

Fetzer, Stefan; Hagist, Christian

Article — Published Version

Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag in der GKV: Verteilungs- und Anreizwirkungen

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Fetzer, Stefan; Hagist, Christian (2014) : Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag in der GKV: Verteilungs- und Anreizwirkungen, Wirtschaftsdienst, ISSN 1613-978X, Springer, Heidelberg, Vol. 94, Iss. 3, pp. 203-209,
<https://doi.org/10.1007/s10273-014-1656-z>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/141342>

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.

Stefan Fetzner, Christian Hagist*

Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag in der GKV: Verteilungs- und Anreizwirkungen

Der Koalitionsvertrag der neuen Regierungskoalition sieht vor, einen eventuellen Zusatzbeitrag defizitärer Krankenkassen nicht wie bisher als pauschale Prämie, sondern einkommensabhängig zu erheben. Die Autoren zeigen auf, in welchem Umfang unterschiedliche Einkommen dadurch belastet werden. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Gruppe mit hohen Einkommen einen stärkeren Anreiz hat, die Krankenkasse zu wechseln. Ärmere Versicherte verlieren mit der Reform an Marktmacht.

Der große Wurf in der Reform der Finanzierung des Gesundheitswesens war von einer Großen Koalition nicht zu erwarten, schließlich sind die grundsätzlichen Positionen diametral: Bürgerversicherung auf der einen Seite, Erhalt des dualen Systems auf der anderen. Trotzdem findet sich im Koalitionsvertrag von SPD und CDU/CSU eine Übereinkunft im Bereich der Krankenkassenfinanzierung, die eine Umwandlung der pauschalen in lohnabhängige Zusatzbeiträge vorsieht. Dieser Übereinkunft liegt ein (gesichtswahrender) Kompromiss zugrunde, bei dem die CDU/CSU auf ihrer Forderung einer Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags auf 7,3% bestehen konnte und die SPD im Gegenzug die Abschaffung der „kleinen Kopfpauschale“ durchzusetzen vermochte. Ersteres ist ein Entgegenkommen an die Arbeitgeber, die nach wie vor propagieren, dass steigende Arbeitgeberbeiträge über höhere Lohnnebenkosten den Wirtschaftsstandort Deutschland gefährden.¹ Die SPD sieht die Abschaffung der „kleinen Kopfpauschale“ als Wiederherstellung der aus ihrer Sicht aus den Fugen geratenen Gerechtigkeit bei der Beitragsfinanzierung. Auf den ersten Blick wirkt dieser Mittelweg wie eine Rückkehr in die Zeiten vor dem Gesundheitsfonds, in denen Krankenkassen über kassenspezifische, lohnabhängige Beiträge um Mitglieder warben. Damit ist sicherlich auch die Hoffnung verbunden, dass Krankenkassen wieder in ruhigere Fahrwasser

kommen und über einen gemäßigten Preiswettbewerb um Versicherte konkurrieren.²

Vom Beitragssatzwettbewerb zum Gesundheitsfonds

Vor der Einführung des Gesundheitsfonds fand der 1996 initiierte Krankenkassenwettbewerb über kassenspezifische Beitragssätze statt. Hierbei erhielten Krankenkassen von ihren Mitgliedern Beiträge, mit denen sie ihre Ausgaben zu finanzieren hatten. Die (geöffneten) Krankenkassen konkurrierten in dieser Zeit über den Wettbewerbsparameter „Beitragssatz“. Vor 2004 wurden die Beiträge paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bezahlt. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde beschlossen, dass Arbeitnehmer 0,9 Prozentpunkte des Beitragssatzes allein zahlen und die Arbeitgeber die Hälfte des restlichen Beitragssatzes. Doch auch nach dieser Abweichung von der exakt paritätischen Finanzierung galt, dass ein höherer (niedrigerer) Beitragssatz einer Kasse die Beitragszahlungen von Versicherten und ihren Arbeitgebern in absolutem Maße gleich erhöhte (verringerte).

* Für kritische Kommentare und wertvolle Korrekturen danken wir Arne Leifels.

1 Allerdings soll es eine Protokollnotiz zum Koalitionsvertrag geben, nach der ab 2017 doch auch eine Anpassung der Arbeitgeberbeiträge möglich sein soll.

2 Jacobs und Wasem plädieren für einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag und schreiben (über pauschale Zusatzbeiträge): „Doch solange der Wettbewerb angesichts verzerrter Preissignale sowie unzureichender Handlungsparameter zur vertragswettbewerblichen Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung weithin inhaltsleer und damit funktionslos bleibt, erscheint das isolierte Ziel seiner Intensivierung ohnehin eher fragwürdig als erstrebenswert.“, K. Jacobs, J. Wasem: Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft?, in: G+G Wissenschaft, 13. Jg. (2013), H. 1, S. 21.

Prof. Dr. Stefan Fetzter ist Professor für Public Health und Internationale Gesundheitssysteme an der Hochschule Aalen.

PD Dr. Christian Hagist ist Privatdozent und Akademischer Rat am Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Seit Einführung des Gesundheitsfonds 2009 wird der Beitragssatz per Gesetz einheitlich festgelegt und beträgt seit 2011 15,5%. Davon abgesehen wurde die Finanzierung der Krankenkassen fundamental geändert. Diese sind zwar nach wie vor für den Einzug der Beiträge verantwortlich, müssen diese aber direkt an das Bundesversicherungsamt weiterleiten. Dort sammeln sich die zu 7,3 Beitragssatzpunkten vom Arbeitgeber und 8,2 Beitragssatzpunkten vom Arbeitnehmer geleisteten Beiträge im Gesundheitsfonds gemeinsam mit Steuerzuschüssen des Bundes.

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds morbiditätsadjustierte Zuweisungen je Versicherten. Basis hierfür ist der ebenfalls Anfang 2009 eingeführte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Krankenkassen, die ihre Ausgaben mit diesen Zuweisungen nicht finanzieren können, haben pauschale Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern zu verlangen. Umgekehrt können Krankenkassen, die durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds Überschüsse erwirtschaften, ihren Mitgliedern Prämienausschüttungen zugutekommen lassen. Unterschiedliche Zusatzbeiträge bzw. Prämienausschüttungen führen somit seither ausschließlich bei Arbeitnehmern zu Be- und Entlastungen. Hierbei gibt es ein modifiziertes Sonderkündigungsrecht: Mitglieder von Kassen, die erstmalig einen Zusatzbeitrag erheben, diesen erhöhen oder die Prämienausschüttung reduzieren, haben ein vom darauffolgenden Monat an wirksames Sonderkündigungsrecht.³

Die pauschalen Zusatzbeiträge der Versicherten wurden zunächst über eine kassenspezifische Überforderungsklausel sozial flankiert. Bei dieser war die Belastung von GKV-Mitgliedern durch Zusatzbeiträge über 8 Euro pro

Monat auf maximal 1% der beitragspflichtigen Einnahmen zu begrenzen. Seit 2011 – zumindest grundlegend vom Gesetzgeber eingerichtet – wird der soziale Ausgleich hingegen vom Steuerzahler getragen. Als soziale Messlatte gilt der Grundsatz, dass ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag, der jährlich von einem Schätzerkreis festgelegt wird, 2% der beitragspflichtigen Einnahmen nicht überschreiten darf. Die entsprechende Differenz wird dann von den vom Arbeitgeber bzw. der Rentenversicherung abzuführenden Arbeitnehmerbeiträgen direkt abgezogen. Die daraus entstehenden Mindereinnahmen werden durch Steuermittel, die in den Gesundheitsfonds fließen, ausgeglichen.

Die zwei Phasen des Gesundheitsfonds

Betrachtet man die Geschichte des Gesundheitsfonds, lassen sich grob zwei Phasen unterscheiden: Die erste Phase, von 2009 bis 2011, ist dadurch gekennzeichnet, dass Krankenkassen vermehrt Zusatzbeiträge erheben mussten. Zwar wurde der Gesundheitsfonds – entgegen der ursprünglichen Intention, dass durchschnittlich 5% der Ausgaben einer Krankenkasse über Zusatzbeiträge und 95% über Zuweisungen aus dem Fonds zu finanzieren sind – anfangs grundsätzlich so ausgestattet, dass keine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben musste.⁴ Trotzdem gerieten 2009 immer mehr Krankenkassen in finanzielle Schieflage und mussten somit Zusatzbeiträge erheben, sofern sie ihr Heil nicht in einer Fusion mit einer anderen Kasse fanden. Prominente Fälle für Zusatzbeiträge sind die DAK und die KKH-Allianz. Zwei Betriebskrankenkassen (City BKK, BKK für Heilberufe) mussten sogar geschlossen werden. Grund hierfür war ein erheblicher Mitgliederschwund, der in Kombination mit der oben beschriebenen, kassenspezifischen Überforderungsklausel zu einer „Todesspirale“⁵ für Krankenkassen führte. Dies erklärt auch, warum die meisten Zusatzbeiträge erhebenden Krankenkassen versuchten, den Zusatzbeitrag auf 8 Euro zu beschränken. Der mediale Höhepunkt dieser Entwicklung waren wohl die Berichte, nach denen Mitglieder der vor der Schließung stehenden City BKK zwar von allen geöffneten Krankenkassen per Gesetz hätten aufgenommen werden müssen, allerdings beim Versuch der Antragsstellung teilweise vor verschlossenen Geschäftsstellen standen.⁶

³ Ansonsten gilt eine zweimonatige Kündigungsfrist nach einer Mitgliedschaft von mindestens 18 Monaten.

⁴ Vgl. K. Jacobs: Gesundheitsfonds: Regelbindung für stabile GKV-Finanzen und sinnvollen Kassenwettbewerb, in: Wirtschaftsdienst, 93. Jg. (2013), H. 1, S. 26.

⁵ Ebenda, S. 25.

⁶ Einen Überblick über die Krankenkassen, die 2011 einen Zusatzbeitrag erhoben haben, findet sich bei P. Eibich, H. Schmitz, N. Ziebarth: Zusatzbeiträge erhöhen die Preistransparenz – Mehr Versicherte wechseln die Krankenkasse, in: DIW Wochenbericht Nr. 51+52 (2011), S. 7.

Ob die Politik nun bewusst oder unbewusst dem zunehmenden Missmut über Zusatzbeiträge in der Bevölkerung begegnete, bleibt Spekulation. Fakt ist, dass der zwischen Juli 2009 und Dezember 2010 aus konjunkturpolitischen Gründen auf 14,9% gesenkte Beitragssatz seit Januar 2011 wieder auf 15,5% angehoben wurde (und seitdem gesetzlich fixiert ist). Durch die günstige konjunkturelle Lage konnte dann in der Folgezeit der Gesundheitsfonds durch Überschüsse nicht nur Rücklagen bilden, sondern auch (im Durchschnitt) höhere Zuweisungen an die Krankenkassen weiterleiten. Zumindest bis 2013 profitierten die Kassen zudem von moderat ansteigenden Ausgaben.

Das Ergebnis dieser Faktoren kann als zweite Phase des Gesundheitsfonds betrachtet werden: Ab 2012 schafften die Krankenkassen sukzessive die Zusatzbeiträge wieder ab, so dass aktuell keine Krankenkasse Zusatzbeiträge erhebt. Umgekehrt gab es immer mehr Krankenkassen, die sich für eine Prämienausschüttung entschieden. Vorreiter hierbei waren die hkk – Handelskrankenkasse, die BKK Wirtschaft & Finanzen, die BKK ATU und die G&V BKK, die bereits 2009 eine Prämie ausschütteten. Die meisten Wettbewerber zeigten sich bei der Prämienausschüttung zögerlicher. Im Frühsommer 2012 gab es immer wieder Aufforderungen des damaligen Gesundheitsministers Bahr an gut wirtschaftende Krankenkassen, eine Prämie auszuschütten – sogar die Androhung einer gesetzlichen Vorgabe stand im Raum. Schließlich schütteten im Haushaltsjahr 2013 rund 28 Krankenkassen Prämien aus, unter ihnen auch die Techniker Krankenkasse als größte deutsche Krankenkasse.

Lehren aus dem Gesundheitsfonds

Es stellt sich die Frage, warum die Krankenkassen so zögerlich bei der Ausschüttung ihrer Finanzmittel waren bzw. sind. Denn theoretisch ist die Prämienausschüttung ein wirksames Instrument, um über Preispolitik neue Mitglieder zu gewinnen.

Als wesentlicher Hinderungsgrund kann angeführt werden, dass eine Mitgliedergewinnung bei einer Preissenkung nicht so stark ausgeprägt sein dürfte, wie ein entsprechender Mitgliederverlust infolge einer Preiserhöhung.⁷ Vermutlich besteht bei manchen Krankenkassen zudem die Befürchtung, eine Prämienausschüttung

könne sogenannte „schlechte Risiken“, d.h. teure Versicherte, anziehen. In der Folge müssten Anstrengungen im Bereich der Betreuung von Versicherten aufwändig verstärkt werden. Ein Indiz für diese Hypothese ist, dass von den 28 ausschüttenden Krankenkassen allein acht geschlossene Betriebskrankenkassen sind und der Rest überwiegend regional tätig ist. Zumindest bei geschlossenen Krankenkassen dürfte das Motiv, Beitragsausschüttung zur Neukundengewinnung zu nutzen, ausschließen.

Ein weiterer denkbarer Grund für verhaltene Ausschüttungspolitik dürfte aber vor allem die Befürchtung sein, dass sich die Ausgaben durch unvorhersehbare Ereignisse ungünstiger als geplant entwickeln.⁸ Dieses Kalkül wird durch die Gefahr von Sonderkündigungen infolge reduzierter Prämien gestärkt, denn auf diese Weise würde sich der anfängliche Wettbewerbsvorteil in einen Nachteil umkehren.⁹

Die Einführung des Gesundheitsfonds hat allerdings – vor allem in seiner ersten Phase – zu Tage gebracht, dass der Preiswettbewerb unter Krankenkassen mittels Pauschalen sehr wohl intensiviert werden kann. Eine neuere Arbeit von Schmitz und Ziebarth kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Preiselastizität der Nachfrage nach Einführung des Gesundheitsfonds vervierfacht hat.¹⁰ Diese drastische Erhöhung dürfte vor allem auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass Krankenkassen für den Einzug der Zusatzbeiträge ein Zusatzbeitragsmanagement etablieren mussten, indem Sie direkt sensible Kontodaten von den Versicherten abfragen. Dies verursachte nicht nur zusätzliche Verwaltungskosten, sondern führte auch zu einer Sensibilisierung der Mitglieder. Zusammen mit dem Stigma der „unwirtschaftlichen Kasse“ könnte sich dann auch der verschärfte Preiswettbewerb zumindest teilweise durch die Dichotomie „Zusatzbeitrag oder nicht“ erklären. Einige Ökonomen haben deswegen darauf hingewiesen, dass es sinnvoll gewesen wäre, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds so auszugestalten, dass alle Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen und die Überforderungsklausel nicht kassenindividuell wirkt. Der zweite Teil des

7 Theoretisch erklärt werden kann dies durch eine Präferenzstruktur von Individuen, bei denen der Nutzenverlust bei Einbuße einer bestimmten Geldsumme größer als der Nutzengewinn beim Einstreichen derselben ist, vgl. D. Kahnemann, A. Tversky: Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk, in: *Econometrica*, 47. Jg. (1979), S. 263-291.

8 Als Beispiel für ein unvorhersehbares Ereignis sei hier nur der Verzicht auf die Erhebung der Praxisgebühr ab Januar 2013 genannt.

9 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Bundestags-Drucksache 17/10323 vom 10.7.2012, Ziffer 525.

10 Vgl. H. Schmitz, N. R. Ziebarth: How Framing Prices Affects the Consumer Price Sensitivity of Health Plan Choice, Working Paper, November 25, 2013 [revised version based on IZA Discussion Paper No. 6241], <http://www.human.cornell.edu/pam/people/upload/2013-11-25-How-framing-prices-affects-the-consumer-price-sensitivity-of-health-plan-choice.pdf>.

Tabelle 1

Belastungswirkungen pauschaler bzw. einkommensabhängiger Zusatzbeiträge im Vergleich¹

in Euro

		System „Koalitionsvertrag“: einkommensabhängiger Zusatzbeitrag		System „Gesundheitsfonds“: Sozialausgleich und durch- schnittlicher Zusatzbeitrag in Höhe von 16 Euro				Belastungswirkung im Vergleich	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Beitrags- pflichtiges Einkommen	Häftiger Beitrags- anteil (7,3% von (1))	Zusatzbeitrag (0,9% von (1))	Arbeitneh- mer-Ge- samtbeitrag ((2) + (3))	Über- forderungs- grenze (2% von (1))	Sozial- ausgleich (Maximal- wert aus 16 Euro - (5) oder 0 Euro)	Effektiver lohnabhän- giger Beitrag nach Sozial- ausgleich ((2) - (6))	Gesamtbe- lastung Ar- beitnehmer ((7) + 16 Euro pauschaler Beitrag)	Belastung Pauschale 16 Euro gegenüber einkommens- abhängigem Zusatzbeitrag 0,9% ((5) - (3))	Belastung Pau- schale 0 Euro gegenüber einkommens- abhängigem Zusatzbeitrag 0% - (6)
450,00	32,85	4,05	36,90	9,00	7,00	25,85	41,85	4,95	-7,00
600,00	43,80	5,40	49,20	12,00	4,00	39,80	55,80	6,60	-4,00
800,00	58,40	7,20	65,60	16,00	0,00	58,40	74,40	8,80	0,00
1000,00	73,00	9,00	82,00	20,00	0,00	73,00	89,00	7,00	0,00
1500,00	109,50	13,50	123,00	30,00	0,00	109,50	125,50	2,50	0,00
2000,00	146,00	18,00	164,00	40,00	0,00	146,00	162,00	-2,00	0,00
2500,00	182,50	22,50	205,00	50,00	0,00	182,50	198,50	-6,50	0,00
3000,00	219,00	27,00	246,00	60,00	0,00	219,00	235,00	-11,00	0,00
3937,50	287,44	35,44	322,88	78,75	0,00	287,44	303,44	-19,44	0,00

¹ In der so genannten Midi- oder Gleitzone zwischen einem Einkommen von 450 und 850 Euro wird normalerweise ein adjustiertes (reduziertes) Einkommen zur Beitragsberechnung unterstellt. Im Weiteren wird aus Gründen der Übersicht jedoch davon abstrahiert. Die Ergebnisse ändern sich bei Unterstellung eines adjustierten Einkommens lediglich quantitativ, die qualitative Aussage bleibt unberührt.

Quelle: eigene Berechnungen.

Appells wurde erhört, was zum oben erwähnten steuerfinanzierten Sozialausgleich führte – der allerdings wegen des bislang auf 0 Euro festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrags niemals wirksam wurde.¹¹

Pauschaler versus einkommensabhängiger Beitrag: Verteilungswirkungen

Im Folgenden wird skizziert, welche Verteilungswirkungen sich aus dem Zusammenspiel des neuen Sozialausgleichs mit einem von Null abweichenden durchschnittlichen Zusatzbeitrag ergeben hätten. Auf dieser Analyse aufbauend können dann die Vereinbarungen des Koalitionsvertrags – und im Speziellen das Argument, pauschale Zusatzbeiträge seien ungerecht – bewertet werden.

Tabelle 1 vergleicht die finanziellen Mehrbelastungen zweier (noch) fiktiver Systeme in Abhängigkeit vom bei-

tragspflichtigen Einkommen.¹² Grundsätzlich wird ein hälftiger Arbeitnehmerbeitrag von 7,3% unterstellt. Das erste simulierte System entspricht dem Koalitionsvertrag. Ein Mitglied einer durchschnittlichen Krankenkasse müsste 0,9% des beitragspflichtigen Einkommens als lohnabhängigen Zusatzbeitrag bezahlen, so dass beispielsweise bei einem Einkommen von 2000 Euro insgesamt 164 Euro an monatlichen Beiträgen zu entrichten wären.

Das zweite System entspricht dem des derzeitigen Gesundheitsfonds. Allerdings wird hier angenommen, dass ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag größer Null festgelegt wurde. Als äquivalente Startgröße zu den 0,9% Zusatzbeitrag vom Versicherteneinkommen werden 16

¹² In den Berechnungen werden als unterer Rand für das Einkommen 450 Euro angenommen, da niedrigere Einkommen kaum bzw. schwächer von der konkreten Ausgestaltung betroffen wären. So gibt es für verschiedene Gruppen wie z.B. ALG-II-Empfänger und Auszubildende unter einem gewissen Einkommen de facto Befreiungen vom Zusatzbeitrag, und andere Personen, die unter 450 Euro verdienen, sind meist über die Familienmitversicherung abgesichert. Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (monatlich 3937,50 Euro) sind offensichtlich irrelevant.

¹¹ Kürzlich wurde der durchschnittliche Zusatzbeitrag auch für 2014 auf 0 Euro festgesetzt, vgl. Bundesanzeiger, Amtlicher Teil, vom 31.10.2013, B5.

Euro veranschlagt (z.B. zu berechnen über die Faustformel, dass ein Beitragssatzpunkt 11 Mrd. Euro pro Jahr ergibt). In diesem System würde der oben skizzierte Sozialausgleich auf der Ebene der beitragsabführenden Stelle, d.h. bei Arbeitgebern bzw. Rentenversicherungsträgern, vollzogen. Eine direkte Subvention auf der Ebene der Mitglieder findet nicht statt, vielmehr wird beim Quelleneinzug der Arbeitnehmerbeiträge der Sozialausgleich mit verrechnet.

Für diesen Sozialausgleich wird zunächst überprüft, ob der durchschnittliche Zusatzbeitrag in Höhe von 16 Euro 2% des Einkommens übersteigt. In der vorliegenden Tabelle ist dies bei den Einkommen 450 Euro und 600 Euro der Fall. Der Sozialausgleich mindert daher den Zahlbetrag der beitragsabführenden Stelle um 7 bzw. 4 Euro. Wird außerdem angenommen, dass das Mitglied bei einer durchschnittlichen Krankenkasse einen monatlichen Zusatzbeitrag von genau 16 Euro zu bezahlen hat, ergibt sich für ein beitragspflichtiges Einkommen in Höhe von 2000 Euro eine Gesamtbelastung aus Beitrag und pauschalem Zusatzbeitrag von 162 Euro.

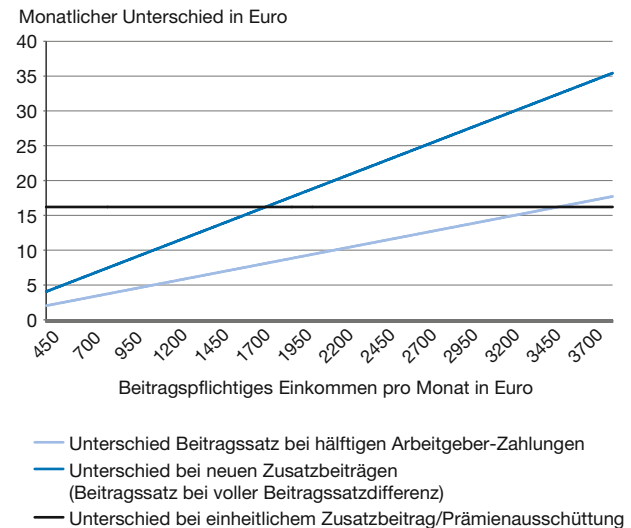
Betrachtet man die Belastungswirkungen in der vorletzten Spalte von Tabelle 1, so kann man feststellen, dass diese sich in einem Regime pauschaler Zusatzbeiträge gegenüber einem einkommensabhängigen System noch im Rahmen hielten und bei einem beitragspflichtigen Einkommen von 800 Euro maximal 8,80 Euro pro Monat betragen, wenn man eine durchschnittliche Krankenkasse mit einkommensabhängigem (0,9%) und pauschalem Zusatzbeitrag (16 Euro) vergleicht. Allerdings hängt die effektive Belastungswirkung auch von der Wahl der Krankenkasse ab (vgl. Tabelle 1, letzte Spalte). Bei einer Krankenkasse, die in keinem der Systeme Zusatzbeiträge erhebt, profitieren Einkommen unter 800 Euro sogar vom Sozialausgleich in einem System mit pauschalen Zusatzbeiträgen.¹³

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich die Belastungswirkungen eines pauschalen Zusatzbeitrags gegenüber einem einkommensabhängigen Zusatzbeitrag in Grenzen halten und auch maßgeblich von der Wechselbereitschaft der Versicherten abhängig sind – insbesondere bei niedrigem Einkommen. Es bleibt abschließend hinzuzufügen, dass der im Gesetz vorgesehene Sozialausgleich über die beitragsabführende Stelle verwaltungstechnisch recht effizient gelöst ist. Dies impliziert auch

¹³ Auf eine Berücksichtigung der Belastungswirkungen etwaiger zusätzlicher Steuern für den Sozialausgleich wurde bewusst verzichtet. Die Entwicklung des gesamten Steuerzuschusses zum Gesundheitsfonds unterliegt eher konjunkturpolitischen Gesamtüberlegungen als dezidierten Gerechtigkeitsüberlegungen zur GKV. Vgl. hierzu z.B. K. Jacobs, a.a.O., S. 24-27.

Abbildung 1

Wechselanreize zur günstigsten Kasse ausgehend von einem Arbeitnehmer-Anteil von 0,9%



Quelle: eigene Berechnungen.

eine Schwächung des „alten“ Arguments, dass der Sozialausgleich in einem Kopfpauschalensystem einen extrem hohen Verwaltungsaufwand mit sich bringen würde.

Pauschaler versus einkommensabhängiger Beitrag: Wettbewerbswirkung

Anknüpfend an die Analyse der relativen Verteilungswirkung von pauschalen bzw. einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen stellt sich die Frage nach der Wettbewerbswirkung einer solchen Reform. Im Vordergrund steht dabei der Wechselanreiz der Versicherten und somit der Preiswettbewerb innerhalb der GKV.

In Abbildung 1 werden exemplarisch zwei Krankenkassen mit unterschiedlichen Zusatzbeiträgen betrachtet: Krankenkasse A erhebe einen Zusatzbeitrag von 0,9% im Regime einkommensabhängiger Zusatzbeiträge, Krankenkasse B erhebe keinen Zusatzbeitrag. Das Äquivalent in einem System pauschaler Zusatzbeiträge bildet im Fall der Krankenkasse A der oben genannte Betrag von 16 Euro. Um zusätzlich den Unterschied zum System, dass vor dem Gesundheitsfonds herrschte, darzustellen, wird der Preisunterschied von einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen halbiert, da hier der Arbeitnehmer nur zur Hälfte von Beitragssatzunterschieden profitiert hätte.

Abbildung 1 macht deutlich, dass alle Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Einkommen unter 1778 Euro (0,9% von 1778 Euro ergeben 16 Euro) einen geringeren preisbedingten Wechselanreiz als in einem System pauschaler Zusatzbeiträge haben. Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Einkommen über 1778 Euro haben hingegen einen stärkeren preislichen Wechselanreiz, der mit zunehmendem Einkommen weiter ansteigt und bei Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze 2013 (in Höhe von 3937,50 Euro) maximal 35,33 Euro beträgt. Bei vollständig paritätischer Finanzierung wären im Übrigen die Wechselanreize in beiden Systemen erst bei doppelt so hohen Einkommen identisch: Die Beitragssparnis übersteigt ab ca. 3555 Euro monatlichem Einkommen den pauschalen Betrag von 16 Euro.

Offenbar erzeugt ein System einkommensabhängiger Zusatzbeiträge, wie es im Koalitionsvertrag vereinbart wurde, vor allem für Versicherte mit hohen Einkommen erhebliche Wechselanreize. Abbildung 1 zeigt, dass dieser stärkere Anreiz für höhere Einkommensgruppen nicht nur durch den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag selbst entsteht, sondern auch dadurch, dass die Arbeitnehmer ihn allein zahlen.

Das Ausmaß des neu entworfenen Beitragssatzwettbewerbs (um Gutverdiener), dürfte allerdings maßgeblich davon abhängig sein, ob der einkommensabhängige Zusatzbeitrag über die beitragsabführende Stelle mit eingezogen wird oder – wie die zwischen 2009 und 2012 erhobenen pauschalen Zusatzbeiträge – über die Krankenkasse selbst, die hierzu auch mit sensiblen Kontodaten der Mitglieder in Berührung kommt. Zudem wird die Ausgestaltung etwaiger Sonderkündigungsregelungen bei erstmaliger Erhebung von Zusatzbeiträgen (oder deren Erhöhung) die Wechselbereitschaft beeinflussen.

Betrachtet man die rein preislichen Auswirkungen des Koalitionsvorhabens, so ist davon auszugehen, dass der Wettbewerb unter den Krankenkassen intensiviert wird. Dies gilt wegen der höheren Wechselbereitschaft gerade für den Wettbewerb um gutverdienende Versicherte.¹⁴ Unter der Annahme, dass diese auch nach den morbiditätsadjustierten Gesundheitsfonds-Zuweisungen noch „gute Risiken“ sind, werden die Anreize zur Risikoselektion weiter verschärft. Aber selbst wenn nach ebenfalls im Koalitionsvertrag angekündigten Weiterentwicklungen des Morbi-RSA in Richtung eines fairen Kassenwettbewerbs gutverdienende, relativ gesunde Versicherte einen geringen oder gar keinen Deckungsbeitrag für eine Krankenkasse generieren, gilt dennoch

das Argument, dass Krankenkassen sicherlich nicht in kurzer Zeit ihre Größe anpassen können. Davon ausgehend, dass es auch im Krankenkassengeschäft gewisse Größenvorteile gibt, stellt dann künftig der bei Gutverdienern wirkende prozentuale Zusatzbeitrag den einzigen preislichen Wettbewerbsparameter dar. Eine neuerliche Veränderung der Krankenkassenlandschaft durch Marktkonzentration ist unter diesen Vorzeichen absehbar. Ob dies dann noch einen „fairen Kassenwettbewerb“ darstellt, bleibt abzuwarten.

Umgekehrt argumentiert werden schwächere Einkommen durch den Vorschlag in ihrer Eigenschaft als Marktteilnehmer auf dem Krankenkassenmarkt geschwächt. Die monetären Anreize eines Wechsels von einer Krankenkasse zu einer anderen werden durch den Vorschlag deutlich reduziert. Damit verbleibt in Bezug auf Versicherte unterer Einkommensgruppen allein der nicht-preisliche Wettbewerbsparameter „Qualität der Versorgung“. Auch hier sieht der Koalitionsvertrag etwas mehr Gestaltungsspielraum im Bereich der selektiven Vertragsformen und der Integrierten Versorgung durch die Krankenkassen vor. Damit wird aber die vielfach von Gesundheitsökonomien geforderte Intensivierung des Preis-Leistungs-Wettbewerbs unter Krankenkassen zu einem inkongruenten Wettbewerb umfunktioniert: Auf der einen Seite wird der Wettbewerb bei Krankenkassen mit gutverdienenden Mitgliedern über möglichst niedrige einkommensabhängige Zusatzbeiträge, niederschwellige Bonusprogramme und generöse Satzungsleistungen intensiviert. Im Bereich des Wettbewerbs um eine gute Versorgung mit Leistungen für arme Kranke wird hingegen das Preissignal deutlich reduziert. Damit sind aber auch die Voraussetzungen bestimmt, unter denen Krankenkassen mit „guter“ bzw. „schlechter“ Risikostruktur künftig gegeneinander agieren: Dies wird weniger der Wettbewerb sein, sondern eine möglichst große Einflussnahme bei der künftigen Ausgestaltung des Morbi-RSA zum jeweiligen eigenen Vorteil.

Möchte man einen kongruenten Wettbewerb mit den Parametern Preis und Leistung forcieren, so sollte man sich an die ursprüngliche Intention der Kopfpauschale erinnern: Hier konkurrieren Krankenkassen nicht nur um Mitglieder, sondern um alle Versicherten. Über die Ausgestaltung des um den Sozialausgleich fortentwickelten Gesundheitsfonds hätte man dies eigentlich recht gut lösen können.¹⁵ Denn würde man – wie oben beschrieben – einen „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ verhindern, indem die Zuweisungen aus dem

14 Vgl. K. Zok: Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage, in: WIdO-monitor, Ausgabe 1/2011.

15 Vgl. S. Felder: Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb, in: D. Göpf-fahrt et al.: Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007, Sankt Augustin 2007, S. 215-230.

Gesundheitsfonds gerade so hoch angesetzt sind, dass jede Krankenkasse gezwungen wäre, tatsächlich einen Zusatzbeitrag zu erheben, so könnte der ursprünglich gewünschte Preis-Leistungswettbewerb in Gang kommen.¹⁶

Unter solchen Bedingungen ist es dann jedem Versicherten (aber auch insbesondere krankheitsanfälligen Schlechtverdienern) selbst überlassen, ob er eine Kasse mit einem hohen Zusatzbeitrag wählt, die ihm gut ausgebaute Versorgungsprogramme anbietet, oder auf diese verzichtet und eine Krankenkasse wählt, die einen möglichst geringen Zusatzbeitrag anbietet, weil sie z.B. mit intelligenten Selektivverträgen günstige Preise bei den Leistungserbringern erzielen kann. Die sozialen Lasten einer solchen Modifizierung wären dank des zwar vorgesehenen, aber nie praktizierten Sozialausgleichs auch überschaubar gewesen.

Drastisch formuliert könnte man daher folgern, dass der Koalitionsvertrag sich die „Wiederherstellung der Beitragsgerechtigkeit“ durch eine Entmündigung krankheitsanfälliger Geringverdiener erkaufte. Als zusätzlicher Preis kommt der Verzicht auf künftige positive Wachstums- und Beschäftigungseffekte hinzu, die beispielsweise der Sachverständigenrat Wirtschaft abermals in seinem jüngsten Jahresgutachten anspricht.¹⁷

Fazit

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, ob der größere Kassenwechselanreiz für Gutverdiener mög-

licherweise mehr Personen mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze davon abhalten könnte, sich in der PKV zu versichern. Vielleicht ist dies ja das wirkliche Motiv – zumindest der die Bürgerversicherung im Wahlkampf propagierenden SPD – für einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag. Der durch den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag entstehende monetäre Anreiz entfaltet (wie oben berechnet) oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze eine monatliche Entlastungswirkung gegenüber dem Status quo in Höhe von gut 35 Euro – sofern es eine Krankenkasse gibt, die gänzlich auf den 0,9%igen Zusatzbeitrag verzichtet. Dies schafft allenfalls im Einzelfall Anreize für Personen über der Versicherungspflichtgrenze, sich für die GKV zu entscheiden. Sollte im Laufe der Legislaturperiode oder durch einen Regierungswechsel doch noch eine Bürgerversicherung per Gesetz etabliert werden, sind jedoch erhebliche juristische Auseinandersetzungen mit PKV-Unternehmen zu befürchten.¹⁸ Eine Bürgerversicherung könnte aber indirekt entstehen, wenn Versicherte über einen höheren pauschalierten Anteil an der Krankenkassenfinanzierung zu beteiligen wären. Breyer skizziert dies als „legalen Weg in eine Bürgerversicherung“¹⁹. Auch dies wäre gut über den Gesundheitsfonds mit dem modifizierten Sozialausgleich zu bewerkstelligen. Insofern hat sich der Koalitionsvertrag auch ein Stück weit vom ursprünglichen Vorhaben der SPD, nämlich der Herstellung von mehr Solidarität bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen durch die Einbeziehung Privatversicherter, verabschiedet.

16 „Bei hinreichender Transparenz über den Versicherungs- und Leistungsbereich können die Versicherten diese beiden (Wahl-)Entscheidungen auch simultan treffen.“ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, a.a.O., Ziffer 487.

17 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik, Jahresgutachten 2013/14, Ziffer 723. Kallweit und Kohlmeier zeigen diese positiven Effekte unter Verwendung eines numerischen allgemeinen Gleichgewichtsmodells mit überlappenden Generationen, vgl. M. Kallweit, A. Kohlmeier: Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Weiterentwicklungsoptionen und ihre finanziellen sowie allokativen Effekte, Arbeitspapier 06/2012, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

18 Darüber hinaus bleibt bei den meisten Bürgerversicherungskonzepten unklar, was mit den bisherigen Beihilfeleistungen für Beamte, die immerhin rund 50% der PKV-Versicherten darstellen, geschehen soll. Die Regierungen der Bundesländer dürften angesichts der installierten Schuldenbremsen derzeit wenig Lust auf zu zahlende „Arbeitgeberbeiträge“ bzw. entsprechenden finanziellen Beamtenkompensationen haben, die bei Einführung einer Bürgerversicherung notwendig würden und deren Summe womöglich die bisherigen Beihilfeausgaben noch überschreitet. Die im Vorfeld des Bundestagswahlkampfs diskutierten notwendigen Kompensationen der Leistungserbringer für die entfallenen besseren Vergütungsoptionen Privatversicherter wären außerdem zu klären.

19 Vgl. F. Breyer: Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 92. Jg. (2012), H. 10, S. 655-658.

Title: Wage-Related Additional Contributions in German Health Insurance: Distributional and Incentive Effects

Abstract: Since 2011 German health insurance funds have had to raise additional lump-sum contributions from members in case of insufficient allotment from the central health funds. The new German government plans to replace the lump-sum contributions with wage-related ones. Despite its contrary intentions, we argue that this reform would actually hurt poor members of health insurance funds and decrease their market power. Due to this reform and the well-known relationship between income and health, health insurances funds will increase their adverse competition for higher income households.

JEL Classification: I10, I13, I18