



**Fragen und Antworten
zu den**

***Eckpunkten der Regierungsfractionen
für eine Reform der
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung***

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 202491-0
Fax: +49 (0)30 202491-50
info@ikkev.de
www.ikkev.de

Ansprechpartner für Rückfragen:
Stefan Gründer
Statistik & Finanzierung der GKV
stefan.gruender@ikkev.de

Stand: 30. Juli 2010



Warum ist eine Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überhaupt nötig?

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist seit nun über drei Jahrzehnten ständiges Objekt gesundheitspolitischer Reformversuche. Dies liegt daran, dass die Ausgaben der Krankenkassen aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts stetig steigen, die Einnahmen der Krankenkassen mit diesem Ausgabenanstieg aber nicht mehr Schritt halten können.

Während der Anteil der Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt (BIP) seit Jahren relativ stabil um die sieben Prozent liegt, sinkt der Anteil des sozialversicherungspflichtigen Beitragsvolumens am BIP stetig ab. Dies ist die Folge eines seit den 1970er Jahren verminderten Wirtschaftswachstums und eines sinkenden Anteils der abhängigen Lohnneinkommen am Volkseinkommen. Ohne staatliche Intervention würden die Krankenversicherungsbeiträge kontinuierlich steigen und Arbeitgeber sowie Versicherte zunehmend höher belastet werden.

Die schwarz-gelbe Regierung hat deshalb im Koalitionsvertrag 2009 eine strukturelle Reform der Finanzierung der GKV vereinbart, dessen Kernstücke das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags und die Einführung einkommensunabhängiger Arbeitnehmerbeiträge sind.

Warum hat die Einigung der Regierung auf die nun vorgelegten Eckpunkte für eine Finanzierungsreform so lange gedauert?

Von Beginn an interpretieren die Koalitionspartner den Koalitionsvertrag vollkommen unterschiedlich: Während die FDP den Koalitionsvertrag als einen Systemwechsel in Richtung Prämienfinanzierung mit steuerfinanziertem Sozialausgleich verstehen, will die CSU an der heutigen einkommensabhängigen Beitragserhebung festhalten. In der CDU wird die Einführung eines Prämienmodells mehrheitlich befürwortet. Während sich FDP und CDU vom Prämienmodell einen effektiveren Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erhoffen, befürchtet die CSU trotz vorgesehenem Sozialausgleich eine zu starke Belastung von Geringverdienern.

In den ersten neun Monaten der schwarz-gelben Regierungszeit wurde die Erarbeitung eines detaillierten Reformkonzeptes im FDP-geführten Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von einem medialen Konflikt um die Deutungshoheit des Koalitionsvertrages begleitet. In Verbindung mit der im Rahmen der Weltwirtschaftskrise stärker werdenden öffentlichen Debatte um die zunehmende Überschuldung des Bundes, sanken die Freiheitsgrade des BMG hinsichtlich der Einführung einer strukturellen Finanzierungsreform und eines damit notwendigen umfangreichen steuerfinanzierten Sozialausgleichs. Auch die CDU-Fraktion sprach



wegen dieser ökonomischen Rahmenbedingungen nur noch vorsichtig von einem Einstieg in ein Prämienmodell, da die notwendigen Steuergelder für den Sozialausgleich nicht mehr zur Verfügung zu stehen schienen.

Ein erstes Eckpunktepapier des BMG von Anfang Juni 2010 hatte deshalb von dem ursprünglichen Vorhaben einer Umwandlung des gesamten Arbeitnehmerbeitrages von 7,9% in eine Prämie (ursprünglich ca. 120 - 170 € je Mitglied im Monat) bereits Abstand genommen und nur noch die Einführung einer kleineren Prämie in Höhe von durchschnittlich 30 € je Mitglied im Monat vorgesehen, für die der Arbeitnehmerbeitrag um 0,6 Prozentpunkte gesenkt werden sollte. Der Sozialausgleich konnte aufgrund der verlorenen Bundesratsmehrheit nach der Wahl in Nordrhein-Westfalen jedoch nicht mehr im Steuersystem umgesetzt werden, da eine derartige Reform im Bundesrat zustimmungspflichtig gewesen wäre. Um die Belastung von Geringverdienern zu begrenzen, wurden stattdessen sogenannte ermäßigte Beitragssatzklassen entwickelt.

Während die CDU sich dem Konzept des BMG gegenüber aufgeschlossen zeigte, wurde es von der CSU abgelehnt. Die CSU ließ sich weiterhin auf keinen Kompromiss zur Einführung – auch noch so geringer – einkommensunabhängiger Prämien ein. Die verlorene Wahl in Nordrhein-Westfalen, die schwierige Bundespräsidentenwahl, das horrende prognostizierte Defizit der GKV für 2011 in Höhe von 11 Mrd. € und die immer schlechter werdenden Umfragewerte der Regierung erhöhten jedoch den Einigungsdruck zwischen den drei Parteien beträchtlich. Tatsächlich konnten sich diese Anfang Juli 2010 auf Eckpunkte einer Gesundheitsreform einigen.

Was soll sich in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ändern?

Die Eckpunkte sehen einen Mix aus kurzfristig wirksamen und langfristigen strukturellen Maßnahmen vor. Die kurzfristigen Maßnahmen zielen darauf ab, das für die nächsten Jahre prognostizierte Defizit der gesetzlichen Krankenkassen zu vermindern. Darin enthalten sind eine Beitragserhöhung in Höhe von 0,6 Prozentpunkten, ein einmaliger Steuerzuschuss zum Fonds sowie Einsparungen bei Ärzten, Krankenhäusern, Arzneimitteln und bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen.

Die langfristigen Maßnahmen beinhalten eine strukturelle Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Erstmals in der Geschichte der GKV wird es neben der einkommensabhängigen Beitragserhebung eine zwingend vorgeschriebene, einkommensunabhängige Beitragskomponente geben. Ab 2012 sollen die zu erwartenden Defizite der Krankenkassen infolge steigender Leistungsausgaben für Ärzte, Krankenhäuser und Arz-



neimittel nicht mehr über Beitragssatzerhöhungen oder Kostendämpfungsmaßnahmen, sondern über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Versicherten geschlossen werden.

Was erhofft sich die Regierung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen?

Die Regierungskoalition erhofft sich von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen einen effektiveren Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und dadurch mittel- bis langfristig Einsparungen bei den Leistungsausgaben. Im Gegensatz zu einkommensabhängigen Beiträgen senden einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in Euro und Cent unverzerrte Preissignale im Wettbewerb um Versicherte zwischen den Krankenkassen. Die Konstruktion des Sozialausgleiches ermöglicht, dass auch Geringverdiener, die einen Sozialausgleich erhalten, preissensibilisiert werden. Auch sie müssen zunächst den vollen Zusatzbeitrag an die Kasse überweisen, da der Sozialausgleich separat im Lohnverfahren abgewickelt wird. Zudem erhalten Geringverdiener den Sozialausgleich nur bis zum GKV-weit durchschnittlichen Zusatzbeitrag ausgezahlt, so dass Anreize zum Wechsel in eine günstigere Kasse auch für Geringverdiener bestehen.

Zweitens erhoffen sich die Regierungsparteien eine geringere Abhängigkeit der GKV-Einnahmen von der konjunkturellen Entwicklung. Weil die Erhebung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge durch die Krankenkassen nicht mehr an das Einkommen des Versicherten gekoppelt ist, beeinträchtigt ein Anstieg der Arbeitslosigkeit die Einnahmehasis der GKV im geringeren Maße als bislang.

Vom Einfrieren des Arbeitgeberbeitrages versprechen sich die Koalitionäre drittens Impulse für mehr Beschäftigung. Dem Anstieg der Leistungsausgaben wurde in der Vergangenheit oft mit einem Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge begegnet, was nach Ansicht der Regierungsparteien beschäftigungshemmende Wirkungen beinhaltete. Diese Spirale soll mit einem Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge und der Einführung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen durchbrochen werden. Unter Wissenschaftlern ist ein direkter Zusammenhang zwischen Lohnnebenkosten und Beschäftigungsentwicklung jedoch durchaus umstritten.

Viertens sehen CDU und FDP in einem steuerfinanzierten Sozialausgleich eine gerechtere und zielführendere Finanzierung des Ausgleiches zwischen Arm und Reich als im Beitragssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung gegeben. Im Steuersystem würden nicht nur die Arbeitseinkommen, sondern alle Einkommensarten berücksichtigt. Darüber hinaus würden im Gegensatz zum Status quo auch Privatversicherte zur Finanzierung des Sozialausgleiches herangezogen.



Wie beurteilt die Opposition die Eckpunkte der Finanzierungsreform?

Die Oppositionsparteien lehnen die Reformvorschläge als unsozial und bürokratisch ab. Sie verweisen stattdessen auf ihre jeweiligen Bürgerversicherungsmodelle. Die grundlegende Problemdiagnose einer unterfinanzierten GKV wird auch von den Befürwortern des Bürgerversicherungsmodells geteilt. Statt einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen schlagen sie jedoch im Rahmen einer Bürgerversicherung die Ausweitung der einkommensabhängigen Sozialversicherungspflicht auch auf Privatversicherte, die Einbeziehung aller Einkommensarten bei der Beitragsbemessung, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Einführung eines einheitlichen Versicherungsmarktes durch Abschaffung der privaten Krankenvollversicherung vor. Davon erhoffen sich die Verfechter des Bürgerversicherungsmodells – wie die Befürworter des Prämienmodells auch – eine langfristig stabile Einnahmebasis für die gesetzliche Krankenversicherung.

Ein von der SPD in Auftrag gegebenes Gutachten hat zudem festgestellt, dass die Konstruktion des Sozialausgleiches verfassungswidrig sei. Dies ergäbe sich, wenn für die Berechnung des Anspruches auf Sozialausgleich nur das Hauptarbeitsentgelt bzw. die gesetzliche Rente herangezogen würde und weitere sozialversicherungspflichtige Einkommen – z. B. Versorgungsbezüge oder Betriebsrenten – nicht berücksichtigt werden. Dies könne laut Gutachten dazu führen, dass ein Versicherter mit einer kleinen gesetzlichen Rente zuzüglich einer guten Betriebsrente den Sozialausgleich erhalten würde, ein Versicherter mit nur einer (höheren) Rente hingegen nicht, obwohl sein Einkommen in der Summe geringer ist. Dies verstöße gegen das Prinzip der Gleichbehandlung.

Das BMG entgegnet, dass das Gutachten auf einem noch nicht existierenden Gesetzesentwurf beruhe und daher nicht seriös sei. Zudem weist das BMG darauf hin, dass bei der Berechnung des Sozialausgleiches alle sozialversicherungspflichtigen Einkommen berücksichtigt werden sollen.

Wie kommen die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge zustande und wer muss sie bezahlen?

Spätestens ab 2012 werden die Einnahmen des Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen nicht mehr decken können. Das bedeutet, dass die Krankenkassen weniger Geld zur Verfügung haben werden, als sie für die Versorgung der Versicherten benötigen. Dieses Defizit können die Kassen ab dem 1. Januar 2011 von ihren Versicherten über die Erhebung eines kassenspezifischen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages refinanzieren. Die Höhe des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages ist ab 2011 nicht mehr begrenzt. Der Zusatzbeitrag muss in Euro und Cent erhoben werden. Das Einkommen eines Versicherten spielt hierbei zunächst keine Rolle.



Die Versicherten erhalten über die Höhe des von ihrer Krankenkasse erhobenen Zusatzbeitrages eine Rechnung, die sie dann an ihre Kasse überweisen müssen. Die Versicherten werden auch in Zukunft die Möglichkeit haben, außerordentlich zu kündigen und eine günstigere Kasse zu suchen, sobald ihre Kasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt oder weiter anhebt.

Kinder und nicht erwerbstätige Familienangehörige bleiben weiterhin beitragsfrei mitversichert und müssen weder Krankenversicherungsbeiträge noch Zusatzbeiträge zahlen.

Worin besteht der Unterschied zwischen dem zukünftigen Zusatzbeitrag und dem heute bereits existierenden Zusatzbeitrag?

Der heute bereits existierende, aber bislang nur von wenigen Kassen erhobene Zusatzbeitrag muss von den Kassen nicht zwingend als einkommensunabhängige Pauschale erhoben werden. Die Kassen haben derzeit auch die Möglichkeit, einen prozentualen bzw. einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zu erheben. Diese Möglichkeit wird es ab 2011 jedoch nicht mehr geben. Die Kassen müssen dann stets einen festen einkommensunabhängigen Betrag in Euro und Cent ausweisen.

Was bedeutet das für die paritätische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Die geplante Beitragserhöhung um 0,6 Prozentpunkte zum 1. Januar 2011 wird je zur Hälfte von Arbeitgebern und Versicherten getragen werden. Etwas mehr als die Hälfte des Defizits wird somit im Jahr 2011 in jeden Fall paritätisch refinanziert. Da abzuwarten ist, inwieweit die geplanten Sparmaßnahmen tatsächlich realisiert werden, ist nicht vollständig auszuschließen, dass auch in 2011 ein Fondsdefizit entstehen könnte, welches dann ausschließlich von den Versicherten über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge zu finanzieren sein würde.

Ab 2012 werden aufgrund des eingefrorenen Arbeitgeberbeitrages alle Ausgabensteigerungen ausschließlich durch die Versicherten in Form von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen finanziert werden müssen. Damit wird die paritätische Finanzierung der GKV mittel- bis langfristig geschwächt.

Wird es einen Sozialausgleich geben?

Die in der aktuellen Form bestehende 1%-Überforderungsklausel wird zum 1. Januar 2011 wieder abgeschafft. Diese Klausel begrenzte den von einer Kasse maximal zu erhebenden Zusatzbeitrag eines Mitglieds auf 1% seines Einkommens. Die Rechnung einer Kasse über



den zu überweisenden Zusatzbeitrag durfte nicht höher als 1% des Einkommens des Versicherten sein. Infolgedessen war ein weiterer Sozialausgleich nicht notwendig.

Auch in Zukunft wird es eine maximale soziale Belastungsgrenze geben, die allerdings auf 2% des Einkommens angehoben wird. Zudem wird das ganze Verfahren anders ausgestaltet sein: Anders als heute müssen alle Mitglieder zunächst den vollen Zusatzbeitrag an die Kasse überweisen. Der Sozialausgleich erfolgt gleichzeitig in einem separaten, aber automatisierten Verfahren über den Arbeitgeber.

Wie funktioniert der Sozialausgleich?

Die Höhe des Sozialausgleiches bemisst sich nicht an dem tatsächlich von einer Kasse erhobenen Zusatzbeitrag, sondern ausschließlich an dem durchschnittlich erforderlichen Zusatzbeitrag in der GKV. Versicherte erhalten einen Sozialausgleich, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der GKV 2% ihres Einkommens überschreitet. Jedem Versicherten wird die Differenz zwischen seiner sozialen Belastungsgrenze und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag vom Arbeitgeber bzw. Sozialversicherungsträger mit seinem Lohn antragslos „ausgezahlt“: Der Arbeitgeber vermindert hierbei den an den Gesundheitsfonds zu überweisenden Krankenversicherungsbeitrag für einen Versicherten um jenen Betrag, den der Versicherte als Sozialausgleich vom Arbeitgeber erhält.

Die heutige einkommensbezogene Prüfung je Mitglied, die eine Krankenkasse bei Erhebung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages oberhalb von 8 € durchführen musste, entfällt damit zukünftig. Der nun vorgesehene automatisierte Sozialausgleich über den Arbeitgeber stellt für die Kassen zunächst eine Erleichterung dar. Zukünftig wird jedoch weiterhin die Notwendigkeit bestehen, Einzelkonten für jedes Mitglied einzurichten, um die Zusatzbeiträge einzufordern. Ein Quellenabzugsverfahren für den Zusatzbeitrag ist nicht vorgesehen und ist aller Voraussicht nach auch politisch nicht durchsetzbar. Einerseits ist die Zustimmung der Arbeitgeber hierzu nicht zu erwarten, da diese dann wie früher den kassenindividuellen Zusatzbeitrag kennen müssten. Andererseits würde durch ein Quellenabzugsverfahren das politisch gewünschte Preissignal verloren gehen.

Aus Krankenkassensicht ist problematisch, dass eine relativ hohe Quote an Nichtzahlern zu erwarten sein wird. Erfahrungen sowohl aus der ersten Jahreshälfte als auch aus anderen Ländern, wie z. B. der Niederlande, zeigen, dass die Ausfallquote bei den Zusatzbeiträgen bei bis zu 30% liegen könnte. Hier ist jedoch davon auszugehen, dass im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens noch Lösungen für diese Problematik gefunden werden.



Was ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag?

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der GKV wird vom Schätzerkreis – einem Gremium bestehend aus Vertretern des BMG, des GKV-Spitzenverbandes und des Bundesversicherungsamts – im Herbst jeden Jahres für das Folgejahr geschätzt und festgelegt. Herangezogen werden die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds (Steuerzuschuss, Sozialversicherungsbeiträge) und die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen. Steigenden Ausgaben der Leistungserbringer stehen meist stagnierende Einnahmen gegenüber, so dass ein Fondsdefizit entsteht. Die Kassen erhalten dann weniger Zuweisungen aus dem Fonds als sie eigentlich für ihre Ausgaben benötigen und müssen demzufolge Zusatzbeiträge zur Deckung ihrer Defizite erheben.

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der GKV berechnet sich ganz einfach als Quotient aus dem vom Schätzerkreis zu erwartenden Fondsdefizit und der Gesamtzahl der Mitglieder in der GKV. Die Mitglieder in der GKV setzen sich maßgeblich aus den abhängig Beschäftigten und den Rentnern zusammen.

Beispiel: Nehmen wir an, dass das Fondsdefizit im Jahr 2012 aufgrund von 3%igen Ausgabensteigerungen bei Ärzten, Krankenhäusern und Co. geschätzte 5 Mrd. € betragen wird. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag je Mitglied betrage in diesem Fall ca. 8,20 € im Monat (5 Mrd. € / 51 Mio. Versicherte / 12 Monate).

Wie wird der individuelle Anspruch auf einen Sozialausgleich berechnet?

Der Arbeitgeber (Rentenversicherungsträger) muss für jeden Arbeitnehmer (Rentner) eruieren, ob der vom Schätzerkreis bekannt gegebene durchschnittliche Zusatzbeitrag oberhalb der sozialen Belastungsgrenze von 2% des individuellen (Renten-)Einkommens liegt. Wenn er darüber liegt, vermindert der Arbeitgeber den Krankenversicherungsbeitrag des Versicherten automatisch um diese Differenz und gibt den Sozialausgleich dadurch antragslos an den Arbeitnehmer bzw. Rentner im Lohnverfahren weiter. Der Versicherte erhält den Sozialausgleich unabhängig vom tatsächlich von seiner Kasse erhobenen Zusatzbeitrag. Das bedeutet, dass der Versicherte auch dann den Sozialausgleich erhält, wenn die Krankenkasse überhaupt keinen Zusatzbeitrag erhebt bzw. einen geringeren Zusatzbeitrag als den durchschnittlichen Zusatzbeitrag einfordert.

Beispiel: Nehmen wir ein theoretisches Fondsdefizit in Höhe von 15 Mrd. € an. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der GKV würde dann 25 € betragen. Nehmen wir weiterhin einen Versicherten mit einem Monatseinkommen von 800 € an. Bei einer sozialen Belastungsgrenze von 2% gälte dieser Versicherte ab einem Zusatzbeitrag von 16 € als überlastet. Nun ist es vollkommen unerheblich, wie hoch der tatsächliche Zusatzbeitrag seiner Kasse ist. Dieser



Versicherte erhält in jedem Fall einen Sozialausgleich in Höhe von 9 €. Drei Szenarien lassen sich im Grunde unterscheiden:

A) Die Kasse erhebt mit 30 € einen 5 € höheren als den durchschnittlichen Zusatzbeitrag. Der Versicherte erhält trotzdem nur einen Sozialausgleich zwischen sozialer Belastungsgrenze (16 €) und durchschnittlichem Zusatzbeitrag (25 €) in Höhe von 9 €. Die übrigen 5 € muss der Versicherte aus eigener Tasche bezahlen.

B) Die Kasse erhebt mit 20 € einen Zusatzbeitrag, der 4 € oberhalb seiner individuellen sozialen Belastungsgrenze (16 €), aber unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrages (25 €) liegt. Trotzdem erhält der Versicherte 9 € Sozialausgleich, so dass er aufgrund der Wahl einer günstigen Kasse 5 € spart. Der Umstand, dass der Zusatzbeitrag seiner Kasse (20 €) unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrages (25 €) in der GKV liegt, bringt ihm nochmal eine fiktive Ersparnis von 5 €.

C) Die Kasse erhebt keinen Zusatzbeitrag. Trotzdem erhält der Versicherte 9 € Sozialausgleich. Der Umstand, dass seine Kasse (0 €) weit unterhalb des durchschnittlichen Zusatzbeitrages (25 €) liegt, bringt ihm zusätzlich zu den 9 € eine fiktive Ersparnis von 25 €.

Wird es im Jahr 2011 bereits einen Sozialausgleich geben?

Nein, im Jahr 2011 wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Sozialausgleich geben. Dies liegt daran, dass das Fondsdefizit höchstwahrscheinlich bei nahe Null liegen wird. Die kurzfristigen Sparmaßnahmen und die Beitragserhöhungen werden Einnahmen und Ausgaben nahezu angleichen. Das bedeutet, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag ungefähr 0 € betragen wird. Es ist anzunehmen, dass deshalb nur wenige Kassen in 2011 einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben müssen. Mitglieder von Kassen, die trotzdem einen Zusatzbeitrag erheben, werden deshalb keinen Sozialausgleich erhalten.

Wird es im Jahr 2012 einen Sozialausgleich geben?

Ja, im Jahr 2012 wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Sozialausgleich geben. Nehmen wir einmal Ausgabensteigerungen für Ärzte und Co. in Höhe von 3% an. Das voraussichtliche Fondsdefizit im Jahr 2012 würde dann circa 5 Mrd. € betragen. Dies würde bedeuten, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der GKV bei ca. 8 Euro im Monat (5 Mrd. € / 51 Mio. Mitglieder / 12 Monate) liegen würde.

Für Versicherte mit einem Einkommen bis zu 400 € im Monat gäbe es dann einen Anspruch auf Sozialausgleich, da die soziale Belastungsgrenze von 2% des Einkommens bei diesen



Versicherten bei 8 Euro erreicht ist. Bei einem Monatseinkommen von 300 Euro ist die soziale Belastungsgrenze bereits bei 6 Euro im Monat erreicht, so dass dem Versicherten von seinem Arbeitgeber 2 € ausgezahlt werden würden. Diese 2 € erhält der Versicherte unabhängig davon, wie hoch der Zusatzbeitrag seiner Kasse tatsächlich ist.

Warum wird der Sozialausgleich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht am tatsächlichen Zusatzbeitrag der Kasse bemessen?

Erstens soll mit dieser Regelung sichergestellt werden, dass auch für Geringverdiener, die einen Sozialausgleich erhalten, Anreize gesetzt werden, die Kasse zu wechseln. Würde immer die Differenz zwischen sozialer Belastungsgrenze und vollem Zusatzbeitrag einer Kasse erstattet werden, dann hätten Geringverdiener keinen Anreiz, in eine günstigere Kasse zu wechseln. Das mit der Einführung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge verfolgte Ziel ist jedoch, unverzerrte Preissignale zu erzeugen, die den Wettbewerb der Kassen um Versicherte forcieren. Daher wird dem Versicherten nur die Differenz zum durchschnittlichen Zusatzbeitrag aller Kassen erstattet. Ist ein Versicherter bei einer Kasse versichert, die einen überdurchschnittlich hohen Zusatzbeitrag erhebt, dann muss er die Differenz zwischen durchschnittlichem Zusatzbeitrag und dem hohen Zusatzbeitrag seiner Kasse aus dem eigenen Geldbeutel bezahlen oder die Kasse wechseln.

Zweitens hat die Regierung das Ziel, den Sozialausgleich so unbürokratisch wie möglich für Arbeitgeber und Versicherte zu gestalten. Die Orientierung des Sozialausgleiches am durchschnittlichen Zusatzbeitrag bedeutet, dass die Arbeitgeber die realen Zusatzbeiträge der Kassen nicht zu kennen brauchen. Sie müssen lediglich den durchschnittlichen Zusatzbeitrag der GKV kennen und diesen ins Verhältnis zum Einkommen des Versicherten setzen. Auch für die Versicherten entsteht nach Auffassung der Koalitionsparteien kein weiterer Aufwand: Der Sozialausgleich wird automatisch vom Arbeitgeber abgewickelt und an den Versicherten antragslos als verminderter Krankenversicherungsbeitrag „ausgezahlt“.

Werden neben dem Lohneinkommen auch andere Einkommensarten (z.B. Kapitaleinkommen) bei der Bemessung des Sozialausgleiches berücksichtigt?

Nein, es ist vorgesehen, dass nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen (Löhne, Gehälter und Renten) für die Bemessung eines Anspruchs auf Sozialausgleich herangezogen wird. Das bedeutet, dass die Situation entstehen kann, dass ein Arbeitnehmer mit geringem Lohneinkommen einen Sozialausgleich erhält, obwohl er hohe Kapitaleinkommen besitzt. Die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Bemessung des Anspruchs auf Sozialausgleich war ursprünglich ein zentrales Argument für die Einführung einer Prämienfi-



nanzierung. Eine Korrektur der verteilungspolitisch zum Teil fragwürdigen Ausgestaltung der bisherigen Beitragsbemessung ist nun jedoch nicht mehr vorgesehen.

Weshalb werden sich die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge zwischen den Kassen unterscheiden?

Wenn die Einnahmen und damit die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Kassen geringer sind als deren Ausgaben, dann erhalten die Kassen nicht so viel Geld aus dem Fonds wie sie entsprechend ihrer Ausgaben für Ärzte, Krankenhäuser und Arzneimittel eigentlich benötigen. Je nach kassenspezifischer Ausgabenstruktur müssen die Kassen einen Zusatzbeitrag erheben, um das Defizit zu decken. Die Zusatzbeiträge können zwischen den Kassen jedoch beträchtlich variieren. Dies hängt unter anderem davon ab, ob eine Kasse in einer teuren Versorgungslandschaft liegt, ein gutes Versorgungsmanagement betreibt oder auch eine effiziente Verwaltungsstruktur besitzt.

Zudem konnten viele Krankenkassen in den vergangenen Jahren Vermögen aufbauen, so dass sie etwaige Defizite noch eine Zeit lang verkraften können, ohne Zusatzbeiträge zu erheben. Schlussendlich können Unterschiede in den Zusatzbeiträgen auch von einem variierenden Leistungsangebot herrühren. Krankenkassen haben die Möglichkeit, sogenannte Satzungs- und Ermessensleistungen anzubieten, die über den einheitlichen GKV-Leistungskatalog hinausgehen und dadurch auch höhere Kosten verursachen können.

Wie wird der Sozialausgleich finanziert?

Es ist vorgesehen, dass der Sozialausgleich über Steuermittel finanziert wird. Die Arbeitgeber vermindern ihre zu überweisenden Sozialversicherungsbeiträge an den Fonds um jene Mittel, die sie als Sozialausgleich an ihre Mitglieder ausgezahlt haben. Das hat zur Folge, dass im Gesundheitsfonds zunächst ein Defizit entsteht bzw. ein bestehendes Defizit erhöht wird. Dieses durch den Sozialausgleich entstandene Defizit soll durch einen Steuerzuschuss ausgeglichen werden. Die Koalition rechnet damit, dass die Zusatzbeiträge nur langsam steigen und daher in den nächsten Jahren nur geringe zusätzliche Steuermittel für den Sozialausgleich erforderlich sein werden.

Welche sozialen Umverteilungswirkungen beinhaltet die Einführung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge?

Die Einführung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen führt dazu, dass geringere Einkommen bei der Finanzierung zukünftiger Fondsdefizite prozentual stärker belastet wer-



den als mittlere und hohe Einkommen. Dies liegt ganz einfach daran, dass ein pauschaler bzw. einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag bei geringen Einkommen einen höheren Prozentsatz des Einkommens ausmacht als bei höheren Einkommen. Daran ändert auch die geplante soziale Belastungsgrenze von 2% zunächst nichts. Diese verhindert nur, dass geringe Einkommen über einen bestimmten Anteil des Einkommens hinaus belastet werden.

Die stärkere Belastung geringer Einkommen wird zumindest teilweise relativiert, wenn man den geplanten zusätzlichen Steuerzuschuss zum Fonds zur Finanzierung des Sozialausgleiches heranzieht, da höhere Einkommen einen hohen Anteil zum Steueraufkommen bereitstellen. Dem wäre allerdings zu entgegnen, dass hohe und mittlere Einkommen ihre Zusatzbeiträge auch wieder von der Steuer absetzen können, was geringen Einkommen nicht möglich ist. Schlussendlich finanzieren geringe Einkommen ihren Steuerzuschuss partiell auch noch mit: Weil der Steuerzuschuss nicht ausschließlich über die Einkommenssteuer, sondern aus dem gesamten Steueraufkommen aufgebracht wird, sind auch Mittel aus den Verbrauchssteuern – wie z. B. der Mehrwertsteuer – im Steuerzuschuss enthalten.

Was bedeuten die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen?

Die bisherige Konstruktion der sozialen Belastungsgrenze bei den Zusatzbeiträgen führte dazu, dass Kassen mit vielen Geringverdienern im Wettbewerb benachteiligt wurden. Da die Kassen nur einen Zusatzbeitrag von maximal 1% des Einkommens erheben durften, spielte das Einkommen der Mitglieder für die Höhe der Zusatzbeiträge eine entscheidende Rolle. Die Ansiedlung des Sozialausgleiches auf der Ebene des Gesundheitsfonds stellt nunmehr Chancengleichheit im Wettbewerb zwischen den Kassen her: Dadurch, dass die Kassen zukünftig einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag in Euro und Cent erheben sollen, werden grundlohnschwache Kassen nicht mehr im Wettbewerb um Versicherte benachteiligt. Insbesondere Krankenkassen mit vielen Geringverdienern profitieren von einem vollständigen Finanzkraftausgleich.

Die aktuell im Gesetz festgelegte Deckelung des von einer Kasse zu erhebenden Zusatzbeitragsvolumens auf 1% des Einkommens seiner Mitglieder erhöht die Gefahr unverschuldeter Insolvenzen und Schließungen bei den Krankenkassen. Mit den einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen und dem auf die Fondsebene verlagerten Sozialausgleich ist eine freie und ungedeckelte Festsetzung der Zusatzbeiträge durch die Krankenkassen möglich. Damit wird die Beitragsautonomie erhöht und das unverschuldete Insolvenz- und Schließungsrisiko der Kassen verringert. Befürchtungen, dass die Kassen unnötig hohe Zusatzbeiträge erheben werden, sind unbegründet. Wie die aktuelle Entwicklung zeigt, werden Kassen, die Zusatzbeiträge erheben, durch eine Kündigungswelle ihrer Versicherten bestraft. Die Kassen wer-



den demnach auch in Zukunft alles daran setzen, höhere Zusatzbeiträge als unmittelbare Konkurrenten zu vermeiden.

Mittelfristig wird die Einführung der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen massiv anheizen. Ab 2012 werden steigende Zusatzbeiträge in Euro und Cent von den Kassen erhoben werden müssen, um die entstehenden Defizite zu decken. Diese werden im Gegensatz zu einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen unverzerrte Preissignale im Kassenwettbewerb senden. Die Wechselbereitschaft der Versicherten wird – das zeigen bereits die aktuellen Zusatzbeiträge – deutlich ansteigen und den Wettbewerb zwischen den Kassen um Versicherte intensivieren.

In 2011 wird sich der Wettbewerbsdruck zunächst jedoch nur geringfügig erhöhen. Das Sparpaket und die Beitragserhöhungen führen dazu, dass die Ausgaben des Fonds durch die Einnahmen nahezu gedeckt werden. Nur eine geringe Zahl an Kassen wird deshalb in 2011 Zusatzbeiträge erheben müssen, wodurch der Wettbewerb zwischen einem Großteil der Kassen noch begrenzt wird. Für jene wenigen Kassen, die in 2011 jedoch Zusatzbeiträge erheben müssen, könnte es deshalb besonders problematisch werden: Entsprechend der aktuellen Erfahrungen ist anzunehmen, dass diese mit einer hohen Wechselbereitschaft der Versicherten konfrontiert werden.

Welche Auswirkungen hat die Reform auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)?

Gar keine, da der morbiditätsadjustierte Verteilungsschlüssel bei den Zuweisungen an die Kassen durch die Reform nicht tangiert wird. Die an der Krankheitsstruktur orientierten Zuweisungen an die Kassen werden – unabhängig von einem Fondsdefizit – auf Basis der gesamten Leistungsausgaben aller Kassen berechnet. Erst in einem zweiten Schritt werden in Höhe des Fondsdefizits die Zuweisungen jeder einzelnen Kasse um einen identischen Betrag in Euro je Mitglied gekürzt. Zwei Kassen mit gleicher Versichertenzahl und unterschiedlicher Morbidität müssen somit exakt denselben Zusatzbeitrag erheben, um ihr jeweiliges Defizit zu refinanzieren. Die Einführung von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen hat demnach nichts mit dem Morbiditätsausgleich zu tun.

Beispiel: Nehmen wir an, dass die Ausgaben der GKV 100 Mrd. € betragen. Nehmen wir weiterhin an, dass die GKV aus zwei identisch großen Kassen mit jeweils 10 Mio. Mitgliedern besteht, in der Kasse A einen überdurchschnittlichen Morbiditätsfaktor von 1,2 und Kasse B eine unterdurchschnittliche Morbidität mit einem Faktor von 0,8 hat. Nehmen wir weiterhin an, dass der Fonds nur zu 90% gedeckt ist; etwas was aufgrund der steigenden Ausgaben durchaus in einigen Jahren auch für den realen Fonds realistisch ist. Das über Zusatzbeiträge abzudeckende Defizit beträgt demnach 10 Mrd. €.



Das BVA berechnet nun zunächst die Zuweisungen für jede Kasse auf Basis der gesamten berücksichtigungsfähigen Ausgaben: D. h. Kasse A würde entsprechend seiner größeren Morbiditätslast über den Morbi-RSA 60 Mrd. € erhalten, Kasse B würden hingegen nur 40 Mrd. € bekommen. Nun wird in einem zweiten Schritt der defizitbedingte Abschlag je Versicherten errechnet. Dieser ergibt sich ganz einfach aus dem Fondsdefizit dividiert durch die Anzahl der GKV-Versicherten. In unserem Beispiel werden demnach jeder Kasse je Versicherten 500 € im Jahr weniger überwiesen (10 Mrd. € dividiert durch 20 Mio. Versicherte). Kasse A erhält demnach nur 55 Mio. €, Kasse B nur 35 Mio. € an Zuweisungen aus dem Fonds. Wenn man davon ausgeht, dass die Kassen kein Vermögen haben, dann müssen beide Krankenkassen den identischen Zusatzbeitrag von 500 € je Versicherten im Jahr erheben, um das Defizit auszugleichen.

Dies zeigt, dass die Finanzierungsreform – zumindest in Gestalt der Eckpunkte – das Umverteilungsvolumen über den Morbi-RSA weder erhöhen noch vermindern wird.