

Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Die „beitragsfreie Mitversicherung“ auf dem Prüfstand

Dr. Frank Niehaus
Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung



Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Die „beitragsfreie Mitversicherung“ auf dem Prüfstand

Dr. Frank Niehaus
Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung

Inhalt

Vorwort	6
Zusammenfassung	8
1. Einleitung	16
2. Familien im Wandel	19
3. Die Finanzierung der GKV und die Frage nach einem Familienlastenausgleich auf der Beitragsseite	23
3.1 Die Finanzierung der GKV	23
3.1.1 Die Finanzierung im Umlageverfahren	23
3.1.2 Art der Beitragserhebung und das Leistungsfähigkeitsprinzip	24
3.1.3 Bestimmung des individuellen Beitrags	25
3.2 Die Wirkung der Finanzierungsregeln auf die Familie	26
3.2.1 Beitragsbelastung einer Familie	26
3.2.2 Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit von Familien in der GKV	27
3.2.3 Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit – Ein Vergleich mit der Steuerbelastung	28
3.3 Zwischenfazit	31
4. Ein Vergleich der von Familien geleisteten Beiträge und erhaltenen Leistungen	32
4.1 Die Situation im Jahr 2010	32
4.1.1 Ermittlung der altersabhängigen Verteilung der GKV-Ausgaben	32
4.1.2 Ermittlung der altersabhängigen Verteilung der Beitragszahlungen	36
4.1.3 Gegenüberstellung der Ausgaben- und Beitragsprofile	43
4.2 Beitragszahlungen und Gesundheitsausgaben von Familien	45
4.2.1 Modellfamilien mit unterschiedlicher Kinderzahl	45
4.2.2 Die Situation der typischen Familie mit zwei Kindern	51
4.2.3 Einfluss eines von der Familiengröße abhängigen Erwerbsverhaltens	52
4.2.4 Einfluss der sozialen Stellung der Familien	55
4.3 Zwischenergebnis	57



5. Veränderung der Familiensituation im Zeitablauf	58
5.1 Veränderung der Gesundheitsausgaben	58
5.2 Veränderung der Einkommensverhältnisse	62
5.3 Zwischenfazit	66
6. Der Einfluss von Steuerzuschüssen auf den Familienausgleich	67
7. Fazit	69
8. Quellenverzeichnis	70
Über den Autor	72
Impressum	73

Vorwort

„Beitragsfreie Mitversicherung“ von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehegatten – das klingt auf den ersten Blick nach einer sinnvollen familienpolitischen Maßnahme, die Familien finanziell entlastet und unterstützt. Dementsprechend führt das Bundesfamilienministerium die Kosten für die „beitragsfreie Mitversicherung“ im Gesamttabelleau der „ehe- und familienbezogenen Leistungen“ auch mit 30 Milliarden Euro als Bestandteil des Familienlastenausgleichs und der ehebezogenen Maßnahmen auf. Die vorliegende Studie von Dr. Frank Niehaus – Gesundheitsökonom und Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherung – zeigt aber, dass dieses Bild trügt: Die Lasten und Leistungen von Familien werden in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht adäquat berücksichtigt.

Vielmehr sind Familien wichtige Leistungsträger der GKV, die den solidarischen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Jungen und Alten mitfinanzieren. Eltern zahlen während der aktiven Familienphase im Durchschnitt höhere Beiträge als sie und ihre Kinder an Kosten im Gesundheitssystem verursachen. In dieser Lebensphase sind Familien, genau wie Kinderlose auch, Nettozahler, die mit ihren Beiträgen vor allem die Gesundheitskosten der älteren Generation mitfinanzieren. Um dieses auch aus Sicht der Bertelsmann Stiftung bewährte System aber auch in Zukunft aufrecht erhalten zu können, sind Kinder als nachwachsende Generation eine Grundvoraussetzung: Sie müssen später mit ihren Beiträgen die Gesundheitsleistungen der Rentner finanzieren – egal ob diese selbst Kinder großgezogen haben oder nicht. Kinder sind also ein zusätzlicher „generativer Beitrag“, den Eltern für die Funktionsfähigkeit der GKV leisten, der aber – wie Frank Niehaus in dieser Studie zeigt – nicht angemessen anerkannt wird.

Unsere Gesellschaft hat sich verändert – heute haben immer mehr Menschen keine Kinder. Die Sozialversicherungssysteme sind aber darauf angelegt, dass es zur Normalbiographie gehört, eine Familie zu gründen. Entsprechend geraten die Systeme immer mehr unter Druck, je weniger Menschen sich für ein Leben mit Kindern entscheiden. Natürlich steht es in einer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft niemandem zu, die Entscheidung für oder gegen Kinder infrage zu stellen. Aber die Konsequenzen dieser Entwicklung, nämlich die Schieflage in den Sozialversicherungssystemen und die damit einhergehenden Nachteile von Familien in der Phase, in der die Kinder bei den Eltern leben, können im Interesse von Familien und insbesondere Kindern nicht länger hingenommen werden.

Kinder brauchen für gelingendes Aufwachsen finanzielle Sicherheit in ihren Familien. Sie sind Träger eigener Rechte und nicht lediglich „Anhängsel“ ihrer Eltern, sondern als eigenständige Subjekte in der Solidargemeinschaft anzuerkennen. Voraussetzung dafür ist ein Familienlastenausgleich, der die Unterhaltslasten von Eltern berücksichtigt, indem ein an den Bedarfen von Kindern ausgerichtetes Existenzminimum von Steuern und Beiträgen freigestellt wird. Dann könnten vermutlich die allermeisten Familien von ihrem selbst erwirtschafteten Einkommen leben und müssten keine zusätzlichen Transferleistungen mehr in Anspruch nehmen.



Hier besteht auch mit Blick auf die GKV Reformbedarf – das macht die Studie deutlich. Denn im aktuellen System der GKV findet kein solcher Ausgleich und keine Entlastung von Familien statt.

Die Familienpolitik muss auf die veränderten Herausforderungen – sei es der demografische Wandel oder auch die im Vergleich zu früher größere Vielfalt an familiären Lebensformen – reagieren. Gutes Aufwachsen, Wohlergehen und faire Bildungs- und Teilhabechancen von Kindern müssen dabei die Kernziele sein. Kinder brauchen aber nicht nur materielle Sicherheit für ein gelingendes Aufwachsen. Auch eine geeignete Infrastruktur für Familien und für Kinder trägt dazu bei, dass Familien entlastet und wirksam unterstützt werden und Kinder ein anregungsreiches Umfeld erleben können. Eltern und Kinder brauchen gute Bildungsinstitutionen, die die wichtige Rolle von Eltern anerkennen und sie einbeziehen.

Daneben sind aber für viele Familien weitere Unterstützungsmaßnahmen notwendig. Auch hier reicht Geld allein nicht aus, wenn Familien Rat und Hilfe brauchen, wie sie ihre Kinder bestmöglich unterstützen und bilden können, wie Krisen und Umbrüche zu bewältigen oder alltägliche Herausforderungen zu meistern sind. Für diese Bereiche müssen tragfähige Konzepte entwickelt und in der Familienpolitik systematisch implementiert werden.

In diesem Sinne hat sich die Bertelsmann Stiftung das Ziel gesetzt, Familienpolitik in Deutschland neu zu denken – von den Kindern aus! Dazu beleuchtet Frank Niehaus in dieser Studie einen ersten Bereich des Sozialversicherungssystems – die GKV. Wir sind ihm dankbar, dass er sich diesem Thema unabhängig von seiner Tätigkeit im Wissenschaftlichen Institut der Privaten Krankenversicherung als führender Experte im Bereich des Krankenversicherungssystems angenommen hat.

Diese Studie ist ein Auftakt, weitere Analysen werden folgen. Gemeinsam mit Experten aus unterschiedlichen Disziplinen wollen wir Familienpolitik in der Gesamtschau betrachten und Reformansätze entwickeln, die das Wohlergehen von Kindern in den Mittelpunkt stellen. Denn Familie ist der wichtigste Ort des Aufwachsens für Kinder und Grundbaustein unserer Gesellschaft.



Dr. Jörg Dräger,
Mitglied des Vorstands
der Bertelsmann Stiftung



Anette Stein,
Programmdirektorin
Wirksame Bildungsinvestitionen

Zusammenfassung

Die „beitragsfreie Mitversicherung“ von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehegatten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt als eines der wichtigsten familienpolitischen Instrumente im Rahmen des Familienlastenausgleichs. Mehr als 16 Milliarden Euro, so steht es im Leistungstableau der ehe- und familienbezogenen Maßnahmen des Bundesfamilienministeriums (BMFSFJ 2012: 46), wurden innerhalb der GKV im Jahr 2010 im Rahmen der „beitragsfreien Mitversicherung“ von Kindern ausgegeben, hinzu kamen knapp 13 Milliarden Euro an Leistungen durch die Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten (BMFSFJ 2012: 48). In der Öffentlichkeit gelten diese hohen Summen einmal mehr als Beleg, dass Familien gerade im Bereich der Krankenversicherung finanziell erheblich unterstützt und gefördert werden. Die vorliegende Studie zeigt aber, dass man hier genauer hinschauen sollte: Denn Familien werden gerade in der aktiven Familienphase, in der die Kinder im Haushalt der Eltern leben, in der GKV weder entlastet noch gefördert. Vielmehr sind Familien wichtige Leistungsträger des Systems, die ganz erheblich zur Finanzierung der GKV beitragen. Dafür sprechen folgende drei Gründe:

- Familien finanzieren nicht nur durch ihre Krankenkassenbeiträge die laufenden Kosten der GKV, sondern sichern erst durch ihre Kinder das zukünftige Fortbestehen der GKV. Im Gegensatz zu Kinderlosen leisten sie nicht nur einen finanziellen Beitrag, sondern einen zusätzlichen „generativen“ Beitrag. Denn das umlagefinanzierte System in der GKV ist darauf angelegt, dass die Erwachsenengeneration durch ihre Krankenversicherungsbeiträge nicht nur die eigenen Gesundheitsleistungen finanziert, sondern auch die Gesundheitskosten der jüngeren und der älteren Generation mit trägt. Da Gesundheitskosten im Alter stark ansteigen, ist dieser Ausgleich für ältere Menschen besonders relevant. Ältere sind darauf angewiesen, dass jüngere Menschen als Erwerbstätige höhere Beiträge bezahlen, ganz egal, ob sie selbst diese jüngeren Menschen großgezogen haben oder kinderlos geblieben sind. Solange es zur „Normalbiographie“ gehörte, Kinder zu bekommen und Kinderlosigkeit eher die Ausnahme war, war dieser Zusammenhang für das Krankenversicherungssystem unproblematisch. Doch heute, wo Kinder nicht mehr selbstverständlich zum Lebensentwurf dazu gehören, gerät das System immer mehr in Schieflage. Dabei kann die umlagefinanzierte GKV ohne eine nachwachsende Generation nicht bestehen.
- Tatsächlich ist die „beitragsfreie Mitversicherung“ für Familien eigentlich nicht beitragsfrei: Bei der Beitragserhebung wird – anders als bei der Steuerveranlagung – nicht berücksichtigt, dass Eltern mit ihrem Einkommen nicht nur sich selbst, sondern auch ihre Kinder und ggf. den nicht erwerbstätigen Ehegatten unterhalten müssen. Kinder werden als eigenständige Subjekte im Familienhaushalt nicht berücksichtigt. Die Unterhaltungspflichten für Kinder spielen für die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags keine Rolle, so dass im Ergebnis die Leistungsfähigkeit von Familien nicht adäquat berücksichtigt wird.



- Die Studie belegt anhand der aktuell verfügbaren Daten, dass die allermeisten Familien in der Phase, in der die Kinder noch im elterlichen Haushalt leben, ihre Krankheitskosten durch die eigenen Krankenversicherungsbeiträge im Durchschnitt selbst decken. In dieser Lebensphase tragen sie genauso wie auch Kinderlose im Umlagesystem als Nettozahler die Gesundheitsausgaben anderer mit. Kinderlose tun dies zwar noch in einem stärkeren Maße als Familien, sie leisten dafür aber – wie oben erwähnt – keinen generativen Beitrag für den Erhalt des Systems.

Im Ergebnis kommt es damit in der GKV zu einer Benachteiligung von Familien im Vergleich zu Kinderlosen und nicht zu einer Entlastung bzw. Unterstützung. Die Hintergründe dafür werden im Folgenden näher beleuchtet. Dabei geht es nicht darum, das System der GKV an sich infrage zu stellen. Die vorliegende Studie prüft jedoch, inwiefern in der GKV ein Familienlastenausgleich erfolgt bzw. an welchen Stellen eher eine Benachteiligung als eine Besserstellung von Familien erfolgt.

Die GKV finanziert sich nach dem Umlageverfahren – das heißt, von Mitgliedern eingezahlte Beiträge werden sofort für die laufenden Kosten im System ausgegeben. Anders als in einer klassischen Versicherung oder auch in der privaten Krankversicherung werden eingezahlte Beiträge nicht angespart bzw. am Finanzmarkt angelegt. De facto trägt die erwerbstätige Bevölkerung mit ihren Krankenversicherungsbeiträgen (zuzüglich Steuerzuschuss) die eigenen laufenden Gesundheitsausgaben, aber auch die anfallenden Kosten für Kinder, Rentner und nicht erwerbstätige Personen in der GKV. Eltern werden dabei doppelt belastet: Als Erwerbstätige zahlen sie GKV-Beiträge, um die laufenden Kosten aller Versicherten im Gesundheitssystem zu finanzieren. In der Familie tragen sie zusätzlich die Kosten für Unterhalt, Erziehung und Bildung ihrer Kinder.

Auch das Bundesverfassungsgericht hat den zu einer Doppelbelastung führenden „generativen Beitrag“ von Familien in seiner Rechtsprechung anerkannt. Im Pflegeversicherungsurteil aus dem Jahr 2001 heißt es mit Blick auf die Pflegeversicherung: „Auf Grund dieses Umlagesystems profitieren die Kinderlosen von der Erziehungsleistung der Eltern. Beide sind darauf angewiesen, dass genug Kinder nachwachsen, die in der Zukunft Beiträge zahlen und ihre Pflege finanzieren. Dies ist unabhängig davon, ob sie selbst Kinder erzogen und damit zum Erhalt des Beitragszahlerbestandes beigetragen haben oder nicht“ (Bundesverfassungsgericht 2001). Diese Argumentation lässt sich auch auf die umlagefinanzierte GKV übertragen. Familien sichern durch ihre eigenen Beiträge und ihre Kinder die Tragfähigkeit und den Bestand der GKV. Kinderlose hingegen leisten allein einen monetären Beitrag, profitieren aber genauso wie Eltern von den zukünftigen Beiträgen der Kinder anderer. Das Bundesverfassungsgericht fasst es für die Pflegeversicherung wie folgt zusammen: „Kinderlosen, die lediglich Beiträge gezahlt, zum Erhalt des Beitragszahlerbestandes aber nichts beigetragen haben, erwächst daher ein Vorteil. (...) Wenn aber das Leistungssystem ein altersspezifisches Risiko abdeckt und so finanziert wird, dass die jeweils erwerbstätige Generation die Kosten für vorangegangene Generationen mittragen muss, ist für das System nicht nur die Beitragszahlung, sondern auch die Kindererziehung konstitutiv“ (Bundesverfassungsgericht 2001).

Solange es in unserer Gesellschaft zur „Normalbiographie“ gehörte, Kinder zu bekommen, konnten diese Vorteile für die wenigen Kinderlosen von der Gemeinschaft aufgefangen werden. Heutzutage gehören Kinder jedoch nicht mehr selbstverständlich zum Lebensentwurf. Laut Statistischem Bundesamt (2008) bleiben 22 Prozent der Frauen aus den unterschiedlichsten Gründen dauerhaft kinderlos. Durch diese zunehmende Zahl an Kinderlosen geraten umlagefinanzierte Sozialversicherungssysteme wie die GKV immer mehr in Schieflage und übersehen die Leistung von Familien. Im Pflegeversicherungsurteil fordert das Bundesverfassungsgericht daher eine stärkere Anerkennung der Doppelbelastung von Familien – und zwar „während der Zeit, in der sie Kinder betreuen und erziehen“. Da Kinderlose und Eltern in der GKV auf der Leistungsseite, d.h. im Krankheitsfall, nicht unterschiedlich behandelt werden können, muss der Ausgleich hier in jedem Fall auf der Beitragsseite erfolgen und dort „die Unterhaltspflicht gegenüber einem Kind ... berücksichtigen“ (Bundesverfassungsgericht 2001). Ferner ruft das Gericht den Gesetzgeber dazu auf, die Bedeutung des Urteils nicht nur für die Pflegeversicherung umzusetzen, sondern auch für andere Zweige der Sozialversicherung zu prüfen. Dies ist bis heute nicht erfolgt.

Um diese Gedanken und die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts besser nachvollziehen zu können, ist eine genauere Betrachtung der Beitragserhebung in der GKV sinnvoll. Beiträge werden in der GKV nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip erhoben: Jeder Versicherte zahlt – bis zu einer bestimmten Obergrenze – einen Beitrag, der sich nach der Höhe seines Einkommens richtet und unabhängig ist von Alter, Familienstand und Gesundheitszustand. Derzeit liegt der von Arbeitgeber und Arbeitnehmer insgesamt zu zahlende Beitragssatz bei 15,5 Prozent des Einkommens bis zu einer Höchstgrenze von 49.900 Euro. Darüber liegende Einkommen werden nicht mehr verarbeitet. Diesem Prinzip liegt die Idee zugrunde, dass „starke Schultern“ mehr zur Finanzierung beitragen können als „schwache Schultern“. Wer kein Einkommen hat, sollte nach diesem Prinzip auch keinen Beitrag zahlen müssen – allein daraus würde sich bereits eine Beitragsfreiheit für Kinder und Elternteile in Erziehungsphasen ohne eigenes Einkommen erklären.

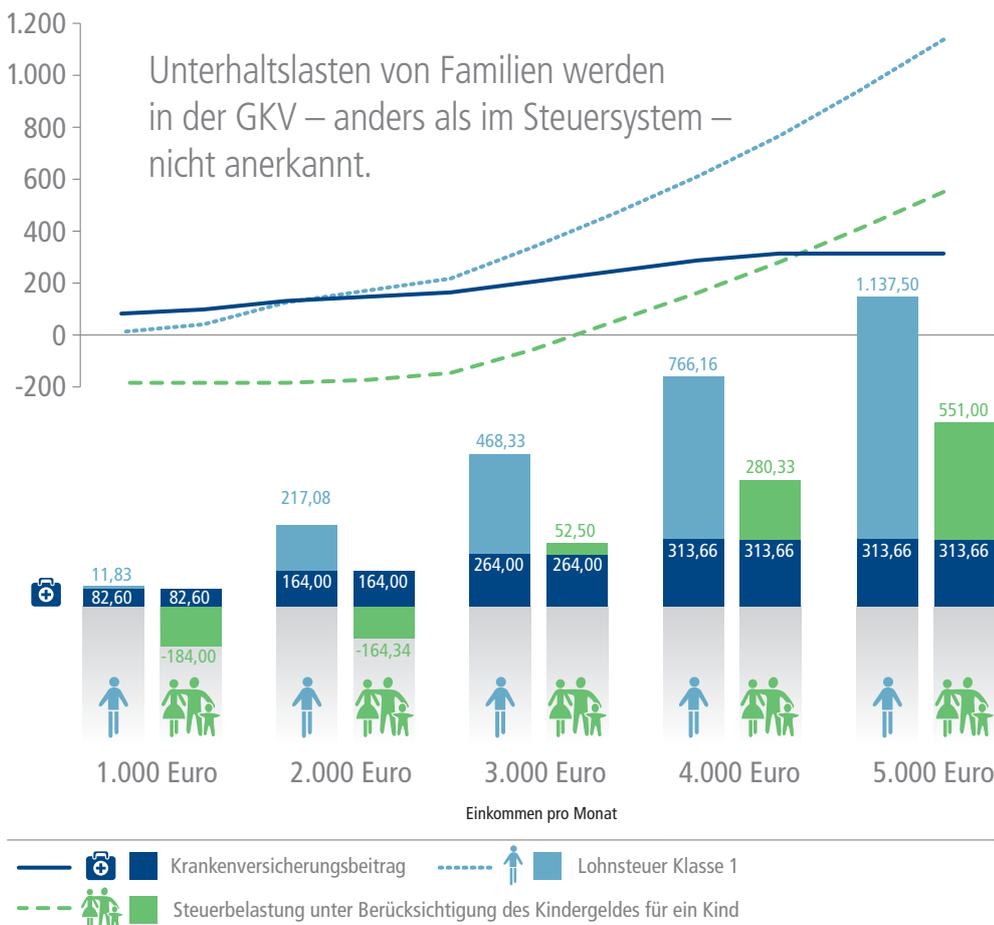
Doch das Leistungsfähigkeitsprinzip hat in der GKV Grenzen – und die führen dazu, dass die „beitragsfreie Mitversicherung“ von Kindern eigentlich nicht beitragsfrei ist. Denn anders als im Steuerrecht wird in der GKV die Leistungsfähigkeit jedes Einzelnen betrachtet, unabhängig davon, ob er oder sie eine Familie zu ernähren hat oder nicht. Das Einkommensteuerrecht hingegen sieht die Familie mit ihren unterhaltspflichtigen Kindern als eine Einheit an und bemisst ihr Steueraufkommen, indem das gemeinsame Einkommen veranschlagt wird abzüglich von Freibeträgen, die das Existenzminimum der unterhaltspflichtigen Familienmitglieder freistellen sollen (siehe Abbildung 1). In der GKV muss hingegen ein alleinstehender Arbeitnehmer denselben Beitrag bezahlen wie ein Vater oder eine Mutter mit einem gleich hohen Gehalt. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass der erwerbstätige Elternteil von diesem Gehalt nicht nur sich selbst, sondern auch Kinder und ggf. den nicht erwerbstätigen Ehegatten unterhält und somit weniger leistungsfähig ist als ein Single. Bei einem Bruttoverdienst von 2.500 Euro muss ein Arbeitnehmer einen Krankenversicherungsbeitrag von 205 Euro bezahlen (zzgl. einem Arbeitgeberanteil von 182,50 Euro) – egal, ob er oder sie alleinstehend ist oder etwa drei Kinder und ein nicht erwerbstätiger



Ehegatte auch von diesem Einkommen lebt. Es ist offensichtlich, dass diese 205 Euro bei gleichem Einkommen für eine fünfköpfige Familie eine ungleich größere Belastung darstellen als für den Single. Im Steuersystem wäre das anders – hier könnte ein Alleinverdiener Kinderfreibeträge von seinem Einkommen abziehen, um das zu versteuernde Einkommen zu ermitteln. Wäre dies auch in der GKV möglich, so läge die Berechnungsbasis für den GKV-Beitrag aber nicht mehr bei 2.500 Euro, sondern deutlich darunter. Würde aber nur dieses niedrigere Einkommen verbeitragt, so

Abbildung 1: Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit von Familien in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zu Alleinstehenden – Vergleich der einkommensabhängigen GKV-Beiträge mit der Steuerbelastung

GKV-Beitrag / Steuerbelastung pro Monat, Angaben in Euro



fielen nicht 205 Euro an, sondern ein deutlich geringerer Krankenkassenbeitrag. Derzeit bezahlen Familien aber den gleichen Krankenkassenbeitrag wie Kinderlose und haben damit mehr ins System eingezahlt, als sie es ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit nach müssten. Es ist daher irreführend, von einer „beitragsfreien Mitversicherung“ zu sprechen – Familien werden vielmehr über ihre Leistungsfähigkeit hinaus verbeitragt.

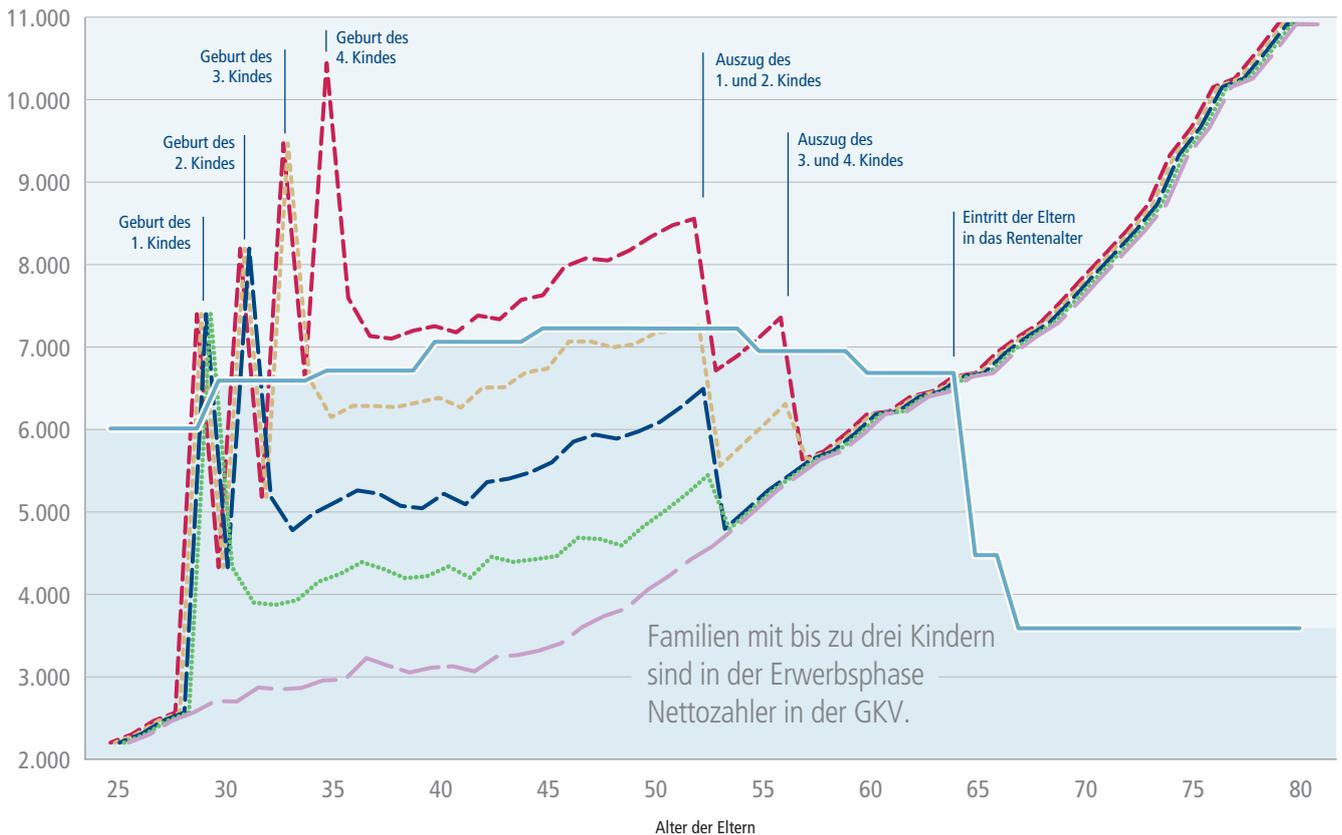
Auf der Leistungsseite richtet sich die GKV nach dem Solidarprinzip: Jeder erhält unabhängig von seinem eingezahlten Beitrag die notwendigen Gesundheitsleistungen. Mitversicherte Kinder, nicht erwerbstätige Ehegatten, Personen mit niedrigem Einkommen, Rentner – sie alle bezahlen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip keinen oder nur einen geringen Beitrag, der meist ihre Gesundheitskosten nicht vollständig decken kann. In einem solidarisch finanzierten System werden aber alle benötigten Ausgaben von den Beiträgen aller Mitglieder finanziert. Jeder erhält die notwendigen Leistungen, unabhängig von seinen gezahlten Beiträgen. Jeder zahlt Beiträge nach seiner Leistungsfähigkeit, unabhängig von seinem Gesundheitszustand. Es scheint so – und das ist auch in der öffentlichen Meinung verankert – dass Familien von diesem System profitieren, da Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten keinen eigenen Beitrag entrichten müssen. Die vorliegenden Analysen zeigen jedoch, dass Familien in der aktiven Familienphase in den allermeisten Fällen ihre Gesundheitsausgaben durch eigene Beiträge selbst decken.

Familien sind in der GKV in der aktiven Familienphase Nettozahler – das belegt die Studie mit Hilfe der aktuell verfügbaren Daten aus dem Risikostrukturausgleich sowie der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahre 2010. Durchschnittliche Beitragszahlungen von Paaren ohne Kinder und Familien mit einem oder mehreren Kindern werden mit den laufenden in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen des betrachteten Haushalts verglichen. Dabei zeigt sich: Die allermeisten Familien erhalten während der Erwerbsphase der Eltern im Durchschnitt weniger Gesundheitsleistungen aus dem System als sie selbst an Beiträgen zahlen. Familien sind in dieser Lebensphase also genau wie Kinderlose keine Leistungsempfänger, sondern wichtige Leistungsträger und Nettozahler in der GKV (siehe Abbildung 2). Natürlich ist diese Differenz bei kinderlosen Paaren noch größer als bei Familien mit bis zu drei Kindern, aber Kinderlose leisten wie oben skizziert auch keinen generativen Beitrag für den Erhalt des Systems.



Abbildung 2: Durchschnittlich gezahlte Beiträge und in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen eines Paares mit keinem bis vier Kindern

Jahresbeiträge / Gesundheitsausgaben: Angaben in Euro



- gezahlte Jahresbeiträge eines Paares mit oder ohne Kinder
- in Anspruch genommene Leistungen eines Paares ohne Kinder
- in Anspruch genommene Leistungen eines Paares mit einem Kind
- in Anspruch genommene Leistungen eines Paares mit zwei Kindern
- in Anspruch genommene Leistungen eines Paares mit drei Kindern
- in Anspruch genommene Leistungen eines Paares mit vier Kindern

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, RSA-Daten; eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

Nur jeweils im Jahr der Geburt eines Kindes liegen die in Anspruch genommenen Leistungen einer durchschnittlichen Familie einmalig über den gezahlten Beiträgen, da im Zusammenhang mit einer Geburt hohe Kosten im Gesundheitssystem entstehen. Während der Kindheit, Jugend sowie im jungen Erwachsenenalter ist der Kostenverlauf verhältnismäßig niedrig. Erst ab einem Alter von etwa 50 Jahren steigen die Kosten stark an. Die höchsten Gesundheitsausgaben verursachen Menschen jenseits der Erwerbsphase – und gerade diese Kosten sind in den letzten Jahren besonders stark angestiegen. Gleichzeitig zahlen Männer und Frauen in der Erwerbsphase

die höchsten Krankenkassenbeiträge. Summiert man diese durchschnittlichen Gesundheitskosten und Krankenversicherungsbeiträge eines typischen Paares bzw. einer typischen Familie, wird deutlich (siehe Abbildung 2): Nur mit vier und mehr Kindern verursacht eine Familie in der aktiven Familienphase mit durchschnittlichem Einkommen und durchschnittlichen in Anspruch genommenen Leistungen in der GKV Gesundheitskosten, die höher als die eingezahlten Beiträge sind. In Deutschland haben jedoch nur zwei Prozent der Familien vier und mehr Kinder (BMFSFJ 2012: 19). Die große Mehrheit der Familien sind genau wie Kinderlose in dieser Lebensphase „Nettozahler“: Ihre Krankenversicherungsbeiträge sind in diesen Jahren jeweils höher als die Leistungen, die sie im Gesundheitssystem beziehen. Dabei ist zu beachten, dass die Nettozahlerposition natürlich nicht nur von der Anzahl der Kinder, sondern auch vom Familieneinkommen und der damit verbundenen Beitragshöhe sowie der individuellen Gesundheitssituation abhängt. Geht man von durchschnittlichen Krankheitskosten aus, so benötigt eine vierköpfige Familie mit Eltern im Alter von 43 Jahren jedoch nicht einmal 34.000 Euro Jahreseinkommen, um ihre Gesundheitsleistungen durch die eigenen Beitragszahlungen zu decken. Erst wenn die Elterngeneration in Rente geht, sinken ihre Krankenversicherungsbeiträge erwartungsgemäß deutlich, während die Gesundheitsausgaben stark ansteigen. Zu diesem Zeitpunkt leben die eigenen Kinder aber in der Regel bereits nicht mehr im Elternhaushalt, sondern zahlen selbst Beiträge in die GKV ein.

In den kommenden Jahren wird sich die Rolle der Familie als Nettozahler noch weiter verstärken – und das aus mehreren Gründen. Erstens steigt der Anteil der Rentner an der Bevölkerung. Zweitens – auch das zeigt die Studie – sind die Gesundheitsausgaben für ältere Menschen in den letzten Jahren stark angestiegen und steigen weiter an. Drittens nimmt der Anteil der beitragsfrei mitversicherten Ehegatten in der GKV stetig ab (siehe Abbildung 3). So waren im Jahr 2005 noch etwa 27 Prozent der 35-jährigen Frauen beitragsfrei mitversichert, 2010 waren es nur noch etwa 23 Prozent, 2012 lediglich 21 Prozent. Die erhöhte Frauenerwerbstätigkeit führt in wachsendem Maße dazu, dass Familien während der aktiven Familienphase immer höhere Krankenkassenbeiträge bezahlen.

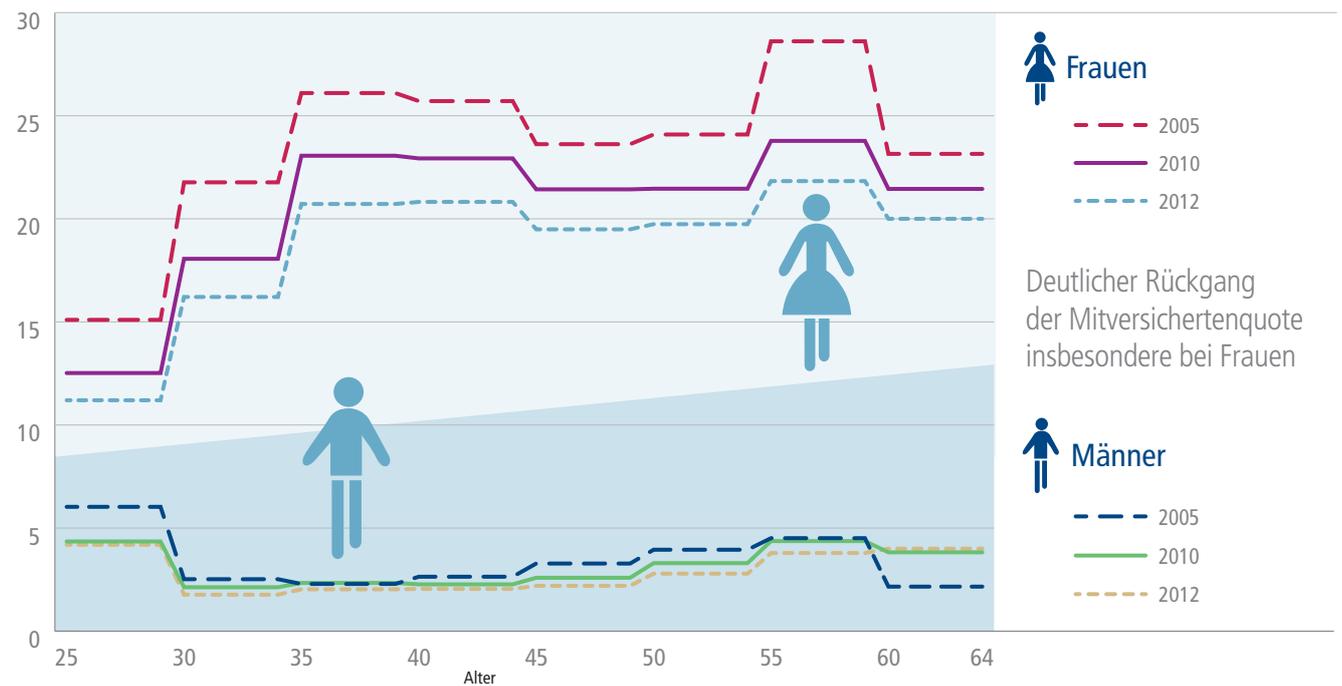
Im Ergebnis stellen die knapp 30 Milliarden Euro, die jährlich unter dem Begriff der „beitragsfreien Mitversicherung“ als familienpolitische Leistung veranschlagt werden, keinen Familienlastenausgleich dar. Unterhaltslasten von Eltern gegenüber ihren Kindern oder nicht erwerbstätigen Ehepartnern werden bei der Beitragserhebung nicht berücksichtigt. Folgerichtig sollten die Leistungen für mitversicherte Familienmitglieder auch nicht zum Familienlastenausgleich hinzugerechnet werden.



Familien sind in den umlagefinanzierten Sozialversicherungssystemen nicht die „Transferempfänger“, als die sie in der öffentlichen Diskussion dargestellt werden. Sie sind vielmehr die Leistungsträger, die diese Systeme stützen und langfristig sichern. Diese Leistung von Familien müsste dringend anerkannt werden, wie es das Bundesverfassungsgericht bereits für die Pflegeversicherung eingefordert hat. Aktuell werden Familien im Gegensatz zu Kinderlosen benachteiligt. Ein fairer Familienlastenausgleich müsste sowohl das Steuersystem als auch alle Sozialversicherungssysteme in den Blick nehmen, so dass Unterhaltslasten und Leistungen von Familien entsprechend berücksichtigt werden können.

Abbildung 3: Veränderung der Mitversichertenquote im Zeitablauf

Anteil der Mitversicherten an allen Versicherten der Altersklasse in Prozent



Quelle: Daten der Deutschen Rentenversicherung, BMG; eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

1. Einleitung

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist die Gesundheitsversorgung im Umlageverfahren mit einkommensabhängigen Beiträgen organisiert. Diese Beitragserhebung folgt vornehmlich dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Nach diesem Prinzip sollten starke Schultern mehr zur Finanzierung beitragen als schwache Schultern. Jedoch stellt sich die Frage, ob bei der Beitragserhebung die Leistungsfähigkeit – insbesondere der Familien – tatsächlich angemessen berücksichtigt wird und die GKV somit zu einem fairen Familienlastenausgleich beitragen kann.

Im Umlageverfahren, in dem die Leistungen direkt aus den laufenden Beitragseinnahmen gedeckt werden und keine wesentliche Ersparnis für zukünftige Belastungen erfolgt, kommt der Familie eine besondere Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit dieses Systems zu. Für die dauerhafte Absicherung des Krankheitsrisikos ist eine nachwachsende Generation notwendig, denn nur wenn in Zukunft erwerbstätige Beitragszahler die Lasten tragen, die insbesondere durch die Gesundheitsausgaben der zunehmenden Zahl an Älteren anfallen werden, kann das System fortbestehen. Die Sorge für die nachwachsende Generation leisten die Familien. Diese Leistung von Familien findet in der GKV jedoch keine Anerkennung.

Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen und insbesondere von Kindern in der GKV wird in den Darstellungen des Familienministeriums als familien- und ehebezogene Leistung im Rahmen des Familienlastenausgleichs deklariert. Laut Familienreport 2012 sind im Jahr 2010 rund 52,9 Milliarden Euro dem Familienlastenausgleich zuzuordnen, also dem großenteils verfassungsrechtlich gebotenen Ausgleich für besondere Belastungen von Eltern durch ihre Kinder. Vom Ministerium einbezogen werden hier auch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der Sozialversicherung mit 16,1 Milliarden Euro.¹ Darüber hinaus wird unter ehebezogenen Maßnahmen die beitragsfreie Mitversicherung der Ehegatten aufgeführt, die mit 12,6 Milliarden Euro beziffert wird.²

Die vorliegende Studie hinterfragt, inwiefern die beitragsfreie Mitversicherung Familien tatsächlich entlastet, also einen Familienlastenausgleich darstellt. Sie zieht die Sichtweise in Zweifel, nach der Familien insgesamt von dem System profitieren und Transferempfänger in der GKV sind. Dazu werden die einzelnen Umverteilungswirkungen sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der Leistungsseite in der GKV analysiert.

¹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012), S. 45.

² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012), S. 48.



Das gesamte GKV-System weist fünf grundlegende Umverteilungsströme und Ausgleichmechanismen auf:

1. den Risikoausgleich: Gesund für Krank,
2. den Altersausgleich: Jung für Alt,
3. den Einkommensausgleich: Reich für Arm
4. den Geschlechterausgleich: Männer für Frauen
5. und den Familienausgleich: Kinderlose für Familien.

An erster Stelle steht in die GKV eine Umverteilung von Gesunden zu Kranken. Dieses Prinzip stellt die Grundlage der Krankenversicherung dar. Die Ausgaben, die im Krankheitsfall durchaus eine enorme Höhe erreichen können, werden von der Versichertengemeinschaft getragen. Damit wird die Belastung des Einzelnen im Krankheitsfall deutlich abgemildert. Dieses grundlegende Prinzip ist Basis jeder Krankenversicherung.

Die Tatsache, dass Ausgaben für Krankheit ungleich über das Leben verteilt sind – wie im Abschnitt 4.1 noch näher analysiert wird – führt dazu, dass ein Umverteilungsstrom von Jungen zu Alten entsteht. Dieser Umverteilungsstrom ist eng mit dem Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken verbunden, berührt aber ebenso massiv die Position von Familien und führt im Zeitablauf unter dem demografischen Wandel zu Fragen der Generationengerechtigkeit.

Die hinter dem Gedanken der solidarischen Finanzierung beabsichtigte Umverteilung von Personen mit höherem Einkommen zu solchen mit niedrigerem oder gar keinem Einkommen findet in der GKV zwar teilweise statt, stößt aber an bedeutende Grenzen und spielt auch in die Frage der Position von Familien in der GKV mit hinein, so dass hierauf ebenfalls eingegangen wird.

Auch der Ausgleich zwischen den Geschlechtern resultiert auf der Finanzierungsseite hauptsächlich aus den immer noch unterschiedlichen Einkommenspositionen von Frauen und Männern. Auf der Leistungsseite unterscheidet sich die Inanspruchnahme bei gleichem Alter zwar etwas, bedeutender ist aber die längere Lebenserwartung der Frauen, die mit höheren Ausgaben im Alter einhergehen.

Der letzte Ausgleich bildet den Schwerpunkt der Studie. Aufgrund der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen soll ein Ausgleich von Personen ohne Kinder zu Eltern erfolgen. Dies gilt es zu hinterfragen, denn in der Realität überlagern sich diese unterschiedlichen Umverteilungsströme und wirken entweder einander entgegen oder verstärken sich. Diese Überlagerung trifft insbesondere den Familienausgleich. Aufgabe der nachfolgenden Ausarbeitung ist es daher, die Wirkungen der Ausgleichsströme zu analysieren und zu ermitteln, wie in der Summe die Position von Familien dadurch beeinflusst wird. Hiermit verbunden ist die Frage nach einer angemessenen Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit von Familien mit Kindern bei der Beitragserhebung in der GKV.

³ Vgl. van der Beek/Weber (2008) S. 8 ff.

Insgesamt stellt die Arbeit eine Aktualisierung früherer Arbeiten⁴ dar. Verwendet werden die jeweils neuesten verfügbaren Daten.⁵ Im Vergleich zu den älteren Ergebnissen wird eine aktuelle Entwicklung erkennbar, die Aussagen zulässt, wie sich die Position der Familien im Zeitablauf verändert.

Um die Wirkungen der Umverteilungsströme in der GKV sichtbar zu machen, werden sowohl durchschnittliche Personen und Familien betrachtet als auch unterschiedliche Ausprägungen von Lebensformen anhand von Beispielfamilien und Beispielversicherten mit bestimmten Eigenschaften (Alter, Einkommen, Familienstand) exemplarisch dargestellt.

In der Studie wird Familie als ein Ort definiert, in dem Kinder aufwachsen. Das heißt, es wird insbesondere die Phase betrachtet, in der Väter und/oder Mütter unterhaltspflichtige Kinder versorgen und erziehen. Damit wird nur ein Ausschnitt möglicher Familienkonstellationen berücksichtigt. Familie hat selbstverständlich über diese Phase hinaus eine Relevanz (u.a. im Bereich der häuslichen Pflege), die hier aber nicht im Zentrum der Betrachtung steht.

Von Bedeutung bei der Analyse von Umverteilungsströmen ist die Tatsache, dass sich diese nicht immer vollständig trennen lassen und jeweils ein Referenzwert gebraucht wird, um zu bestimmen, ob eine Person in dem System aufgrund der Umverteilung schlechter gestellt wird, als sie es ohne Umverteilung wäre.⁶ So wird im ersten Schritt die Beitragserhebung der Steuerbelastung von Familien gegenübergestellt. Im zweiten Schritt werden die von Familien gezahlten Beiträge mit den von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen verglichen. Damit lässt sich zeigen, ob sie im Zeitraum der aktiven Familienphase mehr Gesundheitsleistungen aus dem System bekommen als sie selbst an Beiträgen zahlen und damit Nettoempfänger sind oder ob es sich umgekehrt verhält und sie Nettozahler sind.

Gegliedert ist die Arbeit wie folgt: Zunächst wird die Situation der Familien in Deutschland beschrieben. Danach folgt eine Darstellung der Funktionsweise des beitragsfinanzierten Umlageverfahrens in der GKV. Im nächsten Schritt wird analysiert, wie sich auf der Finanzierungsseite die Beitragsbelastung von Familien darstellt und in welchem Umfang diese – im Verhältnis zu anderen Versichertengruppen – zur Finanzierung der GKV herangezogen werden. Weiter findet eine Gegenüberstellung der von Familien gezahlten Beiträge und den beanspruchten Leistungen statt, um zu ermitteln, in welchen Lebenssituationen und Familienkonstellationen Versicherte in der GKV Nettozahler oder Nettoempfänger sind. Im Anschluss daran wird die Veränderung der Familiensituation in der GKV im Zeitablauf analysiert. Die Ausarbeitung endet mit einem zusammenfassenden Fazit

⁴ So analysierten van der Beek/Weber (2008) die Familienförderung auf der Beitragsseite und die Arbeit von Niehaus (2009) stellt Beiträge und Leistungen gegenüber. Ältere Arbeiten zu den Fragestellungen sind von Pfaff (1993) und Wenzel (1999).

⁵ Die Datengrundlage in van der Beek/Weber (2008) und Niehaus (2009) ist jeweils das Jahr 2006.

⁶ Als Vergleichsmaßstab kann sowohl eine für alle einheitliche Kopiprämie herangezogen werden als auch der Wert der aus dem System bezogenen Leistungen, vgl. Wasem/ Greß (2005).



2. Familien im Wandel

Familien sorgen durch das Großziehen ihrer Kinder für das Fortbestehen der Gesellschaft und für die langfristige Tragfähigkeit der Sozialsysteme. Sie erbringen also gesellschaftliche Leistungen, welche insbesondere Voraussetzung für das Fortbestehen des Generationenvertrages im Umlagesystem der GKV sind. Wenn Familie mit Kindern heute nicht mehr das einzige Lebensmodell ist, weil immer mehr Menschen – aus welchen Gründen auch immer – kinderlos bleiben, verteilt sich die Belastung durch die Versorgung und Erziehung der nachfolgenden Generation in zunehmendem Maße ungleich über die Versicherten.

Diesen Wandel in den Lebensmodellen belegen nachfolgende Zahlen. So steigt der Anteil der Ledigen im Zeitablauf. 2008 waren beispielsweise 64 Prozent der Frauen im Alter von 27 bis 59 Jahren verheiratet. Zehn Jahre zuvor waren es noch 71 Prozent der gleichen Altersklasse.⁷ Ein Grund hierfür ist die Tatsache, dass immer später geheiratet wird. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag das durchschnittliche Heiratsalter bei erstmaliger Eheschließung im Jahr 2011 im Mittel bei 33,3 Jahren beim Mann und bei 30,5 Jahren bei der Frau.⁸ Damit ist der Mann im Durchschnitt fast 3 Jahre älter als seine Frau.

Die Kinderzahl schrumpft. In Deutschland wurden im Durchschnitt 2010 1,39 Kinder pro Frau geboren. Diese Zahl ergibt sich als zusammengefasste Geburtenzahl aufgrund der 2010 ermittelten Geburten der potentiellen Mütter im Alter von 15 bis 49 Jahren. Tatsächlich erhöht sich das Alter, in dem Frauen Kinder bekommen. Im Durchschnitt sind die Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes fünf Jahre älter als vor 40 Jahren. Nachfolgende Tabelle 1 zeigt die Entwicklung des Alters der Mütter seit 2004.

⁷ Statistisches Bundesamt (2010b), S.17.

⁸ Vgl. Emmerling (2012), S.1074.

⁹ Statistisches Bundesamt (2012).

Tabelle 1: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer lebendgeborenen Kinder in Deutschland

Angaben in Jahren

Alter der Mütter	2004	2006	2008	2011
Insgesamt	30,0	30,1	30,4	30,7
Mütter nicht verheiratet	27,9	28,0	28,5	28,8
Mütter verheiratet (bezogen auf die Kinder der bestehenden Ehe)				
zusammen	30,8	31,1	31,4	31,6
bei der Geburt des 1. Kindes	29,6	29,8	30,2	30,3
bei der Geburt des 2. Kindes	31,3	31,5	31,9	32,1
bei der Geburt des 3. Kindes	32,7	32,9	33,3	33,4

Quelle: Statistisches Bundesamt (2013); Statistisches Bundesamt (2009); eigene Darstellung.

BertelsmannStiftung

Verschieben Frauen die Geburt ihrer Kinder ins höhere Lebensalter, kann diese zusammengefasste Geburtenrate die tatsächliche Kinderzahl der Frauen unterschätzen. Die jüngste Frauenkohorte des Jahrgangs 1961, die 2010 ihren 50. Geburtstag feierte, erreichte eine endgültige Kinderzahl von durchschnittlich 1,6 Kindern je Frau.¹⁰

Entscheidend für die geringe Kinderzahl in Deutschland ist aber nicht die Kinderzahl einer Mutter. Entscheidet sich eine Frau, Mutter zu werden, sind zwei Kinder immer noch die häufigste Konstellation. Etwa 30 Prozent der Mütter zwischen 35 und 64 Jahren haben in Deutschland ein Kind, beinahe jede zweite Mutter hat zwei und jede fünfte drei oder mehr Kinder.¹¹ Im Durchschnitt bekommen Mütter in Deutschland knapp 2 Kinder und damit fast die für die Reproduktion der Bevölkerung nötigen 2,1 Kinder je Frau. Der Rückgang der durchschnittlichen Geburtenzahl auf die oben genannten 1,39 Kinder ist zu einem bedeutenden Teil auf die Zunahme des Anteils kinderloser Frauen zurückzuführen.¹²

Der Anteil der Frauen, die kinderlos bleiben, hat sich im Zeitablauf deutlich erhöht. So sind noch bei den Geburtsjahrgängen 1933 bis 1938 nur 11 Prozent in Westdeutschland und 9 Prozent in Ostdeutschland kinderlos geblieben. Bei den zwischen 1964 und 1968 geborenen Frauen sind zwar bisher in den neuen Ländern nur 11 Prozent ohne Nachwuchs, in den alten Ländern waren es aber zum Zeitpunkt der Befragung durch das Statistische Bundesamt im Jahr 2008 schon 22 Prozent.¹³ Für nachfolgende Jahrgänge ist noch keine abschließende Bewertung möglich, da in dieser Altersgruppe bisher kinderlose Frauen noch Mutter werden können.

¹⁰ Statistisches Bundesamt (2012), S.24.

¹¹ Statistisches Bundesamt (2012), S.26.

¹² Statistisches Bundesamt (2012), S.34.

¹³ Statistisches Bundesamt (2012), S.28.



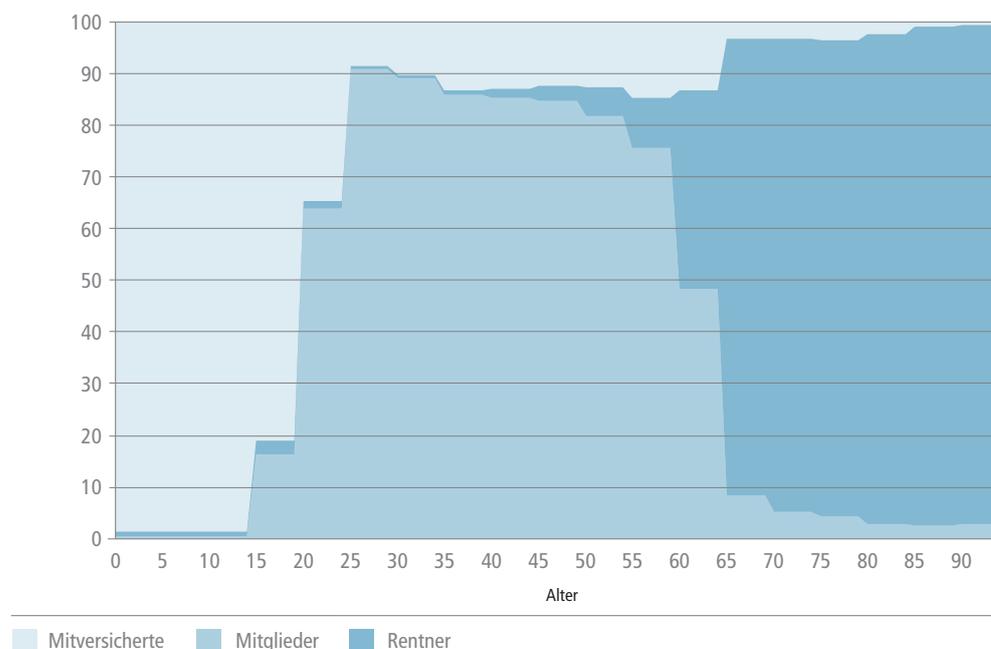
Für die hier durchgeführte Bewertung der Familienförderung in der GKV ist wichtig zu wissen, dass zur Zeit der Einführung der Umlagefinanzierung Kinder bei der überwiegenden Mehrheit der Personen zur Lebensplanung dazu gehörten. Kinderlosigkeit war für die Jahrgänge bis 1938 in der Regel ungewollt. Diese Situation hat sich heute grundlegend geändert. Mehr als jede fünfte Frau der Jahrgänge bis 1968 hat bisher – wie beschrieben – keine Kinder bekommen und für viele wird dies eine bewusste Entscheidung gewesen sein. Damit sind Lebensverläufe heterogener geworden. Gleichzeitig verändert sich durch die demografische Entwicklung die Belastungssituation in der GKV im Zeitablauf.

Für die Erfassung der Familiensituation und für die Abschätzung der Länge der Lebensphase, in der die Eltern Sorge für ihre Kinder tragen, ist als letzter Punkt der Auszug der Kinder aus der Familie von Bedeutung. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ziehen Frauen im Schnitt mit 21 Jahren und Männer mit 23 Jahren zu Hause aus.¹⁴ Verlässt das Kind die Familie, nimmt es häufig eine eigene Erwerbstätigkeit auf. Diese Phase lässt sich auch in der vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Mitgliederstatistik KM 6 der GKV nachvollziehen. Es werden jeweils Altersgruppen in 5-Jahresschritten ausgewiesen (siehe Abbildung 4). Die Altersverteilung, nach der junge Erwachsene in den Beruf eintreten, lässt sich hier anhand der Zunahme des Mitgliederanteils und dem Rückgang der Mitversichertenquote ablesen. So sind bereits 16,5 Prozent der 15- bis 20-Jährigen selber Mitglieder in der GKV. Dies bedeutet, sie erzielen eigene beitragspflichtige Einnahmen und sind nicht mehr beitragsfrei in der Familie mitversichert. Bei den 20- bis 25-Jährigen trifft dies im Jahr 2010 schon auf 63,9 Prozent zu.

¹⁴ Statistisches Bundesamt (2009b), S. 28.

Abbildung 4: Verteilung der GKV-Versicherten auf die einzelnen Gruppen 2010*

Angaben in Prozent



*In der Mitgliederstatistik KM 6 werden die Versichertenzahlen in Altersgruppen (jeweils 5 Jahre) erfasst, so dass sich in der Abbildung die Stufenform der Anteile ergibt.

Quelle: Mitgliederstatistik KM 6 des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (2010).

BertelsmannStiftung

Als Fazit dieses Kapitels lässt sich festhalten, dass Familien schon allein deshalb Leistungsträger in der GKV sind, weil sie durch ihre Kinder den Fortbestand der GKV überhaupt erst ermöglichen. Aus verschiedenen Gründen bleiben Paare aber vermehrt kinderlos oder Personen verbringen ihr Leben als Singles. Da die Familie, als Ort an dem Kinder aufwachsen, somit heute nicht mehr das alleinige Lebensmodell ist, dieses aber die Tragfähigkeit der GKV und anderer Sozialsysteme langfristig sichert, sollte die von Familien erbrachte gesellschaftliche Leistung in der GKV auch entsprechend anerkannt werden. Im Folgenden wird gezeigt, dass durch die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten und Kindern die Lasten und Leistungen von Familien in der GKV bisher nicht adäquat berücksichtigt werden.



3. Die Finanzierung der GKV und die Frage nach einem Familienlastenausgleich auf der Beitragsseite

3.1 Die Finanzierung der GKV

3.1.1 Die Finanzierung im Umlageverfahren

In der GKV erfolgt die Finanzierung der Gesundheitsleistungen im Grundsatz nach dem Umlageverfahren. Bei diesem Verfahren werden die Beiträge eines Jahres so festgelegt, dass sie die Zahlungen desselben Jahres vollständig abdecken. Die Gesundheitsausgaben werden damit aus laufenden Einnahmen gezahlt, Reserven werden nahezu keine gebildet.¹⁵

Die Einnahmen der GKV stammen von den Mitgliedern, die auf ihre beitragspflichtigen Einnahmen, die in der Regel das Lohneinkommen oder die Rente darstellen, Beiträge abführen müssen sowie von den Arbeitgebern, die den ebenfalls einkommensabhängigen Arbeitgeberanteil beisteuern. Auch die Rentenversicherung trägt einen Anteil, der sich an der Rentenhöhe orientiert.

Von diesem reinen einkommensabhängig beitragsfinanzierten System wird in der GKV zwar schon seit längerem leicht abgewichen, es stellt aber weiterhin den Großteil der Finanzierung sicher. Hinzugekommen sind Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen. Die meisten Zuzahlungen wurden im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG), das 2004 in Kraft trat, eingeführt. Hier wurde unter anderem die Praxisgebühr eingeführt, die 2013 nun wieder abgeschafft wurde. Nichtverschreibungspflichtige Medikamente werden seit dem nicht mehr von der GKV übernommen, die Zuzahlungen für Zahnersatz haben sich deutlich erhöht, um nur einige Regelungen zu nennen. Seit 2005 (Grundlage ist das GMG) fließt zudem ein mit den Jahren wachsender Steuerzuschuss ins System. Im Jahr 2005 betrug der Steuerzuschuss noch 2,5 Milliarden Euro und hat sich bis auf 7,2 Milliarden Euro im Jahr 2009 erhöht. Im Krisenjahr 2010 erfolgte dann eine deutliche Anhebung auf 15,7 Milliarden Euro. Offiziell wird der Steuerzuschuss – wie bereits erwähnt – für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen herangezogen.

Mit dem Gesetz zur „nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)“ vom 22. Dezember 2010 hat sich die Finanzierungsmechanik der GKV weiter verändert. Es wurden einkommensunabhängige Zusatzbeiträge eingeführt, über die die Ausgabenentwicklung finanziert werden soll, die nicht durch den Beitragssatz von 15,5 Prozent abgedeckt werden kann. Ziel des Gesetzes ist es, den Finanzierungsanteil von den einkommensunabhängigen, kassenindividuellen Zusatzbeiträgen langfristig zu erhöhen. Bisher haben die Zusatzbeiträge aber noch keine Bedeutung erlangt. Bleibt die

¹⁵ In einem Umlageverfahren werden – anders als bei Versicherungssystemen mit Kapitaldeckungsverfahren (wie der Privaten Krankenversicherung) – keine systematischen Rücklagen für absehbare zukünftig höhere Ausgaben gebildet. Dass derzeit trotzdem Überschüsse in der GKV angesammelt werden, liegt an dem einheitlich zu hoch festgesetzten Beitragssatz von 15,5 Prozent (inklusive Arbeitgeberanteil und der 0,9 Prozent).

Gesetzeslage unverändert, dürfte sich dies langfristig deutlich verändern. Auch bei wachsenden Zusatzbeiträgen bleibt das Umlagesystem erhalten, da auch diese Einnahmen zu den Deckungen der laufenden Ausgaben herangezogen werden.

Alle Abweichungen vom reinen beitragsfinanzierten Umlagesystem haben aber bisher die dominante Mechanik in der GKV nicht verändert, nach der der Großteil der Einnahmen aus einkommensabhängigen Beiträgen generiert und diese Beiträge direkt für die laufenden Ausgaben verwendet werden. Aus diesem Grundprinzip ergibt sich – wie noch ausführlich gezeigt werden wird – dass die Versicherten in der Phase des aktiven Erwerbslebens mehr in die GKV einzahlen, als sie an Leistungen benötigen. In der Rentenphase werden sie dann zum Nettoempfänger und sind auf die nachwachsende Generation als Unterstützer angewiesen. Diese Tatsache macht die demografische Anfälligkeit des Umlagesystems aus. Für das langfristige Funktionieren des Umlagesystems in der Krankenversicherung sind somit die nachwachsenden Generationen nötig.

3.1.2 Art der Beitragserhebung und das Leistungsfähigkeitsprinzip

Die Beitragserhebung ist im fünften Sozialgesetzbuch geregelt. Nach dem Wortlaut dieses Gesetzes findet auf diesem Wege eine solidarische Finanzierung statt.¹⁶ So gelten Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V als beitragspflichtige Einnahmen. Auf diese Einkünfte sind damit Beiträge abzuführen. Beiträge verlangen – anders als Steuern – eine Gegenleistung. Die Gegenleistung für die Beitragszahlung ist der Versicherungsschutz.

Die Ermittlung der Höhe des Beitrags, den ein Versicherter zu entrichten hat, kann sich dabei grundsätzlich an zwei unterschiedlichen Prinzipien orientieren, dem Äquivalenzprinzip oder dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Bei dem Äquivalenzprinzip richtet sich die Höhe des Beitrags an der damit finanzierten Gegenleistung aus. Bei dem Leistungsfähigkeitsprinzip wird die Beitragsbelastung durch die finanzielle Leistungsfähigkeit des Beitragspflichtigen bestimmt.

Die Bestimmung der Beitragsbelastung in der GKV orientiert sich durch ihren Einkommensbezug eher an dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Es gibt für den größten Teil der Leistungsarten in der GKV keine direkte Verbindung zwischen Beitragsbelastung des Einzelnen und seiner Inanspruchnahme. Der einzige Teil, der einen Bezug zur Beitragshöhe aufweist, ist das Krankengeld. Dieses nimmt mit 8,53 Milliarden Euro im Jahr 2011 und damit 5 Prozent der Leistungsausgaben der GKV aber eine untergeordnete Rolle ein.¹⁷

¹⁶ In § 3 SGB V heißt es: „Solidarische Finanzierung. Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden durch Beiträge finanziert. Dazu entrichten die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge, die sich in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder richten. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.“

¹⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012b).



Die Idee einer solidarischen Finanzierung durch die Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Einzelnen lässt sich in der umlagefinanzierten Krankenversicherung – wie zu zeigen sein wird – nicht konsistent umsetzen. Insbesondere lassen sich die Verstöße gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip an der Situation der Familien verdeutlichen.

3.1.3 Bestimmung des individuellen Beitrags

Die Höhe des zu leistenden Beitrags wird bei Mitgliedern der GKV anhand der Höhe ihrer beitragspflichtigen Einnahmen bestimmt. Was zu den beitragspflichtigen Einnahmen zählt, unterscheidet sich nach Versichertengruppen. Bei abhängig Beschäftigten gelten Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze nach SGB V § 223 Abs. 3 als beitragspflichtige Einnahmen. Bei Selbständigen und freiwilligen Mitgliedern werden auch andere Einnahmen als Lohnesinkommen herangezogen. Für Arbeitnehmer ist in der Regel nur die Höhe ihres Bruttolohnes entscheidend. Auf den Bruttolohn wird der Beitragssatz angewandt. Bis zum 1.7.2005 wurde die Hälfte des Beitrages vom Arbeitnehmer getragen und reduzierte den Nettolohn. Die andere Hälfte wurde vom Arbeitgeber als Lohnnebenkosten zusätzlich zum Bruttolohn an die Sozialversicherungen abgeführt. Seit dem 1.7.2005 ist diese sogenannte paritätische Finanzierung für die Krankenversicherung durchbrochen, da nun der Beitrag nicht mehr hälftig aufgeteilt wird, sondern der Beitragssatz von zurzeit 15,5 Prozent um 0,9 Prozentpunkte auf 14,6 Prozent reduziert ist. Diese 14,6 Prozent werden dann hälftig auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgeteilt. Die verbleibenden 0,9 Prozent muss der Arbeitnehmer zusätzlich von seinem Bruttolohn abführen, so dass er insgesamt eine Belastung von 8,2 Prozent verspürt und der Arbeitgeber 7,3 Prozent auf den Bruttolohn abführt.

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass diese 7,3 Prozent, die der Arbeitgeber leistet, auch vom Arbeitnehmer erwirtschaftet werden müssen. Aus Arbeitgebersicht ergeben sich die Kosten für die Arbeitskraft eines Angestellten aus dem an ihn gezahlten Bruttolohn plus die Lohnnebenkosten. Nur wenn die Arbeitsleistung eines Arbeitnehmers diese Kosten (zuzüglich weiterer Kosten für den Arbeitsplatz) erwirtschaftet, ist es für den Arbeitgeber betriebswirtschaftlich sinnvoll, die Person zu beschäftigen.

In der GKV erfolgt die Beitragserhebung proportional zu den beitragspflichtigen Einnahmen, die in der Regel aus dem Arbeitseinkommen bestehen. Damit wird fast unabhängig von der Einkommenshöhe der gleiche Beitragssatz angesetzt. Für geringfügig Beschäftigte (seit 1. 1. 2013 bis 450 Euro) müssen vom Arbeitgeber für die Krankenversicherung pauschal 13 Prozent abgeführt werden, bei etwas darüber liegenden Einkommen existiert eine Gleitzone (450,01 Euro bis 850 Euro) in der sich die Belastung für den Arbeitnehmer langsam erhöht. Ab 850 Euro Bruttoeinkommen

¹⁸ Bei versicherungspflichtig Beschäftigten werden der Beitragsbemessung nach SGB V § 226

1. das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
2. der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
4. das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, zugrundegelegt.

¹⁹ Siehe § 249 SGB V.

werden dann 15,5 Prozent Beitrag (inklusive Arbeitgeberanteil und den 0,9 Prozent-Beitrag vom Arbeitnehmer) fällig. Dieser Prozentsatz bleibt bei steigendem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) von 49.900 Euro im Jahr 2012 konstant. Einkommen über der BBG wird dann nicht mehr verarbeitet.

3.2 Die Wirkung der Finanzierungsregeln auf die Familie

3.2.1 Beitragsbelastung einer Familie

Mitglieder in der GKV mit beitragspflichtigen Einnahmen werden – unabhängig davon, ob sie eine Familie haben – mit Beiträgen gleich belastet. Versicherte ohne Einkommen, die in Familien mit mindestens einem beitragspflichtigen Mitglied leben,²⁰ können „beitragsfrei mitversichert“ werden. Das heißt, für jede weitere Person, die Ehepartner oder Kind eines GKV-Mitgliedes sein kann, wird kein eigener Beitrag fällig.

Die „beitragsfreie Mitversicherung“ entspricht zunächst einmal dem Gedanken der einkommensabhängigen Beitragserhebung, da diese Personen ohne Einkommen auch keinen Beitrag zahlen. Die „beitragsfreie Mitversicherung“ ist damit Teil der Einkommensabhängigkeit von Beiträgen und folgt der Idee einer Finanzierung nach Leistungsfähigkeit.

Trotzdem wird die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern häufig als versicherungsfremde Leistung definiert. Auch vom Bundesgesundheitsministerium wird dies so gesehen.²¹ Als Konsequenz daraus folgen Forderungen nach einem finanziellen Ausgleich für diese Leistungen. So wird auch der Steuerzuschuss mit diesen „versicherungsfremden Leistungen“ begründet.

In der Logik der Beitragserhebung nach Einkommenshöhe kann dies aber nicht als GKV-versicherungsfremd bezeichnet werden, da die beitragsfreie Mitversicherung nur konsequent dem Beitragserhebungsprinzip der GKV folgt: Liegt kein Einkommen vor, wird auch kein Beitrag fällig. Dieser Fall, der für Kinder und Ehegatten ohne Einkommen angewandt wird, liegt nur graduell neben dem Fall einer Person mit niedrigem Verdienst, die zwar einen geringen Beitrag entrichtet, aber lange nicht den, der ihrem Versicherungsschutz entsprechen würde.

Die einkommensabhängige Beitragserhebung in der GKV macht gerade einen wesentlichen Teil der solidarischen Finanzierung aus. Wird die beitragsfreie Mitversicherung als eine versicherungsfremde Leistung gewertet, so würde dies für die gesamte Finanzierung der GKV gelten. Die beitragsfreie Mitversicherung als ein Teil der einkommensabhängigen Beitragserhebung kann nicht auf der einen Seite als versicherungsfremd gekennzeichnet werden, die übrige Einkommensumverteilung auf der anderen Seite aber nicht.

²⁰ Ist der besserverdienende Ehepartner in der PKV versichert, gilt dies nicht, dann müssen auch die Kinder PKV-versichert werden.

²¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012c).



3.2.2 Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit von Familien in der GKV

Die kurze Beschreibung der Regeln, die im Zusammenhang mit der Finanzierung der GKV stehen, macht die Komplexität des Systems deutlich. Insbesondere fällt es schwer, die tatsächliche Belastung, die sich aus den Beiträgen, Zuzahlungen, Zusatzbeiträgen und den Steuern ergeben, für jeden Versicherten mit seinen dafür relevanten Eigenschaften zu ermitteln. Zunächst wird daher allein die Beitragsbelastung auf Lohneinkommen bei unterschiedlichen Einkommenshöhen und Familienkonstellationen analysiert.

Hier ist die Frage zu klären, ob die Finanzierungsregeln der GKV die Leistungsfähigkeit des Versicherten angemessen berücksichtigen, so dass von einer solidarischen Finanzierung gesprochen werden kann. Dass dies grundsätzlich zu bezweifeln ist, zeigt die Tatsache, dass einkommensabhängige Beiträge für Mitglieder der GKV – wie beschrieben – fällig werden, unabhängig davon, wie viele Personen von dem Einkommen leben müssen. Diese Tatsache stellt einen eklatanten Verstoß gegen das Prinzip der Leistungsfähigkeit dar.

Eine Familie mit Kindern ist nach allgemeinem Verständnis weniger leistungsfähig als ein Haushalt ohne Kinder mit gleichem Einkommen, der nur aus Erwachsenen besteht. Verdient der Alleinverdiener in einer Familie beispielsweise 2.500 Euro brutto aus abhängiger Beschäftigung und hat davon eine fünfköpfige Familie zu ernähren, ist es offensichtlich, dass es dieser Familie schwerer fällt, einen bestimmten Teil ihres Einkommens zur Finanzierung der GKV abzugeben als beispielsweise einem Single-Haushalt mit demselben Einkommen. Tatsächlich muss aber die Familie den gleichen Betrag wie der Ein-Personen-Haushalt, nämlich die 8,2 Prozent von ihrem Einkommen von 2.500 Euro an die GKV abführen. Dies sind immerhin 205 Euro im Monat. Der Arbeitgeber zahlt für sie zusätzlich 182,50 Euro. Dieselben Beträge fallen auch für den Single im Ein-Personen-Haushalt an.

Vom Leistungsfähigkeitsgesichtspunkt ist der gleiche Arbeitgeberbeitrag nicht zu beanstanden, da es für den Arbeitgeber ein Teil der Entlohnung darstellt und die Entlohnung sich zwar an der Leistung des Arbeitnehmers orientieren kann, aber nicht an der Leistungsfähigkeit.

Für den Arbeitnehmeranteil trifft diese Argumentation aber nicht zu, da es für eine Familie mit beispielsweise fünf Personen eine ungleich höhere Belastung darstellt, 205 Euro abzuführen, als für den Alleinstehenden. Folglich führt die Systematik zu einer Benachteiligung von Familien und damit zu einer Ungleichbehandlung. Auf der Beitragsseite werden so die Erziehungsleistung und die Unterhaltungspflicht der Eltern sowie die damit verbundenen Aufwände in keiner Weise berücksichtigt. Das Leistungsfähigkeitsprinzip wird hier nicht konsequent angewendet.

3.2.3 Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit – Ein Vergleich mit der Steuerbelastung

Wie bedeutend eine Anerkennung der Leistungsfähigkeit von Familien ist, macht ein Vergleich mit der Einkommensteuerbelastung deutlich. Im Steuersystem findet eine Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit in größerem Maße statt. Hier existieren mehrere Regelungen, die Familien entlasten. Bei der Einkommensteuer gibt es beispielweise Grundfreibeträge und Kinderfreibeträge. Diese Freibeträge sollen das lebensnotwendige Existenzminimum steuerfrei stellen. Eng verbunden mit dem Kinderfreibetrag ist das Kindergeld, das im Falle höherer Einkommen mit dem Freibetrag verrechnet und bei niedrigeren Einkommen nur anteilig angerechnet wird und sonst als zusätzliches Einkommen zur Verfügung steht.²² Bis zu einem Existenzminimum von 8.004 Euro (Grundfreibetrag) pro Person im Jahr 2012 fällt keine Einkommensteuer an.²³ Darüber hinaus wird jeder zusätzlich verdiente Euro zunächst mit dem Eingangssteuersatz von 14 Prozent besteuert. Steigt das Einkommen, erhöht sich die Steuerbelastung auf den zusätzlichen Verdienst. So steigt der Grenzsteuersatz bis auf 42 Prozent bzw. 45 Prozent, wenn die Reichensteuer greift. Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Freibeträge und der Steuersätze der letzten Jahre.

Tabelle 2: Entwicklung der Einkommensbesteuerung

Angaben in Euro / Prozent

Jahr	Grundfreibetrag für Ledige	Grundfreibetrag für Verheiratete bei gemeinsamer Veranlagung zur Einkommensteuer	Eingangssteuersatz	Spitzensteuersatz
2002 / 2003	7.235 Euro	14.470 Euro	19,9 %	48,5 %
2004	7.664 Euro	15.328 Euro	16,0 %	45,0 %
2005 / 2006	7.664 Euro	15.328 Euro	15,0 %	42,0 %
2007 / 2008	7.664 Euro	15.328 Euro	15,0 %	42 % / 45,0 %
2009	7.834 Euro	15.668 Euro	14,0 %	42 % / 45,0 %
2010 bis 2012	8.004 Euro	16.008 Euro	14,0 %	42 % / 45,0 %

Quelle: <http://www.lohn-info.de/lohnsteuerzahlen.html>.

Bertelsmann Stiftung

²² Einkommensteuerrecht § 31 Familienleistungsausgleich: Die steuerliche Freistellung eines Einkommensbetrags in Höhe des Existenzminimums eines Kindes einschließlich der Bedarfe für Betreuung und Erziehung oder Ausbildung wird im gesamten Veranlagungszeitraum entweder durch die Freibeträge nach § 32 Absatz 6 oder durch Kindergeld nach Abschnitt X bewirkt. Soweit das Kindergeld dafür nicht erforderlich ist, dient es der Förderung der Familie. Im laufenden Kalenderjahr wird Kindergeld als Steuervergütung monatlich gezahlt. Bewirkt der Anspruch auf Kindergeld für den gesamten Veranlagungszeitraum die nach Satz 1 gebotene steuerliche Freistellung nicht vollständig und werden deshalb bei der Veranlagung zur Einkommensteuer die Freibeträge nach § 32 Absatz 6 vom Einkommen abgezogen, erhöht sich die unter Abzug dieser Freibeträge ermittelte tarifliche Einkommensteuer um den Anspruch auf Kindergeld für den gesamten Veranlagungszeitraum; bei nicht zusammenveranlagten Eltern wird der Kindergeldanspruch im Umfang des Kinderfreibetrags angesetzt. Satz 4 gilt entsprechend für mit dem Kindergeld vergleichbare Leistungen nach § 65. Besteht nach ausländischem Recht Anspruch auf Leistungen für Kinder, wird dieser insoweit nicht berücksichtigt, als er das inländische Kindergeld übersteigt.

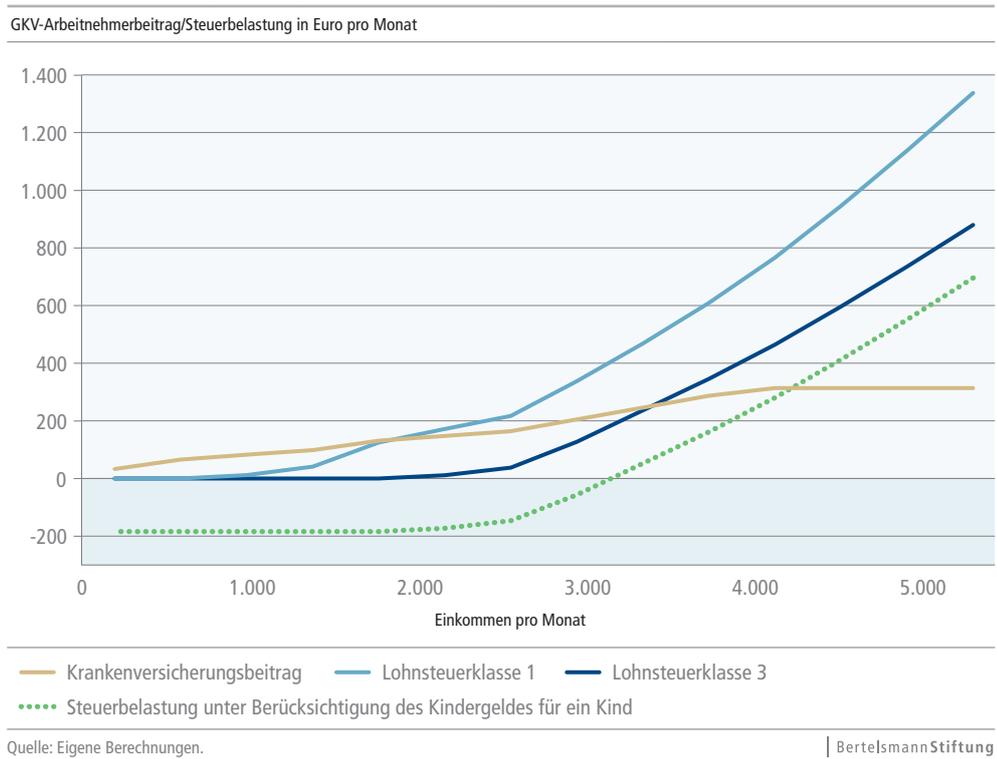
²³ Einkommensteuerrecht §32a.



Der Grundfreibetrag wird für Verheiratete verdoppelt. Zusätzlich findet durch das Ehegattensplitting Berücksichtigung, dass ein Ehepaar in der Regel gemeinsam von dem Familieneinkommen lebt. Bei der Steuererhebung findet damit das Haushaltsprinzip Anwendung. Ein Haushalt wird als Einheit gesehen und auch so besteuert.

All diese Regelungen liegen der Beitragserhebung in der Krankenversicherung nicht zu Grunde. Es wird kein Existenzminimum beitragsfrei gestellt. Für jedes Mitglied gelten die gleichen Beitragssätze, so dass eine Familie mit Kindern genauso viel an die GKV zahlen muss wie ein Haushalt ohne Kinder. Bei der Beitragserhebung der GKV gilt somit das Individualprinzip. Jedes Mitglied wird nur alleine mit seinen beitragspflichtigen Einnahmen betrachtet und seine weiteren Lebensumstände finden keine Berücksichtigung.

Abbildung 5: Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit von Familien durch einkommensabhängige Beiträge im Vergleich zur Steuerbelastung 2012



Dieser Unterschied zwischen Beitrags- und Steuerlast wird in Abbildung 5 deutlich. Hier ist zum einen die Beitragsbelastung des Arbeitnehmers in der GKV in Abhängigkeit des Einkommens pro Monat abgetragen. Es ist zu erkennen, dass – wie beschrieben – in der GKV auch niedrige Einkommen verarbeitet werden. Die Belastung wächst proportional zum Einkommen (8,2 % Beitragssatz). Bei der Beitragsbemessungsgrenze ist die höchste Belastung von 313,65 Euro im Monat für das Jahr 2012 erreicht.

Zum anderen sind die Steuerbelastungen in Steuerklasse 1 und Steuerklasse 3 dagegengestellt. Steuerklasse 1 wird bei einem alleinstehenden Steuerpflichtigen angewandt. Steuerklasse 3 greift bei dem alleinvertienenden Ehepartner, der einen Ehepartner ohne eigenes Einkommen zu versorgen hat. Steuerklasse 3 beschreibt aber auch die Belastung eines Ehepaares, bei dem bei gleichem Haushaltseinkommen durch Ehegattensplitting die gleiche Steuerlast wie bei einem Alleinverdienerhaushalt resultiert. Es ist mit anderen Worten unerheblich, ob ein Ehepartner 4.000 Euro pro Monat verdient und der andere nichts oder jeder Partner 2.000 Euro. Beide Ehepaare hätten die gleiche Steuerlast von 464,33 Euro zu tragen, die hier in der Abbildung unter Steuerklasse 3 eingezeichnet ist. So ist auch in Steuerklasse 1 der einfache Steuerfreibetrag erkennbar und in Steuerklasse 3 der doppelte. Mit höherem Einkommen greift der progressive Steuersatz, wobei in Steuerklasse 3 durch das Ehegattensplitting die Steuerlast mit zusätzlichem Einkommen nur halb so stark steigt wie in Klasse 1.

Wird nun noch berücksichtigt, dass eine Familie mit einem Kind zusätzlich Kindergeld erhält, ergibt sich die Kurve, die im Negativen startet. Eine Alleinverdienerfamilie mit einem Kind muss mit niedrigem Einkommen keine Steuer entrichten und erhält zusätzlich das Kindergeld. Dieses wird mit dem Kinderfreibetrag verrechnet, der das Existenzminimum des Kindes berücksichtigen soll. In der Abbildung wird deutlich, wie die Belastung der Familie mit einem Kind mit Zunahme des Einkommens ansteigt. Diese Familie erreicht mit ihrer Steuerzahlung den GKV-Beitrag erst bei einem Monatsbruttoeinkommen von über 4.000 Euro.

Jedes weitere Kind würde durch Kindergeld und Kinderfreibetrag die Belastung der Familie im Steuersystem weiter senken. Die Beitragsbelastung in der GKV bleibt aber für alle Haushaltskonstellationen mit einem Alleinverdiener unverändert. So ist es für die Beitragshöhe eines Mitglieds in der GKV egal, ob es nur sich selbst, einen Ehepartner oder sogar noch Kinder von seinem Einkommen versorgen muss.

Eine solidarische Finanzierung, die einen Familienlastenausgleich beinhalten soll, müsste daher – vergleichbar wie in der Einkommensteuererhebung – die Leistungsfähigkeit des gesamten Haushaltes bei der Berechnung der Beitragslast berücksichtigen. Eine solche Berücksichtigung ließe, würde sie aufkommensneutral vorgenommen, die Beiträge für Familien sinken, für Kinderlose dagegen steigen.²⁴

²⁴ In van der Beek/Weber (2008) wurden die Auswirkungen einzelner Konzepte zur Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit auf die GKV-Finanzierung übertragen und die Änderungen in der Beitragsbelastung für Familien analysiert.



3.3 Zwischenfazit

Der Blick auf die Beitragsseite lässt sehr deutlich werden, dass hier in keinem Fall von einem Familienlastenausgleich die Rede sein kann. Vielmehr findet weder die Unterhaltspflicht von Eltern bei der Beitragserhebung Berücksichtigung noch wird die Leistung der Familien für den Erhalt des Systems durch die Sorge für die nachwachsende Generation adäquat gewürdigt.

So muss der Begriff der „beitragsfreien Mitversicherung“ in Zweifel gezogen werden. Zunächst einmal passt die beitragsfreie Mitversicherung zwar in die einkommensabhängige Beitragserhebung der GKV nach dem Individualprinzip. Hier zahlt folgerichtig eine Person ohne eigenes Einkommen keinen Beitrag. Die alleinige Berücksichtigung der individuellen Einkommenssituation einer Person, ohne die Leistungsfähigkeit des ganzen Haushaltes zu betrachten, führt aber gerade bei Familien zu Ungerechtigkeiten. Eine Familie muss als eine Einheit betrachtet werden, um deren Leistungsfähigkeit richtig erfassen und eine Beitragshöhe nach Leistungsfähigkeit festsetzen zu können. Wenn aber ein kinderloser, erwerbstätiger Single bei gleichem Einkommen die gleiche Beitragsbelastung auferlegt bekommt wie die Alleinverdienerin einer kinderreichen Familie, findet eine eklatante Ungleichbehandlung statt. Die besondere Leistung der Familien für den Fortbestand des Umlagesystems würde durch eine korrekte Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit zudem so noch nicht einmal anerkannt.

Der Aufforderung des Bundesverfassungsgerichts durch das Pflegeversicherungsurteil im Jahr 2001 an den Gesetzgeber, die Betreuung und Erziehung von Kindern bei der Bemessung der Beiträge in den Sozialversicherungssystemen angemessen zu berücksichtigen, ist der Gesetzgeber bisher insbesondere in der Krankenversicherung noch nicht nachgekommen.

Nachdem die Beitragsseite unter dem Gesichtspunkt eines Familienlastenausgleichs beleuchtet wurde, wird im Folgenden die Leistungsseite mit einbezogen und analysiert, inwieweit hier von einer Begünstigung der Familien ausgegangen werden kann.

4. Ein Vergleich der von Familien geleisteten Beiträge und erhaltenen Leistungen

In der öffentlichen Wahrnehmung werden Familien in der Regel nicht als Leistungsträger in der GKV angesehen, sondern es wird vielmehr unterstellt, sie seien Empfänger finanzieller Vorteile. In diesem Abschnitt wird dieser Frage nachgegangen, indem analysiert wird, ob typische Familien im Durchschnitt während der aktiven Familienphase mehr in die GKV einzahlen als sie an Gesundheitsleistungen erhalten – also Nettozahler sind – oder ob sie als Nettoempfänger mehr bekommen als es ihren Beiträgen entspricht.²⁵

Diesem Ansatz ging bereits eine Analyse auf Grundlage der Daten des Jahres 2006 nach.²⁶ In der vorliegenden Analyse wird das gleiche Vorgehen mit aktuellen Daten des Jahres 2010 wiederholt und so ermittelt, wie sich die Position von Familien im Jahr 2010 darstellt. Der darauf folgende Abschnitt betrachtet die Veränderung im Zeitablauf.

Die vorliegende Arbeit legt ihren Schwerpunkt darauf, Durchschnittsfamilien zu betrachten und verwendet dazu Daten aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) sowie der Deutschen Rentenversicherung (RV). Die Besonderheit an dieser Datenbasis ist, dass die Daten der Rentenversicherung eine Vollerhebung darstellen und sich die Untersuchung nicht auf Stichproben mittels Befragung stützt, wie sie in älteren Studien verwendet wurden.²⁷ Weiter angereichert wird die Analyse durch Daten des Statistischen Bundesamtes, insbesondere aus der aktuellen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus dem Jahr 2008.²⁸ Aufgrund der großen Datenbasis sind die Aussagen verlässlicher und die vorgenommene Untersuchung aktualisiert die bisherigen Arbeiten.

4.1 Die Situation im Jahr 2010

Die Situation des Jahres 2010 steht im Mittelpunkt dieses Kapitels, da es zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie das letzte Jahr ist, für das alle benötigten Daten verfügbar sind.

4.1.1 Ermittlung der altersabhängigen Verteilung der GKV-Ausgaben

Die Höhe der Gesundheits- und Krankengeldausgaben ist altersabhängig. Diese Altersabhängigkeit der Behandlungskosten lässt sich hauptsächlich durch eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter erklären. So treten Krankheiten in höheren Jahren häufiger auf.

²⁵ Dies entspricht dem Vorgehen des Sachverständigenrates im Jahresgutachten 2005 und von Moog/Raffelhüschen (2006) zur Ermittlung von Deckungsbeiträgen nach Versichertengruppen.

²⁶ Vgl. Niehaus (2009). Frühere Arbeiten beschäftigten sich mit einem solchen Vergleich der Beitragszahlung mit den erhaltenen Leistungen. Wenzel (1999) gibt neben eigenen Berechnungen auch einen Überblick über diese älteren Arbeiten. Beispielsweise berechnete Pfaff (1993) bei unterschiedlichen Haushaltstypen die Differenz aus Beiträgen und empfangenen Leistungen.

²⁷ Moog/Raffelhüschen (2006) bspw. verwenden neben RSA-Daten die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe von 2003.

²⁸ Dies ist das aktuell verfügbare Jahr, da die EVS nur alle 5 Jahre erhoben wird. Die Erhebung von 2013 ist gerade erst angelaufen und wird wahrscheinlich erst in 2 Jahren ausgewertet sein.



Diese verlaufen in größerem Ausmaß als bei Jüngeren chronisch und sind aufgrund ihrer Schwere auch in der Regel kostenintensiver als beispielsweise Infektionskrankheiten in der Jugend. Ersichtlich wird dies aus Daten, die das Bundesversicherungsamt (BVA) für die GKV erhebt. Dieses Amt ist für die Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds an die Gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zuständig. Bis 2008 erfolgte die Zuteilung der Mittel unter anderem nach den durchschnittlichen altersabhängigen Leistungsausgaben. Hierfür wurden die Ausgaben geschlechts- und altersabhängig ermittelt. Seit 2009 werden die Mittel im RSA in erster Linie morbiditätsorientiert (d.h. sie orientiert sich an Krankheitshäufigkeiten) vergeben, in dem die durchschnittlichen Kosten für 80 Krankheiten berücksichtigt werden.

Die alters- und geschlechterabhängigen Gesundheitsausgaben werden seit 2009 vom BVA trotzdem weiterhin auf Stichprobenbasis ermittelt. Abbildung 6 zeigt die aus den Daten des BVA errechneten Profile der altersabhängigen jährlichen Ausgaben. Hierin sind alle Leistungen außer Ausgaben für Krankengelder und Satzungsleistungen der gesetzlichen Kassen berücksichtigt.

Die Verteilung im Altersquerschnitt zeigt im ersten Lebensjahr relativ hohe Ausgaben, die von den Kosten für die Geburt und die häufigen ärztlichen Untersuchungen im ersten Lebensjahr bestimmt werden. Knapp 80 Prozent der Leistungsausgaben im ersten Lebensjahr entstehen im Krankenhaus. Im Kindesalter fallen relativ geringe Ausgaben an. Diese sind für Jungen etwas

Abbildung 6: Durchschnittliche Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht in der GKV ohne Verwaltungskosten und Tagegeld



Quelle: Daten des BVA zum RSA; eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

höher als für Mädchen. Im gebärfähigen Alter ändert sich dies. Hier sind die jungen Frauen etwas ausgabenintensiver. Der große Anstieg der Ausgaben erfolgt aber sowohl bei Frauen als auch bei Männern erst mit dem Alter, insbesondere jenseits der Erwerbsphase.

Bei den dargestellten Werten handelt es sich um Querschnittsdaten. In jedem Alter fließen die Gesundheitsausgaben aller Personen dieses Alters in die Durchschnittsbetrachtung mit ein. Damit bildet das Profil nicht das individuell durchlaufene Profil einer Person ab.

Längsschnittprofile verlaufen vor allem im hohen Alter anders. Dort zeigt sich der Tatbestand, dass die Gesundheitsausgaben unmittelbar vor dem Tod eines Versicherten am höchsten sind und diese umso höher ausfallen, je früher der Tod eintritt.

Für die hier zu beantwortenden Fragestellungen ist es jedoch ausreichend, die Querschnittsprofile zu verwenden, da insbesondere während der Familienphase Todesfälle noch keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Ausgaben aufweisen.

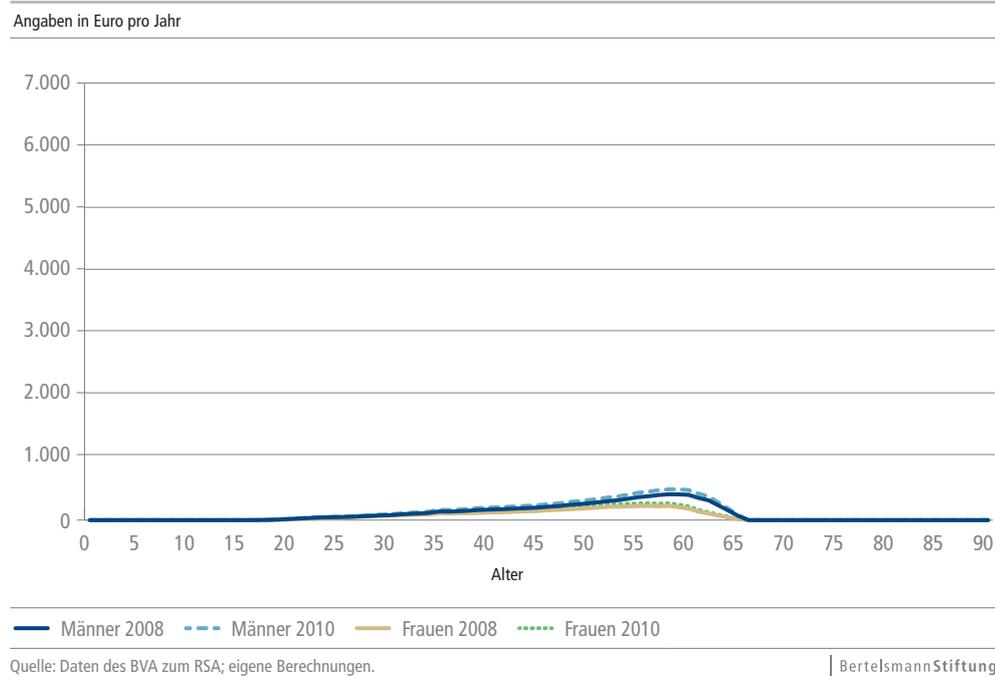
Für eine vollständige Berücksichtigung aller Ausgaben fehlen die Verwaltungskosten, Satzungsleistungen und die Krankengelder. Über die Verteilung und Zurechenbarkeit der Satzungsleistungen zu den einzelnen Lebensabschnitten liegen keine öffentlich verfügbaren Daten vor, so dass diese hier nicht einfließen können. Verwaltungskosten werden erfasst, indem alle altersabhängigen Ausgaben entsprechend des Verhältnisses der gesamten Verwaltungskosten zu den gesamten Leistungsausgaben erhöht werden. Damit erfolgt eine Zuteilung proportional zu der Leistungsanspruchnahme. Dies impliziert die Annahme, dass Verwaltungskosten hauptsächlich bei der Leistungserbringung und -abrechnung anfallen. 2010 verbuchte die GKV 9,51 Milliarden Euro Verwaltungskosten. Dies macht im Verhältnis zu den Leistungsausgaben von 164,96 Milliarden Euro 5,8 Prozent aus.²⁹

Über die altersabhängige Verteilung der Krankengelder liegen keine direkten Daten für das Jahr 2010 vor. Die letzten verfügbaren Werte lassen sich aus den RSA-Daten des Jahres 2008 ermitteln. Um Werte für das hier betrachtete Jahr zu generieren, wird das Profil von 2008 herangezogen und die Ausgaben je Einzelalter mit der globalen Steigerung der Krankengeldzahlen in der GKV fortgeschrieben. Von 2008 zu 2010 erhöhten sich die Ausgaben für Krankengeld von 6,58 Milliarden Euro auf 7,80 Milliarden Euro und damit um 18,5 Prozent. In gleichem Maße wurden die Profile von 2008 angehoben. Abbildung 7 zeigt die Profile und verdeutlicht durch die Verwendung der gleichen Skala wie Abbildung 6 die relativ geringe Bedeutung des Krankengeldes für die Ausgaben der GKV.

²⁹ Bundesministerium für Gesundheit (2012a).



Abbildung 7: GKV-Krankengeldprofile der Jahre 2008 und 2010 im Vergleich



Zusätzlich ist aus der Abbildung ersichtlich, dass sich die Ausgaben für Krankengeld erwartungsgemäß nur über die erwerbstätigen Versicherten im entsprechenden Alter von 18 bis 65 Jahren verteilt. In diesem Altersabschnitt bis zum 60. Lebensjahr weisen die Profile aber einen deutlich positiven Altersgradient auf. Ab dem Alter von 60 machen sich die Frühverrentungen bemerkbar, so dass hier ein Abfallen feststellbar ist.

Unter Berücksichtigung der Verwaltungskosten und der Zahlungen für Krankengelder ergeben sich die in Abbildung 8 dargestellten Profile, die für die weitere Analyse verwendet werden.³⁰

³⁰ Die relativ starken Schwankungen der Gesundheitsausgaben insbesondere bei den Männern über 85 Jahren sind die Folge der ab diesem Alter geringer werdenden Versichertenzahl mit entsprechendem Alter in der Auswertung des BVA. Hier macht sich dann die zufällige Verteilung schwerer und weniger schwerer Erkrankungen bemerkbar. Für die hier getroffenen Aussagen haben die Zufallsschwankungen aber keine Relevanz.

Abbildung 8: Durchschnittliche beanspruchte Leistungen der GKV-Versicherten inklusive Verwaltungskosten und Krankengeld nach Lebensalter

4.1.2 Ermittlung der altersabhängigen Verteilung der Beitragszahlungen

Bei den Beitragszahlungen wird sowohl der vom Arbeitnehmer als auch der vom Arbeitgeber gezahlte Anteil berücksichtigt. Die Beitragshöhe in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bemisst sich – wie in Abschnitt 3 dargestellt – nach der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen. Über die Höhe der Beitragszahlungen im Lebensverlauf liegen keine direkt verfügbaren Daten vor. Die Finanzergebnisse der GKV weisen nur durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen getrennt für Mitglieder und Rentner aus. Daher werden Querschnittsprofile aus den Daten der Rentenversicherung des Jahres 2010 konstruiert.³¹

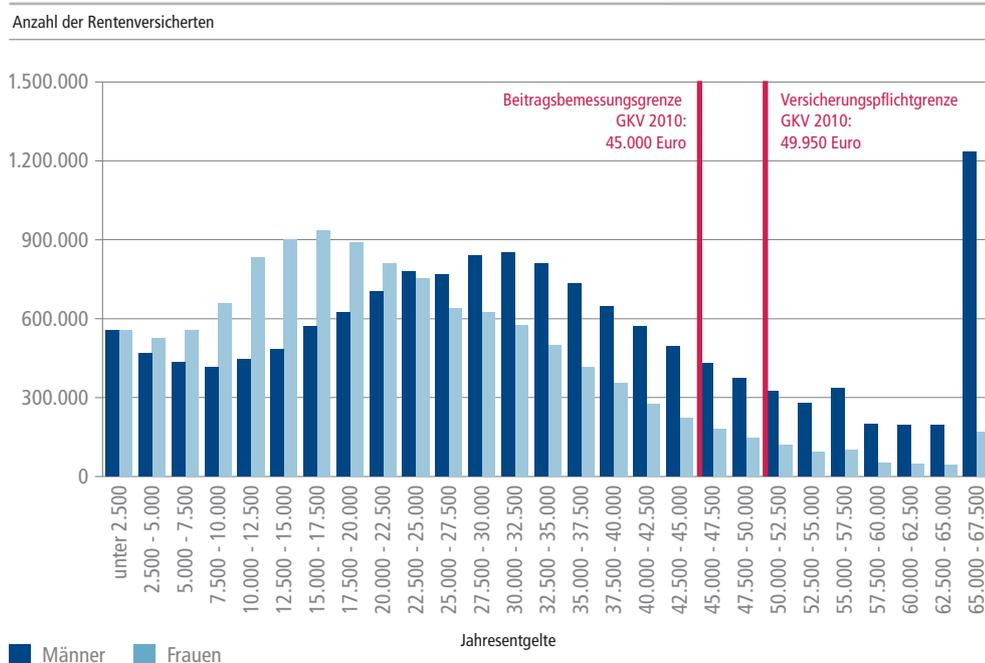
Die durchschnittlich gezahlten Beiträge verteilen sich ungleichmäßig über das gesamte Leben. Auch ein durchschnittlicher Versicherter hat zum Berufsbeginn eine vom Durchschnitt aller Mitglieder abweichende Einkommensposition.

³¹ Deutsche Rentenversicherung (2012): Versicherungspflichtig Beschäftigte im Berichtsjahr 2010, Tabelle: 052.01 V RV Verteilung nach Klassen (2.500 EUR) erzielter Jahresentgelte im ursprünglichen Bundesgebiet (absolut und relativ) sowie nach Alter (Altersgruppen) am Jahresende.



In den Daten der Deutschen Rentenversicherung werden die von den Rentenversicherten erzielten Jahresentgelte in 2.500 Euro Schritten für einzelne Altersklassen differenziert nach alten und neuen Ländern sowie nach Geschlecht ausgewiesen. Daraus lassen sich für jedes Alter und Geschlecht die durchschnittlichen Jahresentgelte³² berechnen (Abbildung 9). Es zeigt sich, dass Männer häufig mehr verdienen als Frauen. Bei den Frauen ist die Einkommensklasse 15.000 bis 17.500 Euro mit ca. 934.700 Versicherten am stärksten besetzt, bei den Männern ist es die Klasse 30.000 bis 32.500 Euro mit etwa 850.000 Personen.

Abbildung 9: Verteilung der Rentenversicherten 2010 nach Klassen erzielter Jahresentgelte*



* In der höchsten Jahresentgeltklasse von 65.000 bis 67.500 Euro befinden sich zum Teil Versicherte mit deutlich höherem Einkommen. Durch die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung zählt der Einkommensanteil über dieser Grenze nicht mehr zum beitragspflichtigen Jahresentgelt. Folglich werden Personen mit höherem Einkommen in der oberen Einkommensklasse zusammengefasst.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung; eigene Berechnungen.

Bertelsmann Stiftung

In der höchsten Klasse mit Jahresentgelten von 65.000 bis 67.500 Euro befinden sich zum Teil Versicherte mit deutlich höherem Einkommen. Durch die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung zählt der Einkommensanteil über dieser Grenze nicht mehr zum beitragspflichtigen Jahresentgelt. Folglich werden Personen mit höherem Einkommen in der oberen Einkommensklasse zusammengefasst. Dies erklärt die vergleichsweise hohe Fallzahl in dieser Gruppe.

³² Auf Gesamtdeutschland bezogen.

Der Personenkreis der GKV-Mitglieder und der Rentenversicherten unterscheidet sich allerdings in einigen Punkten, die nachfolgend genannt und berücksichtigt werden.

Tabelle 3: Pflichtversichertenstruktur in der Deutschen Rentenversicherung jeweils am 31.12. in Deutschland

Versicherte nach Jahrgängen

Jahr	Insgesamt	Pflichtversichert und zwar als*						
		Beschäftigte**		Selbstständige Insgesamt***	Wehr- und Zivildienst- leistende	Leistungs- empfänger nach dem SGB III / SGB II ****/*****	sonstige Leistungs- empfänger *****	Pflege- personen
		Insgesamt	darunter Altersteilzeit- beschäftigte					
1992	31.510.074	27.144.483	x	187.393	215.243	3.085.291	379.058	6.854
1993	31.323.663	26.530.060	x	193.188	152.608	3.606.377	416.560	8.597
1994	30.858.526	26.420.237	x	202.757	149.091	3.306.838	464.505	11.071
1995	30.442.634	26.116.615	x	201.405	151.349	3.221.983	496.507	113.132
1996	30.474.238	25.688.020	1.824	211.672	145.307	3.686.162	425.065	223.947
1997	30.209.849	25.397.157	14.984	216.129	79.998	3.815.928	357.986	281.150
1998	29.412.044	24.903.761	49.145	220.372	223.367	3.381.397	330.954	284.190
1999	29.909.031	25.510.047	120.077	223.211	169.407	3.346.633	344.575	260.744
2000	30.293.728	26.138.072	208.511	217.368	146.718	3.134.336	331.081	270.917
2001	30.127.480	25.728.953	277.444	216.440	183.971	3.355.113	316.829	255.793
2002	30.496.786	25.573.191	334.112	214.494	168.736	3.912.949	323.699	233.257
2003	30.052.252	25.008.648	399.035	238.245	130.547	4.069.118	313.370	227.262
2004	29.943.068	24.862.891	466.955	343.971	114.788	4.096.787	347.452	313.846
2005	31.116.186	24.819.856	500.289	395.140	104.820	5.767.221	316.191	310.762
2006	31.405.610	25.443.338	528.547	368.297	99.697	5.550.111	330.910	299.113
2007	31.491.202	26.128.726	533.625	290.068	99.746	4.522.471	364.249	292.709
2008	31.630.730	26.471.960	532.752	259.443	105.369	4.333.976	408.015	290.448
2009	31.789.311	26.246.727	672.489	253.135	111.593	4.690.226	435.127	290.317
2010	32.113.004	26.949.160	578.846	260.456	91.883	4.319.337	468.694	270.980

* ab 2004 Mehrfachnennungen möglich, bis 2003 nach Priorität zugeordnet.

** ab 1999 einschl. geringfügig Beschäftigte mit Verzicht auf die Versicherungsfreiheit und ab 2003 einschl. Beschäftigte mit Entgelt in der Gleitzone.

*** ab 2003 einschl. Existenzgründer, ab 1992 einschl. Künstler und Publizisten.

**** ab 2005 einschließlich Leistungsempfänger nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II).

***** von 1983-1991 nicht pflichtversichert.

Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Versicherte, verschiedene Jahrgänge.

BertelsmannStiftung



Im Gegensatz zur GKV gibt es in der Rentenversicherung keine Versicherungspflichtgrenze, sondern nahezu alle Arbeitnehmer – ob Angestellte oder Arbeiter – sind in der Rentenversicherung pflichtversichert.³³ Die Versicherungspflichtgrenze in der GKV lag 2010 bei 49.950 Euro. Sie ist zum Vergleich in der Abbildung 9 eingezeichnet. Insgesamt liegen Einkommensdaten in der nach Jahresentgelten gegliederten Statistik der Deutschen Rentenversicherung von 26,7 Millionen aktiv beschäftigten Versicherten vor.³⁴ Diese Zahl weicht leicht von den in Tabelle 3 genannten 26,95 Millionen Beschäftigten ab. Dies mag an der in dieser Statistik seit 2004 möglichen Mehrfachnennung bestimmter Personen liegen, die in dem betreffenden Jahr den Status gewechselt haben.

Tatsächlich als Mitglieder in der GKV pflichtversichert waren 2010 dagegen 29,897 Millionen Personen.³⁵ Dies sind zunächst mehr als die oben genannten 26,7 Millionen aktiv Beschäftigten in der Rentenversicherung. Zu beachten ist aber, dass in den RV-Daten – anders als in der GKV – keine Leistungsempfänger nach SGB II und III enthalten sind. Diese werden in der Rentenversicherung gesondert geführt und machen 4,319 Millionen Personen aus (siehe Tabelle 3). Addiert man diese Personengruppe (neben weiteren zahlenmäßig weniger bedeutenden Gruppen, die in Tabelle 3 aufgeführt werden) zu den oben genannten 26,7 Millionen Rentenversicherten hinzu, erhält man die in Tabelle 3 angegebenen 32,113 Millionen Pflichtversicherte (ohne Rentenbezug) für das Jahr 2010.³⁶

Dies sind wiederum ca. 2,2 Millionen Personen mehr als es nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit³⁷ in der GKV Pflichtmitglieder gibt. Somit unterscheidet sich der Personenkreis von dem in der GKV und liegt in der Rentenversicherung erwartungsgemäß über dem Kreis der GKV-Versicherten. Es sind Personen in der Rentenversicherung, die in der GKV entweder freiwillig versichert sind oder sich privat krankenversichert haben. 3,4 Millionen Personen (2,767 Millionen Männer und 622.000 Frauen) verdienten entsprechend der Statistik nach Einkommensklassen der Deutschen Rentenversicherung über 50.000 Euro und damit in jedem Fall über der Versicherungspflichtgrenze und können sich so privat krankenversichern.

Nach Daten von 2008 waren 1,041 Millionen Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze in der PKV³⁸, die rentenversicherungspflichtig sind. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass auch 2010 in etwa diese Zahl an Personen in der Rentenversicherungsstatistik nach Entgeltklassen enthalten, aber in der PKV versichert ist und damit für die folgende Betrachtung der Familienversicherung in der GKV heraus gerechnet werden muss. Die restlichen Personen der 3,4 Millionen Versicherten über der Versicherungspflichtgrenze werden dann der GKV zugerechnet. Dies erfolgt, indem in jeder Altersklasse über

³³ Einzelne Gruppen, wie z.B. Rechtsanwälte, können sich in einem eigenen Versorgungswerk versichern.

³⁴ Deutsche Rentenversicherung (2012): Versicherungspflichtig Beschäftigte im Berichtsjahr 2010, Tabelle: 052.01 V RV Verteilung nach Klassen (2.500 EUR) erzielter Jahresentgelte im ursprünglichen Bundesgebiet (absolut und relativ) sowie nach Alter (Altersgruppen) am Jahresende.

³⁵ Bundesministerium für Gesundheit (2010).

³⁶ Deutsche Rentenversicherung (2012), S. 30.

³⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2012b).

³⁸ Vgl. Finkenstädt/Keßler (2012).

der Versicherungspflichtgrenze ein proportionaler Teil der Personen bei der Profilberechnung unberücksichtigt bleibt. Bei dem beschriebenen Verhältnis von 1,041 Millionen zu 3,4 Millionen Personen sind so knapp ein Drittel der Rentenversicherten in dieser Gehaltsklasse der PKV zuzuordnen, mit der Folge dass alle Versichertenzahlen um dieses Drittel reduziert werden.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass Studenten ab dem 25. Lebensjahr in der GKV beitragspflichtig sind, in der Rentenversicherung erst mit Aufnahme einer Erwerbstätigkeit.

Auch ist zu beachten, dass die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV mit 45.000 Euro im Jahr 2010 unter der Versicherungspflichtgrenze liegt, so dass für die verwendete Berechnung bei Personen, die über der Beitragsbemessungsgrenze verdienen, der Höchstbeitrag in der GKV angesetzt wird.

In Abbildung 10 und Abbildung 11 sind, neben den sich aus den Daten der Rentenversicherung ergebenden altersabhängigen Durchschnittsjahresentgelten, die für die Beitragsberechnung in der GKV relevanten beitragspflichtigen Jahresentgelte dargestellt. Diese wurden aus den Originaldaten unter Berücksichtigung der aufgeführten Modifikationen berechnet.

Abbildung 10: Durchschnittliches Jahresentgelt in der Rentenversicherung nach Lebensalter der Männer

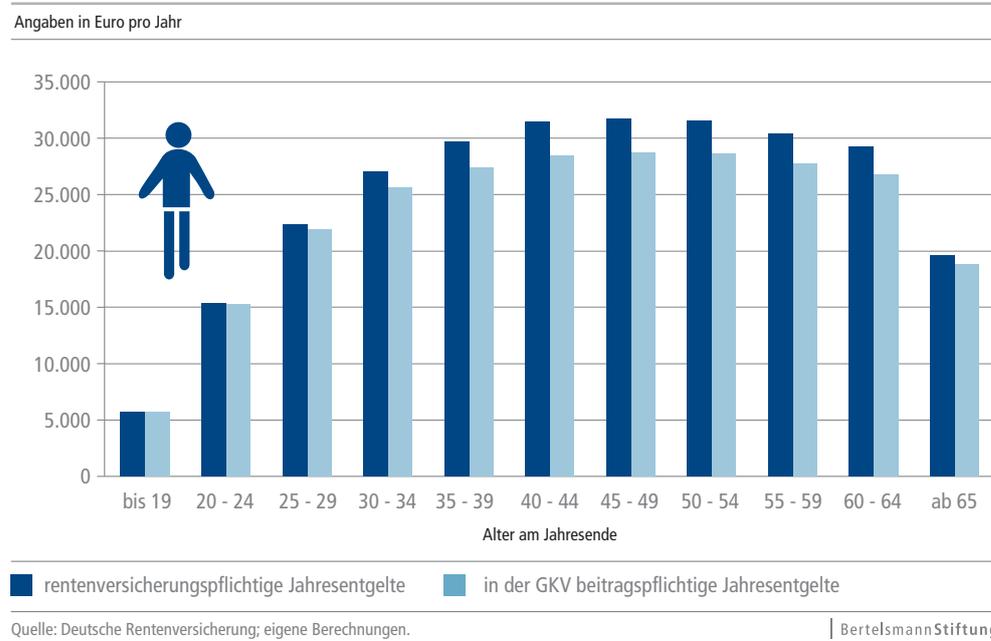
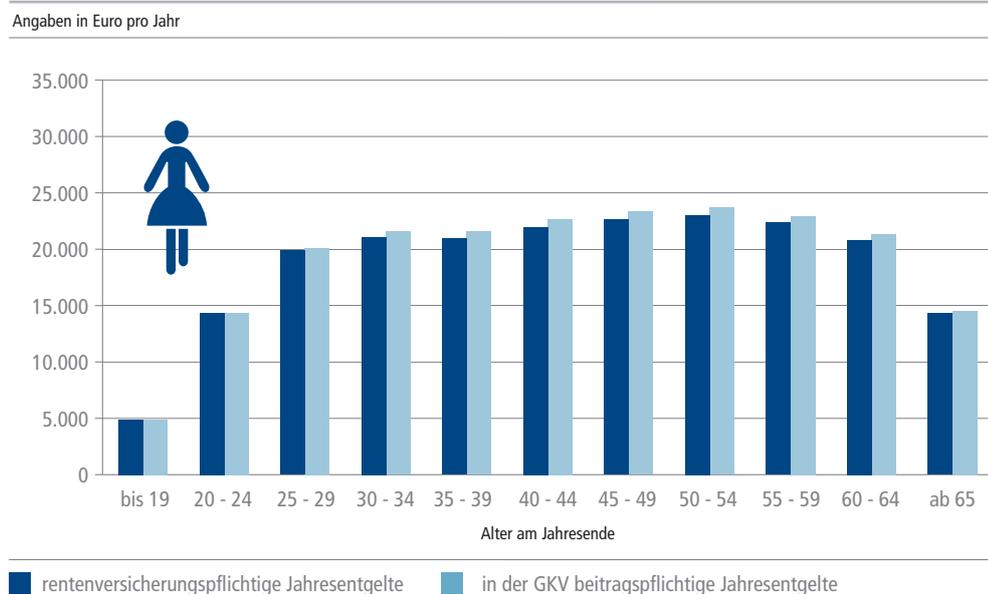




Abbildung 11: Durchschnittliches Jahresentgelt in der Rentenversicherung nach Lebensalter der Frauen



Quelle: Deutsche Rentenversicherung; eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

Auffällig sind insbesondere bei den Männern die deutlich niedrigeren Werte, der in der GKV beitragspflichtigen Einnahmen. Dieser große Unterschied erklärt sich in erster Linie aufgrund der im Vergleich zur Rentenversicherung niedrigeren Beitragsbemessungsgrenze in der GKV und in zweiter Linie durch die Nichtberücksichtigung der der PKV zuzurechnenden Personen.

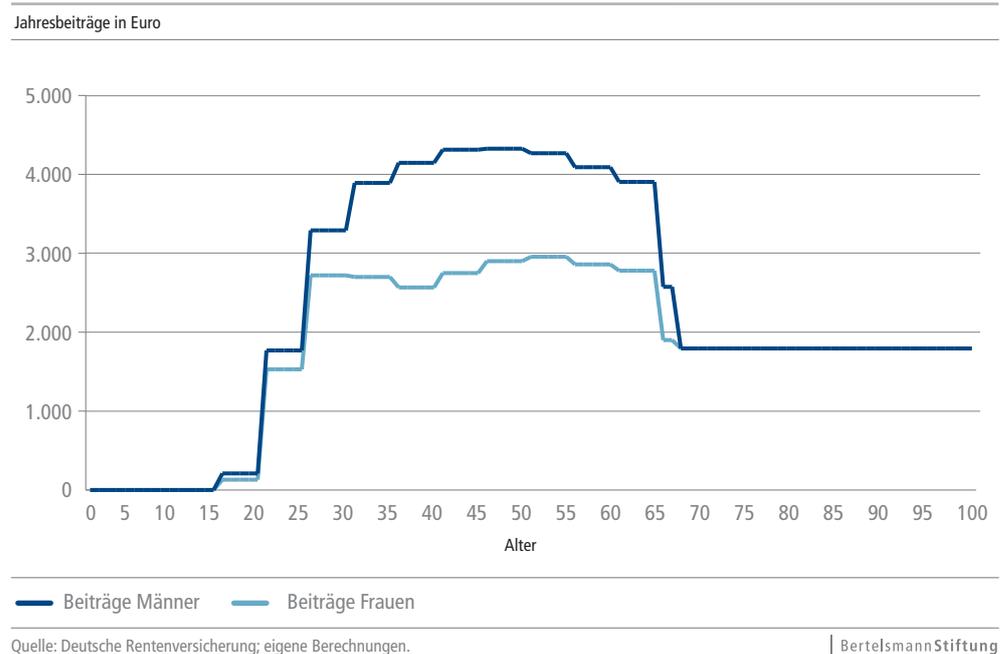
Um einen durchschnittlichen GKV-Versicherten mit seinen beitragspflichtigen Einnahmen abzubilden, muss weiter beachtet werden, dass in der GKV nicht nur Erwerbstätige, sondern auch Familienmitglieder versichert sind. Diese Personen sind – wie beschrieben – beitragsfrei mitversichert, ihnen ist also kein Einkommen zuzuordnen, auf das Beiträge erhoben werden kann. Die so erforderliche Korrektur der Jahresentgelte ist mit Hilfe der Mitgliederstatistik KM 6 des Gesundheitsministeriums und der dort angegebenen altersabhängigen Mitversichertenanteile möglich. Dadurch, dass diese Mitversicherten keine beitragspflichtigen Einnahmen erzielen, reduzieren sie die Durchschnittsentgelte und führen zu einem niedrigeren Verlauf der Beitragsprofile. Dies betrifft insbesondere die Frauen und schlägt sich in den entsprechenden flacheren Beitragsprofilen nieder.

³⁹ Freiwillig GKV-Versicherte werden nicht berücksichtigt, da nicht zwischen Selbständigen und Personen über der Versicherungspflichtgrenze unterschieden werden kann.

Schließlich zahlen auch Rentner Beiträge. Für das Jahr 2010 ergeben sich aus den verfügbaren Daten beitragspflichtige Einnahmen je Rentner von ca. 12.500 Euro, so dass ein Rentner inklusive dem von der Rentenversicherung getragenen Teil 1.930 Euro Beitrag entrichtet.⁴⁰ Eine Differenzierung zwischen Männern und Frauen wird an dieser Stelle nicht vorgenommen, da diese für den hier untersuchten Familienausgleich irrelevant ist. Frauen erhalten aber im Schnitt eine deutlich niedrigere Rente als Männer und zahlen demzufolge auch niedrigere Beiträge.

Unter Berücksichtigung der beschriebenen Schritte lassen sich die in Abbildung 12 dargestellten Profile der durchschnittlich in die GKV gezahlten Beiträge in Abhängigkeit des Lebensalters konstruieren. Berücksichtigt ist hier sowohl der vom Arbeitnehmer als auch der vom Arbeitgeber und der Rentenversicherung getragene Anteil.

Abbildung 12: Durchschnittliche Beiträge zur GKV (inklusive Arbeitgeberanteil) nach Lebensalter



⁴⁰ Berechnet werden diese Daten aus den endgültigen Finanzergebnissen, die für die Jahre 2001 bis 2008 vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht werden. Hier lassen sich direkt die durchschnittlichen Werte getrennt für Rentner und übrige Mitglieder ablesen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (verschiedene Jahrgänge). Angaben für die Jahre 2009 bis 2011 lassen sich aus diesen Angaben in Verbindung mit den gesamten beitragspflichtigen Einnahmen in Kennzahlen und Faustformeln des BMG berechnen.



Die Form der Beitragsprofile unterscheidet sich deutlich von den Ausgabeprofilen der GKV. Im Kindesalter wird in der Regel kein Beitrag zur GKV geleistet. Mit Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung sind eigene Beiträge prozentual bis zur Beitragsbemessungsgrenze vom Bruttolohn zu entrichten. Diese Beiträge sind hälftig vom Arbeitgeber und hälftig vom Arbeitnehmer zu tragen. Seit Juli 2005 leistet der Arbeitnehmer zusätzlich einen Beitrag zur Krankenversicherung von 0,9 Prozent. Im ersten Halbjahr 2009 galt inklusive der 0,9 Prozent ein allgemeiner Beitragssatz von 15,5 Prozent, dieser wurde im Zuge des Konjunkturprogramms als Reaktion auf die Krise im zweiten Halbjahr 2009 auf 14,9 Prozent abgesenkt. Im Gegenzug wurde der Steuerzuschuss zur GKV erhöht. Seit Anfang 2010 gilt wieder der Beitragssatz von 15,5 Prozent.⁴¹ Aufgrund der Tatsache, dass der Beitragssatz von 14,9 Prozent nur eine begrenzte Zeit galt, in der die GKV zudem auch noch Defizite anhäufte, wird hier – auch wenn die übrigen Daten aus dem Jahr 2010 stammen – der Beitragssatz von 15,5 Prozent, der neben 2009 auch seit 2011 gilt, zugrundegelegt.

Die hier berechneten Profile stellen die Biographie eines durchschnittlichen Versicherten⁴² dar. Mit dem Eintritt in den Beruf sind die Einkommen und somit auch die davon abhängigen Beitragszahlungen relativ niedrig. Mit zunehmendem Alter treten immer mehr Personen in einen Beruf ein. In Folge dessen steigen die durchschnittlichen Einkommen und damit erhöhen sich auch die durchschnittlichen Beiträge. Zusätzlich wirken auch Lohnerhöhungen mit zunehmendem Alter der Versicherten. So erklärt sich der Anstieg, dessen Stufenform auf die verfügbaren Daten in Fünf-Jahres-Altersklassen zurückzuführen ist. Mit dem Übergang ins Rentenalter sinken die Beitragszahlungen durch die Frühverrentung und Erwerbsminderungsrenten erst leicht, mit 65 dann stark, da die Durchschnittsrente deutlich niedriger als das Durchschnittseinkommen ausfällt.

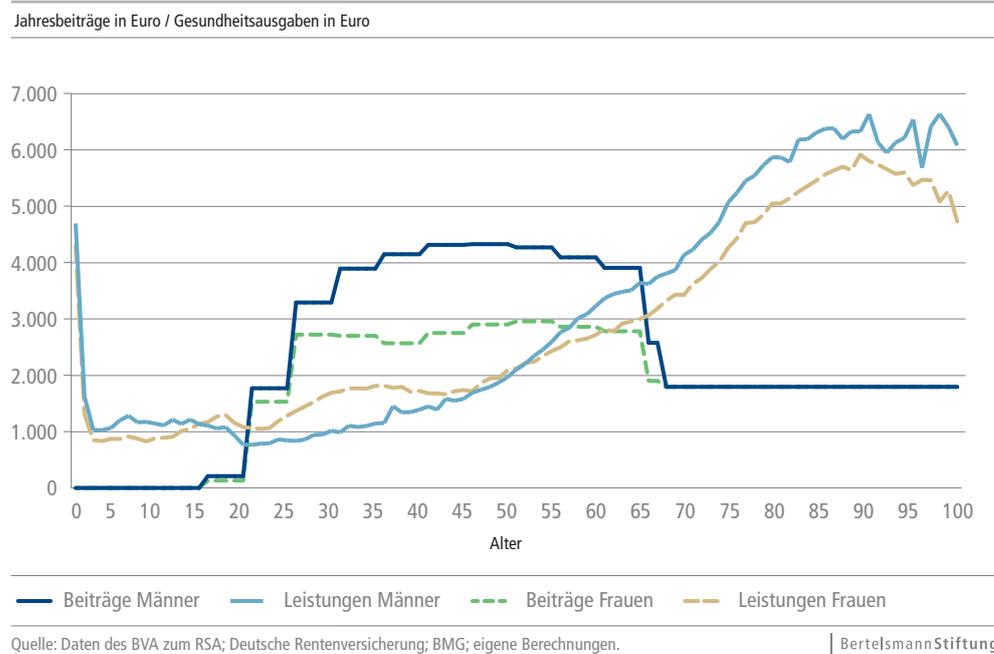
Die Profile der Frauen verlaufen unter denen der Männer, weil sie häufiger in der Familienphase aus dem Beruf ausscheiden, Teilzeitarbeit annehmen und geringere Einkommen erzielen als Männer.

4.1.3 Gegenüberstellung der Ausgaben- und Beitragsprofile

Die in Abschnitt 4.1.1 hergeleiteten durchschnittlichen Ausgabenprofile lassen sich nun den in Abschnitt 4.1.2 ermittelten durchschnittlichen Beitragsprofilen gegenüberstellen (Abbildung 13).

⁴¹ Neben den Beitragszahlern, die in Abhängigkeit ihres Lohnes aus abhängiger Beschäftigung Beiträge in die GKV zahlen, gibt es weitere Gruppen, die festgesetzte Beiträge entrichten. So müssen Studenten spätestens ab dem 25. Lebensjahr eigene Beiträge zahlen. Selbständige und andere nicht Versicherungspflichtige können sich ebenfalls in der GKV versichern.

⁴² Selbständige sind, wie erwähnt, in der Betrachtung nicht enthalten.

Abbildung 13: Durchschnittliche Beiträge zur GKV (inklusive Arbeitgeberanteil) im Verhältnis zu den beanspruchten Leistungen nach Lebensalter

Im Vergleich der Beiträge und Leistungen lassen sich im Grundsatz drei Lebensphasen identifizieren:

- I. **Kindes- und Jugendalter.** Im Kindes- und Jugendalter zahlen die Versicherten in der GKV noch keine Beiträge, benötigen aber Gesundheitsleistungen. Die Leistungsausgaben bewegen sich aber bis auf das Geburtsjahr in einem moderaten Bereich. Erst mit dem Eintritt in den Beruf fallen dann Beiträge an.
- II. **Erwerbstätigenalter.** Im mittleren Alter ist ein Großteil der Personen erwerbstätig und zahlt relativ hohe Beiträge zur GKV. In dieser Lebensphase treten in der Regel geringe Gesundheitsprobleme und damit geringe Kosten auf. Zwar ist ab einem Alter von ca. 45 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Leistungen festzustellen und mit weiter zunehmendem Alter liegen die Kosten klar über der Kindes- und Jugendphase, dennoch zahlen die Versicherten in dieser Phase deutlich mehr in die GKV ein als sie an Leistungen erhalten.
- III. **Rententalter.** Im Rententalter sind die zu verbeitragenden Bezüge aus Rentenzahlungen und Betriebsrenten im Durchschnitt bedeutend niedriger als in der aktiven Phase. Die Gesundheitsausgaben erhöhen sich dagegen im Schnitt mit zunehmendem Alter, so dass in dieser Lebensphase in der Regel mehr Gesundheitsleistungen gebraucht werden, als mit den eigenen Beiträgen finanziert werden.



Dieser gewollte Ausgleich „Jung für Alt“ und „Männer für Frauen“ erklärt sich durch unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten und Kosten und ist Kernbestandteil der GKV. Daneben steht der Anspruch, dass die GKV auch einen Familienausgleichsmechanismus enthalten soll. Im Folgenden wird analysiert, ob Familien in der GKV tatsächlich Leistungsempfänger oder vielmehr Leistungsträger des Versicherungssystems sind.

4.2 Beitragszahlungen und Gesundheitsausgaben von Familien

4.2.1 Modellfamilien mit unterschiedlicher Kinderzahl

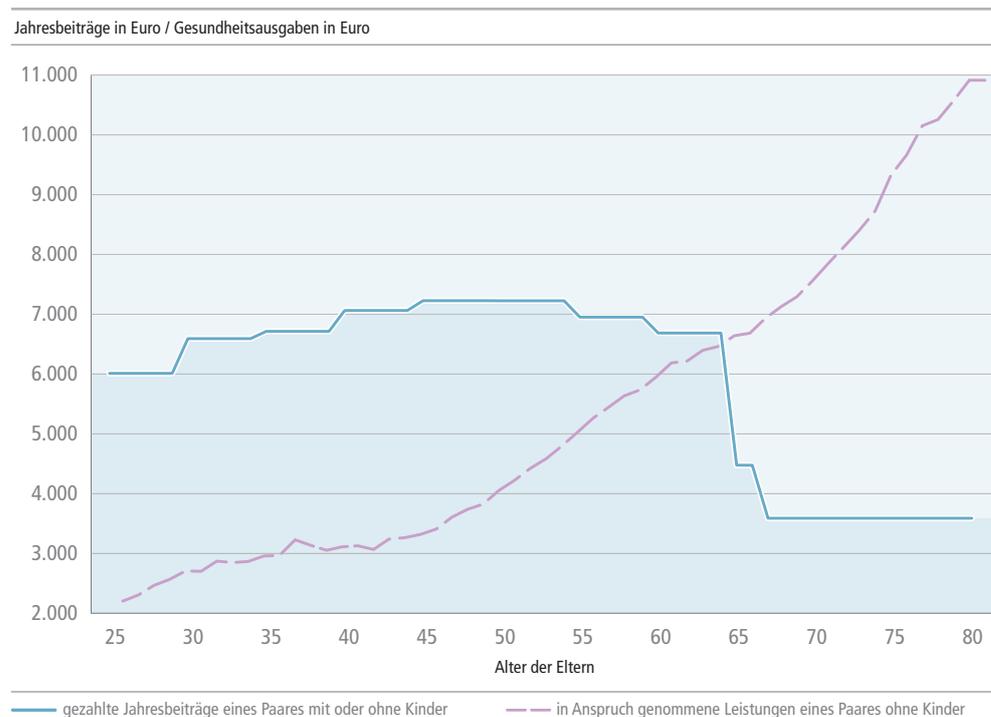
Zur weiteren Analyse werden die im vorangegangenen Abschnitt hergeleiteten Daten verwendet, um die Situation von Familientypen in der GKV abzubilden. Hierbei werden den Mitgliedern der Familie die oben dargestellten Durchschnittsprofile zugeordnet.

Haushalte ohne Kinder: Zunächst wird ein Ehepaar ohne Kinder betrachtet. Es wird der Einfachheit halber angenommen, beide Ehepartner sind im gleichen Jahr geboren und haben mit 25 Jahren die Ehe geschlossen. Dies geschieht hier allein zur anschaulichen Vereinfachung und spiegelt nicht die häufigste Ehekonstellation in Deutschland wider. Wie in Abschnitt 2 dargestellt, ist der Mann im Durchschnitt 3 Jahre älter und das durchschnittliche Heiratsalter liegt einige Jahre später.

Die Vereinfachung ist aber zulässig, weil bei späterer Heirat die Betrachtung der Beiträge und Ausgaben nur bei entsprechendem höherem Lebensalter einzusetzen braucht. Somit sind alle Heiratsalter ab 25 Jahren in den hier angestellten Überlegungen berücksichtigt.

Dieses Vorgehen erlaubt, die durchschnittlichen gezahlten Beiträge eines Ehepaares ohne Kinder zur GKV den durchschnittlich erhaltenen Gesundheitsleistungen gegenüberzustellen. Dabei setzen sich die Beiträge eines Paares zusammen aus einem wie oben errechneten durchschnittlichen Beitrag eines Mannes zuzüglich eines durchschnittlichen Beitrags einer Frau (Abbildung 14). Noch einmal erwähnt werden soll an dieser Stelle, dass die Durchschnittskurve insbesondere bei Frauen auch relativ viele mitversicherte Ehefrauen in der Familienphase enthält und daher tendenziell die Beiträge von doppelverdienenden Paaren bzw. durchgängig erwerbstätigen Frauen unterschätzt werden.

Abbildung 14: Durchschnittlich gezahlte Beiträge zum Wert der Gesundheitsleistungen eines Paares ohne Kinder



Quelle: Daten des BVA zum RSA; Deutsche Rentenversicherung; BMG; eigene Berechnungen.

| BertelsmannStiftung

Erwartungsgemäß ergibt sich ein Bild, nach dem die gezahlten Beiträge inklusive Arbeitgeberanteil die benötigten Ausgaben zunächst deutlich übersteigen. Mit Eintritt in die Rente liegen die Gesundheitsausgaben dann über den gezahlten Beiträgen.

Familientyp mit einem Kind: Es wird unterstellt, dass das beschriebene Ehepaar nach 4 Jahren Ehe einen Sohn zur Welt bringt und die von dem Kind benötigten Gesundheitsausgaben der Familie zugerechnet werden. Die Frau ist bei Geburt des ersten Kindes 29 Jahre alt, was in etwa dem tatsächlichen Durchschnittsalter einer Frau bei der Geburt des ersten Kindes entspricht, wie in Abschnitt 2 dargestellt.

Mit 23 Jahren verlässt der Sohn die Familie, indem er auszieht und einen eigenen Haushalt gründet bzw. eine sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit aufnimmt. Danach werden weiter nur die Beiträge und die Ausgaben der beiden Ehepartner berücksichtigt.

Für die hier vorgenommene Betrachtung ist nicht in erster Linie entscheidend, ob das Kind im Haushalt lebt, sondern, ob es beitragsfrei mitversichert ist. So kann ein Kind auch beitragsfrei



mitversichert sein, wenn es beispielsweise in einer anderen Stadt studiert. Nichtsdestotrotz lässt sich am Alter des Kindes beim Auszug auch eine Änderung der Lebensverhältnisse ablesen. Dieses Alter liegt bei Jungen – wie in Abschnitt 2 dargestellt – bei 23 Jahren.

Durch den Sohn werden der Familie über das Leben bei Verwendung der heutigen Querschnittsprofile etwa 29.300 Euro mehr an Gesundheitsausgaben zugerechnet (Abbildung 15). Dies führt dazu, dass in dem Jahr der Geburt der Wert der Gesundheitsausgaben einmalig die gezahlten Beiträge übertrifft. In den übrigen Jahren, in denen der Sohn im Haushalt lebt, führen seine Gesundheitsausgaben zwar zu einem deutlich höheren Verlauf der gesamten Gesundheitsausgaben der Familie, die Ausgaben erreichen aber nicht die gezahlten Beiträge im jeweiligen Jahr.

Nach dem Auszug aus der Familie werden die Kinder selbst zu Beitragszahlern und sorgen so für das langfristige Fortbestehen des Systems. Kinderlose leisten dagegen keinen Beitrag für das Fortbestehen des Systems, auf das sie als Nettoempfänger in der Rente ebenso angewiesen sein werden wie Eltern.

Abbildung 15: Durchschnittlich gezahlte Beiträge zum Wert der Gesundheitsleistungen eines Paares mit keinem bzw. mit einem Kind



Quelle: Daten des BVA zum RSA; Deutsche Rentenversicherung; BMG; eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

Abbildung 16: Durchschnittlich gezahlte Beiträge zum Wert der Gesundheitsleistungen eines Paares mit keinem Kind, einem Kind und zwei Kindern

Quelle: Daten des BVA zum RSA; Deutsche Rentenversicherung; BMG; eigene Berechnungen.

| BertelsmannStiftung

Familientyp mit zwei Kindern: Die eben beschriebene Familie bekommt nach zwei Jahren ein zweites Kind. Diese Tochter lebt entsprechend der Angabe des Statistischen Bundesamtes 21 Jahre in der Familie und ist mitversichert. Diese Annahme führt dazu, dass die Kinder das Haus gleichzeitig verlassen und sich dadurch der starke Abfall in der Kurve der Eltern im Alter von 52 Jahren ergibt. Für die Gesundheitsausgaben der Tochter werden der Familie über den Zeitraum der 21 Jahre, die die Tochter in der Familie lebt, ca. 25.600 Euro an Gesundheitsausgaben zugerechnet.

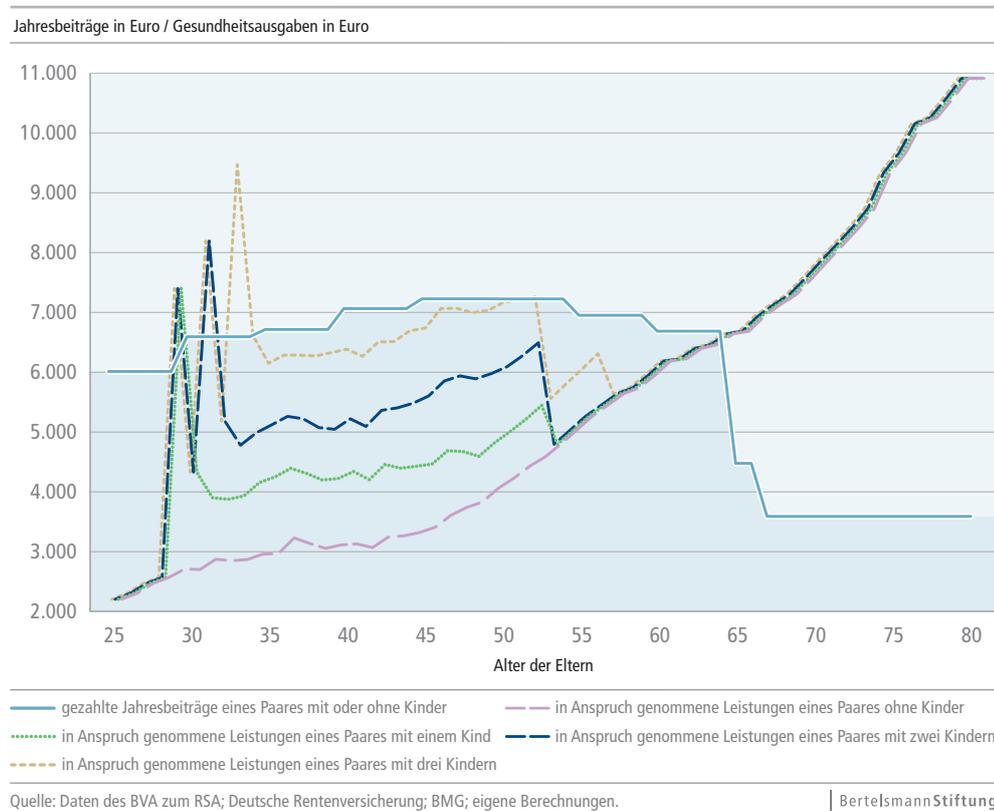
Gesundheitsausgaben für Mädchen liegen bis zum 14. Lebensjahr im Schnitt leicht unter denen der Jungen, ab dem 14. Lebensjahr darüber. Grund für die geringen Ausgaben ist aber auch das frühere Verlassen der Familien. Abbildung 16 zeigt ebenfalls die Profile der Familie. Die Geburt des zweiten Kindes erzeugt eine weitere Spitze im Profil der Gesundheitsausgaben. Das Profil erreicht aber sonst in keinem Jahr der aktiven Familienphase der Familie die von den Eltern gezahlten Beiträge.

Familientyp mit drei Kindern: Bekommt die Modellfamilie schließlich noch ein drittes Kind (einen Jungen), ergibt sich der in Abbildung 17 dargestellte Verlauf. Die Ausgaben zur Geburt und



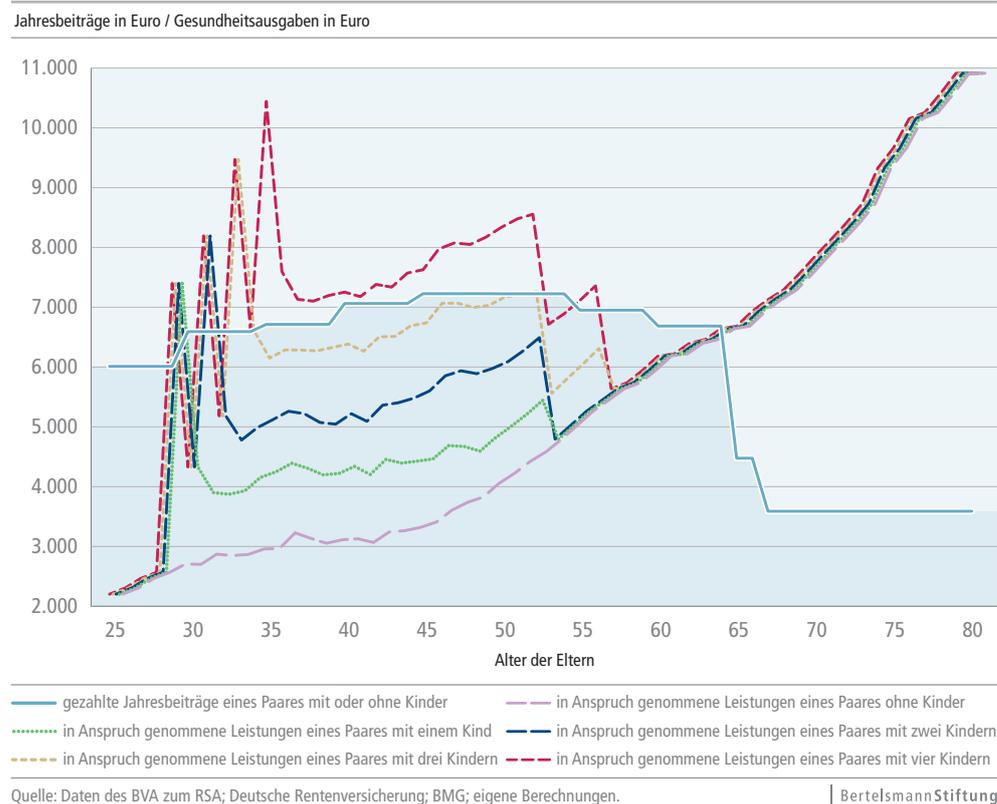
im ersten Lebensjahr des dritten Kindes führen erneut zu Ausgaben über den gezahlten Beiträgen in dem entsprechenden Jahr. In den darauf folgenden Jahren liegen die Gesundheitskosten dieser Familie – trotz drei Kindern – unter den gezahlten Beiträgen. Erst am Ende der Phase, in der noch alle drei Kinder im Haushalt leben, erreichen die Ausgaben die Beiträge. Maßgeblich hierfür sind die steigenden Gesundheitsausgaben der Eltern, die dann bereits über 50 Jahre alt sind.

Abbildung 17: Durchschnittlich gezahlte Beiträge zum Wert der Gesundheitsleistungen eines Paares mit keinem Kind, einem Kind, zwei Kindern und drei Kindern



Familientyp mit vier Kindern: Erst mit einem weiteren vierten Kind (einem Mädchen) liegen die Durchschnittsprofile der Gesundheitsausgaben in der Phase, in der alle vier Kinder im Haushalt leben, über den Beitragszahlungen (oberster Verlauf in Abbildung 18).

Abbildung 18: Durchschnittlich gezahlte Beiträge zum Wert der Gesundheitsleistungen eines Paares mit keinem Kind, einem Kind und zwei bis vier Kindern



Damit ist festzustellen:

- (1) Eine Familie mit durchschnittlichem Einkommen gehört selbst dann, wenn sie 3 Kinder hat, bis zur Renteneintrittsphase noch zu den Nettozahlern in der GKV.
- (2) Erst ab dem vierten Kind wird die Familie in allen Lebensphasen bei durchschnittlichen Einkommensverhältnissen zum Nettoempfänger.

Diese Berechnungen zeigen, dass Familien in den allermeisten Fällen während der aktiven Familienphase, d.h. während ihre Kinder noch im Haushalt leben, zu den Leistungsträgern in der GKV zählen – auch bei einem reinen Vergleich von Beiträgen der Eltern und beanspruchten Leistungen aller Familienmitglieder im Haushalt. In diese Berechnungen spielt noch nicht die Tatsache mit hinein, dass Familien dadurch, dass sie Kinder erziehen, für die langfristige Tragfähigkeit der GKV sorgen – denn diese kann ohne zukünftige Beitragszahler nicht fortbestehen.



Die Ergebnisse decken sich mit denen früherer Studien. So zeigte beispielsweise Pfaff, dass Familien nur in geringem Umfang begünstigt werden, nämlich erst ab einer Kinderzahl von mindestens drei.⁴³

Zu beachten ist hierbei auch, dass im betrachteten Jahr – wie beschrieben – ca. 10 Prozent der Einnahmen der GKV aus Steuern stammen. Dieser Teil der Finanzierung wird an dieser Stelle nicht betrachtet. Eine Berücksichtigung würde aber die Belastung der Familie weiter erhöhen, da diese ebenfalls Steuern zu entrichten hat. Die Steuerbelastung, die aus der Finanzierung der GKV resultiert, führt damit zu einem Niveaueffekt bei der hier dargestellten Beitragsbelastung. In jedem Alter müsste die entsprechende Steuerbelastung hinzugerechnet werden und würde die hier dargestellte Nettozahlerposition von Familien während der Erwerbsphase weiter vergrößern.

4.2.2 Die Situation der typischen Familie mit zwei Kindern

Der Blick in die Statistik ergibt – wie in Abschnitt 2 erwähnt –, dass in etwa jede zweite Mutter zwei Kinder bekommt, damit ist nach Abschluss der Familienplanung die Paarfamilie mit zwei Kindern die häufigste Familienkonstellation.⁴⁴ Diese Familienkonstellation kann daher als typisch angesehen werden. Ihre Stellung innerhalb der GKV wird aus diesem Grund im Folgenden noch einmal näher betrachtet.

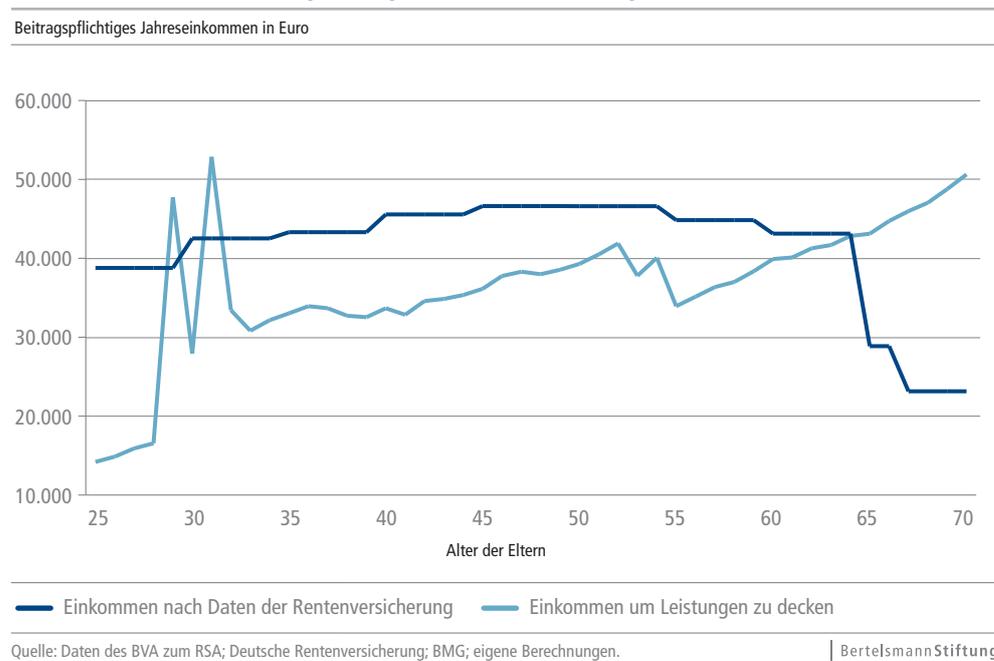
Es bietet sich an, von den Gesundheitsausgaben einer solchen typischen Familie auszugehen und zu fragen, welches Einkommen diese Familie erzielen müsste, damit sie mit ihren Beiträgen ihre eigenen Gesundheitsausgaben decken kann. Das so berechnete Einkommen ist damit die Scheidegrenze, ab der eine typische Familie während der aktiven Familienphase bei Betrachtung des Verhältnisses ihrer Beiträge zu ihren empfangenen Gesundheitsleistungen vom Nettoempfänger zum Nettozahler wird.

In Abbildung 19 sind die aus der Rentenversicherung berechneten beitragspflichtigen Einkommen den Einkommen gegenübergestellt, die nötig wären, um mit einem Beitragssatz von 15,5 Prozent die Gesundheitsausgaben der beschriebenen typischen Familie zu finanzieren.

Es zeigt sich, dass eine Familie nach der Geburt der Kinder bis zu einem Alter der Eltern von 43 Jahren 34.000 Euro Jahresgehalt benötigt, um ihre Ausgaben in der GKV zu decken. Bis zum Alter von 65 Jahren steigt dieser Wert auf etwas über 40.000 Euro an. Je nachdem, wann die Kinder selbst beitragspflichtig werden, kann bereits vorher ein Einkommen von 40.000 Euro pro Jahr notwendig werden.

⁴³ Vgl. Pfaff (1993), S. 304 ff.

⁴⁴ Auf dem Weg zum zweiten Kind durchläuft die Familie in der Regel naturgemäß die Phase der Einkindfamilie. Die Ausnahme stellt hier die Mehrlingsgeburt dar.

Abbildung 19: Notwendige beitragspflichtige Einkommen einer Familie mit zwei Kindern zur Finanzierung ihrer eigenen Gesundheitsleistungen

Im Alter steigt das notwendige Einkommen dann weiter, obwohl im Durchschnitt keine Kinder mehr mitzuversorgen sind.

In der Gegenüberstellung zu den tatsächlich im Durchschnitt erzielten Einkommen nach Daten der Rentenversicherung liegt das Familieneinkommen – mit Ausnahme der Geburtsjahre der Kinder – deutlich über dem zur Finanzierung der eigenen Gesundheitsleistungen notwendigen. Die typische Familie ist damit während der Familienphase mit Ausnahme der Geburtsjahre der Kinder Nettozahler in der GKV.

4.2.3 Einfluss eines von der Familiengröße abhängigen Erwerbsverhaltens

Die aus den Daten gebildete Typisierung der Familien nach Kinderzahl berücksichtigt noch nicht eine von der Kinderzahl abhängige Beitragszahlung der Ehepartner. Es liegt der Verdacht nahe, dass Paare ohne Kinder durch eine erhöhte Erwerbstätigkeit mehr Beiträge bezahlen als Familien. Anhand der verfügbaren Daten soll in diesem Kapitel der Frage nachgegangen werden, inwieweit dies zutrifft.

Daten aus der Studie Altersversorgung in Deutschland (AVID)⁴⁵ legen nahe, dass die Mütter im Durchschnitt ihre Erwerbstätigkeit mit zunehmender Kinderzahl einschränken und sich damit

⁴⁵ Vgl. AVID (2007).



auch ihre Rentenansprüche verringern. EVS-Daten lassen dagegen den Schluss zu, dass das Durchschnittseinkommen aus unselbständiger Arbeit einer Familie mit einem und zwei Kindern höher liegt als das Einkommen eines Haushaltes ohne Kinder.⁴⁶ Hieraus lässt sich schließen, dass zwar die Mutter ihre Erwerbstätigkeit einschränkt, der Vater aber im Durchschnitt bis zum zweiten Kind ein höheres Einkommen erzielt. Tabelle 4 zeigt die durchschnittlichen Bruttoeinkommen

Tabelle 4: Anzahl der aus der EVS-Statistik hochgerechneten Haushaltszahlen mit entsprechenden Eigenschaften

Anzahl der Haushalte und Einkommen je Haushalt und Monat

Gegenstand der Nachweisung	Haushalte insgesamt	Darunter nach Alleinerziehenden und Paaren mit Kind(ern)						
		Alleinerziehende	davon mit ... Kind(ern)		Paare mit Kindern	davon mit ... Kind(ern)		
			1	2 und mehr		1	2	3 und mehr
Anzahl der Haushalte								
Erfasste Haushalte (Anzahl)	55.110	1.827	1186	641	10.588	4.153	4.896	1.539
Hochgerechnete Haushalte (1.000)	39.409	1.339	959	380	5.940	2.450	2.631	858
Einkommen der privaten Haushalte 2008 je Haushalt und Monat in Euro								
Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit	2.056	1.171	1.182	1.142	3.602	3.478	3.790	3.379
darunter: der Haupteinkommensbezieher/-innen	1.617	1.158	1.174	1.116	2.869	2.671	3.040	2.909
der Ehe- bzw. Lebenspartner/-innen	369	-	-	-	724	801	740	456

Quelle: Statistisches Bundesamt (2010a), S. 40.

BertelsmannStiftung

aller Haushalte, differenziert nach Alleinerziehenden und Paaren mit unterschiedlicher Kinderzahl. Grundlage ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus dem Jahr 2008.

Aus diesen Daten lassen sich für bestimmte Familienkonstellationen Beiträge für die GKV berechnen und ins Verhältnis zu den oben berechneten Einkommensprofilen setzen. Auch der Vergleich zu den Leistungsausgaben ist so möglich.

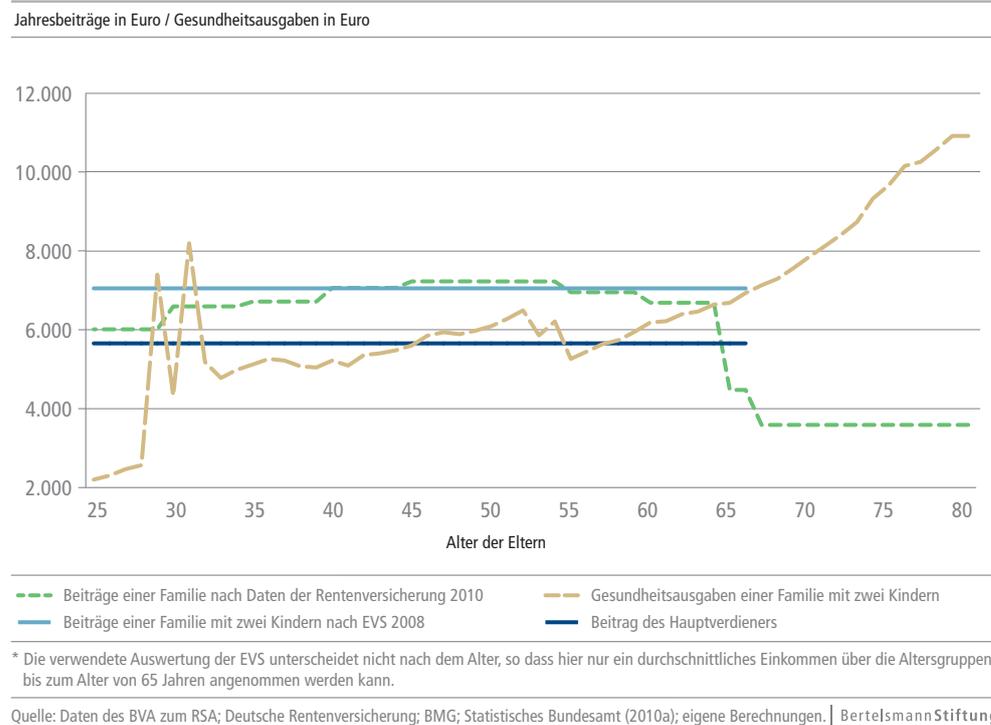
Ein Paar mit 2 Kindern erzielte im Jahr 2008 nach der EVS-Statistik durchschnittlich 3.790 Euro Monatsbruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit. Dieses Einkommen, das in der Summe über der Beitragsbemessungsgrenze des Jahres 2008 lag, teilt sich aber mit 3.040 Euro zu 740 Euro auf das Paar auf, so dass jeder im Schnitt unter der BBG verdiente.⁴⁷ Wird dieses Einkommen mit dem

⁴⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2010), Fachserie 15, Heft 4.

⁴⁷ Dieser Durchschnitt ergibt sich natürlich auch aus Familien, in der ein Partner über der BBG verdient und somit nicht sein gesamtes Einkommen verarbeitet wird. Ebenso finden sich in der Stichprobe auch Privatversicherte, die den Durchschnittswert beeinflussen. All diese Verzerrungen wurden in der Verwendung der Rentenversicherungsdaten berücksichtigt. Die hier angestellte Überlegung kann daher nur eine grobe Verifizierung der obigen Ergebnisse sein.

aktuellen Satz von 15,5 Prozent verbeitragt, hätte diese Durchschnittsfamilie mit zwei Kindern inklusive Arbeitgeberanteil 7.049,40 Euro Beitrag im Jahr 2008 in die GKV gezahlt. Die Abbildung 20 stellt diese Beitragszahlung in Relation zu den bereits aus den Daten der Rentenversicherung ermittelten Einkommensprofilen. Hier zeigt sich, dass – obwohl die Daten aus dem Jahr 2008 stammen und damit die Gehaltsentwicklungen von zwei Jahren noch hinzugerechnet werden müssen – die durchschnittlichen Einkommen einer Familie mit zwei Kindern die aus der RV berechneten Werte bestätigen. Damit wird die oben gemachte Aussage gestützt, nach der Familien mit zwei Kindern während der aktiven Familienphase in der GKV Nettozahler sind.

Abbildung 20: Durchschnittlich gezahlte Beiträge zum Wert der Gesundheitsleistungen einer Familie mit zwei Kindern nach Daten der RV und der EVS*



Auffällig ist weiterhin, dass in den meisten Jahren allein der Hauptverdiener mit durchschnittlichen Beitragszahlungen von 5.654 Euro die Gesundheitsausgaben der Familie finanziert. Somit sind selbst Einverdienerhaushalte mit zwei Kindern und einem mitversicherten Ehepartner im Schnitt keine Nettoempfänger. Dies gilt auch deshalb, weil dieses Lebensmodell in der Regel Paare wählen werden, in der der Alleinverdiener ein höheres Einkommen bezieht als der Durchschnitt.



4.2.4 Einfluss der sozialen Stellung der Familien

Neben der Auswertung für alle Haushalte liefert das Statistische Bundesamt auch Informationen über Haushalte differenziert nach der sozialen Stellung des Haupteinkommensbeziehers. Hier wird unterschieden zwischen Angestellten-, Arbeiter-, Beamten-, Selbständigen-, Arbeitslosen- und Nichterwerbstätigenhaushalten. In der letzten Gruppe befinden sich hauptsächlich die Rentner- und Pensionärshaushalte.

In diesem Abschnitt werden die Angestellten- und Arbeiterhaushalte herausgegriffen, da diese den größten Teil der GKV-Mitglieder mit Familie ausmachen.

Leider ist in dieser Differenzierung kein expliziter Ausweis der Kinderzahl verfügbar, sondern nur eine Darstellung der Einkommenssituation in Abhängigkeit der Personenzahl im Haushalt (siehe Tabelle 5). In der Regel ist aber davon auszugehen, dass bei Personenhaushalten von mehr als 2 Personen die darüber hinausgehenden Personen Kinder sind.

Es fällt auf, dass Angestelltenhaushalte ein höheres Einkommen erzielen als Arbeiterhaushalte. Die Werte liegen beim Angestelltenhaushalt durchgehend über den zuvor betrachteten Werten für

Tabelle 5: Anzahl der aus der EVS-Statistik hochgerechneten Haushaltszahlen mit entsprechenden Eigenschaften

Anzahl der Haushalte und Einkommen je Haushalt und Monat

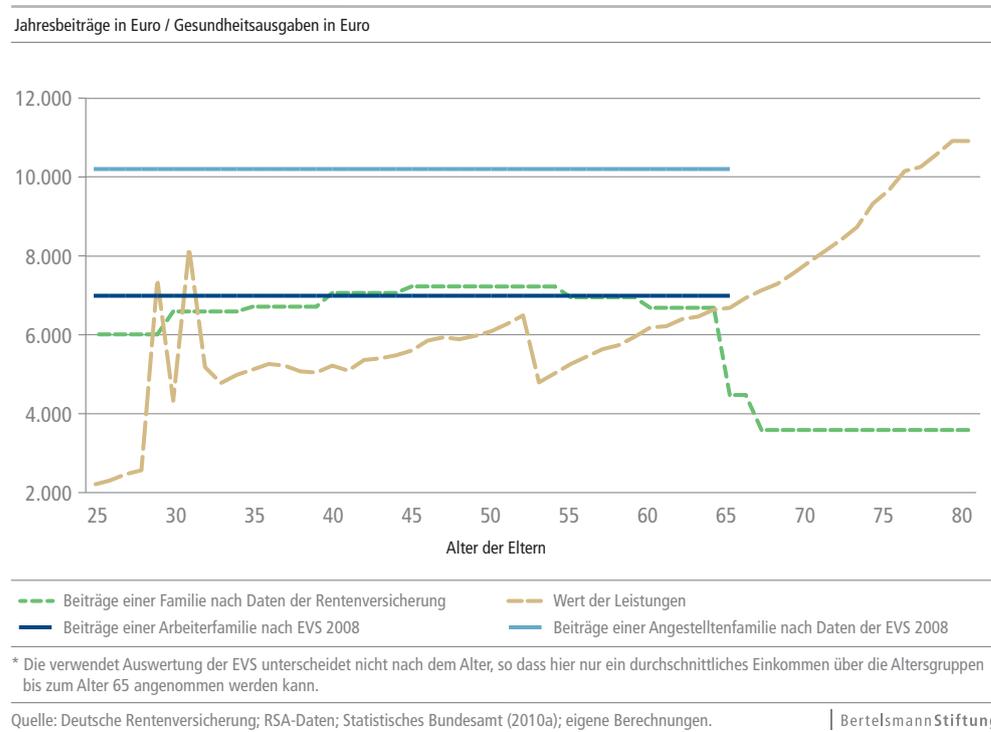
Gegenstand der Nachweisung	Haushalte insgesamt	Davon mit ... Person(en)				
		1	2	3	4	5 und mehr
Anzahl der Haushalte von Angestellten						
Erfasste Haushalte (Anzahl)	22.236	5.460	7.362	4.234	3.966	1.214
Hochgerechnete Haushalte (1.000)	12.910	4.710	4.001	2.091	1.621	488
Einkommen der Haushalte von Angestellten 2008 je Haushalt und Monat in Euro						
Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit	3.983	2.728	4.301	4.689	5.485	5.477
darunter: der Haupteinkommensbezieher/-innen	3.290	2.727	3.209	3.594	4.359	4.524
der Ehe-bzw. Lebenspartner/-innen	603	-	1.035	882	910	668
Anzahl der Haushalte von Arbeitern/Arbeiterinnen						
Erfasste Haushalte (Anzahl)	5.627	775	1.585	1.448	1.358	461
Hochgerechnete Haushalte (1.000)	6.306	1.220	1.739	1.499	1.367	481
Einkommen der Haushalte von Arbeitern/Arbeiterinnen je Haushalt und Monat in Euro						
Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit	3.206	2.004	3.181	3.603	3.758	3.541
darunter: der Haupteinkommensbezieher/-innen	2.476	2.004	2.353	2.609	2.797	2.794
der Ehe-bzw. Lebenspartner/-innen	588	-	800	755	704	462

Quelle: Statistisches Bundesamt (2010a), S. 50 und 52.

| BertelsmannStiftung

alle Haushalte. Es wird ersichtlich, dass Angestelltenhaushalte auch mit vielen Kindern und einem mitversicherten Partner in der Regel während der aktiven Familienphase Nettozahler sein werden. Arbeiterhaushalte liegen mit ihren Einkommen in der Nähe der Durchschnittswerte für alle Haushalte, so dass auch für sie die oben getroffenen Aussagen zutreffen. Die nachfolgende Abbildung 21 verdeutlicht noch einmal die Verhältnisse.

Abbildung 21: Durchschnittlich gezahlte Beiträge von Arbeiter- und Angestelltenfamilien mit zwei Kindern zum Wert der Gesundheitsleistungen



In Tabelle 5 zeigt sich sowohl für Angestellten- als auch für Arbeiterhaushalte, dass einem Haushalt mit 4 Personen mehr Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit zur Verfügung steht als einem Haushalt mit einem oder keinem Kind. Haushalte mit 5 oder mehr Personen verfügen dann wieder über etwas weniger Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass der Ehe- bzw. Lebenspartner etwas weniger Einkommen erzielt.⁴⁸

Eine geringere Beitragszahlung der Familie aufgrund geringerer beitragspflichtiger Einnahmen kann natürlich schon bei weniger Kindern zu über den Beiträgen liegenden Gesundheitsausgaben führen. In diesem Fall würde die Familie aus der Nettozahlerposition herausfallen.

⁴⁸ Die Statistik in Statistisches Bundesamt (2010) zeigt in dem hier nicht wiedergegebenen Teil, dass diese Familien mit einer höheren Kinderzahl aufgrund von Kindergeldzahlungen und anderen Einkommensbestandteilen über ein höheres Nettoeinkommen verfügen.



Die oben berechneten individuellen Durchschnittsprofile beinhalten jedoch auch die Mitversicherten und Teilzeitbeschäftigten. Daher dürften die Profile bei Betrachtung einer Familie mit einer Durchschnittskinderzahl den tatsächlichen Umständen sehr nahe kommen. Dies soll aber natürlich nicht darüber hinwegtäuschen, dass gutverdienende kinderlose Doppelverdiener, wenn sie denn in der GKV versichert sind, ggf. in ihrer beruflich aktiven Phase (vielleicht sogar über ihren Lebensverlauf hinweg) höhere Beiträge zahlen als Familien. Dieser Überschuss kommt dann aber nicht der Durchschnittsfamilie mit unterhaltspflichtigen Kindern zu Gute, sondern insbesondere Rentnern. Durchschnittsfamilien sind, wie Kinderlose ebenfalls, während der aktiven Familienphase Nettozahler.

4.3 Zwischenergebnis

Zusammenfassend lässt sich aus den vorangegangenen Betrachtungen ableiten, dass eine Durchschnittsfamilie mit 2 Kindern während der aktiven Familienphase im Jahr 2010 Nettozahler war und mit ihren Beiträgen die Gesundheitsausgaben anderer mit finanzierte. Selbst bei der für die Bevölkerungskonstanz notwendigen Geburtenrate von 2,1 Kindern pro Frau ist dies noch so. Erst bei drei Kindern decken in etwa die gezahlten Beiträge die eigenen Gesundheitsausgaben.⁴⁹ Familien sind also in zweierlei Hinsicht Leistungsträger in der GKV: Einerseits sichern sie den Fortbestand der GKV dadurch, dass sie Kinder großziehen. Andererseits zahlen sie, wie Personen ohne Kinder, Beiträge – und diese Beiträge übersteigen in der aktiven Familienphase zumeist die eigenen Gesundheitsausgaben.

Die Analyse der Profile zeigt, warum es zu diesem familienpolitisch ungünstigen Ergebnis kommt. Die größte Differenz zwischen den Beitragseinnahmen und den Leistungsausgaben besteht im Alter jenseits der Phase der Erwerbstätigkeit. Die meisten Beitragseinnahmen in der GKV werden für die Gesundheitsausgaben der Rentner benötigt, die mit ihren eigenen Beitragszahlungen nur unterdurchschnittlich zum Beitragsaufkommen beitragen. Der Beitragsanteil, der von der Rentenversicherung übernommen wird, stammt zudem ebenfalls zum großen Teil aus den Beitragszahlungen der Erwerbstätigen an diesen Versicherungszeitpunkt und damit ebenfalls (zum Teil) von Familien.

Das Umlageverfahren in der GKV ist vor allem darauf ausgerichtet, den Ausgleich „Jüngere für Ältere“ zu organisieren. Die Belastung der GKV als System für diesen Ausgleich ist so groß, dass der ebenfalls intendierte Familienausgleich faktisch keine Wirksamkeit entfalten kann. Tatsächlich tragen Familien durch ihre Beitragszahlungen zum Altersausgleich in der GKV bei. Eine Familie mit zwei Kindern unterstützt, selbst wenn sie über ein unterdurchschnittliches Einkommen verfügt, mit ihren Beiträgen die Versorgung eines Rentners finanziell.

Durch den hohen Ausgleichsbedarf, den die steigenden Ausgaben im Alter und die relativ niedrigen Beiträge auf die Rente verlangen, findet eine wirkliche Entlastung der Familien im Durchschnitt tatsächlich nicht statt.

⁴⁹ Diese Ergebnisse entsprechen den Erkenntnissen aus der Vergangenheit, die schon in Pfaff (1993) und Wenzel (1999) zu finden sind.

5. Veränderung der Familiensituation im Zeitablauf

In diesem Abschnitt wird analysiert, wie sich die Position der Familien in den Umverteilungsströmen der GKV in den letzten Jahren verändert hat. Hierzu wird auf der einen Seite die altersabhängige Veränderung der Gesundheitsausgaben betrachtet und auf der anderen Seite die Gehaltsentwicklung in den einzelnen Lebensphasen.

5.1 Veränderung der Gesundheitsausgaben

Für die Veränderung der Nettozahler- und Nettoempfängerposition ist auf der Leistungsseite die Veränderung des Ausgabenprofils verantwortlich. Im Zeitablauf erhöhen sich die Gesundheitsausgaben in jedem Lebensalter, wobei die Ausgaben für Ältere in absoluten Zahlen stärker wachsen als die für Jüngere.⁵⁰ Grund für den Anstieg sind sowohl inflationäre Prozesse als auch Veränderungen der Menge und Anzahl von Gesundheitsleistungen. Der medizinisch-technische Fortschritt spielt ebenfalls auf der Preis- als auch auf der Mengenebene ausgabensteigernd mit hinein. Als Folge der höheren Gesundheitsausgaben vergrößert sich der Umfang des Ausgleichs zwischen „Jung und Alt“.⁵¹ Dies zieht wiederum eine stärkere Überlagerung des Altersausgleichs über den Familienausgleich nach sich. Diese Effekte sind unabhängig davon, ob der Ausgabenanstieg auf medizinisch-technischem Fortschritt fußt oder einen reinen Inflationseffekt darstellt.

Diese Zusammenhänge werden im Folgenden anhand der Auswirkungen der von 2005 zu 2010 gestiegenen Gesundheitsausgabenprofile gezeigt. Aus den Daten des Bundesversicherungsamtes, die im Rahmen des Risikostrukturausgleiches erhoben werden, lassen sich die Leistungsausgabenprofile am Beispiel der Jahre 2005 und 2010 berechnen (Abbildung 22 für Männer und Abbildung 23 für Frauen).

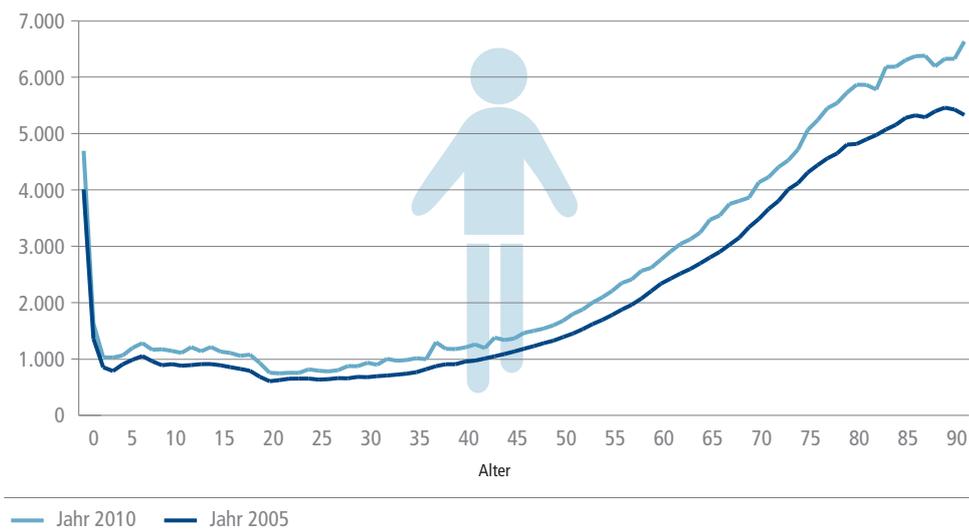
⁵⁰ Vgl. hierzu unter anderem Niehaus (2012), Niehaus (2006) und Buchner/Wasem (2000).

⁵¹ Hätten im Extremfall alle Altersklassen den gleichen Durchschnittswert an Gesundheitsausgaben, gäbe es keinen Altersausgleich. Je weiter sich das Ausgabenprofil von einem gleichbleibenden Durchschnittswert je Alter entfernt, je größer der Altersausgleich.



Abbildung 22: Leistungsausgabenprofile der männlichen GKV-Versicherten (ohne Krankengeld)

Wert der Leistungsausgaben pro Jahr in Euro

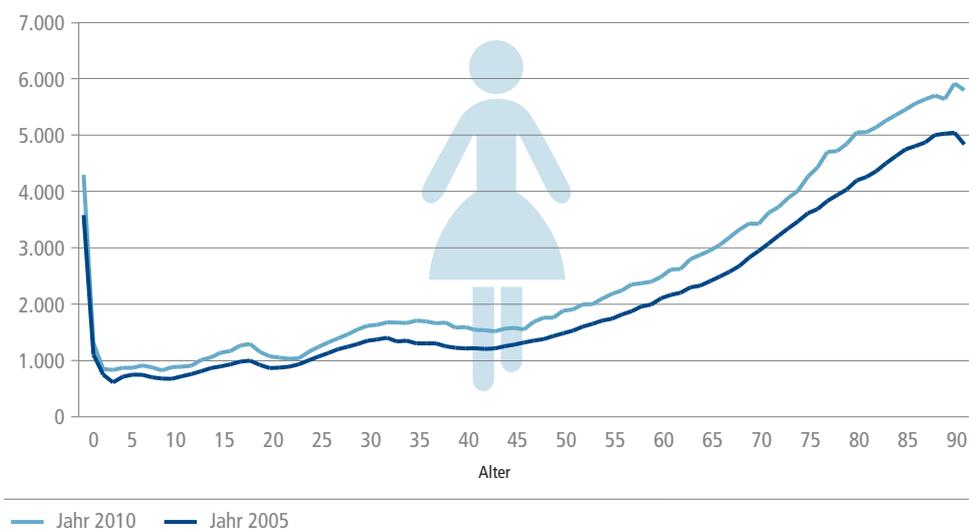


Quelle: RSA-Daten; eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

Abbildung 23: Leistungsausgabenprofile der weiblichen GKV-Versicherten (ohne Krankengeld)

Wert der Leistungsausgaben pro Jahr in Euro



Quelle: RSA-Daten; eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

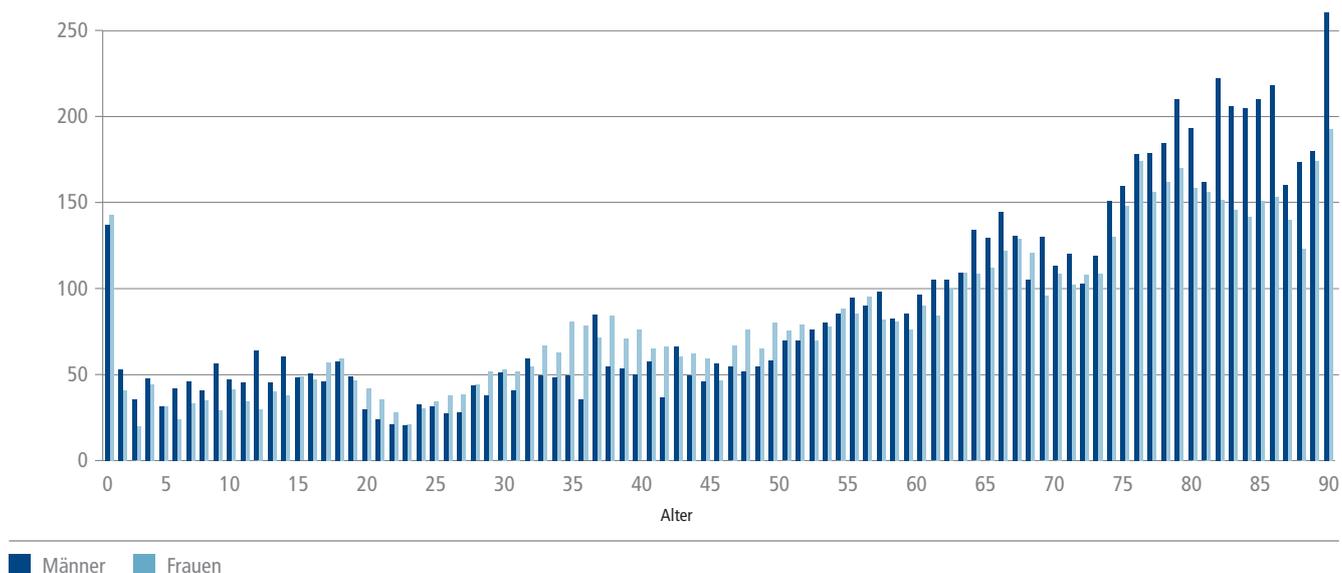
Die Leistungsausgabenprofile für Männer und Frauen weisen – wie oben bereits beschrieben – hohe Ausgaben im Geburtsjahr, relativ geringe Ausgaben im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter und steigende Ausgaben ab dem Alter zwischen 40 und 45 Jahren auf. Frauen verursachen zudem im gebärfähigen Alter etwas höhere Ausgaben als Männer.

Die Gegenüberstellung der Profile von 2005 zu 2010 macht deutlich, dass die Form der Profile im Prinzip gleich bleibt, das Niveau der Leistungsausgaben (ohne Krankengeld) in der GKV aber in allen Altersklassen deutlich ansteigt. Insbesondere im Alter fällt dieser Anstieg in absoluten Werten besonders groß aus. So hat beispielsweise ein 80-jähriger Mann im Jahr 2005 im Durchschnitt 4.890 Euro an Gesundheitsausgaben erhalten. Fünf Jahre später waren es mit 5.860 Euro knapp tausend Euro mehr. Dies stellt eine Zunahme von ca. 20 Prozent dar. Diese höheren Gesundheitsausgaben müssen im Umlagesystem unabhängig von ihren Ursachen finanziert werden.

Eine entsprechende Entwicklung lässt sich für jedes Alter darstellen. Abbildung 24 enthält den jährlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben je Versicherten in absoluten Zahlen. Sie zeigt damit, um wieviel Euro die Versorgung einer Person im bestimmten Lebensalter pro Jahr teurer geworden ist. Hier sind die größten Zuwächse insbesondere bei den Männern über 74 zu verzeichnen. In dieser Altersgruppe steigen die Ausgaben jährlich in jedem Lebensalter um 150 bis über 200 Euro.

Abbildung 24: Durchschnittlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben je GKV-Versicherten pro Jahr (Zeitraum 2005 bis 2010)

Durchschnittlicher Anstieg pro Jahr in Euro



Quelle: Daten des BVA zum RSA; eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

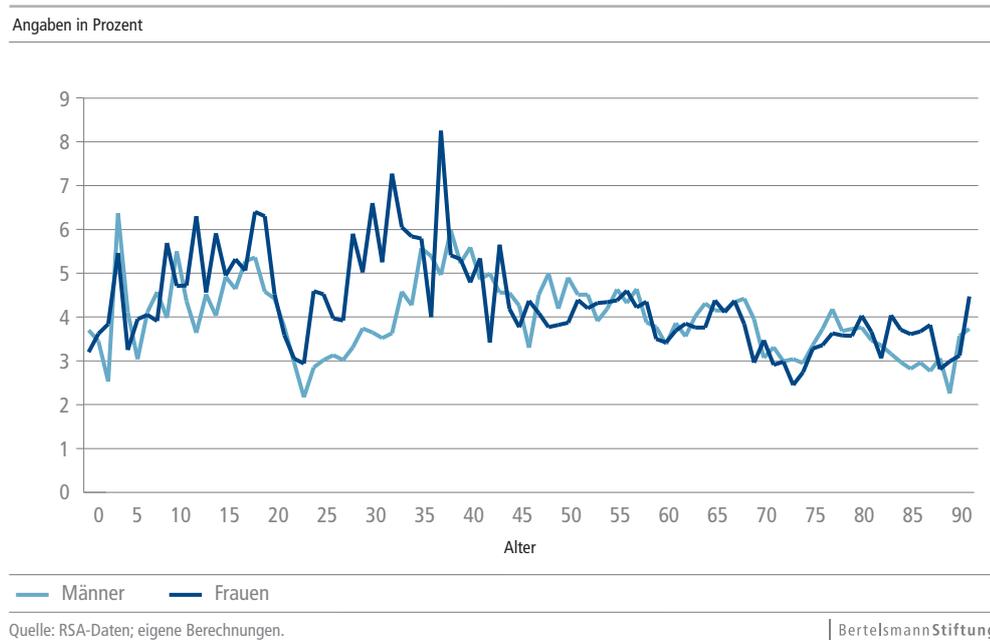


Aber auch in jungen Jahren ebenso wie im mittleren Alter zeichnet sich ein Anstieg ab. So hat beispielsweise die GKV für eine 50-jährige Frau von 2005 bis 2010 jedes Jahr 75 Euro mehr ausgeben.

Entscheidend für die hier gestellte Frage nach der Veränderung der Position der Familien ist die Erkenntnis, dass die Ausgaben – mit Ausnahme der Geburt – in den höheren Lebensaltern in absoluten Beträgen deutlich stärker zugenommen haben. Die Differenz der aus dem Umlagesystem bezogenen Leistungen hat sich zwischen Jungen und Alten damit weiter vergrößert. Vergleicht man die Zuwächse der Ausgaben für Personen, die 60 Jahre und älter sind und bei denen die Familienphase mit mitversicherten Kindern in der Regel abgeschlossen sein dürfte, mit Zuwächsen bei den unter 60-Jährigen, so zeigt sich, dass die Versicherten über 60 einen Anstieg der Ausgaben bei gleichem Lebensalter um 133,60 Euro pro Jahr verursacht haben, wogegen es bei den unter 60-Jährigen nur 56,30 Euro pro Jahr waren.⁵² Dies verdeutlicht, dass sich die Schere der Inanspruchnahme zwischen Familien und Älteren immer weiter geöffnet hat.

Eine Betrachtung der prozentualen Entwicklung verdeckt die beschriebenen Folgen für die Umverteilung. In den durchschnittlichen jährlichen Steigerungsraten, wie sie in Abbildung 25 als geometrische Mittel der jährlichen Steigerungsraten der Jahre 2005 bis 2010 dargestellt sind, findet sich nämlich kein überproportionaler Anstieg mit dem Alter. Hier schwanken die prozentualen Zuwächse um die 4 Prozent und sind im Kindesalter sogar größer als im hohen Alter.

Abbildung 25: Durchschnittlicher jährlicher Zuwachs der Ausgaben bei gleichem Lebensalter in den Jahren 2005 bis 2010 auf Grundlage der RSA-Daten



⁵² Die Zuwächse in den einzelnen Altersjahrgängen wurden bei der Durchschnittsbildung mit den Versichertenzahlen des Jahres 2010 gewichtet.

Entscheidend ist in dem hier analysierten Zusammenhang aber, dass es sich nicht um reine inflationäre Prozesse handelt, bei denen die Einkommen, auf die Beiträge erhoben werden, in gleichem Maße (prozentual) zunehmen wie die Ausgaben. Es ist im Umlagesystem nämlich keineswegs so, dass sich die Inflationsrate in der Finanzierungs-Ausgabenformel gleichermaßen „wegkürzt“, wie es beispielsweise bei der Budgetsituation eines Haushalts der Fall ist. Steigen im Haushaltskontext die Preise in gleichem Maße wie die Einkommen, verändern sich in diesem Fall die Konsummöglichkeiten des Haushaltes nicht.

Hier im Umlageverfahren sieht die Sache anders aus. Im hohen Alter führen die niedrigeren prozentualen Zuwächse trotzdem zu den höchsten Ausgabenzuwächsen in Euro pro Person, da sie auf einem deutlich höheren Niveau aufsetzen. Diese zusätzlichen Eurobeträge müssen im Umlageverfahren von den Mitgliedern aus ihren Bruttoeinkommen und den Arbeitgeberanteilen finanziert werden. Hierbei ist es unerheblich, wie groß beispielsweise die 133 Euro für Versicherte über 60 Jahre, die jedes Jahr zusätzlich zu finanzieren sind, in Relation zu ihren Gesundheitsausgaben sind. Entscheidend ist der Bezug zu den Einkommen, aus denen der Beitrag zu zahlen ist. Im folgenden Abschnitt wird gezeigt, dass die Einkommen nicht in dem Maße wachsen, dass dieser zusätzliche Bedarf einfach durch einen Lohnzuwachs finanziert werden kann.

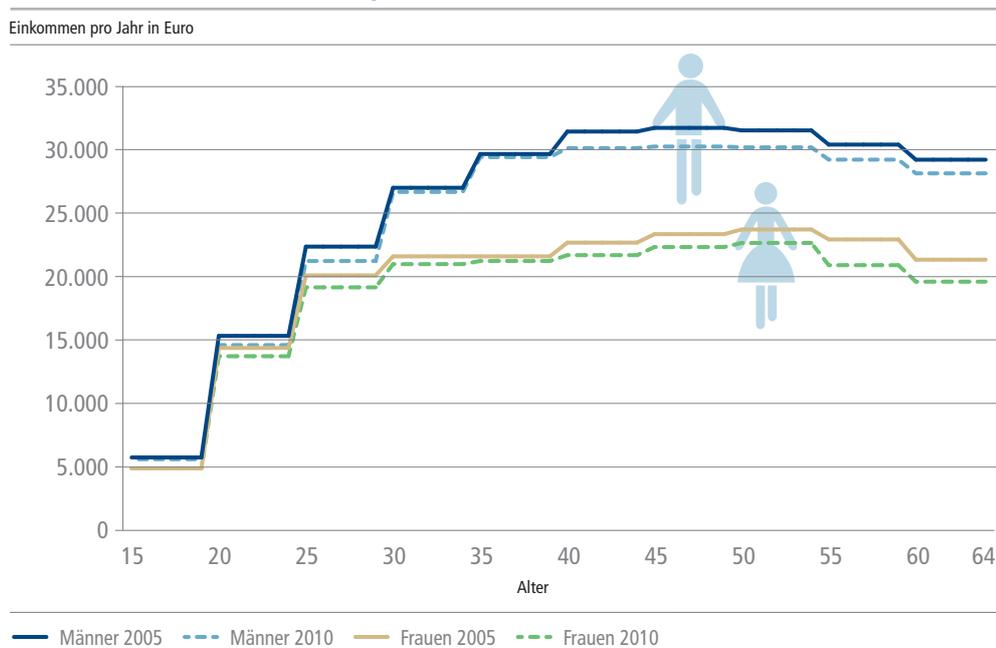
5.2 Veränderung der Einkommensverhältnisse

Entsprechend dem obigen Vorgehen der Ermittlung einer Einkommensverteilung nach Alter aus den Rentenversicherungsdaten für das betrachtete Jahr 2010 lässt sich eine Verteilung auch für frühere Jahre ermitteln. Da die Altersklassen in der Darstellung der Rentenversicherung 5 Jahre betragen, bietet sich ebenfalls die Analyse eines Fünf-Jahresschrittes an. So werden hier die Werte für das Jahr 2005 berechnet und den Werten für 2010 vergleichend gegenüber gestellt (Abbildung 26). Personen, die im Jahr 2005 in einer Altersklasse waren, befinden sich im Jahr 2010 in der nächsthöheren Altersklasse.

Aus der Abbildung ist zum einen zu entnehmen, wie sich die Durchschnittseinkommen bei gleichem Lebensalter im Zeitablauf verändert haben. Hier ist in den meisten Altersklassen ein leichter Anstieg der Einkommen ersichtlich. Nur bei den Männern im Alter von 30 bis 34 Jahren (Anstieg in den fünf Jahren um lediglich 1,23 Prozent) und im Alter von 35 bis 39 Jahren (Anstieg von 0,83 Prozent) ist so gut wie keine Entwicklung auszumachen.



Abbildung 26: Vergleich der Einkommen GKV-Versicherter der Jahre 2005 zu 2010 nach Daten der Rentenversicherung

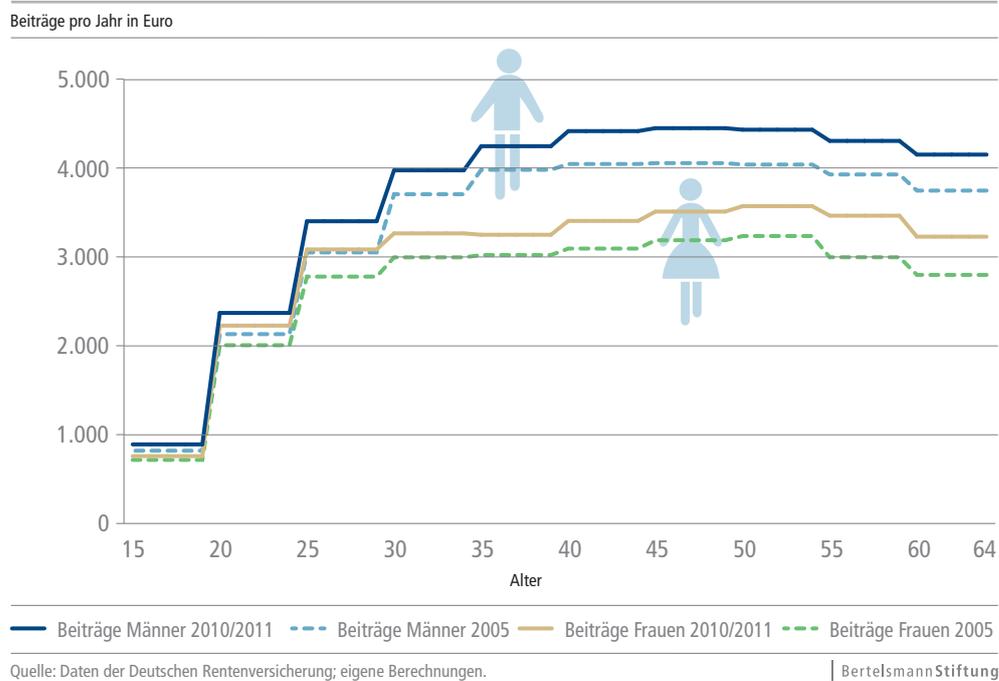


Quelle: Daten der Deutschen Rentenversicherung; eigene Berechnungen.

BertelsmannStiftung

Zum anderen lässt sich in der Abbildung verfolgen, wie die Personen der einzelnen Altersklassen ihre Einkommensposition von 2005 zu 2010 im Durchschnitt veränderten. Bis zu einem Alter von 45 Jahren bei Männern und 50 Jahren bei Frauen haben die Personen bei dem Sprung in die nächsthöhere Altersklasse von 2005 zu 2010 auch im Schnitt einen Gehaltsanstieg erfahren. In den höheren Altersklassen ist ein Rückgang zu verzeichnen, der u.a. auf Frühverrentung und Zunahme der Teilzeitarbeit zurückgeführt werden kann.

Werden zu diesen Einkommen nun die jeweils an die GKV zu zahlenden Beiträge inklusive Arbeitgeberanteil berechnet, ergibt sich auf den ersten Blick eine ähnliche Änderung der Beiträge im Zeitablauf wie bei den Einkommen (Abbildung 27).

Abbildung 27: Beitragshöhe der GKV-Versicherten der Jahre 2005 und 2010/2011 im Vergleich

Der Vergleich der prozentualen Anstiege der Einkommen zu den prozentualen Anstiegen der Beiträge offenbart aber, dass die Beiträge mit einer deutlich größeren Dynamik gewachsen sind als die Einkommen. Dies ist zum einen Folge des höheren Beitragssatzes. Im Jahr 2005 galt ein durchschnittlicher Beitragssatz von 14,63 Prozent (inklusive der 0,9 Prozent, die nur vom Arbeitnehmer zu tragen sind). Seit 2011 gilt der Beitragssatz von 15,5 Prozent als aktueller Einheitsbeitragssatz in der GKV.

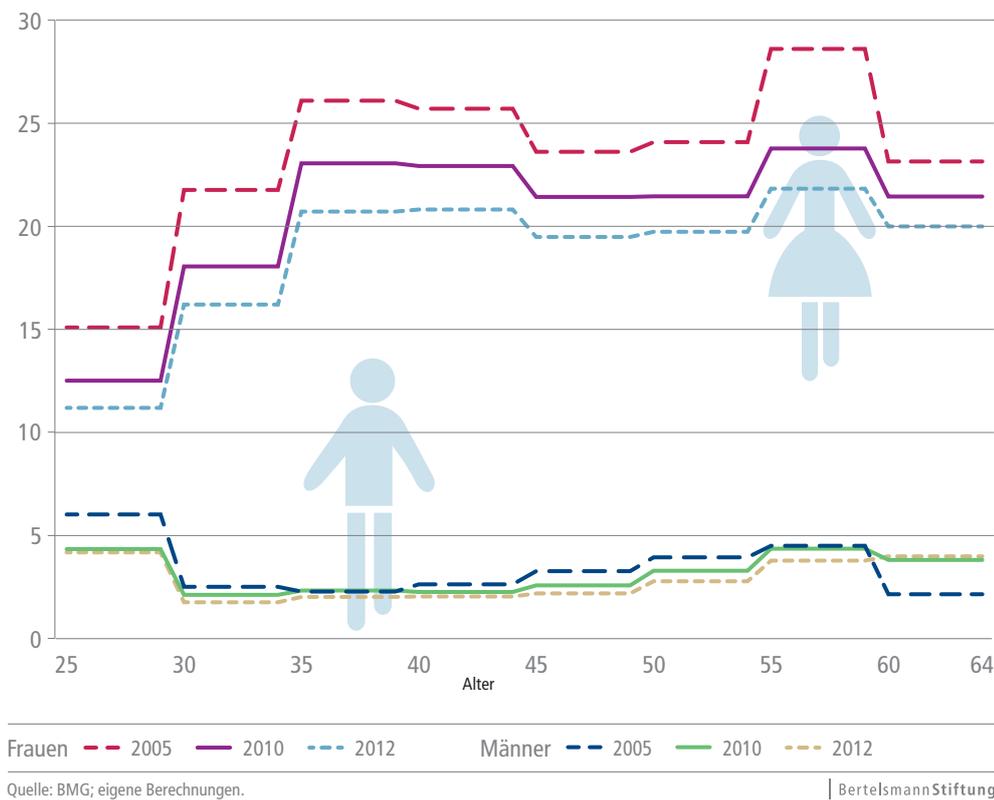
Für die Familiensituation entscheidend ist neben der Gehaltsentwicklung des einzelnen Erwerbstätigen die Entwicklung der Erwerbstätigkeit der Familienmitglieder. Ein Blick in die Mitgliederstatistik der GKV zeichnet für den Zeitraum 2005 bis 2012 dabei ein deutliches Bild (Abbildung 28).

⁵³ In diesem Jahr hatten die einzelnen Krankenkassen noch die Beitragsautonomie und konnten ihren eigenen Beitragssatz festsetzen. Individuell konnte damit der Beitrag je nach gewählter Kasse von dem hier dargestellten Wert abweichen. Da Personen mit höherem Einkommen sensibler auf die Beitragsunterschiede reagierten, lag ihr Beitragssatz tendenziell eher unter dem hier verwendeten, was die hier berechnete Dynamik im Durchschnitt noch etwas vergrößert.



Abbildung 28: Veränderung der Mitversichertenquote im Zeitablauf

Anteil der Mitversicherten an allen Versicherten der Altersklasse in Prozent



Insbesondere die Mitversichertenquote der Frauen hat sich in dem doch relativ überschaubaren Zeitraum erheblich verändert. War beispielsweise 2005 noch mehr als jede vierte Frau (26,10 Prozent) der Altersklasse 35 bis 40 Jahre beitragsfrei mitversichert, traf dies sieben Jahre später nur noch auf jede fünfte Frau (20,72 Prozent) der gleichen Altersklasse zu. Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich auch in den übrigen Altersklassen. Bei den Männern ist ebenfalls ein Rückgang auf deutlich niedrigerem Niveau feststellbar.

Diese hier aufgezeigte Entwicklung des Rückganges der Mitversichertenquote bei den Frauen kann sich nur in Familien abspielen (eingetragene Lebenspartnerschaften ermöglichen inzwischen auch eine Mitversicherung). In erster Linie dürften Familien mit Kindern diese Veränderung verursacht haben. Dies bedeutet, dass immer mehr Familien zu Doppelverdienerhaushalten werden. Da das zusätzliche Einkommen des Zweitverdieners in der Regel unter der BBG liegt, wird es voll verarbeitet. In der Konsequenz verstärkt die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen im Durchschnitt die Nettozahlerrolle der Familien in der GKV. Im Einzelfall kann die Aufnahme einer

Beschäftigung erst in die Nettozahlerrolle führen. Häufig wird aber die oben beschriebene Nettozahlerrolle, die bei einem durchschnittlich verdienenden Einverdienerhaushalt bereits besteht, dadurch noch massiv ausgebaut.

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass die Zunahme der Doppelverdienerhaushalte in Verbindung mit der Erhöhung des Beitragssatzes zu einer höheren Beitragsbelastung von Familien führt. Steigende Einkommen spielen bei der höheren Belastung eine geringere Rolle.

5.3 Zwischenfazit

Die Analyse zeigt, dass auf der einen Seite die Ausgaben für Gesundheitsleistungen im Alter in absoluten Werten stärker ansteigen als in jüngeren Jahren. Somit bedarf es zur Finanzierung dieser Ausgaben mehr Umverteilung.

Für die Beitragshöhe der Familien bedeuten die beschriebenen Entwicklungen auf der anderen Seite eine Zunahme ihrer Finanzierungsbelastung. In der Summe steigt im Zeitablauf damit tendenziell die – durchaus im System auch so angelegte – Umverteilung von Familien hin zu Älteren.



6. Der Einfluss von Steuerzuschüssen auf den Familienausgleich

Die beitragsfreie Mitversicherung wird seitens des Bundesfamilienministeriums zu den ehe- und familienbezogenen Leistungen gezählt⁵⁴ und wird als ein Argument für Steuerzuschüsse in die GKV gebraucht.⁵⁵ Diese Steuerzuschüsse kommen aber keineswegs gezielt Familien zugute. Zum einen profitieren privatversicherte Familien nicht davon und zum anderen wirkt der Steuerzuschuss in die GKV bisher allgemein beitragsenkend und begünstigt damit alle Versicherten – und Versicherte mit hoher Beitragslast am meisten.

Ursache für diesen Befund ist die Wirkungsweise des Umlagesystems. Dieses lässt sich wie folgt grob formal beschreiben: Den gesamten beitragspflichtigen Einkommen (Einnahmen) stehen im Umlagesystem die laufenden Ausgaben gegenüber. Konzentriert man sich auf die zentralen Mechanismen des Umlagesystems und lässt in der Realität abweichende Maßnahmen, wie z.B. Zusatzbeiträge beiseite, werden die Ausgaben durch einen prozentualen Beitrag auf das Einkommen finanziert. Dieser Beitragssatz stellt das Verhältnis der Ausgaben zu den beitragspflichtigen Einnahmen dar.

Wird nun in dieses System ein Steuerzuschuss eingespeist, kann ein Teil der Ausgaben durch den Steuerzuschuss abgedeckt werden. Die Ausgaben, die über die Umlage finanziert werden müssen, reduzieren sich entsprechend. Damit kann der Beitragssatz zur Finanzierung dieser Ausgaben im Verhältnis des Steuerzuschusses zu den gesamten Ausgaben herabgesetzt werden. Ein Steuerzuschuss in der GKV wirkt damit aufgrund des Umlagesystems beitrags- oder zusatzbeitragsenkend für alle Beitragspflichtigen. Besonders im ersten Fall trifft dies vor allem Versicherte, die an oder über der BBG verdienen. Diese Personen bekommen durch Steuerzuschüsse den höchsten Beitragsnachlass in Euro – unabhängig von ihrer Kinderzahl. Folglich können Steuerzuschüsse zur GKV kein geeignetes Mittel für eine gezielte Entlastung von Familien sein und sollten daher auch nicht mit diesem Argument begründet werden.

Dies gilt insbesondere, da auf der Leistungsseite in der GKV nur sehr begrenzt eine Verbesserung der Situation für Familien herbeigeführt werden kann. Für die Familie besteht – wie für alle Versicherten – immer ein Krankenversicherungsschutz. Nur in begrenztem Umfang finden sich in der GKV spezielle Angebote für Familien, die über einen Krankenversicherungsschutz hinausgehen, einen wirklichen Mehrwert für die Familien schaffen und damit als eine Familienförderung gewertet werden können.

⁵⁴ Vgl. z.B. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012).

⁵⁵ Vgl. z.B. Bundesministerium für Gesundheit (2012c).

Anders kann beispielsweise eine Regelung in der Rentenversicherung aussehen, in der Kindererziehungszeiten stärker angerechnet werden und dafür Steuergelder in die Rentenversicherung fließen. Hier erfährt die Familie (bzw. speziell die erziehende Person) dann auf der Leistungsseite eine Besserstellung, die zielgenau aufgrund der Erziehungsleistung erfolgt. In der Krankenversicherung wird aber so gut wie nicht im Umfang des Versicherungsschutzes differenziert, so dass auf diesem Wege keine gezielte Anerkennung der Erziehungsleistung von Familien möglich ist.

Steuerzuschüsse, die in die GKV geleitet werden, erreichen somit nicht in erster Linie Familien, sondern entlasten insbesondere Versicherte mit der höchsten Beitragslast. Die Leistungsfähigkeit der Familien kann über diesen Weg nicht angemessen berücksichtigt und eine Förderung nicht zielgenau umgesetzt werden.



7. Fazit

Der Anspruch, mit dem System der GKV einen echten Familienlastenausgleich zu betreiben, ist zu hinterfragen. Lasten von Familien werden bei der Verbeitragung nicht ausgeglichen (z.B. durch die Freistellung des Existenzminimums) und ihre Leistungen – einerseits durch ihre Kinder, andererseits durch eigene Beiträge – werden nicht anerkannt. Schaut man sich die Höhe der Beitragszahlung einer Familie im Verhältnis zu dem Wert ihrer benötigten Leistungen an, fällt auf, dass eine typische Familie mit 2 Kindern während der aktiven Familienphase ihre Gesundheitsausgaben im System der GKV selbst deckt und damit keineswegs Nettoempfänger ist. Im Gegenteil: Familien finanzieren die Gesundheitsausgaben anderer Versicherter sogar in der Regel mit.

Diese Situation hat sich in den letzten Jahren nicht verändert, auch wenn ein wachsender Teil der GKV aus Steuern finanziert wird. Familien werden durch den höheren Beitragssatz, die gestiegene Beitragsbemessungsgrenze und die zunehmende Erwerbsbeteiligung von beiden Elternteilen in wachsendem Maße zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben herangezogen. Insbesondere der Wert der Gesundheitsleistungen, die Personen im Alter benötigen, ist in den letzten Jahren gestiegen. Diese Zunahme der Ausgaben wird zum großen Teil von den aktiv Beschäftigten getragen, also in einer Lebensphase, in die in der Regel auch die Familiengründung und die Erziehung der Kinder fallen.

Von der Politik wird als ein Instrument der Familienpolitik trotzdem auf die Familienversicherung in der GKV verwiesen. Durch die angebliche „Beitragsfreiheit“ der Kinder werden Familien scheinbar erfolgreich entlastet – ein zentrales familienpolitisches Anliegen. Eine genauere Betrachtung zeigt aber, dass dies nicht der Fall ist und die Durchschnittsfamilien, mit minderjährigen Kindern in der Regel nicht zu den Nettoempfängern in der GKV zählen, sondern vielmehr Leistungsträger sind: Mit ihren Beiträgen finanzieren sie heute die Gesundheitskosten anderer mit und durch ihre Kinder sichern sie zudem die Tragfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme in der Zukunft.

8. Quellenverzeichnis

AVID (2007): Altersvorsorge in Deutschland 2005, Internetabfrage unter <http://www.altersvorsorge-in-deutschland.de>, Abruf am 26.02.2013.

Buchner, F./Wasem, J. (2000): Verteilung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern, Diskussionspapier Nr. 1/00, Universität Greifswald.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Familienreport 2012 – Leistungen, Wirkungen, Trends, im Internet unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Familienreport-2012,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, Abruf am 26.02.2013.

Bundesministerium für Gesundheit (verschiedene Jahrgänge): GKV-Statistik KV 45, im Internet unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung.html>.

Bundesministerium für Gesundheit (2012a): Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung, im Internet unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html>, Abruf am 26.02.2013.

Bundesministerium für Gesundheit (2012b): Kennzahlen und Faustformeln, im Internet unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/Kennzahlen_und_Faustformeln_GKV_2001-2012_120903.pdf, Abruf am 26.02.2013.

Bundesministerium für Gesundheit (2012c): Glossar – Versicherungsfremde Leistungen, im Internet unter <http://www.bmg.bund.de/?id=874>.

Bundesministerium für Gesundheit (2012d): Mitgliederstatistik KM6, im Internet unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung.html>, Abruf am 26.02.2013.

Bundesverfassungsgericht (2001): Pressemitteilung Nr. 35/2001 vom 3. April 2001 zum Urteil vom 3. April 2001, Az. 1 BvR 104/95, 1 BvR 81/98, 1 BvR 1629/94, 1 BvR 1681/94, u.a. Download unter: <http://www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg35-01.html>.

Bundesversicherungsamt (2010): Risikostrukturausgleich – Jahresausgleich 2008, Bonn.

Deutsche Rentenversicherung (2012): Rentenversicherung in Zeitreihen, Kapitel „Versicherte“ im Internet: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb>.

Finkenstädt, V./Keßler, T. (2012): Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten - Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012.

Niehaus, F. (2006): Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.



Niehaus, F. (2009): Ein Vergleich der von Familien geleisteten Beiträge und erhaltenen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 12, S. 282-290.

Niehaus, F. (2012): Kompressions- versus Medikalisierungsthese: Die monetären Auswirkungen, in: Gesundheitswesen aktuell 2012, S. 46-66.

Moog, S./Raffelhüsch, B. (2006): Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse, Studie des Forschungszentrums Generationenverträge im Auftrag der Initiative neue Soziale Marktwirtschaft, Freiburg.

Pfaff, A. B. (1993): Familienhilfe: Familienlastenausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 42, S. 302-308.

Statistisches Bundesamt (2009): Im Blickpunkt: Jugend und Familie in Europa, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010a): Wirtschaftsrechnungen – Einkommens- und Verbrauchsstichprobe – Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte 2008, Fachserie 15, Heft 4, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2010b): Frauen und Männer in verschiedenen Lebensphasen, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012): Geburten in Deutschland, Wiesbaden.

Wasem, J./Greß, S. (2005): Finanzierungsreform der Krankenversicherung aus familienpolitischer Sicht, in: Althammer, J. (Hrsg.): Familienpolitik und soziale Sicherung, Berlin.

Wenzel, D. (1999): Finanzierung des Gesundheitswesens und Interpersonelle Umverteilung, Mikrosimulationsuntersuchung der Einkommenswirkung von Reformvorschlägen zur GKV-Finanzierung, Sozialökonomische Schriften, Band 17, Peter Lang, Frankfurt a.M. u.a.

van der Beek, K./Weber, C. (2008): Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung? Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Über den Autor



Dr. Frank Niehaus, Jahrgang 1972, ist verheiratet und Vater zweier Kinder. Nach dem Studium der Wirtschaftswissenschaften und der Promotion an der Universität Hannover wechselte er 2005 zum Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP), das er seit 2010 leitet. Einer seiner Forschungsschwerpunkte ist die Finanzierung des Gesundheitswesens mit Fragen zur Nachhaltigkeit und zu Folgen des demografischen Wandels.



Impressum

© 2013 Bertelsmann Stiftung

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

Verantwortlich

Sarah Menne

Gestaltung

Markus Diekmann, Bielefeld

Titelfoto

shutterstock/Monkey Business Images

Druck

Heiden Druck und Medien GmbH, Gütersloh

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
Fax +49 5241 81-81999

Sarah Menne
Programm Wirksame Bildungsinvestitionen
Telefon +49 5241 81-81260
Fax +49 5241 81-681260
sarah.menne@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de

www.wirksame-bildungsinvestitionen.de