

Meierjürgen, Rüdiger; Jacobs, Klaus

Article — Digitized Version

Familienhilfe in der GKV: Mängel und Reformansätze

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Meierjürgen, Rüdiger; Jacobs, Klaus (1988) : Familienhilfe in der GKV: Mängel und Reformansätze, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 68, Iss. 5, pp. 256-261

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136398>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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

Rüdiger Meierjürgen, Klaus Jacobs

Familienhilfe in der GKV: Mängel und Reformansätze

Im Gesetzentwurf zur Strukturreform des Gesundheitswesens sind die beträchtlichen verteilungs- und wettbewerbspolitischen Probleme der beitragsfreien Mitversicherung von Familienmitgliedern in der GKV unberücksichtigt geblieben. Rüdiger Meierjürgen und Klaus Jacobs analysieren die Mängel des Familienlastenausgleichs in der Krankenversicherung und zeigen mögliche Reformen auf.

O bgleich die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen (mit Ausgaben von mehr als 25 Mrd. DM im Jahre 1984) eine der quantitativ bedeutendsten Maßnahmen des Familienlastenausgleichs darstellt und fast ein Viertel der gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hierauf entfällt¹, steht diese zweite ergänzende Säule des Familienlastenausgleichs trotz ihrer seit langem bekannten Mängel im Rahmen der gegenwärtigen Debatte über die Strukturreform im Gesundheitswesen nicht zur Diskussion. Es hat den Anschein, daß – abgesehen von einigen ökonomischen Puristen – bei allen politisch relevanten Gruppen die Konzeption der beitragsfreien Mitversicherung von nichterwerbstätigen Familienangehörigen unumstritten ist. Damit werden jedoch zum einen die aus verteilungspolitischer Sicht bestehenden Ungerechtigkeiten im gegenwärtigen System der GKV festgeschrieben. Zum anderen wird eine wichtige Komponente der ungleichen Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen a priori ausgeblendet. Über eine Reform des Familienlastenausgleichs ließe sich ein Teil der bestehenden Wettbewerbsverzerrungen beseitigen, wodurch die Effizienz des GKV-Systems in hohem Maße gesteigert werden könnte. Im folgenden sollen die grundlegenden Mängel des GKV-spezifischen Familienlastenausgleichs, die künftige Entwicklung der Familienlasten angesichts der Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung sowie potentielle Ansatzpunkte einer Reform diskutiert werden.

Rüdiger Meierjürgen, 33, Dipl.-Volkswirt, arbeitet als Referent im Gesundheitswesen, Klaus Jacobs, 31, Dipl.-Volkswirt, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Berlin.

Die gegenwärtige Konzeption des Familienlastenausgleichs in der GKV läßt sich im wesentlichen aus der historischen Entwicklung der GKV erklären². Die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen entsprach sowohl der ursprünglichen Konzeption des Solidarausgleichs zwischen Versicherten mit weitgehend vergleichbarem ökonomischen und sozialen Status als auch den damaligen Leitbildern von Ehe und Familie, in deren Vordergrund der klassische Typus der Hausfrauenfamilie stand. Diese Voraussetzungen haben sich seither jedoch grundlegend verändert: So umfaßt die GKV infolge der erweiterten Versicherungspflicht bzw. -berechtigung heute mehr als 90% der gesamten Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Damit einhergegangen ist ein Wandel im Rollenverständnis und -verhalten der Frau, der sich u.a. in der gestiegenen Erwerbsbeteiligung der Frauen widerspiegelt. Darüber hinaus wurden familienbezogene Leistungen weit über das originäre Krankheitsrisiko hinaus ausgebaut; heute zählen hierzu Leistungen wie Mutterchaftshilfe, Krankengeldzahlungen bei Erkrankung eines Kindes, Früherkennungsmaßnahmen, Ausgaben für Haushaltshilfe, Schwangerenberatung oder Sterbegeld für Familienangehörige. Dieser Wandel der Rahmenbedingungen bedeutet eine Relativierung der ursprünglichen Legitimationsgrundlagen der beitrags-

¹ Berechnet nach Angaben des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1987, Baden-Baden 1987, S. 62 bzw. 69; dort wird für 1984 der Beitragssatzanteil für die Mitversicherung der Familienangehörigen auf 2,66 Prozentpunkte (das sind über 23% des zur Deckung der Gesamtausgaben von 108,7 Mrd. DM erforderlichen GKV-Beitragssatzes von 11,44% beziffert).

² Vgl. zur historischen Entwicklung der Familienhilfe in der GKV H. H a h n : Der Anspruch auf Familienhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 14. Jg. (1968), S. 595.

freien Familienmitversicherung und hat Auswirkungen für ihre Beurteilung sowohl aus ordnungs- als auch aus verteilungspolitischer Sicht.

Aus ordnungspolitischer Sicht stellt sich die Frage, ob die Finanzierung des GKV-internen Familienlastenausgleichs nicht besser nach Maßgabe steuerlicher Leistungsfähigkeitskriterien im Rahmen des Staatshaushalts erfolgen sollte, da familienpolitische Maßnahmen in erster Linie allgemeine sozial- und verteilungspolitische Aufgaben darstellen³. Solange das traditionelle Leitbild von Ehe und Familie nahezu uneingeschränkte gesellschaftliche Gültigkeit beanspruchen konnte, konnte ein Abweichen von diesem Verhaltensmuster als Element des versicherungstechnischen Risikoausgleichs interpretiert werden. Angesichts des Wandels der Rolle der Frau und einer gestiegenen Zahl ständig Alleinlebender kann aber nicht mehr davon ausgegangen werden, daß es – wie noch in der Sozialenquôte vor gut 20 Jahren behauptet – zum normalen Lebenslauf gehört, zu heiraten und Kinder zu haben, und die Mehrbelastung der Junggesellen (Kinderlosen) somit in der Regel nur eine Vorleistung darstellt, der spätere Gegenleistungen der Kasse (die Mitversicherung der Familienangehörigen) gegenüberstehen⁴.

Dieses „normale“ Lebensverlaufsmuster gilt heute für immer weniger Frauen und Männer⁵. In diesem Punkt besteht ein wesentlicher Unterschied zum intergenerationalen Solidarausgleich zwischen Erwerbstätigen und Rentnern: Während nämlich jüngere Erwerbstätige im gegenwärtigen System damit rechnen können, für die zu Beginn ihrer Erwerbsphase – gemessen am relativ geringen Krankheitsrisiko – überproportionalen Beitragszahlungen im Alter bei umgekehrtem Beitrags-

Leistungs-Verhältnis einen Ausgleich zu erhalten, besteht eine solche Erwartung auf künftige Gegenleistungen in Form der Mitversicherung von Familienangehörigen für die wachsende Zahl Alleinstehender bzw. kinderlos bleibender Zweiverdiener-Ehen nicht. Damit wird aber auch zugleich eine zentrale Begründung hinfällig, die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen als Element des intertemporalen Risikoausgleichs der GKV zu begreifen, denn die auch für soziale Sicherungssysteme konstitutiven Leistungs-Gegenleistungs-Beziehungen werden – wenn überhaupt – nur noch bedingt realisiert⁶.

Verteilungspolitische Betrachtungsweise

Offensichtliche Schwächen der gegenwärtigen Konzeption lassen sich auch bei einer verteilungspolitischen Betrachtungsweise erkennen⁷. Der horizontale Solidarausgleich bewirkt im Ergebnis eine Subventionierung der „Nur-Hausfrauen“ und Mütter, die sich insbesondere im Vergleich zu den erwerbstätigen und damit beitragszahlenden Frauen mit und ohne Kinder zeigt. Die durch die beitragsfreie Mitversicherung der nichterwerbstätigen Ehefrauen ausgelösten Begünstigungseffekte kumulieren in intertemporaler Perspektive⁸.

Die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen wird zu einem maßgeblichen ökonomischen

³ Vgl. hierzu R. Meierjürgen: Intertemporale und intergenerationale Verteilungswirkungen der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine theoretische und empirische Untersuchung –, Manuskript, Berlin 1987, S. 34 f.

⁴ Vgl. Sozialenquôte: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquôte-Kommission, Stuttgart u.a. O. ohne Jahr (1966), Ziffer 587.

⁵ Schon für einen relativ kurzen Zeitraum lassen sich Verhaltensänderungen feststellen: So sank bei den 25- bis 35jährigen Frauen der Anteil der verheirateten zwischen 1980 und 1985 von rund 80 auf unter 72%. Fast 40% aller Frauen dieser Altersgruppe waren 1985 kinderlos (gegenüber rund 33% 1980). Auch bei den 35- bis 45jährigen waren 1985 mit rund 22% deutlich mehr Frauen ohne Kinder als noch 1980 mit 17,5% (nach Bundesarbeitsblatt 12/1981, Tab. 355, bzw. 3/1988, Tab. 67).

⁶ Zu empirischen Ergebnissen vgl. R. Meierjürgen, aa.O., S. 135 ff.

⁷ Vgl. hierzu W. Schmähl, H. Conradi, K. Jacobs, R. Meierjürgen, A. Prinz: Soziale Sicherung 1975-1985. Verteilungswirkungen sozialpolitischer Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt, Bern, New York 1986, S. 100 ff.

⁸ Vgl. R. Meierjürgen, aa.O., S. 141.

Tabelle 1
Mitversicherte Familienangehörige je 100 Mitglieder nach Kassenarten
(Stand: 1. 10. 1986)

	Orts-	Betriebs-	Innungs-	Landwirt-	See-	Bundes-	Ersatzkassen		GKV
		Krankenkassen		schaftl.	kasse	knapp-	Arbeiter	Angestellte	gesamt
						schaft			
Mitglieder gesamt	45,5	60,0	56,6	99,4	49,9	53,6	66,0	47,9	50,2
Mitglieder (ohne Rentner) darunter für	61,6	80,6	63,8	142,6	63,4	113,3	75,5	55,8	64,0
Pflichtmitglieder	59,5	74,6	59,7	146,1	49,3	115,9	67,8	34,0	55,8
freiwillige Mitglieder	82,9	118,4	100,6	53,2	95,3	85,9	122,3	111,0	104,6

Quelle: Bundesarbeitsblatt 7-8/1987, Tabelle 236.

Kalkül derjenigen Versichertengruppen, die bei der Wahl ihres Krankenversicherungsschutzes eigene Vorteilsüberlegungen geltend machen können, also für Angestellte, deren Gehalt über der Pflichtversicherungsgrenze von derzeit 4500,- DM im Monat liegt. Sie können zwischen privatem und gesetzlichem Krankenversicherungsschutz wählen. Diese Entscheidung, die weitgehend von einem individuellen Kosten-Nutzen-Kalkül bestimmt wird, hängt im wesentlichen vom Lebensalter, dem Gesundheitszustand sowie insbesondere von der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen ab, wie sich u.a. an der unterschiedlichen Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen bei der Gruppe der Pflicht- bzw. freiwillig Versicherten ablesen läßt.

Auf jeweils 100 Pflichtmitglieder kommen in der GKV rund 56 mitversicherte Familienangehörige (vgl. Tabelle 1). Diese Zahl ist bei den freiwillig Versicherten mit rund 105 beinahe doppelt so hoch. Bei einzelnen Krankenkassenarten fällt der Unterschied noch weit größer aus: Bei den Ersatzkassen für Angestellte ist der Anteil der Frauen an den Pflichtmitgliedern besonders groß, was sich für diese Versichertengruppe in einer sehr niedrigen Familienlastquote von nur 34% niederschlägt. Dagegen liegt die durchschnittliche Anzahl mitversicherter Familienangehöriger bei den freiwillig Versicherten mit 111% deutlich über dem GKV-Durchschnitt, bei den Betriebskrankenkassen sogar bei über 118%. Die beitragsfreie Mitversicherung dürfte hier die Entscheidung zugunsten der Versicherung in einer GKV-Kasse maßgeblich bestimmt haben.

Per saldo werden die freiwillig Versicherten doppelt begünstigt. Sie profitieren nicht nur überdurchschnittlich von dem in der GKV intendierten Familienlastenausgleich, sondern ihre relativen Beitragsbelastungen neh-

men darüber hinaus um so mehr ab, je weiter ihr Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt⁹. Bei einer unterschiedlichen Zusammensetzung des Familieneinkommens kann die Wirkungsweise der Beitragsbemessungsgrenze zudem für Zweiverdiener-Familien zu unterschiedlichen Beitragsbelastungen führen, sofern einzelne Einkommensteile aus der Beitragsbemessung herauswachsen. Dabei werden die relativen Beitragsbelastungen bis zum Doppelten der Beitragsbemessungsgrenze um so höher sein, je gleichmäßiger die Einkommen der Ehepartner verteilt sind¹⁰. Tabelle 2 verdeutlicht die großen Belastungsunterschiede bei unterschiedlich zusammengesetzten Familieneinkommen: Während bei den drei beispielhaft aufgeführten Zweiverdiener-Familien noch bei einem gemeinsamen Monatseinkommen von 6000,- DM das gesamte Familieneinkommen Grundlage der Beitragsbemessung ist, beträgt die effektive Beitragsbelastung bei der Einverdiener-Familie nur noch 9,8%. Bei einem Familieneinkommen von 9000,- DM (den; Doppelten der gegenwärtigen Beitragsbemessungsgrenze) reicht die Beitragsbelastung der Familieneinkommen im Zahlenbeispiel von 6,5 bis 13%.

Aufgrund der inkonsistenten Wirkungsweise kann ein familienbezogener Solidarausgleich in der GKV in seiner gegenwärtigen Ausgestaltung nur bedingt realisiert werden. Zum einen ist der einbezogene Pflichtversichertenkreis in der GKV a priori auf bestimmte Personengruppen begrenzt, zum anderen eröffnen die Rege-

⁹ Vgl. M. Baumann: Familienstruktur und Beitragsbelastungsunterschiede in der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 35. Jg. (1986), S. 184.

¹⁰ Vgl. G. Ott: Einkommensumverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt 1981, S. 193.

Tabelle 2
Monatliche Beitragsbelastung eines Ehepaars bei unterschiedlicher Zusammensetzung des Familieneinkommens

Familieneinkommen DM/Monat	Gemeinsame Beitragsleistungen in DM/Monat (Prozentsatz vom Familieneinkommen) bei einer Zusammensetzung des Familieneinkommens im Verhältnis							
	1 : 0		3 : 1		2 : 1		1 : 1	
1500	195,00	(13,0%)	195,00	(13,0%)	195,00	(13,0%)	195,00	(13,0%)
3000	390,00	(13,0%)	390,00	(13,0%)	390,00	(13,0%)	390,00	(13,0%)
4500	585,00	(13,0%)	585,00	(13,0%)	585,00	(13,0%)	585,00	(13,0%)
5000	585,00	(11,7%)	585,00	(11,7%)	650,00	(13,0%)	650,00	(13,0%)
6000	585,00	(9,8%)	780,00	(13,0%)	780,00	(13,0%)	780,00	(13,0%)
7000	585,00	(8,4%)	812,50	(11,6%)	888,33	(12,7%)	910,00	(13,0%)
8000	585,00	(7,3%)	845,00	(10,6%)	931,67	(11,6%)	1 040,00	(13,0%)
9000	585,00	(6,5%)	877,50	(9,8%)	975,00	(10,8%)	1 170,00	(13,0%)
10000	585,00	(5,9%)	910,00	(9,1%)	1 018,33	(10,2%)	1 170,00	(11,7%)

Anmerkung: Bei einem Beitragssatz von 13% und einer individuellen Beitragsbemessungsgrenze von 4500,- DM im Monat.

lungen der Mitgliederzuweisung zudem bestimmten Versichertengruppen Handlungsmöglichkeiten, die zu ungleichen Wettbewerbsbedingungen für die einzelnen Kassen bzw. Kassenarten führen, wodurch die Effizienz des GKV-Systems insgesamt gemindert wird.

Solche Wettbewerbsverzerrungen finden ihren Ausdruck darin, daß erhebliche Differenzen bei den Familienlastquoten nicht nur zwischen unterschiedlichen Versichertengruppen innerhalb einer Kasse bzw. Kassenart bestehen, sondern darüber hinaus zwischen den einzelnen Kassenarten hinsichtlich ihrer „Familien-Gesamtlast“ (bezogen auf den Mitgliederbestand ohne Rentner): So kommen z.B. bei den Ersatzkassen für Angestellte nur rund 56 mitversicherte Familienangehörige auf 100 Mitglieder gegenüber rund 81 bei den Betriebskrankenkassen und sogar rund 143 bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen (vgl. Tabelle 1). Die Familienlastquoten stellen somit eine wesentliche Komponente der Risikostruktur einer Kasse bzw. Kassenart dar, die insofern eine Wettbewerbsverzerrung bedeutet, als die einzelnen Kassen(-arten) auf die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen keinen Einfluß haben und für höhere Beitragssätze als Folge überdurchschnittlicher Familienlastquoten nicht verantwortlich gemacht werden können.

Demographische Entwicklung

Bereits seit Anfang der siebziger Jahre ist u.a. als Folge des anhaltenden Geburtenrückgangs, der steigenden Frauenerwerbsquoten sowie durch die Erweiterung der Versicherungspflicht auf Personen, die zuvor im Rahmen der Familienhilfe beitragsfrei mitversichert waren, der Anteil der mitversicherten Familienangehörigen an den GKV-Versicherten gesunken¹¹. Diese Entwicklung dürfte sich – wenngleich in abgeschwächter Form – auch zukünftig fortsetzen. Allein demographisch bedingt, wird die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen von 18,4 Mill. im Jahre 1986 auf ca. 11,2 Mill. im Jahre 2030 zurückgehen, während die Zahl der Rentner im gleichen Zeitraum von 10,7 Mill. auf 12,9 Mill. steigen wird (vgl. Tabelle 3). Die Familienlastquote wird entsprechend von 50,2% auf 33,4% sinken. Demgegenüber wird sich die Rentnerquote – der Anteil der Rentner an den beitragszahlenden Mitgliedern der GKV – im gleichen Zeitraum von 29% auf über 38% erhöhen.

¹¹ Noch 1970 kamen (wie in den 50er und 60er Jahren) auf 100 GKV-Mitglieder im Durchschnitt rund 75 mitversicherte Familienangehörige. 1979 waren es noch rund 63 und 1986 nur noch rund 50 (bis 1979 berechnet nach G. Ott, a.a.O., S. 40, Tab. 3).

¹² Vgl. F. Breyer, J.-M. Graf v. d. Schulenburg: Family Structure and Intergenerational Transfer in Social Health Insurance: A Public Choice Model, discussion paper IIM/IP 86-11, Wissenschaftszentrum Berlin 1986.

Künftig werden sich damit tendenziell die Verteilungsprozesse noch stärker vom Familienlastenausgleich zum intergenerationalen Solidarausgleich verlagern. Allerdings kann daraus nicht geschlossen werden, daß sich die Unzulänglichkeiten des Familienlastenausgleichs – quasi automatisch – demographisch lösen. Da rational handelnde Individuen bei der Wahl ihres Krankenversicherungsschutzes auch die aus der beitragsfreien Mitversicherung der Familienangehörigen resultierenden Vorteile in ihr Kalkül einbeziehen, können bei einem allgemeinen Belastungsanstieg vom Familienlastenausgleich Effekte ausgehen, die die inter- und intergenerationalen Belastungsdifferenzen weiter fördern und verstärken, sofern Versicherte in verstärktem Maße ihr Kassenwahlrecht in Anspruch nehmen¹².

Angesichts der quantitativen Bedeutung des Familienlastenausgleichs liegt es nahe, dafür einen transparenten und konsistenten Finanzierungsrahmen zu entwickeln, in dem die Unzulänglichkeiten der derzeit gültigen Konzeption vermieden werden. Für eine solche Reform bieten sich im wesentlichen drei Wege an:

- ein kasseninterner Reformansatz mittels eigenständiger Krankenversicherungsbeiträge der Familienangehörigen;
- ein kassenübergreifender Reformansatz durch Ausgleich der durch den Familienlastenausgleich bedingten unterschiedlichen Risikostrukturen der einzelnen Krankenkassen;
- ein kassenexterner Reformansatz durch Auslagerung des Familienlastenausgleichs aus dem Finanzierungsrahmen der GKV.

Der kasseninterne Ansatz

Grundlage der Beitragsbemessung bildet in diesem Fall das Familieneinkommen sowie ein analog dem Ehegattensplitting des Einkommensteuerrechts ausge-

¹³ Vgl. R. Düttmann: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Baden-Baden 1979, S. 107 ff.; G. Ott, a.a.O., S. 206 ff.

¹⁴ Demgegenüber fordern die Mitglieder der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“ (Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bayreuth 1987, S. 21) sowie Cassel (D. Cassel): Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten im Auftrag des BMA, Gesundheitsforschung Bd. 149, Bonn 1987, S. 128 ff.) eine Beitragsbemessung auf der Grundlage des Familien- oder Haushaltseinkommens unter Einbeziehung von Arbeits-, Kapital- und Transfereinkünften. Wie Schmähl feststellt, würde eine derart umfassende Beitragsbemessungsgrundlage jedoch eine Vielzahl verteilungspolitischer Probleme sowie grundlegende systembezogene Fragen hinsichtlich der Gestaltung der GKV aufwerfen; vgl. W. Schmähl: Demographischer Wandel und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Auswirkungen und Finanzierungsalternativen –, Beitrag für das 18. Kolloquium zur Gesundheitsökonomie der Robert-Bosch-Stiftung, Arbeitspapier Nr. 11 A/87 des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft der Freien Universität Berlin 1987, S. 74.

stattetes Beitragssatzsplittingverfahren¹³. Beide Ehepartner müßten nach dieser Konzeption jeweils den auf der Basis des beitragspflichtigen Familieneinkommens berechneten halben Beitragssatz entrichten¹⁴. Für Kinder könnten demgegenüber aufgrund des vergleichsweise geringen Krankheitsrisikos pauschale Beiträge erhoben werden. Das Splittingverfahren wäre für Familieneinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze gegenüber dem gegenwärtigen Finanzierungsverfahren belastungsneutral, während insbesondere Einverdiener-Familieneinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze sowie Zweiverdiener-Einkommen, bei denen einzelne Einkommen aus der Beitragspflicht herausgewachsen sind, höhere Belastungen zu tragen hätten. Für das Zahlenbeispiel in Tabelle 2 würde diese Regelung bedeuten, daß unabhängig von der Zusammensetzung des Familieneinkommens die in der letzten Spalte ausgewiesenen Monatsbeiträge zu leisten wären.

Der Einwand, eine solche Regelung würde die Attraktivität der gesetzlichen Krankenkassen verringern und viele freiwillig Versicherte zur privaten Krankenversicherung abwandern lassen, geht an der Sache vorbei. Es liegt nicht im Interesse der Pflichtversicherten (und kann deshalb auch nicht im Interesse der gesetzlichen Krankenkassen liegen), wenn die Kassen eine möglichst hohe Zahl an freiwillig Versicherten aufweisen können, sofern dies aufgrund hoher Familienlastquoten für eine ungünstige Risikostruktur sorgt, die letztlich nur zu höheren Beitragssätzen führt.

Zwar könnten mit einer solchen kasseninternen Lösung die verteilungspolitischen Unzulänglichkeiten des gegenwärtigen Verfahrens bei unterschiedlicher Zusammensetzung des Familieneinkommens vermieden werden, doch wirft diese Lösung zumindest zwei Probleme auf. Zum einen stellt sich in ordnungspolitischer Perspektive die grundsätzliche Frage nach der Rolle von Beiträgen im Rahmen von Sozialversicherungssystemen. Im Falle einer Beitragsbemessung auf der Grundlage des Familieneinkommens würden die lohnbezogenen Beiträge immer mehr den Charakter einer

Steuer annehmen¹⁵. Doch muß die Verwirklichung des Versicherungsgedankens in der GKV auch schon im gegenwärtigen System gerade wegen der beitragsfreien Familienmitversicherung als ausgesprochen fragwürdig gelten. Zum anderen – und dieser Mangel scheint gravierender – könnte eine GKV-interne Lösung die aus der unterschiedlichen Anzahl von Mitversicherten innerhalb der Krankenkassenarten und zwischen den einzelnen Krankenkassen resultierenden Risikostrukturunterschiede nur teilweise beseitigen; höhere Beitragseinnahmen aus dem Familieneinkommen für bislang beitragsfrei Mitversicherte würden nur für Einkommensanteile oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze anfallen. Eine Korrektur des bestehenden Wettbewerbsgefälles zwischen den Kassen stellt jedoch eine notwendige Voraussetzung für Fortbestand und Weiterentwicklung des gegliederten GKV-Systems dar.

Der kassenübergreifende Ansatz

An diesen grundlegenden Mangel des gegenwärtigen GKV-Systems knüpft die kassenübergreifende Lösung an. So fordert der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1988 einen Ausgleich desjenigen Anteils an Beitragssatzdifferenzen, der nicht auf Leistungsunterschiede, sondern auf unterschiedliche Risikostrukturen der Kassen zurückzuführen ist¹⁶. Danach soll über eine Verrechnungsstelle ein einnahmeseitiger Ausgleich erfolgen, der die als Folge unterschiedlicher Grundlohnsommen, Alters- und Geschlechtsstrukturen bzw. der unterschiedlichen Anzahl von Mitversicherten bedingten Risikostrukturdifferenzen innerhalb der Krankenkassenarten und einzelnen Krankenkassen korrigiert.

Tabelle 3
Zukünftige Entwicklung von Familienlast- und Rentnerquote in der GKV

Jahr	Mitglieder insgesamt (in Mill.)	davon Rentner (in Mill.)	Mitversicherte Familienangehörige (in Mill.)	Rentnerquote (2)/(1) (in %)	Familienlastquote (3)/(1) (in %)
1986	36,7	10,7	18,4	29,0	50,2
1990	37,2	10,9	17,6	29,4	47,3
2000	37,9	12,1	16,8	31,8	44,3
2010	37,1	12,3	14,9	33,1	40,1
2020	35,8	12,5	12,9	35,0	36,2
2030	33,7	12,9	11,2	38,3	33,4

Anmerkung: Berechnet nach dem Bevölkerungsmodell (Modellvariante I A) des Statistischen Bundesamtes (Basis 31. 12. 1983).

¹³ Eine Einführung eigenständiger Beiträge der Familienangehörigen würde allerdings weder das Ende der einkommensbezogenen Finanzierung noch eine Entwicklung der Beitragsbemessung in Richtung auf eine risikoproportionale Prämienkalkulation bedeuten. Vgl. die hierzu mißverständlichen Ausführungen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (a. a. O., Ziffer 172), der die Einführung eigenständiger Beiträge in seinem Gutachten gar nicht diskutiert und entsprechend zu dem Ergebnis kommt, daß eine Änderung des derzeitigen Finanzierungsverfahrens das Ende der einkommensbezogenen GKV-Finanzierung bedeutet.

¹⁶ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1988, Baden-Baden 1988, Ziffern 212 ff.

Die vorgeschlagene Finanzausgleichsregelung wiese nicht die allokativen und distributiven Mängel des KVdR-Belastungsausgleichs auf, bei dem alle anfallenden Ausgaben in einen „Ausgleichstopf“ einbezogen werden und somit eine stets latente „moral hazard“-Gefahr bei den Kassen impliziert ist¹⁷. Das risikostrukturbedingte Wettbewerbsgefälle innerhalb der Krankenkassenarten und zwischen den Krankenkassen ließe sich so zu einem Gutteil abbauen. Allerdings würde solch ein einnahmeseitiger Finanzausgleich nach der Konzeption des Sachverständigenrats nicht dazu beitragen, die aus verteilungspolitischer Sicht unbefriedigenden Belastungswirkungen bei unterschiedlicher Zusammensetzung des Familieneinkommens zu beseitigen.

Der kassenexterne Ansatz

Über die beiden vorangehenden Reformansätze hinausreichen würde eine kassenexterne Lösung der Absicherung des Krankheitskostenrisikos nichterwerbstätiger Familienangehöriger. Bei einer Auslagerung des Familienlastenausgleichs aus dem Finanzierungsrahmen würden die Träger der GKV vollständig von den familienbezogenen Ausgaben entlastet. Leitgedanke einer solchen Regelung ist die – analog zu Überlegungen für die gesetzliche Rentenversicherung erfolgende – Trennung der GKV-Leistungen in („originäre“) Versicherungsleistungen, die durch Beiträge der Mitglieder zu finanzieren wären, und „versicherungsfremde“ Leistungen, zu denen auch die Mitversicherung von Familienangehörigen gerechnet werden kann¹⁸. Mit der Ausgliederung des Familienlastenausgleichs aus dem Finanzierungsrahmen der GKV ließen sich die aus der unterschiedlichen Zahl der mitversicherten Familienangehörigen entstehenden Belastungsunterschiede zwischen den Kassen beseitigen. Die Verteilungswirkungen würden je nachdem davon bestimmt, ob die Finanzierung über proportionale oder progressive Tarife erfolgen und/oder ob eine Beitragsbemessungsgrenze eingeführt würde.

Anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung, in der die Finanzierungsbeteiligung des Staates eine lange Tradition hat, werden die GKV-Ausgaben seit jeher primär aus Beitragsmitteln finanziert. Nicht zuletzt die ständigen Auseinandersetzungen um die Höhe des Bundeszuschusses in der gesetzlichen Rentenversicherung lassen es fraglich erscheinen, ob in der Einführung einer ähnlich konzipierten Finanzierungsregelung

in der GKV eine langfristig stabile Reformalternative gesehen werden kann. Da das Gesamtsystem des Familienlastenausgleichs weithin zersplittert ist und die einzelnen Transferarten hinsichtlich Leistungsumfang und anspruchsberechtigtem Personenkreis nur unzureichend abgestimmt sind, kann eine kassenexterne Lösung zudem sinnvollerweise nur im Rahmen einer Gesamtreform des Familienlastenausgleichs durchgeführt werden. Die Realisierungschancen einer solchen Reform müssen allerdings gegenwärtig als sehr gering eingeschätzt werden¹⁹.

Fazit

Die gegenwärtige Konzeption der beitragsfreien Mitversicherung nichterwerbstätiger Familienangehöriger in der GKV weist zahlreiche ordnungs- und verteilungspolitische Mängel auf. Insbesondere fördert ihre Ausgestaltung ungleiche Risikostrukturen, die systematische Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen bedeuten können. Durch ausgewogene Risikostrukturen könnte auch ein höheres Maß an Verteilungsgerechtigkeit im Rahmen des GKV-Systems hergestellt werden.

Von den drei beschriebenen Lösungsansätzen stellt die Ausgliederung der als versicherungsfremde Leistung eingestuft Familienmitversicherung aus dem durch Mitgliederbeiträge zu finanzierenden Leistungskatalog der GKV die am weitestgehende Alternative dar, deren Realisierungschancen jedoch eher skeptisch beurteilt werden müssen. Die beiden anderen Lösungskonzepte stellen zwar eine Verbesserung der jetzigen Regelung dar, doch beheben sie die aufgezeigten Mängel jeweils nur zum Teil.

Als mögliches Reformkonzept, das die wesentlichen Schwächen der gegenwärtigen Konzeption beseitigt, kann deshalb eine Kombination aus kasseninterner und kassenübergreifender Lösung angesehen werden. Die Einführung eigenständiger Beiträge für Familienangehörige beseitigt die verteilungspolitischen Unzulänglichkeiten des bestehenden Systems, während der Finanz- bzw. Risikostrukturausgleich zum Abbau der Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen beiträgt. Andererseits muß auch bei diesem Ansatz gesehen werden, daß eine Beitragsbemessung auf der Grundlage des Erwerbseinkommens keinen umfassenden Leistungsfähigkeitsbegriff zugrunde legt – dieser würde u. a. auch die Einbeziehung von Kapital- und Transfereinkünften erfordern – und auch die grundsätzliche normative Frage nicht gelöst wird, ob die Finanzierung der Familienhilfe tatsächlich in den Aufgabenbereich der GKV fällt oder nicht doch eine allgemeine, über den Staatshaushalt zu finanzierende sozialpolitische Aufgabe ist.

¹⁷ Vgl. R. Meierjürgen, a.a.O., S. 188 f.

¹⁸ Vgl. W. Schmähl, a.a.O., S. 64 ff.

¹⁹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1988, a.a.O., Ziffer 50.