

Jelena Berens

Der Einfluss der einkommensabhängigen und
-unabhängigen Erhebung des kassenindividuellen
Zusatzbeitrages auf den Wettbewerb in der
Gesetzlichen Krankenversicherung

BACHELORARBEIT

Themensteller: Dr. Steffen J. Roth

Vorgelegt in der Bachelorprüfung im Studiengang Gesundheitsökonomie
der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln

Köln 2014

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Darstellungsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
1. Einleitung: Der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument?	1
2. Beitragsarten in der Krankenversicherung.....	2
2.1. Lohnabhängige Beiträge	2
2.2. Pauschale Beiträge	4
2.3. Risikoäquivalente Beiträge.....	5
3. Entstehung des Zusatzbeitrages	6
3.1. Intentionen des Zusatzbeitrages	6
3.1.1. Deckung der Ausgaben	6
3.1.2. Wettbewerb durch Kostenbewusstsein.....	7
3.2. Entwicklung und Folgen des Zusatzbeitrages	8
3.2.1. Zusatzbeitrag nach GKV-WSG	8
3.2.2. Zusatzbeitrag nach GKV-FinG.....	10
3.2.3. Zusatzbeiträge nach GKV-FQWG in der Kabinettfassung vom ...	11
26.03.2014.....	11
4. Auswirkungen auf den Wettbewerb	13
4.1. Innovationsfunktion des Zusatzbeitrages	14
4.2. Preisfunktion der Erhebungsformen.....	16
4.2.1. Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag	19
4.2.2. Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag	23
4.3. Wettbewerbsverzerrungen durch Versichertenstruktur und	25
sozialen Ausgleich	25
4.3.1. Einfluss der Versichertenstruktur	26
4.3.2. Überforderungsklausel nach GKV-WSG.....	29

4.3.3. Sozialausgleich nach GKV-FinG.....	30
4.4. Chancen des geplanten Einkommensausgleichs.....	31
5. Fazit.....	35
Literaturverzeichnis	38
Eidesstattliche Erklärung.....	44

Darstellungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenkassenwahl abhängig vom Zusatzbeitrag [Darstellung nach Felder (2007), S. 223]..... 18

Tabelle 1: Einfluss der Anzahl beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger 34

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
BKN	Bundesknappschaften
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
DAK	Deutsche Angestelltenkrankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
hkk	Handelskrankenkasse
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkassen
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch

1. Einleitung: Der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument?

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung der 18. Legislaturperiode zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurde am 26. März 2014 vorgestellt.¹ Er konkretisiert die Änderungen, die im Koalitionsvertrag für die Ausgabenpolitik der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen waren.

Dabei sind zwei Änderungen zentral: Der bisher pauschal zu entrichtende kassenindividuelle Zusatzbeitrag soll künftig abhängig vom beitragspflichtigen Einkommen erhoben werden. Der steuerfinanzierte Sozialausgleich entfällt und wird durch einen vollständigen Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben, ersetzt.²

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, ob ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag die ihm zugeordnete wettbewerbsfördernde Funktion besser erfüllen kann als ein pauschaler Zusatzbeitrag. Auch der Einkommensausgleich soll in diesem Zusammenhang einer Bewertung unterzogen werden.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf den Wettbewerbsaspekten des Zusatzbeitrages, da er seit Einführung des einheitlichen Beitragssatzes im Jahr 2009 das einzige Instrument des Preiswettbewerbs für die Krankenkassen ist.³ Ihm kommt damit eine wichtige Funktion zu.

Im zweiten Kapitel dieser Arbeit werden zunächst die verschiedenen Beitragsarten, die in der Krankenversicherung denkbar sind, skizziert. Anschließend wird im dritten Kapitel die Entstehung des Zusatzbeitrages thematisiert. Sowohl die Intentionen bei der Einführung als auch die darauffolgende Entwicklung werden dargelegt. Im vierten Kapitel, das den Schwerpunkt der Arbeit bildet, geht es um die Auswirkungen, die die Ausgestaltung des Zusatzbeitrages auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen hat. Dabei ist zunächst zu erörtern, unter welchen Umständen dem Zusatzbeitrag eine innovationsfördernde Funktion zukommt. Anschließend werden die Überlegungen aus dem zweiten Kapitel auf den Zusatzbeitrag angewendet. Auf die Bedeutung der Versichertenstruktur und Maßnahmen, ihren Einfluss zu mildern, wird ebenso ein-

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014c)

² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d)

³ Vgl. Simon (2013), S. 77

gegangen wie auf den Einfluss der verschiedenen Ausgestaltungen des sozialen Ausgleichs. Chancen des Einkommensausgleichs werden zuletzt diskutiert, um zu einem abschließenden Fazit zu gelangen.

2. Beitragsarten in der Krankenversicherung

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Beitragsarten besonders hinsichtlich ihrer wettbewerbsbedeutsamen Aspekte vorgestellt. Lohnabhängige und pauschale Beiträge sind vor allem in sozialen Krankenversicherungssystemen wie der GKV üblich, während die Kalkulation von Beiträgen in der Privaten Krankenversicherung (PKV) risikoäquivalent erfolgt.⁴

Die Darlegung der lohnabhängigen Beiträge bezieht sich auf die bestehenden Regelungen der GKV. Pauschale Beiträge wurden in Deutschland als Alternative zu einkommensabhängigen Beiträgen bereits in verschiedenen Modellvarianten diskutiert, wobei hier die Ausführungen der Christlich Demokratischen Union Deutschlands (CDU) von ihrem 17. Bundesparteitag (2003) zugrunde gelegt werden. Die Ausgestaltung der risikoäquivalenten Beiträge bezieht sich auf das System der PKV.

2.1. Lohnabhängige Beiträge

Bei lohnabhängigen Beiträgen, wie sie in der GKV erhoben werden, wird ein festgelegter Prozentsatz des beitragspflichtigen Einkommens entrichtet.⁵ Die Beitragsbemessung soll der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit folgen, wobei oftmals kritisiert wird, dass das beitragspflichtige Einkommen allein kein hinreichender Indikator für die Leistungsfähigkeit ist, da beispielsweise Kapital- und Mieteinkünfte unberücksichtigt bleiben.⁶

Zu den Anfangszeiten der GKV war die Lohnabhängigkeit durch das Äquivalenzprinzip von Beiträgen und Leistungen begründet, da das Krankengeld mit dem Einkommen stieg. Die Zahlung des Krankengeldes ist mittlerweile

⁴ Vgl. Breyer et al. (2013), S. 515

⁵ Für eine nähere Darstellung der Ausgestaltung der GKV vgl. Simon (2013), S. 165-219

⁶ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2010), S. 7

jedoch keine der wichtigsten Leistungen der GKV mehr:⁷ seit 1970 muss der Arbeitgeber im Krankheitsfall die ersten sechs Wochen Lohnfortzahlungen an den Versicherten leisten.⁸ 2010 machte das Krankengeld nur noch 4,4 Prozent der Ausgaben der GKV aus.⁹

Die Mitglieder der GKV bilden nach § 1 SGB V eine Solidargemeinschaft. Das bedeutet, dass die Beitragszahlung nach Leistungsfähigkeit und die Inanspruchnahme von Leistungen im Krankheitsfall nach dem Bedarfsprinzip erfolgen. Dies gehört zu den grundlegenden Prinzipien der GKV.¹⁰

Damit einher geht die Einkommensumverteilung zwischen den unterschiedlichen Einkommen.¹¹ Die Höhe des Beitrages spiegelt nicht die Höhe des Leistungsversprechens wider, so dass der Preis für die Versicherung verzerrt wird. Dies schränkt die Transparenz ein und erschwert den Versicherten die Vergleichbarkeit von verschiedenen Krankenkassen.

Durch den gesetzlich festgelegten Leistungskatalog, der in etwa 95% der Leistungen einer Krankenkasse bestimmt, ist Leistungswettbewerb nur über die Satzungs- und Serviceleistungen möglich. Die Leistungen werden nach dem Sachleistungsprinzip gewährt.¹² Dies trägt insofern zu Intransparenz bei, da die Versicherten nur schwer eine Vorstellung von dem Wert der erbrachten Leistung erwerben können.¹³

Aufgrund der paritätischen Finanzierung, die den Beitrag für die Krankenversicherung hälftig zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufteilt, kommt es zu einer Koppelung mit einem anderen Effekt: ein Teil des Einkommens erreicht den Versicherten nicht, so dass sein Einkommen um den Beitragssatz reduziert wird. Dies erschwert das Kostenbewusstsein und trägt ebenfalls zu verminderter Transparenz bei.

Lohnabhängige Beiträge gehen mit der Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs einher, um Risikoselektion auf Seiten der Krankenversicherung zu vermeiden.¹⁴ Weil die Beiträge nicht den voraussichtlichen Ausgaben für den Versicherten entsprechen, haben die Versicherungen ein Interesse daran,

⁷ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2006), S. 12-13

⁸ Vgl. Simon (2013), S. 47-48

⁹ Vgl. Simon (2013), S. 212

¹⁰ Vgl. Simon (2013), S. 105

¹¹ Dieser Abschnitt folgt Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2006), S. 12

¹² Vgl. Simon (2013), S. 111

¹³ Vgl. Warns (2009), S. 173

¹⁴ Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 36

zwischen guten und schlechten Risiken zu differenzieren. Versicherte mit hohem Einkommen, die ein gutes Risiko darstellen, sind wirtschaftlich attraktiver als geringverdienende schlechte Risiken. Der Risikostrukturausgleich soll risikoäquivalente Prämien nachbilden und so Risikoselektion vermeiden.¹⁵

2.2. Pauschale Beiträge

Pauschale Beiträge, wie sie im Zuge der Gesundheitsprämie als Reformvorschlag für die GKV diskutiert wurden, sehen einheitliche Prämien für alle Versicherten einer Krankenkasse vor.¹⁶ Zwischen den Krankenkassen können sich die Prämien unterscheiden.

Die CDU hat vorgesehen, den Arbeitgeberbeitrag bei 6,5 Prozent festzusetzen und diesen an die Arbeitnehmer auszahlen zu lassen. Eine beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen war in ihrer jetzigen Form nicht vorgesehen. Die Prämie ist pro Versicherten zu zahlen. Ausgenommen sind Kinder, deren Prämien über Steuern finanziert werden sollen. Ebenfalls über den Steuerhaushalt soll der soziale Ausgleich finanziert werden, der für jene Haushalte vorgesehen ist, die durch die Prämienzahlungen eine bestimmte Belastungsgrenze überschreiten.

Die Einkommensumverteilung findet im System pauschaler Beiträge nicht über Krankenversicherungsbeiträge statt.¹⁷ Dies ermöglicht im Gegensatz zu lohnabhängigen Beiträgen ein besseres Preissignal, ist aber insofern noch nachteilig, da aufgrund von Risikoselektionsanreizen weiterhin ein Risikostrukturausgleich benötigt wird. Wie auch bei den einkommensabhängigen Beiträgen bildet eine einheitliche Gesundheitsprämie nicht das Risiko des Versicherten ab und entspricht daher nicht einem Marktpreis.¹⁸

Dennoch ist bei einer pauschalen Prämie mehr Transparenz gegeben, da die absoluten Beträge die Vergleichbarkeit von Krankenkassen für die Versicherten

¹⁵ Dabei wird die Treffsicherheit der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds mittels des Risikostrukturausgleichs zum Teil als unvollständig betrachtet, vgl. dazu unter anderem Eekhoff et al. (2008), S. 38-41

¹⁶ Dieser Abschnitt folgt Greß et al. (2005), S. 45-47

¹⁷ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2010), S. 8

¹⁸ Vgl. Cassel et al. (2014), S.16

deutlich vereinfachen. Das Einkommen erreicht den Versicherten außerdem vollständig.

2.3. Risikoäquivalente Beiträge

Risikoäquivalente Beiträge werden in der PKV erhoben.¹⁹ Sie bemessen sich an dem individuellen Risiko eines Versicherten, das bei Vertragsabschluss durch eine Gesundheitsprüfung ermittelt wird.²⁰ Somit gibt es zu diesem Zeitpunkt aus Sicht der Versicherung auch keine guten oder schlechten Risiken, weil die erwarteten Prämieinzahlungen die künftigen erwarteten Ausgaben decken.²¹

Im Gegensatz zu lohnabhängigen und pauschalen Beiträgen können die Prämien zwischen den Versicherten aufgrund ihrer Risikobezogenheit differieren. Stellt ein Versicherter ein schlechteres Risiko dar, fällt seine Prämie entsprechend höher aus, sofern er eine Abdeckung dieses Risikos durch seine Versicherung wünscht. Üblich ist auch der Ausschluss von Leistungen.²²

Es handelt sich bei risikoäquivalenten Prämien um Marktpreise für die nachgefragte Versicherungsleistung, die nicht durch eine Einkommensumverteilung verzerrt werden und für die Versicherten gut vergleichbar sind. Die Vorteile eines Wettbewerbsmarktes können hier am ehesten genutzt werden, weil ein funktionierendes Preissystem vorliegt.

Der Versicherte zahlt die Prämie unmittelbar an seine Versicherung,²³ was ein erhöhtes Kostenbewusstsein zur Folge hat. Die Zahlungen im Krankheitsfall erfolgen nach dem Kostenerstattungsprinzip. Sie werden dem Versicherten vom Leistungserbringer in Rechnung gestellt, der diese Rechnung zur Erstattung bei seiner Krankenversicherung einreicht.²⁴

¹⁹ Für eine nähere Darstellung der Ausgestaltung der PKV vgl. Simon (2013), S. 219-263

²⁰ Vgl. Simon (2013), S. 228

²¹ Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 29

²² Vgl. Simon (2013), S. 230

²³ Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 57

²⁴ Vgl. Simon (2013), S. 236

3. Entstehung des Zusatzbeitrages

Zunächst werden in diesem Kapitel die Intentionen des Zusatzbeitrages vorgestellt. Anschließend wird die Entwicklung im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG 2007), des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der GKV (GKV-FinG 2011) und des geplanten Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der GKV (GKV-FQWG 2014) erläutert.

Dabei soll sowohl auf die Finanzlage der GKV als auch auf erfolgte Kassenwechsel eingegangen werden, um einschätzen zu können, ob die Intentionen des Zusatzbeitrages erfüllt werden konnten beziehungsweise erfüllt werden können.

3.1. Intentionen des Zusatzbeitrages

Dem Zusatzbeitrag werden grundsätzlich zwei Funktionen zugesprochen. Er soll einerseits, wie im ersten Teil des folgenden Kapitels beschrieben, diejenigen Ausgaben einer Krankenkasse decken, die über die zugewiesenen Mittel aus dem Gesundheitsfonds hinausgehen.²⁵ Des Weiteren sollen die Krankenkassen durch den Zusatzbeitrag dazu angehalten werden, sich im Wettbewerb untereinander um eine hochwertige Versorgung zu bemühen.²⁶ Diese übergeordnete Funktion des Zusatzbeitrages wird im zweiten Teil des Kapitels erläutert.

3.1.1. Deckung der Ausgaben

Im Gesetzentwurf zum GKV-WSG vom 24.10.2006 wird dem Zusatzbeitrag vor allem eine kostendeckende Funktion zugesprochen. Es heißt dort, dass ein Zusatzbeitrag dann zu erheben sei, wenn eine Krankenkasse auch nach Aus-

²⁵ Vgl. BT-Drs. 16/3100 (2006), S. 91

²⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014b)

erschöpfung kostensparender Maßnahmen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben nicht decken könne.²⁷

Die Ansprüche bemessen sich neben der Grund- und Verwaltungspauschale, die für jeden Versicherten fällig werden, an Alter, Geschlecht und Morbidität, sofern eine der 80 Krankheiten vorliegt, die aufgrund ihrer Kostenintensität berücksichtigt werden. Es handelt sich bei diesen Werten um Schätzungen des vorausgegangenen Jahres für das Folgejahr, die die standardisierten Ausgaben der Krankenkassen decken sollen, und nicht um eine nachträgliche Erstattung der angefallenen Kosten.²⁸

Von Seiten der Krankenkassen wurde bemängelt, dass der Anschein entstände, ein Zusatzbeitrag sei nur von Krankenkassen zu erheben, die Effizienzreserven nicht ausreichend nutzten.²⁹ Tatsächlich wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Zusammenhang mit der Erhebung und Höhe des Zusatzbeitrages oftmals von der Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen gesprochen.³⁰

3.1.2. Wettbewerb durch Kostenbewusstsein

Die Wettbewerbsfunktion des Zusatzbeitrages erklärt sich vor allem durch die Festschreibung einheitlicher Beiträge für alle Krankenkassen im Zuge des GKV-WSG.³¹ Die Krankenkassen differenzieren sich seit Inkrafttreten des GKV-WSG zum 1. April 2007 nicht mehr mittels verschiedener Beitragssätze, sondern hinsichtlich des Preiswettbewerbs durch die Erhebung und die Höhe des Zusatzbeitrages.³²

Im Rahmen des Gesetzentwurfes zum GKV-FinG ist von einer dem Wettbewerb zuträglichen Ausgestaltung der Finanzierung die Rede, für die eine Weiterentwicklung des Zusatzbeitrages hinsichtlich „Unverzerrte(r) Preissignale und eine(r) Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen“³³ unerlässlich sei. Dem Zusatzbeitrag wird hier deutlich eine wettbewerbsfördernde Funktion zu-

²⁷ Vgl. BT-Drs. 16/3100 (2006), S. 91

²⁸ Vgl. Simon (2013), S. 206-208

²⁹ Vgl. Jacobs (2006), S. 10 f

³⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013b), Bundesministerium für Gesundheit (2014g)

³¹ Vgl. Simon (2013), S. 77

³² Vgl. Lauterbach et al. (2009), S. 129

³³ BT-Drs. 17/3040 (2010), S. 17

gespröchen, die durch eine einkommensunabhängige Erhebung gestärkt werden soll.³⁴

Diese Preissignale sollen beim Konsumenten zu einem höheren Kostenbewusstsein führen und die Vergleichbarkeit der Krankenkassen vereinfachen. Die Satzungs- beziehungsweise Serviceleistungen sollen den Zusatzbeitrag nachvollziehbar machen, so dass eine begründete Kassenwahl erfolgen kann.³⁵

3.2. Entwicklung und Folgen des Zusatzbeitrages

Obwohl es den Zusatzbeitrag erst seit 2009 gibt, wurde seine Ausgestaltung nun bereits zum dritten Mal geändert. Dieses Kapitel soll einen Überblick über die bisherigen Gestaltungsformen des Zusatzbeitrages geben.

3.2.1. Zusatzbeitrag nach GKV-WSG

Mit dem GKV-WSG, das am 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurde eine Vielzahl von Neuregelungen getroffen.³⁶ Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 und der Aufhebung der Beitragsautonomie wurde auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag eingeführt.³⁷ Die Erhebung des Zusatzbeitrages und gegebenenfalls eine Erhöhung wurden zwingend vorgeschrieben, sofern die voraussichtlichen Ausgaben nicht durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt werden können.³⁸ Der Gesundheitsfonds sollte jedoch mindestens 95 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen als auch den Aufbau der Liquiditätsreserve begleichen. Andernfalls war eine Erhöhung des Beitragssatzes vorgesehen.³⁹

Den Krankenkassen wurde die Erhebungsform nicht vorgeschrieben: sie konnte pauschal oder als Prozentsatz des beitragspflichtigen Einkommens erfolgen.

³⁴ Vgl. BT-Drs. 17/3040 (2010), S. 17

³⁵ Bundesministerium für Gesundheit (2014b)

³⁶ Für eine ausführlichere Nennung vgl. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.03.2007, BGBl. 2007 I, S.378 (378-473)

³⁷ Vgl. Nr. 159-161 des GKV-WSG vom 26.03.2007, BGBl. 2007 I, S. 378

³⁸ Vgl. Nr. 161 des GKV-WSG vom 26.03.2007, BGBl. 2007 I, S. 378

³⁹ Dieser Abschnitt folgt Nr. 152 des GKV-WSG vom 26.03.2007, BGBl. 2007 I, S. 378

Der Zusatzbeitrag war von beitragspflichtigen Mitgliedern unmittelbar an ihre Krankenkasse zu entrichten.

Die Überforderungsklausel sah eine Begrenzung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens vor. Diese Einkommensprüfung fand jedoch nur bei Zusatzbeiträgen statt, die einen monatlichen Betrag von acht Euro überschritten. Grund dafür war der durch die Einkommensprüfungen entstehende Verwaltungsaufwand,⁴⁰ den viele Krankenkassen vermeiden haben, indem sie den Grenzbetrag von acht Euro als Zusatzbeitrag festlegten.⁴¹ Hat eine Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhoben oder diesen erhöht, hatte der Versicherte ein Sonderkündigungsrecht, das einen Wechsel innerhalb der Bindungsfrist von 18 Monaten ermöglichte.⁴² Sofern die Kündigung vor der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages erfolgte, musste dieser nicht gezahlt werden. Die Krankenkasse hatte den Versicherten mindestens einen Monat vor der Erhebung, Erhöhung oder Verringerung des Zusatzbeitrages auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen.⁴³

Das Äquivalent zum Zusatzbeitrag war im Fall einer finanziell gut gestellten Krankenkasse die Prämienrückzahlung an die Mitglieder.⁴⁴

2010 erhoben 13 der 169 Krankenkassen⁴⁵ einen Zusatzbeitrag. Lediglich eine Krankenkasse wählte dabei bereits ab 2009 einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag. Von den zwölf verbleibenden Krankenkassen beschränkten sich zehn auf die Erhebung des Grenzbetrages von acht Euro. Sechs Krankenkassen beschlossen 2009 die Auszahlung von Prämien zwischen fünf und zehn Euro an ihre Mitglieder, wobei zwei der Krankenkassen dies 2010 wieder abschafften.⁴⁶

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) mit über sechs Millionen Versicherten und die Kaufmännische Krankenkasse (KKH-Allianz) mit 1,9 Millionen Versicherten verloren im Jahresdurchschnitt von 2009 auf 2010 3,7 Prozent beziehungsweise 6,5 Prozent ihrer Versicherten. Beide hatten Anfang 2010 be-

⁴⁰ Vgl. Simon (2013), S. 201

⁴¹ Vgl. Eibich et al. (2011), S. 7

⁴² Vgl. §175 SGB V

⁴³ Vgl. Nr. 135 des GKV-WSG vom 26.03.2007, BGBl. 2007 I, S. 378

⁴⁴ Vgl. Nr. 161 des GKV-WSG vom 26.03.2007, BGBl. 2007 I, S. 378

⁴⁵ Vgl. GKV-Spitzenverband (2014)

⁴⁶ Vgl. Eibich et al. (2011), S. 7

gonnen, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Die Handelskrankenkasse (hkk) hat seit 2009 Prämien ausgezahlt und gewann 4,2 Prozent Mitglieder hinzu.⁴⁷

3.2.2. Zusatzbeitrag nach GKV-FinG

Das GKV-FinG trat am 1. Januar 2011 in Kraft. Die folgenden Ausführungen beziehen sich daher auf die aktuellen Regelungen, die bis zur Rechtskräftigkeit des GKV-FQWG Gültigkeit haben.

Nachdem der Beitragssatz mit dem Konjunkturpaket II zum 1. Juli 2009 auf 14 Prozent zuzüglich des Arbeitnehmeranteils von 0,9 Prozent gesenkt wurde,⁴⁸ wurde er mit dem GKV-FinG wieder auf das Niveau von 15,5 Prozent angehoben.⁴⁹ Der Arbeitgeberanteil wurde bei 7,3 Prozent festgesetzt. Sollte es trotz der Beitragssatzsteigerung künftig dazu kommen, dass die Ausgaben über den Einnahmen liegen, so soll diese Finanzlücke über Zusatzbeiträge geschlossen werden. Eine qualitativ hochwertige Versorgung ist Ziel dieser Regelung.⁵⁰

Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wurde eingeführt, da dieser das „transparentere Preissignal“⁵¹ darstelle. Die Erhebungsform ist seitdem vorgeschrieben.⁵² Der Zusatzbeitrag ist weiterhin von den Versicherten unmittelbar an seine Krankenkasse zu zahlen.

Gleichzeitig wurde die Obergrenze von ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens aufgehoben und ein steuerfinanzierter Sozialausgleich etabliert, der die Versicherten vor finanzieller Überforderung schützen soll. Überschreitet der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens, werden die Beitragszahlungen des Arbeitnehmers um den die zwei Prozent überschreitenden Betrag gekürzt. Der Versicherte muss keinen Antrag stellen, weil die Kürzung automatisch durch den Arbeitgeber erfolgt.⁵³

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen

⁴⁷ Vgl. Eibich et al. (2011), S. 7-8

⁴⁸ Vgl. Simon (2013), S. 84-85

⁴⁹ Vgl. Nr. 17 des Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 22.12.2010, BGBl. 2010 I, S. 2309

⁵⁰ Vgl. BT-Drs. 17/3040 (2010), S. 3

⁵¹ BT-Drs. 17/3040 (2010), S. 3

⁵² Vgl. Nr. 18 des GKV-FinG vom 22.12.2010, BGBl. 2010 I, S. 2309

⁵³ Vgl. Nr. 19 des GKV-FinG vom 22.12.2010, BGBl. 2010 I, S. 2309

festgelegt. Dies geschieht auf der Grundlage der geschätzten Ausgaben der Krankenkassen, die nicht durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt werden. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt seit Inkrafttreten des Gesetzes bei null Euro, so dass auch nie Sozialausgleich stattgefunden hat.⁵⁴

Der Sozialausgleich hätte zunächst bis zum Jahr 2014 aus Mitteln der Liquiditätsreserve bezahlt werden sollen. Ab 2015 hätte der Bund Zahlungen an den Gesundheitsfonds leisten müssen. In diesem Jahr hätte der Gesetzgeber über die Höhe weiterer Mittel zur Finanzierung des Sozialausgleiches entscheiden müssen.⁵⁵ Das GKV-FQWG, das zum 1. Januar 2015 wirksam werden soll, macht diese Entscheidung gegebenenfalls überflüssig.

Der Gesundheitsfonds weist seit dem Jahr 2010 Überschüsse auf,⁵⁶ so dass alle Krankenkassen, die auch 2012 einen Zusatzbeitrag erhoben haben, diesen abschaffen konnten.⁵⁷

3.2.3. Zusatzbeiträge nach GKV-FQWG in der Kabinettfassung vom 26.03.2014

Die Kabinettfassung des GKV-FQWG, die am 26. März 2014 vorgestellt wurde, sieht vor, den allgemeinen Beitragssatz auf 14,6 Prozent zu ermäßigen, indem der Sonderbeitrag der Arbeitnehmer von 0,9 Prozent abgeschafft wird.⁵⁸

Das jährliche Defizit von 11 Milliarden Euro, das durch die Senkung des Beitragssatzes entsteht, soll den Wettbewerb fördern, da es seitens der Krankenkassen durch Zusatzbeiträge zu finanzieren ist.⁵⁹ Der Gesetzgeber betont auch, wie wichtig es für die Wettbewerbsfunktion des Zusatzbeitrages sei, dass nicht nur wenige Krankenkassen diesen erheben. Der Leistungswettbewerb soll mit dem neuen Gesetzentwurf wieder stärker in den Fokus rücken, indem der Druck auf die Krankenkassen, einen Zusatzbeitrag zu erheben, erhöht wird. Dies wird durch die Formulierung, dass „Kassen, [sic] die bisher Prämien an ihre Mitglieder ausgeschüttet haben, [...] ihre Mitglieder jetzt viel unbüro-

⁵⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013b)

⁵⁵ Vgl. Nr. 16 des GKV-FinG vom 22.12.2010, BGBl. 2010 I, S. 2309

⁵⁶ Bundesversicherungsamt (o. J.), S. 3

⁵⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013c)

⁵⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), Nr. 23

⁵⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 2

kratischer durch niedrige Zusatzbeiträge entlasten“⁶⁰ können, deutlich: langfristig sind Krankenkassen ohne Zusatzbeiträge nicht mehr vorgesehen. Aufgrund der guten finanziellen Situation vieler Krankenkassen soll der Einstieg in ein System, das einen Zusatzbeitrag fest vorsieht, erleichtert werden. Die aufgebauten Finanzreserven sollen dazu herangezogen werden.⁶¹

Dabei soll die Erhebung nunmehr einkommensabhängig, das heißt, als Prozentsatz des beitragspflichtigen Einkommens, erfolgen und der Solidarausgleich ausschließlich innerhalb der Krankenversicherung stattfinden.⁶² Aus diesem Grund wird auch der steuerfinanzierte Sozialausgleich abgeschafft. An seine Stelle tritt der Einkommensausgleich zwischen jenen Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben. So soll sichergestellt werden, dass Krankenkassen mit verhältnismäßig vielen oder wenig gut verdienenden Mitgliedern im Wettbewerb miteinander nicht bevor- oder benachteiligt sind. Andernfalls ergäbe sich bei gleichem Zusatzbeitragssatz ein unterschiedlicher Betrag für die Krankenkassen, was schlussendlich dazu führe, dass Versicherungen mit schlechterer Einkommensstruktur ihrer Mitglieder einen höheren Zusatzbeitrag festlegen müssen.

Eine obere Belastungsgrenze bezogen auf das beitragspflichtige Einkommen gibt es für den Zusatzbeitrag nicht mehr. Für Personengruppen, deren allgemeiner Beitrag von Dritten getragen wird, ist nicht die Zahlung des kassenindividuellen, sondern des durchschnittlichen Zusatzbeitrages vorgesehen. Dieser wird vom jeweiligen Träger übernommen.⁶³

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird gebildet, indem die Differenz aus den erwarteten jährlichen Ausgaben und Einnahmen durch die durchschnittlichen jährlichen Einnahmen der Mitglieder geteilt und mit 100 multipliziert wird. Er soll den Versicherten so auch als Orientierungshilfe dienen. Durch den Vergleich mit dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag sollen sie abschätzen können, ob ihre Krankenkasse einen verhältnismäßig hohen oder niedrigen Zusatzbeitrag erhebt.⁶⁴

Das Sonderkündigungsrecht für Versicherte, deren Krankenkasse die Erhebung eines Zusatzbeitrages ankündigt oder diesen erhöht, bleibt bestehen. Die

⁶⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014g)

⁶¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 2-3

⁶² Dieser Abschnitt folgt Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 30

⁶³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 52

⁶⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 53

bereits bestehende Hinweispflicht wird durch die Vorschrift ergänzt, eine Abweichung vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag auszuweisen. Bis der Krankenkassenwechsel wirksam wird, muss der Zusatzbeitrag aber entgegen der vorherigen Regelung gezahlt werden.⁶⁵

Die Zusatzbeiträge erhalten die Krankenkassen nicht mehr unmittelbar von den Mitgliedern, sondern aus dem Gesundheitsfonds. Die Höhe ergibt sich aus der Multiplikation des Zusatzbeitragssatzes mit der Mitgliederanzahl der Krankenkasse und den durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied der GKV. Gleicht dieser Betrag nicht den Mitteln, die von der Krankenkasse benötigt werden, soll die Über- oder Unterschreitung durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgeglichen werden.⁶⁶ Risikoselektionsanreize und Verzerrungen des Wettbewerbs sollen so ausgeschlossen werden.⁶⁷

Das Gesetz wurde am 26. März 2014 vom Bundeskabinett beschlossen und soll nach Möglichkeit am 1. Januar 2015 in Kraft treten.⁶⁸

4. Auswirkungen auf den Wettbewerb

Wettbewerb hat in der GKV nicht immer eine gewichtige Rolle gespielt. So besteht zum Beispiel erst seit 1996 die Möglichkeit für Versicherte, ihre Krankenkasse frei zu wechseln.⁶⁹ Der Wettbewerb wurde nur langsam als Chance erkannt, die bestehenden Ineffizienzen zu überbrücken und so kommende Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden.⁷⁰

In diesem Kapitel soll es um die Auswirkungen des Zusatzbeitrages auf die Wettbewerbssituation in der GKV gehen. Inwiefern die Erhebung von Zusatzbeiträgen innovativen Vertragsformen zuträglich ist, wird im ersten Teil des Kapitels überlegt.

Wie bereits erläutert wurde, ist der Zusatzbeitrag aufgrund des einheitlichen Beitragssatzes das wesentliche Element des Preiswettbewerbs. Die Überlegungen des zweiten Kapitels sollen hier konkret auf den Zusatzbeitrag ange-

⁶⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 46

⁶⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), Nr. 35

⁶⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 3

⁶⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014c)

⁶⁹ Vgl. Lauterbach et al. (2009), S. 106

⁷⁰ Vgl. Paquet (2011), S. 13-15

wendet werden, da Wettbewerb ein funktionierendes Preissystem benötigt.⁷¹ Seine Funktionen können sich nur entfalten, wenn Preistransparenz vorliegt. Anschließend wird die Bedeutung der Versichertenstruktur als auch der Ausgestaltungen des sozialen Ausgleichs für den Wettbewerb herausgestellt und die Wettbewerbsverzerrungen, die damit einhergehen können.

4.1. Innovationsfunktion des Zusatzbeitrages

In der Kabinettsfassung des GKV-FQWG wird bemängelt, dass die finanziell gut dastehenden Krankenkassen ihre Versicherten daran nicht ausreichend teilhaben lassen, indem sie Prämien oder neue Satzungsleistungen gewähren. Als Intention wird der Verzicht auf Zusatzbeiträge angeführt.⁷² Nicht nur die Krankenkassen stehen in der Kritik, einen solchen „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“⁷³ zu betreiben, sondern auch der Gesetzgeber, der das Referenzniveau des durchschnittlichen Zusatzbeitrages bisher stets bei null festgelegt hat und außerdem den Anschein erwecken lässt, die Erhebung von Zusatzbeiträgen ließe sich durch das Ausschöpfen von Effizienzreserven weitestgehend verhindern.⁷⁴ Der Druck auf die Krankenkassen, den Zusatzbeitrag möglichst gering zu halten, wurde so stark erhöht.

Innovationen betreffend ist der Handlungsspielraum der Krankenkassen jedoch eingeeengt. Als „Innovationsmotor“⁷⁵ wird dabei der Vertragswettbewerb angesehen, dessen Gegenstand das Aushandeln von Verträgen zwischen der Krankenkasse und den Leistungserbringern ist. Die Vertragsfreiheit der Krankenkassen ist dabei durch das Kollektivvertragssystem sehr begrenzt, wird aber teilweise durch die Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen aufgelockert.⁷⁶ Diese gelten als innovativ, weil sie den Krankenkassen durch mehr Flexibilität ermöglichen sollen, die Versorgung auch über die Sektoren hinweg an den Erfordernissen der Versicherten auszurichten.⁷⁷

⁷¹ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2006), S. 12

⁷² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 1

⁷³ Albrecht (2009), S. 27

⁷⁴ Vgl. Albrecht (2009), S. 27

⁷⁵ Paquet (2011), S. 15

⁷⁶ Für eine kurze Darstellung des Nebeneinanders von Kollektiv- und Selektivvertragssystem vgl. Paquet (2011), S. 6-8

⁷⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014f)

Über den Zusatzbeitrag sollen die weiteren Ausgaben finanziert werden, die die Einnahmen übersteigen.⁷⁸ Seine Ausgestaltung soll außerdem „eine stärker präventive und sektorenübergreifende Ausrichtung des Gesundheitswesens“⁷⁹ fördern. Das kann nur gewährleistet werden, wenn Krankenkassen sich nicht ausschließlich um die Vermeidung des Zusatzbeitrages bemühen, da dies dazu führen kann, dass Kosten mitunter zulasten der Qualität eingespart werden.⁸⁰ Beispiel dafür sind neben der Verweigerung von Ermessensleistungen vor allem Einsparungen im Bereich neuer Versorgungskonzepte, die zunächst hohe Ausgaben erfordern und sich erst nach einiger Zeit rentieren. Darunter fällt insbesondere der Abschluss von Selektivverträgen wie beispielsweise Verträge der Integrierten Versorgung.⁸¹

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2012 eine Befragung unter Krankenkassen durchgeführt. Diese gaben dort an, dass keine Leistungen zurückgehalten wurden, um einen Zusatzbeitrag zu vermeiden. Drei Viertel der 81 befragten Krankenkassen haben demnach aus Gründen der Kosteneinsparung nie Versorgungskonzepte beendet oder nicht aufgenommen, die auf lange Sicht sinnvoll gewesen wären.⁸²

Andererseits wird in dem Gutachten auch festgestellt, dass der Zusatzbeitrag aus Sicht der Versicherten kaum durch zusätzliche Leistungen kompensiert werden kann.⁸³ Es ist daher fraglich, ob die die „ungewollte Dominanz des Preiswettbewerbs“⁸⁴ durch die veranlasste Unterdeckung überwunden werden kann. Sicherlich führt sie dazu, dass eine höhere Zahl der Krankenkassen Zusatzbeiträge beschließen muss und der Vermeidungsdruck auf die Krankenkassen nachlässt, so dass die Leistungsseite wie vom Gesetzgeber beabsichtigt eventuell wieder stärker fokussiert wird. Fraglich ist aber, ob sich die ablehnende Haltung der Versicherten gegenüber des Zusatzbeitrages durch diese Maßnahme ändert.

⁷⁸ Vgl. BT-Drs. 17/3040 (2010), S. 3

⁷⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 1

⁸⁰ Vgl. Fuchs (2009), S. 345

⁸¹ Vgl. Greß et al. (2010), S. 20

⁸² Vgl. BT-Drs. 17/10323 (2012), Ziffer 516

⁸³ Vgl. BT-Drs. 17/10323 (2012), Ziffer 498

⁸⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 1

Diese könnte darauf zurückzuführen sein, dass es sich aus Sicht der Versicherten beim Versicherungsschutz um ein homogenes Gut handelt, also ein Gut, das in seiner Qualität bei allen Anbietern gleich ist.⁸⁵ Im Fall homogener Güter ist daher der Preis als Kriterium entscheidend, während bei heterogenen Gütern die Qualität, die zwischen den Anbietern verschieden ist, und der Preis gegeneinander abgewogen werden. Albrecht geht von 93 Prozent der Leistungen aus, die den Krankenkassen gesetzlich durch den Leistungskatalog vorgeschrieben werden, so dass das Gut Versicherungsschutz weitestgehend als homogen anzusehen ist. Unterschiede in der Qualität bemessen sich demnach über Satzungsleistungen und Serviceangebote. Ein stärker an der Qualität orientierter Wettbewerb, wie er durch das neue Gesetz angestrebt wird, „braucht aber stets auch einen Preiswettbewerb, gerade wenn Qualitätsunterschiede nur eingeschränkt erkennbar beziehungsweise vermittelbar sind“⁸⁶.

4.2. Preisfunktion der Erhebungsformen

Aufgrund der bestehenden Versicherungspflicht kommt den Zusatzbeiträgen verglichen zum allgemeinen Beitragssatz eine besondere Preisfunktion zu.⁸⁷ Weil jeder gezwungen ist, sich versichern zu lassen, muss der Beitragssatz von derzeit noch 15,5% deslohneinkommens unabhängig davon, ob eine Zahlungsbereitschaft in dieser Höhe besteht, gezahlt werden.⁸⁸ Die freie Kassenwahl ermöglicht, dass das Zusatzbeitragssystem eher in der Lage ist, die verschiedenen Zahlungsbereitschaften abzubilden. Ist ein Versicherter mit dem zu zahlenden Zusatzbeitrag nicht einverstanden, kann er seine Krankenkasse wechseln. Nach Wunsch des Gesetzgebers sollen die Zusatzbeiträge künftig differenzierter ausfallen, so dass Versicherte auch die Preise der Krankenkassen vergleichen können.⁸⁹ Das Sonderkündigungsrecht unterstützt diese Funktion.

⁸⁵ Dieser Abschnitt folgt Albrecht (2009), S. 24-30

⁸⁶ Albrecht (2009), S. 30

⁸⁷ Vgl. Simon (2013), S. 113

⁸⁸ In diesem Zusammenhang wird die GKV oft als Zwangsversicherung bezeichnet, vgl. Simon (2013), S. 113

⁸⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 52

Allgemein lässt sich zur Preisfunktion des Zusatzbeitrages sagen, dass diese im Vergleich zu früheren Beitragssatzerhöhungen einzelner Krankenkassen stärker zur Geltung kommen. Dies lässt sich auf die paritätische Finanzierung des Beitragssatzes zurückführen.⁹⁰ Eine Erhöhung des Zusatzbeitrages tragen die Arbeitnehmer allein, während Beitragssatzerhöhungen vor Inkrafttreten des GKV-WSG zur Hälfte vom Arbeitgeber finanziert wurden.⁹¹

Dies verdeutlichen auch die folgenden Überlegungen von Felder.⁹² Angenommen wird hier, dass zwei Krankenkassen vor der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes in Höhe von 13 Prozent einen Beitragssatzunterschied von 1,5 Prozent aufweisen. Krankenkasse A hat einen Beitragssatz von 14,5 Prozent erhoben und muss daher nun einen Zusatzbeitrag verlangen, während Krankenkasse B einen Beitragssatz von 13 Prozent erhoben hat und auf einen Zusatzbeitrag verzichten kann. Krankenkasse A hat die Wahl zwischen einem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag von 1,5 Prozent (Option I) und einem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag von 25 Euro (Option II).

Der Betrag von 25 Euro ergibt sich wie folgt: Ausgehend vom Monatseinkommen eines Mitglieds von 1.667 Euro betragen die Einnahmen von Krankenkasse A monatlich 242 Euro und die von Krankenkasse B 217 Euro. Die Differenz beträgt demnach 25 Euro.

Auf die Opportunitätskosten eines unterbleibenden Krankenkassenwechsels der Optionen I und II soll in den Unterkapiteln eingegangen werden.

Bedeutsam ist erst einmal, dass der Beitragssatzunterschied von 1,5 Prozent vor der Einführung des einheitlichen Beitragssatzes nur zur Hälfte vom Mitglied getragen wurde. Die Opportunitätskosten betragen also anstatt 1,5 Prozent nur 0,75 Prozent, was in der Abbildung durch die gestrichelte Gerade unterhalb von Option I deutlich wird. Felder unterstellt, dass ein Mitglied seine Krankenkasse erst ab einem monatlichen Vorteil von zehn Euro wechselt. Vor der Einführung des Zusatzbeitrages kommt ein Krankenkassenwechsel dem Mitglied nur zur Hälfte zugute. Der Wechsel erfolgt also erst ab einem Monatseinkommen von 1.333 Euro, weil dann $0,75 \text{ Prozent} \times 1.333 \text{ Euro}$ einen Sparbetrag von 10 Euro

⁹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 2

⁹¹ Dies schließt den Sonderbeitrag von 0,9% aus, den die Mitglieder seit dem 1. Juli 2005 mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zahlen müssen. Seitdem erfolgt die Finanzierung nicht mehr vollständig paritätisch, vgl. Simon (2013), S. 200

⁹² Dieser Abschnitt folgt Felder (2007), S. 220-225

ergeben. Nach der Einführung des Zusatzbeitrages lohnt sich der Wechsel bereits ab einem monatlichen Einkommen von 667 Euro, da der Versicherte den Beitragssatzunterschied von 1,5 Prozent vollständig zahlen muss.

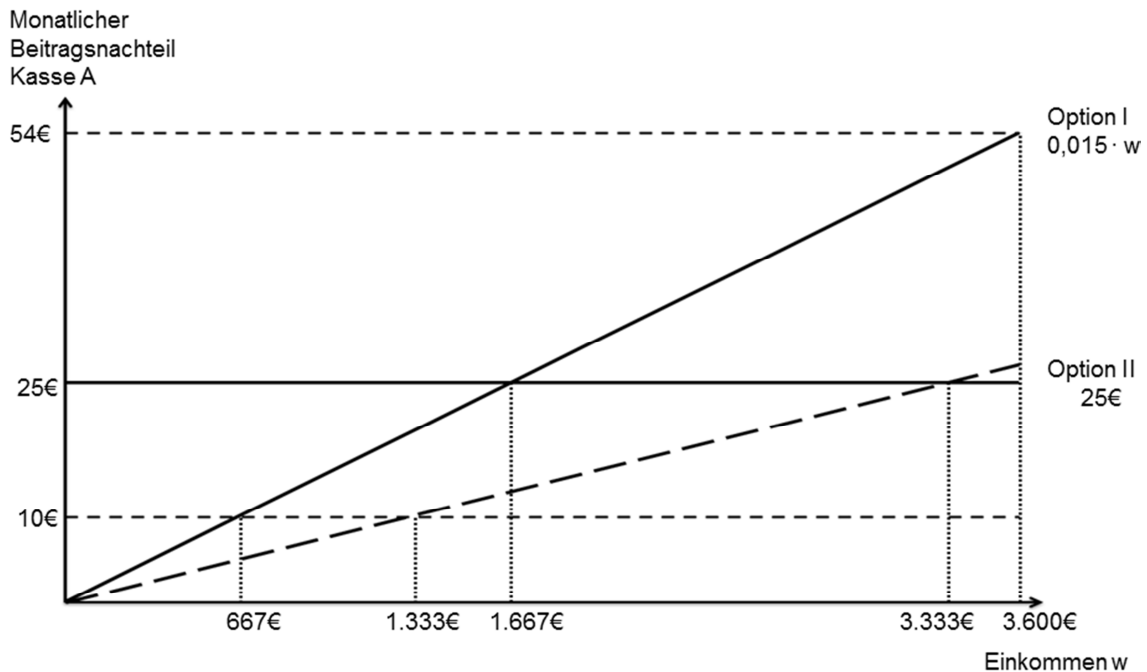


Abbildung 1: Krankenkassenwahl abhängig vom Zusatzbeitrag [Darstellung nach Felder (2007), S. 223]

Wie im dritten Kapitel bereits erläutert wurde, sollen mithilfe der Zusatzbeiträge zum einen Ausgabensteigerungen gedeckt und, sofern durch den erhöhten Kostendruck jede Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, sowohl Leistungs- als auch Preiswettbewerb angeregt werden. Für die Finanzierung der Unterdeckung allein ist die Erhebungsform unerheblich.⁹³

Der Preis soll den Gegenwert zu der in Anspruch genommenen Leistung darstellen. Im zweiten Kapitel wurde bereits erklärt, dass sich der Marktpreis einer Krankenversicherung nur in einer risikoäquivalenten Prämie widerspiegeln kann. Parallel zur einkommensabhängigen Erhebung der Beitragssätze kommt ein risikobezogener Zusatzbeitrag aber allein aufgrund des Aufwands einer Gesundheitsprüfung wohl nicht in Frage. In Betracht kommt demnach nur ein einkommensabhängiger oder -unabhängiger Zusatzbeitrag.

⁹³ Allerdings hatten die Krankenkassen in der Vergangenheit große Probleme durch Zahlungsverweigerungen der Versicherten. Wird der Zusatzbeitrag durch seine einkommensabhängige Erhebung durch den Arbeitgeber einbehalten, stellt sich dieses Problem nicht mehr. Insofern kann die Erhebungsform doch einen Einfluss auf das Einnahmenvolumen haben, vgl. Fuchs (2009), S. 345

Im Folgenden werden daher nur diese beiden Erhebungsformen anhand von Preissignalwirkung, Transparenz und Preiselastizität miteinander verglichen.

4.2.1. Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag

Der Preis gibt Information darüber, wie knapp das gehandelte Gut relativ gesehen auf dem Markt ist. Je knapper es ist, desto höher ist üblicherweise der Preis.⁹⁴

Wird der Zusatzbeitrag nun einkommensabhängig erhoben, ist die Höhe des zu zahlenden Preises eben nicht mehr von der Knappheit des Gutes abhängig. Ein steigender Preis bedeutet ein höheres Lohn Einkommen des Versicherten beziehungsweise bildet auch die unterschiedlich hohen Einkommen zwischen den Versicherten ab. Werden die Mittel der Krankenkasse knapp, muss der Zusatzbeitragssatz zwar angehoben werden, so dass auch ein steigender Zusatzbeitragssatz eine Preissignalwirkung hat. Diese fällt jedoch sehr schwach aus und wird durch die einkommensabhängige Erhebung und die damit einhergehende Einkommensumverteilung verschleiert.

Auf der Angebotsseite ergibt sich für die Krankenkassen durch die Lohnabhängigkeit ein weiteres Problem. Im Polypol sind sie Preisnehmer und können nicht über den Absatzpreis bestimmen, wenn sie sich im Wettbewerb halten wollen. Zu dem gegebenen Preis müssen sie daher kostendeckend produzieren können und entscheiden in der weiteren Folge nur über die Angebotsmenge. Diese lässt sich mittels der Grenzkosten-Preis-Regel bestimmen, weil sie dort liegt, wo der Preis den Grenzkosten entspricht. Bei Lohnabhängigkeit des Zusatzbeitrages kann dies nicht der Fall sein. Der Preis, den die Krankenkasse verlangen muss, ist abhängig vom Einkommen des Mitglieds und nicht von der optimalen Angebotsmenge und damit den Grenzkosten der Produktion.⁹⁵

Bei einem Preisanstieg bleibt es dem Konsumenten überlassen, diesen hinzunehmen oder den Konsum einzustellen. Dies geschieht abhängig von seiner Zahlungsbereitschaft: übersteigt der Preis am Markt die Zahlungsbereitschaft, wird das Gut nicht mehr nachgefragt, weil die Opportunitätskosten für den Konsum zu hoch sind und für andere Güter eine höhere Präferenz besteht.

⁹⁴ Vgl. Roth (2011), S. 114

⁹⁵ Vgl. Wied-Nebbeling/Schott (2007), S. 160-161

Wichtig ist demnach auf der Nachfrageseite auch die Fähigkeit des Preises, die Zahlungsbereitschaft der Konsumenten abzubilden.⁹⁶

Grundsätzlich ist es natürlich möglich, seine Zahlungsbereitschaft abhängig von Einkommen anzugeben. Dies ist aber zum einen unüblich und außerdem wenig praktikabel, da die Zahlungsbereitschaft sich an den Opportunitätskosten für den Konsum bemisst. Der Zusatzbeitrag muss gegen den Konsum anderer Güter abgewogen werden, deren Preis nicht lohnabhängig ausgewiesen wird. Dies ist für die Preistransparenz nicht förderlich.

Allerdings kommt an dieser Stelle auch der Einbehalt des Zusatzbeitrages durch den Arbeitgeber, also der Quellenabzug, hinzu. Die Krankenkassen ziehen den Betrag von dort ein und leiten ihn an den Gesundheitsfonds weiter.⁹⁷

Das Einkommen des Versicherten wird also künftig um den Zusatzbeitragssatz reduziert. Dies schränkt die Preistransparenz ein. Für die Krankenkassen ergibt sich dennoch ein wichtiger Vorteil aus dem Quellenabzug, da der Nichtzahlungsquote wirksam begegnet wird.⁹⁸

Ist ein Versicherter mit dem Zusatzbeitrag seiner Krankenkasse nicht einverstanden, hat er die Möglichkeit, in eine andere Krankenkasse zu wechseln. Die Anreize eines Wechsels verbunden mit der Erhebungsform zeigt Abbildung 1. Der Zusatzbeitrag entspricht im Beispiel 1,5 Prozent des Einkommens (Option I). Wie bereits in der Einleitung dieses Kapitels erwähnt geht Felder davon aus, dass ein Mitglied erst ab einem monatlichen Sparbetrag von zehn Euro wechselt. Mitglieder mit einem Einkommen unter 667 Euro haben demnach gar keinen Anreiz, ihre Krankenkasse zu wechseln. Mit steigendem Einkommen lässt sich durch einen Krankenkassenwechsel mehr Geld sparen, so dass dieser immer attraktiver wird. Verglichen mit der Option II, also dem pauschalen Zusatzbeitrag von 25 Euro, lohnt sich ein Wechsel für Mitglieder mit einem Einkommen über 1.667 Euro besonders.⁹⁹ In diesem Zusammenhang wurde kritisiert, dass „die ansonsten besonders preisbewussten Geringverdiener“¹⁰⁰ wegen der geringeren absoluten Ersparnis auch einen geringeren Wechsel-

⁹⁶ Vgl. Roth (2011), S. 114-120

⁹⁷ Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 53

⁹⁸ Vgl. Dennig et al. (2010), S. 47

⁹⁹ Vgl. Felder (2007), S. 223

¹⁰⁰ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006), Ziffer 284

anreiz haben. Schmitz und Ziebarth führen hingegen an, dass Geringverdiener bei einkommensabhängiger Erhebung neben einem geringeren Beitrag auch geringere Opportunitätskosten haben.¹⁰¹

Dass bei einkommensabhängiger Erhebung nur ein geringes Preisbewusstsein vorherrscht, hat sich bereits mittels einiger Studien gezeigt. Da es noch keine Daten zu einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen gibt, muss auf die Daten zu den allgemeinen Beitragssätzen zurückgegriffen werden. Diese sind dem Zusatzbeitrag aber in ihrer Erhebungs- und Einzugsart gleich, so dass von der Übertragbarkeit der Ergebnisse ausgegangen wird. Der einzige Unterschied liegt darin, dass die Ersparnis durch den Wechsel in eine günstigere Krankenkasse mit dem Arbeitgeber angesichts der paritätischen Finanzierung geteilt wurde.

Eine Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) hat ergeben, dass die große Mehrheit der 3.000 Befragten die Höhe des einheitlichen Beitragssatzes nicht kennt.¹⁰² Knapp die Hälfte machte keine Angabe („weiß nicht“). Nur ein Viertel konnte den genauen Beitragssatz nennen oder lag nicht mehr als einen halben Prozentpunkt daneben. Auch vor der Festsetzung des Beitragssatzes mit dem GKV-WSG wussten viele Versicherte nicht, wie hoch der zu zahlende Beitragssatz war.

Zu Zeiten der Beitragsautonomie war es den Versicherten dabei noch möglich, größere Beträge zu sparen, weil die Beitragssätze der Krankenkasse sich 2008 um bis zu vier Prozent voneinander unterschieden. Bei einem Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze hätten dort durch einen Wechsel der Krankenkasse bis zu 72 Euro monatlich gespart werden können. Die niedrige Wechselbereitschaft wird auf die einkommensabhängige Erhebung zurückgeführt, da diese zu Lasten der Preistransparenz ginge.¹⁰³ Verdeutlicht wird dies anhand der Berechnungen, die notwendig sind, um den absoluten monatlichen Sparbetrag bei einem Wechsel der Krankenkasse zu ermitteln. In diesem Fall mussten die Höhe des monatlichen Bruttolohns, die Beitragsbemessungsgrenze als auch die Arbeitnehmer-, Arbeitgeber- und der Sonder-

¹⁰¹ Vgl. Schmitz/Ziebarth (2011), S. 26

¹⁰² Dieser Abschnitt folgt Zok (2011), S. 1-2

¹⁰³ Schmitz/Ziebarth verweisen auf verschiedene Biasarten, die zur Erklärung der geringen Wechselbereitschaft herangezogen werden können, unter anderem der „Status quo“-Bias, die Prospect Theory von Tversky und Kahnemann und Markentreue, vgl. Schmitz/Ziebarth (2011), S. 10

beitragssatz bekannt sein.¹⁰⁴ Um den monatlichen Sparbetrag im künftigen System zu ermitteln, muss der Versicherte zwar nur seinen monatlichen Bruttolohn und den Zusatzbeitragssatz kennen, aber inwiefern dies einen Unterschied macht, bleibt fraglich.

Schmitz und Ziebarth haben die Preiselastizität der Nachfrage vor und nach GKV-WSG auf Basis der Jahresabschlüsse einiger Krankenkassen und Daten des BMG untersucht.¹⁰⁵ Die Preiselastizität trifft eine Aussage über die Änderung der nachgefragten Menge nach einer Preisänderung, meist ausgedrückt in Prozent.¹⁰⁶ Ein Preisanstieg der Beitragssätze von einem Prozent führte durchschnittlich zu einem Mitgliederverlust der Krankenkasse von 0,6 Prozent.¹⁰⁷ Nach Berechnungen von Eibich et al. führte ein Preisanstieg von einem Euro monatlich zu einem Mitgliederverlust von 0,3 Prozent.¹⁰⁸

Die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit, die anhand des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) untersucht wurde, stieg vor der Einführung des GKV-WSG bei einer Erhöhung der Beiträge um zehn Euro von 5,6 Prozent auf 6,5 Prozent.¹⁰⁹

Es zeigt sich, dass ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag seine Preisfunktion weitestgehend verfehlt. Zwei Effekte fallen dabei zusammen: einerseits mindert die Abführung des Zusatzbeitrages durch den Arbeitgeber die Transparenz und andererseits bedingt die Lohnabhängigkeit ein verzerrtes Preissignal. Das ist vor allem deshalb nicht wettbewerbsförderlich, weil der Zusatzbeitrag das einzige Instrument des Preiswettbewerbs ist und der Druck auf die Krankenkassen, Zusatzbeiträge zu erheben, mit dem GKV-FQWG gestiegen ist. Das Bundesministerium für Gesundheit vertritt die Auffassung, dass auch die variierenden Zusatzbeitragssätze ein ausreichendes Preissignal darstellen, das den Versicherten eine Einschätzung über das Preis-Leistungs-Verhältnis der Krankenkassen ermöglicht.¹¹⁰

¹⁰⁴ Vgl. Eibich et al. (2011), S. 1

¹⁰⁵ Vgl. Schmitz/Ziebarth (2011), S. 26-27; es wurden nur fünf große Krankenkassen berücksichtigt, die Daten seien aus diesem Grund nicht repräsentativ.

¹⁰⁶ Vgl. Wied-Nebbeling/Schott (2007), S. 59

¹⁰⁷ Vgl. Schmitz/Ziebarth (2011), S. 32

¹⁰⁸ Vgl. Eibich et al. (2011), S. 8-9, es handelt sich um die gleichen Krankenkassen wie auch bei Schmitz/Ziebarth(2011), es wurde aber offensichtlich ein anderes Modell gewählt.

¹⁰⁹ Vgl. Schmitz/Ziebarth (2011), S. 31

¹¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014a)

Die geringere Wechselbereitschaft, die sich bei einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen vermutlich einstellen wird, schränkt den Wettbewerb ein.

4.2.2. Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag

Verglichen mit einem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag fällt das Preissignal, also die Aussage über die Knappheit des gehandelten Gutes, eines pauschalen Zusatzbeitrages stärker aus. Ein steigender Zusatzbeitrag resultiert dabei für den Einzelnen aus einem steigenden Finanzbedarf der Krankenkasse: die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds reichen weniger aus als zuvor. Die Bundesregierung stellt sich dabei vor, dass sich ein höherer Finanzbedarf für die Versicherten in neuen Satzungs- oder Serviceleistungen widerspiegelt und so nachvollziehbar ist.¹¹¹

Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wird nicht durch eine Einkommensverteilung belastet, was erheblich zur Verbesserung des Preissignals beiträgt. Es handelt sich aber weiterhin nicht um einen echten Marktpreis, weil ein Zusatzbeitrag dieser Art das individuelle Risiko des Versicherten nicht abbildet. Wie bereits erwähnt ist die Erhebung eines risikoäquivalenten Zusatzbeitrages wenig sinnvoll, aber auch ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag macht Risikoselektion attraktiv für die Krankenkassen. Gesunde Versicherte sind willkommener als kostenintensivere kranke Versicherte. Auf diesen Aspekt soll jedoch erst im nächsten Teil des Kapitels im Rahmen der Versichertenstruktur ausführlich eingegangen werden, da er insbesondere auch für den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag gilt.

Positiv zu bewerten ist die bessere Fähigkeit des pauschalen Zusatzbeitrages, die Zahlungsbereitschaft der Versicherten abzubilden. Die Opportunitätskosten des Konsums verschiedener Güter können ganz gewöhnlich gegeneinander abgewogen werden, um zu einer Nachfrageentscheidung zu gelangen.

Das Preisbewusstsein eines pauschalen Zusatzbeitrages wird auch dadurch verstärkt, dass er nicht vom Arbeitgeber einbehalten wird, sondern von dem Versicherten an seine Krankenkasse überwiesen werden muss oder von seinem Konto abgebucht wird. Dadurch wird das Preisbewusstsein gefördert.¹¹²

¹¹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014b)

¹¹² Vgl. Schmitz/Ziebarth (2011), S. 10

Abbildung 1 des Beispiels von Felder zeigt, dass bei einem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag alle Mitglieder einen Anreiz haben, ihre Krankenkasse zu wechseln, weil sie so unabhängig von ihrem Einkommen 25 Euro sparen können. Das ist aber auch abhängig von der Ausgestaltung der Belastungsobergrenze durch den Zusatzbeitrag. Bisher waren Geringverdiener durch diese Grenze vor einer übermäßigen finanziellen Belastung geschützt. Grundsätzlich gilt aber, dass Geringverdiener einen höheren Wechselanreiz haben, weil die Belastung durch einen pauschal erhobenen Zusatzbeitrag für sie höher ist. Relativ gesehen können sie durch den Wechsel am meisten sparen.¹¹³ Schmitz und Ziebarth haben festgestellt, dass Geringverdiener auch bei einkommensabhängiger Bemessung preissensibler sind als die besserverdienende Hälfte. Die Preissensibilität verstärkt sich durch die Ausweisung in absoluten Eurobeträgen aber noch einmal.¹¹⁴

Die bereits genannte Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK hat ergeben, dass lediglich zehn Prozent der Befragten keine exakte Angabe zu dem von ihrer Krankenkasse erhobenen Zusatzbeitrag machen können. Die als absoluter Betrag erhobenen Zusatzbeiträge haben eine hohe Wechselbereitschaft ausgelöst. Bereits bei einem Zusatzbeitrag von acht Euro möchte knapp ein Drittel die Krankenkasse wechseln.¹¹⁵

Bei der Betrachtung der Preiselastizität werden die Effekte deutlich sichtbar. Schmitz und Ziebarth stellen eine Verdreifachung des Wertes fest: Führt eine Beitragssteigerung von einem Prozent bei einer rein einkommensabhängigen Erhebung zu einem Mitgliederverlust von 0,6 Prozent, sind es nach Einführung der Zusatzbeiträge 1,6 Prozent.¹¹⁶ Auch Eibich et al. kommt auf eine Verdreifachung der Preiselastizität von 0,3 auf einen Prozent bei einem Preisanstieg von einem Euro monatlich.¹¹⁷

Auch die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit bei einer Erhöhung der Beiträge um zehn Euro monatlich hat sich durch die pauschal erhobenen Zusatzbeiträge auf mehr als zehn Prozent verdoppelt.¹¹⁸ Konkret heißt das, dass

¹¹³ Vgl. Felder (2007), S. 223

¹¹⁴ Vgl. Schmitz/Ziebarth (2011), S. 26

¹¹⁵ Vgl. Zok (2011), S. 3

¹¹⁶ Vgl. Schmitz/Ziebarth (2011), S. 32

¹¹⁷ Vgl. Eibich et al. (2011), S. 9

¹¹⁸ Vgl. Schmitz/Ziebarth (2011), S. 24

durch das Ausweisen des Preisanstiegs in einem absoluten Betrag mehr als doppelt so viele Versicherte ihre Krankenkasse gewechselt haben.

Dass diese erhöhte Wechselbereitschaft auf die pauschale Erhebung des Zusatzbeitrages zurückzuführen ist, zeigt sich angesichts der Tatsache, dass sich durch einen Wechsel zu Zeiten der Beitragsautonomie ein viel größerer monatlicher Betrag sparen ließ. Dieses Potential blieb aber weitestgehend ungenutzt, während im Zusatzbeitragssystem bereits bei einem monatlichen Sparbetrag von unter zehn Euro gut acht Prozent der Befragten durch das Wissenschaftliche Institut der AOK auf jeden Fall wechseln möchte und rund 14 Prozent über einen Wechsel nachdenken.¹¹⁹

Diese Zahlen zeigen, dass ein einkommensunabhängig erhobener Zusatzbeitrag für die Versicherten wesentlich transparenter ist. Er entspricht eher einem Preis und ist vor allem deshalb leichter zugänglich, weil die Leistungen der Krankenkasse besser gegen ihn abgewogen werden können. So lässt sich auch die Zahlungsbereitschaft abbilden. Wird der Zusatzbeitrag dagegen ebenfalls abhängig vom Einkommen erhoben, kann der Versicherte das Preis-Leistungs-Verhältnis schlechter abschätzen.

In der Dokumentation (Nr. 556) des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie heißt es, „ein funktionierendes Preissystem, das die Zahlungsbereitschaft mit den Grenzkosten der Erstellung des gewünschten Gutes in Einklang bringen kann“¹²⁰ sei notwendig, um Wettbewerb zu etablieren. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag stellt, wie im Zuge dieses Kapitels erläutert wurde, eher ein solches Preissystem dar.

4.3. Wettbewerbsverzerrungen durch Versichertenstruktur und sozialen Ausgleich

Im folgenden Kapitel soll zunächst der Einfluss der Versichertenstruktur auf die Erhebung des Zusatzbeitrages eingegangen werden. Die Versichertenstruktur kann einen Einfluss auf die Notwendigkeit haben, Zusatzbeiträge festzulegen.

¹¹⁹ Vgl. Zok (2011), S. 3

¹²⁰ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2006), S. 12

In diesem Zusammenhang soll überlegt werden, ob Eingriffe nötig sind, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden.

Anschließend soll der Schutz vor finanzieller Überforderung der Versicherten erläutert werden. Seine bisherigen Ausgestaltungen wirkten zum Teil sehr verzerrend auf den Wettbewerb.

4.3.1. Einfluss der Versichertenstruktur

Im zweiten Kapitel wurde bereits kurz erläutert, dass Krankenkassen bei der Vorschreibung bestimmter Beitragsarten Anreize zur Risikoselektion haben. Dies ist der Fall, wenn die Beiträge nicht risikoäquivalenter Art sind, weil die erwarteten Ausgaben und Einnahmen eines Versicherten dann nicht deckungsgleich sind.

Risikoselektion führt zur Anwerbung beziehungsweise Besserbehandlung guter Risiken, für die die erwarteten Ausgaben unter den erwarteten Einnahmen liegen. Satzungsleistungen für gute Risiken attraktiv zu gestalten ist beispielsweise eine Möglichkeit der Risikoselektion. Andersherum kann es vor allem dazu kommen, dass hohe Risiken, die Verluste erwarten lassen, schlechter behandelt werden, beispielsweise durch ungenügende Serviceleistungen.¹²¹ Eine grundsätzliche Abweisung schlechter Risiken ist aufgrund des Kontrahierungszwanges aber nicht möglich.¹²²

Um eine gute Versorgung aller Versicherten zu gewährleisten, ist ein Risikostrukturausgleich nötig, der risikobezogene Prämien nachbildet, so dass es für eine Krankenkasse nicht mehr lohnenswert ist, die verschiedenen Risiken zu differenzieren. Weil das aber nicht vollständig möglich ist, bestehen Risiko-selektionsanreize oftmals weiter.¹²³

Ohne den Risikostrukturausgleich wären Krankenkassen mit durchschnittlich vielen Geringverdienern oder vielen Versicherten mit hohen Gesundheitsausgaben im Nachteil, ohne dass sie einen Einfluss auf diese Benachteiligung nehmen könnten. Sie könnten im Wettbewerb nicht bestehen. Daher gibt es auf der Einnahmenseite den Finanzkraftausgleich, durch den Krankenkassen, die

¹²¹ Vgl. Breyer et al. (2013), S. 305-306

¹²² Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 36

¹²³ Für eine nähere Darstellung des Risikostrukturausgleichs und den Schwachstellen vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 38-44

eine hohe Anzahl von Geringverdienern und beitragsfrei mitversicherten Familienmitgliedern aufweisen, Ausgleichszahlungen erhalten. Der Beitragsbedarfsausgleich unterstützt Krankenkassen, deren Ausgaben aufgrund der Versichertenstruktur überdurchschnittlich hoch liegen.¹²⁴

Für den Zusatzbeitrag gab es bisher keinen Risikostrukturausgleich. Erst jetzt wird ein Einkommensausgleich eingeführt, der durch die einkommensabhängige Erhebung zwingend erforderlich wird, um die Krankenkassen mit einer schlechteren Einkommensstruktur der Versicherten im Wettbewerb nicht zu benachteiligen. Andernfalls erzielen Krankenkassen trotz des gleichen Zusatzbeitragssatzes unterschiedlich hohe Einnahmen. Jene Krankenkassen mit schlechterer Einkommensstruktur müssen einen höheren Zusatzbeitragssatz erheben und stehen im Wettbewerb schlechter da. Durch den Verlust von Mitgliedern, die in eine günstigere Krankenkasse wechseln, kann sich die Finanzlage der betroffenen Krankenkasse weiter zuspitzen.

Das hat sich nach Inkrafttreten des GKV-WSG bestätigt, als die Krankenkassen ein Wahlrecht zwischen einer einkommensabhängigen und -unabhängigen Erhebung hatten.¹²⁵ Sie haben sich mehrheitlich für eine pauschale Erhebung entschlossen.¹²⁶ Mit einem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag hätten sie vermutlich hohe Einkommen verloren, weil diese durch einen lohnabhängigen Zusatzbeitrag stärker belastet werden. Wenn die Gutverdienenden in der Folge in eine günstigere Krankenkasse wechseln, ist ihre vorherige Krankenkasse nach einiger Zeit gezwungen, die Zusatzbeiträge zu erhöhen. Dieser Effekt verstärkt sich laut Felder dadurch, dass hohe Einkommen durchschnittlich weniger Gesundheitskosten verursachen und wechselfreudiger sind.¹²⁷

Auch die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder spielt eine Rolle für die Höhe des Zusatzbeitrages beziehungsweise der Einnahmen. Soll ein bestimmtes Finanzvolumen mittels des Zusatzbeitrages erzielt werden, muss eine Krankenkasse mit vielen beitragsfrei Mitversicherten einen höheren

¹²⁴ Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 36

¹²⁵ Im Vorfeld wurde auch vermutet, dass Krankenkassen sich aus finanziellen Gründen für die Erhebung des maximalen Betrags von einem Prozent des monatlichen Einkommens entscheiden würden, vgl. Fuchs (2009), S. 346; mehrheitlich wurde aber davon ausgegangen, dass sich der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag durchsetzen würde, um die Mitglieder mit hohen Einkommen halten zu können, vgl. Lauterbach et al. (2009), S. 128-129 und Felder (2007), S. 223-224

¹²⁶ Vgl. Eibich et al. (2011), S. 7

¹²⁷ Vgl. Felder (2007), S. 223-224

Zusatzbeitrag verlangen, weil dieser nur von den Mitgliedern der Krankenkasse gezahlt werden muss.¹²⁸

Grundsätzlich lohnt es sich durch die Einführung der Zusatzbeiträge, zwischen den Risiken zu differenzieren. Ein gutes Risiko, das den Zusatzbeitrag zahlt, aber kaum Ausgaben mit sich bringt, ist für die Krankenkassen wirtschaftlicher als ein schlechtes Risiko, dessen Zahlungen die Ausgaben nicht decken können. Dieses Problem stellt sich sowohl bei einkommensabhängiger als auch -unabhängiger Erhebung.

Das hat auch der Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2006/07 bemängelt. Dort wird ein einkommens-, risiko- und familienstruktureutraler Zusatzbeitrag gefordert, um zu vermeiden, „dass eine Kasse ihre benötigten Finanzierungsmittel nicht erhält und aus dem Markt ausscheiden muss, aber nicht weil sie ineffizient wirtschaftet, sondern weil sie eine ungünstige Versichertenstruktur hat“¹²⁹.

Eibich et al. zeigt einen ähnlichen Zusammenhang auf: Krankenkassen, die vor dem GKV-WSG höhere Beitragssätze erhoben haben, sind vermehrt auf Zusatzbeiträge angewiesen, während jene Krankenkassen mit ehemals niedrigeren Beitragssätzen teilweise sogar Prämien zurückerstatten können.¹³⁰ Er schlussfolgert, dass Verschiedenheiten in der Versichertenstruktur und der Verwaltungskosten dafür verantwortlich seien.

Weil Krankenkassen auf ihre Versichertenstruktur keinen Einfluss nehmen können, kann der Zusatzbeitrag seine Wettbewerbsfunktion nur dann erfüllen, wenn er eben nicht von der Versichertenstruktur abhängig ist. Andernfalls wird seine Preisfunktion eingeschränkt und Risikoselektion für die Krankenkassen attraktiv. Der Ausgleich der Morbiditätsstruktur der Versicherten ist aber nicht Aufgabe des Zusatzbeitrages, sondern sollte bei Bedarf durch eine Anpassung des Risikostrukturausgleichs erfolgen.

¹²⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006), Ziffer 291

¹²⁹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006), Ziffer 292

¹³⁰ Dieser Abschnitt folgt Eibich et al. (2011), S. 6

4.3.2. Überforderungsklausel nach GKV-WSG

Um eine finanzielle Überforderung der Versicherten zu vermeiden, wurde der Zusatzbeitrag im Zuge der sogenannten Überforderungsklausel zunächst auf einen Prozent des beitragspflichtigen Einkommens begrenzt. Bei einem Zusatzbeitrag von weniger als acht Euro konnte die Einkommensprüfung entfallen. Gleichzeitig war die Höhe des Zusatzbeitrages so zu bemessen, dass die Ausgaben gedeckt und die Liquiditätsreserve bedient werden konnten.¹³¹

Dies stellte einige Krankenkassen vor erhebliche Schwierigkeiten. Eine Beispielrechnung von Fuchs hat gezeigt, dass selbst bei der Erhebung des maximal möglichen Zusatzbeitrages von einem Prozent des Lohneinkommens die Ausgaben nicht gedeckt werden können, wenn Nichtzahlungen berücksichtigt werden.

Bei einer Mitgliederanzahl von 225.000, einer durchschnittlichen Lohnsumme von 1.700 Euro monatlich und einem Nichtzahlungsanteil von 20 Prozent erhält die Krankenkasse in einem Jahr 36,7 Millionen Euro Einnahmen aus Zusatzbeiträgen. Bei Jahresausgaben von 780 Millionen Euro, von denen durch den Gesundheitsfonds 95 Prozent gedeckt werden, bleibt ein Defizit von 39 Millionen Euro. Die Krankenkasse kann diese Unterdeckung auch durch die Erhebung des Zusatzbeitrages nicht ausgleichen. 2,3 Millionen Euro sind nicht durch die Einnahmen gedeckt.¹³²

Die Obergrenze weist ein weiteres Problem auf: Im Fall einer prekären Finanzlage, die viele Krankenkassen dazu veranlasst, den höchstmöglichen Zusatzbeitrag zu erheben, verliert er seine Preisfunktion. Eine Differenzierung zwischen den Krankenkassen ist nicht mehr möglich.¹³³

Zur Begrenzung des Verwaltungsaufwandes wurde den Krankenkassen die Einkommensprüfung bei einem Zusatzbeitrag unter acht Euro erlassen. Dies hat aber verzerrende Auswirkungen auf den Wettbewerb: Geringverdiener mit einem monatlichen Einkommen unter 800 Euro haben bei der Wahl zwischen zwei Krankenkassen, von denen eine einen Zusatzbeitrag von acht Euro und die andere einen von über acht Euro erhebt, einen Anreiz, in die teurere Krankenkasse zu wechseln. Dort müssen sie nur einen Prozent ihres Ein-

¹³¹ Vgl. Nr. 161 des GKV-WSG vom 26.03.2007, BGBl. 2007 I, S. 378

¹³² Vgl. Fuchs (2009), S. 345-346

¹³³ Vgl. Jacobs (2009), S. 27

kommens entrichten, weil eine Einkommensprüfung stattfindet. In der anderen Krankenkasse müssen sie acht Euro zahlen, auch wenn dies mehr als einem Prozent ihres Einkommens entspricht.¹³⁴

Die sich ergebenden Einnahmehausfälle müssen von denjenigen Mitgliedern der Krankenkasse getragen werden, die wegen ihres höheren Einkommens nicht unter die Überforderungsklausel fallen. Das geschieht indirekt durch steigende Zusatzbeiträge. Je mehr Mitglieder unter die Überforderungsklausel fallen, desto höher fällt der Zusatzbeitrag für die übrigbleibenden Mitglieder aus, weil der Ausgleich innerhalb der Krankenkasse stattfindet. Gegebenenfalls kann dies zu dem oben erläuterten Fall führen, dass die notwendigen Einnahmen durch Zusatzbeiträge von einer Krankenkasse nicht aufgebracht werden können. Bei einem Zusatzbeitrag von zehn Euro monatlich wurde die Höhe der Einnahmehausfälle auf 1,4 Milliarden Euro geschätzt.¹³⁵

4.3.3. Sozialausgleich nach GKV-FinG

Durch die Aufhebung der Obergrenze des Zusatzbeitrages sollte das Problem möglicher Einnahmehausfälle behoben werden. Um dennoch eine finanzielle Überforderung der Mitglieder zu vermeiden, wurde die Belastungsgrenze bei zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens festgelegt. Diese bezieht sich auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag, der unter Berücksichtigung der nicht gedeckten Ausgaben der Krankenkassen jährlich neu festgelegt wird.¹³⁶

Die Orientierung am durchschnittlichen Zusatzbeitrag stellt sicher, dass auch Versicherte mit geringerem Einkommen eine überlegte Krankenkassenwahl treffen.¹³⁷ Ein Ausgleich des kassenindividuellen Zusatzbeitrages ist nicht zweckmäßig, weil sich dann für Anspruchsberechtigte des Sozialausgleichs kein Wechselanreiz ergeben würde. Bis zur Belastungsgrenze von zwei Prozent seines beitragspflichtigen Einkommens muss der Versicherte daher den Zusatzbeitrag zahlen. Ausgeglichen wird der Betrag, um den der durchschnittliche Zusatzbeitrag die zwei Prozent übersteigt. Bei einem beitragspflichtigen Ein-

¹³⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006), Ziffer 287

¹³⁵ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006), Ziffer 296

¹³⁶ Vgl. BT-Drs. 17/3040 (2010), S. 3

¹³⁷ Dieser Abschnitt folgt Bundesministerium für Gesundheit (o.J.)

kommen von 800 Euro und einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 20 Euro beträgt der Sozialausgleich vier Euro. Seine Belastungsgrenze liegt bei 16 Euro.

Dieser Sozialausgleich wird auch dann gezahlt, wenn der Versicherte Mitglied in einer Krankenkasse ist, die keinen Zusatzbeitrag erhebt. Ist er bei einer Krankenkasse mit einem Zusatzbeitrag von 22 Euro versichert, zahlt er nach Durchführung des Sozialausgleichs noch 18 Euro und wird mit 2,25 Prozent belastet.

Auch bei Zahlungsverweigerung des Zusatzbeitrages erhält der Versicherte die Ausgleichszahlungen aus dem Sozialausgleich.¹³⁸

Der steuerfinanzierte Sozialausgleich findet nicht mehr innerhalb der einzelnen Krankenkasse durch höhere Zusatzbeiträge statt, wie es vorher der Fall war. Der Sozialausgleich ist bisher aber nur ein theoretisches Instrument, da der durchschnittliche Zusatzbeitrag seit seiner Etablierung bei null Euro liegt.¹³⁹ Für das kommende Jahr hätte eine Entscheidung über die künftige Finanzierung des Sozialausgleichs getroffen werden müssen, die bisher über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgt wäre.¹⁴⁰

4.4. Chancen des geplanten Einkommensausgleichs

Der Einkommensausgleich ist durch die einkommensabhängige Erhebung des Zusatzbeitrages notwendig geworden, um einen Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder mit überdurchschnittlichem Einkommen zu verhindern. Dieser stünde im Gegensatz zum Wettbewerb um eine hochwertige Versorgung aller Versicherten, da die Ausrichtung des Leistungsangebots für Geringverdiener ohne den Einkommensausgleich nicht rentabel wäre.

Daher erhalten die Krankenkassen Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag, die sich an der durchschnittlichen Höhe des beitragspflichtigen Einkommens aller Mitglieder orientieren. Die erforderlichen Daten werden jährlich vom Schätzerkreis vorgelegt und umfassen die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die Ausgaben der Krankenkassen sowie das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen und die Anzahl der Versicherten und Mitglieder der GKV.

¹³⁸ Vgl. Dennig et al. (2010), S. 47

¹³⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013b)

¹⁴⁰ Vgl. Nr. 16 des GKV-FinG vom 22.12.2010, BGBl. 2010 I, S. 2309

Auf Basis dieser Daten müssen die Krankenkassen die Höhe der erforderlichen Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag ermitteln und einen Zusatzbeitragssatz festlegen, der zur Deckung aller Ausgaben ausreichend ist.

Dieser Zusatzbeitrag wird zusammen mit dem Beitragssatz im Quellenabzug von der Krankenkasse eingezogen und an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Dem Bundesversicherungsamt fällt daher neben der Verwaltung des Gesundheitsfonds auch die Durchführung des Einkommensausgleichs zu. Das Bundesversicherungsamt entscheidet beziehungsweise berechnet dementsprechend das Einnahmenvolumen, das den Krankenkassen nach Durchführung des Einkommensausgleichs zusteht: das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen aller Mitglieder multipliziert mit dem Zusatzbeitragssatz und der Mitgliederanzahl der entsprechenden Krankenkasse.¹⁴¹

Weil die erforderlich werdenden Zahlungen parallel zu den bereits bestehenden Zahlungsströmen des Gesundheitsfonds erhoben und zugewiesen werden, ist von einem geringeren Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen die Rede.¹⁴²

Der Einkommensausgleich soll überdies eine zuverlässige Finanzplanung ermöglichen, indem die unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Krankenkassen nicht zu unterschiedlichen Einnahmen führen. Diese Planungssicherheit soll ebenfalls dazu dienen, Risikoselektion zu verhindern.

Andererseits wird eine potentielle Manipulierbarkeit der zugrunde gelegten Daten durch den Schätzerkreis befürchtet.¹⁴³ So würde beispielsweise ein sehr optimistisch „geschätzter“ durchschnittlicher Zusatzbeitrag, der den Versicherten auch als Richtwert dienen soll, die Krankenkassen sehr unter Druck setzen, den eigenen Zusatzbeitrag ebenfalls gering zu halten.

Der so ausgestaltete Einkommensausgleich entspricht einem Finanzkraftausgleich, indem er die Einkommensstrukturen der Mitglieder wirksam neutralisiert. Er mildert auch den Doppelleffekt, auf den unter anderem Felder hingewiesen hat: weil Gutverdiener im Schnitt auch weniger Kosten verursachen, lohnt sich bei ihnen Risikoselektion besonders.¹⁴⁴ Nach Anwendung des Einkommensausgleichs stellen sie zwar vielleicht weiterhin ein vergleichsweise gutes Risiko dar, aber die Vorteile aus Handlungen zur Risikoselektion bezogen auf den Zu-

¹⁴¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 60-61

¹⁴² Dieser Abschnitt folgt Bundesministerium für Gesundheit (2014e)

¹⁴³ Vgl. Lungen/Büscher (2010), S. 7-10

¹⁴⁴ Vgl. Felder (2007), S. 224

satzbeitrag werden deutlich geschmälert. Es ist außerdem fraglich, inwiefern sich der notwendige Aufwand der Risikoselektion für den Zusatzbeitrag lohnt. Eibich et al. verweist darauf, dass für die Neutralisation der Risikostruktur die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs von Bedeutung ist.¹⁴⁵ Dies sollte nicht Aufgabe des Zusatzbeitrages sein.

Die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder, die keinen Zusatzbeitrag entrichten müssen, spielt eine Rolle für die Wettbewerbssituation der einzelnen Krankenkasse. Obwohl dieser Umstand beispielsweise schon im Gutachten des Sachverständigenrates von 2006 kritisiert wurde, besteht dieses Problem weiterhin. Der morbiditätsbezogene Risikostrukturausgleich gleicht diese aus, indem den Krankenkassen für jeden Versicherten eine Pauschale zu- oder abzüglich morbiditätsbezogener Zu- oder Abschläge übermittelt wird. Die Berechnungen in der unten stehenden Tabelle sollen zeigen, dass eine Krankenkasse, die überdurchschnittlich viele beitragsfrei Mitversicherte aufweist, einen Wettbewerbsnachteil hat, weil sie gezwungen ist, einen höheren Zusatzbeitragsatz zu erheben.

Es wird angenommen, dass zwei Krankenkassen A und B je 300.000 Versicherte und einen Finanzbedarf von 8.000.000 Euro aus Zusatzbeiträgen haben. Sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich des Verhältnisses von Mitgliedern und beitragsfrei mitversicherten Familienmitgliedern.

Im Mittel machen die beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder rund ein Viertel aller Versicherten aus. Dieses Verhältnis schwankt aber zwischen den verschiedenen Krankenkassengruppen: während bei der Bundesknappschaft (BKN) nur 18 Prozent der Versicherten beitragsfrei mitversichert sind, sind es bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) 28 Prozent. Hierbei ist anzumerken, dass es sich bei diesen beiden Krankenkassenarten auch um die mit den wenigsten Versicherten handelt. Größere Krankenkassenarten wie die Ersatzkassen oder die AOK kommen dem Mittelwert von 25 Prozent wesentlich näher.¹⁴⁶

Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht den Einfluss der Anzahl beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger auf den zu veranschlagenden Zusatzbeitragsatz:

¹⁴⁵ Vgl. Eibich et al. (2011), S. 6

¹⁴⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2013a), S. 4

	Krankenkasse A	Krankenkasse B
Erforderlicher Finanzbedarf aus Zusatzbeiträgen (I)	8.000.000 Euro	8.000.000 Euro
Durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen nach Einkommensausgleich ¹⁴⁷ (II)	2.744 Euro	2.744 Euro
Anzahl der Mitglieder (III)	216.000	246.000
Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder	84.000	54.000
Anzahl der Versicherten insgesamt	300.000	300.000
Zusatzbeitragssatz: $\frac{\text{Finanzbedarf (I)}}{\text{Einkommen (II) x Mitglieder (III)}}$	1,35 Prozent	1,19 Prozent

Tabelle 1: Einfluss der Anzahl beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger

Um das nötige Finanzvolumen zu erhalten, muss Krankenkasse A, deren Anzahl beitragsfrei mitversicherter Familienmitglieder um 30.000 größer ist als die von Krankenkasse B, einen höheren Zusatzbeitragssatz erheben. Diese unterscheiden sich nur um 0,16 Prozentpunkte, doch einen Wettbewerbsnachteil hat die Krankenkasse A durch die höhere Anzahl beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger auch nach der Durchführung des Einkommensausgleichs. Niedrige Einkommen hatten in der vorherigen Ausgestaltung des Zusatzbeitrages zumindest theoretisch Anspruch auf Ausgleichszahlungen. Diese sind aufgrund der einkommensabhängigen Bemessung nicht mehr notwendig, die eine solidarische Lösung darstelle, weil das Einkommen aller Mitglieder gleich belastet wird. Der Solidarausgleich findet so innerhalb der GKV statt. Auch die Belastungsgrenze des Zusatzbeitrages für das beitragspflichtige Einkommen wurde in diesem Zuge aufgehoben.

¹⁴⁷ Der zugrunde gelegte Betrag von 2.744 Euro ist ein aktueller Wert von 2012 nach Eibich et al. (2011) aus der Datengrundlage der Deutschen Rentenversicherung(2013), S. 260. Aufgrund der Versicherungspflichtgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze ist er vermutlich etwas zu hoch.

Einen geringeren Zusatzbeitrag als den, der sich abhängig vom Einkommen bemisst, müssen nur diejenigen zahlen, deren allgemeiner Beitrag auch von Dritten getragen wird. Bei ihnen übernehmen diese auch die Zahlung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages, der so letztendlich aus Steuern finanziert wird. Dies sei aber aufgrund der Abschaffung des Sonderbeitrages der Arbeitnehmer in Höhe von 0,9 Prozent gerechtfertigt, durch den diese Träger zuvor zusätzlich belastet worden seien. Zu dieser Personengruppe gehören zum Beispiel Bezieher von Arbeitslosengeld II.¹⁴⁸

Der Einkommensausgleich glättet die verschiedenen Einkommensstrukturen der Krankenkassen erfolgreich. Er ist aber nur bei einer lohnabhängigen Bemessung des Zusatzbeitrages notwendig, damit sich die Einnahmen der Krankenkassen aus dem Zusatzbeitrag nicht abhängig von der Einkommenssituation der Versicherten unterscheiden. Bei einer pauschalen Erhebung des Zusatzbeitrages wird kein Einkommensausgleich benötigt, sondern ein sozialer Ausgleich, der die Mitglieder vor übermäßiger finanzieller Belastung schützt. In der aktuell geplanten Ausgestaltung des Zusatzbeitrages ist der Einkommensausgleich sinnvoll und erfüllt seinen Zweck.

5. Fazit

Am Anfang dieser Arbeit wurde die Frage gestellt, ob der einkommensabhängige Zusatzbeitrag in seiner geplanten Ausgestaltung seine Wettbewerbsfunktion besser erfüllen kann als der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag. Im Zuge des zweiten Kapitels wurden die möglichen Beitragsarten der Krankenversicherung vorgestellt. Dabei hat sich gezeigt, dass nur risikobezogene Beiträge einen Marktpreis darstellen. Aufgrund des Verwaltungsaufwands bei einkommensabhängigen allgemeinen Beiträgen kommen sie als Erhebungsart für den Zusatzbeitrag aber nicht in Frage. Weiter hat sich gezeigt, dass die Einkommensumverteilung die einkommensabhängigen Beiträge belastet und ihre Preisfunktion einschränkt.

Im dritten Kapitel, das die Entwicklung der Zusatzbeiträge zum Thema hatte, hat sich herausgestellt, dass der Zusatzbeitrag immer stärker als Wettbewerbs-

¹⁴⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014d), S. 52-53

instrument verstanden wird. Anfänglich noch als ein Instrument für jene Krankenkassen gedacht, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht kostendeckend arbeiten können, soll die Erhebung von Zusatzbeiträgen künftig flächendeckend zur Förderung des Wettbewerbs stattfinden.

Um den Zusatzbeitrag aber als Wettbewerbsinstrument zu etablieren, wäre es wichtig, seitens des BMG in diesem Zusammenhang nicht länger von Unwirtschaftlichkeit zu sprechen. Das hat sich auch im vierten Kapitel gezeigt: soll der Wettbewerb wieder stärker an der Leistungs- als an der Preisseite orientiert werden, indem die Höhe des Zusatzbeitrages gegen die angebotenen Leistungen abgewogen wird, kann bei einem überdurchschnittlichem Zusatzbeitrag nicht von einer unwirtschaftlicheren Krankenkasse gesprochen werden. Dies sollte laut Gesetzentwurf für attraktive Leistungen der Krankenkasse sprechen.

Ob die geplante Unterdeckung zu erhöhten Qualitätsbemühungen der Krankenkassen führt, ist auch von den Versicherten abhängig. Werden Leistungen und die Höhe des Zusatzbeitrages künftig tatsächlich stärker gegeneinander abgewogen, kann die Zahlungsbereitschaft für Zusatzbeiträge steigen. Möglich ist aber auch, dass die Versicherten weiterhin eher die Preisseite berücksichtigen und so zu denjenigen Krankenkassen wechseln, die die geringsten Zusatzbeiträge erheben.

In diesem Zusammenhang ist der Vergleich von einkommensabhängiger und -unabhängiger Bemessung zu dem Ergebnis gekommen, dass die Preissensibilität für pauschale Zusatzbeiträge höher ist. Die Einführung des einkommensabhängigen Zusatzbeitrages kann darauf hinweisen, dass in einem System, das den Zusatzbeitrag als festen Bestandteil vorsieht, eine sehr hohe Preissensibilität der Versicherten gar nicht gewünscht ist. Ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag wäre erstrebenswert gewesen, weil er eher einem Preis entspricht und so die Vorteile eines Preissystems besser genutzt werden können.

Die höhere Preissensibilität könnte bei flächendeckender Erhebung aber insofern zu einem Problem werden, dass Krankenkassen bei einem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag mehr Mitglieder verlieren als bei einem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag. Das soll offenbar vermieden werden.

Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag braucht in seiner geplanten Ausgestaltung den Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen. Im letzten Teil des vierten Kapitels wurde gezeigt, dass der Einkommensausgleich seine Funktion erfüllt. Wird hingegen ein pauschaler Zusatzbeitrag in Betracht gezogen, ist ein sozialer Ausgleich notwendig, sofern dafür Sorge getragen werden soll, dass niedrige Einkommen finanziell nicht übermäßig belastet werden.

Abschließend lässt sich sagen, dass insbesondere die Unterdeckung zur flächendeckenden Erhebung von Zusatzbeiträgen für die Wettbewerbsfunktion bedeutend ist. Gleichzeitig wird der Wettbewerb durch die einkommensabhängige Bemessung aber eingedämmt. Ein pauschaler Zusatzbeitrag hätte den Wettbewerb zusätzlich unterstützt, den Fokus dabei vermutlich aber wieder stärker auf die Preisseite gerichtet. Da der Gesetzgeber versucht, das zu vermeiden, ist unter dieser Zielsetzung der einkommensabhängige Zusatzbeitrag vermutlich die bessere Wahl. Fraglich bleibt aber weiterhin, inwiefern ein stärkerer Leistungswettbewerb angeregt wird.

Literaturverzeichnis

Albrecht, M. (2009): Qualitätswettbewerb braucht Preiswettbewerb. Gleiche Preise sollten nicht auf Scheinhomogenität beruhen, in: G+G Wissenschaft, Jg. 9, Heft 3, S. 23-30.

Breyer, F./ Zweifel, P./ Kifmann, M. (2013): Gesundheitsökonomik. 6., vollständig erweiterte und überarbeitete Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer Gabler.

BT-Drs. 16/3100 (2006): Drucksache des Deutschen Bundestages 16/3100 vom 24.10.2006. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf, abgerufen am 23.04.2014.

BT-Drs. 17/3040 (2010): Drucksache des Deutschen Bundestages 17/3040 vom 28.09.2010. Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG), unter: dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/030/1703040.pdf, abgerufen am 23.04.2014.

BT-Drs. 17/10323 (2012): Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf, abgerufen am 23.04.2014.

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (2013a): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2012, unter: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2012.pdf, abgerufen am 20.05.2014.

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (2013b): Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung, unter: <http://www.bmg.bund.de/> kran-

kenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html, abgerufen am 25.02.2014.

Bundesministerium für Gesundheit (2013c): Einnahmen- und Ausgabenentwicklung, unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/erausforderungen/einnahmen-und-ausgabenentwicklung.html>, abgerufen am 26.04.2014.

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (2014a): Beitragssatz und Ergänzungsbeiträge der gesetzlichen Krankenversicherung, unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/beitragssatz.html>, abgerufen am 25.02.2014.

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (2014b): Wettbewerb im Gesundheitswesen, unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/erausforderungen/wettbewerb.html>, abgerufen am 07.05.2014.

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (2014c): Pressemitteilung Nr. 16, unter: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2014-01/kabinett-beschliesst-gkv-fqwg.html>, abgerufen am 17.04.2014.

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (2014d): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung, unter: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GKV-FQWG-Kabinetfassung-140326.pdf, abgerufen am 17.04.2014

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (2014e): Fragen und Antworten zum Gesetz, <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierungs-und-qualitaetsgesetz/faq.html>, unter: abgerufen am 10.04.2014.

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (2014f): Selektivvertrag, unter: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/s/selektivvertrag.html>, abgerufen am 20.05.2014.

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (2014g): Weiterentwicklung der Finanzstruktur, unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierungs-und-qualitaetsgesetz/weiterentwicklung-der-finanzstruktur.html>, abgerufen am 24.05.2014.

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.] (o.J.): Der Sozialausgleich, unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/beitraege-sozialausgleich/sozialausgleich.html>, abgerufen am 11.01.2014.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie [Hrsg.] (2006): Dokumentation Nr. 556. Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, unter: <http://www.bmwi.de/DE/Mediathek/Publikationen/publikationen-archiv,did=146892.html>, abgerufen am 19.02.2014.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie [Hrsg.] (2010): Gutachten Nr. 02/10. Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, unter: <http://www.bmwi.de/DE/Mediathek/Publikationen/publikationen-archiv,did=342546.html>, abgerufen am 19.02.2014.

Bundesversicherungsamt (o. J.) [Hrsg.]: Endgültige Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds (in €), unter: www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/UEbersicht_Endgueltige_REab2009.pdf, abgerufen am 26.04.2014.

Cassel, D./ Jacobs, K./ Vauth, C./ Zerth, J. [Hrsg.] (2014): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg, Neckar: medhochzwei Verlag.

Dennig, M.-C./ Greß, S./ Jacobs, K./Reinhart, M. (2010): Der Sozialausgleich zur Flankierung von Zusatzbeiträgen im Licht von Erfahrungen aus der Schweiz, in: Knieps, F./ Schönbach, K. H. [Hrsg.]: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 64 (2010), Heft 6, S. 41-49.

Deutsche Rentenversicherung (2013): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Kenngrößen und Bemessungswerte, unter: forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?statzrID=D50A3EF973F8CF3CC1256F2A002CF971&chstatzr_Kenngr%F6%DFen%20und%20Bemessungswerte=WebPagesIOP23&open&viewName=statzr_Kenngr%F6%DFen%20und%20Bemessungswerte#WebPagesIOP23, abgerufen am 19.05.2014.

Eekhoff, J./ Bünnagel, V./Kochskämpfer S./Menzel, K. (2008): Bürgerprivatversicherung. Ein neuer Weg im Gesundheitswesen, Tübingen: Mohr Siebeck.

Eibich, P./Schmitz, H./ Ziebarth, N. (2011): Zusatzbeiträge erhöhen die Preistransparenz – Mehr Versicherte wechseln die Krankenkasse, in: DIW Wochenbericht, Jg. 78 (2011), Heft 51+52, S. 3-12.

Felder, S. (2007): Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb, in: Göppfarth, D./ Greß, S./ Jacobs, K./ Wasem, J. [Hrsg.]: Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds, Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

Fuchs, H. (2009): Zum Defizit der GKV und der künftigen Finanzierung: Der Kassenindividuelle Zusatzbeitrag – ein Instrument mit systemverändernder Dimension, in: Deutscher Gewerkschaftsbund [Hrsg.]: Soziale Sicherheit – Zeitschrift für Arbeit und Soziales, Jg. 58 (2009), Heft 10, S. 342-348.

GKV-Spitzenverband [Hrsg.] (2014): Anzahl der Krankenkassen, unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2013_q4/300dpi/GKV-Kennzahlen_Krankenkassen_2014.jpg, abgerufen am 05.05.2014.

Greß, S./ Pfaff, A./ Wagner, G. [Hrsg.] (2005): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie. Expertisen zur Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Greß, S./Jacobs, K./ Schulze, S. (2010): GKV-Finanzierungsreform: schwarzgelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen, in: Knieps, F./ Schönbach, K. H. [Hrsg.]: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 64 (2010), Heft 4, S. 16-28.

Jacobs, K. (2006): Abschätzung der Auswirkungen der Gesundheitsreform der Großen Koalition und Empfehlungen im Interesse von Versicherten und Patienten der GKV, unter: www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_gesundheits_system/wido_ges_expertise_GKV-WSG_1006.pdf, abgerufen am 10.01.2014.

Jacobs, K. (2009): Ordnungspolitische Defizite der Gesundheitspolitik, in: Knieps, F./ Schönbach, K. H. [Hrsg.]: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 63 (2009), Heft 3-4, S. 26-31.

Lauterbach, K./ Stock, S./ Brunner, H. [Hrsg.] (2009): Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. 2., vollständig überarbeitete Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Lüngen, M./ Büscher, G. (2010): Anmerkungen zum geplanten Sozialausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Ausgabe 2/2010, unter: www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/IGKE-zusatzbeitrag.pdf, abgerufen am 17.05.2014.

Paquet, R. (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive (Publikation der Friedrich-Ebert-Stiftung in der Reihe WISO-Diskurs), unter: library.fes.de/pdf-files/wiso/07935.pdf, abgerufen am 20.05.2014.

Roth, Steffen J. (2011): VWL für Einsteiger. Mikroökonomik, Wirtschaftspolitik, Neue Politische Ökonomie., 3., überarbeitete Auflage, Konstanz/München: UTB.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006): Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen. Jahresgutachten 2006/07, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Schmitz, H./ Ziebarth, N. (2011): In Absolute or Relative Terms? How Framing Prices Affects the Consumer Price Sensitivity of Health Plan Choice (SOEPpapers 423-2011), unter: www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.390486.de/diw_sp0423.pdf, abgerufen am 29.04.2014.

Simon, M. (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Warns, C. (2009): Spielregeln eines solidarischen Krankenversicherungswettbewerbs. Wettbewerb, Solidarität und Nachhaltigkeit nach der Gesundheitsreform 2007, Dissertation, München: utz.

Wied-Nebbeling, S./ Schott, H. (2007): Grundlagen der Mikroökonomik. 4., verbesserte Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Zok, K. (2011): Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage, in: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) [Hrsg.]: WIdOmonitor, Jg. 8, Heft 1, S. 1-8.

Eidesstattliche Erklärung

1. Hiermit versichere ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne die Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.
2. Ich bin darüber informiert, dass meine Abschlussarbeit (gegebenenfalls anonymisiert) zum Zweck der Überprüfung mittels der Software zur Entdeckung von Plagiarismus „Turnitin“ (iParadigms LLC.) (kurzfristig) elektronisch gespeichert und verarbeitet, also untersucht, und anschließend dort gelöscht wird. Zu diesem Zweck reiche ich zeitgleich zur Abgabe meiner schriftlichen Ausarbeitung dieselbe Arbeit in elektronischer Form als Microsoft Word- oder pdf-Datei per mail an meinen betreuenden Mitarbeiter ein. Ich versichere, dass es sich bei der elektronischen Fassung exakt um dieselbe Version und Fassung der Arbeit handelt.

Ort, Datum

Unterschrift

3. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass meine Arbeit unter Nennung meines Namens als Urheber des Textes und des Speicherdatums in der Datenbank der Plagiat-Erkennungs-Software Turnitin dauerhaft gespeichert bleibt und so der Universität zu Köln zum Abgleich künftiger uploads anderer Arbeiten zur Verfügung steht. Sollte ich nicht mit der Speicherung meiner Arbeit zum Zweck der künftigen Plagiatserkennung einverstanden sein, entstehen mir daraus keine Nachteile. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen; meine Arbeit wird dann aus der turnitin-Datenbank gelöscht.

Ja, ich bin mit der dauerhaften Speicherung mit Nennung meiner Urheberschaft einverstanden.

Nein, ich bin nicht mit der dauerhaften Speicherung mit Nennung meiner Urheberschaft einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift
