbewerb zwischen den Kassen und damit der Kosten- und Beitragsvergleich konkurrierender Versicherungsunternehmen erhalten werden sollte.[5]

Bei einer Entscheidung für oder gegen das gegliederten System wird man also zwischen diesen Gründen und den bestehenden

---

[1] Vgl. "Das Papier" des Kölner CDU-Sozialausschusses zur Krankenversicherungsreform, in: Dienst für Gesellschaftspolitik, Nr. 10/1968 vom 7.9.1968, S. 2 ff., sowie: Sozial-Milliarden in falschen Kassen, Ein Reformmodell - Plädoyer für funktionsgerechte Mittelverwendung, in: Der Volkswirt, 21. Jg. (1967), Heft 32 vom 11.8.1967, S. 1707 ff.

[2] Vgl. Deutsches Industrieinstitut, Köln, a.a.O., S. 46.

[3] Vgl. S. 146.

[4] Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 77.

[5] Vgl. H. Köhrer, Regionalkassen oder regionale RVO-Kassen? Zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deutsche Versicherungszeitschrift, XXIV. Jg. (1970), S. 185 ff., hier: S. 189.

diskriminierenden Verteilungswirkungen abzuwägen haben. Eine Teillösung besteht in der Institutionalisierung eines partiellen Finanzausgleichs zwischen den Krankenversicherungsträgern, der die unerwünschten Verteilungswirkungen zumindest abschwächt.

7. Würdigung der bestehenden Umverteilungswirkungen und Möglichkeiten der Reform

Nachdem die grundsätzlichen Schwierigkeiten aufgezeigt worden sind, im System der GKV konsistente Umverteilungsmaßnahmen zu verwirklichen, sollen nunmehr die Umverteilungen in ihren gegenwärtig bestehenden Größenordnungen unter diesem Aspekt betrachtet werden. Dabei wird insbesondere zu beachten sein, wie sie sich in das Gesamtsystem sozialer Umverteilungsmaßnahmen einfügen und welche Gewichtung ihnen hierin zukommt. Hiervon ausgehend ist dann zu prüfen, welche Möglichkeiten der Reform gegeben sind.

7.1. Belastungswirkungen im Rahmen des sozialen Ausgleichs

Zu den vom sozialen Ausgleich am stärksten belasteten Versicherten gehören die Alleinstehenden und Zweiverdiener-Ehepaare ohne Kinder. Um sowohl die absolute Höhe dieser Belastungen beurteilen als auch ihren Stellenwert im Vergleich mit den Verteilungswirkungen anderer sozialpolitischer Maßnahmen abschätzen zu können, sollen den Umverteilungen im System der GKV (Tabelle 41) die Verteilungswirkungen einer

der quantitativ bedeutsamsten Maßnahmen im Rahmen des Familienlastenausgleichs, die Kindergeldleistungen, gegenübergestellt werden (Tabelle 50)[1].

---

[1] Während bei der Ermittlung der Umverteilungen durch das Kindergeld die Zurechnung der Kindergeldbeträge auf die einzelnen Familien kein Problem darstellte, waren bei der Verteilung der Finanzierungslast vereinfachende Annahmen erforderlich. So wurde zunächst davon ausgegangen, daß die Finanzierung des Kindergeldes aus sämtlichen Einnahmequellen des Bundes im gleichen Verhältnis erfolgt. Auf die privaten Haushalte entfallen dabei die Lohn- und Einkommensteuer sowie etwa drei Viertel der indirekten (Umsatz- und Verbrauch-) Steuern (vgl. H. Kitterer, Die Belastung der privaten Haushalte mit indirekten Steuern, in: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, Mitteilungen, 29. Jg. (1978), S. 263 ff., hier: S. 269). Da hier nur die gesetzlich versicherten Haushalte betrachtet werden sollten, mußte der gesamte Finanzierungsbeitrag aus direkten Steuern auf diese und die übrigen Haushalte aufgeteilt werden. Dazu wurde der Einkommensanteil der gesetzlich versicherten Haushalte (Multiplikation der Durchschnittseinkommen mit der Anzahl der jeweiligen Haushalte) an der gesamtwirtschaftlichen Bruttolohn- und Gehaltssumme sowie den Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen gebildet und die direkten Steuern entsprechend aufgeteilt. Dabei blieb zur Vereinfachung außer Betracht, daß wegen der vergleichsweise geringeren Durchschnittseinkommen der gesetzlich Versicherten ihre Steuerbelastung aufgrund des progressiven Tarifs hätte niedriger ausfallen müssen. Die Aufteilung ihres gesamten Finanzierungsanteils auf die einzelnen Haushalte erfolgte dann auf der Grundlage der aus den jeweiligen durchschnittlichen Einkommen zu leistenden Steuern. Bei der Zurechnung der indirekten Steuern wurde vereinfachend angenommen, daß sämtliche Haushalte relativ gleich belastet werden. Die Belastungen waren dann einfach zu ermitteln, indem der den indirekten Steuern zuzuordnende Anteil an der Finanzierung des Kindergeldes zum Einkommen sämtlicher privaten Haushalte in Beziehung gesetzt und dieser Satz auf die Durchschnittseinkommen der gesetzlichen Versicherten angewendet wurde.

Tabelle 50: Einkommensumverteilungen in der GKV und im Rahmen der Kindergeldleistungen[a] (1976)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Alleinstehende ohne Kinder		Familien mit ... Kindern									
			Einverdiener-Familien					Zweiverdiener-Familien				
	Männer	Frauen	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
	Umverteilungen in v.H. des beitragspflichtigen Einkommens[b]											
	Kindergeld											
sämtliche Altersgr.	-1,1	-0,9	-0,9	+1,8	+5,6	+12,1	+18,5	-1,0	+0,6	+2,9	+6,8	+10,7
	GKV											
15 - 25	-6,9	-5,2	-1,4	+3,2	+7,9	.	.	-6,0	-2,8	+0,3	.	.
25 - 35	-8,3	-4,0	-3,7	-1,7	+0,3	+ 2,3	+ 4,3	-6,6	-5,0	-3,4	-1,8	- 0,2
35 - 45	-7,4	-2,8	-2,6	-1,0	+0,6	+ 2,1	+ 3,7	-5,5	-4,5	-3,5	-2,5	- 1,4
45 - 55	-4,7	-1,3	+1,0	+2,6	+4,2	+ 5,8	+ 7,3	-3,3	-2,4	-1,4	-0,5	+ 0,5
55 - 65	-1,2	+1,6	+5,7	+6,5	+8,2	.	.	-0,1	-0,3	+0,7	.	.

[a] Leistungen nach dem Bundeskindergeldgesetz. [b] Durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen in der GKV.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Der Vergleich zeigt, daß die Belastungen der Alleinstehenden und kinderlosen Ehepaare in der GKV zumeist ein Vielfaches der Belastungen durch das Kindergeld betragen. Darüber hinaus werden auch bei den Zweiverdiener-Familien mit bis zu zwei Kindern die Vorteile aus dem Kindergeld z.T. bei weitem durch die negativen Umverteilungen in der GKV überkompensiert.[1]

Wenn auch lediglich die Verteilungswirkungen eines Teilbereichs der sozialpolitisch motivierten Transferzahlungen den gesamten Umverteilungen im Rahmen der GKV gegenüberstellt

---

[1] Die von der Familiengröße abhängigen Einkommensunterschiede sind hier ebenfalls nicht berücksichtigt. In bezug auf den Vergleich ist dies auch von untergeordneter Bedeutung, da beide Vomhundertsätze jeweils gleichgerichtet betroffen werden. Zu den Modifikationen der Ergebnisse bei Berücksichtigung der familienspezifischen Einkommen vgl. S. 154 ff.

sind, macht dieser Vergleich bereits deutlich, daß die im System der GKV wirksamen Belastungen ein erhebliches Ausmaß besitzen und in einem Gesamtsystem des sozialen Ausgleichs eine herausragende Stellung einnehmen.

Dieser Tatbestand ist etwa dann zu berücksichtigen, wenn es um den unterschiedlichen Beitrag der Kinderlosen und der Familien mit Kindern für die eigene Alterssicherung geht.[1] Dabei wird auf die relativ bessere materielle Situation der Kinderlosen im Vergleich zu den Familien mit Kindern hingewiesen. Diese ergibt sich zunächst aus der fehlenden Belastung beim Aufziehen der Kinder sowie aus einem höheren Erwerbseinkommen im Vergleich zu den Familien, in denen die Ehefrau wegen der Erziehung der Kinder die Erwerbstätigkeit aufgibt. Im Rentenalter erhalten die Kinderlosen dann noch vergleichsweise höhere Einkommen, die von den Kindern der übrigen Familien aufgebracht werden müssen. Dieser Tatbestand wird häufig mit dem Satz beschrieben, daß die "Kinderlosen ihre Zukunft auf die Kinder der anderen aufbauen"[2]. Bei der Beurteilung der hier angesprochenen Verteilungsverzerrung ist nun zu berücksichtigen, daß für die Familien, in denen die Erwerbstätigkeit der Ehefrau zugunsten der Erziehung der Kinder aufgegeben wurde, neben den Transferzahlungen im Rahmen des Familienlastenausgleichs sowie durch Umverteilungen in der Rentenversicherung,[3] auch ein nicht unerheblicher Bei-

---

[1] Vgl. zu der gegenwärtig geführten Diskussion O. von Nell-Breuning, Vertrag zwischen drei Generationen, in: Wirtschaftswoche, 32. Jg. (1978), Nr. 23, S. 77 ff.; A. Rollinger, Die Leistungen der Familie werden enteignet, in: Arbeit und Sozialpolitik, 3O. Jg. (1976), S. 212 ff.; R. Zeppernick, Kritische Bemerkungen zum Zusammenhang zwischen Alterslastenausgleich und Kinderlastenausgleich, in: Finanzarchiv, N.F., 37 Jg. (1978), S. 293 ff.

[2] Zitiert bei O. von Nell-Breuning, a.a.O., S. 78.

[3] "Das Risiko der Versicherten ist für einen Verheirateten größer als für einen Alleinstehenden, weil die Versicherung bei einem Verheirateten in der überwiegenden Zahl der Fälle Hinterbliebenenrente zu zahlen hat, während dies bei den alleinstehenden Versicherten nicht der Fall ist." Dritter Familienbericht, a.a.O., S. 172.

trag von den Alleinstehenden und kinderlosen Ehepaaren im System der GKV geleistet wird. Hierzu tragen allerdings auch die Zweiverdiener-Familien bei; die Doppelbelastung der Ehefrau durch Beruf und Familie wird damit verteilungspolitisch nicht honoriert.

7.2. Familienlastenausgleich

Die empirischen Ergebnisse über die Wirksamkeit des Familienlastenausgleichs in der GKV haben gezeigt,[1] daß dieser nur unzureichend erfüllt ist. Darüber hinaus sind auch hinsichtlich der Wirkungsweise Gegensätze bzw. mangelnde Abstimmung in bezug auf die übrigen Maßnahmen des Familienlastenausgleichs festgestellt worden. Eine befriedigende Lösung dieser Probleme allein im Rahmen der Familienmitversicherung in der GKV erscheint nicht möglich; hierzu sind weitergehende Veränderungen erforderlich.

Die bisherigen Reformvorschläge sehen zumeist eine Verlagerung des gesamten Familien- oder zumindest des Kinderlastenausgleichs auf die öffentlichen Haushalte bzw. auf eine (neu zu gründende) Familienlastenausgleichskasse vor[2] oder stellen auf gezielte familienspezifische Zuschüsse durch den Staat ab.[3]

---

[1] Vgl. Abschnitt 6.3., insbesondere Tabelle 49.

[2] Vgl. Ph. Herder-Dorneich und W. Schreiber, Einkommensgrenzen und Kassensanierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Ein wissenschaftlicher Beitrag zur politischen Entscheidung, Berlin 1969, S. 68; Ph. Herder-Dorneich, "Reform oder Weiterentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung", in: Th. Tomandl (Hrsg.), Von der Krankenversicherung zur sozialen Vorsorge, Wien, Stuttgart 1972, S. 27 ff., hier: S. 43 f.; ders., Wachstum und Gleichgewicht ..., a.a.O., S. 121 ff.; R. Düttmann, a.a.O., S. 107 ff.

[3] Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 80 f.

Die Ausgliederung dieser Aufgaben wird - je nach Ansatz - damit begründet, daß

- sämtliche Kinder und evtl. Ehefrauen - also auch die der nicht gesetzlich Versicherten - in den Ausgleich einzubeziehen sind;

- zur Finanzierung der Familienlasten grundsätzlich alle Staatsbürger beizutragen haben;

- der Ausgleich zentral und einheitlich durchzuführen ist;

- die Zuständigkeit für den Familienlastenausgleich in den Bereich staatlicher Haushalte fällt.

Je nach Finanzierungsart ergeben sich gegenüber der bestehenden Regelung unterschiedliche Belastungseffekte. Bei einer Finanzierung aus allgemeinen Haushaltsmitteln ist der Anteil und die Art der herangezogenen Steuern maßgebend. Erfolgt die Aufbringung der Mittel durch spezielle Beiträge sämtlicher Erwerbstätigen zur Familienlastenausgleichskasse, wie es Herder-Dorneich und Schreiber empfehlen,[1] dann hängt die Wirkung von der Beitragsgestaltung - ob proportionaler oder progressiver Verlauf - sowie von eventuellen Beitragsbemessungsgrenzen ab. Allgemein läßt sich sagen, daß aufgrund des im Vergleich zur Gesamtbevölkerung unterdurchschnittlichen Einkommensniveaus der GKV-Versicherten ihre Entlastung um so stärker ausfallen wird, je größer der Anteil der progressiven Steuern ist bzw. je progressiver die Beitragsgestaltung und je höher die Beitragsbemessungsgrenze bei spezieller Beitragsfinanzierung sind. Da die Anzahl der zusätzlich zur Finanzierung herangezogenen Personen - etwa 7 v.H. der Erwerbstätigen - relativ gering ist, darf die Entlastungswirkung nicht überschätzt werden, zumal nun sämt-

---

[1] Vgl. Ph. Herder-Dorneich und W. Schreiber, a.a.O., S. 68.

liche Familienangehörigen alimentiert werden. Wichtiger dürfte die stärkere Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit sein, die allerdings nur insoweit wirksam wird, als die bisher proportionalen Beiträge durch progressive Einkommensteuer ersetzt werden.

Auf der anderen Seite vollziehen sich in der GKV allgemeine Beitragssatzsenkungen, die bei den einzelnen Kassen um so stärker ausfallen werden, je größer die Anzahl und je ungünstiger die altersspezifische Risikostruktur der mitversicherten Angehörigen ist. Eine solche Regelung führt damit zu einer verteilungspolitisch erwünschten Verminderung der Beitragssatzdifferenzierung, indem die durch die Familienhilfe entstehenden unterschiedlichen Belastungen eliminiert werden. Dies gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, daß die Krankheitskosten der Mitversicherten in ihrer tatsächlichen Höhe abgedeckt werden. Finanziert man statt dessen je Familienangehörigen, getrennt nach Ehefrauen und Kindern, einen durchschnittlichen Pauschbetrag, dann bleiben diejenigen Kassen, die aufgrund einer günstigen Altersstruktur einen niedrigen Beitragssatz aufweisen, durch überproportionale Ausgleichszahlungen weiterhin begünstigt, während in Kassen mit relativ ungünstiger Altersstruktur die durchschnittlichen Beitragsleistungen zur Finanzierung der Krankheitskosten nicht ausreichen. Um die erreichte Beitragssatznivellierung nicht zu konterkarieren, sind nach Risikogesichtspunkten gestaffelte Beiträge bzw. ein voller nachträglicher Ausgleich der den Kassen entstandenen Kosten erforderlich.

Mit kostendeckenden Ausgleichszahlungen ist allerdings die Gefahr verbunden, daß der noch vorhandene Anreiz zu einer wirtschaftlichen Kassenführung weiter gemindert wird und der bestehende Rahmen der Leistungsgewährung ständig voll ausgeschöpft wird. Darauf weist auch Herder-Dorneich hin und empfiehlt, die Kostensteigerungen durch eine Strategie des

Aushandelns der von der Ausgleichskasse zu übernehmenden Beteiligung zu steuern.[1] Die Gefahr zusätzlicher Kostensteigerungen wird auch dann vermindert, wenn die von Andel vorgeschlagenen staatlichen Zuschüsse[2], die lediglich eine Beteiligung an den Kosten darstellen, gewährt werden. Bestehen bleibt allerdings das Problem der Festlegung solcher "Interessenquoten" sowie der mit der technischen Abwicklung verbundene Verwaltungsaufwand, der eine laufende Ermittlung der alters- und geschlechtsspezifischen Krankheitskosten für die mitversicherten Angehörigen erfordert.

Weiterhin ist zu prüfen, wie sich die aus diesen Vorschlägen ergebenden Verteilungsänderungen in ein Gesamtsystem des sozialen Ausgleichs einfügen. Eine Ausgliederung des Kinderlastenausgleichs und Zusammenlegung mit dem Kindergeld führt zwar zu einer gemeinsamen Behandlung und einheitlichen Finanzierung; dennoch bleiben die bereits im gegenwärtigen System bestehenden Unterschiede in der jeweiligen Wirkungsweise erhalten[3]. Eine vollständige Übernahme der Krankheistkosten stimmt nicht mit dem Grundsatz überein, daß nur ein Teil der durch die Kinder entstehenden Aufwendungen auszugleichen ist. Faßt man dagegen die vollständige Kostenübernahme als Teilbetrag im Gesamtentlastungskonzept auf, dann kann - anders als mit den nach der Ordnungszahl der Kinder gestaffelten Kindergeldbeträgen - durch eine gleichhohe Entlastung je Kind nicht den mit steigender Kinderzahl sinkenden verfügbaren Pro-Kopf-Einkommen der Familien Rechnung getragen werden, deren Angleichung eine differenzierende Entlastung erfordert.

---

[1] Vgl. Ph. Herder-Dorneich, Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen ..., a.a.O., S. 121 ff.

[2] Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 80.

[3] Vgl. zum folgenden S. 191 f.

Ein Ausgleich der Krankenversicherungskosten für Kinder und Ehefrauen wird zwar die unterschiedliche Entlastung bei der Familienhılfe (Tabelle 49) aufheben bzw. abbauen. Erhalten bleibt aber auch in einem solchen System, daß insbesondere den älteren Ehepaaren ohne Kinder zu Lasten der jungen Familien mit Kindern überproportional große Vorteile zufließen. Hier ist die Frage zu stellen, ob dieses bereits bestehende Verhältnis im Rahmen eines Familienlastenausgleichs niveaumäßig erhöht und institutionalisiert werden soll. Dies ist um so mehr zu bedenken, als schon durch das Ehegattensplitting im Vergleich zum Kindergeld die Ehefrauen gegenüber den Kindern unverhältnismäßig stark begünstigt werden. Mit einer solchen Festlegung begibt man sich der Möglichkeit einer nach Familienlasten differenzierenden Steuerung.

Die mit den dargestellten Reformvorschlägen verbundenen unerwünschten Nebenwirkungen und Schwierigkeiten können vermieden werden, wenn in der GKV auch auf der Beitragsseite das Familienprinzip verwirklicht wird, d.h. für sämtliche Familienangehörigen auf der Grundlage des Familieneinkommens eigene Beiträge zu leisten sind. Dabei kann für Kinder ein ihren relativ geringen Krankenversicherungskosten entsprechender pauschaler Beitrag festgelegt werden. Der Beitragssatz für die nicht berufstätige und bisher mitversicherte Ehefrau ist gegenüber dem allgemeinen Beitragssatz nur um den Abschlag für den Krankengeldanspruch zu kürzen und hat demzufolge dem Beitragssatz für nicht krankengeldberechtigte Mitglieder zu entsprechen. Für Familieneinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze kann dieses Verfahren belastungsneutral gelöst werden, indem ein Splittingverfahren - analog dem Ehegattensplitting im Rahmen der Einkommensbesteuerung - eingeführt wird. Dabei wird das

gemeinsame Einkommen auf die Ehepartner gleichmäßig aufgeteilt und auf beide Einkommen gesondert der Tarif angewendet.

Im Vergleich zu einem Verfahren ohne Splitting ergibt sich bei der Einkommensteuer für unterschiedliche Einkommen der Ehepartner - der Extremfall sind die Einverdiener-Familien - eine Steuerminderung. Dagegen führt diese Regelung für die Krankenversicherungsbeiträge bei über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Einverdiener-Familieneinkommen sowie für Zweiverdiener-Familien, bei denen nach dem Individualprinzip Einkommensteile nicht mehr beitragspflichtig sind, zu Beitragserhöhungen. Mit einem solchen Verfahren wird also ein Grundsatz, der bei der Einkommensteuer zu finanziellen Entlastungen führt, mit umgekehrten Vorzeichen auf die Beitragserhebung in der GKV angewendet.[1] Im Vergleich zur bestehenden Regelung wird damit auch die Ungleichbehandlung gleicher Familieneinkommen im Zusammenhang mit den aus der Beitragspflicht hinauswachsenden Individualeinkommen vermieden.

Bei dieser Regelung ändert sich für Familieneinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze also nichts; übersteigt das gemeinsame Einkommen jedoch diese Grenze, erfolgt die Belastung stets in der Weise, als ob beide Ehepartner gleich hohe Einkommen erzielen. Ob das gegenwärtige Niveau der Beitragsbemessungsgrenze dabei angemessen ist, muß im Rahmen der vertikalen Umverteilungszielsetzungen entschieden werden.

---

[1] Vgl. R. Düttmann, a.a.O., S. 108.

Technisch ist ein solches Verfahren für Einverdiener-Familien ohne Schwierigkeiten durchzuführen, da sämtliche Familienangehörigen in einer Kasse versichert sind. Ein kompliziertes Beitragseinzugs- und -verteilungsverfahren ergibt sich dagegen bei den Zweiverdiener-Familien, da die Einkommen häufig aus verschiedenen Beschäftigungsverhältnissen stammen, und die Ehepartner zumeist auch verschiedenen Kassen angehören. Dieses Problem wäre wohl nur dadurch zu lösen, daß zunächst - ähnlich wie bei der Wahl der Lohnsteuerklassen - das Familieneinkommen pauschal bei der Beitragserhebung berücksichtigt wird. Im Rahmen einer Lohnsteuerreform, bei der sämtliche Arbeitnehmer zu veranlagen sind, bzw. eines auf das Ehepaar bezogenen Jahreslohnsteuerausgleichs könnten dann die überzahlten Krankenversicherungsbeiträge erstattet bzw. die zu wenig geleisteten Beiträge nachgefordert werden.[1]

Die Beiträge für Kinder und die zusätzlichen Mittel aus der Anwendung des Splittingverfahrens erlauben allgemein Beitragssatzsenkungen. Die dadurch freiwerdenden Mittel stehen grundsätzlich zur Finanzierung eines erhöhten und nach den bisherigen Grundsätzen gestaffelten Kindergeldes zur Verfügung und können damit den Familienlasten in geeigneter Weise Rechnung tragen. Ein auf das Familienprinzip abstellendes Finanzierungssystem hat - neben einer Verminderung der Beitragssatzunterschiede - weiterhin den Vorteil, daß die Transparenz und individuelle Spürbarkeit der Finanzierungslasten erhöht wird und dürfte damit auch ein Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen sein.

---

[1] Vgl. hierzu W. Albers, Transferzahlungen an Haushalte, a.a.O., S. 922, sowie ders., Die soziale Sicherung der Frau im Alter, in: Festschrift für Georg Wannagat, erscheint demnächst.

7.3. Rentnerkrankenversicherung

Die im Rahmen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes neu geregelte Finanzierung der KVdR hat zwar die unterschiedliche Belastung der Allgemeinversicherten in den einzelnen Kassen beseitigt. Doch haben sich mit der gleichzeitigen Erhöhung des pauschalen Finanzierungsanteils der GKV an den von den Rentnern verursachten Ausgaben die Umverteilungen von den Allgemeinversicherten zugunsten der Rentner drastisch erhöht. Lag dieser Anteil am Ende der fünfziger Jahre, also nach leistungsmäßiger Gleichstellung der Rentner mit den übrigen Versicherten, noch bei etwa 7 v.H., so stieg er über etwa 25 v.H. in den Jahren vor der Neuregelung auf gegenwärtig ca. 50 v.H. an und weist auch weiterhin eine steigende Tendenz auf.

Neben den Umverteilungswirkungen zwischen den aktiv Versicherten und Rentnern berührt die Höhe der Interessenquote auch die Verteilung innerhalb der Allgemeinversicherten. Denn deren hohe Belastung durch das Finanzierungsdefizit in der KVdR ist ein wesentlicher Grund dafür, daß der Familienlastenausgleich nur unzureichend erfüllt ist. Dabei geben die Ergebnisse der Tabelle 49 nicht einmal den gegenwärtigen Stand wieder, da hier noch nicht die Verdoppelung des Finanzierungsanteils berücksichtigt ist. Die Interdependenz zwischen dem Alters- und Familienlastenausgleich verstärkt damit die verteilungspolitische Bedeutung der Interessenquote.

Ein zweiter Aspekt bezieht sich auf die Entwicklung, insbesondere aber auf die jüngste Erhöhung der Interessenquote, die dazu führte, daß die gegenwärtig als Rentner Versicherten mit einem wesentlich höheren Beitrag durch die aktiv Versicherten unterstützt werden als sie ihn während ihrer Erwerbstätigkeit zur Finanzierung der KVdR geleistet haben.

Diese lebenszeitbezogene Verteilungsverzerrung verstößt damit gegen das Prinzip eines verteilungsneutralen altersbezogenen Risikoausgleichs.

Während man bis zur Neuregelung im Jahre 1977 versucht hat, die ursprünglich vorgesehene Interessenquote von 20 v.H. zumindest annähernd aufrecht zu erhalten und sich damit an der zumutbaren Belastung der Allgemeinversicherten orientierte, ist mit der Rückführung der Beitragsquote auf die für das Jahr 1968 festgelegte Relation von ca. 11 v.H. des Rentenvolumens das eigentliche Konzept einer Interessenquote praktisch aufgegeben worden. Denn nun wird nicht mehr auf die von den Rentenversicherungsträgern und der GKV zu tragenden Anteile und damit auf die Kostenentwicklung abgestellt, sondern erfolgen die Beitragsleistungen der GRV ausschließlich auf der Grundlage der Rentenzahlungen.

Dabei entspricht gegenwärtig der auf die Renten angewendete Beitragssatz zwar weitgehend dem durchschnittlichen Beitragssatz für die Allgemeinversicherten und soll nach 1983 durch diesen ersetzt werden. Entscheidende Unterschiede im Beitragsaufkommen resultieren allerdings aus der unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrundlage, die bei den Allgemeinversicherten das Bruttoeinkommen, bei den Rentnern dagegen das wesentlich geringere Nettoeinkommen ist, das durchschnittlich etwa die Hälfte des beitragspflichtigen Arbeitseinkommens beträgt.[1,2] Die Verwendung eines einheitlichen Beitragssatzes kann deshalb auch nicht als Hinweis auf eine angemessene Verteilung der KVdR-Lasten angesehen werden.

---

[1] Errechnet für 1978 aus den Angaben über die Rentenzahlungen und Grundlohnsumme, in: K. Eibs, a.a.O., S. 83, sowie den Versichertenzahlen in: Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 1978, S. 366 f.

[2] Zu berücksichtigen ist allerdings, daß den Rentnern kein Anspruch auf Krankengeldzahlungen zusteht.

Da eine objektiv befriedigende Verteilung der KVdR-Belastungen nicht gefunden werden kann, hängt es von den verteilungspolitischen Zielsetzungen ab, welche Regelung vorzuziehen ist. Will man durch eine begrenzte Belastung der Allgemeinversicherten den Raum für Umverteilungen im Rahmen des Familienlastenausgleichs erhalten, dann ist das bis 1976 geltende Konzept der Interessenquote der gegenwärtigen Regelung vorzuziehen. Hierfür spricht auch, daß so die Kontinuität der Belastungsverteilung gewahrt wird. Übertragen auf die gegenwärtige Regelung hätte sich dies dahingehend auszuwirken, daß für die Rentner faktisch ein höherer Beitragssatz zugrundegelegt werden müßte.

Durch die Verlagerung der Finanzierungsbeteiligung auf die Rentenversicherungsträger wird die Summe der Sozialversicherungsbeiträge für die meisten sowohl der gesetzlichen Kranken- als auch Rentenversicherung angehörenden Versicherten kaum berührt. Gewisse umverteilende Effekte aufgrund der unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrenze sowie der verschiedenen versicherungsrechtlichen Vorschriften über Versicherungspflicht und -berechtigung betreffen in erster Linie Versicherte, die mit ihrem Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung überschreiten oder die nur einem der beiden Sozialversicherungszweige angehören[1] und wirken zumeist entlastend für die Bezieher niedriger Einkommen.

Mit der gegenwärtig geltenden einkommensbezogenen Regelung hat man in Kauf zu nehmen, daß die Allgemeinversicherten von den überproportionalen Steigerungen der altersspezifischen Krankheitskosten in voller Höhe betroffen werden. Daneben werden sich die Umverteilungswirkungen in der GKV zunehmend mehr auf einen Alterslastenausgleich beschränken.

---

[1] Vgl. H.J. Kremp, Ein Finanzierungsprogramm für die Krankenversicherung der Rentner, in: Sozialer Fortschritt, 25 Jg. (1976), S. 241 ff., hier: S. 241.

Abschließend ist zu prüfen, inwieweit von der bereits im Rahmen des 21. Rentenanpassungsgesetzes vom 25.7.1978[1] beschlossenen Neugestaltung der Finanzierung der Rentnerkrankenversicherung ab 1982[2] eine Veränderung der gegenwärtig bestehenden Verteilungswirkungen zu erwarten ist. Die Vorschriften dieses Gesetzes stellen allerdings erst eine Art Grundsatzregelung dar, deren Ausgestaltung weiterer Vorschriften bedarf, so daß gegenwärtig über eine Reihe von Einzelheiten, insbesondere hinsichtlich der Beitragssätze und der Beitragsberechnungsgrundlagen, keine Klarheit besteht.[3]

Wesentlicher Bestandteil dieses Verfahrens ist der Übergang vom bisherigen Pauschalsystem zu einem individuellen Beitragssystem. Danach sollen die Rentner an Stelle der Pauschalzahlungen der Rentenversicherungsträger einen ihre individuellen Einkommensverhältnisse berücksichtigenden Beitrag zur Krankenversicherung leisten; gleichzeitig werden die Renten im Jahre 1982 um die bisherigen Pauschalzahlungen erhöht. Die Beitragszahlungen der Rentner entsprechen damit der jeweiligen Rentenerhöhung, so daß diese Regelung für die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung belastungsneutral wirkt. Daneben werden nun aber auch der Rente vergleichbare Einnahmen - die ebenso wie die Rente Lohnersatzfunktion haben - in die Bemessungsgrundlage einbezogen, so daß sich für den be-

---

[1] Einundzwanzigstes Gesetz über die Anpassung der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie über die Anpassung der Geldleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung und der Altersgelder in der Altershilfe für Landwirte (Einundzwanzigstes Rentenanpassungsgesetz - 21. RAG) vom 25.Juli 1978, BGBL I, S. 1089.

[2] Ausgenommen sind die knappschaftliche Versicherung und die Krankenversicherung der Landwirte. Diese Bereiche sollen zu einem späteren Zeitpunkt gesetzlich neu geregelt werden.

[3] Vgl. J. Steffens, 21. Rentenanpassungsgesetz, Änderungen im Krankenversicherungsrecht, in: Die Ortskrankenkasse, 60. Jg. (1978), S. 816 ff., hier: S. 818.

troffenen Personenkreis eine Beitragserhöhung ergibt. Nach der Gesetzesbegründung zählen zu den rentenähnlichen Einnahmen etwa Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Leistungen öffentlich-rechtlicher oder berufsständischer Versorgungseinrichtungen.[1]

Unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten ist zunächst von Bedeutung, daß sich durch die Einbeziehung zusätzlicher Einkommensteile in die Beitragsbemessungsgrundlage pauschale Entlastungen für die KVdR ergeben. Ihr Ausmaß läßt sich gegenwärtig jedoch nicht abschätzen, da weder die einzelnen Einkommensarten abschließend benannt sind noch der hierauf anzuwendende Beitragssatz festgelegt ist.

Wenn die Beitragsneutralität bezüglich der Renten für den Übergang nach 1982 auch bereits gesetzlich bestimmt ist,[2] so ist die Frage der weiteren Entwicklung der Beitragssätze noch offen, und zwar sowohl hinsichtlich ihres Niveaus als auch in bezug auf Beitragssatzdifferenzierungen. In der Gesetzesbegründung wird davon ausgegangen, daß die Beiträge aus den Renten und den gleichgestellten Einnahmen nach dem allgemeinen Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse berechnet werden sollen; lediglich für eine Übergangszeit ist der durchschnittliche Beitragssatz sämtlicher Kassen zugrundezulegen.[3]

---

[1] Vgl. Deutscher Bundestag, Entwurf eines Einundzwanzigsten Gesetzes über die Anpassung der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie über die Anpassung der Geldleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung und der Altersgelder in der Altershilfe für Landwirte (Einundzwanzigstes Rentenanpassungsgesetz - 21. RAG), Bundestagsdrucksache 8/1734 (im folgenden zitiert als "Entwurf des Einundzwanzigsten Rentenanpassungsgesetzes"), S. 38.

[2] Art. 3 § 1 Abs. 6 des 21. RAG.

[3] Vgl. Entwurf des Einundzwanzigsten Rentenanpassungsgesetzes, a.a.O., S. 27.

Wird dieser Plan realisiert, dann erfolgt eine Anpassung der Beitragsleistungen auch der Rentner an die allgemeine Beitrags- und damit Leistungsausgabenentwicklung. Verteilungspolitisch höchst bedenklich ist dagegen die Anwendung der kassenspezifischen Beitragssätze auf die Renten bzw. die gleichgestellten Einkommen. Denn damit werden - ähnlich wie in der AKV - gleiche Leistungsansprüche zu Belastungsunterschieden von über 100 v.H. führen, die insbesondere im Hinblick auf die Bezieher geringer Renteneinkommen nicht vertretbar sind.

Diese Aussagen gelten dabei noch unter der Voraussetzung, daß der bisher praktizierte Finanzausgleich, der den Allgemeinversicherten eine gleichmäßige Belastung durch den KVdR-Finanzierungsanteil sichert und gleichzeitig den Beitragssatzunterschieden entgegenwirkt, beibehalten wird. Zwar wurde im Bundestagsausschuß zur Beschlußfassung und zum Bericht über den Gesetzentwurf davon ausgegangen, daß dieser Belastungsausgleich - einschließlich der Beiträge aus den rentenähnlichen Einnahmen - weitergeführt werden kann. Doch stellte man darauf ab, daß die Beiträge nicht vom Versicherten selbst, sondern wie bisher von den Rentenversicherungsträgern überwiesen werden.[1] Dieses Verfahren wird aber bei der Beitragserhebung auf der Grundlage kassenspezifischer Beitragssätze nur schwer durchführbar bleiben. Soll also auch der Finanzausgleich eliminiert werden, dann ergeben sich Belastungsunterschiede, die aufgrund der zusätzlichen Einkommensdifferenzierung durch die Renteneinkommen und der divergierenden Rentnerdichte die gegenwärtig bestehenden Beitragssatzunterschiede noch weit übertreffen. Eine solche Entwicklung wird letztlich auch die gegliederte Krankenversicherung in Frage stellen müssen.[2]

---

[1] Vgl. Deutscher Bundestag, Beschlußfassung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß), Bundestagsdrucksache 8/1842, S. 48.

[2] Vgl. H. Schneider, Der Entwurf des 21. Rentenanpassungsgesetzes aus der Sicht der gesetzlichen Krankenkassen, in: Die Sozialversicherung, 33. Jg. (1978), S. 123 ff., hier: S. 125.

7.4. Beitragstarif und Einkommensgrenzen

Im Rahmen der einkommensabhängigen Umverteilungswirkungen haben sich insbesondere drei Tatbestände als verteilungspolitisch unbefriedigend herausgestellt,

- die Beitragsbemessung auf der Grundlage nur einer Einkunftsart,
- die Abstimmung der Beitragsbelastung mit den übrigen Umverteilungsmaßnahmen,
- die Wirkungen der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze.

Die Höhe des Einkommens wird im Zusammenhang mit der Beitragsbemessung als Indikator für die Leistungsfähigkeit und im Hinblick auf die Versicherungspflichtgrenze als Maßstab für die Schutzbedürftigkeit der Versicherten herangezogen.[1] Diese Funktionen können allerdings nur dann voll erfüllt werden, wenn auf das Gesamteinkommen abgestellt wird. Das ist im bestehenden System dann nicht der Fall, wenn lediglich das Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit berücksichtigt wird. Ein solches Verfahren mag in den Anfängen der GKV begründet gewesen sein, als zusätzliche Einkunftsarten der Arbeitnehmer die seltene Ausnahme darstellten. Das änderte sich im Laufe der Entwicklung, als die GKV für immer breitere Bevölkerungsschichten geöffnet wurde, und fast jeder Erwerbstätige einmal die Gelegenheit des Beitritts erhielt sowie ein immer größerer Teil der Mitglieder Einkünfte aus verschiedenen Einkunftsarten bezog.[2] Dies trifft etwa für Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung

---

[1] Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 73.

[2] Vgl. R. Düttmann, a.a.O., S. 90 f.

zu,[1] wird aber besonders deutlich in den Fällen, in denen ein Selbständiger durch eine Nebenbeschäftigung versicherungspflichtig ist und trotz weitaus höherer Einkommen aus selbständiger Tätigkeit nur geringe Beitragszahlungen an die GKV zu leisten hat.[2]

Im Sinne einer horizontalen Beitragsgerechtigkeit ist es deshalb nicht vertretbar, lediglich auf eine Einkunftsart abzustellen. Eine solche Regelung ist auch im Hinblick auf die künftige Anwendung des Gesamteinkommensbegriffs in der KVdR notwendig. Zur Erfüllung des Gleichbehandlungsgrundsatzes müßten - entsprechend den Lohnersatz darstellenden Einkommen in der KVdR - auch in der AKV sämtliche Erwerbseinkommen der Beitragsbemessung zugrundegelegt werden.

Die proportionale Beitragsbelastung bis zur Beitragsbemessungsgrenze trägt grundsätzlich den Zielen des vertikalen Ausgleichs Rechnung, da mit wachsendem (sinkendem) Einkommen eine Verschlechterung (Verbesserung) der Verteilungsposition verbunden ist. Im Gegensatz zu der unter Leistungsfähigkeitsgesichtspunkten üblichen progressiven Belastung unter Freilassung der unteren Einkommensklassen - wie im Rahmen der Einkommensbesteuerung - stehen allerdings die Belastung auch niedriger Einkommen sowie der proportionale Beitragssatz, so daß zu fragen ist, wie die unterschiedlichen Belastungen besser aufeinander abgestimmt werden können.

Während (1979) der steuerfreie Monatslohn bei einem Alleinstehenden 591 DM und bei einem alleinverdienenden Verhei-

---

[1] Vgl. R. Düttmann, a.a.O., S. 90 f.

[2] Vgl. P. Rosenberg, Die soziale Krankenversicherung - Pflichtversicherung oder freiwillige Vorsorge ? Köln 1969, S. 121.

rateten ohne Kinder 1 042 DM beträgt,[1] setzt in der GKV die Beitragsbelastung in der Regel unmittelbar ein. Eine Anpassung der GKV-Beitragsbelastungen an die Regelung der Einkommensteuer mag zwar unter systematischen Gesichtspunkten mit ausschließlichem Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Zensiten bzw. Versicherten geboten erscheinen.[2] Wird eine solche Maßnahme jedoch im gegenwärtigen System isoliert durchgeführt, ist zu bedenken, daß ein erheblicher Teil des Beitragsaufkommens aus den unteren Einkommensklassen fließt, und eine Verlagerung auf die höheren Einkommen zu sehr starken Beitragserhöhungen dieses Versichertenkreises führen muß. Damit entfällt auch ein großer Teil der Beiträge, die die mitarbeitenden teilzeitbeschäftigten Ehefrauen für ihren Krankenversicherungsschutz leisten und der durch die stark angestiegene und vermutlich weiter wachsende Zahl dieser Versicherten[3] bewirkte Entlastungseffekt zur Finanzierung der GKV.

Zur Rechtfertigung der die niedrigen Einkommen relativ stark belastenden Krankenversicherungsbeiträge wird angeführt,[4] daß dies im Zusammenhang mit den Freibeträgen der Einkommensteuer zu sehen ist, die einen kompensierenden Effekt ausüben. Bei den höheren Einkommen gilt dieser Zusammenhang dann umgekehrt, d.h. die Gesamtbelastung ist in jedem Fall progressiv.

---

[1] Vgl. H.G. Petersen, Finanzwirtschaftliche Folgen einer Harmonisierung der Belastung von Arbeits- und Alterseinkommen mit öffentlichen Abgaben, Kieler Arbeitspapiere des Instituts für Weltwirtschaft an der Universität Kiel Nr. 93, Kiel 1979, S. 8.

[2] Vgl. R. Düttmann, a.a.O., S. 94 f.

[3] Vgl. W. Albers, Frau, soziale Stellung und soziale Sicherung, II: Erwerbstätigkeit, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, Bd. 3, Stuttgart, New York 1980, S. 323 ff., hier: S. 324.

[4] Vgl. Ph. Herder-Dorneich, Sozialökonomischer Grundriß ..., a.a.O., S. 226 f.

Bei der Frage, ob an die Stelle der proportionalen Beitragsbelastung nicht ein die persönliche Leistungsfähigkeit besser erfassender progressiver Tarif zu setzen und ob die regressive Belastung mit Beginn der Beitragsbemessungsgrenze gerechtfertigt ist, ist darüber hinaus auch der aktuelle steuerliche Belastungsverlauf zu beachten. Dabei ist festzustellen, daß die Steuerpflichtigen bzw. Beitragszahler immer stärker durch die Progression des Einkommensteuertarifs erfaßt werden. Vor diesem Hintergrund gestiegener Steuerbelastungen und den damit wachsenden negativen Anreizwirkungen und Steuerwiderständen ist eine weitere Verschärfung der progressiven Gesamtbelastung nicht als zweckmäßig anzusehen.

Ob das Nebeneinander der Belastungsverläufe von Einkommensteuer und GKV-Beiträgen allerdings als aufeinander abgestimmt angesehen werden darf, ist zu bezweifeln. Das ergibt sich bereits daraus, daß Beitrags- und Steueraufkommen sich nicht parallel entwickeln und sich so die Anteile der Belastungsarten verändern. Zudem führt die mangelnde Transparenz, insbesondere im Bereich der regressiv wirkenden Krankenversicherungsbeiträge, dazu, daß der eigentliche Belastungsverlauf kaum erkennbar ist.

Da Mitglieder mit einem über der Versicherungspflichtgrenze liegenden Einkommen von ihrem Recht der Versicherung in einer privaten Krankenkasse Gebrauch machen können, haben diejenigen Versicherungsberechtigten, deren Risikofaktoren so günstig sind, daß der nach dem Äquivalenzprinzip zu erhebende Beitrag niedriger als der Beitrag der für sie in Frage kommenden GKV-Kasse ist, die Möglichkeit, sich ihrem Beitrag zum sozialen Ausgleich in der GKV zu entziehen.

Inwieweit die Versicherungsberechtigten sich an diese Situation angepaßt haben, geht daraus hervor, daß die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen bei ihnen mehr als dop-

pelt so groß wie bei den Pflichtmitgliedern ist.[1] Selbst wenn man berücksichtigt, daß diese Zahl bei den Pflichtversicherten aufgrund des relativ großen Anteils der erst am Beginn des Erwerbslebens stehenden Mitglieder zwangsläufig niedriger als bei den freiwillig Versicherten liegen muß, bleibt die Umverteilungswirkung zugunsten der Versicherungsberechtigten bestehen. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß diese Versichertengruppe im allgemeinen den Höchstbeitrag zu entrichten hat; denn den hohen Beitragsleistungen stehen auf der anderen Seite aufgrund des relativ hohen Alters[2] höhere altersspezifische Leistungsausgaben gegenüber.

Dem Beitrag zum sozialen Ausgleich können sich nicht die Arbeiter entziehen, die ungeachtet der Höhe ihres Arbeitsentgelts in der GKV pflichtversichert sind. Hier ist zu fragen, ob angesichts der in einer modernen industriellen Gesellschaft sich verwischenden Grenzen zwischen Arbeiter- und Angestelltentätigkeit diese historisch bedingte Versicherungspflicht noch zu rechtfertigen ist. Am Beispiel etwa eines gutverdienenden Facharbeiters im Vergleich mit einem Angestellten in gleicher ökonomischer Situation ist nicht mehr zu erkennen, inwieweit die das Zwangsprinzip rechtfertigende Möglichkeit gestörter Präferenzen bei der Absicherung des Krankheitsrisikos beim Arbeiter stärker ausgeprägt sein sollte als bei einem Angestellten. Auch die Begründung, "daß das Arbeitsverhältnis der Angestellten (auch heute noch) faktisch ein höheres Maß von

---

[1] Im Jahre 1975 entfielen auf je 100 Pflichtmitglieder 56, auf je 100 freiwillige Mitglieder aber 125 anspruchsberechtigte Familienangehörige. Vgl. Bundesverband der Ortskrankenkassen, Die Ortskrankenkassen 1975, Ein statistischer und finanzieller Bericht, a.a.O., S. 19.

[2] So befinden sich (1976) 76 v.H. (44 v.H.) der freiwilligen Mitglieder, dagegen nur 50 (27) v.H. der Pflichtmitglieder im Alter über 35 (45) Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei den freiwilligen Mitgliedern 44 und bei den Pflichtmitgliedern 36 beträgt. Vgl. Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 28. Jg. (1977), S. 92 f.

Bestandsfestigkeit aufweist ("wer schreibt, der bleibt") als das des Arbeiters"[1], kann nicht befriedigen. Um den Personenkreis, der zum sozialen Ausgleich herangezogen wird, nicht einseitig auf die Arbeiter zu beschränken, ist zu fordern, daß die Versicherungspflichtgrenze für sämtliche Arbeitnehmer gilt.[2] Mit einer solchen Regelung muß zwar in Kauf genommen werden, daß sich auch die besser verdienenden Arbeiter mit günstigen Risikomerkmalen dem sozialen Ausgleich entziehen können. Diese Gruppe dürfte allerdings 10 v.H. der dann insgesamt versicherungsberechtigten Arbeiter kaum überschreiten[3] und damit das für den sozialen Ausgleich zur Verfügung stehende Umverteilungsvolumen im vertretbaren Ausmaß mindern.

Die Höhe der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze bestimmt die Belastung der Versicherten mit und dient zur einkommensmäßigen Abgrenzung des schutzbedürftigen Personenkreises. Dabei stellt sich die Frage, in welcher Weise hierauf mit einer Veränderung der Einkommensgrenzen Einfluß genommen werden kann.

Eine über die Dynamisierung hinausgehende Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bei unveränderter Versicherungspflichtgrenze zieht die bisher am sozialen Ausgleich partizipierenden Versicherten zu einem stärkeren Beitrag heran.

---

[1] H. Töns, Die Versicherungsgrenzen in der Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 55. Jg. (1973), S. 833 ff., hier: S. 839.

[2] So auch H. Peters, Die Krankenversicherung und die Kodifikation des Sozialrechts, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Bd. 1, 1973, S. 314 ff., hier: S. 325.

[3] Von den freiwillig versicherten Angestellten gehörten im Jahre 1976 ca. 14 v.H. der PKV an. Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 13 Sozialleistungen, Reihe 1 Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung 1976, a.a.O., S. 23 f. Aufgrund des geringeren Einkommensniveaus wird dieser Vomhundertsatz für die Arbeiter darunter liegen.

Daneben können sich die nun Schlechtergestellten allerdings durch einen Wechsel zur PKV diesem Beitrag entziehen. Dies vermindert zwar die sog. schlechten Risiken in der GKV, beschränkt auf der anderen Seite aber den zu Beitragserhöhungen herangezogenen Personenkreis. Diesem Umstand wurde auch im Verlauf der Entwicklung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes Rechnung getragen: War im Gesetzentwurf noch eine Erhöhung (nur) der Beitragsbemessungsgrenze von bisher 75 v.H. auf 85 v.H. der in der Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze vorgesehen,[1] so war diese Maßnahme im Gesetz selbst nicht mehr enthalten. Eine Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze ändert darüber hinaus am grundsätzlichen Problem des regressiv wirkenden Beitragssatzes nichts; es wird lediglich auf höhere Einkommen beschränkt.

Eine außerordentliche Heraufsetzung auch der Versicherungspflichtgrenze würde zwar einen größeren Mitgliederkreis zum sozialen Ausgleich heranziehen. Diese Maßnahme ist allerdings insofern von begrenzter Wirksamkeit, als den bisher privat Versicherten - ebenso wie den Versicherten, die durch die dynamische Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von ihr eingeholt werden[2] - das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht zuerkannt werden müßte. Die Alternative einer Rückführung der privat Versicherten in die Versicherungspflicht ist deshalb nicht vertretbar, weil dieser Versichertenkreis seinen bisher in der PKV erworbenen Besitzstand verlieren würde. Dieser Besitzstand resultiert daraus, daß die Unternehmen der PKV ihre Prämienforderung nicht nach dem Risiko der laufenden kurzen Periode, sondern nach dem Durchschnittsrisiko des verbleibenden Lebensabschnittes be-

---

[1] Vgl. Entwurf des KVKG, a.a.O.

[2] Siehe hierzu auch S. 35.

messen. Bei konstanter Versicherungsprämie ergeben sich damit in jüngeren Versicherungsjahren Überzahlungen, die erst durch relative Vorteile in späteren Jahren kompensiert werden können.[1]

Eine Heraufsetzung der Versicherungspflichtgrenze löst darüber hinaus das grundsätzliche Problem, daß die freiwillig Versicherten keinen Beitrag zum sozialen Ausgleich zu leisten brauchen, nicht, sondern verlagert es nur auf eine höhere Ebene. Verbunden ist damit jedoch stets eine Einschränkung des potentiell für die Privatversicherung in Frage kommenden Versichertenkreises, der durch die Ausweitung der Pflichtversicherung auf immer breiteres Bevölkerungsschichten sowie durch die Dynamisierung der Versicherungspflichtgrenze ohnehin reduziert worden ist.

Werden sämtliche Erwerbstätige in die gesetzliche Versicherungspflicht einbezogen, wird der PKV praktisch die Existenzgrundlage entzogen; ihr würde dann nur noch das Geschäft der Zusatzversicherungen verbleiben. Anders verhält es sich jedoch, wenn die bisherigen Tätigkeitsfelder der beiden Versicherungssysteme neu abgegrenzt werden, indem sich die GKV auf eine Grundsicherung für die gesamte Bevölkerung beschränkt und einen Teil ihrer bisherigen Regelleistungen der privaten Vorsorge überläßt. In dem Maße, wie eine solche Regelung das GKV-Volumen einschränkt, erfolgt auch eine Senkung des Umverteilungsniveaus. Eine solche Veränderung des Systems der Gesundheitssicherung ist allerdings nicht nur unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten zu diskutieren, sondern vielmehr im Hinblick auf Kostendämpfungsbestrebungen unter Beachtung einer optimalen Gesundheitsversorgung zu sehen. Eine umfassende Diskussion dieser Zusammenhänge würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen, so daß an dieser Stelle der Hinweis auf die Verteilungsaspekte genügen muß.

---

[1] Vgl. Ph. Herder-Dorneich und W. Schreiber, a.a.O., S. 30.

7.5. Beitragssatzunterschiede

Für eine Beurteilung der bestehenden Beitragssatzunterschiede und für die Suche nach systemkonformen Möglichkeiten ihrer Verminderung ist zunächst festzustellen, in welchen Fällen sich Beitragsdifferenzen rechtfertigen lassen. Sodann ist zu fragen, in welcher Anzahl die Mitglieder von den verschieden hohen Beitragssätzen betroffen werden.

Beitragsdifferenzierungen lassen sich dann rechtfertigen, wenn sie auf Unterschiede im Leistungsangebot der Kassen oder im Nachfragebefriedigungspotential der einzelnen Regionen zurückzuführen sind.[1] Dies gilt auch für die Fälle, in denen Kassenmitglieder aus einem kostenbewußten und möglicherweise auch solidarischen Verhalten heraus eine geringere subjektive Bereitschaft zur Leistungsinanspruchnahme aufweisen,[2] wie es insbesondere bei kleineren Betriebs- und Innungskrankenkassen zu vermuten ist. Ob Beitragssatzunterschiede in Abhängigkeit vom berufsspezifischen Krankheitsrisiko verteilungspolitisch vertretbar sind, hängt davon ab, inwieweit man im Rahmen einer sozialen Versicherung das Versicherungsprinzip einer risikoadäquaten Beitragssatzgestaltung aufrechterhalten will und wann sozialpolitische Gesichtspunkte maßgebend sind. Geht man davon aus, daß jede Art von Berufstätigkeit im Interesse der Gemeinschaft liegt, dann ist es nicht zu rechtfertigen, einen Versicherten mit hohem berufsbedingten Krankheitsrisiko "auch noch mit zusätzlichen Kosten für die Erhaltung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit zu belasten"[3].

---

[1] Vgl. N. Andel, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung ..., a.a.O., S. 76.

[2] Ebenda.

[3] R. Düttmann, a.a.O., S. 120 f.

Betrachtet man nicht nur die Schwankungsbreite der Beitragssätze, sondern bezieht auch die Anzahl der jeweils Betroffenen mit ein, dann zeigt die Analyse der Beitragssatzstreuung, daß über drei Viertel der Mitglieder einen Beitragssatz zu tragen hat, der nicht mehr als 10 v.H. vom durchschnittlichen Beitragssatz abweicht.[1] Selbst ein einheitlicher Beitragssatz in der GKV würde für den weitaus größten Teil der Mitglieder also keine wesentliche Änderung der bestehenden Umverteilungswirkungen bedeuten. Sieht man dieses Intervall von $\pm$ 10 v.H., das etwa der durchschnittlichen Abweichung der Beitragssätze von ihrem Mittelwert entspricht, im Rahmen eines gegliederten Versicherungssystems noch als vertretbar an, dann betreffen die verteilungspolitisch bedenklichen Beitragssatzdifferenzierungen weniger als ein Viertel sämtlicher Mitglieder. Von dem auf diese Weise abgegrenzten Personenkreis, der von extremen Beitragssätzen betroffen ist, entfällt der größte Teil auf Kassen mit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen, bei denen es sich zum großen Teil um Betriebs- und Innungskrankenkassen handelt. Dagegen sind es in erster Linie Ortskrankenkassen, die extrem hohe Beitragssätze aufweisen.

Ein Finanzausgleich zwischen den Kassen ist stets mit dem Handicap verbunden, daß die ausgleichswürdigen Beitragssatzdifferenzen - aufgrund der alters-, geschlechts-, familien- und einkommensspezifischen Unterschiede in der Versichertenstruktur - kaum von den übrigen Einflußfaktoren zu isolieren sind und so ein operationaler Bewertungsmaßstab nicht gefunden werden kann. Werden aber sämtliche Unterschiede - ganz oder teilweise - ausgeglichen, dann trifft das auch diejenigen, die auf eigenen Anstrengungen beruhen bzw. die aufgrund von objektiven Leistungsunterschieden gerechtfertigt sind.

---

[1] Vgl. Tabelle 37.

Sieht man es als erforderlich an, zumindest die stark überdurchschnittlichen Beitragsbelastungen abzubauen, dann bietet sich, gewissermaßen als Minimallösung, ein Ausgleichsverfahren an, das an den unterschiedlichen Status der Kassen anknüpft. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Ortskrankenkassen, die in ihrer Eigenschaft als Primärkassen Auffangbecken ohne qualitative Beschränkung sind,[1] anders als die auf dem Willen ihrer Mitglieder basierenden Sonderkassen wie Betriebs- und Innungskrankenkassen, die negative Risikostruktur ihres Versichertenkreises nicht zu vertreten haben. Daraus kann die Forderung abgeleitet werden, zumindest die durch diese Risikokumulation bedingten Ausgabenspitzen im Rahmen eines Finanzausgleichs zwischen den Kassen zu finanzieren.[2] Die Möglichkeit eines Finanzausgleichs ist in der RVO zwar vorgesehen,[3] hat sich bei den Ortskrankenkassen aber noch nicht realisieren lassen.[4] Dieses Ausgleichsverfahren gilt allerdings nur für die Mitgliedskassen eines Landes und bei außergewöhnlichen und nicht dauerhaften finanziellen Schwierigkeiten der Kassen.[5] Um auch die durch eine ungünstige Versichertenstruktur bedingten Finanzierungsprobleme zu erfassen, müßten diese

---

[1] Siehe hierzu Abschnitt 2.2.1.

[2] Köhrer leitet hieraus die Verpflichtung staatlicher Zuschüsse ab. Vgl. H. Köhrer, Regionalkassen oder regionale RVO-Kassen? Zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deutsche Versicherungszeitschrift, XXIV Jg. (1970) S. 185 ff., hier: S. 189. Dieser Ansicht wird hier nicht gefolgt, da Staatszuschüsse als fremde Elemente einer Versicherungsgemeinschaft grundsätzlich nicht zu rechtfertigen sind.

[3] § 414 b II 2 und § 414 b II a RVO.

[4] Betriebs- und Innungskrankenkassen praktizieren einen solchen Ausgleich bereits seit längerem, da für die Vielzahl kleinerer Kassen bei aufwendigen Leistungsfällen kein ausreichender Risikoausgleich unter den Mitgliedern möglich ist. Vgl. D. Krauskopf, a.a.O., S. 564.

[5] Vgl. Deutscher Bundestag, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz -KVWG), Bundestagsdrucksache 7/3336, S. 27.

Vorschriften entsprechend erweitert werden. Um einerseits das Ausgleichsvolumen möglichst gering zu halten und andererseits einen gewissen Anreiz zu eigenen Anstrengungen bei den Kassen zu belassen, dürfte es dabei zweckmäßig sein, mit steigendem Beitragssatz gestaffelte Zuschüsse zu gewähren, die bei einem bestimmten Vomhundertsatz über dem durchschnittlichen Beitragssatz - etwa bei den bereits angesprochenen 10 v.H. - beginnen.

Eine Möglichkeit der Reduktion der Beitragssatzunterschiede unter Beibehaltung des gegliederten Systems wird auch in der Förderung von Zusammenschlüssen speziell kleiner Kassen innerhalb der einzelnen Kassenarten gesehen. Bei diesen Bemühungen steht die Erhaltung der Betriebskrankenkassen im Vordergrund. Damit soll, neben Verbesserung im Organisationssystem in Richtung auf optimal wirtschaftliche Kassengrößen, ein verbesserter Risikoausgleich erreicht werden.[1] Die Möglichkeit geeigneter Zusammenschlüsse dürfte allerdings begrenzt sein, da diese zur Wahrung der Versichertennähe stets nach territorialen Gesichtspunkten erfolgen müssen und nicht in erster Linie auf Mitgliederzahl und Höhe der Beitragssätze abstellen können.

Weiterhin ist die Frage zu prüfen, ob nicht durch eine Erweiterung des Wahlspielraums die Beitragssatzunterschiede zu vermindern sind. Dies kann prinzipiell durch eine Lockerung des bestehenden Kassenzwangs sowie durch eine Ausweitung der Versicherungsmöglichkeiten geschehen. Dabei geht man von der Vorstellung aus, daß sich die Versicherten grundsätzlich denjenigen der ihnen zur Auswahl stehenden Kassen zuwenden, die

---

[1] Vgl. H. Köhrer, Regionalkassen oder regionale RVO-Kassen? a.a.O., S. 187 f. sowie ders., Zum Problem der Gliederung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: F. Geiß, Ph. Herder-Dorneich, W. Weber, Der Mensch im sozio-ökonomischen Prozeß, Festschrift für Wilfried Schreiber zum 65. Geburtstag, Berlin 1969, S. 339 ff., hier: S. 357.

den geringsten Beitragssatz aufweisen, so daß es durch eine Angleichung der Risikostrukturen zu einem Abbau der Beitragssatzdifferenzen kommt.

Die Wirksamkeit einer Lockerung oder gar Aufhebung des Kassenzwangs im gegenwärtig bestehenden System wird zunächst dadurch begrenzt, daß die Wahlmöglichkeit aus Gründen der Versichertennähe territorial - d.h. auf den Beschäftigungs- bzw. Wohnort - beschränkt bleiben muß. Eine Aufhebung des Kassenzwangs zwischen den Pflichtkassen (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) ist wegen ihrer unterschiedlichen Zuständigkeiten und Existenzgrundlagen praktisch auszuschließen.

Damit bleibt auf der Grundlage einer gegliederten GKV nur die gegenwärtig bereits bestehende Wahlmöglichkeit zwischen den Ersatzkassen und den übrigen Kassen. Während die Angestellten allerdings stets die Wahl zwischen der für sie zuständigen Kasse ihres Beschäftigungsortes und einer Ersatzkasse für Angestellte haben, besitzen die Arbeiter wegen der begrenzten räumlichen und/oder beruflichen Zuständigkeit der Ersatzkassen für Arbeiter entweder geringere oder keine Wahlmöglichkeiten. Sowohl im Sinne einer Gleichbehandlung sämtlicher Arbeitnehmer als auch im Hinblick auf Beitragssatznivellierungen scheint eine Erweiterung der Arbeiterersatzkassen zu einer sämtliche Arbeiter erfassenden Versicherungsorganisation demnach wünschenswert.

Wie die Erfahrung jedoch zeigt, kommt einer monopolistischen Beitragskonkurrenz zwischen Pflichtkassen und Ersatzkassen nur geringe Bedeutung zu. Denn auf unterschiedliche Beitragssätze reagieren die Versicherten kaum. So war zu beobachten, daß selbst in Regionen, in denen die Ortskrankenkassen bis zu 30 v.H. niedrigere Beiträge als die Ersatzkassen aufwiesen, kaum ein verstärkter Mitgliederzugang bei den Ortskrankenkas-

sen zu verzeichnen war.[1] Hier scheint zum einen offenbar "ein Gefühl der Treueverpflichtung und des Zuhauseseins in der angestammten Kasse wirksam zu sein - vielleicht auch bloß Gleichgültigkeit"[2]. Zum anderen dürften Effekte einer inversen Beitragskonkurrenz eine Rolle spielen. Danach sehen die Versicherten die Leistungsfähigkeit und die Beitragshöhe häufig als proportionale Größen an und vermuten bei den Kassen mit höherem Beitragssatz auch ein entsprechend hohes Leistungsniveau. Ein solcher Zusammenhang ließ sich über Jahrzehnte zwischen den relativ niedrige Beitragssätze aufweisenden Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen mit höheren Beitragssätzen aber dennoch relativ stärkerem Mitgliederzuwachs beobachten.[3] Daneben werden aber auch berufsständische Auffassungen und soziale Vorurteile die Kassenwahl von vornherein zugunsten der Ersatzkassen mit beeinflußt haben.

Nachdem sich keiner der speziell auf den Abbau der Beitragssatzdifferenzen zielenden Vorschläge als befriedigend und/oder genügend wirksam erwiesen hat, ist abschließend zu fragen, ob nicht der GKV immanente Tendenzen zu einer Lösung dieses Problems führen können. Denn da die extremen Beitragssätze in erster Linie bei Kassen mit geringer Mitgliederzahl auftreten, könnte allgemein mit einer zunehmenden Versichertenzahl je Kasse auch ein besserer Risikoausgleich und damit eine Verminderung der Beitragssatzunterschiede erwartet werden. Ein solcher Zusammenhang wird durch die bisherige Entwicklung allerdings nicht bestätigt: Obwohl die durchschnittliche Mitgliederzahl je GKV-Kasse in den Jahren seit 1949 auf das Zweieinhalbfache des Ausgangswertes angestiegen ist, veränderte sich die Streuung der Beitragssätze sowie die

---

[1] Vgl. U. Kruse, Wettbewerb zu Gunsten der Versicherten, in: Arbeit und Sozialpolitik, 30 Jg. (1976), S. 452 ff., hier: S. 453.

[2] Sozialenquetê, a.a.O., S. 231.

[3] Vgl. Ph. Herder-Dorneich, Gesundheitsökonomik, Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980, S. 124.

Schwankungsbreite kaum. Die Struktur der Versicherten in den einzelnen Kassen scheint also gegenüber einer steigenden Anzahl - auf jeden Fall in der hier zu beobachtenden Größenordnung - weitgehend invariant zu sein bzw. andere Einflußfaktoren, wie regionale Unterschiede im Leistungsangebot, spielen eine größere Rolle. Damit dürften von einer weiteren Konzentration der Krankenversicherungsträger auch künftig keine entscheidenden Impulse für eine Nivellierung der Beitragssätze ausgehen.

8. Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Hauptanliegen dieser Untersuchung bestand darin, die Umverteilungswirkungen zwischen den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu quantifizieren. Diese Aufgabe erwies sich für die Merkmale Alter, Geschlecht, Familienstand, Einkommenshöhe und Kassenzugehörigkeit als möglich, womit die wichtigsten sozialökonomischen Gruppenbildungen berücksichtigt werden konnten. Weitere Differenzierungen nach anderen Risikomerkmalen der Versicherten gestattete die gegenwärtige Lage des statistischen Datenmaterials nicht bzw. nur sehr bedingt. Verbessert sich diese Situation, können die neuen Zusammenhänge in die vorliegenden Resultate integriert werden. Darüber hinaus hat sich der in dieser Arbeit verwendete Ansatz zur Ermittlung der Umverteilungen als konsistent erwiesen, so daß auch eine laufende Ergänzung der vorliegenden Ergebnisse ohne weiteres möglich ist.

Im Rahmen der Betrachtung für die kurze Periode haben sich unter durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Einkommensbedingungen sowie bei durchschnittlichem Beitragssatz die folgenden Gruppen von Besser- und Schlechtergestellten ergeben: Zu den Belasteten zählen die Alleinstehenden ohne Kinder und die Zweiverdiener-Familien fast sämtlicher Altersgruppen. Der Kreis der Begünstigten wird vor

allem durch die Rentner gebildet; weiterhin gehören hierzu sämtliche älteren sowie die jüngeren Einverdiener-Familien mit mehreren Kindern. Bemerkenswert ist für die schlechtergestellten Gruppen der Alleinstehenden und kinderlosen Zweiverdiener-Familien die Höhe ihrer Belastungen, die im Vergleich mit den Umverteilungswirkungen anderer sozialer Maßnahmen und damit im Rahmen eines Gesamtsystems des sozialen Ausgleichs eine herausragende Stellung einnehmen.

Im Vergleich zu den horizontalen Umverteilungen, d.h. von den Alleinstehenden und kinderlosen Ehepaaren zugunsten der Einverdiener-Familien mit Kindern, sind die vertikalen Umverteilungen von geringerer quantitativer Bedeutung. Vergleichbar hohe Begünstigungen bestehen nur für Bezieher sehr niedriger Einkommen. Durch das Einfrieren der Beitragsbelastung mit Beginn der Beitragsbemessungsgrenze wirkt der Beitragssatz regressiv und führt damit zu einer Schonung der höheren Einkommen. Trotz der höchsten absoluten Beitragsbelastung ist die gesetzliche Versicherung für diesen Personenkreis vorteilhaft, wenn aus dem Familienlastenausgleich und den Sozialtarifen höhere Vorteile in Anspruch genommen werden können als sie dem Beitragsäquivalent entsprechen. Dagegen werden Versicherte mit günstigen Risikomerkmalen von der Möglichkeit der privaten Versicherung Gebrauch machen. Während sich also diese leistungsfähigen Versicherten ihrem Beitrag zum sozialen Ausgleich vollständig entziehen können - dies gilt nicht für die stets pflichtversicherten Arbeiter -,wird der andere Teil mit seinem Verbleiben in der GKV aus den Beiträgen der übrigen Versicherten noch alimentiert.

Die Beitragsbemessungsgrenze in Verbindung mit der Beitragserhebung nach dem Individualprinzip und der Leistungsgewährung nach dem Familienprinzip führen auch zu teilweise er-

heblichen Belastungsunterschieden zwischen Familien mit gleichhohen Einkommen, aber unterschiedlichen Anteilen der Ehepartner. Dadurch wird die Mitarbeit der Ehefrau diskriminiert.

In bezug auf die aus den Beitragssatzunterschieden resultierenden Verteilungswirkungen ergeben sich bei Betrachtung allein der Schwankungsbreite zwar erhebliche Begünstigungen bzw. Belastungen. Dieses Bild ändert sich jedoch, wenn auch die Streuung der Beitragssätze einbezogen wird; denn für die Mehrzahl der Versicherten liegen die Abweichungen vom Durchschnittswert in relativ engen Intervallen.

Die Aggregation der individuellen Verteilungspositionen zu gesamtgesellschaftlichen Umverteilungen hat ergeben, daß die Alleinstehenden sowie die Zweiverdiener-Familien ohne Kinder und mit geringer Kinderzahl einen etwa gleichhohen Beitrag zum Umverteilungsvolumen leisten. Innerhalb dieser Gruppen tragen dabei die jungen und gutverdienenden Personen bzw. Familien den größten Anteil. Der mit Abstand größte Teil der Begünstigungen fließt in die Finanzierung der Rentnerkrankenversicherung, während für den Familienlastenausgleich der aktiv Versicherten nur geringe Mittel verbleiben. Da zudem ein relativ großer Teil dieser Mittel an die kinderlosen Familien fließt, ist der Familienlastenausgleich insgesamt nur sehr unzureichend erfüllt.

Die Ergebnisse der lebenszeitbezogenen Analyse zeigen im wesentlichen, daß die hohen Belastungen für die Alleinstehenden und kinderlosen Zweiverdiener-Familien auch bei solcher Betrachtung bestehen bleiben, während die Verteilungspositionen der übrigen Familien, neben der Kinderzahl, vor allem durch die Dauer der Erwerbstätigkeit der Ehefrauen bestimmt wird. Einkommensspezifische Umverteilungen vollziehen sich im wesentlichen zugunsten des Personenkreises mit lebens-

lang weit unterdurchschnittlichem Einkommensniveau, während sie sich zwischen mittleren und höheren Einkommen in engen Grenzen halten. Eine Abschwächung der Verteilungswirkungen im Vergleich zur zeitpunktbezogenen Betrachtung ergibt sich auch hinsichtlich der Beitragssatzdifferenzierungen, da die den Beitragssatz bestimmende Versichertenstruktur der einzelnen Kassen im Zeitablauf wechselt und auch der Versicherte in seinem Leben häufiger nicht nur einer Kasse angehört.

Wie sich bereits in der quantitativen Untersuchung gezeigt hat und bei der Analyse der verteilungspolitischen Konzeption der GKV bestätigt wird, ist das System nicht in der Lage, konsistente Umverteilungen zu verwirklichen. Die Reformvorschläge bewegen sich deshalb nicht nur innerhalb des bestehenden Systems, sondern gehen teilweise auch darüber hinaus. Im wesentlichen haben sich folgende Gesichtspunkte für eine Verwirklichung der angestrebten sozialpolitischen Zielsetzungen, der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Transparenz der Verteilungsvorgänge herausgebildet:

- Zunächst sollte - wie in der quantitativen Analyse bereits vorweggenommen - der Arbeitgeberbeitrag belastungsneutral, d.h. bei entsprechender Lohnerhöhung, auf die Arbeitnehmer übertragen und damit den tatsächlichen Belastungsverhältnissen entsprochen werden. Die so entscheidend verbesserte Transparenz der Mittelaufbringung würde den Mitgliedern die volle Höhe ihrer Beitragslast deutlich machen und dürfte damit ein wirkungsvoller Beitrag zur Kostensenkung sein.

- Um die nicht länger zu rechtfertigende Ungleichbehandlung der Arbeitnehmer aufzuheben, ist die Versicherungspflichtgrenze auch auf die Arbeiter auszudehnen. Damit wird von den einkommensstärkeren Mitgliedern nicht mehr einsettig dieser Personenkreis zum sozialen Ausgleich herangezogen. Das hierdurch der Umverteilung verlorengehende Beitragsaufkommen wird dabei relativ gering sein.

- Bei der Beteiligung der Allgemeinversicherten an den Krankenversicherungskosten der Rentner ist vor allem eine beständige Aufgaben- und Finanzierungsteilung zwischen der GKV und den Rentenversicherungsträgern sicherzustellen. Dies ist notwendig für die Transparenz der Systeme und verhindert die bisherige Politik der Lastenverschiebung auf die Institution, die sich gerade in einer relativ günstigeren finanziellen Lage befindet. In welcher Weise die Finanzierungsbeteiligung der GKV geregelt wird, hängt grundsätzlich von den verteilungspolitischen Zielsetzungen ab. Die Beteiligungsform der Interessenquote mit den 1968 festgelegten Größenordnungen ist geboten, wenn man den Raum für Umverteilungen im Rahmen des Familienlastenausgleichs erhalten will. Dagegen hat man mit der einkommensbezogenen Regelung zu akzeptieren, daß sich die Umverteilungswirkungen in der GKV zunehmend mehr auf einen reinen Alterslastenausgleich beschränken.

- Die unerwünschten Nebenwirkungen im Rahmen der horizontalen Umverteilungen lassen sich nur dann konsequent vermeiden, wenn auch auf der Beitragsseite das Familienprinzip verwirklicht wird, d.h. für sämtliche Familienangehörigen auf der Grundlage des Familieneinkommens eigene Beiträge zu leisten sind. Verbindet man diese Regelung mit einem Splittingverfahren, d.h. der gleichmäßigen Aufteilung des Familieneinkommens auf die Ehepartner, dann lassen sich auch die Diskriminierungen der berufstätigen Ehefrauen durch das gegenwärtig bei der Beitragsbemessung angewendete Individualprinzip ausschließen. Daneben ist diese Regelung für die besonders betroffenen Einverdiener-Familien bis zu einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze belastungsneutral.

- Die mit der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze verbundenen unerwünschten Verteilungswirkungen kön-

nen nur gelöst werden, wenn sämtliche Erwerbstätigen in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Dies würde allerdings für einen Teil der Bevölkerung eine Einengung des Freiheitsspielraums bedeuten und darüber hinaus der privaten Versicherung praktisch die Existenzgrundlage entziehen. Eine solche Lösung ist wohl nur denkbar auf der Grundlage neu abgegrenzter Tätigkeitsfelder von gesetzlicher und privater Versicherung, d.h. wenn die GKV sich auf eine Grundsicherung für die gesamte Bevölkerung beschränkt und die PKV für die dann erweiterten Zusatzversicherungen zuständig ist.

- Für eine Verminderung der Beitragssatzdifferenzen im bestehenden gegliederten System bieten sich partielle Finanausgleichsregelungen an, die auf einen Abbau der extrem hohen Beitragssätze gerichtet sind. Diese Maßnahmen lassen sich im Hinblick auf die Streuung der Beitragssätze durchaus rechtfertigen. Darüber hinaus wird den Krankenversicherungsträgern und ihren Mitgliedern der Raum für eigenverantwortliches und kostenbewußtes Handeln gelassen, der gerade im Zuge der Kostendämpfungsbestrebungen notwendig ist. Eine vollständige Beseitigung der Beitragssatzunterschiede ist allerdings konsequent nur im Rahmen einer Einheitsversicherung möglich.

Die Analyse hat schließlich gezeigt, wie eng das Niveau der Umverteilungswirkungen mit der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zusammenhängt. Die Bemühungen, diese Entwicklung in gesamtwirtschaftlich vertretbare Bahnen zu lenken, haben deshalb nicht nur unter dem Gesichtspunkt einer allgemein wachsenden Beitragsbelastung zu erfolgen, sondern sind auch im Hinblick auf verteilungspolitische Zielsetzungen dringend geboten.

Literaturverzeichnis

a) Bücher und Aufsätze

Albers, W., Möglichkeiten einer stärker final orientierten Sozialpolitik Göttingen 1976.

Derselbe, Transferzahlungen als Instrument der Verteilungspolitik, in: W. Dreißig (Hrsg.), Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung V, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 75/V, Berlin 1977, S. 157 ff.

Derselbe, Transferzahlungen an Haushalte, in: Handbuch der Finanzwissenschaft, 3. Aufl., Bd. I, Tübingen 1977, S. 861 ff.

Derselbe, Die Aufwendungen der öffentlichen Hand für Familien und Kinder, in: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 26. Jg. (1978), S. 197 ff.

Derselbe, Einkommensverteilung II: Verteilungspolitik, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, Bd. 2, Stuttgart, New York 1980, S. 285 ff.

Derselbe, Frau, soziale Stellung und soziale Sicherung, II: Erwerbstätigkeit, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, Bd. 3, Stuttgart, New York 1980, S. 323 ff.

Derselbe, Die soziale Sicherung der Frau im Alter, in: Festschrift für Georg Wannagat, erscheint demnächst.

Albrecht, G., Die Organisation der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 7. Jg. (1961), S. 405 ff.

Alexander, K., Zahl der Krankenkassen und Wirtschaftlichkeit bei Betriebskrankenkassen, in: H. Peters (Hrsg.), Sozialrecht und Sozialpolitik, Stuttgart 1968, S. 147 ff.

Altendorf, R., Der soziale Ausgleich im System der Sozialversicherung, Diss., Köln 1971.

Andel, N., Die einkommensteuerliche Behandlung der Beiträge an und der Leistungen von Altersversicherungen, in: H. Haller, L. Kullmer, C.S. Shoup, H. Timm (Hrsg.), Theorie und Praxis des finanzpolitischen Interventionismus, Fritz Neumark zum 70. Geburtstag, Tübingen 1970, S. 327 ff.

Derselbe, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: W. Dreißig (Hrsg.), Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F., Bd. 75/III, Berlin 1975, S. 39 ff.

Andreae, W., Van der Bellen, A., Finanzpolitik und öffentliche Anstalten, Das Beipiel der Krankenhausfinanzierung, in: H. Haller, H.C. Recktenwald (Hrsg.), Finanz- und Geldpolitik im Umbruch, Mainz 1969, S. 255 ff.

Appelt, W., Kreifelts, Th., Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Auswirkungen alternativer Finanzausgleichsmodelle - Eine quantitative Untersuchung -, Mitteilung der Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung, Bonn, Nr. 36, St. Augustin 1976.

Arbeits- und Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) Struktur und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung in Baden-Württemberg, Ein Beitrag zur Krankenversicherungsreform, Stuttgart 1969.

Balzer, A., Aumüller, G., Tarife und Bedingungen der privaten Krankenversicherung, 20. Folge, Karlsruhe 1978, Stand Herbst 1978.

Bogs, W., Grundfragen des Rechts der sozialen Sicherheit und seiner Reform, Berlin 1955.

Bogs, W., Achinger, H., Meinhold, H., Neundörfer, L., Schreiber, W., — Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquête-Kommission, Stuttgart, Berlin 1966.

Brakel, J., — Finanzielle und ökonomische Auswirkungen der Lohnfortzahlung, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, 20. Jg. (1969), S. 547 ff.

Brandecker, K., — Krankenhausversorgung, Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.), Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein, Bd. 4, Kiel 1978.

Bartsch, H.-J., Maaz, W., — Neuregelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner, Tatsächliche Auswirkungen anhand erster statistischer Ergebnisse, in: Die Angestellten-Versicherung, 28. Jg. (1979), S. 115 ff.

Brentano, L., — Die Arbeiterversicherung gemäß der heutigen Wirtschaftsordnung, Leipzig 1879.

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), — Übersicht über die Soziale Sicherung, 10. Aufl., Bonn 1977.

Clade, H., — Lohnfortzahlungsgesetz und Änderungen des Krankenversicherungsrechts, Berichte des Deutschen Industrieinstituts zur Sozialpolitik, Köln, 3. Jg. (1969), Nr. 8.

Deutsches Industrieinstitut, Köln, — Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung? Berichte des Deutschen Industrieinstituts zur Sozialpolitik, 2. Jg. (1968), Nr. 8.

Düttmann, R., — Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Kritische Analyse und Verbesserungsvorschläge, Baden-Baden 1978.

Eibs, K., Neu geregelt: Die Beitragszahlung für die Krankenversicherung der Rentner, in: Die Angestellten-Versicherung, 27. Jg. (1978), S. 223 ff.

Finanzwissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Finanzen, Gutachten zur Neugestaltung und Finanzierung von Alterssicherung und Familienlastenausgleich, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Wirtschaft und Finanzen, Heft 18, Bonn 1971.

Fischwasser, G., Die wichtigsten Neuregelungen, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, 1977, S. 307 ff.

Fudickar, J., Neues Finanzierungssystem, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, 1978, S. 82 ff.

Franke, S.F., Löhne und Gehälter in langfristiger Sicht und ihre Besteuerung nach der Leistungsfähigkeit, Eine empirische Analyse für die Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden 1979.

Gerold, H., Krankenversicherung der Landwirte, Bonn-Bad Godesberg 1972.

Gitter, W., Zweckmäßige Vielfalt und Widersprüche im Recht der Sozialversicherung, Schriftenreihe des deutschen Sozialgerichtsverbandes, Bd. VI, Wiesbaden 1969.

Häussler, S., Gesundheitspolitik, Reform durch Zwang oder Einsicht, Frankfurt 1976.

Derselbe, Ursachen für den Kostenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: S. Häussler (Hrsg.), Ursachen der Schwierigkeiten in der Renten- und Krankenversicherung, Schriftenreihe "Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg", Bd. 9, Stuttgart 1978, S. 83 ff.

Hahn, H., Der Anspruch auf Familienhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 14. Jg. (1968), S. 594 ff.

Hansmeyer, K.H., Effekte der Einkommensumverteilung in der sozialen Krankenversicherung, in: W. Schreiber (Hrsg.), Gesetzliche Krankenversicherung in einer freiheitlichen Gesellschaft, Berlin 1963, S. 105 ff.

Hempe, K., Redistributionsprozesse in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland und die Möglichkeit der Einführung des versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips, Diss., Frankfurt 1977.

Henke, K.-D., Öffentliche Gesundheitsausgaben und Verteilung, Göttingen 1977.

Derselbe, Ursachen der Kostensteigerungen, in: Wirtschaftsdienst, 57. Jg. (1977), S. 179 ff.

Herder-Dorneich, Ph., Sozialökonomischer Grundriß der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 1965.

Derselbe, "Reform oder Weiterentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung", in: Th. Tomandl (Hrsg.), Von der Krankenversicherung zur sozialen Vorsorge, Wien, Stuttgart 1972.

Derselbe, Wachstum und Gleichgewicht im Gesundheitswesen, Die Kostenexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Steuerung, Opladen 1976.

Derselbe. Gesundheitsökonomik, Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980.

Herder-Dorneich, Ph., Schreiber, W., Einkommensgrenzen und Kassensanierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Ein wissenschaftlicher Beitrag zur politischen Entscheidung, Berlin 1969.

Herder-Dorneich, Ph., u.a.	Reform oder Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Ein wissenschaftlicher Beitrag zur politischen Entscheidung, Berlin 1971.
Heyn, W.,	Unaufhaltsamer Vormarsch der Ersatzkassen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 27. Jg. (1973), S. 259 ff.
Höhn, Ch.,	Heiratstafel Lediger 1972/1974, Querschnitts- und Längsschnittergebnisse für die deutsche Bevölkerung, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 1976, S. 717 ff.
Internationales Institut für empirische Sozialökonomie,	Die Verteilungswirkungen des Systems der sozialen Sicherheit, Forschungsauftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bd. 1, Augsburg 1977.
Isensee, J.,	Umverteilung durch Sozialversicherungsbeiträge, Eine finanzverfassungsrechtliche Studie über den Solidarausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Schriften zum Öffentlichen Recht, Bd. 224, Berlin 1973.
Jäger, H.,	Einführung in die Sozialversicherung, 5.,überarbeitete Aufl., Berlin 1975.
Derselbe,	Sozialversicherungsrecht, 8.,überarbeitete Aufl., Berlin 1977.
Jahn, K.,	Allgemeine Sozialversicherungslehre, Stuttgart, Berlin 1965.
Jantz, K.,	Krankenversicherung der Rentner, Kommentar, 2. Aufl., Bonn-Bad Godesberg 1956, einschl. 4. Lieferung - Januar 1970.
Kastner, F.,	Entwicklungstendenzen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 50. Jg. (1968), S. 337 ff.

Derselbe, Die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung, in: Bundesverband der Ortskrankenkassen, Bericht über den Deutschen Krankenkassentag 1971, o. O., o. J.

Derselbe, Entwicklungstendenzen und Strukturwandel in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, 24. Jg. (1971), S. 79 ff.

Kitterer, H., Die Belastung der privaten Haushalte mit indirekten Steuern, in: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, Mitteilungen, 29. Jg. (1978), S. 263 ff.

Krauskopf, D., Soziale Krankenversicherung, Kommentar, 2. Aufl., München 1978, einschließlich 3. Ergänzungslieferung vom Dez. 1979.

Kremp, H.J., Die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung, Struktur und Entwicklung, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, 24. Jg. (1973), S. 227 ff.

Derselbe, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung - Neuere Entwicklungen 1970 - 1974 -, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 26. Jg. (1975), S. 79 ff.

Köhrer, H., Zum Problem der Gliederung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: F. Geiß, Ph. Herder-Dorneich, W. Weber, Der Mensch im sozio-ökonomischen Prozeß, Festschrift für Wilfried Schreiber zum 65. Geburtstag, Berlin 1969, S. 339 ff.

Derselbe, Regionalkassen oder regionale RVO-Kassen? Zur Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deutsche Versicherungszeitschrift, 24. Jg. (1970), S. 185 ff.

Kruse, U., Wettbewerb zu Gunsten der Versicherten, in: Arbeit und Sozialpolitik, 30. Jg. (1976), S. 452 ff.

Küster, E., Analyse der soziologisch relevanten Ursachen des Krankenstandes, Diss., Köln 1968.

Lampert, H., Sozialpolitik, Berlin 1980.

Leszcynski, D. von, Einheitlicher Beitragssatz für die GKV empfehlenswert? in: Sozialer Fortschritt, 22. Jg. (1973), S. 282 ff.

Derselbe, Höheres Krankheitsrisiko der Frauen, in: Die private Krankenversicherung, Organ der privaten Krankenversicherung, Köln 1979, S. 18 f.

Liefmann-Keil, E., Ökonomische Theorie der Sozialpolitik, Heidelberg 1961.

Lücke, D., Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im System der sozialen Sicherheit, Diss., Köln 1970.

Meinhold, H., Fiskalpolitik durch sozialpolitische Parafisci, Tübingen 1976.

Metze, I., Soziale Sicherung und Einkommensverteilung, Eine empirische Untersuchung über die Wirkungen staatlicher Maßnahmen zur sozialen Sicherung sowie der Einkommen- und Umsatzsteuer auf die verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte, Berlin 1974.

Molitor, B., Moral Hazard in der Sozialpolitik, in: Wirtschaftsdienst, 56. Jg. (1976), S. 240 ff.

Musgrave, R.A., The Theory of Public Finance, A Study in Public Economy, New York, Toronto, London 1959.

Nell-Breuning, O. von, Vertrag zwischen drei Generationen, in: Wirtschaftswoche, 32. Jg. (1978), Nr. 23, S. 77 ff.

Ohne Autor, Sozial-Milliarden in falschen Kassen, Ein Reformmodell - Plädoyer für funktionsgerechte Mittelverwendung, in: Der Volkswirt, 21. Jg. (1967), Heft 32, S. 1707 ff.

Ohne Autor, Das "Papier" des Kölner CDU-Sozialausschusses zur Krankenversicherungsreform, in: Dienst für Gesellschaftspolitik, Nr. 10/1968, S. 2 ff.

Ohne Autor, Was leisten die Ersatzkassen? Größere Unterschiede bei Zahnersatz und Hilfsmittel, in: Test, 9. Jg. (1974), S. 497 ff.

Ohne Autor, Privat oder Kasse? Prämien und Leistungen von 25 Privatversicherungen und sieben Ersatzkassen im Vergleich, in: Test, 12. Jg. (1977), S. 309 ff.

Ohne Autor, Krankheiten und Unfälle 1970, Ergebnis der Zusatzbefragung des Mikrozensus, Oktober 1970, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 1972, S. 570 ff.

Ohne Autor, Kranke und unfallverletzte Personen 1976, Ergebnis des Mikrozensus Mai 1976, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 1978, S. 125 ff., sowie 113+ und 114+.

Peters, H. Die Geschichte der sozialen Versicherung, 2. Aufl., Bonn-Bad Godesberg 1973.

Derselbe, Die Krankenversicherung und die Kodifizierung des Sozialrechts, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Bd. 1, 1973, S. 314 ff.

Derselbe, Fortentwicklung der Krankenversicherung, in: Grundlagen der Sozialversicherung, Festschrift für Kurt Brackmann, St. Augustin 1977, S. 71 ff.

Petersen, H.G., Finanzwirtschaftliche Folgen einer Harmonisierung der Belastung von Arbeits- und Alterseinkommen mit Öffentlichen Abgaben, Kieler Arbeitspapiere des Instituts für Weltwirtschaft Nr. 93, Kiel 1979.

Rollinger, A., Die Leistungen der Familie werden enteignet, in: Arbeit und Sozialpolitik, 30. Jg. (1976), S. 212 ff.

Rosenberg, P., Die soziale Krankenversicherung - Pflichtversicherung oder freiwillige Vorsorge? Köln 1969.

Rosin, H., Das Recht der Arbeiterversicherung, Bd. I, Berlin 1893.

Schmatz, H., Matzke, H., Die gesetzliche Krankenversicherung, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Sozialpolitik in Deutschland, Bd. III, Nr. 37, Stuttgart 1961.

Schmidt, A., Neuregelung der Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner, in: Soziale Sicherheit, 23. Jg. (1974), S. 321 ff.

Schneider, H., Der Entwurf des 21. Rentenanpassungsgesetzes aus der Sicht der gesetzlichen Krankenkassen, in: Die Sozialversicherung, 33. Jg. (1978), S. 123 ff.

Schreiber, W., Die gesetzliche Krankenversicherung in der freiheitlichen Gesellschaft, in: W. Schreiber (Hrsg.), Gesetzliche Krankenversicherung in einer freiheitlichen Gesellschaft, Berlin 1963, S. 9 ff.

Derselbe, Zum System sozialer Sicherung, Köln 1971.

Derselbe, Die Einrichtungen der sozialen Sicherheit und ihre gesellschaftliche Funktion, in: B. Külp, W. Schreiber (Hrsg.), Soziale Sicherheit, Köln, Berlin 1971, S. 227 ff.

Schwarz, K., Gründe des Geburtenrückgangs 1966 - 1975 und für "Nullwachstum" erforderliche Kinderzahl der Ehen, in: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 1977, S. 374 ff.

Siebeck, Th., Zur Kostenentwicklung in der Krankenversicherung, Ursachen und Hintergründe, Bonn 1976.

Sopp, H., Faktoranalyse des Krankenstandes - Forschungsauftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, o. O., o. J.

Specke, H., Die Leistungen der Krankenkasse bei Mutterschaft, 2. überarbeitete Aufl., Bonn-Bad Godesberg 1971.

Stamm, O., Die Rolle der Ersatzkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Betriebs-Berater, 30. Jg. (1975), S. 1116 ff.

Steffen, A., Krankheitskosten, Entwicklung und Begrenzungsmöglichkeiten, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Institut der Deutschen Wirtschaft, Köln 1976.

Steffens, J., 21. Rentenanpassungsgesetz, Änderungen im Krankenversicherungsrecht, in: Die Ortskrankenkasse, 60. Jg. (1978), S. 186 ff.

Stolt, E., Vesper, E.A., Die Ersatzkassen in der Krankenversicherung, 7. Aufl., Bonn-Bad Godesberg 1973.

Ströer, H., Die soziale Krankenversicherung, 2. neubearbeitete Aufl., München 1975.

Timmer, H.G., Neue Untersuchungen über Kopfschäden in der Tagegeldversicherung, in: Blätter der deutschen Gesellschaft für Versicherungsmathematik, Bd. X, Heft 1, Würzburg 1971.

Derselbe, Fehlspekulation oder Irreführung? in: Die private Krankenversicherung, Organ des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Köln 1972, S. 56 f.

Töns, H.,	Die Versicherungsgrenzen in der Krankenversicherung, Zur Versicherungspflicht- sowie zur Leistungs- und Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 55. Jg. (1973), S. 693 ff., S. 785 ff., S. 833 ff.
Wannagat, G.,	Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, I. Bd., Tübingen 1965.
Weyrauch, W.,	Von der Zunftkasse zur gegliederten Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse, 50. Jg. (1968), S. 689 ff.
Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen,	Kassenärztliche Bedarfsplanung, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, Bd. 1, Bonn 1978.
Derselbe,	Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte - eine empirische Untersuchung im Auftrage des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung - Bonn 1979.
Derselbe,	Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen, Bd. 5, Bonn 1980.
Zeppernick, R.,	Kritische Bemerkungen zum Zusammenhang zwischen Alterslastenausgleich und Kinderlastenausgleich, in: Finanzarchiv, N.F., 37. Jg. (1978), S. 293 ff.
Zimmermann, H., Henke, K.-D.,	Einführung in die Finanzwissenschaft, 2. Aufl., München 1979.

b) Sonstiges

Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen,	Geschäftsbericht 1973, Berlin 1974.
Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung,	Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, versch. Jg.

Derselbe,	Bekanntmachung über die Grundlöhne der nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 RVO versicherten Mitglieder der Krankenkassen, in: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, versch. Jg.
Derselbe,	Bundesarbeitsblatt, versch. Jg.
Derselbe,	Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre ... (bis 1962: Die soziale Krankenversicherung im Jahre ... in der Bundesrepublik Deutschland), Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, versch. Jg.
Derselbe,	Sozialbericht, Bonn, versch. Jg.
Bundesminister für Bildung und Wissenschaft und Statistisches Bundesamt,	Bildung im Zahlenspiegel, Ausgabe 1977, Stuttgart und Mainz 1977.
Bundesverband der Ortskrankenkassen,	Die Ortskrankenkassen 1975, Ein statistischer und finanzieller Bericht, Bonn-Bad Godesberg 1976.
Derselbe,	Krankheitsarten-, Krankheitsursachen und Sterblichkeitsstatistik, Bonn-Bad Godesberg, versch. Jg.
Derselbe,	Statistik der Ortskrankenkassen, Anspruchsberechtigte Familienangehörige der Mitglieder der Ortskrankenkassen, Bonn-Bad Godesberg, versch. Jg.
Derselbe,	Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland, Gliederung der Arbeitsunfähigkeitsfälle nach ihrer Dauer, Bonn-Bad Godesberg, versch. Jg.
Derselbe,	Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland, Leistungsfälle und -tage, Bonn-Bad Godesberg, versch. Jg.
Derselbe,	Vereinigung von Ortskrankenkassen, in: Die Ortskrankenkasse, 55. Jg (1973), S. 461, 574, 755, 866, 869; 56. Jg. (1974), S. 65, 182.

Deutscher Bundestag, Bericht der Bundesregierung über die Situation der Frau in Beruf, Familie und Gesellschaft, Bundestagsdrucksache 5/909.

Derselbe, Bericht der Bundesregierung über die finanzielle Lage der Krankenhausanstalten in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestagsdrucksache 5/4230.

Derselbe, Entwurf eines Gesetzes über die Krankenversicherung der Studenten (KVSG), Bundestagsdrucksache 7/2993.

Derselbe, Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz - KVWG), Bundestagsdrucksache 7/3336.

Derselbe, Bericht der Bundesregierung über die gesetzlichen Rentenversicherungen, insbesondere über deren Finanzlage in den künftigen 15 Kalenderjahren, gemäß §§ 1273 und 579 der Reichsversicherungsordnung, § 50 des Angestelltenversicherungsgesetzes und § 71 des Reichsknappschaftsgesetzes (Rentenanpassungsbericht 1977), Bundestagsdrucksache 8/119.

Derselbe, Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz - KVKG), Bundestagsdrucksache 8/166.

Derselbe, Entwurf eines Einundzwanzigsten Gesetzes über die Anpassung der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie über die Anpassung der Geldleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung und der Altersgelder in der Altershilfe für Landwirte (Einundzwanzigstes Rentenanpassungsgesetz - 21. RAG), Bundestagsdrucksache 8/1734.

Derselbe, Beschlußfassung und Bericht des Ausschusses für Arbeit uns Sozialordnung (11. Ausschuß), Bundestagsdrucksache 8/1842.

Derselbe,	Die Lage der Familien in der Bundesrepublik Deutschland - Dritter Familienbericht -, Bericht der Sachverständigenkommission der Bundesregierung, Bundestagsdrucksache 8/3121.
Internationales Institut für empirische Sozialökonomie,	Nutzung realer Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Haushaltsnettoeinkommen und Alter, Sonderauswertung für die Zwecke dieser Arbeit.
Kaiserliches Statistisches Amt,	Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, Berlin, versch. Jg.
Statistisches Reichsamt,	Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, Berlin, versch. Jg.
Statistisches Bundesamt,	Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart, Mainz, versch. Jg.
Derselbe,	Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 5 Haushalte und Familien, 1975, Stuttgart und Mainz 1976.
Derselbe,	Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, I. Entwicklung der Erwerbstätigkeit, Stuttgart und Mainz, versch. Jg.
Derselbe,	Fachserie A Bevölkerung und Kultur, Reihe 6 Erwerbstätigkeit, II. Versicherte in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus), Stuttgart und Mainz, versch. Jg.
Derselbe,	Fachserie L Finanzen und Steuern, Reihe 6 Einkommen- und Vermögensteuern, II. Lohnsteuer 1971, Stuttgart und Mainz 1975.
Derselbe,	Fachserie 1 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 3 Haushalte und Familien, 1977, Stuttgart und Mainz 1977.
Derselbe,	Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 12.S.1 Kranke und unfallverletzte Personen, 1974, Stuttgart und Mainz 1977.

Derselbe,	Fachserie 13 Sozialleistungen, Reihe 1 Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung, Stuttgart und Mainz, versch. Jg.
Derselbe,	Fachserie 14 Finanzen und Steuern, Reihe 7 Einkommen- und Vermögensteuern, 3. Lohnsteuer, 1974, Stuttgart und Mainz 1977.
Derselbe,	Fachserie 15 Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1973, Heft 4 Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte, Stuttgart und Mainz 1977.
Derselbe,	Fachserie 15 Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1973, Heft 6 Einkommensverteilung und Einkommensbezieher in privaten Haushalten, Stuttgart und Mainz 1978.
Unternehmen der privaten Krankenversicherung	Alters- und geschlechtsspezifische Pro-Kopf-Schäden der Rechnungsbeträge für Versicherte der Altersgruppe O bis unter 15 Jahren (Beobachtungsjahre 197O, 1973, 1976), Zur Verfügung gestellt für die Zwecke dieser Arbeit.
Derselbe,	Pro-Kopf-Schäden eines Krankentagegeldtarifs mit einer Leistung ab der 7. Krankheitswoche (Beobachtungsjahre 197O, 1973, 1976), Zur Verfügung gestellt für die Zwecke dieser Arbeit.
Verband der privaten Krankenversicherung,	Pro-Kopf-Schäden der in den Rechenschaftsberichten ausgewiesenen Durchschnittsprofile für die Normierungsaltersgruppe 4O bis unter 45 Jahren (Beobachtungsjahre 197O, 1973, 1976), Zur Verfügung gestellt für die Zwecke dieser Arbeit.
Derselbe,	Die private Krankenversicherung im Jahre ..., Rechenschaftsbericht, Köln, versch. Jg.
Derselbe,	Die private Krankenversicherung im Jahre 1957, - Zahlenbild -, Köln 1958.
Derselbe,	Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht 1978/1979, Köln 1979.

Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, RGBL I, S. 509, i.d.F. vom 15. Dez. 1924, RGBL I, S. 779.

Reichsknappschaftsgesetz i.d.F. vom 1.7.1926, RGBL I, S. 369, RGBL III, S. 822-1.

Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969, BGBL I, S. 582.

Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte) vom 10.8.1972, BGBL I, S. 1433.

Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen vom 7.8.1975, BGBL I, S. 1061.

Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz) vom 27.7.1977, BGBL I, S. 1069.

Einundzwanzigstes Gesetz über die Anpassung der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie über die Anpassung der Geldleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung und der Altersgelder in der Altershilfe für Landwirte (Einundzwanzigstes Rentenanpassungsgesetz - 21. RAG) vom 25. Juli 1978, BGBL I, S. 1089.

FINANZWISSENSCHAFTLICHE SCHRIFTEN

Band 1 Werner Steden: Finanzpolitik und Einkommensverteilung. Ein Wachstums- und Konjunkturmodell der Bundesrepublik Deutschland. 1979.

Band 2 Rainer Hagemann: Kommunale Finanzplanung im föderativen Staat. 1976.

Band 3 Klaus Scherer: Maßstäbe zur Beurteilung von konjunkturellen Wirkungen des öffentlichen Haushalts. 1977.

Band 4 Brita Steinbach: „Formula Flexibility" - Kritische Analyse und Vergleich mit diskretionärer Konjunkturpolitik. 1977.

Band 5 Hans-Georg Petersen: Personelle Einkommensbesteuerung und Inflation. Eine theoretisch-empirische Analyse der Lohn- und veranlagten Einkommensteuer in der Bundesrepublik Deutschland. 1977.

Band 6 Friedemann Tetsch: Raumwirkungen des Finanzsystems der Bundesrepublik Deutschland. Eine Untersuchung der Auswirkungen der Finanzreform von 1969 auf die Einnahmenposition der untergeordneten Gebietskörperschaften und ihrer regionalpolitischen Zieladäquanz. 1978.

Band 7 Wilhelm Pfähler: Normative Theorie der fiskalischen Besteuerung. Ein methodologischer und theoretischer Beitrag zur Integration der normativen Besteuerungstheorie in der Wohlfahrtstheorie. 1978.

Band 8 Wolfgang Wiegard: Optimale Schattenpreise und Produktionsprogramme für öffentliche Unternehmen. Second-Best-Modelle im finanzwirtschaftlichen Staatsbereich. 1978.

Band 9 Hans P. Fischer: Die Finanzierung des Umweltschutzes im Rahmen einer rationalen Umweltpolitik. 1978.

Band 10 Rainer Paulenz: Der Einsatz finanzpolitischer Instrumente in der Forschungs- und Entwicklungspolitik. 1978.

Band 11 Hans-Joachim Hauser: Verteilungswirkungen der Staatsverschuldung. Eine kreislauftheoretische Inzidenzbetrachtung. 1979.

Band 12 Gunnar Schwarting: Kommunale Investitionen. Theoretische und empirische Untersuchungen der Bestimmungsgründe kommunaler Investitionstätigkeit in Nordrhein-Westfalen 1965-1972. 1979.

Band 13 Hans-Joachim Conrad: Stadt-Umland-Wanderung und Finanzwirtschaft der Kernstädte. Amerikanische Erfahrungen, grundsätzliche Zusammenhänge und eine Fallstudie für das Ballungsgebiet Frankfurt am Main. 1980.

Band 14 Cay Folkers: Vermögensverteilung und staatliche Aktivität. Zur Theorie distributiver Prozesse im Interventionsstaat. 1981.

Band 15 Helmut Fischer: US-amerikanische Exportförderung durch die DISC-Gesetzgebung. 1981.

Band 16 Günter Ott: Einkommensumverteilungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine quantitative Analyse. 1981.

STÖTTNER, RAINER
PROBLEME DER GELDWIRTSCHAFTLICHEN WACHSTUMSTHEORIE
Zur Frage der Interdependenz realer und monetärer Größen in einer wachsenden Wirtschaft

Frankfurt/M., Bern, Las Vegas. 1981, 336 S.
EUROPÄISCHE HOCHSCHULSCHRIFTEN: Reihe 5, Volks- und Betriebswirtschaft. Bd. 312
ISBN 3-8204-6916-8 *br. sFr. 72.-- *)*

Die moderne Wachstumstheorie ist kaum älter als dreißig Jahre, während die Geldtheorie bis zu den Anfängen der Nationalökonomie zurückreicht. Das sterile Nebeneinander von "realer" Wachstumstheorie und Geldtheorie führte ab 1965 zu einer Reihe monetär-evolutorischer Ansätze. - Die Arbeit untersucht systematisch und kritisch die Prämissen, Strukturen und Aussagen monetärer Wachstumsmodelle, macht deren traditionellen Wurzeln deutlich, legt Gemeinsamkeiten und Unterschiede offen und weist den Weg zu notwendigen und fruchtbaren Erweiterungen in Form der Theorie des finanziellen Fortschritts sowie der makroökonomischen Portfoliotheorie.

Aus dem Inhalt: *U.a. Modellzusammenhang zwischen Geld und Wachstum - Integration realer und monetärer Größen im Modell - Finanzieller Fortschritt und reales Wachstum - Makroökonomische Portfoliotheorie des Wachstums.*

---

*) unverbindliche Preisempfehlung
Auslieferung: Verlag Peter Lang AG, *Jupiterstr. 15, CH-3015 Bern*

RÖBER, MANFRED
ORGANISATIONSSTRUKTUR UND PLANUNGSORGANISATION
Konzept und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Regierungsverwaltungen

Frankfurt/M., Bern, Las Vegas, 1981. 288 S.
EUROPÄISCHE HOCHSCHULSCHRIFTEN: Reihe 5, Volks- und Betriebswirtschaft, Bd. 309
ISBN 3-8204-6909-5 *br. sFr. 64.--*)*

Der Ansatz der vergleichenden Organisationsforschung, der bislang nahezu ausschließlich zur Untersuchung von Unternehmungen verwendet wurde, wird zur Analyse der Organisationsstruktur öffentlicher Verwaltungen herangezogen. Mit Hilfe einer Längsschnittbetrachtung werden Veränderungen in der Struktur aufgezeigt und Probleme verdeutlicht, die sich aus der Einrichtung zentraler Planungsgruppen ergeben. Die Untersuchung basiert auf Daten, die mit Hilfe von strukturierten Fragebögen und Interviewleitfäden in den 12 Senatsverwaltungen des Landes Berlin erhoben wurden.

Aus dem Inhalt: *Empirische Analyse der Struktur öffentlicher Verwaltungen; Einbindung von zentralen Planungsgruppen in diese Struktur; organisationsstrukturelle Konsequenzen.*