



**Dr. Karsten Neumann,**  
IGES Institut GmbH, Berlin



**Dr. Martin Albrecht,**  
IGES Institut GmbH, Berlin

# Auf dem Weg zur Beitragssatzautonomie

## Wie werden die Kassen reagieren, was sollte der Gesetzgeber beachten?

Am 12.2.2014 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Referentenentwurf zur Reform der GKV-Finanzierung vorgelegt. Nach allem, was bei Redaktionsschluss bekannt war, enthält dieser Gesetzentwurf auch eine Abschaffung der pauschalen Euro-Zusatzbeiträge und die Rückkehr zur Beitragssatzautonomie, wie es im Koalitionsvertrag vorgesehen ist. Der folgende Beitrag diskutiert daher die politisch-konzeptionellen und strategisch relevanten Aspekte der Beitragssatzautonomie sowie die möglichen Reaktionen und Optionen der Krankenkassen.<sup>1</sup>

### Wie soll die Beitragssatzautonomie ausgestaltet werden?

Der Koalitionsvertrag geht von einem Modell aus, in dem ein allgemeiner Beitragssatz von 14,6 Prozent als Basis gesetzt ist und je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen wird. Für ihren Mehrbedarf erheben die Kassen individuelle einkommensabhängige Zusatzbeiträge von den Arbeitnehmern, die aber einem Einkommensausgleich unterworfen sind.

Im Vergleich zum heutigen Beitragssatz von 15,5 Prozent bedeutet dies zunächst, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen insgesamt nicht mehr decken. Bei jährlichen Ausgaben von 2.858<sup>2</sup> Euro je Versichertem entsteht eine durchschnittliche Unterdeckung von 166 Euro je Versichertem. Bei durchschnittlichen beitragspflichtigen Ein-

nahmen (BPE) von 22.672 EUR je Mitglied (!) und einer Mitversicherungsquote von 0,34 Familienangehörigen je Mitglied müsste ein Zusatzbeitrag von 0,9 Prozent erhoben werden, um die Unterdeckung zu beseitigen.

Hier greift der im Koalitionsvertrag vorgesehene vollständige Einkommensausgleich, um zu vermeiden, dass eine gleich hohe Unterdeckung (bspw. 166 Euro) unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge erfordert, je nachdem, wie viel die Mitglieder einer Krankenkasse verdienen. Denn dies würde zu einer Bevorzugung von Kassen mit einkommensstarken Mitgliedern führen und Anreize zur Risikoselektion verstärken.

Nach gegenwärtigem Stand soll der Einkommensausgleich wie folgt erfolgen: Die Senkung des allgemeinen Beitragssatzes führt dazu, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für jede Kasse um denselben absoluten Betrag je Mitglied gekürzt werden. Der zusätzliche kassenindividuelle Beitrags-

satz ergibt sich dann daraus, dass der hieraus entstehende Finanzierungsbedarf ins Verhältnis zur GKV-durchschnittlichen Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen gesetzt wird. Für die Kalkulation der Zusatzbeitragssätze wird also jeder Kasse eine durchschnittliche Finanzkraft unterstellt, unabhängig von den tatsächlichen Einkommen ihrer

<sup>1</sup> Grundlagen des Artikels sind (1) (a) der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD der 18. Legislaturperiode, (b) M. Albrecht, K. Neumann, Beitragssatzautonomie der Krankenkassen. Eine Machbarkeitsanalyse, Heidelberg 2013 (hrsg. von der DAK) und (c) J. Wasem, Zur Umsetzung der GKV-Finanzierungsreform, Gesundheitspolitischer Informationsdienst, Berlin 34/2013, S. 3-8, (2) zahlreiche Gespräche mit Vertretern von Kassen und ihren Verbänden. Der Inhalt des zu erwartenden Gesetzentwurfs war bei Redaktionsschluss nicht bekannt.

<sup>2</sup> Basis der Zahlen: Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesversicherungsamtes vom 10. Oktober 2013, [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20131014\\_Schaetztableau\\_BMG\\_Endfassung.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20131014_Schaetztableau_BMG_Endfassung.pdf)

Mitglieder. Alle Kassen mit gleicher Unterdeckung erheben daher den gleichen prozentualen Zusatzbeitrag.

Hinzuzufügen wäre jedoch noch ein weiterer Punkt: Auch die Quote der Familienversicherten ist anzugleichen. Denn die Unterdeckung entsteht pro Versichertem, der Beitrag wird aber je Mitglied erhoben. Eine Kasse mit einer größeren Zahl an Familienversicherten müsste bei gleicher Unterdeckung je Versichertem einen höheren Zusatzbeitrag erheben als eine Kasse mit wenig Familienversicherten.

Abhängig von Risikomischung und Management der Versicherten haben die Kassen höhere oder niedrigere Unterdeckungen und benötigen bspw. 0, 100 oder 200 Euro je Versichertem, als Ausgleich, was zu kassenspezifischen Zusatzbeiträgen von 0 Prozent, 0,6 Prozent bzw. 1,2 Prozent führen würde.

#### Zwischenfazit:

Das in den genannten Publikationen favorisierte Modell sieht einen vollständigen Einkommensausgleich vor, so dass Unterschiede in den Zusatzbeiträgen nur noch aus anderen Gründen entstehen können (s.u.). Durch einen Ausgleich von Einkommen und Familienquote wird sichergestellt, dass die Umstellung keine zusätzlichen Anreize zur Risikoselektion erzeugt.

### Welche Fragen werden im Zusammenhang mit der Beitragssatzautonomie diskutiert?

Seit Bekanntwerden des Koalitionsvertrags werden vor allem sieben Fragen diskutiert:

a. Fehlt durch den Einkommensausgleich Geld im Fonds bzw. wäre ein vollständiger Einkommensausgleich finanziell im Gleichgewicht, insbesondere wenn einkommensschwache Kassen in einem größeren Ausmaß Unterdeckungen haben und überdurchschnittliche Zusatzbeiträge erheben müssen, während einkommensstarke Kassenunterdurchschnittliche Zusatzbeiträge erheben?

*Einschätzung:* Dies kann der Fall sein (s. Abschnitt 4 und 5).

b. Erzeugt der Einkommensausgleich einen Anreiz, beim Einzug der Beitragssätze nachlässig zu sein?

*Erläuterung:* Bei abhängig Beschäftigten besteht diese Gefahr durch den Quellenabzug nicht, bei anderen Mitgliedergruppen durchaus. Wenn

Kassen aus dem Fonds in jedem Fall eine Zuweisung für ihre Mitglieder erhalten, kann ein Anreiz bestehen, säumige Beiträge nicht mehr konsequent einzutreiben, um Verwaltungskosten zu sparen oder Kunden nicht zu verlieren.

*Einschätzung:* Der Effekt kann unabhängig von der Art des Beitragseinzugs gemildert werden, wenn die Daten über die Einkommen der Mitglieder künftig erfasst werden und eine Kasse verpflichtet ist, ihre Soll-Einnahmen an den Fonds zu überweisen.

c. Ist das System strategiefähig, weil es überhöhte Zusatzbeitragssätze provoziert?

*Erläuterung:* Eine Kasse könnte versucht sein, ein bis zwei Zehntelprozent mehr Zusatzbeitrag zu nehmen, als sie benötigt, um sich einen Finanzpuffer aufzubauen oder Versicherten attraktive Zusatzangebote zu bieten. Dieser unnötige Beitrag würde von der Versichertengemeinschaft subventioniert, sofern die Kasse darauf vertraut, dass ein geringfügig höherer Beitrag nicht zu Mitgliederverlusten führt.

*Einschätzung:* Dies ist möglich. Man könnte zur Abhilfe vorschlagen, dass die Beitragssätze der Aufsicht zur Genehmigung vorgelegt werden. Das Nebeneinander von Bundesversicherungsamt (BVA) und Landesaufsichten lässt hier aber kein einheitliches Vorgehen erwarten.

Im aktuellen System gab es ein ähnliches Phänomen mit umgekehrten Vorzeichen der Form, dass Kassen sehr zurückhaltend mit dem Ausschütten von Prämien waren. Insofern entsteht keine Verschlechterung im Vergleich zu Heute. Der Markt wird eine weitere Grenze setzen.

d. Wird das Einkommen komplett ausgeglichen oder lässt sich die Behandlung der Zusatzbeiträge trennen?

*Erläuterung:* Neben dem oben skizzierten vollständigen Einkommensausgleich wird in Kassenkreisen auch ein Modell diskutiert, bei dem Zusatzbeiträge teilweise ausgeglichen würden, nämlich so weit sie zur Beseitigung der Unterdeckung erforderlich sind, die durch die Absenkung des Fondsvolumens entsteht.

*Einschätzung:* Ein vollständiger Einkommensausgleich ist ordnungspolitisch wünschenswert und zur politi-

schen Durchsetzung unverzichtbar, um Anreize zur Risikoselektion nicht zu verstärken.<sup>3</sup>

e. Werden Kassen bevorzugt, die nichts in den Ausgleich einzahlen?

*Erläuterung:* Es wird angeführt, dass eine Kasse, die bei einem Beitragsatz von 14,6 Prozent bleibt, sich gar nicht am Finanzkraftausgleich beteiligt.

*Einschätzung:* Die Frage erübrigt sich, wenn man davon ausgeht, dass die Beiträge der Mitglieder nicht der jeweiligen Kasse, sondern dem Fonds „gehören“. Insofern nimmt der Fonds in diesem Fall zwar weniger ein, was durchaus problematisch sein kann – übrigens auch schon bei unterdurchschnittlichem Zusatzbeitrag von Kassen(s.u.), aber das führt für die jeweilige Kasse nicht zu einem Vorteil.

f. Werden Kassenarten benachteiligt, deren Mitglieder heute schon mehr in den Fonds einzahlen, als sie in Anspruch nehmen, wenn es einen zusätzlichen Einkommensausgleich gibt?

*Einschätzung:* Echte wie gefühlte Nachteile existieren in anderen Bereichen der GKV-Finanzierung, insbesondere beim Morbi-RSA. Sie sollten aber dort beseitigt werden und ein in sich schlüssiges Modell des Beitragseinzugs nicht beeinflussen.

g. Lässt sich das Ziel erreichen, mit der Umstellung die Funktionsfähigkeit des Beitragswettbewerbs zu verbessern? Ein wesentlicher Kritikpunkt am bisherigen System der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge waren übermäßige und für die Kassen teilweise existenzbedrohende Versichertenwechsel sowie Fehlansätze durch den „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“. Dieser führte auch dazu, dass Krankenkassen auf mögliche Beitragssenkungen verzichteten und eher Anreize hatten, Reserven anzuhäufen.

*Einschätzung:* Infolge der geplanten Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent dürfte eine wesentliche Ursache des Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb – nämlich das GKV-weite Referenzniveau von Null Euro Zusatzbeitrag – weitgehend beseitigt werden,

<sup>3</sup> S. dazu: M. Albrecht, K. Neumann a.a.O., Kap. 4 und 5. Das Modell kann leicht zu Beitragssatzabweichungen von 0,3% und mehr führen, was für die Wirkung auf die Versicherten spürbare Relevanz hat.

vorausgesetzt, die teilweise sehr unterschiedlichen Finanzreserven ermöglichen es nicht mitgliederstarken Kassen, einen Verzicht auf Zusatzbeiträge wieder als Norm zu etablieren (vgl. Abschnitt 5).

**Zwischenfazit:** Die wichtigste offene Frage aus unserer Sicht ist die mögliche Unterdeckung des Fonds. Um sie zu behandeln, betrachten wir im Folgenden zunächst die Spannweite künftiger Zusatzbeiträge bzw. Beitragssätze.

### In welcher Spannweite können die Beitragssätze liegen?

Durch die Kürzung der Basis auf 14,6 Prozent entsteht, wie gezeigt, eine durchschnittliche Unterdeckung von 166 Euro. Die tatsächliche Unterdeckung wird weit um diesen Wert schwanken, zwischen Null Euro bis über 200 Euro. Aber auch Überdeckungen aus den Fondszuweisungen bleiben möglich.

Diese Spannweiten haben mehrere Ursachen: Ein wichtiger Faktor ist die Versichertenstruktur, insbesondere ihre regionale Verteilung, soziale Struktur und Altersverteilung. Bei diesen Faktoren schwanken die Deckungsbeiträge innerhalb derselben Kasse, also unabhängig von der Qualität des Leistungsmanagements, um dreistellige Eurobeiträge je Versichertem.<sup>4</sup> (Der Deckungsbeitrag ist die Differenz von Zuweisungen aus dem Morbi-RSA und tatsächlichen Ausgaben.) Durch unterschiedliche Schwerpunkte in der Versichertenstruktur können hier im Vergleich zweier Kassen regelmäßig 100 oder 200 Euro Unterschied im Durchschnitt der Versicherten entstehen.

Werden diese Unterschiede durch Reformen des Morbi-RSA beseitigt? Abhängig vom Inhalt der Reformen nicht unbedingt. Bezogen auf die im Koalitionsvertrag genannten Reformen, gibt es dafür zwei Gründe: Zum einen würde die geplante Annualisierung nicht alle Kassen näher zusammenrücken lassen. Kassen, die viele ältere Versicherte haben, aber in „günstigen“ Regionen konzentriert sind, würden sich im Vergleich zum Rest der GKV sogar noch weiter verbessern.

Auch eine Krankengeldreform würde in manchen denkbaren Ausgestaltungen dazu führen, dass einkommensstarke Kassen mit eher gesunden Mitgliedern profitieren. Wer Menschen

ohne Arbeit mit ihrem höheren Krankheitsrisiko versichert, wird dagegen verlieren.

Weitere Streuungen im Grad der Unterdeckung entstehen durch das Management der Kasse. Die Prüfung von Anträgen und Rechnungen, Verwaltungen und Steuerungsmaßnahmen sind unterschiedlich effizient und erfolgreich. Es ist allerdings nicht einfach, durch gutes Management auf einen dreistelligen Unterschiedsbetrag pro Versichertem zu kommen. Die Unterschiede, die beitragsatzrelevant sind, bewegen sich hier maximal im mittleren zweistelligen Eurobereich je Versichertem.<sup>5</sup>

Schließlich kommt das vorhandene Vermögen in sehr unterschiedlicher Höhe hinzu. Wenn Kassen mit hohem Vermögen dieses einsetzen, können sie ihre Unterdeckung teilweise für mehrere Jahre signifikant beeinflussen.

### Zwischenfazit:

Es werden signifikante Unterschiede in der Unterdeckung existieren und damit auch spürbare Unterschiede in den Zusatzbeiträgen möglich sein. 100 Euro pro Versicherten und Jahr entsprechen derzeit einem Zusatzbeitrag von ca. 0,6 Prozent (bei durchschnittlicher Mitversicherungsquote). In Summe der dargelegten Einflussfaktoren kann es also auch nach dem Einkommensausgleich zu Beitragssatzunterschieden von mehr als einem Prozentpunkt kommen.

### Wie werden Versicherte und Kassen sich in einem System mit Beitragssatzautonomie verhalten?

Eines der Motive für die Beitragssatzautonomie war die Beobachtung, dass bereits geringe Zusatzbeiträge von acht Euro im Monat zu sehr starken Wechselbewegungen geführt haben. Der daraus resultierende „Zusatzvermeidungswettbewerb“ führte gleichzeitig zu einer aus gesundheitspolitischer Sicht übergroßen Vorsicht bei Investitionen in Versorgungsinnovationen und bei wertschöpfenden Selektivverträgen. Um zu beurteilen, was unter Beitragssatzautonomie mit wieder prozentualen Beitragssätzen und Quellenabzug geschehen wird, empfiehlt sich ein Blick auf die Zeit bis 2008.

Die Abbildung zeigt waagrecht Beitragssätze in der GKV und senkrecht das durchschnittliche prozentuale Mitglie-

derwachstum aller Kassen mit diesem Beitragssatz im Jahr 2008.<sup>6</sup>

Aus diesen Daten ergeben sich drei wichtige Beobachtungen:

1. Bei durchschnittlichen bis hohen Beitragssätzen gibt es im jeweiligen Durchschnitt relativ geringe Mitgliederbewegungen. Einzelne Kassen sind sehr wohl mehr oder weniger erfolgreich, was dann aber nicht auf den Beitragssatz, sondern die Qualität, Vertriebseffektivität oder das Marketing zurückzuführen ist.<sup>7</sup> Wenn die Kunden sich auch künftig unter der Beitragssatzautonomie so verhalten, wäre ein politisches Ziel erreicht, Kassen mit leicht überdurchschnittlichen Preisen nicht über Gebühr zu „bestrafen“. Gleichzeitig ist die Vermutung aus Punkt 2a bestätigt: Es kann für Kassen attraktiv sein, ein oder zwei Zehntelprozent mehr zu erheben als nötig, ohne starke Versichertenverluste zu befürchten.
2. Eine Senkung des (Zusatz-)Beitrags nur leicht unter den durchschnittlichen (Zusatz-)Beitrag (von bspw. 0,9 Prozent) ist nicht attraktiv. Man verliert Geld, erhöht seine Chancen auf dem Markt aber nur geringfügig.
3. Ein deutlich niedrigerer (Zusatz-)Beitrag ist dagegen sehr attraktiv, weil er stärkere Kundengewinne verspricht als die heutigen Prämienausschüttungen. Ein Zusatzbeitrag der 0,5 Prozent bis 1 Prozent unter dem Durchschnitt liegt, ist hoch attraktiv, gerade auch dann, wenn man psychologische Preisschwellen unterschreiten kann (14,9 Prozent gegen-

4 Vgl. dazu bspw.: [http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/ZI-Workshop-Goepffarth-2011\\_nicht-gehalten.pdf](http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/ZI-Workshop-Goepffarth-2011_nicht-gehalten.pdf), Abruf am 08.02.2014).

5 Um dies durch eine Überschlagsrechnung zu illustrieren: Wenn bei der Krankenhausrechnungsprüfung eine um 1%-Punkt höhere Retaxierungsquote erreicht wird (3,5% statt 2,5% bspw.), so führt dies zu einer Einsparung von 0,33% bei den Gesamtausgaben, durchschnittlich also unter 10 Euro je Versichertem.

6 Quelle: dfg a.a.O., IGES-Auswertung, Darstellung gleitender Durchschnitt über jeweils 0,2%. Bei Fusionskassen wurden nur die übernehmenden Kassen ohne die durch Fusion hinzugekommenen Neumitglieder berücksichtigt. Um auszuschließen, dass in Erwartung des Morbi-RSA 2008 Sondereffekte auftraten, haben wir die Werte mit einer Vergleichsbeobachtung für das Jahr 2006 plausibilisiert, wo sich ein in der Struktur vergleichbares Bild zeigte.

7 Vgl. dazu K. Neumann, Erfolgsfaktoren in der GKV, in: WdK 10/2013, S. 239-43.

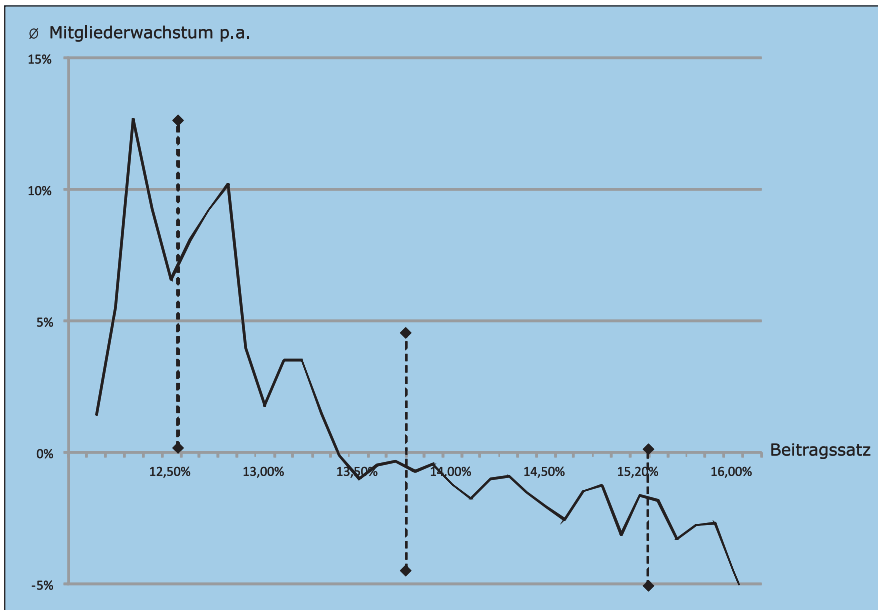


Abb. 1: Durchschnitt des prozentualen Mitgliederwachstums für Kassen mit gleichen Beitragssätzen im Jahr 2008 (Durchschnittlicher Beitragssatz: 14,0 Prozent; gestrichelte Linien: Spannbreiten der Entwicklung für beispielhafte Beitragssätze)

über einem GKV-weiten Schnitt von 15,5 Prozent).

Hier könnte man einwenden, dass Kassen heute mit der Ausschüttung der Prämien sehr zögerlich sind. Sollten sie sich künftig anders verhalten und die Beitragssätze stark senken? Wir glauben ja, weil die beiden Preissysteme ganz unterschiedliche Strategien fördern. Seit 2009 konnte man am meisten gewinnen, wenn andere Kassen Zusatzbeiträge erhoben, die eigene Kasse aber nicht. Insbesondere nach Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent und den entsprechend hohen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds galt nämlich GKV-weit faktisch ein Referenzniveau von Null Euro Zusatzbeitrag. Es war also klug, Überschüsse zu horten, um zu warten, bis die finanziell schwächsten Kassen Zusatzbeiträge erheben würden und dann starke Mitgliederverluste hinzunehmen hatten. Mitgliedererlöse sind so leichter als durch frühzeitige Prämienausschüttungen zu erzielen. Anders im Beitragssatzsystem: Hier sind durch einen Beitragssatzvorteil recht schnell Mitgliedererlöse zu realisieren. Die Vertriebsabteilungen werden die „Beitragsrechner“ wieder hervorholen, um Kunden ihre Ersparnismöglichkeiten vorzurechnen.

Nochmals sei betont: Viele Kassen können sich es leisten, deutlich unter dem heute durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 0,9 Prozent zu bleiben. So hat die hKK schon angekündigt, bis zu 40 Euro pro Mitglied und Monat ausschütten zu können, was ca. 1 Prozent Unterschied entspricht. Auch die Analyse von Geschäftsberichten ergibt: eine Reihe von Kassen könnte, wenn sie ihre Überschüsse in Beitragssenkungen verwandelt, um 0,5 Prozent bis 0,6 Prozent unter einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag bleiben. Hinzu kommt das in Presseberichten kolportierte Vermögen, welches ohne weiteres eine weitere Senkung um 0,5 Prozent über mehrere Jahre erlaubt<sup>8</sup>.

Im Übrigen wären die Kassen unter BVA-Aufsicht sogar gezwungen, bei entsprechend niedrigem Bedarf unterdurchschnittliche Zusatzbeiträge zu nehmen. Denn wie bis 2008 dürften sie keine unnötig hohen Beitragssätze einnehmen.

**Zwischenfazit:**

Eine deutliche Senkung des Zusatzbeitrags unter das allgemeine Niveau kann aus Kassensicht eine attraktive Strategie sein. Eine Reihe von Kassen hat auch die Möglichkeit dazu, so dass wir das als realistisches Szenario für die Jahre ab 2015 ansehen.

**Was hat der Gesetzgeber zu beachten?**

Die Erwartung, dass sich die Funktionsfähigkeit des Beitragswettbewerbs mit der Umstellung verbessert, gründet maßgeblich auf der Annahme, dass die Erhebung von Zusatzbeiträgen zum Normalfall wird. Durch eine Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6 Prozent wird dies in jedem Fall wahrscheinlicher. Entscheidend wird zumindest in den ersten Jahren nach der Umstellung sein, ob die Krankenkassen ihre teilweise sehr unterschiedlich hohen Finanzreserven dazu verwenden (dürfen), ihren Zusatzbeitragssatz zu senken oder gar vollständig auf ihn zu verzichten. So ließe sich diskutieren, zumindest in einer Übergangsphase die Verwendung der freien Reserven auf nicht direkt beitragsbezogene Wettbewerbsvorteile (z. B. innovative Versorgungsformen, zusätzliche Serviceleistungen für Mitglieder) zu beschränken.

Eine weitere zentrale Gestaltungsfrage für den Gesetzgeber betrifft die Finanzierung eines vollständigen Einkommensausgleichs: Wenn die Zusatzbeitragssätze der Kassen auf Basis der GKV-durchschnittlichen Finanzkraft berechnet werden, werden die Zusatzbeitragseinnahmen der einkommensstarken Kassen, die ohne Ausgleich einen geringeren Zusatzbeitrag nehmen würden, i.d.R. nicht mit den Mindereinnahmen der einkommensschwachen Kassen übereinstimmen, die ohne Ausgleich einen höheren Zusatzbeitrag nehmen müssten. Insbesondere wenn einkommensschwache Kassen überdurchschnittliche Unterdeckungen haben, einkommensstarke Kassen aber unterdurchschnittliche oder sogar Überdeckungen, wäre ein vollständiger Einkommensausgleich für sich genommen finanziell nicht ausgeglichen und es könnte längerfristig – wenn die gegenwärtig hohen Reserven des Fonds abgeschmolzen sind – zu einer Unterdeckung des Fonds kommen. Da Mitglieder mit höherem sozialen Status und Einkommen tendenziell gesünder sind und auch höhere Deckungsbeiträge erzeugen, haben Kassen mit gut verdienenden Mitgliedern eine größere Wahrscheinlichkeit, nied-

8 J. Wasem a.a.O.

rige Zusatzbeiträge nehmen zu können. Bei Kassen mit vielen sozial schwachen Mitgliedern ist es umgekehrt. Damit würde ein vollständiger Einkommensausgleich nicht auf Null aufgehen, d. h., es würden ihm die notwendigen Mittel fehlen, um höhere Zusatzbeitragssätze um den Effekt der Einkommensschwäche zu bereinigen und entsprechend abzusenken. Nach Überschlagsrechnungen kann eine solche Lücke durchaus bis zu einer Milliarde Euro betragen.

Ausreichende Mittel für einen vollständigen Finanzausgleich bzw. den Gesundheitsfonds können auf verschiedene Weise gesichert werden:

1. Über einen Steuerzuschuss: Dies wäre ordnungspolitisch an sich unproblematisch, weil auch der künftig nicht mehr erforderliche Sozialausgleich über Steuermittel gedeckt werden sollte. Angesichts der Schuldenbremse ist dieser Ansatz für die Finanzpolitik allerdings äußerst unattraktiv, so dass die politische Durchsetzbarkeit fraglich ist.
2. Durch eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes: Sobald sich eine (maximale) Größenordnung der für den vollständigen Einkommensausgleich erforderlichen Mittel genauer abschätzen lässt, wird der allgemeine Beitragssatz entsprechend angehoben. Die zusätzlichen Beitragseinnahmen werden ausschließlich für Sonderzuweisungen an solche Kassen verwendet, die ansonsten allein aufgrund der unterdurchschnittlichen Einkommen ihrer Mitglieder höhere Zusatzbeiträge nehmen müssten, als einkommensstarke Kassen mit gleicher Unterdeckung.
3. Durch ein finanziell in sich geschlossenes Ausgleichssystem: Hierfür würde in Analogie zum alten RSA (vor 2009) ein Ausgleichsbedarfssatz (ABS) bestimmt, der sich allerdings nur auf den zum Umstellungszeitpunkt nicht mehr durch den Fonds gedeckten Ausgabenanteil bezieht, also 0,9 Prozent. Die Kürzung der Zuweisung aus dem Fonds würde nun für jede Kasse entsprechend ihrer Finanzkraft vorgenommen, d. h. sie entspräche 0,9 Prozent ihrer bei-

tragspflichtigen Einnahmen. Die im Vergleich zu einer je Mitglied absolut gleichen Kürzung nun höheren Abzüge bei einkommensstarken Kassen decken dann in der Summe die geringeren Abzüge bei den einkommensschwachen Kassen. Allerdings: Im Unterschied zum obigen Modell, in dem der Ausgleich nicht exakt auf Null aufgeht, wäre in diesem Fall nicht gewährleistet, dass alle Kassen mit gleicher Unterdeckung – unabhängig von ihrer Einkommensstruktur – denselben Zusatzbeitragssatz erheben.

Die ersten beiden Varianten erlauben einen vollständigen Einkommensausgleich und zugleich einen impliziten sozialen Ausgleich für GKV-Mitglieder mit niedrigem Einkommen. Die dritte Variante erlaubt keinen vollständigen Einkommensausgleich, so dass die Zusatzbeiträge bei sonst gleichen Bedingungen allein durch die BpEs um mehrere Zehntelprozent divergieren könnten und Mitglieder einer grundlohnschwachen Kasse prozentual stärker belastet würden.<sup>9</sup>

### Wie sollte die Beitragssatzautonomie mit anderen Reformen kombiniert werden?

Wie wir oben gezeigt haben, wird der Wettbewerb immer noch zu wesentlichen Teilen durch externe Bedingungen bzw. die Versichertenstruktur der Kassen bestimmt sein. Dies wird in Teilen der GKV weiterhin dazu führen, bestimmte Gruppen – betriebswirtschaftlich logisch – im Vertrieb zu bevorzugen. Daher sollte versucht werden, die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass diese Faktoren eine möglichst geringe Rolle für den Wettbewerbserfolg spielen. Die auf Basis des Koalitionsvertrags bislang diskutierte Reformoptionen reichen dafür, wie wir oben angedeutet haben, vermutlich nicht aus.

Daneben werden Beitragssätze bzw. Zusatzbeiträge auch künftig wieder der Aufsicht vorgelegt werden. Eine Zusammenfassung von Bundes- und Landesaufsicht an einer Stelle dürfte auf absehbare Zeit am Widerstand der Länder scheitern. Eine Mindestbedingung wären aber gleiche Vorgehensweisen aller

Aufsichtsbehörden entlang verbindlicher Vorschriften.

### Fazit

Eine Ausgestaltung der Beitragssatzautonomie in der beschriebenen Form würde folgende Effekte haben:

- Unerwünschte Nebenwirkungen der Euro-Zusatzbeiträge fallen weg – nur die ersten Erhöhungen über 15,5 Prozent hinaus werden kritisch sein.
- Der „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ entfällt oder wird stark abgeschwächt, weil für Zusatzbeiträge GKV-weit nicht mehr ein Referenzniveau von Null Euro gilt, denn der Gesundheitsfonds wird nicht mehr vollständig die Gesamtausgaben der Krankenkassen decken. Rationale Strategien, begrenzte Preisunterschiede durch Leistung oder Service auszugleichen, erhalten wieder eine Chance.
- Die Versichertengemeinschaft wird entlastet, denn dort wo bisher durch die Anreize des Finanzierungssystems Beitragsüberschüsse nicht vollständig als Prämien ausgezahlt wurden, besteht künftig wieder ein stärkerer Anreiz, die Beiträge zu senken.
- Falls aber die heutigen Überdeckungen und/oder die teilweise sehr hohen Finanzreserven einiger, auch mitgliedsstarker Kassen dazu genutzt werden, den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent nur unwesentlich zu überschreiten oder gar auf Zusatzbeiträge zu verzichten, dürfte es erneut zu spürbaren Mitgliederwanderungen kommen. Tendenzen in Richtung eines reinen Preiswettbewerbs mit ihren unerwünschten Nebenwirkungen wären dann – zumindest kurz- bis mittelfristig – weiterhin möglich.
- Der Fonds gerät trotzdem nicht in Schiefelage, sofern durch geeignete Mechanismen eine ausreichende Füllung sichergestellt wird. ■

Umfangreiche Literatur bei den Autoren.

<sup>9</sup> Vgl. Albrecht/Neumann a.a.O., S. 51-58. Dort wurde ohne die Kürzung des allgemeinen Beitragssatzes von 15,5% auf 14,6% gerechnet, die Wirkung ist aber dieselbe.