

Augurzky, Boris; Roppel, Ulrich; Schmitz, Hendrik

Working Paper

Kehrtwende in der Gesundheitspolitik: Unnötige Abkehr von einer erfolgreichen Reform zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

RWI Positionen, No. 59

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris; Roppel, Ulrich; Schmitz, Hendrik (2014) : Kehrtwende in der Gesundheitspolitik: Unnötige Abkehr von einer erfolgreichen Reform zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, RWI Positionen, No. 59, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/100692>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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

Kehrtwende in der Gesundheitspolitik

Boris Augurzky
Ulrich Roppel
Hendrik Schmitz

Unnötige Abkehr von einer erfolgreichen Reform zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

RWI Position #59, 24. Juli 2014

ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist die Politik im Jahr 2009 einen Schritt in die richtige Richtung gegangen: Pauschale Zusatzbeiträge in absoluten Euro-Beiträgen machten Preisunterschiede für die Versicherten fortan transparent und erhöhten so die Wechselwahrscheinlichkeit innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) deutlich. Ein gestiegener Kassenwettbewerb war die Folge. Im Wahljahr 2013 bekam die Politik dann Angst vor der eigenen, funktionierenden Reform und versorgte die Krankenkassen mit so hohen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, dass keine Kasse mehr einen Zusatzbeitrag erheben musste – der Wettbewerb kam zum Erliegen. Mit der zum Januar 2015 beschlossenen Reform der GKV-Finanzierung legt die Bundesregierung nun vollends den Rückwärtsgang ein: Die pauschalen Zusatzbeiträge werden abgeschafft, an ihre Stelle treten lohnabhängige Zusatzbeiträge, welche direkt vom Arbeitgeber eingezogen werden. Dies ist eine unnötige Kehrtwende in der Gesundheitspolitik, welche zu Lasten der Versicherten gehen wird.

AUTOREN



Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und Geschäftsführer des Institute for Health Care Business (HCB)
Kontakt: boris.augurzky@rwi-essen.de



Ulrich Roppel

Ministerialdirektor a.D., Abteilungsleiter im Bundeskanzleramt



Hendrik Schmitz

Juniorprofessor für Gesundheitsökonomik an der Universität Duisburg-Essen, bis 2012 Wissenschaftler im Kompetenzbereich „Gesundheit“ am RWI

U-turn in Health Policy

Germany unwinds a successful financing reform of the statutory health insurance sector

SUMMARY

In 2009, the German federal government took a step in the right direction: it demanded from companies of the statutory health insurance system to generate parts of their funding by additional flat fee payments from their insurants. These additional payments were to be billed in absolute Euro value instead of a relative percentage of the insurants' income. Consequently, transparency and competition among health insurance companies increased in response to this legislative change. However, in the election year 2013, politicians got scared of their own successful reform: They heavily increased payments into the "Gesundheitsfonds" (German Health Fund), in which all insurants' wage-related contributions are collected. In consequence, no insurance company was any longer in the need of generating additional funding by a direct flat fee payment and hence the competition stalled. Recent political decisions to reform once again the financing mode of the German health insurance sector will head even further backwards. The effective flat-fee payments will be abolished and replaced by wage-related additional payments of the insurants, which are automatically held back by their employers. As a result, there will be less transparency for the insurants and consequently less competition.

IMPRESSUM

Herausgeber

Rheinisch-Westfälisches Institut
für Wirtschaftsforschung (RWI)

Hohenzollernstr. 1-3
45128 Essen
Fon: +49 (0) 201-8149-0

Büro Berlin

Invalidenstr. 112
10115 Berlin

ISBN 978-3-86788-565-2

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2014

www.rwi-essen.de/positionen

Schriftleitung

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktion und Ansprechpartner

Nils aus dem Moore (verantwortlich)
Fon: +49 (0) 30-2 0215 98-15
nils.ausdemmoore@rwi-essen.de

Katja Fels
katja.fels@rwi-essen.de

Lektorat

Claudia Schmiedchen

Layout und Gestaltung

Julica Bracht & Daniela Schwindt

1. EINLEITUNG UND HINTERGRUND¹

In seiner Sitzung am 5. Juni 2014 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) beschlossen, am 11. Juli hat auch der Bundesrat das Gesetz gebilligt. Neben der Bildung eines fachlich unabhängigen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sieht der Gesetzentwurf (Bundesregierung 2014) folgende Änderungen in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor:

- ▶ Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes zur GKV von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent sowie Streichung des bisherigen Sonderbeitrags der Arbeitnehmer von 0,9 Prozent,
- ▶ Umwandlung des kassenindividuellen pauschalen Zusatzbeitrags (bzw. der Prämien) in einen lohnabhängigen Zusatzbeitrag,
- ▶ Einzug des Zusatzbeitrags über den Arbeitgeber,
- ▶ Wegfall des steuerfinanzierten Sozialausgleichs.

Das Gesetz soll am 1. Januar 2015 in Kraft treten. Für einen Vergleich der Änderungen zum Status quo zeigt Tabelle 1 eine Übersicht der Finanzierungssysteme bis 2009, ab 2009 (Einführung des Gesundheitsfonds mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG))² sowie das jetzt beschlossene System ab dem Jahr 2015 (GKV-FQWG).

Die Reform 2009 konnte nicht alle Probleme des Gesundheitssystems lösen. Aber sie war ein richtiger Schritt. Jetzt wird diese Entwicklung zurückgedreht.

Mit dem GKV-FQWG soll die durch das GKV-WSG (2009) durchgeführte Reform – Einführung des Gesundheitsfonds mit seinen pauschalen Zusatzbeiträgen, zurückgehend auf Richter (2005) – teilweise zurückgedreht werden. Auch wenn die Reform 2009 nicht alle Probleme des Gesundheitssystems lösen konnte, so war sie doch ein erfolgreicher Schritt in die richtige Richtung hin zu einem stärkeren Krankenkassenwettbewerb. Anstatt aber den notwendigen nächsten Schritt zu gehen, wird mit dem beschlossenen Gesetzentwurf eine richtige Entwicklung zurückgedreht, um wieder im Ausgangszustand zu landen.

¹ Die Autoren danken Katja Fels und Christoph M. Schmidt für wertvolle Hinweise und Anregungen.

² Das GKV-WSG wurde 2011 mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) angepasst. Die Anpassung betraf die Regelungen zum Sozialausgleich. Der Einfachheit halber unterscheiden die Autoren im Weiteren nicht zwischen diesen beiden Systemen und meinen mit dem Status quo immer das System nach dem GKV-WSG (2009) in Verbindung mit dem GKV-FinG (2011).

Tabelle 1:
Überblick zu Finanzierungssystemen in der GKV

	System vor 2009	GKV-WSG / GKV-FinG (ab 2009)	GKV-FQWG (ab 2015)
Ausweis von Preisunterschieden	in % des Beitragssatzes	in € des Zusatzbeitrages	in % des Beitragssatzes
Höhere Preise als der Durchschnitt werden gezahlt von ...	Arbeitnehmer und Arbeitgeber	nur Arbeitnehmer	nur Arbeitnehmer
Beteiligung an Beitragserhöhungen in Zukunft	Arbeitnehmer und Arbeitgeber	nur Arbeitnehmer	nur Arbeitnehmer
Einzug von Preiserhöhungen/ Zusatzbeiträgen beim...	Arbeitgeber	Arbeitnehmer	Arbeitgeber
Klarer Referenzpreis zum Preisvergleich	eher nicht	ja, 15,5% allg. Beitragssatz	ja, 14,6% allg. Beitragssatz
Beitragsautonomie für Krankenkassen	gegeben	gegeben	gegeben
Sozialausgleich für Versicherte	kein gesonderter Sozialausgleich	greift ab durchschn. Zusatzbeitrag größer als 2%	kein gesonderter Sozialausgleich

Quelle: eigene Darstellung.

In dieser RWI Position stellen wir dar, warum dieser erste Schritt erfolgreich war, welche Probleme durch die Reform 2009 neu entstanden sind oder nicht gelöst werden konnten und wie die Politik diese hätte sinnvoller lösen können als durch eine teilweise Rückdre- hnung der Reform. Ein deutlich sinnvollerer Vorgehen als im aktuellen GKV-FQWG wäre angezeigt und möglich gewesen.

2. STÄRKEN DES STATUS QUO

In der GKV war seit jeher die Wahrscheinlichkeit für einen Wechsel der Versicherten zwi- schen den einzelnen Kassen sehr gering. Dies ist umso bemerkenswerter, als die Kran- kenkassen weitestgehend die gleichen Leistungen anbieten, gleichzeitig bis zum Jahr 2008 allerdings deutliche Preisunterschiede vorlagen. Ausgedrückt wurden diese Preis- unterschiede durch unterschiedliche Versicherungsbeiträge. Während beispielsweise die City BKK als teuerste Krankenkasse einen Beitragssatz von 17,4% erhob, lag der Wert bei den günstigsten deutschlandweit geöffneten Krankenkassen bei etwa 13,4%. Legt man ein Bruttoeinkommen von 2.500 Euro und nur den Arbeitnehmerbeitrag zugrunde, hätten Versicherte der teuersten Kasse ohne großen Aufwand durch einen Wechsel 50 Euro pro Monat sparen können.³ Diese enorme Ersparnis wurde allerdings nur von den wenigsten realisiert – vermutlich, weil den Versicherten die Unterschiede nicht bewusst genug wa- ren. Erst mit der Erhebung des Zusatzbeitrags von 15 Euro begann eine regelrechte Flucht aus der City BKK.

³ Berechnet als die Hälfte von $(17,4\% - 13,4\%) * 2.500 \text{ Euro} = 50 \text{ Euro}$. Der Arbeitgeber hätte den gleichen Betrag gespart.

Schmitz und Ziebarth (2013) haben systematisch den Einfluss des GKV-WSG von 2009 auf die Wahrscheinlichkeit untersucht, die Krankenkasse zu wechseln (siehe Exkurs). Ihren Ergebnissen zufolge fiel seit dem Jahr 2009 die Wechselwahrscheinlichkeit nach einem Preisanstieg einer Krankenkasse deutlich höher aus, als es vorher der Fall war. Ein wichtiger Grund für diesen Effekt dürfte sein, dass Preisunterschiede, die nunmehr in Absolutwerten ausgedrückt sind (also ein Zusatzbeitrag in Euro), deutlich stärker wirken als Unterschiede, die in Relativwerten ausgedrückt sind (als Differenz zwischen zwei prozentualen Beitragssätzen).

**Vollständig lohnabhängige Beiträge sind problematisch:
Je geringer das Lohneinkommen ist, desto geringer das
finanzielle Interesse der Beitragszahler an einem Wechsel.**

Damit hat das GKV-WSG einen wesentlichen Beitrag zu einem funktionierenden Krankenkassenwettbewerb geleistet. Denn nur, wenn die Versicherten auch bereit sind, aktiv die für sie jeweils beste Krankenkasse zu wählen, haben auch die Krankenkassen einen Anreiz, effizienter und mit möglichst hoher Qualität zu arbeiten. Effizienz und bessere Qualität können sich unter anderem ausdrücken in:

- ▶ geringeren Verwaltungsausgaben sowie
- ▶ innovativen Versorgungskonzepten, die Kosten einsparen und/oder die Qualität verbessern.

Vollständig lohnabhängige Krankenkassenbeiträge sind hingegen für den Krankenkassenwettbewerb problematisch. Sie führen dazu, dass das finanzielle Interesse der Beitragszahler an einem Anbieterwechsel umso geringer ist, je geringer ihr Lohneinkommen und je größer die Beteiligung des Arbeitgebers ist. Gerade Geringverdiener, die besonders preisbewusst sein dürften, hatten im System vor dem Jahr 2009 einen geringen Anreiz zu einer Krankenkasse zu wechseln, die zwar günstiger war, aber auch weniger Leistungen anbot.

Das lag daran, dass Geringverdiener durch den Umverteilungsmechanismus des lohnabhängigen Systems bereits (zum Teil deutlich) geringere Beiträge bezahlt haben, als sie eigentlich zu zahlen bereit wären. Ihre Beiträge wurden von den Besserverdienenden subventioniert. Wer bereits wenig zahlen musste, konnte allerdings auch bei einem Anbieterwechsel nur wenig sparen. Ein Wechsel zu einer Krankenkasse mit weniger Leistungen hätte also geheißen: Geringe monatliche Ersparnis (die zudem noch mit dem Arbeitgeber geteilt werden müsste) zum Preis eines Verzichts auf Leistungen. Im Ergebnis hatten die Krankenkassen nur einen geringen Anreiz, kostensparende Tarife anzubieten, und es entstand ein Wettbewerb um hohe Leistungskataloge (Richter 2009).

Da der seit dem Jahr 2009 gültige Zusatzbeitrag allein vom Versicherten gezahlt werden muss (kein Arbeitgeberanteil) und über alle Einkommensklassen gleich hoch ist, nimmt das Wechselinteresse der Versicherten bei effizienteren Konkurrenzangeboten spürbar zu. Damit steigt auch der Anreiz für die Krankenkassen, innovative Versorgungsmodelle zu entwickeln und Kosten einzusparen. Was ganz besonders positiv einzuordnen war: Um diesen stärkeren Wettbewerb zu realisieren, musste man nicht das gesamte Finanzierungssystem von lohnabhängigen Beiträgen auf lohnunabhängige Prämien („Kopfpauschale“) umstellen. Die Einführung von Kopfpauschalen wäre politisch zurzeit sicherlich nicht durchsetzbar. Ein derart radikaler Schritt wäre jedoch auch gar nicht nötig. Denn positive Wettbewerbseffekte ergeben sich bereits, wenn man nur „an der Grenze“ ansetzt, also lediglich die Preisunterschiede pauschal erhebt und den größten Teil der Finanzierung einkommensabhängig belässt. Für die politische Umsetzbarkeit war es im GKV-WSG daher ideal, mit kleinen Schritten (also geringen Zusatzbeiträgen) anzufangen. Allerdings war vorgesehen, diese dann im Laufe der Zeit zu erhöhen – eine wichtige Ankündigung, deren Umsetzung jedoch ausblieb.

EXKURS: EINFLUSS DER REFORM 2009 AUF DIE WECHSELWAHRSCHEINLICHKEIT DER VERSICHERTEN

Schmitz und Ziebarth (2013) untersuchen den Einfluss des GKV-WSG von 2009 auf die Wahrscheinlichkeit, die Krankenkasse zu wechseln. Hierzu werden repräsentative Mikrodaten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) ausgewertet, welche die Jahre 2002 bis 2011 abdecken. Die Autoren legen einen besonderen Fokus auf die Wechselwahrscheinlichkeit unmittelbar nach der Beitragserhöhung einer Krankenkasse, da diese mit einem Sonderkündigungsrecht der Versicherten verbunden ist.⁴ Abbildung 1 fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen. Vor der Reform wechselten pro Jahr 5,4% der Versicherten ihre Krankenkasse. Erhöhte eine Krankenkasse den monatlichen Beitrag um zehn Euro (ausgedrückt in einer Erhöhung des prozentualen Beitragssatzes), stieg die Wechselwahrscheinlichkeit ihrer Versicherten im Durchschnitt auf 6,8% an. Ab 2009 sank zwar die allgemeine Wechselwahrscheinlichkeit geringfügig auf 5,1%. Ein Beitragsanstieg in Höhe von zehn Euro (diesmal ausgedrückt im einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag) erhöhte die Wechselwahrscheinlichkeit allerdings drastisch auf 13,2%.

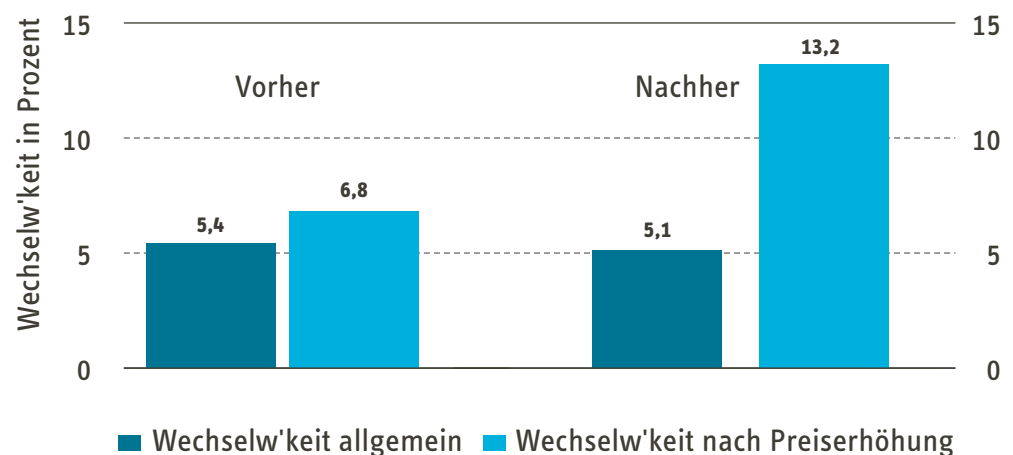
Für die stärkere Reaktion der Versicherten auf den Zusatzbeitrag können folgende Punkte verantwortlich gemacht werden: (i) Eine Preiserhöhung, die direkt in Eurobeträgen ausgedrückt ist, wirkt stärker auf die Wahrnehmung der Versicherten als eine prozentuale Beitragserhöhung. Der Einfluss der reinen Darstellung von

⁴ Die Schlussfolgerungen sind aber die gleichen, wenn man den Einfluss von Preisunterschieden anstelle von Preiserhöhungen untersucht (Schmitz und Ziebarth 2013).

Preisen auf das Konsumentenverhalten ist in der verhaltensökonomischen Literatur auch auf anderen Märkten bestätigt worden.⁵ (ii) Auch wenn vorher der bundesweit durchschnittliche Krankenkassenbeitrag bekannt war, ist der Vergleich zu einem bekannten Referenzpreis infolge des GKV-WSG einfacher und wirkungsvoller. Lag der Preis der eigenen Krankenkasse vor dem WSG beispielsweise bei 15,3% im Vergleich zum hypothetischen bundesweiten Durchschnitt von 14,4%, wirkte dies deutlich geringer als der heutige Vergleich „Zusatzbeitrag von acht Euro gegenüber null Euro“. (iii) Die Tatsache, dass Versicherte den Zusatzbeitrag entweder überweisen oder aber einer Einzugsermächtigung zustimmen mussten, dürfte die Wechselbereitschaft gegenüber früheren Preiserhöhungen, die unmittelbar vom Arbeitgeber abgeführt wurden, ebenfalls erhöht haben.

Schaubild 1

Durchschnittliche Wechselwahrscheinlichkeiten vor und nach der Reform 2009



Quelle: Schmitz und Ziebarth (2013), Auswertungen basierend auf dem SOEP.

Schmitz und Ziebarth können ausschließen, dass die stark erhöhte Wechselbereitschaft nach Erhebung eines Zusatzbeitrags durch ein verändertes Leistungsangebot der Krankenkassen ausgelöst wurde oder durch ein allgemein gestiegenes Bewusstsein, dass man seine Krankenkasse wechseln kann. Desweiteren zeigen sie, dass dieses Ergebnis nicht durch einzelne Bevölkerungsgruppen (wie Bezieher von Niedrigeinkommen, Jüngere, Gesündere) bestimmt ist, sondern dass die Wechselbereitschaft über alle sozioökonomischen Gruppen gleichermaßen angestiegen ist.

5 Siehe zum Beispiel den Überblicksartikel von DellaVigna 2009.

3. PROBLEME DES STATUS QUO

Im Status quo der Krankenkassenfinanzierung gibt es zwei größere Problembereiche. Seit dem Jahr 2013 herrscht nicht mehr, sondern weniger Preiswettbewerb im Krankenversicherungssystem, denn bei dem seit dem Jahr 2011 geltenden Beitragssatz und der guten konjunkturellen Lage erübrigt sich dieser Wettbewerb aus Sicht der Krankenkassen weitgehend. Doch ohne einen ernsthaften Preiswettbewerb haben die Kassen wiederum nur geringe Anreize, ihre Leistungen zu verbessern. Darüber hinaus hat sich in den vergangenen Jahren nicht der „richtige“ Wettbewerb herausgeschält, der aus ökonomischer Sicht wünschenswert wäre, also eine Abwägung und Differenzierung von Preisen und Versorgungsleistungen. Auf beide Probleme werden wir im Folgenden eingehen.

Brachliegender Wettbewerb

Die Finanzierungssituation der Kassen insgesamt wird zum einen vom allgemeinen Beitragssatz und zum anderen von der konjunkturellen Lage bestimmt. Im Jahr 2013 kam bei unverändert hohem allgemeinen Beitragssatz und sehr guter konjunktureller Lage der Preiswettbewerb zum Erliegen, und es gab kaum noch Preisunterschiede zwischen den Kassen. Diejenigen Krankenkassen, die zunächst einen Zusatzbeitrag erhoben hatten, konnten 2013 darauf verzichten. Zwar ist die Liste der Krankenkassen, die Prämien ausschütten, im Jahr 2014 ein wenig angewachsen, jedoch ist die öffentliche Wahrnehmung und die Reaktion der Versicherten darauf deutlich geringer als bei Zusatzbeiträgen.

Aus Sorge vor zu vielen Zusatzbeiträgen hob die Politik den allgemeinen Beitragssatz zum Januar 2011 auf 15,5% an.

Der Grund für den derzeitigen Stillstand ist die finanzielle „Überfüllung“ der GKV. Dies war nicht im Sinne des GKV-WSG. Dessen Grundgedanke war es vielmehr, lediglich zu vermeiden, dass die Einnahmen des Fonds nicht unter 95% seiner Ausgaben fielen. Dies impliziert, dass stets ein Teil der Einnahmen – nämlich maximal 5% – über Zusatzbeiträge erzielt werden sollte. Bei einem 5%igen Anteil würden die meisten Kassen einen Zusatzbeitrag erheben und es würde eine ausreichend große Preisdifferenzierung vorherrschen. Bei einer nur geringen Unterdeckung des Gesundheitsfonds hingegen müssen nur wenige Kassen einen Zusatzbeitrag erheben; bei einer Überdeckung fast keine Kasse.

In der Anfangsphase des Gesundheitsfonds war man auf dem richtigen Weg: Erste Kassen hatten Anfang 2010 einen Zusatzbeitrag erhoben und bereits im Frühjahr 2010 kündigten mehrere Krankenkassen an, einen Zusatzbeitrag im Jahr 2011 erheben zu müssen. Die starken Wechselreaktionen der Versicherten und auch der schlechte Ruf der Zusatzbeiträge in der Öffentlichkeit sorgten aber für eine sehr schnelle Abkehr von diesem Weg.

Aus Sorge vor zu vielen Zusatzbeiträgen – mithin aus Angst vor dem eigenen, funktionierenden Instrument – hob der Gesetzgeber zum 1. Januar 2011 den allgemeinen Beitragssatz von 14,9% auf 15,5% an. Dies hatte mehrere schädliche Effekte:

- ▶ Mit der Konsequenz, dass fortan nur noch wenige Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben mussten, hat man letztlich das Gegenteil von dem erreicht, was man wollte. Denn Krankenkassen, die noch einen Zusatzbeitrag erhoben, waren nun stigmatisiert und der Einfluss des Zusatzbeitrags somit weitaus stärker, als er hätte sein müssen. In der öffentlichen Wahrnehmung gab es nur zwei Arten von Kassen: solche mit und solche ohne Zusatzbeitrag. Eine Kasse mit Zusatzbeitrag musste mit einem erheblichen Mitgliederverlust rechnen.
- ▶ Zur Vermeidung einer existenzbedrohenden Abwärtsspirale unternahmen die Kassen alles in ihrer Macht stehende, inklusive politischem Lobbying, um keinen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Sämtliche Ausgaben, die kurzfristig gekürzt werden konnten, wurden gekürzt; langfristig angelegte Investitionen zur Verbesserung der Versorgung blieben aus.
- ▶ Mittlerweile geht es den Kassen finanziell so gut, dass keine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben muss. Der Preiswettbewerb ist faktisch zum Erliegen gekommen.

Geringere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hätten dazu geführt, dass viele (idealerweise alle) Kassen einen Zusatzbeitrag hätten erheben müssen. Der Vergleich zwischen Kassen mit Zusatzbeiträgen von beispielsweise acht oder 16 Euro hätte aber sicher zu geringeren Reaktionen der Versicherten geführt als der harte Vergleich zwischen null und acht Euro.

Die Vermeidung der „bösen Überraschung“ (Spiegel Online vom 4.5.2010), dass größere Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen, wurde mit einem höheren Beitragssatz für alle erkaufte. Dass dadurch viele Versicherte in der Summe mehr pro Monat zahlen mussten, als sie bei niedrigerem allgemeinen Beitragssatz plus Zusatzbeitrag hätten zahlen müssen, wurde interessanterweise in der Öffentlichkeit nicht negativ bewertet.⁶ Dies passt zu der vorhergehenden Interpretation, dass Preisänderungen über den Beitragssatz oft unbemerkt bleiben.

⁶ Außer Acht gelassen wurde auch der Aspekt, dass die Versicherten selbst diesen Zusatzbeitrag nicht unbedingt hätten zahlen müssen, da sie ja problemlos zu einer günstigeren Kasse hätten wechseln können.

Wettbewerb – aber welcher?

Zumindest in der Anfangszeit hat das GKV-WSG den Wettbewerbsdruck stark erhöht. Dadurch bestand unter anderem der Anreiz für die Kassen, Verwaltungskosten einzusparen und effizienter zu werden. Auch hatten Krankenkassen stärkere Möglichkeiten, sich über Bonusprogramme, Wahltarife und Hausarztmodelle zu differenzieren. Allerdings machen die hierdurch zu erzielenden Kostenersparnisse nur einen eher geringen Anteil an den Gesundheitsausgaben aus. Ein echter Hebel für mehr Kosteneffizienz im Gesundheitswesen wäre jedoch nur durch einen „richtigen“ Wettbewerb entstanden, in dem Krankenkassen um die besten Versorgungskonzepte und um die von den Versicherten präferierte Tarife konkurrieren. Dieser Wettbewerb kam allerdings kaum zustande. Die von Richter erhoffte Reaktion der Krankenkassen zur Diversifizierung blieb zum Teil aus, weil diese nur in zu begrenztem Umfang erlaubt wurde.

Die Versicherten wechselten vermutlich von Kassen mit ungünstigem zu Kassen mit günstigem Risikopool. Das war nicht der ökonomisch gewünschte Wettbewerb.

Ab dem Jahr 2010 führte das Wechselverhalten der Versicherten durch die Zusatzbeiträge somit nicht unbedingt zu Effizienzgewinnen im System. Denn die Versicherten wechselten vermutlich nicht von ineffizienten zu effizienten Kassen, sondern von solchen, die aufgrund eines ungünstigen Risikopools ihrer Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben mussten, zu solchen mit günstigem Risikopool. Dies war aber nicht der Wettbewerb, der ökonomisch gewünscht ist.

Große Effizienzreserven könnten gehoben werden, wenn Krankenkassen noch stärkeren Freiraum bekämen, sich im Leistungsangebot zu differenzieren. Wenn es zum Beispiel – in streng gesetzlich reguliertem Umfang – die Möglichkeit gäbe, Verträge für bestimmte Leistungen mit einzelnen Leistungserbringern abzuschließen, könnte der durch den Gesundheitsfonds entstehende Effizienzdruck an die Leistungsanbieter weitergegeben werden. Die Krankenkassen hätten dann zum Beispiel die Möglichkeit, ihre Versicherten für länger geplante Operationen nur in die qualitativ besten und die am wirtschaftlichsten arbeitenden Krankenhäuser zu senden. Dann könnte sich der derzeitige Preiswettbewerb in einen echten Qualitätswettbewerb erweitern – zugunsten der Versicherten.

4. BEWERTUNG DES GKV-FQWG UND HANDLUNGALTERNATIVEN

Die Lösungen für die geschilderten Probleme liegen auf der Hand: Erstens darf der Gesundheitsfonds nur soweit aufgefüllt werden, dass fast jede Kasse einen Zusatzbeitrag erheben muss. Damit wären nicht einige wenige Kassen aufgrund ihres Zusatzbeitrags grundsätzlich gebrandmarkt. Zweitens brauchen Kassen stärker die Möglichkeit, über selektivvertragliche Vereinbarungen mit Leistungserbringern (insbesondere Krankenhäusern) besondere Angebote für ihre Versicherten zu schaffen, mit denen sie sich im Preiswettbewerb differenzieren können. Dafür hätte es nicht einer Rückabwicklung des funktionierenden pauschalen Zusatzbeitrags bedurft. Zwar ist davon auszugehen, dass durch die zum Jahreswechsel anstehende Senkung des allgemeinen Beitragssatzes der Preiswettbewerb wieder steigt – aber vermutlich nicht so stark, wie er bei Beibehaltung der pauschalen Zusatzbeiträge in Kombination mit einer Senkung des Beitragssatzes hätte steigen können.

Über die neue Regelung wird wie selbstverständlich gesagt, sie sei sozialer. Perspektivisch ist sie aber weniger sozial als der Status quo mit pauschalen Zusatzbeiträgen.

Im Vergleich zur gegenwärtigen Regelung steigt für Mitglieder mit höheren Löhnen ab dem Jahr 2015 wieder der Wechselanreiz und er sinkt für Mitglieder mit niedrigen Löhnen. Durch den stärkeren Wechsel von Mitgliedern mit hohen Löhnen in günstigere Kassen reduziert sich das gesamte Beitragsaufkommen in der GKV. Dies führt dazu, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ansteigen muss, was auch Mitglieder mit niedrigeren Löhnen belastet. Da für Kassen ein Anreiz geschaffen wird, möglichst Mitglieder mit hohem Lohneinkommen für sich zu gewinnen und solche mit niedrigem Lohn zu meiden, erfordert der lohnabhängige Zusatzbeitrag zudem absehbar einen neuen Ausgleichsmechanismus über den Gesundheitsfonds.

Vorteilhaft ist dagegen der mit dem Direktinzug durch den Arbeitgeber verbundene geringere Bürokratieaufwand. In der gegenwärtigen Regelung rechnet die Kasse mit jedem Mitglied den monatlichen Zusatzbeitrag individuell ab. Infolgedessen kommt es zu Mahnverfahren und Inkassoproblemen. Nachteil des Direktinzugs ist jedoch die geringere Preistransparenz.

Eine in der Öffentlichkeit oft angeführte Kritik am pauschalen Zusatzbeitrag lautet, dass dieser unsozial sei, da er niedrige Einkommen ebenso belaste wie hohe Einkommen. Selbst wenn man einmal davon absieht, dass es Versicherte durch ihre Wahlentscheidung selbst in der Hand haben, wie hoch die von ihnen gezahlten Zusatzbeiträge sind, gibt es im gegenwärtigen System den Sozialausgleich. Dieser greift, sobald der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2% des beitragspflichtigen Einkommens übersteigt.

Über die neuen Regelung wird nun wie selbstverständlich gesagt, sie sei sozialer als die gegenwärtige, weil Kassenmitglieder mit höheren Löhnen einen höheren Zusatzbeitrag zahlen als Mitglieder mit niedrigen Löhnen. Entsprechend sei auch kein gesonderter Sozialausgleich nötig. Da künftig mit überproportional steigenden Gesundheitsausgaben zu rechnen ist, wird der durchschnittliche lohnabhängige Zusatzbeitrag allerdings unter der neuen Regelung vermutlich schon Ende dieses Jahrzehnts über 2% liegen. Perspektivisch ist die neue Regelung daher sogar weniger sozial als die bestehende.

5. FAZIT

Das GKV-WSG hat in Verbindung mit dem GKV-FinG einen nachhaltigen ordnungspolitischen Rahmen zur Finanzierung der GKV geschaffen – seine Rückabwicklung ist daher schädlich. Der Preiswettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wurde transparenter und schärfer. Gleichwohl hat man durch eine „Überfüllung“ des Gesundheitsfonds aufgrund eines zu hohen aktuellen Beitragssatzes von 15,5% die Preissignale der Zusatzbeiträge – vorübergehend – ausgeschaltet. Der Preiswettbewerb der Kassen kam zum Erliegen. Im Wahljahr 2013 scheute die Politik eine Belebung dieses Wettbewerbs durch ein Absenken des Beitragssatzes. Dies war auch den Erfahrungen mit der erstmaligen Erhebung von Zusatzbeiträgen infolge des GKV-WSG geschuldet. Keine Kasse wollte die erste mit einem Zusatzbeitrag sein und infolgedessen zahlreiche Mitglieder verlieren.

Um diesen „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ in der Startphase auszuschließen, ist es nötig, dass praktisch jede Kasse sofort einen Zusatzbeitrag – in jeweils unterschiedlicher Höhe – erheben muss. Wir brauchen also nicht weniger, sondern mehr Zusatzbeiträge. Dazu muss der Beitragssatz zum Gesundheitsfonds stark gesenkt werden. Dies beabsichtigt die Politik mit der geplanten Absenkung auf 14,6%. Allerdings wandelt sie gleichzeitig den lohnunabhängigen Zusatzbeitrag in einen lohnabhängigen um und schafft damit wiederum neue Probleme. Zunächst senkt sie die Wechselwahrscheinlichkeit der Versicherten bei Preisunterschieden, welche in Zukunft wieder deutlich schwächer wirken als derzeit. Dabei verringert sie im Vergleich zum Status quo besonders den Wechselanreiz für Bezieher niedrigerer Löhne. Der Druck auf die Krankenkassen, vorhandene Effizienzreserven zu heben und mögliche Kostenersparnisse zu realisieren, wird reduziert.

Darüber hinaus hat der lohnabhängige Zusatzbeitrag zur Folge, dass das Wechselmotiv zur Privaten Krankenversicherung (PKV) für Bezieher mit höheren Löhnen wieder stärker an Gewicht gewinnt. Er wird auch den Druck auf die PKV verringern, bestehende Hürden für den Versichertenwechsel abzubauen („Portabilitätsbarriere“). Ebenso wird die Wettbewerbsbarriere der Versicherungspflichtgrenze gestärkt und damit zugleich die Chance zur Weiterentwicklung in Richtung eines einheitlichen Versicherungssystems reduziert (Richter 2013). Auf diese Weise nimmt die Politik dem in Teilen „kränkelnden“ System der Krankenversicherung in Deutschland eine Erfolg versprechende Therapiemöglichkeit.

6. LITERATUR

Bundesregierung (2014), Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). Bundestagsdrucksache 18/1307.

DellaVigna, S. (2009), Psychology and economics: evidence from the field. *Journal of Economic Literature* 47(2): 315-372.

Richter, W.F. (2005), Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag. *Wirtschaftsdienst* 85: 693-697.

Richter, W.F. (2009), Germany Goes Ahead With Health Vouchers. *CESifo Dice Report* 3/2009: 53-60.

Richter, W.F. (2013), Pyrrhussieg bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 6/2013: 15-19.

Schmitz, H. und N.R. Ziebarth (2013), How Framing Prices Affects the Consumer Price Sensitivity of Health Plan Choice. Überarbeitete Version des IZA Discussion Paper 6241. Internet: <http://www.human.cornell.edu/pam/people/upload/2013-11-25-How-framing-prices-affects-the-consumer-price-sensitivity-of-health-plan-choice.pdf>, zuletzt abgerufen am 23. Juli 2014.

Spiegel Online (2010), Barmer GEK: Deutschlands größte Krankenkasse will Zusatzbeitrag einführen, 4.5.2010. Internet: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/barmer-gek-deutschlands-groesste-krankenkasse-will-zusatzbeitrag-einfuehren-a-692815.html>, zuletzt abgerufen am 23. Juli 2014.

14 | 14

RWI Position #59, 24. Juli 2014

ZULETZT ERSCHIENENE RWI POSITIONEN

- #58 Falsche Hoffnungen. Der Mindestlohn gibt kaum Impulse für die Konjunktur
- #57 „Grüner“ Strom gleich guter Strom? Warum Solarförderung ein teurer Irrtum ist
- #56 Wie geht es uns? Die W3-Indikatoren für eine neue Wohlstandsmessung
- #55 Exporte ohne Sühne? Außenhandelsüberschüsse in der Eurozone
- #54 Research With Impact: Forschung und Politikberatung am RWI
- #53 Was ist der optimale Mindestlohn? So hoch wie möglich, so niedrig wie nötig
- #52 Improved Cooking Stoves that End up in Smoke?
- #51 Im Zweifel für die Freiheit: Tarifpluralität ohne Chaos
- #50 Der Markt macht's: Hohe Benzinpreise sind kein Grund für politischen Aktionismus
- #49 Ernsthafte Konsolidierung muss Priorität der neuen NRW-Landesregierung werden
- #48 Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Richtung richtig, Umsetzung unklar
- #47 Der NRW-Haushalt für das Jahr 2011: Scheinerfolge bei der Konsolidierung
- #46 Der Weg zu nachhaltigen Finanzen: Weniger Soziales, mehr Investitionen

www.rwi-essen.de/positionen

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI) ist ein führendes Zentrum für wissenschaftliche Forschung und evidenzbasierte Politikberatung in Deutschland. Das Institut ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft. Es wurde 1926 gegründet und arbeitet seit 1943 in rechtlicher Selbständigkeit. Das RWI stützt seine Arbeiten auf neueste theoretische Konzepte und moderne empirische Methoden. Ökonomische Zusammenhänge werden auf allen Ebenen – vom Individuum bis zur Weltwirtschaft – in vier Kompetenzbereichen erforscht: „Arbeitsmärkte, Bildung, Bevölkerung“, „Gesundheit“, „Umwelt und Ressourcen“ sowie „Wachstum, Konjunktur, Öffentliche Finanzen“. Das „Forschungsdatenzentrum Ruhr am RWI“ (FDZ Ruhr) versorgt die Wissenschaftler mit aktuellsten Zahlen. Das RWI veröffentlicht Forschungsergebnisse und Beiträge zur Politikberatung in verschiedenen Publikationsreihen. Weitere Informationen im Internet unter: www.rwi-essen.de