

# Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer »Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung«

Gutachten von Prof. Dr. Heinz Rothgang und  
Dominik Domhoff, Universität Bremen,  
im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE

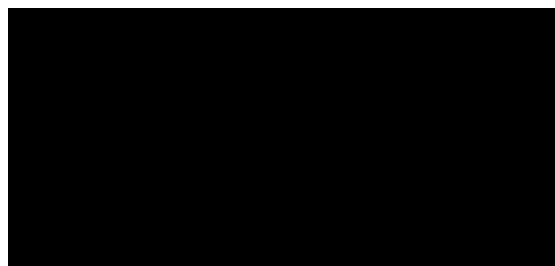
**DIE LINKE.**  
I M B U N D E S T A G



**BEITRAGSSATZEFFEKTE UND  
VERTEILUNGSWIRKUNGEN DER  
EINFÜHRUNG EINER „SOLIDARISCHEN  
GESUNDHEITS- UND  
PFLEGEVERSICHERUNG“**

**Gutachten  
im Auftrag der  
Bundestagsfraktion DIE LINKE**

von  
**Prof. Dr. Heinz Rothgang  
Dominik Domhoff, M.A.  
Universität Bremen**



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung und Hintergrund</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Modell einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Daten und Methoden</b> .....	<b>4</b>
3.1. <i>Datengrundlage</i> .....	5
3.2. <i>Methoden</i> .....	7
3.2.1. <i>Ausgabenseite</i> .....	7
3.2.2. <i>Beitragsbemessungsgrundlage</i> .....	10
3.2.3. <i>Berechnung der Beitragssätze</i> .....	13
3.2.4. <i>Modellkalibrierung</i> .....	14
3.2.5. <i>Verteilungswirkungen</i> .....	16
3.3. <i>Untersuchte Modelle und Varianten einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“</i> .....	18
<b>4. Ergebnisse</b> .....	<b>19</b>
4.1. <i>Beitragssatzeffekte</i> .....	20
4.2. <i>Verteilungswirkungen</i> .....	25
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>35</b>
<b>6. Fazit</b> .....	<b>44</b>
<b>7. Literatur</b> .....	<b>46</b>
<b>8. Anhang: Ergebnisse der Beitragssatzberechnungen</b> .....	<b>49</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Berücksichtigte Versichertengruppen gemäß SOEP .....	5
Tabelle 2:	Durchschnittliche Summe der (jährlichen) beitragspflichtigen Einnahmen bei Variation der Beitragsbemessungsgrenze der beitragspflichtigen Einkommensarten und des versicherten Personenkreises für das Jahr 2018.....	6
Tabelle 3:	Berechnete Gesundheitsausgaben im Jahr 2018 in Abhängigkeit vom Versichertenkreis basierend auf den SOEP-Daten und den GKV-Ausgabenprofilen 2018 .....	9
Tabelle 4:	Ausgaben in der Pflegeversicherung im Jahr 2018 .....	10
Tabelle 5:	Berücksichtigte Einkommensvariablen im SOEP .....	12
Tabelle 6:	Dezile des monatlichen Nettoäquivalenzeinkommens und Anteile der beitragszahlenden gesetzlich und privat Versicherten.....	17
Tabelle 7:	Untersuchte Variationen einer Sozialversicherung.....	19
Tabelle 8:	Beitragssatzeffekte einer solidarischen Gesundheitsversicherung bei unterschiedlicher Ausgestaltungsvarianten (in Prozentpunkten) .....	20
Tabelle 9:	Beitragssatzeffekte einer solidarischen Pflegeversicherung bei unterschiedlichen Ausgestaltungsvarianten (in Prozentpunkten).....	21
Tabelle 10:	Für die Berechnung der Globalparität berücksichtigte Variationen .....	22
Tabelle 11:	Von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen zu tragender Beitragssatz in der Krankenversicherung bei Globalparität (in Prozentpunkten bzw. in % des Ausgangswertes) .....	23
Tabelle 12:	Beitragssätze bei Beitragssatz- und Globalparität am Beispiel des Modell 1 in Prozentpunkten .....	24
Tabelle 13:	Von Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen zu tragender Beitragssatz in der Pflegeversicherung bei Globalparität (in Prozentpunkten bzw. in Prozent des Ausgangswertes).....	24
Tabelle 14:	Durchschnittliche jährliche Krankenversicherungsbeiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für die Gesamtbevölkerung.....	27
Tabelle 15:	Durchschnittliche jährliche Beiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für GKV-Versicherte .....	29
Tabelle 16:	Durchschnittliche jährliche Beiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für bislang PKV-Versicherte .....	31
Tabelle 17:	Durchschnittliche monatliche Beiträge und Differenzen zwischen Status quo und Modellen einer solidarischen Pflegeversicherung bei derzeit SPV-Versicherten.....	33
Tabelle 18:	Vergleich der Beitragssatzeffekte bisheriger Modellierungsstudien in der Krankenversicherung. Differenz zum Status quo in Prozentpunkten .....	37
Tabelle 19:	Beitragssätze bei Globalparität am Beispiel des Modell 1 in Prozentpunkten im Standardmodell und einer Variante .....	40
Tabelle 20:	Jährliche Mehreinnahmen der Reformmodelle in der Krankenversicherung bei Beibehaltung des Beitragssatzes .....	41
Tabelle 21:	Jährliche Mehreinnahmen der Reformmodelle in der Pflegeversicherung bei Beibehaltung des Beitragssatzes .....	42

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für die Gesamtbevölkerung.....	25
Abbildung 2:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für die Gesamtbevölkerung.....	27
Abbildung 3:	Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für GKV-Mitglieder .....	28
Abbildung 4:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für GKV-Mitglieder .....	29
Abbildung 5:	Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für derzeit PKV-Versicherte.....	30
Abbildung 6:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Beiträge zwischen einer solidarischen Gesundheitsversicherung und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für derzeit PKV-Versicherte .....	30
Abbildung 7:	Durchschnittliche jährliche Beiträge zur Pflegeversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommen für bislang SPV-Versicherte.....	32
Abbildung 8:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Beiträge zwischen einer solidarischen Pflegeversicherung und dem Status quo nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für SPV-Mitglieder .....	33
Abbildung 9:	Durchschnittliche jährliche Beiträge zur Pflegeversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für die Gesamtbevölkerung .....	34
Abbildung 10:	Durchschnittliche jährliche Beiträge in einer solidarischen Pflegeversicherung nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens.....	35
Abbildung 11:	Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen Reformmodellen und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für GKV-Mitglieder .....	41

## 1. Einleitung und Hintergrund

Seit mehreren Dekaden wird die Finanzierung der Krankenversicherung als ungerecht kritisiert. Gerechtigkeitslücken beziehen sich dabei auf Verstöße gegen die horizontale und die vertikale Gerechtigkeit, sowohl innerhalb der Sozialversicherung, als auch im Verhältnis von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) (Greß & Rothgang 2009; Härpfer et al. 2009). In ihrer Nachhaltigkeit gefährdet wird die GKV-Finanzierung dabei nicht durch eine „Kostenexplosion“ (Reiners 2018), sondern aufgrund ihrer „strukturellen Einnahmeschwäche“, der im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt deutlich zurückbleibende Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen (Rothgang & Götze 2013; IAQ 2021). Die mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) vom 14. Dezember 2018 verkündete und zum 1. Januar 2019 erfolgte Rückkehr zur paritätischen Beitragstragung nicht nur des allgemeinen Beitragssatzes, sondern auch des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, stellt letztlich wieder den Rechtszustand vor Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 her, hat an den Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefiziten aber nicht geändert.

Eine Reformoption, die Einnahmeseite der GKV nachhaltig zu stärken und dabei gleichzeitig Gerechtigkeitsdefizite abzubauen, bietet dagegen das Konzept einer integrierten Versicherung, mit dem Definitionsmerkmal einer Erweiterung der personellen und sachlichen Bemessungsgrundlage (Rothgang & Götze 2013; Rothgang 2014), das in den beiden letzten Dekaden auch unter dem Begriff „Bürgerversicherung“ verhandelt wurde. Regelmäßig diskutierte Elemente sind hierbei die Ausdehnung des versicherungspflichtigen Personenkreises auch auf die derzeit in der PKV versicherten Personen, die Berücksichtigung aller Einkommensarten, insbesondere auch von Vermögenseinkommen, und die Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Für einen „kurzen einführenden Überblick über einige ausgewählte Studien zum Thema Bürgerversicherung sowie zu möglichen Wirkungen einer entsprechenden Umgestaltung des deutschen Krankenversicherungssystems“ verweist der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestags in seiner Dokumentation (WD 9 - 3000 - 061/17) auf die Internetseiten der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) unter

Die gleichen Nachhaltigkeitsprobleme zeigen sich – aufgrund der identischen Einnahmensituation – auch bei der sozialen Pflegeversicherung (SPV) (Rothgang 2019a). Da die soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung (PPV) gleichartige Begutachtungsrichtlinien verwenden und beide Versicherungszweige gleiche Leistungshöhen vorsehen, wird der Effekt der Risikoselektion zwischen den beiden Zweigen noch deutlicher als bei der Krankenversicherung (Rothgang 2010 und 2011). Das Gebot des Bundesverfassungsgerichts, das die Schaffung einer „Pflegevollversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige“ nur unter der Maßgabe einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ für verfassungskonform erklärt hat (BVerfG 2001: Rn 92), wird massiv verletzt, da die Privatversicherten eine günstigere Alters- und Geschlechterverteilung sowie eine geringere Morbidität aufweisen, was dazu führt, dass die Ausgaben für eine sozialversicherte Person in der Pflegeversicherung – bei gleichem Leistungsrecht und unter Berücksichtigung von Beihilfezahlungen – mehr als doppelt so hoch sind wie für eine privatversicherte (vgl. hierzu ausführlich Rothgang 2019b), so dass auch für die Pflegeversicherung eine Bürgerversicherung seit Langem diskutiert wird (siehe z. B. Dräther et al. 2009).

Vor diesem Hintergrund wurden in den Jahren 2010 und 2011 im Auftrag der Bundesfraktion Bündnis 90/Die Grünen zwei Gutachten zu den finanziellen Wirkungen und Verteilungseffekten verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Krankenversicherung (Rothgang et al. 2010) bzw. einer Pflegebürgerversicherung (Rothgang et al. 2011) erstellt, in denen – ebenso wie für modellrechnungen zu einer Pflegebürgervollversicherung (Rothgang & Domhoff 2019) – die Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) als Grundlage für Mikrosimulationen verwendet wurden. Einem Gutachten für die Rosa-Luxemburg-Stiftung und die Bundestagsfraktion Die LINKE (Rothgang & Domhoff 2017) wurden hingegen die Mikrodaten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) zugrunde gelegt.



Im vorliegenden Gutachten für die Bundestagsfraktion DIE LINKEN werden für die Berechnung der Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen des im Folgenden dargestellten Modellvorschlags einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung der Bundestagsfraktion DIE LINKE wiederum die Daten des Sozio-ökonomischen Panels verwendet.

Nachstehend wird zunächst der hier zu untersuchende Vorschlag einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ kurz umrissen (Abschnitt 2). Nach Darstellung der verwendeten Daten und Methoden (Abschnitt 3), werden in Abschnitt 4 die Ergebnisse präsentiert, die in Abschnitt 5 diskutiert und dann abschließend resümiert werden (Abschnitt 6).

## **2. Modell einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“**

Das von der Bundestagsfraktion DIE LINKE vorgeschlagene und in diesem Gutachten untersuchte Modell einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ (Die LINKE 2017) beruht auf der Finanzierungsseite auf folgenden Kernelementen:

- Alle Menschen, die in Deutschland leben, sind in der „solidarischen Gesundheitsversicherung“ versichert. Die Finanzierung der obligatorischen Versicherung erfolgt gemäß ökonomischer Leistungsfähigkeit, die Leistungsgewährung nach dem Bedarfsprinzip. Jede Person erhält ab Geburt einen eigenen Versicherungsanspruch. Personen ohne eigene Einkünfte sind beitragsfrei versichert.
- Grundsätzlich unterliegen alle Einkommensarten der Beitragspflicht. Davon ausgenommen sind die derzeit in der GKV beitragsbefreiten Sozialleistungen wie Kindergeld, Elterngeld und Wohngeld. Für Zins- und Kapitalerträge findet der Sparer-Pauschbetrag Anwendung.
- Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) wird zunächst auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (West) angehoben (Modell 1) und perspektivisch vollständig abgeschafft (Modell 2). Für die Berechnungen wurde die Beitragsbemessungsgrenze mit jährlich 53.100 Euro (Status quo) bzw. 78.000 Euro (Modell 1) angesetzt.

- Arbeitgeber tragen die Hälfte der Versicherungsbeiträge auf Löhne und Gehälter ihrer Beschäftigten.<sup>2</sup> Für Beamtinnen und Beamte wird eine entsprechende paritätische Beteiligung des Dienstherrn anstelle der Beihilfe geschaffen. Da die abhängig Beschäftigten durch alleinige Tragung der Beiträge auf Nichterwerbseinkommen im Durchschnitt höher belastet werden als die Arbeitgeber, wird weiterhin untersucht, welchen Beitragsanteil Arbeitgeber- und –nehmer tragen müssten, um insgesamt gleich hoch belastet zu werden (Szenario „Globalparität“).
- Die Mindestbemessungsgrenze für Selbständige und Freiberufler wird auf die Geringfügigkeitsgrenze von 450 Euro pro Monat abgesenkt.

### **3. Daten und Methoden**

Der Beitragssatz in der GKV und der SPV resultiert im Umlageverfahren als Quotient aus den durch Beiträge zu zahlenden Ausgaben der GKV bzw. SPV und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Durch die vorgeschlagene Reform werden sowohl Zähler als auch Nenner dieses Quotienten beeinflusst. Um die sich durch die Ausweitung der Bemessungsgrundlage und des Versichertenkreises ergebenden Auswirkungen auf Einnahme- und Ausgabeseite darzustellen, wird auf die Individualdaten des Sozio-ökonomischen Panels sowie die Ergebnisse der Finanzstatistiken zurückgegriffen. Alle Ergebnisse beziehen sich dabei auf das Jahr 2018. Ausgewiesen wird jeweils der Beitragssatz, der sich ergeben hätte, wenn bereits 2018 die jeweiligen Regelungen der Reformmodelle gegolten hätten. Dieser Beitragssatz und die daraus folgenden Beitragsbelastungen werden dann den tatsächlichen Werten des Jahres 2018 gegenübergestellt.

Im Folgenden werden zunächst die für die Modellrechnungen verwendeten Datengrundlagen (Abschnitt 3.1) und Methoden (Abschnitt 3.2) kurz beschrieben.

---

<sup>2</sup> Der Begriff der Beitragstragung wird hier im formaljuristischen Sinne, also wie im SGB V und XI verwendet, ohne Überwälzungsprozesse zu berücksichtigen, die bei der Ermittlung der Beitragstragung im ökonomischen Sinn eingeschlossen wären.

Anschließend werden die untersuchten Varianten einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ dargestellt (Abschnitt 3.3).

### 3.1. Datengrundlage

Für die Berechnung der Beitragssatz- und Verteilungseffekte werden Daten der amtlichen Statistik und der Kassenstatistik mit Mikrodaten der aktuellsten SOEP-Welle (v36) von 2019 mit Einkommens- und Ausgabenangaben für 2018 verknüpft. Insgesamt erfasst der Datensatz 38.702 Personen (inklusive Kinder) in 18.020 Haushalten. Personen ohne Angaben zum aktuellen Versichertenstatus und zum Geschlecht werden ausgeschlossen. Alle Stichprobenergebnisse werden mit den im SOEP enthaltenen Hochrechnungsfaktoren auf die bundesdeutsche Bevölkerung in Privathaushalten hochgerechnet.

In Bezug auf ihr *Einkommen* werden insgesamt zehn Versichertengruppen unterschieden. Tabelle 1 enthält diese Gruppen, ihren Versichertenstatus sowie die Zahl der Versicherten und ihr durchschnittliches den Berechnungen zugrunde gelegtes jährliches Gesamteinkommen.

**Tabelle 1: Berücksichtigte Versichertengruppen gemäß SOEP**

Versichertengruppe	Versichertenstatus	Zahl der Versicherten	durchschnittliches jährliches Einkommen
abhängig Beschäftigte	gesetzlich	32.046.389	37.167
abhängig Beschäftigte	privat	1.539.433	79.090
Beam*t*innen/Pensionär*t*innen	gesetzlich	185.420	47.290
Beam*t*innen/Pensionär*t*innen	privat	2.216.067	52.221
Selbständige	gesetzlich	1.932.835	58.634
Selbständige	privat	1.283.868	101.770
Rentner*t*innen	gesetzlich	14.851.780	18.473
Rentner*t*innen	privat	2.586.496	35.996
Arbeitslosengeldbeziehende	gesetzlich	581.808	15.413
Arbeitslosengeldbeziehende	privat	1.001	32.000
Arbeitslosengeld II Beziehende	gesetzlich	3.201.841	26.550
Arbeitslosengeld II Beziehende	privat	42.707	26.550
Studierende	gesetzlich	432.207	5.601
Studierende	privat	181.721	5.601
Kinder	gesetzlich	10.421.450	0
Kinder	privat	1.898.708	0
Mitversicherte	gesetzlich	5.492.626	0
Mitversicherte	privat	13.334	0
Andere	gesetzlich	1.061.773	17.770
Andere	privat	386.680	15.653
Alle Versicherten	gesetzlich	70.208.127	24.253,43
Alle Versicherten	privat	10.150.141	46.253,91
Alle Versicherten	Gesetzl. & priv.	80.358.141	27.032,31

Quelle: Eigene Auswertung des SOEP.

Für drei Gruppen ist die Zahl der Befragten im SOEP einstellig, die Ergebnisse haben daher keine Aussagekraft und sind hier nur (in grau) der Vollständigkeit halber ausgewiesen. Für alle übrigen Gruppen ist die Zahl der Befragten für eine stabile Hochrechnung ausreichend. Für die gesetzlichen Systeme zeigt ein Vergleich mit der Statistik KM1 (BMG 2019b) hinsichtlich der Zahl der Versicherten in den einzelnen Gruppen zudem eine gute Übereinstimmung.

Bei Einführung einer Beitragspflicht für weitere Einkommensarten, einer Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze und bei Einbezug der derzeit Privatversicherten verändert sich die durchschnittliche Summe der beitragspflichtigen Einnahmen pro beitragszahlender Person (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Durchschnittliche Summe der (jährlichen) beitragspflichtigen Einnahmen bei Variation der Beitragsbemessungsgrenze der beitragspflichtigen Einkommensarten und des versicherten Personenkreises für das Jahr 2018**

Beitragspflichtige Einnahmen	Beitragsbemessungsgrenze (BBG)	Derzeit GKV-Versicherte	Derzeit PKV-Versicherte	Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung
Status quo	53.100	20.577,45	29.783,76	21.740,30
Status quo	78.000	21.732,22	34.371,85	23.328,73
Status quo	Ohne BBG	22.847,09	43.777,54	25.490,81
Alle Einkommensarten	53.100	21.579,67	30.814,94	22.746,18
Alle Einkommensarten	78.000	22.942,18	35.676,77	24.550,68
Alle Einkommensarten	Ohne BBG	24.253,43	46.253,91	27.032,31

Quelle: eigene Berechnungen mit Daten des SOEP.

Für die *Leistungsausgaben* der Gesundheitsversorgung werden den SOEP-Daten die Ausgabenprofile des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nach Alter und Geschlecht zugespielt wie sie vom Bundesamt für soziale Sicherung (früher: Bundesversicherungsamt) bereitgestellt werden. Zusätzlich zu den anderen Leistungsausgaben werden Krankengeldzahlungen für abhängig Beschäftigte, Rentner\*innen, Empfänger\*innen von Arbeitslosengeld I und II und für etwa die Hälfte der Selbständigen, die über Krankengeldansprüche verfügen, sowie pro-Kopf-Verwaltungskosten gemäß den Rechnungsergebnissen der GKV für das Jahr 2018 herangezogen (BMG 2019a). Berücksichtigt sind in der GKV auch Überschüsse in Höhe von 2,09 Mrd. Euro und ein Bundeszuschuss in Höhe

von 14,5 Mrd. Euro für das Jahr 2018, die auch in allen weiteren Modellen mitgeführt werden.

Die Ausgaben der Sozialen und privaten Pflegeversicherung sowie deren Versichertenzahlen entstammen den Rechnungsergebnissen der sozialen Pflegeversicherung (BMG 2021a) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PKV 2019).

### **3.2. Methoden**

Gutachtenauftrag ist die Berechnung der Beitragssätze in der „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ gemäß dem skizzierten Modell der LINKEN, und eine Darstellung zentraler Verteilungswirkungen. Entsprechend wird nachfolgend zunächst dargestellt, wie Ausgaben (Abschnitt 3.2.1) und beitragspflichtige Einnahmen (Abschnitt 3.2.2) abgebildet werden und wie sich auf dieser Basis der Beitragssatz berechnen lässt (Abschnitt 3.2.3). Nach Ausführungen zur Modellkalibrierung (3.2.4) wird abschließend auf die Methodik zur Ermittlung von Verteilungswirkungen der Einführung der untersuchten Bürgerversicherungsmodelle eingegangen (Abschnitt 3.2.5). Die über die Ausführungen in Abschnitt 3.1 hinausgehenden Erörterungen der konkret verwendeten Datengrundlagen erfolgen jeweils zunächst für die Kranken- und dann für die Pflegeversicherung eingangs der entsprechenden Abschnitte.

#### **3.2.1. Ausgabenseite**

Die Ausgaben der Kranken- und der Pflegeversicherung ( $A$ ) lassen sich jeweils als Produkt der Durchschnittsausgaben pro Versichertem ( $\bar{A}$ ) und der Zahl der Versicherten ( $N$ ) darstellen

$$A = N * \bar{A} \quad (1).$$

Werden dabei  $i$  Altersgruppen und  $j$  Geschlechter unterschieden, ergeben sich die Ausgaben als Summe der jeweiligen Produkte für alle Altersgruppen und Geschlechter

$$A = \sum_i \sum_j N_{ij} * \bar{A}_{ij} \quad (2),$$

wobei  $N_{ij}$  die Zahl der Versicherten in der  $i$ -ten Alters- und  $j$ -ten Geschlechtergruppe und  $\bar{A}_{ij}$  die Durchschnittsausgaben dieser Alters- und Geschlechtergruppe bezeichnet.

Für Kranken- und Pflegeversicherung sind diese Werte nun zu ermitteln.

## **Krankenversicherung**

Grundlage der Ausgabenberechnung im Status quo und in der solidarischen Gesundheitsversicherung sind für alle Versicherten die Pro-Kopf-*Leistungsausgabenprofile* der GKV im Jahr 2018. Für die solidarische Gesundheitsversicherung wird dabei unterstellt, dass die nach Alter und Geschlecht differenzierten Leistungsausgaben der bisherigen Privatversicherten in der „solidarischen Gesundheitsversicherung“ denen der bisherigen GKV-Versicherten entsprechen.<sup>3</sup> Als Ausgabenprofile für Leistungsausgaben und Krankengeld werden die Profile des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs Bundesamt für soziale Sicherung (2021) verwendet und den Individualdaten des SOEP in Form von nach Alter und Geschlecht differenzierten Durchschnittswerten zugespielt. Ausgaben für Krankengeld werden lediglich für Anspruchsberechtigte berücksichtigt, d. h. abhängig Beschäftigte, Rentner\*innen, Empfänger\*innen von Arbeitslosengeld I und II und die rund 50 % der Selbständigen, die einen Krankengeldanspruch aufweisen. *Netto-Verwaltungskosten* von 158,11 Euro pro Kopf und Jahr werden gemäß Angaben aus den Rechnungsergebnissen der GKV (BMG 2019a) hinzuge-rechnet. Im Jahr 2018 wurde im Gesundheitsfonds ein *Überschuss* von 2,09 Mrd. Euro verzeichnet. Da die Beitragssätze in den Reformmodellen mit dem tatsächlichen Beitragssatz verglichen werden, werden die Beitragssätze auch in diesen Modellen so berechnet, dass sie einen Überschuss in dieser Höhe enthalten.

Tabelle 3 enthält die aus den Angaben zum Versicherungsstatus im SOEP abgeleitete Anzahl von Versicherten in Privathaushalten sowie die Gesamtausgaben, die sich gemäß der dargestellten Methodik ergeben.

---

<sup>3</sup> Implizit wird damit unterstellt, dass die derzeit in der GKV verwendeten Vergütungsregeln auch in der solidarischen Krankenversicherung zum Einsatz kommen. Dadurch entstehen den niedergelassenen Ärzten Einkommenseinbußen. Sollten diese kompensiert werden, entstünden der Sozialversicherung weitere Ausgaben, die nachfolgend nicht berücksichtigt sind. Weiterhin wird unterstellt, dass sich die altersspezifischen Ausgaben gesetzlich und privat Versicherter entsprechen. Dies wäre dann der Fall, wenn sich die niedrigeren altersspezifischen Morbiditätsraten der bislang privat Versicherten und deren höhere Inanspruchnahmeraten bei gleicher Morbidität ausgleichen. Es könnten sogar niedrigere altersspezifische Ausgaben entstehen, wenn sich angebotsinduzierte Nachfrage durch Angleichung der Vergütungsregeln für Ärzte reduziert.

**Tabelle 3: Berechnete Gesundheitsausgaben im Jahr 2018 in Abhängigkeit vom Versichertenkreis basierend auf den SOEP-Daten und den GKV-Ausgabenprofilen 2018**

Versichertenkreis (Status quo)	Anzahl Personen	Gesamtausgaben <sup>1</sup>
in der GKV Versicherte	70.208.127	226,7 Mrd. Euro
in der PKV Versicherte	10.150.141	34,7 Mrd. Euro
Summe der Personen in privaten Haushalten	80.358.141	261,5 Mrd. Euro

<sup>1</sup> ohne Berücksichtigung von Zuzahlungen, inkl. Krankengeld und Verwaltungskosten.

Datenquelle: SOEP (gewichtete Werte, n=38.702) mit Pro-Kopf-Ausgaben der GKV (Bundesamt für soziale Sicherung 2021).

## Pflegeversicherung

Für die Pflegeversicherung sind keine vergleichbaren Pro-Kopf-Ausgabenprofile wie für die GKV verfügbar.<sup>4</sup> Da die Leistungsvoraussetzungen und die Leistungshöhen in Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung aber quasi identisch sind, können die Ausgaben in diesen Modellen dadurch abgebildet werden, dass die bisherigen von der PPV getragenen Ausgaben (Tabelle 4) einfach den Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung zugeschlagen werden. Die auffallend niedrigeren Pro-Kopf-Ausgaben in der PPV resultieren dabei insbesondere aus einer günstigeren Alters- und Geschlechterstruktur der Privatversicherten und niedrigeren altersspezifischen Prävalenzen, die insbesondere Ausdruck geringerer Morbiditätsraten sind (Rothgang 2019b). Allerdings müssen dabei die Ausgaben der Beihilfe berücksichtigt werden: Etwa die Hälfte der PPV-Versicherten ist beihilfeberechtigt, wobei die Beihilfe mindestens die Hälfte der Pflegekosten übernimmt. Der Abschätzung von Dräther et al. (2009: 77 f.) folgend, werden die Pro-Kopf-Ausgaben der PPV daher großzügig um die Hälfte erhöht. Damit werden die Ausgaben in den Reformmodellen tendenziell sogar leicht überzeichnet (Tabelle 4).

---

<sup>4</sup> Für die Krankenversicherung werden derartige Profile für den vom Bundesamt für soziale Sicherung durchgeführten Risikostrukturausgleich benötigt. Da in der Pflegeversicherung nur ein Ausgabenausgleich zum Einsatz kommt, fehlt die Notwendigkeit, derartige Profile zu erheben, die deshalb auch nicht verfügbar sind. Für Projektionsrechnungen wäre das problematisch, da sich die Altersstruktur dann im Zeitverlauf verschiebt. Für die hier vorgenommene Betrachtung nur zum Umstellungszeitpunkt sind solche altersspezifischen Profile dagegen nicht notwendig, da die Ausgaben aller PPV-Versicherten nach Umstellung der Sozialversicherung zugerechnet werden, was mittels Pro-Kopf-Ausgaben modelliert werden kann.



Zur Wahrung der Konsistenz der Berechnung wurden die Versichertenzahlen ebenfalls der amtlichen Statistik und nicht dem SOEP entnommen. Das Defizit in der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 3,55 Mrd. Euro im Jahr 2018 wurde in allen Modellen einbezogen.

**Tabelle 4: Ausgaben in der Pflegeversicherung im Jahr 2018**

<b>Pflegeversicherung</b>	<b>Anzahl Personen</b>	<b>Ausgaben</b>	<b>Pro-Kopf-Ausgaben</b>
Soziale Pflegeversicherung	70.208.127	36.884,5 Mio. Euro	525,4
Private Pflegeversicherung	10.150.014	2.360,5 Mio. Euro	232,6
Gesamt	80.359.141	39.245,0 Mio. Euro	488,4

Datenquelle: SOEP (gewichtete Werte, n=38.702), Ausgaben berechnet nach BMG (2019a) und PKV (2019).

### 3.2.2. Beitragsbemessungsgrundlage

Die Einnahmen der Kranken- und Pflegeversicherung ( $E$ ) bestehen aus Beitragseinnahmen sowie dem Bundeszuschuss (BZ).<sup>5</sup> Die Beitragseinnahmen wiederum ergeben sich aus dem Produkt des (durchschnittlichen) Beitragssatzes ( $b$ ) und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen ( $Y$ )

$$E = b * Y + BZ \quad (3).$$

Die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen kann als Produkt aus der Zahl der Versicherten<sup>6</sup> ( $N$ ) und den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen pro Versichertem ( $\bar{Y}$ ) dargestellt werden.

$$E = b * N * \bar{Y} + BZ \quad (4).$$

Werden  $i$  verschiedene Statusgruppen (u. a. Beschäftigte, Rentner, Arbeitslose, Selbständige) unterschieden, ergeben sich die Einnahmen gemäß Gleichung (5)

$$E = b * \sum(N_i * \bar{Y}_i) + BZ \quad (5),$$

<sup>5</sup> Weitere Einnahmen, wie etwa Zinserträge, werden dem Bundeszuschuss zugerechnet. Sie sind quantitativ aber vernachlässigbar.

<sup>6</sup> Bei Existenz einer beitragsfreien Mitversicherung könnte hier auch auf die Beitragszahler abgestellt werden. Dies ist aber nicht zweckdienlich, weil bei der Bestimmung des Beitragssatzes dann mit Versicherten und Beitragszahler zwei verschiedene Personengruppen in einer Gleichung auftauchen, die deren Interpretation erschweren. In der hier gewählten Darstellung führt ein größerer Anteil der Mitversicherten dagegen ceteris paribus zu einer geringeren Bemessungsgrundlage pro Versichertem.



wobei  $N_i$  die Zahl der Versicherten in der  $i$ -ten Statusgruppe und  $\bar{A}_i$  die durchschnittliche Beitragsbemessungsgrundlage in der jeweiligen Statusgruppe bezeichnet.

Wiederum gilt es die jeweilige empirische Basis in Kranken- und Pflegeversicherung zu bestimmen.

### **Krankenversicherung**

Für alle Personen, die lediglich eine Mitversicherung in der GKV angegeben haben, wird kein Beitrag angenommen. Bei freiwilliger Versicherung in der GKV werden, unabhängig vom sozialen Status, alle Einkünfte als Berechnungsgrundlage herangezogen. Für alle verbleibenden Personen erfolgt der Einbezug der entsprechenden Einkünfte in die beitragspflichtige Einnahmen dann anhand des Erwerbsstatus.

Tabelle 5 enthält die einschlägigen Einkommensvariablen im SOEP und zeigt, ob diese im Status quo und in den Reformmodellen berücksichtigt werden. Im Modell der „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ werden die Regeln zur beitragsfreien Mitversicherung auch auf die bislang privat versicherten Personen angewendet.

Bei *Kapitalerträgen* wird der einfache Sparer-Pauschbetrag von jährlich 801 Euro abgezogen, die verbleibenden Kapitalerträge dann zu gleichen Teilen auf alle Haushaltsmitglieder im Alter von mindestens 18 Jahren aufgeteilt. Bei den Einnahmen aus *Vermietung und Verpachtung* wird der Betrag abgezogen, der auch als steuerlich absetzbar angegeben wird. Sich rechnerisch ergebende negative Einnahmen werden für die Berechnung auf null gesetzt.

*Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und Dividenden, Erbschaften und Schenkungen* werden im SOEP lediglich auf Haushaltsebene erfasst und zur Bestimmung der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen zu gleichen Teilen auf alle Personen über 18 Jahre im Haushalt verteilt.

Fehlende Werte zu Einkommensangaben auf Grund unterlassener Angaben der Befragten wurden durch den Mittelwert der entsprechenden Einkommensart imputiert.

**Tabelle 5: Berücksichtigte Einkommensvariablen im SOEP**

Variablen-name	Bezeichnung	Status quo			Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung
		Beschäftigte	Rentner	Beamte, Selbständige, freiwillige Mitglieder, Nicht-Erwerbstätige	
plbo471_v2	Bruttolohn/-gehalt als Arbeitnehmer	x		x	x
plco043_v2	13. Monatsgehalt	x		x	x
plco045_v2	14. Monatsgehalt	x		x	x
plco047_v2	Weihnachtsgeld	x		x	x
plco049_v2	Urlaubsgeld	x		x	x
plco051_v2	Gewinnbeteiligung	x		x	x
plco053_v2	Sonstige Sondervergütung		x	x	x
plco220_v3	Rentenversicherung		x	x	x
plco236_v2	Beamtenversorgung		x	x	x
plco238_v2	Zusatzversorgung		x	x	x
plco240_v2	betriebliche Altersversorgung		x	x	x
plco224_v1	Altershilfe der Landwirte		x	x	x
plco268_v3	Witwenrente DRV		x	x	x
plco279_v2	Witwenrente Beamtenversicherung		x	x	x
plco281_v2	Witwenrenten Zusatzversicherung		x	x	x
plco283_v2	Witwenrente betriebliche Altersversorgung		x	x	x
plco270_v1	Witwenrente Altershilfe Landwirte			x	x
plco243_v2	Rente Unfallversicherung			x	x
plco516	Riesterrente			x	x
plco242	private Altersrente			x	x
plco285	private Witwenrente			x	x
plco286_v2	Witwenrente Unfallversicherung			x	x
plco517	Riester Witwenrenten			x	x
plbo474_v2	Einkommen selbständig/freiberuflich			x	x
plbo477_v2	Einkünfte Nebenerwerb			x	x
plco528	Unterhalt			x	x
hlco013_v2	Zins-und Dividendeneinnahmen			x	x
hlco014	Zins-und Dividendeneinnahmen, geschätzt			x	x
hlco008_v2	Miet- und Pachteinnahmen			x	x
hlco009	Ausgaben für Immobilien steuerlich absetzbar	x		x	x
hlco179	Erbschaften				x
hlco181	Schenkungen				x

Die so bestimmten beitragspflichtigen Einkommen werden auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze des jeweils berechneten Modells gedeckelt. Als Mindestbemessungsgrenze für Beitragszahlende wird der ab 2019 gültige Betrag von 1.038,33 pro Monat festgesetzt. Lediglich in den Modellen (1, 1G, 2, 2G), in die „solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung“ vollständig umgesetzt wird, wird diese auf 450 Euro pro Monat abgesenkt.

### **Pflegeversicherung**

Die beitragspflichtigen Einnahmen in der „solidarischen Pflegeversicherung“ entsprechen denen der „solidarischen Gesundheitsversicherung“. Die Mitversicherungsregelung wurde ebenfalls identisch zur Krankenversicherung umgesetzt.

#### **3.2.3. Berechnung der Beitragssätze**

Der Beitragssatz wird so bestimmt, dass die Ausgaben exakt den Einnahmen entsprechen

$$A = E \quad (6).$$

Durch Einsetzen von Gleichung (3) und Auflösen nach  $b$  ergibt sich

$$b = \frac{A - BZ}{Y} \quad (7).$$

Dieser Beitragssatz ergibt sich somit als Quotient aus der Summe der über Beiträge zu finanzierende Ausgaben und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen, wobei sich die Einnahmen pro Versicherter Person danach unterscheiden, ob die bislang Privatversicherten einbezogen sind, welche Beitragsbemessungsgrenze gewählt wurde und welche Einkommensarten beitragspflichtig sind.

Für die Analyse der Verteilungswirkungen wird lediglich der auf die versicherte Person entfallene Beitragsanteil berücksichtigt, der sogenannte „Arbeitgeberanteil“ für abhängig Beschäftigte und die durch andere Institutionen (Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherung) getragenen Beitragsanteile für Bezieher\*innen von Arbeitslosengeld I und I sowie Rentner\*innen werden nicht ausgewiesen. Abweichend von der Regelung, die im Jahr 2018 geholt hat, wird dabei bereits die Beitragsparität modelliert, die seit dem 1.1.2019 wieder gilt.

Eine Besonderheit der vorliegenden Berechnungen ist die Modellierung der „Globalparität“. Da Arbeitgeberanteile nicht für alle Einkommensarten anfallen, so nicht für Einkommen aus Vermietung und Verpachtung sowie für Kapitalerträge, tragen die abhängig Beschäftigten und Beam\*t\*innen einen größeren Teil der Beiträge, wenn beide den hälftigen Beitragssatz, dann aber auf verschiedene Bemessungsgrundlagen anwenden. Sollen dagegen die von Arbeitgeber\*t\*innen und Arbeitnehmer\*t\*innen getragenen Beiträge insgesamt absolut gleich hoch sein (Globalparität), muss sich der Beitragssatz für beide unterscheiden. Auch dies wird nachstehend modelliert.<sup>7</sup> Damit führen die Arbeitgeber\*t\*innen weiterhin Beiträge lediglich auf das Bruttoarbeitseinkommen ab, allerdings mit einem Beitragssatz der oberhalb des hälftigen Gesamtbeitragssatzes liegt, wohingegen Arbeitnehmer\*t\*innen Beiträge auf ihre gesamten beitragspflichtigen Einnahmen zahlen, aber mit einem Beitragssatz der niedriger als der hälftigen Gesamtbeitrags ist.

#### **3.2.4. Modellkalibrierung**

Da – bedingt durch die Selbstangaben zu den Einkünften, verbleibenden Verzerrungen in der SOEP-Stichprobe sowie den notwendigen Vereinfachungen bei der Beitragsberechnung – von Abweichungen der modellierten im Vergleich zu den tatsächlichen Beitragssätzen auszugehen ist, wurden die berechneten Beitragssätze mittels eines *Korrekturfaktor* an Hand des Status quo-Modells kalibriert. In beiden Versicherungszweigen stellt sich das wie folgt dar.

#### **Krankenversicherung**

Zur Kalibrierung wird zunächst der Beitragssatz errechnet, der sich für das Jahr 2018 als Quotient der ermittelten Gesamtausgaben und der ermittelten Summe

---

<sup>7</sup> Dazu werden die gesamten beitragspflichtigen Einnahmen der abhängig Beschäftigten und Beam\*t\*innen aufsummiert und mit dem gültigen Gesamtbeitragssatz im jeweiligen Modell multipliziert. Die Hälfte des resultierenden Produkts ist Seitens der Arbeitgeber\*t\*innen zu tragen. Um den dazu gehörigen Beitragssatz zu ermitteln, wird dieser Betrag durch die Summe der Bruttoarbeitseinkommen der abhängig Beschäftigten und Beam\*t\*innen geteilt. Der Beitragssatz für die Arbeitnehmer\*t\*innen wiederum wird durch Division der Hälfte des genannten Produkts durch die Gesamtsumme aller beitragspflichtigen Einnahmen (einschließlich der nicht-arbeitsbezogenen Einkommen) ermittelt. So wird sichergestellt, dass alle Einkommensarten versichertenseitig gleich belastet werden (horizontale Gerechtigkeit).

der beitragspflichtigen Einnahmen im Status quo (mit der im Jahr 2018 gültigen jährlichen BBG in Höhe von 53.100 Euro und unter Berücksichtigung des Überschusses in Höhe von 2,09 Mrd. Euro und des Bundeszuschusses in Höhe von 14,5 Mrd. Euro) für GKV-Versicherte ergibt. Der so errechnete Beitragssatz liegt bei 14,835 Beitragssatzpunkten und damit unterhalb des tatsächlichen durchschnittlichen Beitragssatzes im Jahr 2018 von 15,6 Beitragssatzpunkten.<sup>8</sup> Durch Division des tatsächlichen durch den errechneten Beitragssatz ergibt sich ein *Korrekturfaktor* von 1,052. Der errechnete Beitragssatz muss also um 5,16 % gesteigert werden, um das tatsächliche Ergebnis zu treffen. Unter der Annahme, dass die Datenerfassungsfehler<sup>9</sup> auch bei den untersuchten Varianten der „solidarischen Gesundheitsversicherung“ auftauchen, wird dieser Korrekturfaktor auf alle weiteren Berechnungsergebnisse angewandt. Ausgewiesen wird im Folgenden immer nur der so korrigierte Beitragssatz.

### **Pflegeversicherung**

Zur Berechnung der Beitragssätze in der Pflegeversicherung wird ein identischer Ansatz wie in der Krankenversicherung verwendet. Der allgemeine Beitragssatz lag in der SPV im Jahr 2018 bei 2,55 %. Abweichend zur GKV gibt es in der SPV einen Beitragszuschlag für kinderlose Mitglieder über 23 Jahren in Höhe von 0,25 %. Entsprechend den biografischen Angaben im SOEP zu eigenen Kindern wird der Kinderlosenzuschlag für die betreffenden Personen berechnet und der resultierende Gesamtbetrag von den durch Beiträge zu deckenden Ausgaben abgezogen. Die nachstehend dargestellten Beitragssätze bilden folglich den Beitragssatz für Versicherte ohne Elterneigenschaft ab.

Nach dieser Anpassung wird ebenfalls ein *Korrekturfaktor* als Quotient des tatsächlichen allgemeinen Beitragssatzes von 2,55 % und des Ergebnisses des Modells zum Status quo berechnet. Dieser *Korrekturfaktor* beträgt 1,032 und wird

---

<sup>8</sup> Der allgemeine Beitragssatz lag 2018 bei 14,6 Prozent der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei 1,0 Prozent (sozialpolitik-aktuell 2021).

<sup>9</sup> Die die Ausgaben der amtlichen Statistik entnommen werden, bezieht sich dieser Korrekturfaktor tatsächlich vor allem auf die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen, deren tatsächlicher Wert niedriger liegt als die mittels der Individualdaten des SOEP hochgerechnete Summe.

ebenfalls zur Kalibrierung verwendet, indem alle errechneten Beitragssätze mit diesem Faktor multipliziert werden.

### **3.2.5. Verteilungswirkungen**

Die Verteilungswirkungen werden an Hand der Höhe und der Veränderungen der Höhe der Beiträge in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen dargestellt. Dabei werden ausschließlich die Kostenfolgen für die *privaten Haushalte* berücksichtigt. Zu Berechnung des *Nettoäquivalenzeinkommens* wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die entsprechend der modifizierten OECD-Skala gewichtete Anzahl der Haushaltsmitglieder geteilt (OECD o. J.). Dabei gehen Haupteinkommensbeziehende mit einem Faktor von 1,0 in die Gewichtung ein, weitere Haushaltsmitglieder von 14 Jahren und älter haben den Faktor 0,5 und Personen unter 14 Jahren den Faktor 0,3. Alle Personen in einem Haushalt weisen demnach das gleiche Nettoäquivalenzeinkommen auf.

Für die Darstellung der Verteilungswirkungen werden die Personen entsprechend der Dezile des Nettoäquivalenzeinkommens eingeteilt. Um den individuellen Versicherungsstatus zu berücksichtigen, erfolgt die Darstellung auf Ebene der Einzelpersonen in Privathaushalten. Personen in einem Haushalt können daher das gleiche Nettoäquivalenzeinkommen aufweisen, obwohl sie individuell unterschiedliche beitragspflichtige Einnahmen verzeichnen.

Tabelle 6 enthält die oberen und unteren Grenzwerte der Perzentile in 10er Schritten (Dezile), die jeweils mit der (annähernd) gleichen Anzahl an Personen besetzt sind.<sup>10</sup> Eine in Bezug auf die Einkommenshöhen besonders große Intervallbreite zeigt sich im ersten sowie im neunten und im zehnten Dezil.

Liegt der Anteil der Privatversicherten in den ersten sieben Dezilen jeweils unterhalb von 10 Prozent, liegt er für die oberen drei Dezile jeweils bei mehr als 15 %. Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Versichertenstatus wird so sehr deutlich: Privatversicherte verfügen im Durchschnitt über ein deutlich höheres Nettoäquivalenzeinkommen.

---

<sup>10</sup> Nicht berücksichtigt sind die Personen in Gemeinschaftsunterkünften, die im SOEP nicht erfasst sind und die beitragsfrei Mitversicherten.

**Tabelle 6: Dezile des monatlichen Nettoäquivalenzeinkommens und Anteile der beitragszahlenden gesetzlich und privat Versicherten**

Dezil	untere Grenze	obere Grenze	Anteil		Zahl der Versicherten
			gesetzlich Versicherter	privat Versicherter	
1. Dezil	0	12.157	98,0%	2,0%	6.006.227
2. Dezil	12.161	15.513	98,7%	1,3%	6.016.655
3. Dezil	15.513	18.141	97,3%	2,7%	6.008.556
4. Dezil	18.143	20.777	97,1%	2,9%	6.007.298
5. Dezil	20.777	23.415	93,9%	6,1%	6.018.354
6. Dezil	23.415	26.246	93,1%	6,9%	6.003.953
7. Dezil	26.247	29.523	90,3%	9,7%	6.016.171
8. Dezil	29.525	33.980	84,8%	15,2%	6.007.891
9. Dezil	33.985	42.423	80,6%	19,4%	6.009.608
10. Dezil	42.427	3.103.392	69,5%	30,5%	6.009.282

Anmerkung: Berücksichtigt GKV-Mitglieder und erwachsenen PKV-Versicherten in privaten Haushalten.

Datenquelle: SOEP (n=38.702)

Für jede Klasse werden die durchschnittlichen Beiträge zum Status quo sowie unter der Annahme der beiden postulierten Modelle einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ mit Einbezug aller Personen und aller Einkommensarten sowie mit einer Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 78.000 Euro (Modell 1) bzw. ohne Beitragsbemessungsgrenze (Modell 2) berechnet. Hierzu werden die jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen mit dem jeweiligen Beitragssatz multipliziert. Da lediglich die Auswirkungen für die Privathaushalte ausgewiesen werden, werden auch nur die von diesen zu tragenden Beiträge einbezogen. Entsprechend einer paritätischen Finanzierung wird für Angestellte, Arbeiter und Rentner jeweils die Hälfte des Beitrages sowie für Arbeitslose keine Beitragszahlung angesetzt.

Für den *Status quo* werden für GKV-Versicherte die entsprechend ermittelten Beiträge verwendet. Die durch die Privathaushalte zu tragenden Beiträge werden ermittelt, indem für Angestellte und Arbeiter der Arbeitnehmeranteil und für Rentner\*innen die Hälfte des Gesamtbeitrages ausgewiesen wird. Bei Arbeitslosen wird keine individuelle Beitragszahlung unterstellt. Bei freiwillig Versicherten wird grundsätzlich die ab 2019 gültige monatliche Mindestbemessungsgrenze von 1.038,33 Euro berücksichtigt. Im Vollmodell der „solidarischen Gesundheits-

und Pflegeversicherung“ (Modell 1, 2, 1G, 2G, s. u.) wird diese auf 450 Euro abgesenkt. Für PKV-Versicherte wird die Hälfte der gezahlten Prämie berücksichtigt.

Schließlich wird für jede Person die Differenz zwischen derzeitigem Beitrag und Beitrag in jeweils einem der beiden Modelle einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ berechnet, um so die durchschnittliche Veränderung der Beiträge je nach Nettoäquivalenzeinkommen darzustellen. Da die Prämien für die private Pflegepflichtversicherung – anders als die für die private Krankenversicherung – nicht in den SOEP-Daten enthalten sind, muss auf eine differenzielle Betrachtung für die Versicherten in der PPV verzichtet werden

### **3.3. Untersuchte Modelle und Varianten einer „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“**

Untersucht werden folgende Variationen des versicherten Personenkreises, der beitragspflichtigen Einkommensarten und der Beitragsbemessungsgrenze mit den jeweils genannten Ausprägungen:

- Versicherter Personenkreis:
  - derzeit Sozialversicherte
  - gesamte Bevölkerung
- Beitragspflichtige Einnahmen:
  - derzeit beitragspflichtige Einnahmen
  - alle Einkommensarten
- Beitragsbemessungsgrenze:
  - Beitragsbemessungsgrenze im Status quo (53.100 Euro)
  - Beitragsbemessungsgrenze in Höhe der Rentenversicherung (West) (78.000 Euro)
  - Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Durch Kombination ergeben sich  $2 * 2 * 3 = 12$  mögliche Kombinationen. Für die sechs Kombinationen, bei denen alle Einkommensarten verbeitragt werden, wird



zudem die „Globalparität“ modelliert, so dass sich für Kranken- und Pflegeversicherung insgesamt 18 verschiedenen Modelle ergeben, für die im Anhang Beitragsätze ausgewiesen werden.<sup>11</sup>

Für eine bessere Übersichtlichkeit werden nachfolgend dagegen neben dem Status quo die beiden Modelle der „Solidarischen Krankheits- und Pflegeversicherung“ dargestellt sowie die vier Varianten, bei denen im Vergleich zum Status quo jeweils nur eine der drei Stellschrauben verändert wird (Tabelle 7).

**Tabelle 7: Untersuchte Variationen einer Sozialversicherung**

Bezeichnung	Versicherter Personenkreis	Beitragspflichtige Einnahmen	Beitragsbemessungsgrenze
Status quo	Status quo	Status quo	Status quo
Modell 1	Gesamtbevölkerung	Alle Einkommensarten	Anhebung
Modell 2	Gesamtbevölkerung	Alle Einkommensarten	Abschaffung
Variante 1	Status quo	Status quo	Anhebung
Variante 2	Status quo	Status quo	Aufhebung
Variante 3	Status quo	Alle Einkommensarten	Status quo
Variante 4	Gesamtbevölkerung	Status quo	Status quo

Quelle: eigene Darstellung.

Die letztgenannten Varianten geben die Haupteffekte der Veränderungen an, die Modelle 1 und 2 berücksichtigen dazu die Interaktionseffekte, also etwa, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze einen größeren Beitragssatzeffekt hat, wenn gleichzeitig alle Einkommensarten beitragspflichtig sind und zudem auch die einkommensstärkeren bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung einbezogen sind.

## 4. Ergebnisse

Hinsichtlich der Ergebnisse der Modellrechnungen wird zunächst untersucht, wie sich der Beitragssatz bei Variation des versicherten Personenkreises, der beitragspflichtigen Einnahmenarten und der Beitragsbemessungsgrenze verändert (Abschnitt 4.1). Mithilfe der so ermittelten Beitragsätze können dann die

---

<sup>11</sup> Dabei wird für den Status quo durchgängig von einer paritätischen Beitragszahlung und einer Mindestbemessungsgrenze für freiwillig Versicherte von monatlich 1.038,33 Euro ausgegangen. In Modell 1 und 2 (jeweils mit und ohne Globalparität), und nur dort, wird abweichend davon durchgängig die im Reformvorschlag der LINKEN vorgesehene Absenkung der Mindestbemessungsgrenze auf 450 Euro berücksichtigt.

absoluten Beiträge (in Euro) berechnet und die Verteilungseffekte ausgewiesen werden (Abschnitt 4.2).

#### 4.1. Beitragssatzeffekte

Die Beitragssätze werden nachstehend zunächst für die Kranken- und dann für die Pflegeversicherung angegeben.

##### Krankenversicherung

Die Ergebnisse der Beitragssatzberechnungen lassen sich Tabelle 8 entnehmen. Die Einführung einer „Solidarischen Gesundheitsversicherung“ ermöglicht es, den Beitragssatz um 2,3 Beitragssatzpunkte zu reduzieren (Modell 1). Bei *Aufhebung* der Beitragsbemessungsgrenze (Modell 2) sinkt der ausgabendeckende Beitragssatz gegenüber dem Status quo sogar um 3,5 Beitragssatzpunkte.

**Tabelle 8: Beitragssatzeffekte einer solidarischen Gesundheitsversicherung bei unterschiedlicher Ausgestaltungsvarianten (in Prozentpunkten)**

Modell	Beitragssatz	Differenz zum	
		Grundmodell	Status quo
Status quo	15,6	+2,3	-
Modell 1: Grundmodell solidarische Gesundheitsversicherung	13,3	-	-2,3
Modell 2: Solidarische Gesundheitsversicherung bei Aufhebung der BBG	12,1	-1,2	-3,5
<b>Status quo mit einer Veränderung, nämlich</b>			
Variante 1: Anhebung der BBG auf 78.000 Euro	14,8	+1,5	-0,8
Variante 2: Aufhebung der BBG	14,1	+0,8	-1,5
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einkommensarten	14,9	+1,6	-0,7
Variante 4: Einbezug der bislang Privatversicherten	15,0	+1,7	-0,6

Quelle: eigene Berechnungen.

Wird der Effekt einer Veränderung jeweils nur einer Stellschraube betrachtet, erweist sich die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze als ergiebigste Maßnahme (Variante 2). Während die Effekte einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, einer Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten

(Variante 3) und des Einbezugs der bislang Privatversicherten (Variante 4) für sich genommen jeweils einen Beitragssatzeffekt von 0,6 bis 0,8 Beitragssatzpunkten nach sich zieht.

## Pflegeversicherung

Für die Pflegeversicherung ergaben sich die in Tabelle 9 dargestellten Beitragssatzeffekte. Im Grundmodell ergibt sich ein Beitragssatz von 1,97 Beitragssatzpunkten, der um 0,58 Prozentpunkte unterhalb des tatsächlichen Wertes für 2018 liegt (Modell 1). Eine Aufhebung der BBG würde diesen Beitragssatz um weitere 0,19 Prozentpunkte auf 1,78 Prozentpunkte senken.

**Tabelle 9: Beitragssatzeffekte einer solidarischen Pflegeversicherung bei unterschiedlichen Ausgestaltungsvarianten (in Prozentpunkten)**

Modell	Beitragssatz	Differenz zum	
		Grundmodell	Status quo
Status quo	2,55	0,57	-
Modell 1: Grundmodell solidarische Gesundheitsversicherung	1,97	-	-0,57
Modell 2: Solidarische Gesundheitsversicherung bei Aufhebung der BBG	1,78	-0,19	-0,76
<b>Status quo mit einer Veränderung, nämlich</b>			
Variante 1: Anhebung der BBG auf 78.000 Euro	2,41	0,43	-0,14
Variante 2: Aufhebung der BBG	2,29	0,31	-0,26
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einkommensarten	2,43	0,45	-0,12
Variante 4: Einbezug der bislang Privatversicherten	2,23	0,25	-0,32

Anmerkung: Abweichende Differenzen ergeben sich durch Rundung.

Quelle: Eigene Berechnungen.

Bei den Haupteffekten fällt auf, dass der Einbezug der bislang Privatversicherten einen deutlich größeren Effekt hat als in der Krankenversicherung. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die bislang Privatversicherten – bei gleichem Leistungsrecht – niedrigere Leistungsausgaben aufweisen und dieser Unterschied auch bei Integration in die Sozialversicherung zum Tragen kommt, während in der Krankenversicherung gleich hohe Leistungsausgaben für bislang Sozial- und Privatversicherte unterstellt werden. Die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze

ist – wie in der Krankenversicherung – deutlich ergiebiger als deren Anhebung und als die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht.

Den ausgewiesenen Beitragssätzen liegt die Annahme zugrunde, dass auch weiterhin ein Beitragszuschlag von 0,25 Prozentpunkten durch Kinderlose gezahlt wird. Sollte dieser Kinderlosenzuschlag auf 0,35 Prozentpunkte angehoben werden, müssten alle Beitragssätze um rund 0,02 Prozentpunkte reduziert werden, die Differenzen sind davon unberührt. Alle modellierten Beitragssätze für die Pflegeversicherung sind ebenfalls im Anhang dargestellt.

### Globalparität

Bislang wurden jeweils die Gesamtbeitragssätze dargestellt. Wird jeweils die Hälfte dieses Gesamtbeitragssatzes für Arbeitnehmer\*innen und Arbeitgeber\*innen verwendet (Beitragssatzparität), tragen die Arbeitgeber\*innen weniger als die Hälfte der Beiträge für abhängig Beschäftigte und (gesetzlich versicherte) Beamt\*innen, da sich der Arbeitgeber\*innenbeitrag nur auf lohnbezogene Einnahmen bezieht, nicht aber z. B. auf Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitalerträge. Sollen dagegen die von Arbeitgeber\*innen und Arbeitnehmer\*innen zu zahlenden Beitragssummen gleich sein („Globalparität“), müssen sich die Beitragssätze für Arbeitnehmer\*innen und Arbeitgeber\*innen unterscheiden – wie es seit Einführung des Gesundheitsfonds 2009 bis zum Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) zum Januar 2019 der Fall war.

Tabelle 10 enthält die sechs Kombinationen von versichertem Personenkreis, beitragspflichtigen Einnahmearten und Beitragsbemessungsgrenze, bei denen – wegen der Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommen – eine Globalparität (gekennzeichnet durch den Zusatz „G“) sinnvoll modelliert werden kann.

**Tabelle 10: Für die Berechnung der Globalparität berücksichtigte Variationen**

Bezeichnung	Versicherter Personenkreis	Beitragspflichtige Einnahmen	Beitragsbemessungsgrenze
Variante 7 (G)	Gesamtbevölkerung	Alle Einnahmenarten	Status quo
Modell 1 (G)	Gesamtbevölkerung	Alle Einnahmenarten	Anhebung
Modell 2 (G)	Gesamtbevölkerung	Alle Einnahmenarten	Abschaffung
Variante 3 (G)	Status quo	Alle Einnahmenarten	Status quo
Variante 5 (G)	Status quo	Alle Einnahmenarten	Anhebung
Variante 6 (G)	Status quo	Alle Einnahmenarten	Aufhebung

Quelle: eigene Darstellung.

Die Varianten 5-7 wurden bisher noch nicht eingeführt, weil sie im Vergleich zum Status quo Veränderungen an *zwei* Stellschrauben vorsehen: den Einbezug aller Einkommensarten sowie die Einbeziehung der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung (Variante 7), die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (Variante 5) bzw. deren Aufhebung (Variante 6).

Tabelle 11 enthält die Ergebnisse der Berechnungen für die *Krankenversicherung*. In der Tabelle sind – neben dem Gesamtbeitragssatz und dem hälftigem Beitragssatz – die Beitragssätze angegeben, die von Arbeitgeber\*innen (AG) und Arbeitnehmer\*innen (AN) auf die lohnbezogenen beitragspflichtigen Einnahmen zu entrichten sind. Daraus ergibt sich der jeweilige Anteil, den Arbeitgeber\*innen und Arbeitnehmer\*innen an den lohnbezogenen Beiträgen tragen.

**Tabelle 11: Von Arbeitgeber\*innen und Arbeitnehmer\*innen zu tragender Beitragssatz in der Krankenversicherung bei Globalparität (in Prozentpunkten bzw. in % des Ausgangswertes)**

Modell	Beitragssatzparität		Globalparität			
	Beitragssatz		Beitragssatz auf lohnbezogene. Beiträge		Tragung der lohnbezogenen Beiträgen	
	Gesamt	Hälftig	AG	AN	AG	AN
Status quo	15,60	7,80	7,80	7,80%	50,0%	50,0%
Variante 7 (G)	14,33	7,16	7,53	7,16%	51,25%	48,75%
Modell 1 (G)	13,34	6,67	7,09	6,67%	51,54%	48,46%
Modell 2 (G)	12,11	6,05	6,62	6,05%	52,24%	47,76%
Variante 3 (G)	14,88	7,44	7,82	7,44%	51,25%	48,75%
Variante 5 (G)	13,99	7,00	7,44	7,00%	51,53%	48,47%
Variante 6 (G)	13,24	6,62	7,20	6,62%	52,10%	47,90%

Quelle: eigene Berechnungen, Abweichungen können sich durch Rundung ergeben.

Wie die Tabelle zeigt, reduziert sich der von den Arbeitnehmer\*innen zu tragende Anteil an den lohnbezogenen Beiträgen von 50 % im Status quo auf 47,76 % (Modell 2G). In Modell 2G und den in der Tabelle enthaltenen Varianten ist der Effekt etwas niedriger.

Die so konstruierte Globalparität hat etwa für Arbeitnehmer\*innen aber noch einen zweiten wichtigen Effekt. Der hier ausgewiesene hälftige Beitragssatz gilt auch für nicht lohnbezogenen Einkommensarten. Die durch die Beitragspflicht auf andere Einkommensarten entstehende Mehrbelastung halbiert sich daher im Vergleich zu den Modellen und Varianten ohne Globalparität, in denen die Arbeitnehmer\*innen den vollen Beitragssatz auf diese Einkommensarten abführen müssten.

Am Beispiel des Modell 1G zeigt Tabelle 12 die Mechanik der Globalparität: Bei Beitragssatzparität (linker Teil der Tabelle) zahlen Arbeitgeber\*innen zwar den hälftigen Beitragssatz auf die lohnbezogenen Einnahmen, aber keinen Beitrag auf die nicht-lohnbezogenen Einnahmen. Bezogen auf die gesamten beitragspflichtigen Einnahmen liegt der AN-Beitragssatz daher höher als der AG-Beitragssatz, und Arbeitnehmer\*innen tragen den vollen Beitragssatz für nicht-lohnbezogene Einnahmen. Im Modell der Globalparität (rechter Teil der Tabelle) sind die Gesamtbelastungen für Arbeitgeber\*innen und Arbeitnehmer\*innen dagegen gleich hoch. Arbeitnehmer\*innen führen zudem auf alle Einnahmearten den gleichen Beitragssatz ab, was die horizontale Gerechtigkeit in Bezug auf verschiedene Einkommensarten gewährleistet. Dies wird dadurch ermöglicht, dass der AG-Beitragssatz bei den lohnbezogenen Einnahmen über dem der AN liegt.

**Tabelle 12: Beitragssätze bei Beitragssatz- und Globalparität am Beispiel des Modell 1 in Prozentpunkten**

Beiträge auf ...	Beitragssatzparität			Globalparität		
	AN-Beitragssatz	AG-Beitragssatz	Gesamtbeitragssatz	AN-Beitragssatz	AG-Beitragssatz	Gesamtbeitragssatz
Gesamteinnahmen	7,07%	6,27%	13,34%	6,67%	6,67%	13,34%
Lohnbezogene Einnahmen	6,67%	6,67%	13,34%	6,67%	7,09%	13,76%
Nicht-lohnbezogene Einnahmen	13,34%	0	13,34%	6,67%	0	6,67%

Für die *Pflegeversicherung* zeigt sich ein analoges Bild (Tabelle 13). Die Globalparität reduziert die auf die Arbeitnehmer\*innen entfallenden Anteile der lohnbezogenen Beitragssätze in Modell 2G auf 47,76%. In Modell 1G und den ausgewiesenen Varianten, liegt dieser Anteil wiederum etwas höher.

**Tabelle 13: Von Arbeitgeber\*innen und Arbeitnehmer\*innen zu tragender Beitragssatz in der Pflegeversicherung bei Globalparität (in Prozentpunkten bzw. in Prozent des Ausgangswertes)**

Modell	Beitragssatzparität		Globalparität			
	Beitragssatz		Beitragssatz auf lohnbezogene Beiträge		Tragung der lohnbezogenen Beiträgen	
	Gesamt	Hälftig	AG	AN	AG	AN
Status quo	2,55	1,28	1,28	1,28	50,0%	50,0%
Variante 7 (G)	2,13	1,07	1,12	1,07	51,25%	48,75%
Modell 1 (G)	1,98	0,99	1,05	0,99	51,54%	48,46%
Modell 2 (G)	1,79	0,89	0,98	0,89	52,24%	47,76%
Variante 3 (G)	2,43	1,21	1,28	1,21	51,25%	48,75%
Variante 5 (G)	2,28	1,14	1,21	1,14	51,53%	48,47%
Variante 6 (G)	2,15	1,08	1,17	1,08	52,10%	47,90%

Quelle: eigene Berechnungen.

## 4.2. Verteilungswirkungen

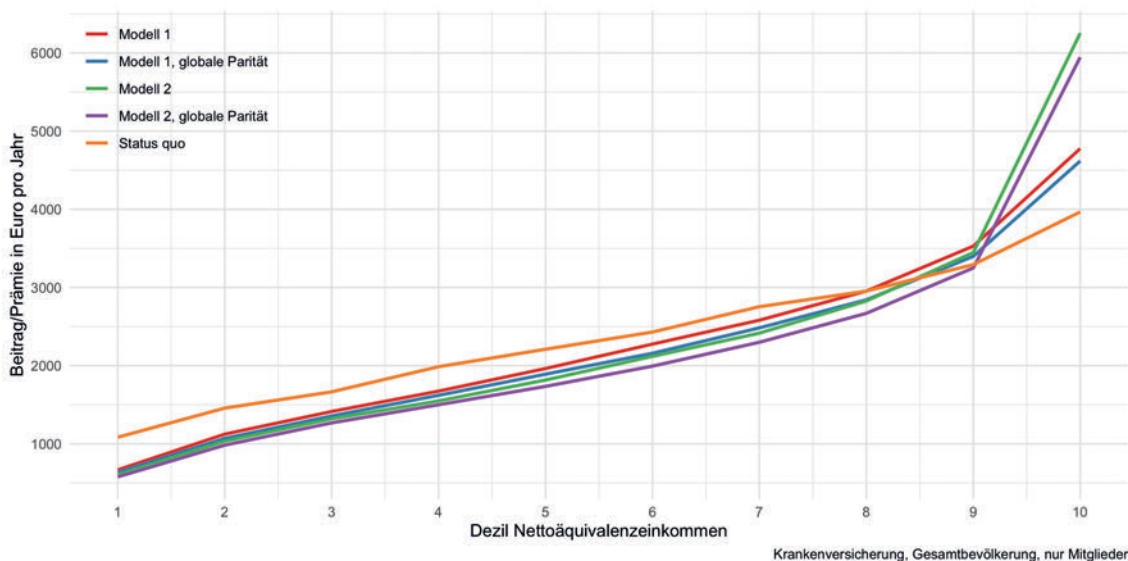
Die Analyse der Verteilungswirkungen erfolgt durch einen Vergleich der Beiträge im Status quo mit denen in der „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ (Modell 1 und 2). Dabei können drei Populationen unterschieden werden: bisher GKV/SPV-Versicherte, bisher PKV/PPV-Versicherte und die Gesamtbevölkerung (bisher gesetzlich und privat Versicherte).

Zu beachten ist bei der Interpretation der Ergebnisse, dass in den Prämien der Privatversicherungssysteme derzeit Altersrückstellungen enthalten sind, die in der „solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ nicht mehr aufgebaut werden. Dadurch verringert sich das durch Beiträge zu finanzierende Volumen in zum Umstellungszeitpunkt zu Lasten zukünftiger Beitragszahlungen. Jedoch gilt das bei langfristiger Betrachtung nur solange in den Altersrückstellungen per Saldo mehr Kapital angespart als entspart wird.

### Krankenversicherung

Abbildung 1 zeigt die absoluten Beiträge der Privathaushalte zur Krankenversicherung im Status quo und in den Modellen einer solidarischen Gesundheitsversicherung ohne (Modell 1 und Modell 2) und mit (Modell 1G und Modell 2G) Globalparität in Abhängigkeit vom Nettoäquivalenzeinkommen.

**Abbildung 1: Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für die Gesamtbevölkerung**



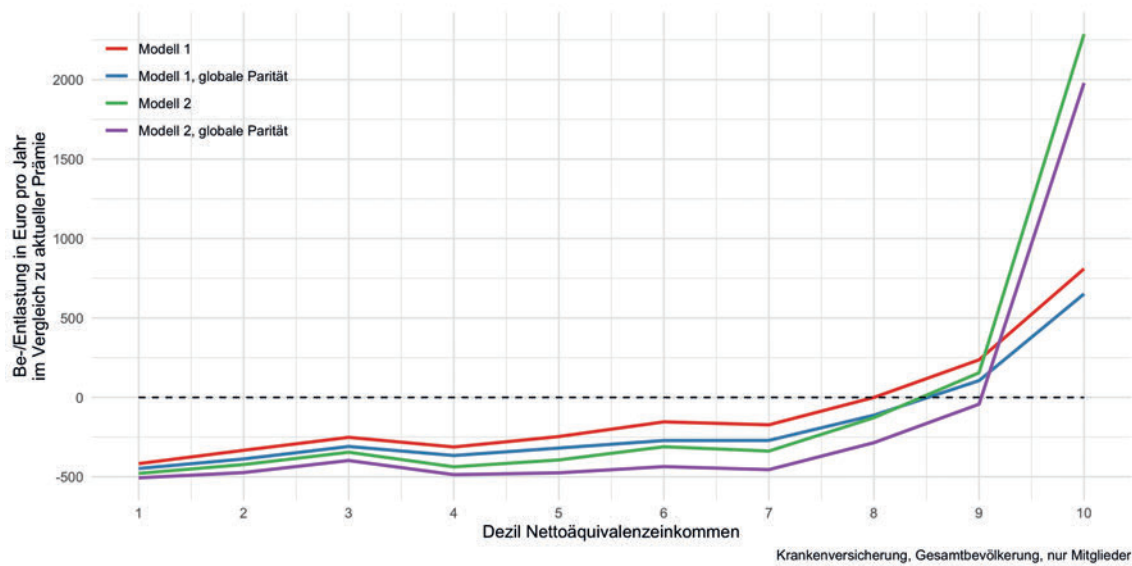


Angegeben ist der Durchschnitt von Durchschnittswerten: Erstens streuen die auch bei gleichem Nettoäquivalenzeinkommen aufzubringenden Beiträge, während hier nur der Mittelwert angegeben ist. Zweitens werden lediglich die Mittelwerte für das jeweilige Dezil angegeben und durch Linien miteinander verbunden. Der zum X-Achsenwert korrespondierende Y-Achsenwert gibt somit an, welche Beiträge von Beitragszahlenden im entsprechenden Dezil durchschnittlich aufgebracht werden. Im vierten Dezil ist das im Status quo beispielsweise ein Betrag von jährlich 2.000 Euro. Dies entspricht in etwa dem Betrag, den Beitragszahler im 35. Perzentil (als Mitte im vierten Dezil) aufbringen. Im Status quo steigen diese Durchschnittsbeiträge mit dem Nettoäquivalenzeinkommen bis zum 7. Dezil, (mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von monatlich 2.187 bis 2.460 Euro; vgl. Tabelle 6 für die Einkommensgrenzen der Dezile) annähernd linear. Danach flacht der Beitragsanstieg etwas ab, weil dann die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze zu Tage tritt. Der Anstieg zum 9. und 10. Dezil ist dann wiederum stärker, was darauf zurückzuführen ist, dass hier sehr hohe Einkommen vorliegen und die Beitragsbemessungsgrenze zunehmend praktisch jeden betrifft. Auch in den Modellen der „solidarischen Krankenversicherung“ steigt der Beitrag – wie in Sinne der Einkommensumverteilungsfunktion der Sozialversicherung erwünscht – mit dem Einkommen. Da die Beitragsbemessungsgrenze hier erhöht (Modell 1) bzw. sogar aufgehoben (Modell 2) ist, liegt der Beitrag für das 10. Dezil deutlich höher, insbesondere in Modell 2. Die Globalparität (Modell 1G und 2G) verringert die Beitragsbelastung im Vergleich zum entsprechenden Modell einer solidarischen Krankenversicherung mit hälftigem Beitragssatz (Modell 1 und 2) jeweils. Erkennbar ist zudem, dass die Beiträge in einer solidarischen Gesundheitsversicherung für Bezieher niedrigerer Einkommen unterhalb der Beiträge im Status quo liegen, bei (sehr) hohen Einkommen aber darüber.

Zur Verdeutlichung des differenziellen Effekts zeigt Abbildung 2 die hieraus resultierenden Be- und Entlastungen. Der „break even point“ wird in Modell 1 im 8. Dezil erreicht, in Modell 2G im 9. und in den Modellen 1G und 2 dazwischen. Für die 10 % der einkommensstärksten Beitragszahler\*innen (10. Dezil) steigen die jährlichen Beiträge in Modell 1G und Modell 1 durchschnittlich um rund 600 bis 800 Euro, in Modell 2G und 2 um rund 2.000 bis 2.500 Euro.



**Abbildung 2: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für die Gesamtbevölkerung**



**Tabelle 14: Durchschnittliche jährliche Krankenversicherungsbeiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für die Gesamtbevölkerung**

Perzentil	Status quo Beitrag	Modell 1			Modell 2		
		Beitrag	Veränderung absolut	Veränderung relativ	Beitrag	Veränderung absolut	Veränderung relativ
1. Dezil	1.084	667	-417	-38%	606	-479	-44%
2. Dezil	1.457	1.124	-333	-23%	1.034	-423	-29%
3. Dezil	1.665	1.414	-252	-15%	1.320	-345	-21%
4. Dezil	1.987	1.674	-312	-16%	1.549	-437	-22%
5. Dezil	2.210	1.963	-247	-11%	1.816	-394	-18%
6. Dezil	2.430	2.276	-154	-6%	2.119	-311	-13%
7. Dezil	2.754	2.581	-173	-6%	2.416	-338	-12%
8. Dezil	2.954	2.954	0	0%	2.827	-128	-4%
9. Dezil	3.292	3.529	236	7%	3.447	155	5%
10. Dezil	3.966	4.776	810	20%	6.253	2.287	58%

Quelle: eigene Berechnungen.

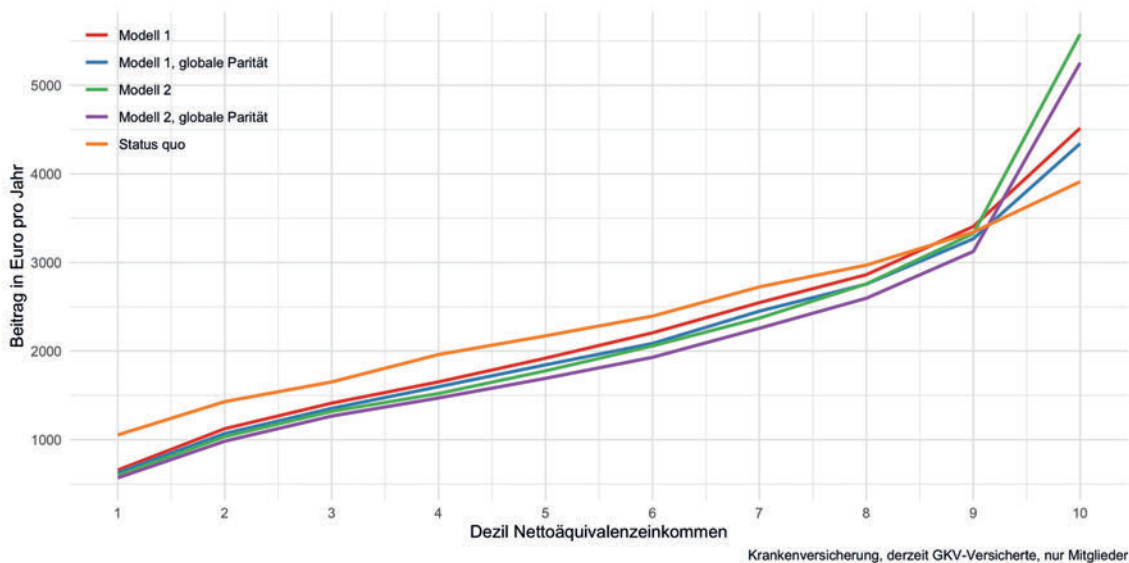
Da die Globalparität im Vergleich zu dem Modell, auf das sie angewendet wird (also Modell 1 bzw. Modell 2), nur die Beitragslast von Arbeitnehmer\*innen auf

Arbeitgeber\*innen umverteilt, führt sie regelmäßig zu einer Belastungsverringering für die Versicherten.

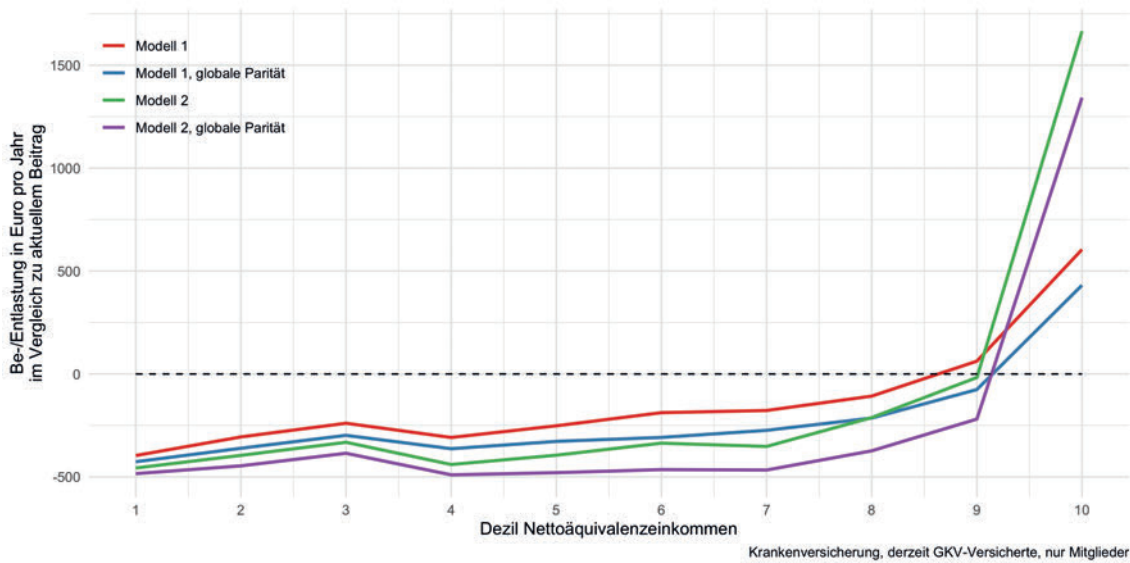
Tabelle 14 zeigt die zu zahlenden Beiträge bzw. Prämien im Status quo sowie in einer solidarischen Gesundheitsversicherung und die absoluten und relativen Differenzen der Reformmodelle zum Status quo diesen. In beiden Modellen der „solidarischen Gesundheitsversicherung“ ist die absolute und relative Entlastung im ersten Dezil am größten, während eine Belastung nur im 9. und 10. Dezil zu verzeichnen ist. Die Entlastungen sind in Modell 2 dabei jeweils ausgeprägter. Gleiches gilt aber auch für die Belastung im letzten Dezil, die in Modul 2 mehr als 50 % des Ausgangswertes beträgt.

Bei Betrachtung der absoluten Beiträge und resultierender Beitragsveränderungen lediglich für *derzeit in der GKV versicherte Beitragszahler\*innen* (Abbildung 3, Abbildung 4, Tabelle 15) zeigt sich dieses Bild sogar noch deutlicher: Eine höhere durchschnittliche Belastung ergibt sich in Modell 1 nur in den beiden oberen Dezilen und in Modell 1G, 2 und 2G sogar nur im obersten Dezil der 10% Einkommensstärksten. Ent- und Belastung sind an den Rändern der Einkommensverteilung (absolut und relativ) bei den GKV-Versicherten etwas weniger ausgeprägt als bei der Population aller Versicherten.

**Abbildung 3: Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für GKV-Mitglieder**



**Abbildung 4: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für GKV-Mitglieder**



**Tabelle 15: Durchschnittliche jährliche Beiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für GKV-Versicherte**

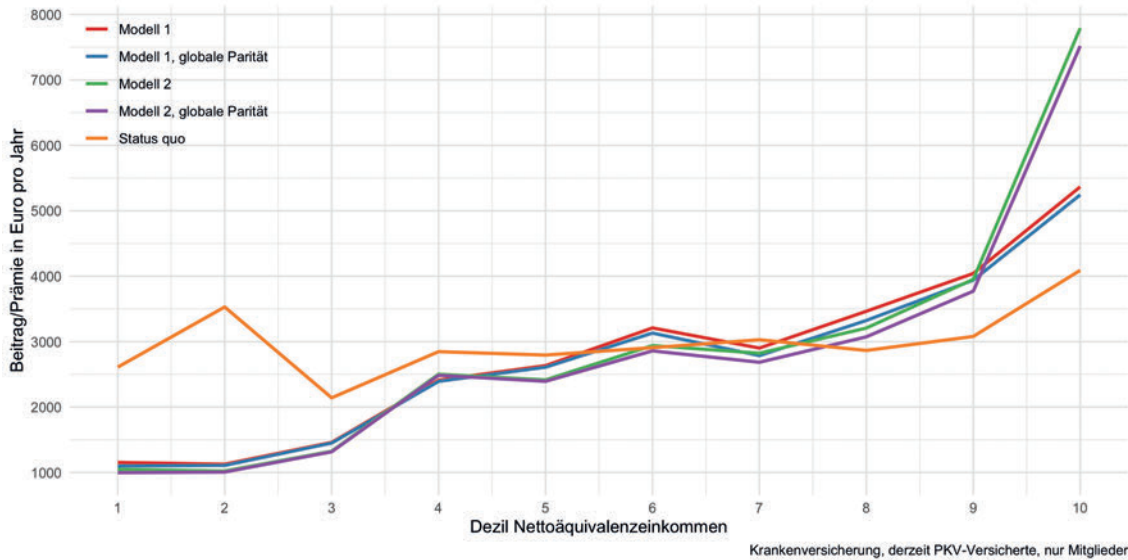
Perzentil	Status quo Beitrag	Modell 1			Modell 2		
		Beitrag	Veränderung zu Status quo absolut	relativ	Beitrag	Veränderung zu Status quo absolut	relativ
1. Dezil	1.054	657	-396	-38%	597	-457	-43%
2. Dezil	1.430	1.124	-306	-21%	1.034	-396	-28%
3. Dezil	1.652	1.412	-240	-15%	1.320	-332	-20%
4. Dezil	1.961	1.652	-309	-16%	1.521	-440	-22%
5. Dezil	2.172	1.920	-252	-12%	1.777	-395	-18%
6. Dezil	2.394	2.206	-188	-8%	2.058	-336	-14%
7. Dezil	2.724	2.547	-178	-7%	2.372	-352	-13%
8. Dezil	2.970	2.863	-108	-4%	2.758	-212	-7%
9. Dezil	3.344	3.406	62	2%	3.326	-17	-1%
10. Dezil	3.912	4.517	605	15%	5.577	1.666	43%

Quelle: eigene Berechnungen.

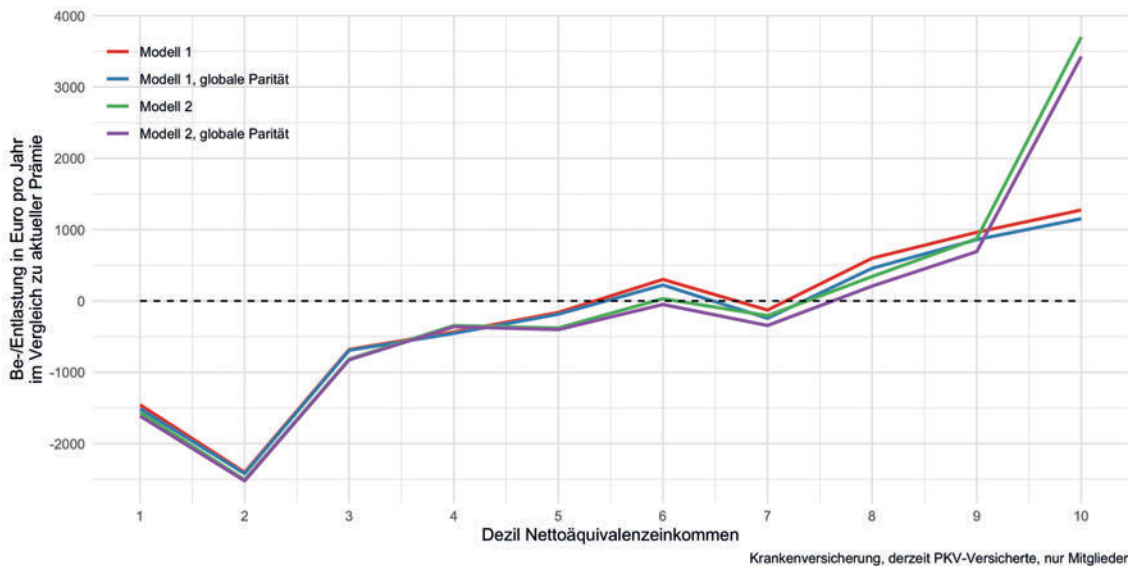
Werden lediglich *derzeit in der PKV versicherte Personen* betrachtet, ergibt sich ein anderes Bild: Die derzeit gezahlten Prämien werden einkommensunabhängig

ermittelt und bewegen sich weitgehend im Bereich von 200-300 Euro pro Monat. In der „solidarischen Krankenversicherung“ steigt der Beitrag dagegen systematisch mit dem Einkommen (Abbildung 5).

**Abbildung 5: Durchschnittliche jährliche Gesamtbeiträge zur Krankenversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ nach Nettoäquivalenzeinkommen für derzeit PKV-Versicherte**



**Abbildung 6: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Beiträge zwischen einer solidarischen Gesundheitsversicherung und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für derzeit PKV-Versicherte**



Hieraus ergibt sich, dass die Privatversicherten bis ins fünfte Dezil durchschnittlich entlastet werden.<sup>12</sup>, während eine durchschnittliche Belastung von mehr als 1.000 Euro im Jahr auf das oberste Einkommensdezil beschränkt bleibt (Abbildung 6, Tabelle 16). In Modell 1 liegt die Mehrbelastung für die beitragszahlenden Versicherten in diesem Dezil bei monatlich rund 100 Euro und in Modell 1G noch etwas niedriger. Sehr große Mehrbelastungen von monatlich rund 300 Euro zeigen sich dabei in Modell 2 und zwar sowohl mit als auch ohne Globalparität.

**Tabelle 16: Durchschnittliche jährliche Beiträge und Differenzen zum Status quo in Euro und als Anteil des Betrags im Status quo für bislang PKV-Versicherte**

Perzentil	Status quo	Modell 1			Modell 2		
	Beitrag	Beitrag	Veränderung absolut	Veränderung relativ	Beitrag	absolut	relativ
1. Dezil	2.611	1.155	-1.456	-56%	1.048	-1.562	-60%
2. Dezil	3.530	1.127	-2.403	-68%	1.023	-2.507	-71%
3. Dezil	2.142	1.460	-681	-32%	1.326	-816	-38%
4. Dezil	2.848	2.411	-436	-15%	2.503	-345	-12%
5. Dezil	2.795	2.633	-161	-6%	2.415	-380	-14%
6. Dezil	2.908	3.210	302	10%	2.940	32	1%
7. Dezil	3.029	2.902	-127	-4%	2.823	-206	-7%
8. Dezil	2.865	3.465	599	21%	3.208	343	12%
9. Dezil	3.080	4.042	963	31%	3.953	873	28%
10. Dezil	4.091	5.366	1.276	31%	7.790	3.700	90%

Quelle: eigene Berechnungen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten ist schließlich, dass für den Status quo lediglich die Prämienzahlungen abzüglich eventueller Zuschüsse der Arbeitgeber\*innen oder der Rentenversicherung als Ausgaben für die PKV berücksichtigt wurden, nicht aber die Eigenanteile in Tarifen mit Selbstbeteiligung.

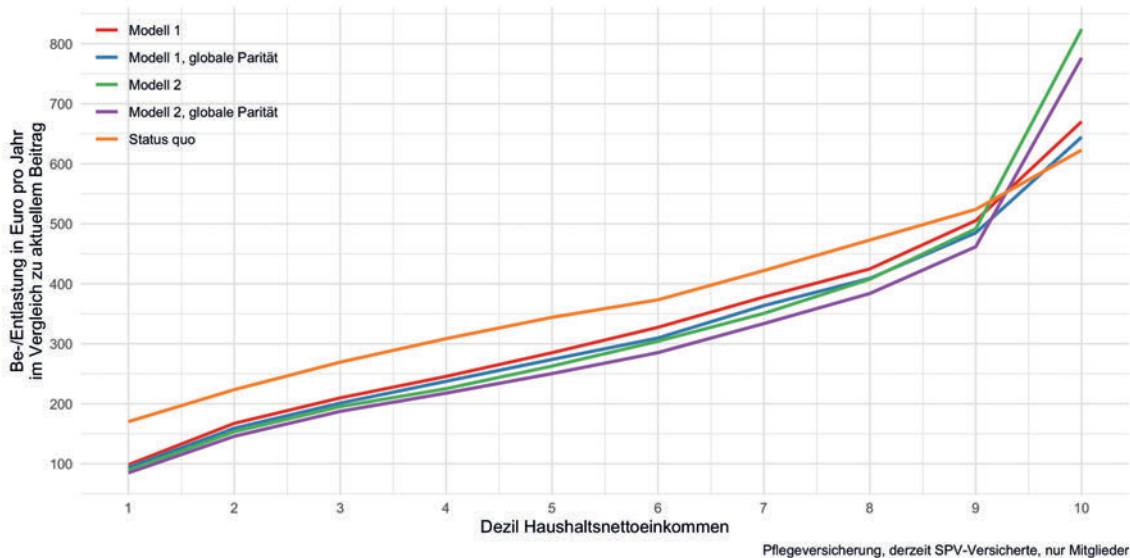
<sup>12</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der Privatversicherten in den unteren Einkommensdezilen gering ist (vgl. Tabelle 6). Wenn eine Entlastung bis ins 5. Dezil zu beobachten ist, heißt das daher nicht, dass auch die Hälfte der Privatversicherten entlastet werden.

Bei Einbezug dieser Selbstbeteiligung, ergäben sich für bislang PKV-Versicherte noch weitere Entlastungen. Dass auch Privatversicherte zu großen Anteilen entlastet werden, ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass im Umlageverfahren keine Altersrückstellungen aufgebaut werden müssen und der Gesamtbeitragsbedarf dadurch reduziert wird.

## Pflegeversicherung

Da das Sozio-ökonomische Panel keine Angaben zu den Prämien für die private Pflegepflichtversicherung enthält, kann der Status quo verlässlich nur für die Pflegesozialversicherten abgebildet werden. Für sie kann nachstehend auch gezeigt werden, welche differenziellen Veränderungen sich im Vergleich zum Status quo ergeben. Für die Privatversicherten und damit auch für die Gesamtbevölkerung können nur die Beitragshöhen der „solidarischen Pflegeversicherung“ angegeben werden.

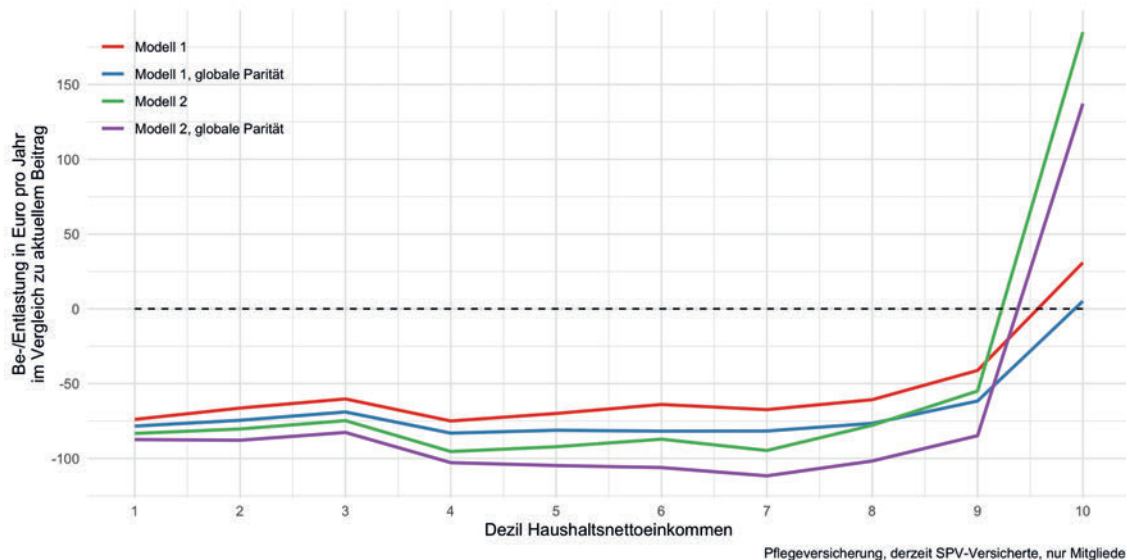
**Abbildung 7: Durchschnittliche jährliche Beiträge zur Pflegeversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommen für bislang SPV-Versicherte**



Für die Sozialversicherten zeigt sich in der Pflegeversicherung ein ähnliches Bild wie in der Krankenversicherung. Sowohl im Status quo als auch in der „solidarischen Pflegeversicherung“ steigt der Beitrag mit dem Nettoeinkommen (Abbildung 7). Bis zum 9. Dezil liegt die Belastung im Status quo dabei höher als in der „solidarischen Pflegeversicherung, und lediglich im letzten Dezil sind die

durchschnittlichen Beiträge aller hier betrachteten Reformmodelle höher als im Status quo).

**Abbildung 8: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Beiträge zwischen einer solidarischen Pflegeversicherung und dem Status quo nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für SPV-Mitglieder**



**Tabelle 17: Durchschnittliche monatliche Beiträge und Differenzen zwischen Status quo und Modellen einer solidarischen Pflegeversicherung bei derzeit SPV-Versicherten**

Perzentil	Status quo Beitrag	Modell 1		Modell 2	
		Beitrag	Veränderung zu Status quo absolut relativ	Beitrag	Veränderung zu Status quo absolut relativ
1.-10.	170 €	98 €	-74 € -43%	89 €	-83 € -48%
11.-20.	224 €	167 €	-66 € -28%	153 €	-80 € -34%
21.-30.	269 €	210 €	-60 € -22%	195 €	-75 € -28%
31.-40.	309 €	246 €	-75 € -23%	225 €	-95 € -30%
41.-50.	344 €	285 €	-70 € -20%	263 €	-92 € -26%
51.-60.	373 €	327 €	-64 € -16%	304 €	-87 € -22%
61.-70.	422 €	378 €	-67 € -15%	351 €	-95 € -21%
71.-80.	473 €	425 €	-61 € -13%	408 €	-78 € -16%
81.-90.	524 €	505 €	-41 € -8%	492 €	-55 € -10%
91.-100.	623 €	670 €	31 € 5%	824 €	185 € 29%

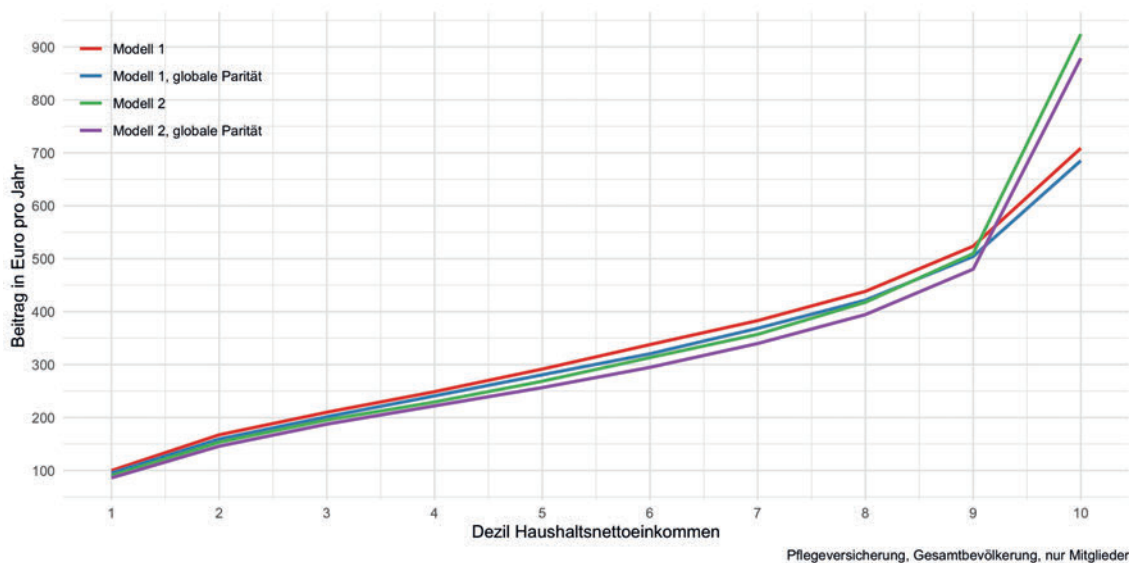
Datenquelle: eigene Berechnungen.



Dies verdeutlichen auch Abbildung 8 und Tabelle 17, in denen die Veränderungen zum Status quo ausgewiesen sind: Während die Mehrbelastung im letzten Dezil in Modell 1 und insbesondere in Modell 1G noch sehr niedrig ist, erreichen sie in Modell 2 einen Betrag von monatlich rund 15 Euro. Die Höhe der Entlastung ist in den ersten acht Dezilen betraglich jeweils ähnlich hoch, was einer mit dem Einkommen tendenziell abnehmenden relativen Entlastung (bezogen auf den Beitrag im Status quo) entspricht. Niedrigeinkommenbezieher im ersten Dezil profitieren von der Entlastung im Umfang von 43 % (Modell 1) bzw. 48 % (Modell 2) in besonderem Maße.

Wird auf die *Gesamtbevölkerung* abgestellt, ergibt sich ein zu Abbildung 7 weitestgehend identisches Bild (Abbildung 9).

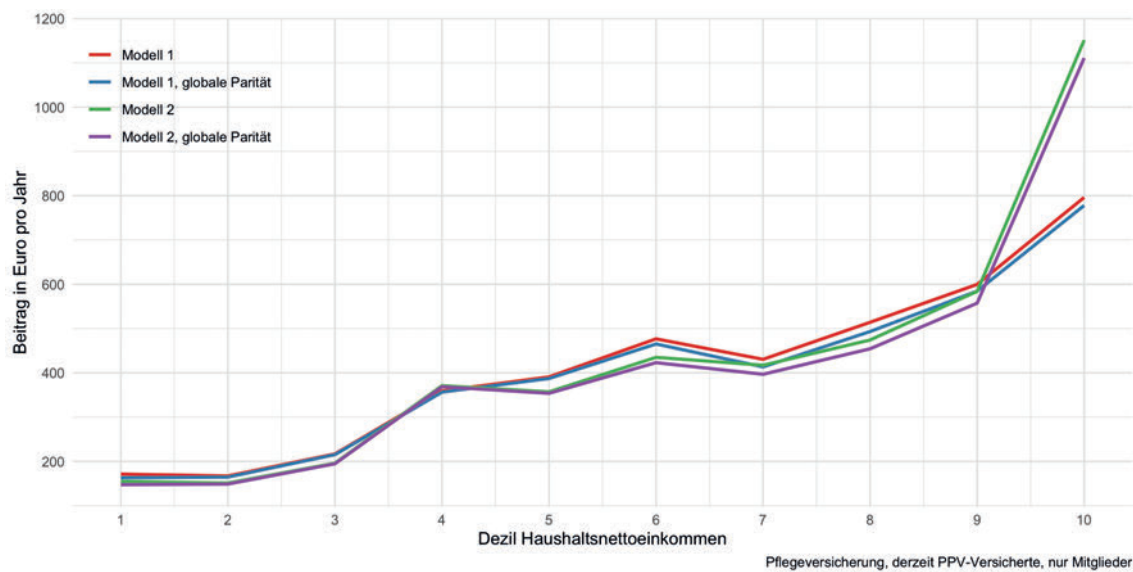
**Abbildung 9: Durchschnittliche jährliche Beiträge zur Pflegeversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für die Gesamtbevölkerung**



Bei Betrachtung der Prämien für derzeit in der *PPV versicherte Personen* (Abbildung 10) ist der Verlauf dagegen etwas wellenförmiger bei gleichwohl steigender Tendenz. Der „unruhige“ Kurvenverlauf ist darauf zurückzuführen, dass die Einkommensdezile einheitlich für die Gesamtbevölkerung festgelegt wurden, und die Zahl der Privatversicherten gerade in den unteren Einkommensdezilen daher gering ist, so dass hier stichprobenbedingte Verzerrungen zu erkennen sind.



**Abbildung 10: Durchschnittliche jährliche Beiträge in einer solidarischen Pflegeversicherung nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens**



Deutlich ist der Unterschied aber wieder im obersten Dezil: Liegen die jährlichen Beiträge gemäß Modell 1, 1G, 2 und 2G in diesem Dezil bei den SPV-Versicherten bei 600 (Modell 1 und Modell 1G) bzw. 800 Euro (Modell 2 und 2G) (Abbildung 7), liegen sie in der Gesamtbevölkerung jeweils um rund 100 Euro höher (Abbildung 9). Grund hierfür ist der Beitrag, den Privatversicherte im letzten Dezil zahlen und der bei jährlich rund 800 Euro (Modell 1 und 1G) bzw. gut 1.100 (Modell 2 und 2G) liegt).

## 5. Diskussion

Modellrechnungen der vorliegenden Art unterliegen immer *Limitationen*. Eine zentrale Limitation der vorliegenden Studie ergibt sich aus der *verwendeten Datenbasis*. Die Angaben des SOEP resultieren – ebenso wie die der EVS als der alternativen Datenbasis für derartige Modellrechnungen – aus Selbstangaben, was zu Verzerrungen führen kann. Zudem kann es immer zu Verzerrungen aufgrund der Stichprobe kommen, die trotz der verwendeten Gewichtungsfaktoren nie ausgeschlossen werden kann, u. a. weil die Gewichtung selbst auch wieder auf Stichproben wie etwa den Mikrozensus zurückgreift. So zeigt sich, dass die hier verwendeten durchschnittlichen Löhne und Gehälter höher liegen als in den Berechnungen von Rothgang & Domhoff (2017), die auf der EVS beruhen – und

zwar deutlich über die bekannten Lohn- und Gehaltssteigerungen hinaus. Tatsächlich ist der Beitragssatz zur GKV, der sich auf Basis der Einkommensdaten des SOEP und der GKV-Ausgaben der amtlichen Statistik (unter Berücksichtigung von Bundeszuschuss und realisiertem Überschuss) für 2018 berechnen lässt, niedriger als der tatsächliche Beitragssatz, was ein Indikator dafür ist, dass die berechnete Grundlohnsumme die tatsächliche übersteigt. Zwar wurde dem mit einem Korrekturfaktor begegnet, der aber nur die Verzerrungen im Status quo summarisch ausgleicht. Offen bleiben jedoch eventuelle weitergehende Verzerrungen in der Einkommensverteilung, die insbesondere die Effektgröße von Reformelementen wie der Beitragsbemessungsgrenze und dem Einbezug anderer Einkommensarten beeinflussen könnte.

Eine weitere Problematik entsteht bei der Bestimmung der Ausgaben, die bisher Privatversicherte in der Sozialversicherung auslösen würden, wenn diese zu einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ ausgebaut wird. Aktuell übersteigen die *Pro-Kopf-Ausgaben der Privatversicherten* sogar die der Sozialversicherten (Ochmann et al. 2020: 25). Das ist das Ergebnis mehrerer, teils gegenläufiger Effekte: einer niedrigeren Morbidität Privatversicherter, höherer Vergütungssätze für Privatversicherte in der ambulanten ärztlichen Versorgung und höherer Leistungsanspruchnahmen bei gleicher Erkrankung u. a. aufgrund angebotsinduzierter Nachfrage. Da die beiden letztgenannten Faktoren in der solidarischen Gesundheitsversicherung entfallen, ist davon auszugehen, dass deren Pro-Kopf-Ausgaben sinken, wenn sie sozialversichert sind. In den Berechnungen wurden daher – wie auch bei Ochmann et al. (2020: 25) in der Variante 2 die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile der GKV zugrunde gelegt. In Hinblick auf die niedrigere altersspezifische Morbidität der aktuell Privatversicherten, die sich etwa in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zeigt (Rothgang 2019b), könnten die Ausgaben damit überschätzt werden, die im Durchschnitt höhere Artikulationsfähigkeit der Privatversicherten könnte andererseits sogar dazu führen, dass die Pro-Kopf-Ausgaben so unterschätzt werden.

Schließlich sei auf die im Privatversicherungsvertrag geregelte *Selbstbeteiligungen* bei Privatversicherten hingewiesen. Im Jahr 2005 hatten etwa 70 % der PKV-Versicherten ohne Beihilfeanspruch sowie etwa 20 % Beihilfeberechtigte eine

Selbstbeteiligung vereinbart. Aktuelle Angaben zur Höhe vereinbarter oder tatsächlich fälliger Selbstbeteiligung sind jedoch nicht verfügbar. Im Jahr 2001 betrug diese durchschnittlich zwischen 400 und 800 Euro pro Jahr, abhängig vom Alter der Versicherten (Grabka 2006). In Deutschland ist die Selbstbeteiligung rechtlich auf maximal 5.000 Euro pro Jahr beschränkt (§ 193 Abs. 3 VVG). In der solidarischen Krankenversicherung werden die Privatversicherten durch Wegfall dieser Selbstbeteiligungen entlastet, aufgrund fehlender Daten zu den tatsächlich geleisteten Selbsthalten wurde dieser Effekt hier aber nicht quantifiziert und blieb unberücksichtigt. Dadurch werden die Belastungen der PKV-Versicherten durch die solidarische Krankenversicherung überzeichnet und etwaige Entlastungen unterschätzt.

Zur *Einordnung* der vorstehenden Ergebnisse der Modellrechnungen können diese insbesondere mit eigenen älteren Modellrechnungen und – partiell – auch mit den Berechnungen von den Ergebnisse zweier Studie, die IGES für die Bertelsmann-Stiftung vorgenommen hat, verglichen werden.

**Tabelle 18: Vergleich der Beitragssatzeffekte bisheriger Modellierungsstudien in der Krankenversicherung. Differenz zum Status quo in Prozentpunkten**

	Rothgang & Domhoff 2021	Rothgang & Domhoff 2017	Rothgang et al. 2010
Modell 1	-2,3	-3,1	-2,2
Modell 2	-3,5	-3,8	-2,7
Status quo mit einer Veränderung:			
Variante 1: Anhebung BBG auf Niveau RV	-0,8	-0,8	-0,5
Variante 2: Aufhebung BBG	-1,5	-1,3	-0,8
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einkommen	-0,7	-1,5	-0,4
Variante 4: Einbezug bislang Privatversicherter	-0,6	-0,9	-1,1

Tabelle 18 zeigt die sich jeweils ergebenden Beitragssatzreduktionen, die sich aus einer Erweiterung des versicherten Personenkreis auf die Gesamtbevölkerung, dem Einbezug aller Einnahmenarten in die Beitragspflicht und der Anhebung der BBG auf den Wert der BBG der Rentenversicherung (West) bzw. dessen Aufhebung einzeln und kumuliert ergeben. Die Studien aus den Jahren 2010 und 2021

nutzen dabei SOEP-Daten, die Berechnungen von 2017 hingegen Daten der EVS. In Bezug auf das Grundmodell der solidarischen Krankenversicherung stimmen die Ergebnisse der beiden SOEP-basierten Studien sehr gut überein, während der Effekt auf Basis der EVS größer ist. Letzteres gilt auch für Modell 2. Allerdings zeigt die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in den vorliegenden Berechnungen einen deutlich größeren Effekt als 2010. Entsprechend ist dies auch nur in der aktuellen Berechnung die für sich genommen effektivste Stellschraube, wenn die Reformelemente einzeln analysiert werden (Variante 1-4).

In einer aktuellen Studie zur *Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung* aus dem Jahr 2019 (Rothgang & Domhoff 2019), für die ebenfalls SOEP-Daten verwendet wurden, ergab sich in einer Modellierung, die weitgehend Modell 1 entspricht, eine Beitragssatzreduktion um 0,49 Prozentpunkte, die gut mit dem aktuellen Wert von 0,57 Prozentpunkten übereinstimmt. Im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung wurden 2020 unter anderem die finanziellen Auswirkungen des Einbezugs der PKV-Versicherten in die GKV untersucht (Ochmann et al. 2020). Die Verringerung des Beitragssatzes betrug dort zwischen 0,6 und 0,7 Prozentpunkte und ist damit deckungsgleich mit der Effektstärke der Variante 4 in den vorliegenden Berechnungen.

Gemeinsam ist allen genannten Modellierungsstudien, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verringerung der Beitragssätze führen. Effektgrößen einzelner Reformelemente weisen jedoch Differenzen auf, welche insbesondere auf Grund unterschiedlicher Datenquellen oder durch Veränderungen in der Einkommensverteilung in den Datensätzen und der Bezugsbevölkerung resultieren können.

Die hier vorgelegten Berechnungen bestätigen damit die bereits vorliegenden Untersuchungen weitgehend:

- Durch den Einbezug der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung, die Beitragspflicht für alle Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze kann der Beitragssatz – ceteris paribus – deutlich gesenkt werden. Dieser Effekt ist in der Pflegeversicherung noch deutlich stärker ausgeprägt als in der Krankenversicherung
- Diese Beitragssatzreduktion führt zu einer Beitragsentlastung von 80-90 % der derzeit Sozialversicherten. Ein besonders starker Effekt zeigt sich

bei einkommensschwächsten Versicherten. Diese Entlastung wird durch die Absenkungen der Mindestbemessungsgrenze befördert, die sich diesbezüglich als effektive Maßnahme erweist.

- Lediglich die 10 % einkommensstärksten Versicherten werden in der Krankenversicherung belastet – insbesondere durch Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze. Bei Privatversicherten greift die Belastung schon früher. Dennoch kommt es auch bei diesen in den ersten fünf Dezilen zu einer durchschnittlichen Entlastung. Ein Grund für die weitgehenden Entlastungen ist, dass die Leistungen für bisher Privatversicherte nicht mehr gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vergütet werden, die für gleiche Leistungen durchschnittlich höhere Entgelt vorsieht und im Umlageverfahren keine Altersrückstellungen aufgebaut werden müssen.

Erstmals modelliert wurde die „Globalparität“. Diese ermöglicht die Verbeitragung aller Einkommensarten, ohne dadurch die Arbeitgeber\*innen zu entlasten. Im Vergleich zur bloßen Beitragssatzparität sinkt dadurch die Beitragslast der Arbeitnehmer\*innen insgesamt. Bei Beitragssatzparität führt die Einführung einer Beitragspflicht auf nicht lohnbezogene Einnahmen dazu, dass der gesamte darauf entfallene Beitrag von den Arbeitnehmer\*innen allein getragen wird, die so sehr stark belastet werden. Durch die Globalparität wird dies verhindert und die horizontale Gerechtigkeit bleibt gewahrt: unabhängig von der Art der Einnahmen, ist der von Arbeitnehmer\*innen zu tragend Beitrag stets gleich (vgl. Tabelle 12).

Denkbar wäre auch eine andere Variante der Globalparität: Wenn die Versicherten auf die nicht-lohnbezogenen Einnahmen weiterhin den vollen anstatt des halben Beitragssatzes zahlen würden, gäbe es – bei gleicher Belastung der Arbeitgeber – eine andere – Lastentragung innerhalb der Gruppe der Arbeitnehmer\*innen, die wiederum am Beispiel des Modell 1 dargestellt werden soll (Tabelle 19). Nicht lohnbezogene Einkommensanteile würden aus Sicht der Versicherten stärker verbeitragt als die lohnbezogenen Anteile, da sie für diese AN- und AG-Beitragssatz tragen müssen. Gleichzeitig würde der Gesamtbeitragssatz für lohnbezogene Einnahmen im Vergleich zum „Standardmodell“ der Globalparität sinken (13,34 Prozent statt 13,76 Prozent), da die nicht-lohnbezogenen Einnahmen nun insgesamt doppelt so stark belastet würden. Da nicht-lohnbezogene Anteile stärker

in den oberen Einkommensgruppen als in den unteren vorkommen, wäre eine so gestaltete Globalparität wahrscheinlich stärker umverteilend.

**Tabelle 19: Beitragssätze bei Globalparität am Beispiel des Modell 1 in Prozentpunkten im Standardmodell und einer Variante**

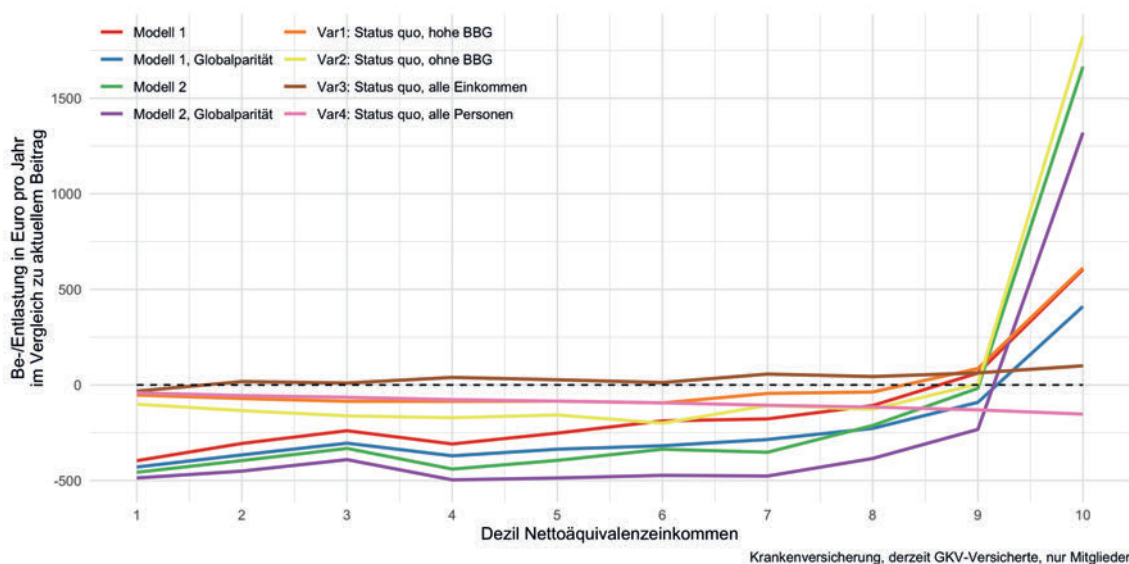
Beiträge auf ...	„Standardmodell“			„Variante“		
	AN-Bei- tragssatz	AG-Bei- tragssatz	Gesamt- beitragssatz	AN-Bei- tragssatz	AG-Bei- tragssatz	Gesamt- beitragssatz
Gesamteinnahmen	6,67%	6,67%	13,34%	6,67%	6,67%	13,34%
Lohnbezogene Einnahmen	6,67%	7,09%	13,76%	6,25%	7,09%	13,34%
Nicht-lohnbezogene Einnahmen	6,67%	0	6,67%	13,34%	0	13,34%

Der Preis hierfür wäre allerdings die Aufgabe der horizontalen Gerechtigkeit bezüglich verschiedener Einkommensarten für die Arbeitnehmer\*innen, da die Beitragslast dann bei gleichem Einkommen von der Zusammensetzung des Einkommens nach Einkommensarten abhängt. Dies ist insofern problematisch als die Herstellung horizontaler Gerechtigkeit ein Grund dafür ist, die Verbeitragung nicht-lohnbezogener Einnahmen überhaupt zu fordern (s. Abschnitt 1). An dieser Stelle zeigt sich ein unauflöslicher Zielkonflikt. Von drei Zielen, nämlich 1. der Global- und nicht nur die Beitragssatzparität, 2. der Verbeitragung aller Einkommensarten mit dem gleichen, vollen Beitragssatz und 3. der horizontale Gerechtigkeit aus Sicht der Versicherten, können maximal zwei gleichzeitig erfüllt werden. Die beiden aufgezeigten Varianten der Globalparität verletzen jeweils ein anderes Ziel.

Bemerkenswert ist in diesem Kontext auch ein in den vorstehenden Darstellungen nicht ausgewiesenes Ergebnis in Bezug auf die Be- und Entlastung bislang GKV-Versicherter Mitglieder durch die Reformmodelle: In Variante 3, dem Einbezug anderer Einkommensarten bei Konstanz der Beitragsbemessungsgrenze, werden die GKV-Mitglieder ab dem 2. Dezil belastet (Abbildung 11). Hintergrund hierfür ist, dass der entlastende Beitragssatzeffekt in dieser Konstellation mit 0,7 Beitragssatzpunkten (vgl. Tabelle 8) eher gering ist, da ein größerer Teil dieser weiteren Einnahmenarten aufgrund der niedrigen Beitragsbemessungsgrenze nach wie vor nicht beitragspflichtig werden, und der belastende Effekt einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage daher bei weiten Teilen der Versicherten

überwiegt. Im Hinblick auf die Verteilungswirkungen ist diese Variante daher kritisch zu sehen.

**Abbildung 11: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Krankenversicherungsbeiträge zwischen Reformmodellen und dem Status quo nach Nettoäquivalenzeinkommens für GKV-Mitglieder**



Anstatt den Beitragsatz zu senken, können die Effekte der Reformmodelle auch genutzt werden, um – bei unverändertem Beitragssatz – *Mehreinnahmen* zu generieren. Um deren Umfang zu berechnen, müssen die in Tabelle 8 (für die Krankenversicherung) bzw. Tabelle 9 (für die Pflegeversicherung) auf die jeweiligen Gesamtbemessungsgrundlagen bezogen werden.

**Tabelle 20: Jährliche Mehreinnahmen der Reformmodelle in der Krankenversicherung bei Beibehaltung des Beitragssatzes**

Modelle und Varianten	Beitragssatz-effekt	Bemessungs-grundlage (in Mrd. Euro)	Mehrein-nahmen (in Mrd. Euro)
Modell 1: Grundmodell solidarische Gesundheitsversicherung	2,3%	1.964	44,430
Modell 2: Solidarische Gesundheitsversicherung bei Aufhebung der BBG	3,5%	2.163	75,539
Status quo mit einer Veränderung, nämlich			
Variante 1: Anhebung der BBG auf 78.000 Euro	0,8%	1.526	12,648
Variante 2: Aufhebung der BBG	1,5%	1.604	24,858
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einnahmearten	0,7%	1.515	10,977
Variante 4: Einbezug der bislang Privatversicherten	0,6%	1.747	10,635



Tabelle 20 zeigt das Ausmaß der Mehreinnahmen für die betrachteten Modelle und Varianten in der Krankenversicherung: Während die Anhebung der BBG auf das Niveau der Rentenversicherung, die Erweiterung der Beitragspflicht auf alle Einnahmenarten oder der Einbezug der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung – bei konstantem Beitragssatz – rechnerisch Mehreinnahmen von 10-12 Mrd. Euro generiert, ist der Einnahmeneffekt der Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze bereits doppelt so groß. Durch Kombination dieser Maßnahmen resultieren im Grundmodell rechnerisch Mehreinnahmen von gut 44 Mrd. Euro und in Modell 2 sogar solche von mehr als 75 Mrd. Euro.

Tabelle 21 enthält die entsprechenden Ergebnisse für die Pflegeversicherung. Naturgemäß sind die absoluten Beträge bei diesem deutlich kleineren System geringer. Aber auch in der Pflegeversicherung sind durch Einführung der solidarischen Pflegeversicherung rechnerisch Mehreinnahmen von mehr als 11 Mrd. Euro (Modell 1) bzw. sogar mehr als 16 Mrd. Euro (Modell 2) möglich.

**Tabelle 21: Jährliche Mehreinnahmen der Reformmodelle in der Pflegeversicherung bei Beibehaltung des Beitragssatzes**

Modelle und Varianten	Beitragssatz- effekt	Bemessungs- grundlage (in Mrd. Euro)	Mehrein- nahmen (in Mrd. Euro)
Modell 1: Grundmodell solidarische Gesundheitsversicherung	0,57%	1.965	11,228
Modell 2: Solidarische Gesundheitsversicherung bei Aufhebung der BBG	0,76%	2.164	16,470
Status quo mit einer Veränderung, nämlich			
Variante 1: Anhebung der BBG auf 78.000 Euro	0,14%	1.527	2,131
Variante 2: Aufhebung der BBG	0,26%	1.605	4,174
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einnahmearten	0,12%	1.516	1,836
Variante 4: Einbezug der bislang Privatversicherten	0,32%	1.748	5,541

Wird der erzeugte Spielraum nicht zur Verringerung des Beitragssatzes genutzt, können die dann resultierenden Mehreinnahmen alternativ zur Ausweitung des Leistungsumfanges der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, bei-



spielsweise durch Abschaffung von Zuzahlungen und Begrenzung von Eigenanteilen, zur besseren Vergütung von Pflegekräften oder zur Erhöhung der Pflegekräftezahl in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

Der Weg der Leistungsverbesserungen und der Netto-Absenkung finanzieller Belastungen erscheint besonders in der Pflegeversicherung attraktiv, weil deren Teilleistungscharakter bisher dazu führt, dass etwa eine bessere Personalausstattung für Pflegeeinrichtungen oder eine tarifliche Bezahlung der Beschäftigten, die zu höheren Vergütungssätzen führen, vollumfänglich von den Menschen mit Pflegebedarf zu refinanzieren ist.

Bei unverändertem Beitragssatz könnten die in Tabelle 21 ausgewiesenen Zusatzeinnahmen beispielhaft genutzt werden, um

- den Personalmehrbedarf 115.000 Vollzeitstellen für Pflegekräfte, der sich im Projekt zur Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens gezeigt hat (Rothgang und das PeBeM-Team 2020) zu finanzieren (Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 4,6 Mrd. Euro bei unterstellten jährlichen Arbeitgeberkosten von 40.000 Euro) und
- die durchschnittliche Entlohnung von (gerechnet in Vollzeitäquivalenten) rund 400.000 Pflegefach- und Hilfskräften in der Langzeitpflege (Statistisches Bundesamt 2019: 29, 41) um 550 Euro (BA 2019) anzuheben und so die Gehaltslücke zum Krankenhausbereich zu schließen (Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 2,6 Mrd. Euro) und
- die monatlichen pflegebedingten Eigenanteile (einschließlich der umgelegten Ausbildungskosten) von derzeit rund 900 Euro (Rothgang 2021: 12) für 780 Tausend Bewohner\*innen von Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege (Rothgang und das PeBeM-Team 2020) auf 450 Euro abzusenkten (Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 4,2 Mrd. Euro, finanzierbar bei Modell 1) bzw. auf null zu senken (Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 8,4 Mrd. Euro, finanzierbar bei Modell 2).

## 6. Fazit

Im vorliegenden Gutachten wurden die Auswirkungen der Einführung einer „solidarischen Gesundheitsversicherung“ und einer „solidarischen Pflegeversicherung“ auf die jeweiligen Beitragssätze sowie die damit einhergehenden Verteilungswirkungen dargestellt. Es konnte festgestellt werden, dass mit der Erweiterung des Versichertenkreises auf alle Personen, dem Einbezug aller Einkommen in die Beitragsbemessung und der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung (West) in Höhe von 78.000 Euro für das Jahr 2018 *in der Krankenversicherung* ein Beitragssatz von 13,3 % resultiert hätte. Im Vergleich zum im Jahr 2018 tatsächlich gültigen GKV-Beitragssatz von 15,6 % entspricht dies einer *Verringerung um 2,3 Prozentpunkte*. Bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde der Beitragssatz sogar lediglich 12,1 % betragen und läge damit *3,5 Prozentpunkte* unterhalb des Status quo in der GKV.

Bei gleichen Annahmen in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ könnte ein Beitragssatz für Versicherte mit Elterneigenschaft von 1,97 % bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 78.000 Euro und von 1,78 % bei Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze realisiert werden. Dies entspräche einer Verringerung des im Jahr 2018 gültigen Beitragssatzes von 2,55 % um *0,57 bzw. 0,76 Prozentpunkte*.

Die Verringerung des Beitragssatzes in der Kranken- und Pflegeversicherung ginge mit unterschiedlichen *Verteilungswirkungen* für die Personen in privaten Haushalten einher. Insgesamt zeigt sich, dass in der Krankenversicherung die Beitragszahler in den ersten acht Dezilen entlastet und lediglich die 20% Versicherten mit den höchsten Nettoäquivalenzeinkommen belastet würden. In der Sozialen Pflegeversicherung werden sogar die Versicherten in den ersten neun Dezilen entlastet. Selbst bislang PKV-Versicherte erfahren bis ins fünfte Dezil hinein im Durchschnitt eine Entlastung. Bei Berücksichtigung der Selbstbeteiligungen, die ein beträchtlicher Teil der PKV-Versicherten vertraglich vereinbart hat und die in der Sozialversicherung entfallen, sind die Verteilungswirkungen für die Privatversicherten sogar noch positiver.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit den drei Elementen des vergrößerten Versichertenkreises, der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage so-

wie der Erhöhung bzw. Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze eine *deutliche Verringerung des Beitragssatzes* einhergeht, aus dem eine finanzielle Entlastung für einen Großteil der Bevölkerung resultiert.

Wird der erzeugte Spielraum nicht zur Verringerung des Beitragssatzes genutzt, können die dann resultierenden Mehreinnahmen alternativ zur Ausweitung des Leistungsumfanges der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, beispielsweise durch Abschaffung von Zuzahlungen und Begrenzung von Eigenanteilen, zur besseren Vergütung von Pflegekräften oder zur Erhöhung der Pflegekräftezahl in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

## 7. Literatur

- Albrecht, Martin / Ochmann, Richard / Schiffhorst, Guido (2016): Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Selbstständige. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- BA [=Bundesagentur für Arbeit] (2020): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020, [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7).
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2019a): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2018. Bonn, Bundesministerium für Gesundheit, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1\\_2018\\_Internet.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2018_Internet.pdf).
- BMG [=Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit] (2019b): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Janresdurchschnitt 2018. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13, Stand: 18. März 2019, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_JD\\_2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2018.pdf).
- BMG [=Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit] (2021): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung\\_2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2018.pdf).
- Bundesversicherungsamt (2021): GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2019, [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datenzusammenstellung\\_und\\_Auswertung/20210129\\_GKV\\_Altersausgabenprofile\\_1996-2019.xlsx](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datenzusammenstellung_und_Auswertung/20210129_GKV_Altersausgabenprofile_1996-2019.xlsx).
- BVerfG [=Bundesverfassungsgericht] (2001): Urteil des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 03. April 2001, Aktenzeichen 1 BvR 2014/95 - Rn. (1-93), BVerfGE 103, 197 – 225; [http://www.bverfg.de/e/rs20010403\\_1bvr201495.html](http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html).
- Deutscher Bundestag (2004) Entwurf eines Gesetzes zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG). BT-Drs. 15/3671.
- Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2009): Pflege-Bürgerversicherung, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag, 71-93.
- Grabka M (2006) Prämienentwicklung in der PKV – eine empirische Untersuchung auf Basis des SOEP. Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Jacobs K, Klauber J, Leinert J. Berlin, WIdO.
- Greß Stefan / Rothgang Heinz (2009) Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Härpfer, Marco / Cacace Mirella / Rothgang Heinz (2009) And fairness for all? Wie gerecht ist die Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem? Eine Berechnung des Kakwani-Index auf Basis der EVS. ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/2009. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- IAQ (2021) Entwicklung von BIP, GKV-Ausgaben und beitragspflichtigem Einkommen 1995 - 2019. Verfügbar unter: [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52.pdf).
- Ochmann, Richard / Albrecht, Marin / Schiffhorst, Guido (2020): Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.



# **DIE LINKE.**

**I M B U N D E S T A G**

Fraktion DIE LINKE. im Bundestag  
Platz der Republik 1, 11011 Berlin  
Telefon: 030/22751170, Fax: 030/22756128  
E-Mail: [fraktion@linksfraktion.de](mailto:fraktion@linksfraktion.de)  
V.i.S.d.P.: Jan Korte

Druck: Fraktionservice

Endfassung: Juni 2021

**Dieses Material darf nicht zu Wahlkampfzwecken  
verwendet werden!**

**Mehr Informationen zu unseren parlamentarischen  
Initiativen finden Sie unter: [www.linksfraktion.de](http://www.linksfraktion.de)**

210628



