

Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung

Dr. Frank Wild

**Beurteilung von Modellen
der Einbeziehung von Beamten
in die gesetzliche
Krankenversicherung**

Dr. Frank Wild

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV

Bayenthalgürtel 40 · 50968 Köln

Telefon 0221 / 3 76 62-56 30 · Telefax 0221 / 3 76 62-56 56

E-Mail: wip@pkv.de

Köln, im August 2005

ISBN 3-9810070-2-6

Vorwort

Beamte erhalten im Krankheitsfall Beihilfe, die einen wesentlichen Teil ihrer Krankheitskosten abdeckt. Für die nicht durch die Beihilfe abgedeckten Kostenteile besteht in aller Regel ein privater Krankenversicherungsschutz.

Wiederholt wird die Forderung nach Abschaffung der Beihilfe zugunsten der Einführung eines Arbeitgeberzuschusses erhoben. Beamte sollen in der Krankenversicherung dann wie Arbeitnehmer behandelt werden. Dahinter steht die Vorstellung, dass sich dadurch die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern kann.

Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, ob dies tatsächlich der Fall ist. Ältere Studien haben insbesondere bezüglich der Sozialstruktur der Beamten zum Teil auf Annahmen zurückgreifen müssen, die hier erstmalig durch präzise Daten ersetzt werden konnten.

Die Ergebnisse sind eindeutig: Eine spürbare Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht zu erwarten. Das gilt insbesondere auf mittlerer Sicht, wenn die mit dem steigenden Durchschnittsalter der Beamten zunehmende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen berücksichtigt wird.

In Zeiten des demographischen Wandels können Vorschläge ohnehin nicht überzeugen, die Bevölkerungsgruppen, die mit ihren nicht durch die Beihilfe abgedeckten Gesundheitskosten kapitalgedeckt in der privaten Krankenversicherung versichert sind, in die demographieanfällige Umlagefinanzierung überführen wollen.

Köln, August 2005

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	7
1. Einleitung	9
2. Die Beamten und ihre Krankenabsicherung	12
2.1. Der historische Ursprung	12
2.2. Die Krankheitsabsicherung der Beamten heute	13
3. Reformvorschläge	15
4. Bisherige Studien	17
4.1. Studie der Rürup-Kommission	17
4.2. Gutachten des IGES-Instituts	18
4.3. Untersuchung von INIFES und der Universität Augsburg	19
4.4. Studie von Gasche	20
5. Analytische Vorgehensweise	21
5.1. Datenmaterial	21
5.2. Kalkulationsweise	23
6. Referenzmodell	26
6.1. Charakteristiken des Beamtensektors	26
6.1.1. Altersstruktur	27
6.1.2. Einkommens- und Beschäftigungsstatus	29
6.1.3. Ruhestand und Dienstunfähigkeit	34
6.1.4. Zahl der Angehörigen	37
6.2. Vorstellung des Kalkulationsmodells	40
6.3. Kalkulation des Modells	42
7. Bürgerversicherungsmodell	45
7.1. Vorstellung des Modells	45
7.2. Auflösung der Versicherungspflichtgrenze	45
7.3. Kalkulation des Modells	46
8. Systemumstellungsmodell	49
8.1. Vorstellung des Modells	49
8.2. Kalkulation des Modells	49
9. Neubeamtenmodell	52

9.1. Vorstellung des Modells.....	52
9.2. Kalkulation des Modells.....	52
10. Auswirkungen der demographischen Entwicklung	56
11. Sonstige Probleme	60
11.1. Quersubventionierung der GKV.....	60
11.2. Wegfall des Beihilfesystems	60
12. Resümee der Arbeit	62
Anhang	63
Literaturverzeichnis.....	67
Abkürzungsverzeichnis	72

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Altersstruktur Beamte und GKV-Versicherte	28
Abbildung 2: (Potenzielle) Verteilung Mitglieder und Mitversicherte . .	40
Abbildung 3: Leistungsausgaben pro Kopf nach Alter im Jahr 2002	58
Tabelle 1: Bruttomonatsbezüge vollzeitbeschäftigter Beamter.	30
Tabelle 2: Einkommen verschiedener Haushaltsgruppen im Jahr 2003	31
Tabelle 3: Ruhegehalt und Ruhegehaltssätze von Versorgungsempfängern.	31
Tabelle 4: Einkommen von Pensionärs- und Rentnerhaushalten	33
Tabelle 5: Bruttomonatsbezüge teilzeitbeschäftigter Beamter	34
Tabelle 6: Ruhestandseintrittsalter	35
Tabelle 7: Versorgungszugänge im Jahr 2001	36
Tabelle 8: (Potenzielle) Mitversicherungsquote in der GKV und in der PKV	39
Tabelle 9: Einnahmenkalkulation im Referenzmodell	42
Tabelle 10: Ausgabenkalkulation im Referenzmodell.	43
Tabelle 11: Ergebnisse des Referenzmodells	44
Tabelle 12: Einnahmenkalkulation im Bürgerversicherungsmodell	46
Tabelle 13: Ausgabenkalkulation im Bürgerversicherungsmodell.	47
Tabelle 14: Ergebnisse des Bürgerversicherungsmodells	48
Tabelle 15: Einnahmenkalkulation im Systemumstellungsmodell.	50
Tabelle 16: Ausgabenkalkulation im Systemumstellungsmodell	50
Tabelle 17: Ergebnisse des Systemumstellungsmodells.	51
Tabelle 18: Ergebnisse des Neubeamtenmodells.	54
Tabelle 19: Folgen für die öffentliche Hand im Neubeamtenmodell . . .	55
Tabelle 20: Bürgerversicherungsmodell in den Jahren 2002 und 2003 .	56
Tabelle 21: Ausgaben im Modell für über 65-Jährige in den Jahren 2002 und 2012	59
Tabelle 22: Beamte, Richter und Soldaten im öffentlichen Dienst im Jahr 2002	63
Tabelle 23: Versorgungsempfänger von Ruhegehalt im Jahr 2002	65
Tabelle 24: Vollzeitbeschäftigte Beamte und Richter nach Altersgruppen im Jahr 2002	66
Tabelle 25: Versorgungsempfänger nach Altersgruppen im Jahr 2002 . .	66

Einleitung

Die Debatten um eine Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland konzentrieren sich seit einigen Monaten auf eine Neuausrichtung der Finanzierungsseite in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Als Ausgangspunkt der Diskussionen wird der Anstieg der durchschnittlichen Beitragssätze in der GKV von 8,2 % im Jahr 1970 auf 14,31 % im Jahr 2003 gesehen.¹ Damit verbunden ist eine Zunahme der Lohnnebenkosten und demzufolge eine Verteuerung des Faktors Arbeit. Vor dem Hintergrund rekordhoher Arbeitslosenzahlen und eines mäßigen Wirtschaftswachstums scheint eine Senkung der Abgabenquote notwendig. Infolge des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung werden in naher Zukunft ohnedies erhebliche Ausgabensteigerungen und damit Beitragserhöhungen erwartet.

Einige Reformvorschläge in der Auseinandersetzung um eine Finanzierungsreform werden unter dem Begriff der Bürgerversicherung zusammengefasst. Im Grundsatz sollen hierbei die Finanzierungsprobleme der GKV mit Hilfe einer Erweiterung der Finanzierungsbasis gelöst werden. Die Finanzierungsbasis soll durch eine Verbeitragung von weiteren Einkommensarten, wie beispielsweise Kapitaleinkommen, und eine Einbeziehung von bisher nicht GKV-Versicherten, gestärkt werden. Gutverdienende und Selbständige, die bisher – auf freiwilliger Basis – überwiegend in der privaten Krankenversicherung (PKV) abgesichert waren, würden in der GKV versicherungspflichtig. Für Beamte würde das Gleiche gelten. Das bis dato für sie zuständige Beihilfesystem der öffentlichen Hand sowie ihre subsidiäre Absicherung über die PKV sollen der Vergangenheit angehören. Im Ergebnis wäre die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland versicherungspflichtig und müsste sowohl auf Arbeits- als auch auf andere Einkommen Sozialversicherungsbeiträge zahlen.

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004a); VdAK (2004), S. 53.

In dieser Untersuchung werden die Wirkungen einer Verbreiterung der Finanzierungsbasis in der GKV durch die Einbeziehung von Beamten und Versorgungsempfängern untersucht. Diese Bevölkerungsgruppe stellt die größte Gruppe von Neuzugängen, die die GKV im Rahmen einer Bürgerversicherung begrüßen könnte. Von ihrer Einbeziehung wird eine beitragsenkende Wirkung erwartet, werden Beamte nicht zuletzt aufgrund ihrer Bezüge als ein gutes Risiko für die GKV angesehen.² Diese Hypothese soll hier hinterfragt werden. Stellen Beamte und Versorgungsempfänger wirklich das gute Risiko dar, das ihnen gemeinhin unterstellt wird, und kann infolge der Verbeitragung ihrer Bezüge eine Beitragssatzsenkung in der GKV erreicht werden?

Im ersten Teil der Untersuchung wird in einem kurzen Abriss die Historie der Beamtenversorgung und die derzeitige Absicherung der Beamten über das Beihilfesystem dargestellt. Dabei wird auch auf die freie Heilfürsorge für Soldaten und Polizisten eingegangen. Nach der Erläuterung des Reformvorschlags Bürgerversicherung folgt in Kapitel vier eine kritische Auseinandersetzung mit Auswirkungen einer solchen Reform auf den Beitragssatz der GKV. Unter Berücksichtigung des Themas der vorliegenden Untersuchung werden vor allem die Ergebnisse bisheriger Analysen hinsichtlich der Einbeziehung von Beamten in die GKV hinterfragt. Es wird deutlich gemacht, dass in diesen Studien einige Annahmen, z. B. hinsichtlich der Mitversicherungsquote, gemacht werden, die mindestens zweifelhaft oder sogar falsch sind. Zudem werden dort vielfach zusätzliche Ausgaben infolge von Verwaltungskosten und Satzungsleistungen ignoriert und es wird mit einer höheren Beitragsbemessungsgrenze gerechnet.

In den Kapiteln sechs bis neun werden vier Modelle kalkuliert. Es wird jeweils mit gesicherten Daten untersucht, ob die Beamten tatsächlich ein gutes oder schlechtes Risiko aus Sicht der GKV bedeuten. Beurteilungsmaßstab ist die Veränderung des Beitragssatzes bei

² Vgl. Lauterbach (2004a).

Einbeziehung der Beamten und ihrer Familienangehörigen in die GKV.

Das Referenzmodell überträgt das Reglement der Angestellten auf Beamte und unterstellt, es hätte niemals Beihilfe gegeben, die Beamten und ihre Angehörigen wären also überwiegend in der GKV versichert. Die drei weiteren Modelle sehen verschiedene Formen der Ausdehnung der GKV auf Beamte und Familienangehörige vor: Das Bürgerversicherungsmodell unterstellt eine Versicherungspflicht für alle Beamten und Versorgungsempfänger, im Systemumstellungsmodell müssen ausschließlich Beamte unterhalb der Versicherungspflichtgrenze in die GKV wechseln und im Neubeamtenmodell werden nur die neu Verbeamteten verpflichtet eine gesetzliche Krankenversicherung abzuschließen.

Es zeigt sich, dass der Einbezug von Beamten nur sehr geringe Auswirkungen auf den Beitragssatz entfaltet. Beamte verfügen zwar über überdurchschnittliche Gehälter und Versorgungsbezüge, sie sind aber dafür auch älter, gehen früher in den Ruhestand und haben eine höhere Lebenserwartung. Darüber hinaus brächten sie vergleichsweise viele Angehörige in die GKV mit, die dort einen beitragsfreien Versicherungsschutz erhielten. Selbst unter Einbezug aller Beamten in die GKV (Bürgerversicherungsmodell) kann nur eine Beitragssatzsenkung von maximal 0,15 Prozentpunkten realisiert werden. Eine Berechnung des Alterungseffektes in einem dynamischen Modell akzentuiert in Kapitel zehn die Auswirkungen der demographischen Entwicklung. Hier wird konkretisiert, dass die ungünstige Altersstruktur der Beamten abträglich für die GKV wäre. Mittel- bis langfristig würden sich die Beamten als eine erhebliche Belastung für die Krankenkassen herausstellen. Die Untersuchung schließt mit einer Reihe weiterer ausgabenwirksamer Probleme, die eine Versicherungspflicht für Beamte selbst auf kurze Sicht zu einem wenig attraktiven Reformvorschlag für die GKV werden lassen.

2. Die Beamten und ihre Krankenabsicherung

2.1. Der historische Ursprung

Der Beamte und die Grundsätze des Beamtentums sind zuvorderst in ihrer historischen Entwicklung zu betrachten. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass es Friedrich Wilhelm I. von Preußen (1688-1740) war, der hierzulande die Grundsätze wie Pflichtbewusstsein, Sachkenntnis und Unbestechlichkeit für seine Staatsdiener schuf. Das unter Friedrich Wilhelm II. (1744-1797) im Jahre 1794 verabschiedete Preußische Allgemeine Landrecht nahm diese Regeln auf; es gilt damit als das erste Beamtengesetz. In späteren Zeiten, besonders während der Weimarer Republik, wurde das Beamtenrecht noch etwas präzisiert; die Rechte und Pflichten von Staat und Beamten orientierten sich aber unübersehbar an den hergebrachten Grundsätzen.³ Wesentliche Elemente sind die Pflicht zur Verfassungstreue, zur unparteiischen Amtsführung und zum Gehorsam sowie das Streikverbot. Der Staat als Dienstherr gewährt dem Beamten, praktisch als Gegenleistung, eine lebenslange Anstellung und das Recht auf amtsangemessene Besoldung und Versorgung (Alimentationsprinzip). Erhofft wird Loyalität und damit Stabilität in der Gesellschaft.⁴ Auch in schwierigen Zeiten soll die Funktion des Staatsapparates gewährleistet und ein Zusammenbruch sensibler Bereiche verhindert werden. Die Grundsätze des Berufsbeamtentums haben Verfassungsrang, die wesentlichen Normen sind in Artikel 33 Abs. 4 GG und Artikel 33 Abs. 5 GG niedergeschrieben.⁵ Für die vorliegende Untersuchung spielt das Alimentationsprinzip eine besondere Rolle. Es verpflichtet den Dienstherrn, den Beamten und dessen Familie einen seinem Amt entsprechenden angemessenen Lebensunterhalt zu gewähren und damit praktisch für

³ Vgl. Hattenhauer, H. (1980).

⁴ Vgl. Spieß (2005).

⁵ Artikel 33 Abs. 4 GG lautet: „Die Ausübung hoheitsrechtlicher Befugnisse ist als ständige Aufgabe in der Regel Angehörigen des öffentlichen Dienstes zu übertragen, die in einem öffentlich-rechtlichen Dienst- und Treueverhältnis stehen.“ Artikel 33 Abs. 5: „Das Recht des öffentlichen Dienstes ist unter Berücksichtigung der hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums zu regeln.“

ihn – auch im Krankheitsfall – zu sorgen. Der Beamte soll wirtschaftlich unabhängig sein und seine Tätigkeit als Lebensberuf betrachten.

2.2. Die Krankheitsabsicherung der Beamten heute

Nach der derzeitigen Rechtslage erfolgt die Absicherung des Krankheitsrisikos für die Mehrzahl der Beamten in der Form, dass sich der Dienstherr unmittelbar an den Krankheitskosten beteiligt. Beamte sind damit krankenversicherungsfrei. Die so genannte Beihilfe zu den Krankheitskosten erhalten sie aufgrund von Rechtsansprüchen infolge der Fürsorgepflicht des Dienstherrn – nicht nach dem Versicherungsprinzip kraft eigener Prämien oder Beiträge. Die Beihilfe ist als Ergänzung der Besoldung zu verstehen. Das System der Beihilfegewährung ist neben der GKV ein eigenständiges Krankenfürsorgesystem. Die Beihilfe wird in prozentual unterschiedlicher Höhe für Krankheits-, Pflege- und Geburtsfälle gewährt. Sie ist je nach Bundesland personen- oder familienbezogen. Unterschiedlich ist auch die Handhabung bei so genannten Wahlleistungen wie der Chefarztbehandlung und bei den Zuzahlungen von Medikamenten. Grosso modo kann von einem Beihilfesatz von 50 % der Leistungsausgaben für aktive Beamte, von 70 % für Versorgungsempfänger und von 80 % für Kinder beziehungsweise Waisen ausgegangen werden.⁶ Den von der Beihilfe nicht gedeckten Betrag kann der Beamte über eine private Krankenversicherung absichern, was er im Regelfall auch macht. Einige wenige entscheiden sich für eine Absicherung in der GKV beziehungsweise verzichten auf einen zusätzlichen Krankenversicherungsschutz.⁷ Die Familienangehörigen eines Beamten sind im Falle einer Erwerbstätigkeit natürlich selbst in der GKV beziehungsweise der PKV versichert. Wenn sie keiner Erwerbsbeschäftigung nachgehen, können sie sich unter Inanspruchnahme der Beihilfe privat versichern. Erhält der Beamte oder sein beihilfeberechtigter An-

⁶ Vgl. Beihilfevorschriften des Bundes (BhV).

⁷ Die GKV ist für Beihilfeberechtigte keine echte Alternative. Als GKV-Versicherte müssen Beamte den vollständigen Beitragssatz (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag) allein zahlen.

gehöriger medizinische Leistungen, zahlt er diese zuvorderst selbst. Erst auf Antrag erstattet ihm die Beihilfestelle und sein privater Krankenversicherer die Kosten. Es gilt das Kostenerstattungsprinzip im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip in der GKV. Die Beihilfetarife der PKV sind preislich deutlich günstiger als die PKV-Tarife für Nichtbeamte, zahlt die PKV doch nur subsidiär zur Beihilfe. Prämienentlastend wirkt zudem, dass von den hohen Krankheitskosten im Alter ein höherer Anteil von immerhin 70 % von der Beihilfe übernommen wird.

Für Soldaten, Polizei- und Grenzschutzbeamte gelten besondere Bestimmungen. Berufssoldaten erhalten eine freie Heilfürsorge beziehungsweise eine unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Für Polizeibeamte gewähren einige Bundesländer noch eine freie Heilfürsorge, andernorts erfolgt die Absicherung ebenfalls über die Beihilfe. Der Anspruch auf freie Heilfürsorge hat in jedem Fall Vorrang vor dem Anspruch auf Gewährung von Beihilfen (Subsidiaritätsprinzip). Über die freie Heilfürsorge hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen der Beihilfevorschriften beihilfefähig. Die Beihilfeberechtigung für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen bleibt von der freien Heilfürsorge unberührt. Die Familienangehörigen eines Berufssoldaten erhalten also die gleichen Beihilfen wie alle anderen Beihilfeberechtigten. Nach der Pensionierung erhalten alle Beamten, also auch die Heilfürsorgeberechtigten, Beihilfezuwendungen. Einen Zuschuss des Dienstherrn zu den Versicherungsbeiträgen in der PKV oder auch der GKV gibt es nicht.

3. Reformvorschläge

Die Absicherung des Krankheitsrisikos in der Bundesrepublik Deutschland fußt auf verschiedenen Säulen. Abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze sind verpflichtet Mitglied der GKV zu werden. Ihr Versicherungsbeitrag wird einkommensabhängig erhoben, wobei als Bemessungsgrundlage maximal die Beitragsbemessungsgrenze angesetzt wird. Ebenfalls in der GKV versichert sind Empfänger von Arbeitslosengeld beziehungsweise Arbeitslosengeld II sowie die Rentner, die zuvor während des Großteils ihres Erwerbslebens in der GKV waren. Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sowie Selbständige können ihre Krankenvorsorge eigenverantwortlich regeln. Ihnen steht es frei, sich über eine private Krankenversicherung risikoabhängig zu versichern, freiwilliges Mitglied der GKV zu werden oder auf den Abschluss einer Versicherung zu verzichten und möglicherweise über Sparverträge eine gewisse Rücklage für Unglücksfälle vorzunehmen. Eigene Systeme zur Absicherung gelten z. B. für Landwirte (Beiträge abhängig von Hofgröße und Umsatz), für Sozialhilfeempfänger (sie erhalten Leistungen nach SGB XII) und – wie im vorigen Kapitel geschildert – für Beamte und Soldaten beziehungsweise Polizisten.

Der Fokus der öffentlichen Diskussion um die Ausgaben im Gesundheitswesen liegt auf der Entwicklung der GKV. Ziel ist es, dort eine Beitragssatzentlastung und in der Folge eine mittel- bis langfristige Stabilität bei der Finanzierung der GKV-Ausgaben zu erzielen. Die Beitragssatzentlastung soll eine Verringerung der Lohnnebenkosten und damit eine Belebung des darbenenden Arbeitsmarktes bewirken. Aus einer glaubhaften Stabilisierung der Beitragssätze sollen zudem Investitions- und Planungssicherheit für Unternehmen und Individuen erwachsen.

Der Vorschlag der Bürgerversicherung sieht im Grundsatz eine Ausdehnung des Personenkreises der GKV und eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage vor. Die gesamte Bevölkerung soll per

Gesetz verpflichtet werden, in die GKV einzutreten. Andere Absicherungssysteme, wie die Beihilfe oder die freie Heilfürsorge, würden damit abgeschafft. Personen mit höherem Einkommen sowie Selbständige hätten keine Freiheit mehr, selbst über ihre Krankenabsicherung zu entscheiden. Nach den Plänen der Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme sollen auch auf Kapitaleinkommen sowie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung Krankenversicherungsbeiträge erhoben werden. Freibeträge und der Abzug von Werbungskosten sind bei der Kapitalbesteuerung vorgesehen.⁸ Ähnliche Modelle zur Bürgerversicherung liegen beispielsweise auch von der Projektgruppe Bürgerversicherung der SPD und von der Partei Bündnis 90/Die Grünen vor.⁹ Eine Umsetzung derartiger Pläne bedeutet für die Beamten eine Abschaffung der Beihilfe und die Zahlung von Arbeitnehmerbeiträgen. Der Dienstherr muss anstatt Beihilfezahlungen Arbeitgeberbeiträge entrichten. Die Verfechter schätzen die Beamten als ein gutes Risiko ein, was in der GKV höhere Einnahmen und damit eine Beitragssatzsenkung ermöglichen würde. Befürworter bringen weiter vor, dass die in der Bevölkerung verbreitete Vorstellung von Gleichbehandlung und Gerechtigkeit in der Bürgerversicherung besser genüge getan würde. Eine GKV könne nicht ein Solidarprinzip verfolgen, wenn sich Teile der Bevölkerung einer Verbeitragung entziehen können.

⁸ Vgl. Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003), S. 149-159, Lauterbach (2004b), S. 48-63.

⁹ Vgl. Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes (2004); Schlen, Schröder, Schiffhorst (2004).

4. Bisherige Studien

4.1. Studie der Rürup-Kommission

Die Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme folgt in ihrer Studie einem Gutachten zu den Beitragssatzentwicklungen in einer Bürgerversicherung von Bork¹⁰. Dort werden die Wirkungen einer Bürgerversicherung bei Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze von 3.487,50 € (im Jahr 2004) auf 5.100 € sowie bei einer Einbeziehung aller Einkommensarten untersucht. Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ermöglicht danach eine Beitragssatzsenkung von 0,8 Prozentpunkten und die Einbeziehung anderer Einkunftsarten eine Beitragssatzsenkung von weiteren 0,5 Prozentpunkten. Laut der Kommission ebnet die Verbeitragung des Einkommens von Selbständigen und Beamten langfristig den Weg für eine Absenkung um 0,7 Beitragssatzpunkte.¹¹

Hierzu ist einiges kritisch anzumerken. Erstens wurde die Reduzierung infolge der Erweiterung auf Beamte und Selbständige bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 5.100 € errechnet. Es darf also nicht automatisch die Schlussfolgerung entstehen, Beamte seien für die GKV ein gutes Risiko. Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze führt immer zu Mehreinnahmen. Methodisch ist eine solche Analyse also nicht rein, insbesondere dann nicht, wenn sie fehlerhafte Schlussfolgerungen provoziert. Zweitens wird von einer sukzessiven Auflösung des Beihilfesystems ausgegangen; nur neu Verbeamtete müssen in die Bürgerversicherung. Das schlechte Risiko, welches der Beamtenstamm aufgrund seiner Altersstruktur (geschaffen durch viele Verbeamtungen in den 70er Jahren) darstellt, bleibt außerhalb der GKV. Zwar altern auch die neu Verbeamteten, die ungünstige Altersstruktur der Beamten von heute wird aber bei dieser Vorgehensweise ausge-

¹⁰ Vgl. Bork (2003), S. 24-25.

¹¹ Vgl. Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2004), S. 159.

blendet. Drittens werden Selbständige und Beamte zusammen betrachtet; unklar bleibt, welcher Anteil von Beamten getragen wird. Viertens werden auch Kapitaleinkommen einbezogen. Aufgrund der hohen Elastizität von Kapital und der großen Unsicherheit über die Vorgehensweise bei der Verbeitragung von Kapital, liegen hier große Unwägbarkeiten in der Berechnung.

Wie in anderen Studien auch wird unterstellt, dass PKV-Versicherte ein gutes Risiko für die GKV darstellen würden, da es sich vielfach um Alleinstehende, weniger um Familien mit mehreren Kindern handelt.¹² Gut verdienende Familienmensen wären aufgrund der Attraktivität der beitragsfreien Mitgliedschaft bereits in der GKV versichert. Übersehen wird, dass etwa die Hälfte der 8,1 Mio. PKV-versicherten Beamten, Versorgungsempfänger und deren Angehörige sind, und für diese ist die GKV, nicht zuletzt aufgrund der Beihilfeverordnung, unattraktiv; sie verbleiben – auch trotz Kinder – in der PKV.¹³

4.2. Gutachten des IGES-Instituts

Das Gutachten des IGES-Instituts hat für die Partei Bündnis 90/Die Grünen errechnet, dass die Einbeziehung aller Beamten und ihrer Familienangehörigen in die GKV eine Beitragssatzsenkung von 0,3 Prozentpunkten ermöglicht. Auch die öffentlichen Haushalte würden entlastet; die erforderlichen Beitragszuschüsse des Dienstherrn (Arbeitgeberbeitrag) würden etwa 10 % unter den Beihilfeausgaben liegen. Wenn nur neu Verbeamtete in die GKV wechseln, können diese Entlastungswirkungen laut der IGES-Kalkulation nicht erreicht werden. Für die öffentlichen Haushalte ergäben sich sogar Mehrbelastungen von bis zu 11 %. Im Grünen Modell der Bürgerversicherung werden auch Kapitaleinkommen verbeitragt. Es wird nur ein Szenario

¹² Vgl. Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2004), S. 143.

¹³ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (2004, 2003).

ohne Krankengeld, also mit ermäßigtem Beitragssatz,¹⁴ für Beamte untersucht. Empfänger der freien Heilfürsorge werden ebenso wie Beihilfeberechtigte behandelt. Als Beitragsbemessungsgrenze wird die Grenze von 2004 in Höhe von 3.487,50 € unterstellt. Die vorausgesetzten Datengrundlagen (Mitversicherungsquote, etc.) sind der Schrift nicht zu entnehmen. Es wird aber davon ausgegangen, dass Privatversicherte (einschließlich Beamte) in einer Bürgerversicherung ihren bisherigen Versicherungsschutz beibehalten wollen. Der Teil des PKV-Leistungsumfanges, der durch die Bürgerversicherung nicht abgedeckt wird, wird von ihnen im IGES-Modell als Zusatzversicherung weitergeführt. Vorhandene Alterungsrückstellungen könnten teilweise auf diese Zusatzversicherungen angerechnet werden.¹⁵ Die Belastung für Privatversicherte ist im *Grünen Modell* trotzdem insgesamt höher als im derzeitigen System, da der Beitrag zur Bürgerversicherung eine Reihe von Umverteilungselementen enthält und bei Beamten der Dienstherr keine Beihilfe für Leistungen der Zusatzversicherungen beisteuert. Beamte werden aber nur dann Zusatzversicherungen zum Erhalt des Versicherungsschutzes abschließen, wenn ihre Nachfrage eher preisunelastisch ist und keiner engen Einkommensrestriktion unterworfen ist. Im Regelfall ist aber wohl von einer *normalen* Nachfragekurve auszugehen. Die Annahme, Beamte würden in größerem Stil Zusatzversicherungen erwerben, ist demnach unrealistisch.

4.3. Untersuchung von INIFES und der Universität Augsburg

Eine Studie des Internationalen Instituts für Empirische Sozialökonomie (INIFES) und der Universität Augsburg im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung prognostiziert bei einer schrittweisen Einbeziehung Privatversicherter nur sehr geringe Beitragssatzeffekte. Bis 2015 wäre

¹⁴ Nach § 243 SGB V ist der Beitragssatz der GKV zu ermäßigen, wenn kein Anspruch auf Krankengeld besteht. Ermäßigte Beitragssätze gelten vor allem für Studenten und für freiwillig versicherte Selbständige, die auf einen Krankengeldanspruch verzichten.

¹⁵ Vgl. Sehlen, Schröder, Schiffhorst (2004), S. 48-49.

mit einer Beitragssatzentlastung von 0,2 Prozentpunkten zu rechnen. Nur eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die, aus rechtlichen Gründen nicht umsetzbare, sofortige Einbeziehung aller Personengruppen, könnte eine stärkere Reduzierung des Beitragssatzes ermöglichen. Nach den Berechnungen von INIFES würde eine sofortige Versicherungspflicht für alle Beamten bei Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze von 2004 (3.487,50 €) eine Beitragssatzsenkung von 0,3 Prozentpunkten zulassen.¹⁶

4.4. Studie von Gasche

Eine Untersuchung von Gasche zu den Beitragssatzwirkungen bei einer Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Beamte und Versorgungsempfänger ergab eine mögliche Beitragssatzsenkung von 0,4 Prozentpunkten.¹⁷ Würden alle in Rede stehenden Personen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze in der PKV verbleiben, realisierte sich eine Beitragssatzsenkung von 0,2 Prozentpunkten. Kalkulationsgrundlage bildeten Daten von 2001, wobei nur ein Szenario mit Krankengeldanspruch untersucht wurde. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz lag damals bei 13,6 %, die Beitragsbemessungsgrenze bei 3.336 €. Es wurden eine ganze Reihe von Annahmen getroffen, die jede für sich die ermittelte Beitragssatzreduzierung zu groß ausfallen lässt. Als Mitversicherungsquote wird die Quote der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) herangezogen; Verwaltungskosten und Satzungsleistungen wurden nicht berücksichtigt.

¹⁶ Vgl. Pfaff, Langer u. a. (2004).

¹⁷ Vgl. Gasche (2004).

5. Analytische Vorgehensweise

5.1. Datenmaterial

Bei der Kalkulation der Szenarien wird im Wesentlichen das Datenmaterial des Jahres 2002 verwendet. Dieses Jahr war das der Gegenwart am nächsten liegende, für das zum Zeitpunkt des Schaffens ein vollständiger Datenkranz ermittelbar war. Auf der Einnahmenseite bilden Daten des Statistischen Bundesamtes (Alters-, Laufbahn-, Einkommensstruktur von Beamten und Versorgungsempfänger) die Basis. Auf der Ausgabenseite werden die Leistungsausgaben pro Kopf des Risikostrukturausgleichs (RSA) der GKV herangezogen.¹⁸ Aus dem Datenmaterial des PKV-Verbandes findet die Statistik über die beihilfeberechtigten Personen in der Privaten Pflegeversicherung (PPV) Verwendung. Sie liefert u. a. die Grundlage für die Berechnung der Mitversichertenquote von Beamten. Andere Ökonomen – denen diese Zahlen nicht vorliegen – müssen hier eine Annahme treffen; dies verändert das Ergebnis erheblich. Als Basis für die Ermittlung der Beihilfeausgaben dient die Kopfschadenstatistik der PKV.¹⁹

Das Zahlenwerk des Statistischen Bundesamtes verzeichnet für 2002 insgesamt 1.860.025 Beamte.²⁰ Davon gelten 1.538.775 als Vollzeitbeschäftigte und 321.250 als Teilzeitbeschäftigte. In den Daten enthalten sind auch 185.221 Berufs- und Zeitsoldaten. Für die Methodik ist das Herausrechnen der Zeitsoldaten (etwa 131.000) sinnvoll. Sie sind keine Beamten, haben also in der Analyse keinen Platz. In den Zahlen nicht enthalten sind die 126.298 aktiven Postbeamten. Sie müssen noch addiert werden, so dass insgesamt 1.855.323 aktive Beamte in die

¹⁸ Vgl. Bundesversicherungsamt (2004).

¹⁹ In der Kopfschadenstatistik sind die Pro-Kopf-Ausgaben der PKV-Versicherten geordnet nach Geschlecht, Alter und Tarif, verzeichnet. Der so genannte Kopfschaden ist also das Pendant zu den Leistungsausgaben pro Kopf der GKV, wie sie dort vom Bundesversicherungsamt im Rahmen des Risikostrukturausgleichs veröffentlicht wird. Die Kopfschadenstatistik wird vom Verband der privaten Krankenversicherung aus den gemeldeten Daten der Mitgliedsunternehmen gebildet.

²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003a), S. 33-34.

Kalkulation eingehen. Weiter berücksichtigt werden die Versorgungsempfänger. Hier verzeichnet der Datenkranz des Statistischen Bundesamtes 907.854 Versorgungsempfänger von Ruhegehalt.²¹ In dieser Zahl sind bereits alle betroffenen Gruppen enthalten, also auch die ehemaligen Berufssoldaten und die ehemaligen Postbeamten. In der Summe betrachtet die vorliegende Analyse also 2.763.177 Beamte und Versorgungsempfänger.

Die Zahl der Angehörigen ist für die Berechnung von besonderer Bedeutung. Bei einer Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Beamte, können nicht-beziehungsweise geringerwerbstätige Angehörige von der beitragsfreien Mitversicherung in der GKV profitieren. Um deren Zahl zu ermitteln, wird als Grundlage die Statistik der Beamten beziehungsweise Beihilfeberechtigten der Privaten Pflegeversicherung (PPV) herangezogen. Da die PPV der PKV folgt, umfasst sie Daten zu allen beihilfeberechtigten Personen in der PKV. Deren Zahl lag im Jahr 2002 bei 4.881.839.²² Davon sind 2.118.662 als Personen anzusehen, die im Falle der Einführung einer Versicherungspflicht für Beamte beitragsfrei mitversichert wären. Die Zahl der möglichen Mitversicherten kann ermittelt werden, da für Ehegatten und Kinder in der PPV ein Reglement in Anlehnung an die Gesetzliche Pflege- und damit auch an die gesetzliche Krankenversicherung eingerichtet wurde und auf diese Weise eine statistisch separate Erfassung existiert.²³ So erhalten Ehegatten, bei denen nach den Vorschriften der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) Anspruch auf beitragsfreie Mitgliedschaft bestünde, in der PPV eine Beitragsermäßigung von 50 %.²⁴

²¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003b).

²² Diese Zahl enthält auch die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und die Heilfürsorgeberechtigten (die nicht versicherungspflichtig sind). Jene Personengruppen müssen nach § 23 Abs. 4 SGB VI eine PPV abschließen.

²³ Vgl. § 110 SGB XI.

²⁴ Diese Regelung gilt nur für die Personen, die bei In-Kraft-Treten des Pflege-Versicherungsgesetzes zum 1.1.1995 bereits in der PKV versichert waren. Die Zahl der beitragsfreien Ehegatten im Jahr 2002 (also einschließlich des *Neugeschäftes*) musste also unter Zuhilfenahme der früheren Daten geschätzt werden. Die PPV-Statistik 2002 des Verbandes der privaten Krankenversicherung weist 1.024.849 beitragsfreie Kinder und 795.212 beitragsfreie Ehegatten auf. Im Jahr 1995 waren bei insgesamt 4.846.787 beihilfeberechtigten PPV-Versicherten 1.147.916 beitragsfrei versicherte Kinder und 1.034.591 beitragsfreie Ehegatten ausgewiesen.

Nicht erwerbstätige Kinder werden in der PPV genauso wie in der GPV beitragsfrei mitversichert.

5.2. Kalkulationsweise

Die Kalkulation der Modelle umfasst eine Reihe von Punkten, die von anderen Untersuchungen ignoriert oder übersehen wurden. Es werden Dienstunfähige berücksichtigt (sie werden Erwerbsminderungsrentnern gleichgestellt), es werden Verwaltungskosten und Aufwendungen für Satzungsleistungen beachtet. Der gesamte Beamten-sektor wird berücksichtigt, also einschließlich der Berufssoldaten und der Postbeamten. Das heißt, die hier unterstellte Bürgerversicherung bedeutete die Auflösung der freien Heilfürsorge und der Postbeamtenkrankenkasse.

Für die Modellkalkulation wird die Versicherungspflichtgrenze des Jahres 2002 von 3.375 € und die Beitragsbemessungsgrenze von 2002 in Höhe von ebenfalls 3.375 € verwendet. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz betrug 2002 13,98 %. Für die Krankheitsabsicherung ohne Krankengeldanspruch gilt der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz. Er lag 2002 bei 13,04 %.²⁵ Die Berechnung erfolgt sowohl mit als auch ohne Beinhaltung eines Krankengeldanspruches. Beamte erhalten derzeit kein Krankengeld, da bei ihnen im Krankheitsfall die Bezüge weiter gezahlt werden. Es ist aber noch nicht abzusehen, welche Herangehensweise eine Bürgerversicherung mit sich brächte. Ursprünglich die Hauptleistung, nimmt die Bedeutung des Krankengeldes in der GKV bereits seit Jahrzehnten ab.

Die Sozialversicherungsbeiträge werden auf die Bezüge der Beamten berechnet. Die angesetzten Bezüge ergeben sich aus der Laufbahneinstufung unter Berücksichtigung von Grundbezügen und Sonderzuschlägen sowie der Altersstruktur. Es werden nur Einnahmen aus der Verbeitragung von Bezügen und Pensionen berechnet; eine eventuelle Heranziehung von Kapitaleinkommen bleibt unberücksichtigt.

²⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003a).

In jedem Modell werden neben den Einnahmen auch die zusätzlichen GKV-Ausgaben berechnet, die entstehen würden, wenn Beamte und ihre mitversicherten Angehörigen in die GKV wechseln müssten. Im ersten Schritt wird die Zahl der Betroffenen mit den Leistungsausgaben pro Kopf aus dem Risikostrukturausgleich (so genannte RSA-Daten) multipliziert. Die Rechnung galt es zum einen mit und zum anderen ohne Berücksichtigung von Krankengeldzahlungen vorzunehmen. Im zweiten Schritt wurde die gleiche Kalkulation für die Dienstunfähigen vorgenommen. Deren Zahl und die entsprechende Struktur stammen aus Daten des Statistischen Bundesamtes. Als erwartete Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV wurden die Leistungsausgaben aus dem RSA für Erwerbsunfähigkeitsrentner herangezogen.²⁶ Im Modellfall mit Krankengeld ergab sich jeweils eine unübersehbare Ausgabensteigerung. Die aktuelle Gesetzeslage sieht nämlich vor, dass Betroffene in der Regel erst sieben Monate nach Eintritt der Erwerbsminderung eine Erwerbsminderungsrente erhalten. In der Zwischenzeit erhalten sie Krankengeld.²⁷ Im Referenzmodell wurde diese Regel konsequenterweise auch auf Dienstunfähige übertragen. Generell wird der Leistungskatalog der GKV auf die Beamten übertragen; Zusatzleistungen, die derzeit von der Beihilfe und der PKV gezahlt werden, bleiben außen vor.

Im dritten Schritt werden die GKV-Ausgaben um die zusätzlichen Verwaltungskosten erhöht. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) betragen die Nettoverwaltungskosten im Jahr 2002 in der GKV pro Mitglied 161,66 €.²⁸ Dieser Wert wurde bei allen Modellen angesetzt. Schließlich galt es noch die Satzungsleistungen der Krankenkassen zu beachten. Sie bezifferten sich im Jahr 2002 auf 66,20 € pro Mitglied.²⁹

Für die Ermittlung der möglichen Beitragssatzsenkung in der GKV in den verschiedenen Modellen musste noch eine leichte Modifizie-

²⁶ Vgl. Bundesversicherungsamt (2004).

²⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004b).

²⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003b).

²⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003c).

zung der gängigen Faustformel vorgenommen werden. Bisher ist eine Senkung der Beitragssätze um einen Prozentpunkt in der GKV bei Mehreinnahmen von 9,6 Mrd. € möglich. Bei einer Bürgerversicherung würde sich die Beitragsbasis erweitern. Um einen Prozentpunkt Beitragssenkung zu erreichen, müssen die Mehreinnahmen insgesamt größer sein. Bei einer Einbeziehung von Beamten in die GKV würden sich die GKV-Einnahmen von 140 Mrd. € um ca. 11 Mrd. €, also etwa 7,8 %, erhöhen. Damit ist eine Beitragssatzsenkung von einem Prozentpunkt nunmehr erst bei Mehreinnahmen von 10,3 Mrd. € machbar.

Innerhalb des Forschungsprojekts sind mehrere Fragen zu erörtern, die teilweise als Antwort und teils als weiterführende Analyse vorliegender Studien zu verstehen sind. Da die Fragestellungen unterschiedliche Herangehensweisen nötig machen, werden verschiedene Modelle konstruiert. Die ersten drei Modelle unterstellen eine stichtagsbezogene Einbeziehung von Beamten in die GKV; im vierten Modell wird eine sukzessive Einführung der Bürgerversicherung angenommen.

6. Referenzmodell

Im ersten Modell der vorliegenden Untersuchung wird unterstellt, dass es das Beihilfesystem für Beamte nie gegeben hätte. Beamte wären bezüglich ihrer Krankheitsrisikoabsicherung immer den Angestellten gleichgestellt worden. Wenn ihr Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, wären sie demnach versicherungspflichtig; oberhalb dieser Trennlinie hätten sie sich privat versichern oder als freiwillig Versicherte in die GKV wechseln können. Die Regeln hinsichtlich der beitragsfreien Mitgliedschaft für Angehörige und des eingeschränkten Wechsels von der PKV zurück in die GKV gelten selbstverständlich im Modell ebenfalls für Beamte. Mit Hilfe einer modellhaften Gleichsetzung kann analysiert werden, ob die GKV mit Beamten in die Lage versetzt wird, einen niedrigeren Beitragssatz anzubieten. Das Referenzmodell ermöglicht also eine Aussage, inwieweit Beamte als ein gutes oder ein schlechtes Risiko für die GKV betrachtet werden können.

6.1. Charakteristiken des Beamtensektors

Verschiedene Faktoren bestimmen, ob Beamte als ein gutes oder schlechtes Risiko für die GKV zu gelten haben. Wichtige Größen sind die Altersstruktur, die Einkommensverhältnisse, die Ruhestandsregelungen und die Zahl der Angehörigen. Diese Determinanten ergeben sich aus der Konstruktion der GKV als umlagefinanziertes, einkommensabhängig kalkulierendes Absicherungssystem. Bei einer Krankenversicherung andersartiger Machart veränderten beziehungsweise verlagerten sich die Einflussgrößen. Die Bürgerversicherung unterscheidet sich gegenüber der aktuellen GKV nur unwesentlich in ihrer Abhängigkeit von den genannten Größen. Im Folgenden wird das Risiko der Beamten hinsichtlich dieser Determinanten benannt. Eine Quantifizierung erfolgt im Anschluss innerhalb einer Kalkulationsrechnung.

6.1.1. Altersstruktur

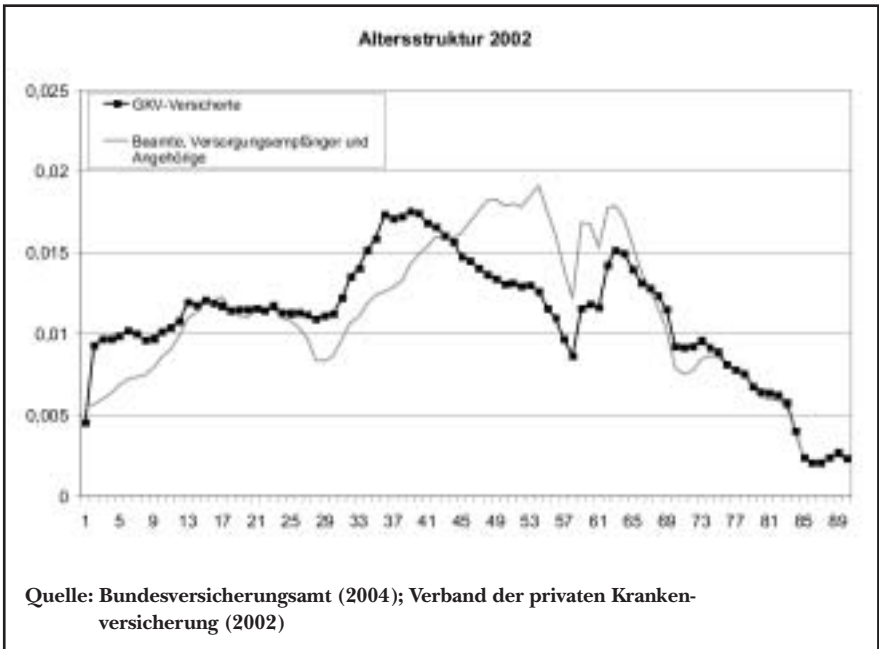
In einem umlagefinanzierten Absicherungssystem wie der GKV, ist ein ausgewogenes Verhältnis von Leistungsempfängern und Nettozahlern unabdingbar. Da das Krankheitsrisiko altersabhängig ist und die Krankheitskosten im Alter enorm steigen,³⁰ ist eine Altersstruktur in Pyramidenform optimal. Nimmt der Anteil der Jüngeren in der Bevölkerung dagegen ab, entstehen Finanzierungsprobleme, die mit höheren Beitragssätzen oder Leistungskürzungen ausgeglichen werden müssen. Diese bekannten demographischen Probleme bei einer alternden Bevölkerung haben Deutschland bereits erreicht. In einer derartigen Situation wären Beamte für die Altersstruktur der GKV dann hilfreich, wenn ihr Durchschnittsalter unter dem der GKV-Versicherten läge. Es ist dabei aber nicht nur die Altersstruktur der aktiven Beamten und der Versorgungsempfänger zu betrachten. Es sind auch die Angehörigen einzuschließen, die im Falle einer Bürgerversicherung als beitragsfrei Mitversicherte in die GKV wechselten. Ein Blick auf die Daten legt offen, dass die Beamten eine vergleichsweise alte Bevölkerungsgruppe sind. Das Durchschnittsalter aller Beamten (also einschließlich Postbeamten), Versorgungsempfänger und deren Angehörigen bezifferte sich im Jahr 2002 auf 43,57 Jahre. GKV-Versicherte sind im Schnitt 41,51 Jahre alt.³¹ Damit muss man Beamte unter demographischem Blickwinkel als schlechtes Risiko für die GKV ansehen.

Die Grafik zur Altersstruktur im Jahr 2002 unterstreicht die für die GKV ungünstige Struktur der Beamten. Dargestellt werden die Anteile der Menschen in den einzelnen Altersgruppen an der jeweiligen Gesamtzahl.

³⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2004b), S. 1.434 ff.

³¹ Eigene Berechnungen nach Daten des Risikostrukturausgleichs (RSA) 2002 und der Pflegeversichertenstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung (2002).

Abbildung 1: Altersstruktur Beamte und GKV-Versicherte



Der Altersbereich vom 43. bis zum 65. Lebensjahr ist bei Beamten und ihren Angehörigen anteilmäßig stärker besetzt als bei den GKV-Versicherten.³² Gerade diese Kohorte wird aber in den nächsten Jahrzehnten für einen einschneidenden Anstieg der Gesundheitsausgaben verantwortlich sein. Die demographischen Probleme, die bereits beim jetzigen Versicherungsstamm in der GKV immense Ausgabensteigerungen erwarten lassen, würden sich weiter verschärfen.

³² Eigene Berechnungen nach Daten des RSA 2002 und der Pflegeversichertenstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung (2002).

Für die GKV ungünstig wäre zudem die hohe Lebenserwartung von Beamten.³³ Nach einer speziellen Sterbetafel für Beamte, die die Bundesregierung für den Zweiten Versorgungsbericht anfertigen ließ, lag deren Höhe eindeutig über der der gesamten Wohnbevölkerung im früheren Bundesgebiet. Danach lebt im Durchschnitt ein 60-jähriger Beamter 2,2 Jahre und eine 60-jährige Beamtin sogar 2,4 Jahre länger als eine Person der gleichaltrigen Referenzgruppe.³⁴

6.1.2. Einkommens- und Beschäftigungsstatus

Sozialversicherungsbeiträge werden in Deutschland einkommensabhängig erhoben. Das Einkommen wird maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen. Das individuelle Krankheitsrisiko ist für die Beitragszahlung unerheblich. Die Leistungen sind für alle Versicherten gleich, es besteht Anspruch auf den vollen Leistungskatalog, unabhängig von der Höhe der eingezahlten Beiträge. Gute Risiken sind für die GKV damit Personen mit hohem Einkommen und einem guten Gesundheitsstatus. Als ein schlechtes Risiko müssen dagegen kranke Menschen mit geringen oder gar keinen Erwerbsbezügen bezeichnet werden.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betragen 2002 die durchschnittlichen Bruttomonatsbezüge eines vollzeitbeschäftigten Beamten (ohne Richter und Berufssoldaten) 3.190 €. In der personell am stärksten besetzten Laufbahngruppe des gehobenen Dienstes belieben sich die Durchschnittsbezüge auf 3.180 € pro Monat.³⁵

³³ Die Ökonomen sind sich noch nicht darüber einig, inwieweit eine höhere Lebenserwartung mit höheren Gesundheitsausgaben verbunden ist. Anhänger der Medikalisierungsthese gehen davon aus, dass ein längeres Leben mit einer längeren und teureren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen verbunden ist. Der technische Fortschritt würde hier, bei einer Alterung der Bevölkerung, zu einer Verschlechterung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes führen. Nach der Kompressionsthese steigt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen generell erst kurz vor dem Tod, wodurch die Gesundheitsausgaben infolge der Alterung deutlich weniger steigen würden. Vgl. Dinkel (1999); Ulrich (2003); Hof (2001). Lauterbach meint sogar, Beamte wären aufgrund ihrer hohen Lebenserwartung ein gutes Risiko. Vgl. Lauterbach (2004a).

³⁴ Vgl. Bundesregierung (2001).

³⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003a), S. 33, 43.

**Tabelle 1: Bruttomonatsbezüge vollzeitbeschäftigter Beamter
ohne Postbeamte und Berufssoldaten**

Laufbahngruppe	durchschnittliche Bruttomonatsbezüge der Vollzeitbeschäftigten	Anzahl
	in €	
Beamte	3.190	1.353.554
höherer Dienst	4.410	321.166
gehobener Dienst	3.180	645.709
mittlerer Dienst	2.330	373.687
einfacher Dienst	2.000	12.992

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003a), S. 33, 43

Die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2003 erbrachte für einen Beamtenhaushalt³⁶ ein Haushaltsbruttoeinkommen von 5.166 €. ³⁷ Damit lag er nur knapp hinter dem Selbständigenhaushalt (5.236 €), aber deutlich vor dem Angestelltenhaushalt (4.741 €) und dem Arbeiterhaushalt (3.486 €). Die in der GKV auch versicherten Arbeitslosen weisen ein Haushalts-einkommen von 1.602 € auf. Da Beamte keine Abgaben an die Renten- und Arbeitslosenversicherung zu zahlen haben, ist zudem im Vergleich zu Angestellten die Differenz zwischen Brutto- und Netto-bezügen geringer. Das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen von Beamten liegt bei 4.354 €, bei Angestellten dagegen nur bei 3.401 €. ³⁸ Für die in Rede stehende Analyse sind aber nur die Brutto-bezüge von Belang, da darauf Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen wären.

³⁶ Als Beamtenhaushalt bezeichnet die Statistik definitionsgemäß einen Haushalt, bei dem der Haupteinkommensbezieher Beamter ist.

³⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003d).

³⁸ Zu den Daten zum Haushaltsnettoeinkommen siehe zusätzlich auch Statistisches Bundesamt (2003e).

**Tabelle 2: Einkommen verschiedener Haushaltsgruppen im Jahr 2003
in €**

	Haushaltsgruppe				
	Selbständige	Beamte	Angestellte	Arbeiter	Arbeitslose
Haushaltsbruttoeinkommen	5.236	5.166	4.741	3.486	1.602
Haushaltsnettoeinkommen	4.437	4.354	3.401	2.634	1.550

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003d)

Die Höhe der Beamtenbezüge sind auch unter dem Gesichtspunkt zu sehen, dass sie implizit die Unkündbarkeit berücksichtigen, woraus ein Disagio gegenüber einem vergleichbaren Angestelltengehalt resultiert.

Bemerkenswert sind auch die hohen Versorgungsbezüge von Pensionären. Das durchschnittliche Ruhegehalt eines Versorgungsempfängers erreichte bei einem Bundesbeamten 2.400 €, bei einem Landesbeamten 2.650 €. Die Ruhegehaltssätze variieren zwischen 69,8 % und 74,3 %.

Tabelle 3: Ruhegehalt und Ruhegehaltssätze von Versorgungsempfängern

Nach Beschäftigungsbereich		
	durchschnittliches Ruhegehalt der Versorgungsempfänger in €	Anzahl
Bund	2.400	109.414
Länder	2.650	379.442
Gemeinden, Zweckverbände	2.520	66.769
Bundeseisenbahnvermögen	1.720	142.873
Post	1.670	209.356

Nach Laufbahngruppen		
	durchschnittliches Ruhegehalt der Versorgungsempfänger in %	Anzahl
Höherer Dienst		
Bund	73,6	25.927
Länder	73,3	114.171
Gemeinden	71,7	20.092
Bundeseisenbahnvermögen	74,3	1.865
Post	73,7	2.387
gehobener Dienst		
Bund	73,7	30.194
Länder	71,1	196.880
Gemeinden	72,8	27.986
Bundeseisenbahnvermögen	74,1	17.103
Post	73,2	27.595
mittlerer/einfacher Dienst		
Bund	72,9	53.293
Länder	70,2	68.391
Gemeinden	71,5	18.691
Bundeseisenbahnvermögen	72,0	123.905
Post	69,8	179.374

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003b)

Die Grundlage der Pensionshöhe sind die letzten Bezüge des Versorgungsempfängers. Die Altersrente in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) orientiert sich dagegen an der gesamten Erwerbsbiografie; ein geringeres Einkommen in jungen Jahren oder ein zeitiger Vorruhestand mindern die Rente.

In 2003 bezifferte sich die durchschnittliche Altersrente in den neuen Bundesländern auf 832 € und in den alten Bundesländern auf 707 €. ³⁹ Nach den Daten des Statistischen Bundesam-

³⁹ Rentenhöhe inklusive Auffüllbetrag, nach Abzug des Krankenversicherungsbeitrags. (KVdR/PVdR-Beitrag). Vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2004), S. 33, 35.

tes⁴⁰ beziffert sich das Haushaltsnettoeinkommen eines Pensionärshaushaltes auf 3.994 €, während ein Rentnerhaushalt mit ungefähr der Hälfte auskommen muss (1.958 €).⁴¹ Das außergewöhnlich hohe Haushaltsnettoeinkommen des Pensionärshaushaltes betont im Übrigen die Tatsache, dass es sogar noch über dem Haushaltsnettoeinkommen eines (erwerbstätigen) Angestelltenhaushaltes (3.401 € – Tabelle 3) liegt.

Tabelle 4: Einkommen von Pensionärs- und Rentnerhaushalten in €

	Haushaltsgruppe	
	Pensionäre	Rentner
Haushaltsbruttoeinkommen	4.342	2.089
Haushaltsnettoeinkommen	3.994	1.958

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003d)

Im Zusammenhang mit den Einkommensverhältnissen von Beamten, ist auch der Stellenwert der Teilzeitarbeit zu betrachten. Eine hohe Teilzeitquote würde in einer Bürgerversicherung mit niedrigeren Beitragseinnahmen einhergehen. Die Teilzeitquote bei den Beamten (ohne Berufssoldaten) liegt aber mit 19,1 % sogar leicht unter dem durchschnittlichen Wert von 21 % für alle Beschäftigten in Deutschland. Damit ist die Teilzeitquote geringer als bei den derzeitigen GKV-Versicherten. Eine besonders hohe Teilzeitquote weisen dort das Handels- und Gastgewerbe (33 %) sowie die Bau, Bergbau und Energiewirtschaft (7 %) auf.⁴² Die durchschnittlichen Bruttomonatsbezüge eines teilzeitbeschäftigten Beamten betragen 2002 2.260 €. Im Jahr 2002 arbeiteten insgesamt 321.250 Beamte in Teilzeit.⁴³

⁴⁰ Ähnliche Ergebnisse erbrachte auch eine Berechnung des Instituts der deutschen Wirtschaft. Vgl. Institut der deutschen Wirtschaft (2004).

⁴¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003d).

⁴² Vgl. Statistisches Bundesamt (2003c).

⁴³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003a), S. 34, 44.

Tabelle 5: Bruttomonatsbezüge teilzeitbeschäftigter Beamter

Laufbahngruppe	durchschnittliche Bruttomonatsbezüge der Teilzeitbeschäftigten in €	Anzahl
Beamte	2.260	321.250
höherer Dienst	2.770	69.319
gehobener Dienst	2.270	208.904
mittlerer Dienst	1.440	42.294
einfacher Dienst	1.420	733

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003a), S. 34, 44

Beamte können damit hinsichtlich ihres Einkommens und ihres Beschäftigtenstatus als ein gutes Risiko angesehen werden. Sowohl die Bezüge bei aktiven Beamten als auch die Versorgungsbezüge liegen über dem Durchschnittseinkommen der typischen GKV-Versicherten. Zudem ist die Teilzeitquote leicht unterdurchschnittlich. Zwar sind in den letzten Jahren einige reale Kürzungen sowohl bei den Gehältern als auch bei den Versorgungsbezügen vorgenommen worden, und auch in den nächsten Jahren ist mit Einsparungen bei den Personalausgaben der öffentlichen Hand zu rechnen. Die Erwerbsbiografie eines Beamten sorgt aber weiterhin für weitgehend gleichmäßige Bezüge. Die GKV würde auch davon profitieren, dass Beamte nicht arbeitslos werden können.

6.1.3. Ruhestand und Dienstunfähigkeit

Mit dem Ende der erwerbstätigen Lebensphase und dem Bezug von Renteneinkommen sinkt auch das sozialversicherungspflichtige Einkommen und damit die Beitragszahlung an die GKV. Ein frühes Rentenalter ist für die GKV infolgedessen abträglich. Die zunehmende Frühverrentung hat in den letzten Jahren dementsprechend nachteilig auf die GKV-Finanzen gewirkt.

Eine Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Beamte führte dann zu einer Entlastung der GKV, wenn deren Beschäftigtenzeit länger und das Pensionsalter höher liegt als das der derzeitigen GKV-Versi-

cherten. Das Gegenteil ist aber der Fall. Das durchschnittliche Ruhestandseintrittsalter von Beamten in allen Gebietskörperschaften lag im Jahr 1999 – nach Daten des Zweiten Versorgungsberichtes der Bundesregierung – bei 58,9 Jahren.⁴⁴ Das durchschnittliche Rentenalter in der GRV betrug dagegen im gleichen Jahr 59,7 Jahre. Besonders früh in den Ruhestand entlassen werden Berufssoldaten, nämlich mit durchschnittlich 53,3 Jahren. Aber selbst die Beamten der Länder (59,1 Jahre) und die Beamten der Gemeinden (58,2 Jahre) liegen unter dem Wert der GKV-Versicherten.

Tabelle 6: Ruhestandseintrittsalter

	Ruhestandseintrittsalter in Jahren
Beamte aller Gebietskörperschaften	58,9
Beamte des Bundes (mit Berufssoldaten)	58,0
Beamte des Bundes (ohne Berufssoldaten)	59,7
Berufssoldaten	53,3
Beamte der Länder	59,1
Beamte der Gemeinden	58,2
durchschnittliches Renteneintrittsalter	59,7

Quelle: Bundesregierung (2001), S. 10

Neben den besonderen Altersgrenzen für bestimmte Berufsgruppen (wie den Berufssoldaten) ist die hohe Zahl an Frühpensionierungen wegen Dienstunfähigkeit ein wesentlicher Grund für das niedrige Ruhestandseintrittsalter. Im Jahr 2001 ist über die Hälfte (54,3 %) aller Versorgungszugänge aufgrund von Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand getreten. Nur 9,5 % aller Versorgungsempfänger gingen mit 65 in Pension.^{45 46}

Beamte sind folglich für die GKV bezüglich ihres niedrigen Ruhe-

⁴⁴ Vgl. Bundesregierung (2001), S. 10.

⁴⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003b), S. 40.

⁴⁶ Die dargestellten Anteile bilden grosso modo die Durchschnittswerte der letzten Jahre bei den Versorgungszugängen ab. Im Jahr 2000 gingen sogar nur 6,4 % aller neuen Versorgungsempfänger mit Erreichen des 65. Lebensjahres in Pension. Verschiedene rechtliche Änderungen, wie die Einführung von Abschlägen bei vorzeitiger Pensionierung, führten aber mittlerweile zu einem Rückgang der Frühpensionierungen. Im Jahr 2003 waren 19,8 % der Versorgungszugänge 65 Jahre alt. Vgl. Statistisches Bundesamt (2001, 2004a).

Tabelle 7: Versorgungszugänge im Jahr 2001

Grund und Alter des Ruhestandseintritts	Versorgungszugänge 2001	Anteil an der Gesamtzahl in %
Dienstunfähigkeit	27.949	54,3
unter 45	3.515	6,8
45 – 50	4.131	8,0
50 – 55	7.513	14,5
55 – 60	7.570	14,7
60 und älter	5.220	10,7
Erreichen einer Altersgrenze	22.359	43,4
besondere Altersgrenze	7.135	13,9
Antragsaltersgrenze 60	2.849	5,5
Antragsaltersgrenze 63	7.482	14,5
Regelaltersgrenze 65	4.893	9,5
Vorruhestandsregelung	38	0,1
Sonstige Gründe	1.129	2,2
Insgesamt	51.475	

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003b), S. 40

standseintrittsalters ein schlechtes Risiko. Dabei ist der Prozentsatz der Dienstunfähigen hoch. Im Jahr 2002 registrierte das Statistische Bundesamt 167.692 Dienstunfähige, was im Verhältnis zu den unter 60-jährigen Beamten beziehungsweise Angehörigen einen Anteil von 3,4 % ergibt. Im Jahr 2002 verzeichnete die GKV 1.299.737 Erwerbsminderungsrentner. Dies entspricht in Relation zu den Versicherten bis zum 60. Lebensjahr nur einem Anteil von 1,89 %.⁴⁷

Der höhere Anteil an Dienstunfähigen im Beamtensektor ist als schlechtes Risiko für die GKV anzusehen. Eine Erhebung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) und des Instituts für Arbeitsmarktforschung (IAB) im Jahre 1998/99 stellte heraus, dass überdurchschnittlich viele Beschäftigte im öffentlichen Dienst unter Be-

⁴⁷ Eigene Berechnungen nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2003a,b) und des RSA der GKV.

findlichkeitsstörungen (Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Magen- und Verdauungsbeschwerden u. ä.) leiden. Insbesondere Lehrer und Verwaltungsfachleute im höheren Dienst gaben bei einer entsprechenden Befragung deutlich mehr Leiden an als Arbeitnehmer anderer Branchen. Etwa 43 % der Berufsschullehrer, 29 % der Gymnasiallehrer und 26,7 % der Verwaltungsfachleute nannten zwei oder mehr Befindlichkeitsstörungen, die während oder nach ihrer Arbeit auftreten. Bei den übrigen Berufen waren es dagegen nur 15,7 %.⁴⁸ Die höheren Gesundheitsbeeinträchtigungen realisieren sich in dem hohen Anteil von Dienstunfähigen. Dies wirkt sich nicht nur auf die Zahl der Frühpensionäre aus. Da man annehmen muss, dass Dienstunfähige aus gesundheitlichen Gründen ihren Dienst aufgeben, müssen sie methodisch den Erwerbsminderungsrentnern gleichgestellt werden.⁴⁹ Bei einer Kalkulation der Ausgaben einer Bürgerversicherung sind folglich die höheren Leistungsausgaben der Erwerbsminderungsrentner anzusetzen.

Ein besonders schlechtes Risiko stellen Beamte im Übrigen in einem Szenario mit Krankengeldanspruch dar. Eine Anwendung des Reglements der GKV für die Beamten – und dieses müsste man konsequenterweise bei Gleichstellung aller innerhalb einer Bürgerversicherung übertragen – hat nämlich zur Folge, dass auch sie erst sieben Monate nach Eintritt der Erwerbsminderung/Dienstunfähigkeit die beantragte Leistung erhalten und sie in der Zwischenzeit Krankengeld beziehen.⁵⁰

6.1.4. Zahl der Angehörigen

Ein wesentlicher Unterschied zwischen der PKV und der GKV liegt in der Absicherung von Familienmitgliedern. In der PKV schließt jede Person einen eigenen individuellen Versicherungsvertrag ab. Der entsprechende Versicherungsumfang sowie mögliche Selbstbeteiligung

⁴⁸ Die BIBB/IAB Erhebung von 1998/99 wird zitiert in Marstedt, Alberts, Koppelin, Müller, Wegener (2003), S. 81.

⁴⁹ Zu den gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten im öffentlichen Dienst siehe Marstedt, Alberts, Koppelin, Müller, Wegener (2003), S. 74-81.

⁵⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004b).

gen können individuell zusammengestellt werden. Familienmitglieder eines Privatversicherten müssen deshalb, sofern sie nicht erwerbstätig sind und damit möglicherweise in der GKV pflichtversichert sind, einen eigenen PKV-Vertrag abschließen.⁵¹ Damit zahlen Kinder und nicht erwerbstätige Ehepartner eines Privatversicherten selbst auch Versicherungsbeiträge.

In der GKV sind Kinder bis zum 18. Lebensjahr mitversichert; dies gilt weiterführend auch bei Erwerbslosigkeit bis zum 23. Lebensjahr, bei fortgesetzter Schul- oder Berufsausbildung bis zum Ende des 25. Lebensjahres beziehungsweise bei zwischenzeitlichem Wehr- oder Wehrrersatzdienst sogar bis zum Ende des 26. Lebensjahres. Ehepartner sind ebenfalls über die Beiträge eines Mitglieds mitversichert, wenn ihr Einkommen regelmäßig im Monat ein Siebtel einer Bezugsgröße des SGB V unterschreitet.⁵² Mitversicherte erhalten den kompletten GKV-Versicherungsschutz, zahlen aber selbst keine Beiträge. Dieses Konstruktionsmerkmal sorgt dafür, dass eine Person mit Kindern beziehungsweise einem gering verdienenden Ehepartner für die GKV ein schlechtes Risiko darstellt.

Um den Anteil der Mitversicherten zu präzisieren, kann eine Mitversicherungsquote gebildet werden. Sie ergibt sich als Quotient aus der Anzahl der Versicherten und der Mitglieder. Da in der PKV keine Mitversicherung existiert, wird für Beamte und die übrigen PKV-Versicherten eine potenzielle Mitversicherungsquote gebildet. Diese potenzielle Mitversicherungsquote zeigt an, wie hoch die Mitversicherungsquote wäre, wenn die entsprechende Personengruppe aus der PKV in die GKV wechseln müsste.

Für die vorliegende Untersuchung interessiert sodann die potenzielle Mitversicherungsquote der Beamten, insbesondere in Relation zur Mitversicherungsquote des durchschnittlichen GKV-Versicherten. Die exakte Berechnung für die potenzielle Mitversicherungsquote der

⁵¹ Sie können auch auf einen Versicherungsschutz verzichten, müssten also im Krankheitsfall die Kosten selbst tragen.

⁵² Vgl. § 10 SGB V.

**Tabelle 8: (Potenzielle) Mitversicherungsquote
in der GKV und in der PKV**

	Anzahl	Mitversicherungs- quote
alle GKV-Versicherten	70,4 Mio.	1,38
davon freiwillig in der GKV	9,3 Mio.	1,85
davon pflichtversichert	42,9 Mio.	1,49
davon Rentner	18,2 Mio.	1,09
alle PKV-Versicherten	7,9 Mio.	1,57
davon Beamte/ Versorgungsempfänger	4,9 Mio.	1,77
PKV-Versicherte ohne Beamte	3,0 Mio.	1,32

Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003d), Verband der privaten Krankenversicherung (1995)

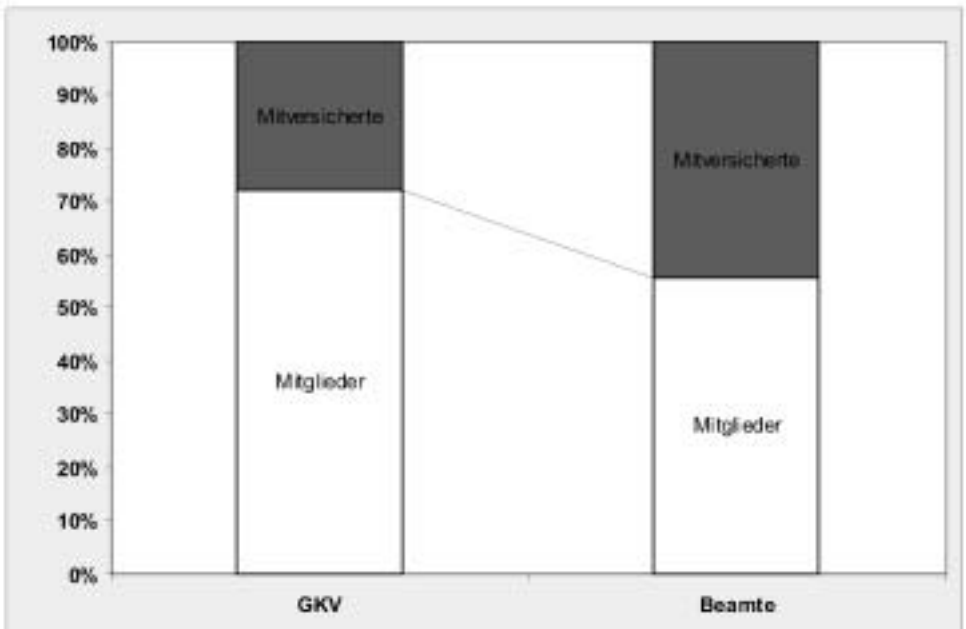
Beamten konnte nur mit Daten der PPV-Statistik aus dem Jahr 1995 vorgenommen werden.⁵³

Die Daten für die GKV-Versicherten stammen aus dem Jahr 2003, für die PKV-Versicherten aus dem Jahr 1995.

Die potenzielle Mitversicherungsquote von Beamten (1,77) liegt unübersehbar über der von GKV-Versicherten (1,38). Während andere nicht versicherungspflichtige Personengruppen bei (erwarteter) hoher Mitversicherungszahl in die dann preisgünstigere GKV wechseln, lohnt sich dies für Beamte aufgrund der Beihilferegulungen praktisch nicht. Die übrigen nicht versicherungspflichtigen Personen (überwiegend Gutverdienende bzw. Selbständige) mit Kindern beziehungsweise gering verdienenden Ehepartnern sind vielfach freiwillig in der GKV versichert. Entsprechend hoch ist die potenzielle Mitversicherungsquote dieser Versichertengruppe.

⁵³ Zur Erläuterung siehe Kapitel 5.1. Die Mitversicherungsquote scheint sich generell seit 1995 etwas verringert zu haben. Sie betrug in der GKV 1995 noch 1,41. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005).

Abbildung 2: (Potenzielle) Verteilung Mitglieder und Mitversicherte



Quelle: Eigene Berechnungen nach Daten von Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003d), Verband der privaten Krankenversicherung (1995)

Beamte sind, was die Mitversicherung anbelangt, ein schlechtes Risiko für die GKV. Beamte würden überdurchschnittlich viele Angehörige in die GKV mitbringen, die dann dort keine Beiträge zahlen, dafür aber Krankheitskosten verursachen würden.

6.2. Vorstellung des Kalkulationsmodells

Im Referenzmodell wird eine Situation simuliert, bei der das Reglement für Erwerbstätige auf Beamte übertragen wird. Es wird gefragt, was wäre, wenn Beamte unterhalb der Versicherungspflichtgrenze in der GKV pflichtversichert sind und oberhalb dieser Trennlinie frei über ihre Krankenabsicherung (privat, gesetzlich oder Verzicht auf eine Versicherung) entscheiden könnten. Eine solche Simulation er-

laubt es zu klären, inwieweit die guten und schlechten Risiken der Beamten ins Gewicht fallen. Die verschiedenen Risiken der Beamten wie Einkommen, Teilzeitquote, Mitversichertenzahl, Altersstruktur und Ruhestandsregelungen werden im Modell quantifiziert und somit ihre Wirkungen unter den Gegebenheiten im Jahr 2002 festgestellt.

Um die Zahl der freiwilligen Wechsler zu prognostizieren, wurde auf das Verhalten der Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze im bisherigen GKV-System zurückgegriffen. Die wichtigsten Determinanten scheinen die Zahl der Kinder sowie der Erwerbsstatus des Ehepartners zu sein. In der PKV sind separate Versicherungen für Kinder und Ehepartner notwendig.⁵⁴ Bei hoher (erwarteter) Mitversichertenzahl wird vielfach die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV gewählt. Etwa 12,3 Mio. Personen (ohne Beamte) in der Bundesrepublik Deutschland weisen ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze auf. Ihre Mitversicherungsquote beträgt 1,68, das heißt, auf ein (erwerbstätiges) Mitglied kommen im Durchschnitt 0,68 Kinder und gering- oder nichtverdienende Ehepartner, die in der GKV beitragsfrei mitversichert werden können. Von diesen 12,3 Mio. waren 2002 etwa 9,3 Mio. in der GKV versichert, die restlichen 3,0 Mio. in der PKV. Die freiwillig GKV-Versicherten weisen eine Mitversicherungsquote von 1,85 auf, die PKV-Versicherten eine potenzielle von 1,32. Im derzeitigen GKV-System verhält sich das Wechselverhältnis der Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze 9,3 Mio. zu 3,0 Mio., also ungefähr 75:25 zugunsten der GKV. Eine Modifikation ist allerdings noch vorzunehmen. Für eine Reihe von Selbständigen gilt die GKV ebenfalls als eine gute Wahl, hier spielt die Mitversichertenzahl eine untergeordnete Rolle.⁵⁵ Um eine Übertragung des Wechselverhaltens auf die Beamten vornehmen zu können, muss diese Präferenz herausgerechnet wer-

⁵⁴ Zu den familienpolitischen Maßnahmen in der GKV siehe Rosenschon (2001), S. 10-17.

⁵⁵ Aufgrund des Kapitaldeckungsverfahrens in der PKV und verschiedenen gesetzlichen Regelungen, ist der Abschluss einer privaten Krankenversicherung oft eine Lebensentscheidung. Für eine Reihe von Selbständigen ist eine solche Wahl aufgrund unsicherer Zukunftsperspektiven oder eines höheren Lebensalters nicht empfehlenswert.

den, so dass nur die Determinante der Mitversicherung verbleibt. Dies geschieht durch eine Verringerung des Wechselverhältnisses auf 60:40. Damit werden im Referenzmodell 60 % der Beamten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze in der GKV pflichtversichert. Bei Versorgungsempfängern wird die aktuelle Gesetzeslage berücksichtigt; ein als Beamter privat Versicherter muss auch im Alter in der PKV verbleiben.

6.3. Kalkulation des Modells

Wenn Beamte und Versorgungsempfänger abhängig Beschäftigten gleichgestellt würden, wären nach diesem Modell 2.368.471 von 2.763.177 des betroffenen Personenkreises in der GKV versichert. Davon wären 1.776.414 pflicht- und 592.057 freiwillig versichert. Im Referenzmodell befinden sich 757.911 Versorgungsempfänger, das entspricht in etwa einem Anteil von 32 % aller Mitglieder. Teilzeitbeschäftigte Beamte machen mit einer absoluten Zahl von 320.106 einen Prozentsatz von 13,5 % aus.

In einem Szenario mit Krankengeld ergeben sich in diesem Modell für die GKV Gesamteinnahmen von knapp 9,56 Mrd. €; bei Ausklammerung des Krankengeldanspruchs liegen die Beitragseinnahmen bei 8,9 Mrd. €.

Tabelle 9: Einnahmenkalkulation im Referenzmodell

	Anzahl der Mitglieder im Modell	Beitrags-einnahmen	Beitrags-einnahmen
		Szenario mit Krankengeld [in €]	Szenario ohne Krankengeld [in €]
Vollzeitbeschäftigte	1.290.454	5.688.707.403	5.306.204.902
Teilzeitbeschäftigte	320.106	1.275.981.416	1.190.185.813
Versorgungsempfänger	757.911	2.595.107.142	2.420.614.959
Summe	2.368.471	9.559.795.961	8.917.005.674

Quelle: eigene Berechnungen

Für die Ausgabenkalkulation interessiert auch die Zahl der beitragsfrei Mitversicherten. Berechnungen erbrachten für dieses Modell 1.816.025 Mitversicherte, so dass die Versichertenzahl 4.184.496 beträgt. Die Gesamtausgaben, unter Berücksichtigung von Krankengeldzahlungen, liegen bei über 9,126 Mrd. €; ohne Krankengeld bei fast 7,98 Mrd. €.

**Tabelle 10: Ausgabenkalkulation im Referenzmodell
in €**

Mitglieder	2.368.471
Mitversicherte	1.816.025
Versicherte	4.184.496
Verwaltungsausgaben	382.887.022
Ausgaben außerhalb RSA	156.792.780
Leistungsausgaben mit Krankengeld	7.974.513.345
Leistungsausgaben ohne Krankengeld	8.586.991.604
Gesamtausgaben mit Krankengeld	9.126.671.406
Gesamtausgaben ohne Krankengeld	7.974.513.345

Quelle: eigene Berechnungen

In einem Szenario mit Krankengeld zeigt die Gegenüberstellung der Einnahmen und Ausgaben einen positiven Saldo von 433,1 Mio. € für die GKV. Diese ermöglichte eine durchschnittliche Beitragssatzsenkung von 0,04 Prozentpunkten.

In einem Szenario ohne Krankengeld lassen die Mehreinnahmen von etwa 940 Mio. € eine Beitragssatzsenkung von 0,09 Prozentpunkten zu.

Die Ergebnisse des Referenzmodells zeigen, dass Beamte und Versorgungsempfänger bei weitem nicht das gute Risiko für die GKV sind, was ihnen teilweise zugesprochen wird. Nach dem Referenzmodell gleichen sich gute und schlechte Risiken derzeit in etwa aus. Mittel- bis langfristig wirkende Risiken, wie sie sich beispielsweise aus der Altersstruktur der Beamten ergeben, schlagen bei einem solchen statischen Modell natürlich nicht durch. Das Risiko der ungünstigen Altersstruktur

**Tabelle 11: Ergebnisse des Referenzmodells
Einnahmen und Ausgaben in €**

	Referenzmodell
Mitglieder	2.368.471
davon pflichtversichert	1.776.414
davon freiwillig versichert	592.057
<i>Szenario mit Krankengeld</i>	
Einnahmen	9.559.795.961
Ausgaben	9.126.671.406
Saldo	433.124.555
Mögliche Beitragssatzsenkung in der GKV (in %)	0,04
<i>Szenario ohne Krankengeld</i>	
Einnahmen	8.917.005.674
Ausgaben	7.974.513.345
Saldo	942.492.329
Mögliche Beitragssatzsenkung in der GKV (in %)	0,09

Quelle: eigene Berechnungen

tur realisiert sich erst in einigen Jahren. Es kann aber nicht daran ge-
zweifelt werden, dass die erheblich besetzte Kohorte der 43- bis 65-
jährigen Beamten schon bald für enorme Leistungsausgaben in der
GKV pro Kopf sorgen würde.

7. Bürgerversicherungsmodell

7.1. Vorstellung des Modells

Im zweiten Modell – dem Modell Bürgerversicherung – werden alle Beamten, unabhängig von ihrem Einkommen, versicherungspflichtig. Es werden also alle Beamten, Versorgungsempfänger und mitversicherte Angehörige in die GKV übernommen. Freiwillig GKV-Versicherte gibt es nicht; alle Personen werden versicherungspflichtig. Im vorliegenden Modell bedeutet dies, dass die GKV 2.763.177 neue Mitglieder und 2.118.662 beitragsfrei Mitzuversichernde erhält. Die Beitragsbemessungsgrenze wird im Modell unverändert gelassen. Methodisch ist die Analyse eines solchen Modells als eine Fortsetzung oder auch Weiterentwicklung des Referenzmodells zu sehen. Die Analyse einer derartigen Situation spiegelt zwei Wirkungen wider: Die Risikowirkung (Beamte als gutes oder schlechtes Risiko), vergleichbar mit den Effekten aus dem Referenzmodell und der Wirkung aus der Auflösung der Versicherungspflichtgrenze. Die Annahmen des Modells sind rein fiktiv. Politisch dürfte eine Realisierung eines solchen Modells unter diesen Annahmen nicht durchsetzbar sein und verfassungsrechtlich gibt es gravierende Einwände.⁵⁶

7.2. Auflösung der Versicherungspflichtgrenze

Das Referenzmodell erlaubte es, das Einnahmen- und Ausgabenrisiko der GKV für die Gruppe der Beamten abzuklären. Jetzt wird zusätzlich die Wirkung der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze modelliert. Im Bürgerversicherungsmodell sind jetzt auch Personen mit höherem Einkommen verpflichtet GKV-Beiträge zu zahlen. Auch wenn die Beitragsbemessungsgrenze die maximale Zahlung an Beiträgen begrenzt, ergeben sich für die GKV im Vergleich zum Referenzmodell daraus Mehreinnahmen. Personen mit höherem Einkommen zahlen in der Regel mehr Beiträge als sie an Krankheitskosten verursa-

⁵⁶ Vgl. Zipperer (2003).

chen. Ihre Beitragszahlung übersteigt vielfach den Beitrag, den sie für eine risikoabhängige Absicherung ihres Krankheitsrisikos entrichten müssten. Finanzwissenschaftlich wirkt das wie eine zusätzliche Besteuerung ihres Einkommens.^{57 58} Diese Besteuerung kann es auch im derzeitigen System geben; Personen mit höherem Einkommen – bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Besteuerung am höchsten ist – haben aber die Wahl, ob sie sich dieser (als Mitglied in der GKV) unterziehen oder nicht. Eine Anhebung oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze reduziert den Kreis der Wahlberechtigten oder schafft diese Wahlmöglichkeit sogar ab und vergrößert auf diese Weise die Zahl der Besteueren.

7.3. Kalkulation des Modells

Im Bürgerversicherungsmodell werden alle Personen der Bundesrepublik versicherungspflichtig. Von den 2.763.177 neuen GKV-Mitgliedern, die in dieser Untersuchung betrachtet werden, sind 907.854

Tabelle 12: Einnahmenkalkulation im Bürgerversicherungsmodell

	Anzahl der Mitglieder im Modell	Beitrags-einnahmen	Beitrags-einnahmen
		Szenario mit Krankengeld [in €]	Szenario ohne Krankengeld [in €]
Vollzeitbeschäftigte	1.534.073	7.068.052.687	6.592.804.509
Teilzeitbeschäftigte	321.250	1.282.458.629	1.196.227.506
Versorgungsempfänger	907.854	3.320.875.691	3.097.583.621
Summe	2.763.177	11.671.387.007	10.886.615.636

Quelle: eigene Berechnungen

⁵⁷ Vgl. Siebert (2003). Die Wohlfahrtsverluste der Besteuerung sind zudem Gegenstand einschlägiger Forschungsarbeiten. Vgl. u. a. Samuelson (1986), S. 137-143; Diamond/Mireless (1971), S. 8-27, 261-278; Mireless (1971), S. 175-208; Atkinson/Stiglitz (1976), S. 55-75; Feldstein (1976), S. 77-104; Buchanan, Brennan (1980), S. 33-53; Corlett/Hague (1953), S. 21-30.

⁵⁸ Eine verkappte Einkommensteuer kann im Übrigen zu finanzverfassungsrechtlichen Problemen führen. Nach dem Grundgesetz stehen Steuereinnahmen dem Gemeinwesen, also auch den Ländern und Gemeinden zu.

– also 32,9 % – Versorgungsempfänger. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten beträgt 11,6 %. Die Beitragseinnahmen der GKV beziffern sich unter Verwendung des allgemeinen Beitragssatzes auf 11,67 Mrd. €, bei ermäßigtem Beitragssatz auf 10,89 Mrd. €.

Die Versichertenzahl im Bürgerversicherungsmodell beläuft sich auf 4.881.843, darunter sind neben den genannten Mitgliedern 2.118.666 beitragsfrei Mitversicherte. Die Gesamtausgaben der GKV errechneten sich auf fast 10,7 Mrd. € (mit Krankengeld) beziehungsweise 9,36 Mrd. € (ohne Krankengeld).

**Tabelle 13: Ausgabenkalkulation im Bürgerversicherungsmodell
in €**

Mitglieder	2.763.177
Mitversicherte	2.118.666
Versicherte	4.881.843
Verwaltungsausgaben	446.695.194
Ausgaben außerhalb RSA	182.922.317
Leistungsausgaben mit Krankengeld	10.066.069.054
Leistungsausgaben ohne Krankengeld	8.728.227.147
Gesamtausgaben mit Krankengeld	10.695.686.565
Gesamtausgaben ohne Krankengeld	9.357.844.658

Quelle: eigene Berechnungen

Im Bürgerversicherungsmodell ergeben sich im Vergleich zum Referenzmodell die erwarteten Mehreinnahmen. Im Szenario mit Krankengeldanspruch übersteigen die Einnahmen die Ausgaben um 0,97 Mrd. €. Dies lässt eine Beitragssatzsenkung von 0,09 Prozentpunkten zu. In einem Szenario ohne Krankengeldanspruch ist aufgrund des Saldos von 1,53 Mrd. € eine Beitragssatzsenkung von 0,15 Prozentpunkten möglich. Dies ist aber ebenfalls eine sehr geringe Entlastung.

**Tabelle 14: Ergebnisse des Bürgerversicherungsmodells
Einnahmen und Ausgaben in €**

	Bürgerversicherungsmodell
Mitglieder	2.763.177
davon pflichtversichert	2.763.177
davon freiwillig versichert	0
<i>Szenario mit Krankengeld</i>	
Einnahmen	11.671.387.007
Ausgaben	10.695.486.565
Saldo	975.900.442
Mögliche Beitragssatzsenkung in der GKV (in %)	0,09
<i>Szenario ohne Krankengeld</i>	
Einnahmen	10.886.615.636
Ausgaben	9.357.844.658
Saldo	1.528.770.978
Mögliche Beitragssatzsenkung in der GKV (in %)	0,15

Quelle: eigene Berechnungen

Im Vergleich zu den Ergebnissen im Referenzmodell ist die reine Wirkung – durch den Wegfall der Versicherungspflichtgrenze – auf den Beitragssatz ermittelbar. In einem Szenario mit Krankengeld werden Mehreinnahmen von knapp 543 Mio. € erreicht, was für sich genommen eine Beitragssatzsenkung von 0,05 Prozentpunkten ermöglichte. In einem Szenario ohne Krankengeld erhöht sich der positive Saldo um etwa 586 Mio. €, was einer Reduzierung des GKV-Beitragssatzes um 0,06 Prozentpunkten entspricht. Bei Unterstellung einer Situation mit Krankengeldanspruch würde die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und die Risikowirkung etwa hälftig zur geringen Beitragssatzsenkung beitragen, im Szenario ohne Krankengeldanspruch überwiegt etwas der Risikoeffekt. Hintergrund ist das bereits erwähnte Reglement für die GKV-Versicherten, welches im Falle der Erwerbsminderung eine bis zu siebenmonatige Krankengeldbezugsdauer vorsieht und Beamte in einem solchen System mit ihrer hohen Dienstunfähigkeitsquote zu einem schlechten Risiko macht.

8. Systemumstellungsmodell

8.1. Vorstellung des Modells

Eine Umstellung des derzeitigen Absicherungssystems im Gesundheitswesen ist natürlich auf vielerlei Arten möglich. Im Kontext dieser Untersuchung soll die Umstellung zu einem System untersucht werden, bei dem Beamte und Versorgungsempfänger in die GKV wechseln müssen, sofern sie ein Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze aufweisen.

Ebenso wie beim Bürgerversicherungsmodell wird also auch hier ein Szenario betrachtet, für dessen Umsetzung erhebliche – einige meinen sogar unüberwindliche – verfassungsrechtliche Hürden zu nehmen sind. In einem solchen Modell sind alle GKV-Beamten pflichtversichert; freiwillige Entscheidungen können von ihnen nicht getroffen werden. Beamte und Versorgungsempfänger mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich entweder privat versichern oder auf einen Versicherungsschutz verzichten. Die GKV-Mitgliederzahl in diesem Modell resultiert aus der Einkommensstruktur der Beamten und Versorgungsempfänger und der Höhe der Versicherungspflichtgrenze. Mitversichertenquote beziehungsweise persönliche Präferenzen spielen keine Rolle. In Relation zum Referenzmodell müssen mehr Versorgungsempfänger in die GKV wechseln. Jetzt wird nur ihr (niedrigeres) Einkommen für die Einordnung (PKV/GKV) herangezogen. Im Referenzmodell wurde – in Anlehnung an die gesetzlichen Regelungen – ein Versorgungsempfänger dann als PKV-Versicherter behandelt, wenn er vor seinem Ruhestand PKV-Versicherter war. Ein Wechsel im Alter in die GKV ist nicht möglich. Infolge der unterschiedlichen Handhabung unterscheiden sich Referenzmodell und Systemumstellungsmodell in der Mitglieder- und Versichertenzahl sowie in der Zusammensetzung hinsichtlich Beamte und Versorgungsempfänger. Nach den Daten von 2002 ergibt sich für ein Systemumstellungsmodell eine Mitgliederzahl von 2.049.393.

8.2. Kalkulation des Modells

Von den 2.049.393 Mitgliedern im Systemumstellungsmodell sind 39,3 % (absolut 805.976) Versorgungsempfänger. Der Anteil von Teil-

zeitbeschäftigten liegt mit 15,5 % ebenfalls vergleichsweise hoch, befinden sich doch nur wenige Beamte mit ihrem Teilzeiteinkommen über der Versicherungspflichtgrenze.

Die Beitragseinnahmen im Modell belaufen sich für die GKV auf 7,63 Mrd. € (mit Krankengeldanspruch) und 7,12 Mrd. € (ohne Krankengeldanspruch).

Tabelle 15: Einnahmenkalkulation im Systemumstellungsmodell

	Anzahl der Mitglieder im Modell	Beitrags-einnahmen	Beitrags-einnahmen
		Szenario mit Krankengeld [in €]	Szenario ohne Krankengeld [in €]
Vollzeitbeschäftigte	925.026	3.619.689.477	3.376.305.493
Teilzeitbeschäftigte	318.391	1.266.271.257	1.181.128.555
Versorgungsempfänger	805.976	2.744.052.643	2.559.545.527
Summe	2.049.393	7.630.013.377	7.116.979.575

Quelle: eigene Berechnungen

Die Mitversichertenzahl liegt im Modell bei 1.571.372, woraus 3.620.765 neue versicherte Personen in der GKV resultieren. Die Gesamtausgaben bezifferten sich in einem Szenario mit Krankengeld nach der Modellkalkulation auf 8,2 Mrd. €, in einem Szenario ohne Krankengeld auf 7,25 Mrd. €.

Tabelle 16: Ausgabenkalkulation im Systemumstellungsmodell in €

Mitglieder	2.049.393
Mitversicherte	1.571.372
Versicherte	3.620.765
Verwaltungsausgaben	331.304.872
Ausgaben außerhalb RSA	135.669.817
Leistungsausgaben mit Krankengeld	7.735.457.043
Leistungsausgaben ohne Krankengeld	6.778.690.441
Gesamtausgaben mit Krankengeld	8.202.431.732
Gesamtausgaben ohne Krankengeld	7.245.665.130

Quelle: eigene Berechnungen

Aus der Relation der kalkulierten Einnahmen und Ausgaben errechnet sich ein negativer Saldo von 572,4 Mio. € (mit Krankengeldanspruch). Die Beitragssätze in der GKV müssten um 0,06 % angehoben werden, um die Mehrausgaben zu finanzieren. Eine Systemumstellung bedeutet damit eine zusätzliche Last für die GKV, den zusätzlichen Einnahmen würden noch mehr Ausgaben gegenüberstehen. Ein solches für die GKV fatales Ergebnis resultiert im Wesentlichen daraus, dass ein vergleichsweise großer Teil der Versorgungsempfänger in die GKV wechseln muss.

Im Szenario ohne Krankengeld ergeben sich Einnahmen von 7,12 Mrd. € und zusätzliche Ausgaben von 7,24 Mrd. €. Da ein fast ausgeglichener Saldo entsteht, können die Beitragssätze hier praktisch unverändert bleiben.

**Tabelle 17: Ergebnisse des Systemumstellungsmodells
Einnahmen und Ausgaben in €**

	Systemumstellungsmodell
Mitglieder	2.049.393
davon pflichtversichert	2.049.393
davon freiwillig versichert	0
<i>Szenario mit Krankengeld</i>	
Einnahmen	7.630.013.377
Ausgaben	8.202.431.732
Saldo	- 572.418.355
Mögliche Beitragssatzsenkung in der GKV (in %)	- 0,06
<i>Szenario ohne Krankengeld</i>	
Einnahmen	7.116.979.575
Ausgaben	7.245.665.130
Saldo	-128.685.555
Mögliche Beitragssatzsenkung in der GKV (in %)	- 0,01

Quelle: eigene Berechnungen

9. Neubeamtenmodell

9.1. Vorstellung des Modells

Im Neubeamtenmodell wird jeder neu Verbeamtete versicherungspflichtig und erhält deshalb die Mitgliedschaft in der GKV. Das bisherige Absicherungssystem für Beamte und Versorgungsempfänger über Beihilfe und PKV wird sukzessive abgeschafft. Der Stamm der Beamten altert permanent und verringert sich kontinuierlich in dem Maße wie sie aus dem Leben ausscheiden. Für einen längeren Zeitraum existieren für Beamte zwei Absicherungsvarianten nebeneinander. Für neu Verbeamtete muss der Dienstherr Arbeitgeberbeiträge zahlen; der neu Verbeamtete selbst entrichtet formal die so genannten Arbeitnehmerbeiträge.

Zusätzlich zu den Folgen für die GKV werden bei diesem Modell auch die finanziellen Auswirkungen für den Dienstherrn untersucht. Die Zahl der neu Verbeamteten wurde für die Berechnung auf 57.450 geschätzt. Die Schätzung orientiert sich dabei an den Neuzugängen in der Pflegeversicherungsstatistik für Beihilfeberechtigte des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

9.2. Kalkulation des Modells

In einem Neubeamtenmodell sind für die GKV Mehreinnahmen zu erwarten; sie übernehmen überwiegend nur die guten Risiken und belassen die schlechten im Beihilfesystem. Eine exakte Berechnung der Einnahmen und Ausgaben – wie bei den anderen Modellen – ist leider nicht möglich, fehlen doch die notwendigen Informationen über die Bezüge-, Alters- und Mitversichertenstruktur der neu Verbeamteten. Damit der Leser eine Vorstellung über die Größenordnung der zu erwartenden Mehreinnahmen gewinnt, gilt es, eine überschlägige Kalkulation vorzunehmen. Auf der Einnahmenseite ist bei durchschnittlichen Bruttojahreseinkommen zwischen 27.000 € und 36.000 € mit Einnahmen für die GKV zwischen 3.774 € und 5.032 € (allgemeiner

Beitragssatz) beziehungsweise 3.520 € und 4.694 € (ermäßigter Beitragssatz) je neu Verbeamteten auszugehen. Daraus ergeben sich Gesamteinnahmen zwischen 216,8 Mio. € und 289,1 Mio. € (allgemeiner Beitragssatz) beziehungsweise 202,2 Mio. € und 269,7 Mio. €.

Die Leistungsausgaben pro Kopf in der GKV liegen bei den 25- bis 40-Jährigen ungefähr bei 1.200 €. Bei angenommenen 57.450 neu Verbeamteten und einer geschätzten Mitversicherungsquote von 1,4 (also insgesamt 80.430 Versicherten), erreichten die Ausgaben im Modell damit 96,52 Mio. €.

Die Salden liegen damit zwischen 120 Mio. € und 192 Mio. € (allgemeiner Beitragssatz) beziehungsweise zwischen 105 Mio. € und 173 Mio. €. Dies ermöglicht gerade einmal Beitragssatzsenkungen zwischen 0,01 und 0,02 Prozentpunkten. Der kaum messbare Beitragssatzeffekt fußt auf der geringen Zahl von neu Verbeamteten, die nicht in der Lage sein können, ein System mit 70 Mio. Versicherten zu stabilisieren. Außerdem sind weitere Probleme, wie Umstellungskosten und verfassungsrechtliche Dispute,⁵⁹ zu bedenken. Die geschätzten Mehreinnahmen werden im Neubeamtenmodell für neu Verbeamtete zwar im Prinzip jedes Jahr erzielt. Es ist aber zu berücksichtigen, dass von den neu Verbeamteten der Vorjahre die Leistungsausgaben pro Kopf steigen, die GKV also auch mit zunehmenden Ausgaben zu rechnen hat.

⁵⁹ Auf die vielfältigen verfassungsrechtlichen Probleme einer Bürgerversicherung soll in dieser Untersuchung nicht näher eingegangen werden. Siehe dazu u. a. Hornung (2004/05), S. 31-34.

**Tabelle 18: Ergebnisse des Neubeamtenmodells
Einnahmen und Ausgaben in Mio. €**

	Neubeamtenmodell
Mitglieder	57.450
davon pflichtversichert	57.450
davon freiwillig versichert	0
<i>Szenario mit Krankengeld</i>	
Einnahmen	216,8 bis 289,1
Ausgaben	96,5
Saldo	120,3 bis 192,6
Mögliche Beitragssatzsenkung in der GKV (in %)	0,01 bis 0,02
<i>Szenario ohne Krankengeld</i>	
Einnahmen	202,2 bis 269,7
Ausgaben	96,5
Saldo	105,7 bis 173,2
Mögliche Beitragssatzsenkung in der GKV (in %)	0,01 bis 0,02

Quelle: eigene Berechnungen

Um zu sehen, ob und inwieweit sich für die öffentliche Hand Einsparungen ergeben, wurden zusätzlich die Arbeitgeberbeiträge bei einer solchen Vorgehensweise für das Jahr 2002 errechnet und dieser Wert mit den Beihilfeausgaben verglichen. Da es sich bei den neu Verbeamteten um eher junge Personen handelt, war zu erwarten, dass die Arbeitgeberbeiträge die Beihilfeausgaben übersteigen. Arbeitgeberbeiträge müssen monatlich für jeden Beamten gezahlt werden; Beihilfeausgaben fallen nur im Krankheitsfall an.

Eine wichtige – und häufig übersehene – Rolle nimmt hierbei erneut die Absicherung der Angehörigen ein. Im Beihilfesystem muss sich der Dienstherr nicht nur an den Krankheitskosten des Beamten, sondern auch an den Krankheitsausgaben des nicht-beziehungsweise geringverdienenden Ehegatten und der Kinder des Beamten beteiligen. Nach

**Tabelle 19: Folgen für die öffentliche Hand
im Neubeamtenmodell**

	Neubeamtenmodell
Mitglieder	57.450
neu Verbeamtete	57.450
Beihilfeausgaben (in Mio. €)	78,7
<i>Szenario mit Krankengeld</i>	
Arbeitgeberbeiträge (in Mio. €)	99,1
<i>Szenario ohne Krankengeld</i>	
Arbeitgeberbeiträge (in Mio. €)	92,4

Quelle: eigene Berechnungen

den Beihilfevorschriften des Bundes in der Regel sogar mit 70 % bis 80 %. In der GKV gelten diese Angehörigen dagegen als beitragsfrei mitversichert. Somit entstehen dem Dienstherrn keinerlei Ausgaben.

Die Kalkulation im Modell mit den Daten des Jahres 2002 erbrachte für die öffentliche Hand Arbeitgeberbeiträge von 92,4 Mio. € (bei ermäßigtem Beitragssatz) beziehungsweise 99,1 Mio. € (bei allgemeinem Beitragssatz). Die Beihilfeausgaben für die neu Verbeamteten beliefen sich dagegen insgesamt auf etwa 78,7 Mio. €. Von diesem Betrag entfielen 48,4 Mio. € auf die Beihilfe der Beamten und 30,4 Mio. € auf die Beihilfe für deren Angehörige.⁶⁰

Zusätzlich zu den hohen Arbeitgeberbeiträgen für die jungen Beamten hat die öffentliche Hand in diesem Modell für die Älteren, die hohen Beihilfezahlungen zu leisten. Die Einführung einer Versicherungspflicht für neu Verbeamtete lohnt sich für den Dienstherrn damit finanziell nicht. Er hat mit Mehrausgaben zu rechnen. Die Gebietskörperschaften sind vermutlich nicht bereit, die finanziellen Mehrbelastungen bei der Absicherung ihrer Beamten zu akzeptieren.⁶¹

⁶⁰ Vgl. Eigene Berechnungen nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2003a, b) und des Verbandes der privaten Krankenversicherung (2002).

⁶¹ Vgl. Paquet (2005), S. 5.

10. Auswirkungen der demographischen Entwicklung

Die vier Modelle aus dem vorigen Kapitel sind statische Modelle. Für das Jahr 2002 wurde eine Versicherungspflicht für Beamte und Versorgungsempfänger simuliert. Bei einer dynamischen Sichtweise würden die verschiedenen Einflussparameter in die Zukunft fortgeschrieben. Für Beamte müssten u. a. die Entwicklung der Bezüge, Änderungen der Laufbahnstrukturen und Neuverbeamtungen prognostiziert werden; für die GKV gälte es, Veränderungen des Beitragsatzes, der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze vorherzusagen. Entsprechende Kalkulationsergebnisse wären also mit großer Vorsicht zu behandeln.

Innerhalb der vorliegenden Untersuchung werden nun zwei dynamische Modelle betrachtet. Das erste Modell konzentriert sich darauf, den Alterungseffekt von 2002 zu 2003 aufzuzeigen. Prognosedaten sind hier nicht erforderlich, es werden Echtdateen verwendet. Es gilt

Tabelle 20: Bürgerversicherungsmodell in den Jahren 2002 und 2003
Ausgaben in €

Bürgerversicherungsmodell	
<i>Szenario mit Krankengeld</i>	
Ausgaben 2002	10.695.486.565
Ausgaben 2003	10.899.924.255
Ausgabensteigerung (bei konstanten	
Leistungsausgaben pro Kopf)	204.437.690
<i>Szenario ohne Krankengeld</i>	
Ausgaben 2002	9.357.844.658
Ausgaben 2003	9.523.036.462
Ausgabensteigerung (bei konstanten	
Leistungsausgaben pro Kopf)	165.191.804

Quelle: eigene Berechnungen

ausschließlich die Ausgabenentwicklung und diese nur unter Veränderung der Altersstruktur zu betrachten. Die Leistungsausgaben pro Kopf wurden damit auch konstant belassen; medizinisch-technischer Fortschritt, Inflation beziehungsweise steigende Arbeitslöhne blieben also außen vor.

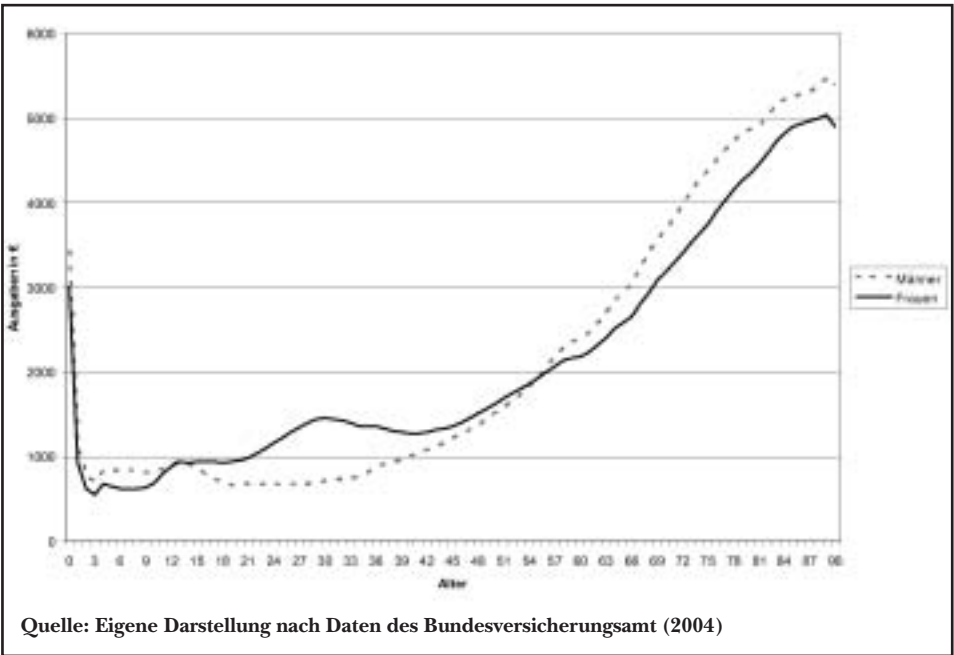
Allein die Entwicklung der Altersstruktur der Beamten und Versorgungsempfänger von 2002 zu 2003 hätte demnach in einer Bürgerversicherung zu Mehrausgaben von 204,4 Mio. € (mit Krankengeld) beziehungsweise 165,2 Mio. € (ohne Krankengeld) geführt. Im Verhältnis zu den berechneten Ausgaben im Bürgerversicherungsmodell entsprechen diese Zahlenwerte einem Ausgabenanstieg von 1,9 % beziehungsweise 1,76 %. Da in der Realität von steigenden Leistungsausgaben pro Kopf ausgegangen werden muss,⁶² wäre die Ausgabenerhöhung in der Realität noch deutlich höher ausgefallen. Der errechnete Anstieg kann höchstens als Untergrenze angesehen werden. Fetzer, Raffelhüschen u. a. bemerken in einem Aufsatz zur Nachhaltigkeit der Gesundheitsreformen, dass eine Bürgerversicherung die mittel- bis langfristige Dynamik der Beitragssatzentwicklung ungebrochen lässt. Eine möglicherweise kurzfristige Entlastung würde durch die Altersstruktur der Beamten rapide aufgehoben.⁶³ Die errechneten Daten unterstreichen diese Aussage. Um hervorzuheben, wie die Krankheitskosten im Alter steigen, sei auf die folgende Grafik verwiesen. Sie veranschaulicht die Abhängigkeit der Leistungsausgaben pro Kopf vom Alter, wobei der steile Anstieg in der zweiten Lebenshälfte offensichtlich wird. Ein Großteil der Beamten befindet sich im Altersbereich der 43- bis 65-Jährigen, also genau in dem Bereich, in dem jährlich ein starker Anstieg der Krankheitskosten zu verzeichnen ist.

Im zweiten dynamischen Modell gilt es, den Alterungseffekt über einen längeren Zeitraum zu berechnen. Bei Betrachtung eines größeren Zeithorizontes muss bekannt sein, welche Altersstruktur die gesamte Gruppe der Beamten und Versorgungsempfänger dann haben wird. Die aktuelle Zusammensetzung kann zwar problemlos mit Hilfe

⁶² Vgl. Oberdieck (1998), Breyer (1999).

⁶³ Vgl. Fetzer, Raffelhüschen, Hagist, Höfer (2004), S. 10.

Abbildung 3: Leistungsausgaben pro Kopf nach Alter im Jahr 2002



von Sterbetafeln fortgeschrieben und damit in die Zukunft übertragen werden. Die Zahl der neu Verbeamteten ist aber nur bedingt vorhersehbar. Ein Zurückfahren der Verbeamtungen – zur Redimensionierung des Beamtensektors mit vermehrten Angestelltenverhältnissen – ist ebenso denkbar wie eine Erhöhung, gilt es doch, die in großer Zahl aus Altersgründen ausscheidenden Staatsdiener zu ersetzen. Da die Anzahl der neu Verbeamteten das Kalkulationsergebnis erheblich beeinflusst, wäre eine darauf aufbauende Rechnung gewagt. Es wurde deshalb eine Prognosekalkulation gewählt, bei der die Zahl der neu Verbeamteten nicht interessiert. In die vorgenommene Berechnung fließen nur die Ausgaben der über 65-jährigen Versorgungsempfänger und der beitragsfrei in der GKV versicherten Angehörigen jeweils der Jahre 2002 und 2012 ein. Nach den vorliegenden Statistiken sind dies 858.134 Personen im Jahr 2002. Eine Fortschreibung der Beamten- und Versorgungsempfängerstruktur unter Verwendung von Sterbetafeln erbrachte für das Jahr 2012 insgesamt 1.307.772 Personen über

dem 65. Lebensjahr. Die im Gesundheitswesen als teure Altersgruppe anzusehende Kohorte wächst in 10 Jahren um fast 450.000 Personen. Eine solche demographische Wirkung zeigt beträchtliche Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben in einer Bürgerversicherung. Im Jahr 2002 hätten die über 65-jährigen Versorgungsempfänger in der GKV Ausgaben von fast 3,57 Mrd. € verursacht, im Jahr 2012 wären es bei unterstellten konstanten Leistungsausgaben pro Kopf über 5,42 Mrd. €. Die Ausgaben stiegen damit um über 1,85 Mrd. €, was eine Erhöhung um fast 52 % bedeutet.

**Tabelle 21: Ausgaben im Modell für über 65-Jährige
in den Jahren 2002 und 2012 in €**

Jahr	Anzahl der über 65-jährigen Versorgungsempfänger und (potenziell) Mitversicherten	Ausgaben im Bürgerversiche- rungsmodell (bei konstanten Leistungsausgaben pro Kopf)
2002	858.134	3.574.044.417
2012	1.307.772	5.426.730.990

Quelle: eigene Berechnungen

Um diese Mehrausgaben auszugleichen, benötigt die GKV – bei unveränderten Einnahmen⁶⁴ – eine Beitragssatzerhöhung von 0,18 Prozentpunkten. Da in der Realität aufgrund des medizinischen Fortschritts von steigenden Pro-Kopf-Ausgaben auszugehen ist, würde der Anstieg der Gesundheitsausgaben für Versorgungsempfänger in einer Bürgerversicherung wahrscheinlich noch größer sein. Die geringe Beitragssatzsenkung, die für das Bürgerversicherungsmodell ausgerechnet wurde, ist im Jahre 2012 längst zur Makulatur geworden. Das Kernproblem der GKV – die steigenden Kosten aufgrund der demographischen Veränderungen – wird mit einer Bürgerversicherung nicht angegangen; es wird sogar verschärft.

⁶⁴ Von unveränderten Einnahmen auszugehen scheint insofern riskant, da zu erwartende allgemeine Lohnerhöhungen in jedem Fall zu höheren GKV-Einnahmen führen. Es ist allerdings zu bedenken, dass ein Anstieg der Lohnkosten auch die Gesundheitsausgaben (zusätzlich zum berechneten Alterungseffekt) erhöht. Aufgrund der hohen Arbeitsintensität im Gesundheitswesen steigen die Ausgaben möglicherweise sogar überdurchschnittlich. Zudem sinken die Einnahmen infolge der Zunahme des Anteils der Versorgungsempfänger, da Versorgungsempfänger weniger zu den GKV-Einnahmen beitragen als aktive Staatsdiener.

11. Sonstige Probleme

11.1. Quersubventionierung der GKV

In den bisherigen Analysen ist die Vergütung der Ärzte und Kliniken ausgeblendet worden. Es hat für die Kalkulation keine Rolle gespielt. Eine Einbeziehung von Beamten in die GKV verändert die Geldströme aber auch auf dieser Seite. Derzeit nutzen niedergelassene Ärzte den Mehrumsatz mit Privatpatienten, um Kassenpatienten besser versorgen zu können. Im stationären Sektor sind Privatpatienten allein schon deshalb Mehrzahler, da sie Wahlleistungen wie Chefarztbehandlung oder Einzelzimmer nachfragen. Auch hier können die zusätzlichen Einnahmen genutzt werden, um gesetzlich Versicherte zu behandeln. Der Mehrumsatz mit Privatpatienten betrug 2003 ca. 8,5 Mrd. €⁶⁵. Beamte erbringen damit als Privatversicherte einen bedeutenden Solidarbeitrag. Sie leisten auf diese Weise einen Anteil zur Umverteilung von Gutverdienenden zu weniger Leistungsfähigen.

In einer Bürgerversicherung würde weniger Geld in das Gesundheitswesen fließen. Um den Einnahmeausfall der Ärzte wegen ausbleibenden Privatpatienten auszugleichen, müsste in einer Bürgerversicherung die Vergütung erhöht werden, was zwangsläufig den Beitragsatz erhöht. Damit stellte sich die Einbeziehung von Beamten in die GKV bereits kurzfristig als Belastung für das Gesundheitswesen heraus.

11.2. Wegfall des Beihilfesystems

Die Auflösung des Beihilfesystems wird eine Reihe von Problemen hervorbringen, die sich auch in zusätzlichen Ausgaben realisieren werden. So werden die Kosten für eine berufliche Rehabilitation bei GKV-Versicherten häufig von den Rentenversicherungsträgern übernom-

⁶⁵ Vgl. Weber, Niehaus (2005).

men, bei Beamten aber von der Beihilfe getragen. Fraglich ist, welche Regelung nach Einführung einer Bürgerversicherung greift. Sollte die Bürgerversicherung auch auf die Pflegeversicherung ausgedehnt werden, dürften die geringen Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) ein Alimentationsproblem aufwerfen. Der Dienstherr könnte gezwungen sein, zusätzlich Beihilfen für pflegebedürftige Beamte zu zahlen. Zusätzliche Beihilfen sind auch dort denkbar, wo beamtenrechtliche Regelungen auf der Grundlage der staatlichen Fürsorgepflicht über den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz hinausgehen. Dazu könnten Hilfen in Todesfällen und bei Unfällen gehören. Besondere Umstellungsprobleme sind zudem im Bereich der freien Heilfürsorge zu erwarten. Die Belastung der öffentlichen Haushalte nach Einführung einer Bürgerversicherung ist damit nicht nur im Vergleich Beihilfe für Krankheitsbehandlungen versus Arbeitgeberbeiträgen zu sehen. Die zu erwartenden Ausgaben beim Dienstherrn sind höher als die kalkulierten Arbeitgeberbeiträge.

12. Resümee der Untersuchung

Die Analysen innerhalb der vorliegenden Untersuchung zeigen, wie wenig lohnenswert eine Bürgerversicherung hinsichtlich der Beitragsentwicklung in der GKV ist. Die zu realisierenden Beitragssatzsenkungen sind – sofern überhaupt möglich – sehr gering. Die Einführung einer Versicherungspflicht für Beamte stellt keine Lösung für die Probleme der GKV dar.

Das Referenzmodell offenbart: Beamte sind für die GKV nicht das gute Risiko, was ihnen oft nachgesagt wird. Ihre Bezüge befinden sich zwar im Durchschnitt über dem der GKV-Versicherten; sie haben aber eine höhere Lebenserwartung, ihr Durchschnittsalter liegt bereits jetzt über dem der GKV-Versicherten und sie gehen in größerem Maße aufgrund von Dienstunfähigkeit in den Vorruhestand. Versicherungspflichtige Beamte würden zudem eine hohe Zahl an Mitversicherten aufweisen.

Eine Auflösung der Versicherungspflichtgrenze innerhalb einer Bürgerversicherung ermöglichte eine geringe Beitragssatzsenkung. Die hohen Kosten der Systemumstellung, volkswirtschaftliche Belastungen infolge der zusätzlichen Einkommensbesteuerung sowie erwartete verfassungsrechtliche Dispute rechtfertigen eine solche marginale Beitragssatzwirkung aber nicht.

Eine Systemumstellung entlang der Versicherungspflichtgrenze ohne Wahlmöglichkeit kann für die GKV sogar zu Mehrausgaben führen, wechseln doch hierbei überdurchschnittlich viele Versorgungsempfänger in die GKV.

Mittel- bis langfristig sind Beamte für die GKV abträglich. Ihr höheres Durchschnittsalter und ihre höhere Lebenserwartung machen sie zu einem schlechten Risiko. Bereits bei Unterstellung von konstanten Leistungsausgaben pro Kopf über die Zeit konnte ein beträchtlicher Ausgabenanstieg infolge der Alterung berechnet werden. Berücksichtigt man die Quersubventionierung der GKV durch Privatversicherte sowie die vielfältigen Probleme bei der Auflösung des Beihilfesystems, ist bereits kurzfristig mit Mehrausgaben zu rechnen.

Anhang

**Tabelle 22: Beamte, Richter und Soldaten im öffentlichen Dienst
im Jahr 2002**

Laufbahngruppe	Vollzeitbeschäftigte	Teilzeitbeschäftigte
Höherer Dienst		
B11-B9, R10, R9	653	809
B8, R8	194	
B7, R7	456	
B6, R6	1.613	
B5, R5	654	
B4, R4	1.062	
B3, R3, C4	16.280	
B2, B1	2.758	
A16+Z, A16, R2, C3	35.041	
A15, R1, C2	75.183	9.732
A14, C1	94.881	24.781
A13	75.247	31.947
in Ausbildung	30.568	
Gehobener Dienst		
A16 „L“-A13“L“	86.602	40.163
A14“S“, A13“S“ +Z, A13“S“	37.040	6.876
A12	181.383	105.853
A11	119.466	27.104
A10	118.421	22.658
A9	77.752	6.250
in Ausbildung	47.690	

Laufbahngruppe	Vollzeitbeschäftigte	Teilzeitbeschäftigte
Mittlerer Dienst		
A9“S“+Z	23.760	2.283
A9“S“	102.228	9.991
A8	146.801	16.110
A7	132.735	11.614
A6	51.280	2.269
A5	11.151	27
in Ausbildung	16.969	
Einfacher Dienst		
A6“S“	3.860	346
A5“S“	8.939	223
A4	33.031	
A3	4.772	164
A2	175	
in Ausbildung	130	
Zusammen	1.538.775	321.250

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003a), S. 28, 30

Für die Analyse erfolgte eine geringe Modifikation der Beschäftigtenzahlen. Zeitsoldaten (131.000) wurden subtrahiert und Postbeamte (126.298) addiert.

Tabelle 23: Versorgungsempfänger von Ruhegehalt im Jahr 2002

Einstufung	Versorgungsempfänger von Ruhegehalt
Höherer Dienst	
B11-B5, R10-R5	5.141
B4-B1, R4, R3, C4	15.510
A16 + Amtszulage, A16, R2, C3	27.775
A15, R1, C2	53.452
A14, C1	48.860
A13	13.704
Gehobener Dienst	
A16“L“-A13“L“	41.070
A13“S“+Amtszulage, A13“S“	53.378
A12	115.967
A11	57.424
A10	28.667
A9	3.252
Mittlerer Dienst	
A9“S“+Amtszulage	64.943
A“9“	98.713
A8	101.011
A7	62.215
A6	12.409
A5	1.178
Einfacher Dienst	
A5“S“ + Amtszulage, A5“S“	77.701
A4-A1	22.897
Sonstige	2.587
Zusammen	907.854

Quelle: Statistisches Bundesamt (2003b), S. 24

Tabelle 24: Vollzeitbeschäftigte Beamte und Richter nach Altersgruppen im Jahr 2002 ohne Berufssoldaten und Postbeamte

Altersgruppe	Höherer Dienst		Gehobener Dienst		Mittlerer Dienst		Einfacher Dienst	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
unter 25	449	0,1 %	29.612	4,6 %	28.461	7,6 %	245	1,9 %
25 – 35	50.595	15,9 %	125.045	19,4 %	102.620	27,4 %	2.294	17,7 %
35 – 45	71.350	22,2 %	166.758	25,8 %	125.469	33,6 %	4.747	36,5 %
45 – 55	115.901	36,1 %	226.587	35,1 %	93.870	25,1 %	3.709	28,5 %
55 – 60	49.607	15,4 %	71.432	11,0 %	18.504	5,0 %	1.153	8,9 %
60+	33.264	10,3 %	26.275	4,0 %	4.763	1,3 %	844	6,5 %
Insgesamt	321.166		645.709		373.687		12.992	

Quelle: eigene Berechnungen nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2003a), S. 33

Tabelle 25: Versorgungsempfänger nach Altersgruppen im Jahr 2002

Altersgruppe	Empfänger von Ruhegehalt	Anteil an Gesamtzahl von Versorgungsempfängern
unter 30	116	0,0 %
30 – 35	1.712	0,2 %
35 – 40	6.167	0,7 %
40 – 45	10.289	1,1 %
45 – 50	23.796	2,6 %
50 – 55	50.512	5,6 %
55 – 60	91.870	10,1 %
60 – 65	191.593	21,1 %
65 – 70	166.447	18,3 %
70 – 75	137.145	15,1 %
75 – 80	114.045	12,6 %
80 – 85	62.437	6,9 %
85 – 90	37.773	4,2 %
90 – 95	11.824	1,3 %
95+	2.128	0,2 %
Insgesamt	907.854	

Quelle: eigene Berechnungen nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2003b), S. 31

Literaturverzeichnis

Atkinson, A. B.; Stiglitz, J. E. (1976), The design of tax structure: direct versus indirect taxation, in: *Journal of Public Economics*, Vol. 6 (1, 2), July-August, Amsterdam.

Beihilfavorschriften des Bundes, Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfavorschriften – BhV).

Breyer, F. (1999), Lebenserwartung, Kosten des Sterbens und die Prognose der Gesundheitsausgaben, in: *Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften*, Band 50, S. 53-65.

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

Buchanan, J.; Brennan, G. (1980), Tax reform with tears, in: Aaron, H.; Boskin, M. J. (ed): *The economics of taxation*, Washington.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2005), Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder und mitversicherte Angehörige nach Altersgruppen. Ergebnisse der GKV Statistiken KM2, KM5 und KM6 (Stand: 21.2.2005), Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004a), Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004b), Erwerbsminderungsrente, Informationsbroschüre, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003a), Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung über Mitglieder, Beitragssätze und Kranke, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003b), Verwaltungskosten je Mitglied nach Kassenart 2002 (Stand: 13.7.2004), Berlin.

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)** (2003c), Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV 45 1. bis 4. Quartal 2002, BMGS 228/Z12, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)** (2003d), GKV-Versicherte nach Alter und Wohnort. GKV-Statistik KM6, Bonn.
- Bundesregierung** (2001), Zweiter Versorgungsbericht der Bundesregierung, Bundesdrucksache 14/7220 vom 19.10.2001, Berlin.
- Bundesversicherungsamt** (2004), Risikostrukturausgleich – Jahresausgleich 2002, Bonn.
- Corlett, W. J.; Hague D. C.** (1953), Complementarity and the excess burdens of taxation, in: *Review of Economic Studies*, XXI (1), Oxford.
- Diamond, Peter A.; Mireless, James A.** (1971), Optimal taxation and public production I: Production efficiency and II: Tax rules, in: *American Economic Review*, LV, Nashville.
- Dinkel, R.H.** (1999), Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik Deutschland auf der Basis von Kohortendaten, in: Häfner, H.(ed.), *Gesundheit – unsere höchstes Gut?*, S. 61-83, Berlin.
- Feldstein, M.** (1976), On the theory of tax reform, in: *Journal of Public Economics*, Vol. 6 (1, 2), July-August, Amsterdam.
- Fetzer, S.; Raffelhüschen, B.; Hagist, B.; Höfer, M.** (2004), Nachhaltige Gesundheitsreformen, *Diskussionsbeiträge* 124/04, Freiburg.
- Gasche, M.** (2004), Beitragssatzeffekte einer Einbeziehung der Beamten in die GKV, *Wirtschaftsdienst -Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 2004/5, Hamburg.
- Grundgesetz**, Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland vom 23.5.1949.
- Hattenhauer, H.** (1980), *Geschichte des Beamtentums*, Köln.

- Hof, B.** (2001), Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., PKV-Dokumentation 24, Köln.
- Hornung, K.** (2004/05), Mehr Fragen als Antworten. Ergebnis der Diskussion bei der SPD zur Bürgerversicherung noch offen, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Dezember 2004, Januar 2005, Bonn.
- Institut der deutschen Wirtschaft** (2004), Haushaltseinkommen. Jeder vierte Euro kommt vom Staat. iwD – Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft Nr. 49 vom 2.12.2004, Köln.
- Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme** (2004), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin.
- Lauterbach, K.** (2004a), Die Bürgerversicherung, Universität Köln, Köln.
- Lauterbach, K.** (2004b), Das Prinzip der Bürgerversicherung, in: Engelen-Kefer, Ursula (Hrsg.) Reformoption Bürgerversicherung, Hamburg.
- Marstedt, G.; Alberts, O.; Koppelin, F.; Müller, R.; Wegener, A.** (2003), Alt werden im Betrieb? Beschäftigte im öffentlichen Dienst zwischen Integration und Externalisierung, Schriftenreihe „Gesundheit – Arbeit – Medizin“ Band 31, Bremerhaven 2003.
- Mireless, James A.** (1971), An Exploration in the Theory of Optimum Income Taxation, in: Review of Economic Studies XXXVIII (2), April, Oxford.
- Oberdieck, V.** (1998), Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung? Demographische und medizinische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihrer Reformpolitischen Implikationen, Band 26 der Duisburger Volkswirtschaftlichen Schriften, Duisburg.
- Paquet, R.** (2005), Wahlkampfmaterial oder mehr? Zwischenbilanz der Debatte zur Finanzreform der GKV, in: Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 2/05, Schönecken.

- Pfaff, A. B.; Langer, B.; Mamberer, F. u. a.** (2004), Die Bürgerversicherung. Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung, Augsburg.
- Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes** (2004), Modell einer solidarischen Bürgerversicherung, Berlin.
- Rosenschon, A.** (2001), Familienförderung in Deutschland, Kieler Arbeitspapier Nr. 1071, Kiel.
- Samuelson, Paul** (1986), Theory of Optimal Taxation, in: Journal of Public Economics, Vol. 30 (2), July, S. 137-143, Chicago.
- Sehlen, S.; Schröder, W. F.; Schiffhorst, G.** (2004), Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten, IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin.
- Siebert, H.** (2003), Reform-Notwendigkeiten der Alters- und Gesundheitsvorsorge. Zwölf Thesen, Kieler Arbeitspapier Nr. 1147, Kiel.
- Sozialgesetzbuch V**, Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988.
- Sozialgesetzbuch XI**, Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung vom 26.5.1994.
- Spieß, W.** (2005), Alimentationsprinzip, Eine Einführung von Walther Spieß, Deutscher Beamtenbund Hessen, Frankfurt.
- Statistisches Bundesamt** (2004a), Finanzen und Steuern. Versorgungsempfänger des öffentlichen Dienstes 2000. Fachserie 14, Reihe 6.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2004b), Altersabhängigkeiten der Krankheitskosten, in: Wirtschaft und Statistik, 12/2004, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2003a), Finanzen und Steuern. Personal des öffentlichen Dienstes 2002, Fachserie 14, Reihe 6, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2003b), Finanzen und Steuern. Versorgungsempfänger des öffentlichen Dienstes 2002, Fachserie 14, Reihe 6.1, Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt** (2003c), Pressemitteilung vom 24.9.2003, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2003d), Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbraucherstichprobe 2003, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2003e), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Nettoeinkommen und Zahl der Haushalte nach Haushaltsgruppen 1991–2002, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt** (2001), Finanzen und Steuern. Versorgungsempfänger des öffentlichen Dienstes 2000, Fachserie 14, Reihe 6.1, Wiesbaden.
- Ulrich, V.** (2003), Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssätze der GKV, Diskussionspapier 1/98, Universität Bayreuth.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2004), Zahlenbericht 2003/2004, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2003), Versicherte der privaten Pflegeversicherung nach Alter und Geschlecht, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (2002), Versicherte der privaten Pflegeversicherung nach Alter und Geschlecht, Köln.
- Verband der privaten Krankenversicherung** (1995), Versicherte der privaten Pflegeversicherung nach Alter und Geschlecht, Köln
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)** (2004), Rentenversicherung in Zahlen 2004, Frankfurt/Main.
- VdAK** (2004), Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2004, Siegburg.
- Weber, C.; Niehaus, F.** (2005), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV, Manuskript, Köln.
- Zipperer, M.** (2003), Gutachten zur Bürgerversicherung, Verband der privaten Krankenversicherung, Köln.

Abkürzungsverzeichnis:

Abs.	Absatz
AKV	Allgemeine Krankenversicherung
BhV	Beihilfevorschriften des Bundes
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
etc.	et cetera
ff.	folgende (Seiten)
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gesetzliche Pflegeversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
IAB	Institut für Arbeitsmarktforschung
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
INIFES	Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
PKV	Private Krankenversicherung
PPV	Private Pflegeversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
S.	Seite
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB VI	Sozialgesetzbuch, Sechstes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch
SGB XII	Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
u.ä.	und ähnliches
u.a.	unter anderem
VdaK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

ISBN 3-9810070-2-6