

# Zusatzbeiträge erhöhen die Preistransparenz – Mehr Versicherte wechseln die Krankenkasse\*

Von Peter Eibich, Hendrik Schmitz und Nicolas Ziebarth

Die 2009 implementierte Gesundheitsreform hat die Preistransparenz und somit die Verbraucherfreundlichkeit innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zunächst deutlich erhöht und die Bereitschaft der Versicherten gefördert, auf Preiserhöhungen mit einem Wechsel der Krankenkasse zu reagieren. Denn mit der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 wurden alle Beitragssätze vereinheitlicht. Preisunterschiede zwischen den Krankenkassen werden den Versicherten als Zusatzbeiträge separat in Rechnung gestellt oder als Prämie zurückerstattet. Vor allem die Zusatzbeiträge haben den Versicherten in den Jahren 2010 und 2011 ein klares Preissignal gegeben. Im Jahr 2010 hat jeder zehnte Betroffene daraufhin die Krankenkasse gewechselt, wie sich auf Basis repräsentativer Umfragedaten des SOEP zeigen lässt. Die Zusatzbeiträge bei der DAK und der KKH-Allianz haben im Vergleich zur Entwicklung der anderen Ersatzkassen zu einem Mitgliederverlust im Jahresdurchschnitt 2010 von 7,5 Prozent geführt.

Die großzügige Anhebung des für alle Krankenkassen vereinheitlichten Beitragssatzes zum Jahresanfang 2011 und der damit üppig gefüllte Gesundheitsfonds haben jedoch die durch Zusatzbeiträge erreichte Preistransparenz ausgebremst. Denn 2012 wird voraussichtlich keine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Ab 2013 könnte sich das infolge steigender Gesundheitsausgaben und einer sich abschwächenden Konjunktur wieder ändern. Doch darauf sollte sich die Politik nicht verlassen, sondern den Preiswettbewerb mit neuen Anreizen stärken: Dies könnte zum Beispiel durch eine Deckelung der Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen gelingen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz<sup>1</sup> wurde die Einführung des sogenannten Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 beschlossen. Ein zentrales Reformziel war die Herstellung von Preistransparenz zwischen den damals 200 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland.<sup>2</sup> Dies sollte zu einer Intensivierung des Preiswettbewerbes zwischen den Kassen führen, der trotz der Einführung der freien Kassenwahl 1996 kaum in Gang gekommen war. Im Zeitraum von 2000 bis 2009 wechselten jährlich lediglich fünf Prozent der Mitglieder ihre Krankenkasse.<sup>3</sup> Dies ist erstaunlich, da in diesem Zeitraum bereits erhebliche Preisunterschiede zwischen den Krankenkassen bestanden. Bei einer Auswahl von für alle Versicherten offenen Krankenkassen lagen die Beitragssätze im Jahr 2008 zwischen 13,4 und 17,4 Prozent<sup>4</sup> (Tabelle 1). Legt man den damaligen durchschnittlichen Bruttomonatslohn von 2 550<sup>5</sup> Euro zugrunde, ergeben sich daraus Preisunterschiede für Krankenkassenmitglieder von bis zu 51 Euro pro Monat.<sup>6</sup> Versicherte mit Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze konnten durch den Wechsel von der teuersten zur preiswertesten Versicherung sogar bis zu 72 Euro pro Monat sparen. Die zum damaligen Zeitpunkt gering ausgeprägte Wechselbereitschaft ist umso erstaunlicher, wenn man berücksichtigt, dass rund 95 Prozent der Versicherungsleistungen über das SGB V in Form von Pflichtleistungen festgeschrieben sind, was bedeutet, dass die Preisunterschiede kaum Leistungsunter-

\* Die Autoren möchten sich bei allen genannten Krankenkassen für die zur Verfügung gestellten Daten bedanken. Besonderer Dank gilt Tobias Schmidt und dem Bundesversicherungsamt, Ann Marini und dem GKV-Spitzenverband sowie dem BKK-Bundesverband für zahlreiche Auskünfte und Informationen.

<sup>1</sup> Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), BGBl. I Nr. 11 vom 30.03.2007, abrufbar unter [www.bgbl.de](http://www.bgbl.de)

<sup>2</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011), abrufbar unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

<sup>3</sup> Schmitz, Hendrik und Nicolas R. Ziebarth (2011): „In absolute or relative terms? How framing prices affects the consumer price sensitivity of health plan choice.“ SOEPpaper 423, DIW Berlin, abrufbar unter [www.diw.de/en/diw\\_02.c.298577.en/soeppapers.html](http://www.diw.de/en/diw_02.c.298577.en/soeppapers.html)

<sup>4</sup> Inklusive Sonderbeitrag. Berücksichtigt wurden nur bundesweit geöffnete Kassen.

<sup>5</sup> Statistisches Bundesamt, BMAS, Deutsche Rentenversicherung Bund, abrufbar unter [www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de)

<sup>6</sup> Weitere 51 Euro konnte zudem der Arbeitgeber durch den Wechsel sparen.

Tabelle 1

**Übersicht über maximale Beitragssatzdifferenzen zwischen den Krankenkassen im Jahr 2008<sup>1</sup>**

Krankenkasse	Beitragssatz in Prozent	Arbeitnehmerbeitrag pro Monat in Euro <sup>2</sup>	Versicherte <sup>3</sup>	Öffnung	Anmerkungen
City BKK	17,4	233,51	207 000	15 Bundesländer	Schließung zum 01.07.2011
AOK im Saarland	16,7	224,58	230 000	1 Bundesland	
AOK Mecklenburg-Vorpommern	16,7	224,58	487 995	1 Bundesland	Fusion zur AOK Nordost zum 01.01.2011
AOK Berlin	16,7	224,58	712 000	1 Bundesland	Fusion zur AOK Nordost zum 01.01.2011
Gemeinsame BKK Köln	16,6	223,30	40 000	bundesweit	Fusion mit der mhplus BKK zum 01.01.2011
BKK BVM	16,6	223,30	70 657	bundesweit	Fusion mit der Schwenninger BKK zum 01.01.2009
...	...	...	...	...	
...	...	...	...	...	
...	...	...	...	...	
BIG direkt gesund	13,4	182,47	338 000	bundesweit	
BKK der Thüringer Energieversorgung	13,3	181,19	98 874	2 Bundesländer	
IKK Thüringen	13,2	179,92	230 000	3 Bundesländer	Fusion zur IKK Classic zum 01.01.2010
IKK Südwest Direkt	13,2	179,92	500 000	3 Bundesländer	
BKK MEM	13,1	178,64	2 100	1 Bundesland	
IKK Sachsen	12,7	173,54	690 000	3 Bundesländer	Fusion zur IKK Classic zum 01.01.2010

<sup>1</sup> Ohne geschlossene Betriebskrankenkassen.

<sup>2</sup> Bezogen auf das Durchschnittseinkommen 2008 von 2 552 Euro.

<sup>3</sup> Angaben beziehen sich teilweise auf verschiedene Zeitpunkte.

<sup>4</sup> Mitglieder zum 01.01.2008. Versichertenzahl nicht verfügbar.

Quellen: Focus; GKV-Spitzenverband; Auskünfte der Krankenkassen; Geschäftsberichte; Pressemitteilungen; dfg-Ranking 8/11.

© DIW Berlin 2011

Durch den Wechsel ihrer Krankenkasse konnten die Versicherten 2008 viel Geld sparen.

schiede, sondern weitgehend nur Kostenunterschiede widerspiegeln.

Ein Hauptgrund für die geringe Bereitschaft zum Krankenkassenwechsel war mangelnde Preistransparenz. Die Ausweisung von Preisunterschieden in Form von prozentualen Beitragssatzdifferenzen erschwerte den Versicherten Preisvergleiche zwischen den Kassen. **Kasten 1** verdeutlicht die Rechenschritte, die notwendig waren, um den monatlichen Preisunterschied zwischen einer Krankenkasse A mit 15 Prozent Beitragssatz und einer Krankenkasse B mit 14 Prozent Beitragssatz zu errechnen. Legt man das durchschnittliche Bruttomonatsgehalt zugrunde, hatte im Jahr 2008 ein Unterschied von einem Beitragspunkt eine monatliche Ersparnis von 12,76 Euro für die Arbeitnehmer zur Folge.

Um diesen Betrag zu errechnen, musste der Versicherte zunächst einmal seinen exakten monatlichen Bruttolohn kennen. Zusätzlich brauchte er Kenntnis über die aktuell geltende Beitragsbemessungsgrenze, bis zu der Krankenkassenbeiträge abgeführt werden mussten. Zudem wies der Beitragssatz nicht nur den Arbeitnehmer-, sondern auch den Arbeitgeberanteil aus. Zu guter Letzt wurde der Krankenkassenbeitrag direkt vom Arbeitgeber abgeführt, wodurch das Preisbewusstsein eingeschränkt wurde.

## Reform 2009: Preisunterschiede in Absolutbeträgen verstärken den Wettbewerb im Krankenkassenmarkt

Mit dem im Januar 2009 eingeführten Gesundheitsfonds wurde für alle Versicherten in der GKV ein einheitlicher Beitragssatz eingeführt. Der neu geschaffene Gesundheitsfonds sammelt seitdem alle Mitgliedsbeiträge ein, die aus diesem einheitlichen Beitragssatz resultieren. Die Krankenkassen wiederum beziehen die Beiträge nicht mehr direkt vom Arbeitgeber des Versicherten, sondern der Gesundheitsfonds zahlt ihnen „standardisierte“ Beitragszahlungen pro Versicherten aus. „Standardisiert“ bedeutet, dass vor Auszahlung der Beiträge ein Risikostrukturausgleich (RSA) durchgeführt wird, der unterschiedliche Risikoprofile im Versichertenpool zwischen den Kassen ausgleicht (SGB V, §§265–273). Mit anderen Worten: Krankenkassen mit einer höheren Zahl an kranken Versicherten erhalten mehr Geld aus dem Fonds als Krankenkassen mit überdurchschnittlich gesunden Personen.

Die Nivellierung von Beitragssatzunterschieden und die Auszahlung von Durchschnittsbeiträgen über den Gesundheitsfonds führte zu einer Neudefinition der Beitragsautonomie der Krankenkassen. Diese sind gezwungen, ihren Mitgliedern „Zusatzbeiträge“ in Form

Kasten 1

**Berechnung monatlicher Krankenversicherungsbeiträge anhand von Beitragssätzen**

Krankenkasse A: Beitragssatz 15 Prozent

Durchschnittsbruttoeinkommen 2008<sup>a</sup>: 2 552 Euro  
 Beitragsbemessungsgrundlage 2008<sup>b</sup>: 3600 Euro

Arbeitnehmeranteil am Beitragssatz:  
 $(15-0,9)/2 + 0,9 = 7,95$

Monatlicher Krankenversicherungbeitrag:  
 7,95 Prozent \* 2 552 Euro = 202,88 Euro

Krankenkasse B: Beitragssatz 14 Prozent

Durchschnittsbruttoeinkommen 2008<sup>a</sup>: 2 552 Euro  
 Beitragsbemessungsgrundlage 2008<sup>b</sup>: 3600 Euro

Arbeitnehmeranteil am Beitragssatz:  
 $(14-0,9)/2 + 0,9 = 7,45$

Monatlicher Krankenversicherungbeitrag:  
 7,45 Prozent \* 2 552 Euro = 190,12 Euro

Ersparnis Krankenkasse B vs. A:

202,88 Euro - 190,12 Euro = 12,76 pro Monat

12,76 Euro \* 12 = 153,12 Euro pro Jahr

Fazit:

Der Arbeitnehmer könnte bei einem Wechsel von Kasse A zu Kasse B 12,76 Euro pro Monat sparen. Zusätzlich würde der Arbeitgeber 11,96 Euro pro Monat sparen, die er dem Arbeitnehmer in Form eines höheren Lohnes auszahlen könnte.

- a** Statistisches Bundesamt, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Deutsche Rentenversicherung Bund.
- b** Bundesministerium der Finanzen.
- c** Seit dem 1. Juli 2005 müssen Arbeitnehmern einen Sonderbeitrag iHv 0,9 Prozent entrichten. (Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15. Dezember 2004).

von monatlichen Eurobeträgen in Rechnung zu stellen, falls die vom Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nicht kostendeckend sind. Umgekehrt können Krankenkassen, die Überschüsse erwirtschaften, Beiträge an ihre Mitglieder rückerstatten. Dadurch ist es Versicherten nun auf einfache Weise möglich, Preis-

unterschiede – die auf Effizienzunterschiede oder unterschiedliche freiwillige Leistungen zurückgehen – zwischen den Krankenkassen zu erkennen.

Der durch Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträge intensivierte Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt führt zu einem höheren Druck auf die Krankenkassen, effizienter zu wirtschaften und Krankenversicherungspreise durch Vermeidung von Zusatzbeiträgen oder durch Prämienausschüttungen niedrig zu halten. Dies trägt zur Hebung kasseninterner Effizienzreserven bei.

Zudem sind ein verstärkter Konzentrationsprozess durch Kassenfusionen und sogar Schließungen einzelner Kassen<sup>7</sup> zu beobachten. Die Gesamtzahl der Krankenkassen sank seit 2007 von 241 auf derzeit 153.<sup>8</sup> Freiwillige Fusionen von Krankenkassen können helfen, den Risikopool vor allem kleinerer Kassen stärker zu durchmischen und ziehen Synergieeffekte durch den Abbau doppelter Verwaltungsapparate nach sich.

**2012 werden voraussichtlich alle Zusatzbeiträge abgeschafft**

Im Jahr 2012 werden voraussichtlich alle Krankenkassen ganz ohne Zusatzbeiträge auskommen oder diese im Laufe des Jahres abschaffen. Zum Veröffentlichungszeitpunkt Dezember 2011 erheben noch elf Krankenkassen Zusatzbeiträge zwischen 6,50 und 15 Euro pro Monat (Tabelle 2). Unter ihnen sind zwei der größten deutschen Krankenkassen – die DAK und die KKH-Allianz mit sechs Millionen beziehungsweise 1,9 Millionen Versicherten. Auf der anderen Seite erstatten derzeit sieben Krankenkassen ihren Mitgliedern Beträge zwischen 2,50 und zehn Euro pro Monat. Unter ihnen befinden sich allerdings sehr kleine unbekannte Kassen, von denen zwei nur in bestimmten Bundesländern operieren und drei weitere sogar „geschlossen“ sind, also nur Angestellte bestimmter Unternehmen aufnehmen. Insgesamt sind derzeit rund 10,5 Millionen Menschen in Krankenkassen versichert, die Zusatzbeiträge erheben. Die Krankenkassen, die Prämien ausschütten, umfassen gut 500 000 Versicherte.<sup>9</sup>

**7** Beispiele sind die City BKK zum 1. Juli 2011 oder der BKK für Heilberufe zum 31.12.2011.

**8** Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (2011), abrufbar unter [www.gkv-spitzenverband.de/Presse\\_Zahlen\\_und\\_Grafiken.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/Presse_Zahlen_und_Grafiken.gkvnet)

**9** Dabei ist zu beachten, dass dies nicht bedeutet, dass 10,5 Millionen gesetzlich Versicherte Zusatzbeiträge zahlen. Die Versichertenzahlen umfassen zum Beispiel auch beitragsfrei versicherte Familienangehörige, die keine Zusatzbeiträge entrichten müssen. Die DAK hat derzeit 4,7 Millionen „zahlende“ Mitglieder und die KKH-Allianz 1,4 Millionen.

## Kasten 2

**Debatte um Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs "Morbi-RSA"**

In der medialen Debatte um Zusatzbeiträge und die Funktionsweise des Gesundheitsfonds wird oft darauf verwiesen, dass insbesondere gesunde Versicherte Kassen mit Zusatzbeiträgen fluchtartig verließen, was deren Schiefe Lage nur verstärken würde. Dieses Argument kritisiert jedoch in erster Linie einen vermeintlich fehlerhaften Risikostrukturausgleich (RSA) und nicht die Zusatzbeiträge. Unter einem optimal funktionierenden RSA wäre ein verstärkter Wechsel von jungen und gesunden Versicherten unproblematisch, da der RSA gerade Unterschiede im Gesundheitszustand der Versicherten durch Umverteilung zwischen den Krankenkassen ausgleicht.

Der Risikostrukturausgleich entstand 1994 mit Blick auf die Einführung der Wahlfreiheit von Krankenkassen (1996). Bis 2002 gliederte er lediglich Ausgabenunterschiede nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenstatus aus. 2002 wurden die Ausgleichsfaktoren um Versicherte in Disease-Management-Programmen erweitert und ein Risikopool für Patienten mit sehr hoher und teurer Leistungsanspruchnahme ins Leben gerufen. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde der RSA grundlegend reformiert. Der Risikopool wurde abgeschafft, dafür aber nach wissenschaftlichen Empfehlungen ein "Morbiditätsorientierter RSA" (Morbi-RSA) eingeführt, der Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme nach 80 definierten Krankheiten ausgleicht.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vgl. IGES, Lauterbach, K. W., Wasem, J. (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Gutachten im Auftrag des

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt stellt in einem kürzlich vorgelegten umfassenden Gutachten dem reformierten Morbi-RSA ein gutes Zeugnis aus und stellt fest, dass dieser die Zielgenauigkeit der Zuweisungen erhöht habe. Auf der anderen Seite weist das Gutachten darauf hin, dass für Gesunde (immer noch) eine spürbare Überdeckung durch die Zuweisungen aus dem Fonds bestehen würde und lehnt Reformvorschläge zur Reduktion der im RSA berücksichtigten Krankheiten ab.<sup>2</sup>

Ein zielgenauer und gut funktionierender RSA ist essentiell für einen fairen Kassenwettbewerb, unabhängig davon wie Preisdifferenzen ausgewiesen werden. Daher sollte die Diskussion um die Weiterentwicklung des RSAs von der grundsätzlichen Debatte um den Gesundheitsfonds und die Zusatzbeiträge getrennt werden.

Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, abrufbar unter [www.iges.de/publikationen/gutachten\\_\\_berichte/rsa\\_gutachten/e5166/infoboxContent5168/EndberichtRSA-Gutachten\\_ger.pdf](http://www.iges.de/publikationen/gutachten__berichte/rsa_gutachten/e5166/infoboxContent5168/EndberichtRSA-Gutachten_ger.pdf)

<sup>3</sup> Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, abrufbar unter [www.mm.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Aktuelle\\_Meldungen/Gutachten\\_mit\\_Anlagen.pdf](http://www.mm.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/BWL-MEDMAN/Aktuelle_Meldungen/Gutachten_mit_Anlagen.pdf)

Die Preisunterschiede zwischen den derzeit 153 Krankenkassen haben sich durch die Reform nicht vergrößert, im Gegenteil. Während die maximale monatliche Preisspanne im Jahr 2008 rund 50 Euro pro Monat für einen Durchschnittsverdiener betrug, sind es derzeit 20 Euro pro Monat.<sup>10</sup> Die Mitglieder von 135 Krankenkassen unterliegen gegenwärtig demselben (prozentualen) Beitragssatz von 15,5 Prozent und zahlen keinen Zusatzbeitrag, sie machen gut 90 Prozent aller gesetzlich Versicherten aus.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Unter Beschränkung auf bundesweit geöffnete Kassen.

<sup>11</sup> Diese Zahl ergibt sich durch die rund acht Millionen gesetzlich Versicherten, die Zusatzbeiträge zahlen (rund 75 Prozent der insgesamt 10,5 Millionen Versicherten in Kassen mit Zusatzbeiträgen) sowie der Gesamtzahl an 69,9 Millionen gesetzlich Versicherten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)).

Krankenkassen, die Zusatzbeiträge erheben, haben schon vor der Reform systematisch höhere Beitragssätze erhoben. Spiegelbildlich dazu verlangten Krankenkassen, die derzeit Beiträge rückerstatten, bereits 2008 niedrigere Beiträge. Dies kann als Indiz dafür angeführt werden, dass vor allem Unterschiede in der Versichertenstruktur oder Verwaltungskosten zu unterschiedlichen Beitragssätzen geführt hatten (Kasten 2).

Ein Hauptziel der Politik – für Preistransparenz zu sorgen – ist mit der Reform erreicht worden. Dies gilt zumindest für Preisunterschiede zwischen den Kassen. Der Arbeitnehmeranteil des allgemeinen Beitragssatzes von derzeit 15,5 Prozent des Bruttolohnes bis zur Beitragsbemessungsgrenze wird weiterhin nur über die Gehaltsabrechnung ausgewiesen. Die folgenden empirischen Analysen zeigen, dass die Zusatzbeiträge deutliche Anreize zum Wechsel der Krankenkasse setzen.

Tabelle 2

**Übersicht über Krankenkassen mit Zusatzbeitrag und Beitragsrückerstattung**

Kasse	Zusatzbeitrag/ Prämie	Betrag in Euro/Monat <sup>1</sup>	eingeführt	abgeschafft	Beitragssatz 2008 in Prozent <sup>3</sup>	Arbeitnehmerbeitrag pro Monat in Euro (2008)	Versicherte (Stand: 2010)	Öffnung	Anmerkungen
BKK Hoesch	Zusatzbeitrag	15,00	01.01.2011	<sup>5</sup>	15,8	213,09	99 415	10 Bundesländer	evtl. Abschaffung des Zusatzbeitrags 2012
City BKK	Zusatzbeitrag	15,00	01.04.2010	01.07.2011	17,4	233,51	168 000	bundesweit	
BKK für Heilberufe	Zusatzbeitrag	10,00	01.01.2011	01.01.2012	16,2	218,20	185 000	bundesweit	Schließung zum 01.07.2011
BKK Westfalen-Lippe	Zusatzbeitrag	12,00	01.02.2010	30.09.2010	15,7	211,82	27 355	bundesweit	Schließung zum 01.01.2012
DAK	Zusatzbeitrag	8,00	01.02.2010	31.03.2012 <sup>2</sup>	15,4	207,99	6 049 941	bundesweit	Fusion mit der BKK Vor Ort zum 01.10.2010
KKH-Allianz	Zusatzbeitrag	8,00	01.03.2010	01.03.2012 <sup>2</sup>	14,8	200,33	1 900 057	bundesweit	Zum 01.01.2012 Fusion zur DAK-Gesundheit
Deutsche BKK	Zusatzbeitrag	8,00	01.02.2010	<sup>4</sup>	15,1	204,16	916 765	bundesweit	Abschaffung des Zusatzbeitrags 2012 geplant
BKK Gesundheit	Zusatzbeitrag	8,00	01.02.2010	31.03.2012 <sup>2</sup>	14,9	201,61	1 200 000	bundesweit	
BKK Phoenix	Zusatzbeitrag	8,00	01.01.2010	<sup>4</sup>	16,3	219,47	10 663	bundesweit	Zum 01.01.2012 Fusion zur DAK-Gesundheit
Novitas BKK	Zusatzbeitrag	8,00	01.07.2010	31.12.2010	15,4	207,99	450 000	bundesweit	Abschaffung des Zusatzbeitrags 2012 geplant
Esso BKK	Zusatzbeitrag	8,00	01.04.2010	31.12.2010	14,5	196,50	26 000	bundesweit	
BKK Publik	Zusatzbeitrag	8,00	01.01.2011	-	15,5	209,26	6 849	3 Bundesländer	
BKK Axel Springer	Zusatzbeitrag	8,00	01.01.2010	31.03.2012 <sup>2</sup>	16,5	222,02	12 142	geschlossen	Zum 01.01.2012 Fusion zur DAK-Gesundheit
BKK Merck	Zusatzbeitrag	8,00	01.04.2010	<sup>4</sup>	14,3	193,95	28 000	geschlossen	
e.on BKK	Zusatzbeitrag	8,00	01.03.2010	30.06.2011	14,5	196,50	8 900	geschlossen	
BKK advita	Zusatzbeitrag	6,50	01.07.2011	<sup>4</sup>	15,7	211,82	43 000	bundesweit	Abschaffung des Zusatzbeitrags 2012 geplant
Gemeinsame BKK Köln	Zusatzbeitrag	1 Prozent des Einkommens	01.09.2009	31.12.2010	16,6	223,30	29 414	bundesweit	Fusion mit der mhplus BKK zum 01.01.2011
						<i>gesamt</i>	<i>11 161 501</i>		
						<i>gesamt 12/2011:</i>	<i>10 451 832</i>		
BKK A.T.U.	Prämie	2,50	01.01.2011	-	14,4	195,23	100 223	bundesweit	
hkk	Prämie	5,00	01.01.2009	-	14,1	191,40	325 511	bundesweit	
BKK Wirtschaft und Finanzen	Prämie	5,00	01.01.2011	-	14,4	195,23	10 000	12 Bundesländer	
BKK PWC	Prämie	5,00	01.01.2011	-	14,1	191,40	17 091	geschlossen	
BKK ALP Plus	Prämie	5,83	01.07.2009	30.03.2010	14,8	200,33	107 773	bundesweit	
G+V BKK	Prämie	6,00	01.10.2009	-	12,2	167,16	1 000	2 Bundesländer	
IKK Südwest	Prämie	8,33	01.01.2009	01.01.2010	13,8	187,57	680 000	3 Bundesländer	
BKK Groz-Beckert	Prämie	8,33	01.01.2009	-	13,1	178,64	6 280	geschlossen	
BKK Würth	Prämie	10,00	01.01.2009	-	13,5	183,74	12 432	geschlossen	Prämienzahlung für 2011 noch nicht offiziell beschlossen
						<i>gesamt</i>	<i>1 260 310</i>		
						<i>gesamt 12/2011</i>	<i>472 537</i>		

1 Stand: 15.12.2011. Die Höhe des Zusatzbeitrages und der Prämie variiert in vergangenen Jahren.  
 2 Abschaffung muss noch durch das Bundesversicherungsamt genehmigt werden.  
 3 Inklusive Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent gem. §249 Abs.1 SGB V.  
 4 Abschaffung für 2012 geplant, Genehmigung durch das Bundesversicherungsamt steht aus.  
 5 Deutliche Reduzierung oder Abschaffung für 2012 geplant.

Quellen: Bundesversicherungsamt; GKV-Spitzenverband; Auskünfte der Krankenkassen; Geschäftsberichte.

Im Jahr 2012 wollen fast alle Krankenkassen die Zusatzbeiträge wieder abschaffen.

**Zusatzbeiträge wirken und erhöhen Wechselbereitschaft deutlich**

Die Abbildung zeigt die Entwicklung von Versicherten-zahlen von fünf ausgewählten Krankenkassen, die ge-meinsam einen Marktanteil von 30 Prozent der Versi-

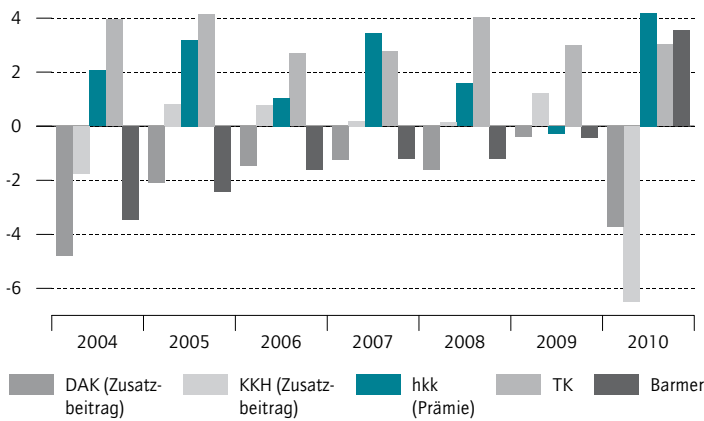
cherten abdecken.<sup>12</sup> Zwei dieser Kassen haben ab Feb-

<sup>12</sup> Daten weiterer wichtiger Marktteilnehmer zu beschaffen, etwa die Versicherten-zahlen der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und Betriebskrankenkassen (BKK), war im Rahmen dieser Analyse nicht möglich.

Abbildung

**Entwicklung der Versichertenzahlen für ausgewählte Krankenkassen 2004 bis 2010**

Veränderung der Versichertenzahl im Vergleich zum Vorjahr in Prozent (basierend auf ungefähren Jahresdurchschnitten)



Anmerkungen: Um Vergleichbarkeit über die Jahre zu gewährleisten, wurden Fusionen bei der Berechnung der Versichertenzahlen herausgerechnet. Bei der Berechnung wurde angenommen, dass nach der Fusion die Wechselraten bei beiden Fusionsmitgliedern gleich sind. Die Versichertenzahlen der hkk wurden teilweise innerhalb eines Jahres zu verschiedenen Stichtagen gemessen und sind daher nur bedingt über den Zeitverlauf vergleichbar.

Quellen: Geschäftsberichte der Krankenkassen; persönliche Anfragen; Darstellung des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2011

DAK und KKH-Allianz haben nach Erhebung des Zusatzbeitrags viele Mitglieder verloren.

ruar beziehungsweise ab März 2010 Zusatzbeiträge von 8 Euro pro Monat erhoben (DAK und KKH-Allianz), die anderen zwei Ersatzkassen haben darauf verzichtet (BARMER-GEK, TK). Außerdem ist die Entwicklung der Versichertenzahlen für die hkk dargestellt, die größte deutsche Kasse, die derzeit Beiträge rückerstattet.

Schon vor der Einführung des Gesundheitsfonds und der Umstellung bei der Ausweisung von Preisunterschieden gab es erhebliche Unterschiede in der Marktentwicklung zwischen den Kassen. So lag das Mitgliederwachstum der TK und der hkk durchgängig über dem von DAK und KKH-Allianz.

Die DAK und die KKH-Allianz haben im Februar beziehungsweise März 2010 einen Zusatzbeitrag eingeführt. Im Jahresdurchschnittsvergleich von 2009 auf 2010 haben die DAK (-3,7 Prozent) und die KKH-Allianz (-6,5 Prozent) deutlich an Versicherten verloren.<sup>13</sup> Die Prämien ausschüttende hkk hingegen gewann per Sal-

<sup>13</sup> Zu beachten ist, dass diese Daten nur das Jahr 2010 einschließen. Aktuellere Berichte, nach denen die DAK bis zu zehn Prozent ihrer Mitglieder bis heute verloren hat, stehen damit nicht im Widerspruch.

do 4,2 Prozent neue Versicherte hinzu. Auch die BARMER-GEK verzeichnete in diesem Zeitraum Versicherungszuwächse in ähnlicher Größenordnung, während die TK ihr Wachstum nicht weiter steigern konnte.

Tabelle 3 zeigt das Ergebnis einer einfachen statistischen Analyse. Die Datengrundlage ist dieselbe wie die für Abbildung 1. Allerdings wird dabei die Gesamtmarktentwicklung der fünf Kassen seit 2004 berücksichtigt. Außerdem werden Zeiteffekte<sup>14</sup> herausgerechnet.

Vor der Reform im Jahr 2009 zog eine Erhöhung des Beitragssatzes um einen Prozentpunkt den Verlust von durchschnittlich 4 Prozent der Versicherten nach sich (1. Zeile in Tabelle 3).

Im Zug der Einführung des Zusatzbeitrages verloren die beiden ausgewählten Kassen, DAK und KKH-Allianz, im Durchschnitt 7,5 Prozent ihrer Versicherten relativ zu den übrigen Kassen und relativ zur Marktentwick-

<sup>14</sup> Zeiteffekte sind systematische unbeobachtbare jährliche Effekte, die alle Kassen gleichermaßen treffen. In unserem Fallbeispiel könnte es beispielsweise so gewesen sein, dass alle hier dargestellten Krankenkassen in einem Jahr besondere Werbemaßnahmen ergriffen haben. In Folge wäre ein für uns beobachtbarer Versicherungszugewinn für alle Krankenkassen zu beobachten, der aber statistisch herausgerechnet wird.

Tabelle 3

**Einfluss von Beitragssatz, Zusatzbeitrag und Beitragsrückerstattung auf die Entwicklung der Versichertenzahlen**

In Prozent

Veränderung der Versichertenzahlen	
Beitragssatz in Prozentpunkten	-3,82**
Zusatzbeitrag	-7,61**
Beitragsrückerstattung	0,71
Berücksichtigung von Zeiteffekten	ja
R <sup>2</sup>	0,87
Fallzahl	35

Irrtumswahrscheinlichkeiten: \*\*\*unter 1 Prozent, \*\*unter 5 Prozent, \*unter 10 Prozent. Die abhängige Variable ist die Veränderung der Versichertenzahlen in Prozent. OLS-Schätzungen, Standardfehler wurden auf Kassenebene geclustert. Die Regression kontrolliert außerdem für persistente Unterschiede zwischen den Kassen mit Zusatzbeiträgen und Prämien einerseits und den beiden anderen Kassen andererseits. Die Datenquelle ist dieselbe wie in Abbildung 1, das heißt, sie basiert auf Jahresdurchschnitten der Versichertenzahlen der jeweiligen Kassen.

Quellen: Geschäftsberichte von DAK, KKH, BARMER, TK, hkk; Statistisches Bundesamt; schriftliche Auskünfte; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2011

Viele Versicherte kündigen, wenn sie einen Zusatzbeitrag zahlen sollen.

lung (2. Zeile in Tabelle 3). Der Effekt der Beitragsrückerstattung der hkk ist mit 0,7 Prozent zwar positiv, aber im statistischen Sinne nicht von null verschieden.

### Die Reform hat die Preissensibilität der Versicherten deutlich erhöht und somit ihr Hauptziel erreicht

Obwohl auch vor der Einführung des Gesundheitsfonds Beitragssatzerhöhungen zu signifikanten Mitgliederverlusten führten, und obwohl die ausgewählten Kassen auch schon vor der Gesundheitsreform unterschiedliche Wachstumspfade aufwiesen, wird eines deutlich: Die Reform hat durch die Erhöhung der Preistransparenz die Bereitschaft zum Krankenkassenwechsel gesteigert. Führte vor Einführung des Gesundheitsfonds ein monatlicher Beitragssatzanstieg um einen Prozentpunkt oder 13 Euro<sup>15</sup> bei den fünf in der Analyse exemplarisch betrachteten Kassen zu einem Versicherterverlust von vier Prozent, so waren es nach Einführung eines Zusatzbeitrags von acht Euro pro Monat gut 7,5 Prozent. Ins Verhältnis gesetzt, ist dies ein gut dreimal so starker Effekt: Früher führte ein Euro Beitragssatzsteigerung pro Monat zu 0,3 Prozent weniger Versicherten, heute resultiert sie in einem Verlust von fast einem Prozent. Der Preiswettbewerb hat sich deutlich intensiviert.

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist eines zu berücksichtigen: Diese beruhen auf wenigen Beobachtungen und sind nicht repräsentativ für die Gesamtheit aller gesetzlichen Krankenkassen. Die Aussagen beziehen sich ausschließlich auf die fünf ausgewählten Krankenkassen und, in Bezug auf den Zusatzbeitrag, nur auf den Kurzfristeffekt von 2009 bis 2010.<sup>16</sup> Die mittel- bis langfristigen Effekte dürften auf Kassenebene geringer ausfallen, da Versicherte nur in den ersten zwei Monaten nach Einführung des Zusatzbeitrages ein Sonderkündigungsrecht besitzen.

Die Aussagekraft der selektiven aggregierten Kassendaten lässt sich mit ersten Schätzungen anhand von repräsentativen Umfragedaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)<sup>17</sup> prüfen.

<sup>15</sup> Bezogen auf das durchschnittliche Bruttoeinkommen.

<sup>16</sup> Zudem wird der Zusatzbeitragseffekt leicht unterschätzt, weil die Berechnungen auf dem Durchschnittswert der Versicherungszahlen 2010 basieren, die DAK und die KKH-Allianz den Zusatzbeitrag aber erst zum 1.2.2010 beziehungsweise 1.3.2010 eingeführt haben (Tabelle 2).

<sup>17</sup> Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist eine seit 1984 existierende Langzeitstudie, in der dieselben Personen jedes Jahr befragt werden. Unter anderem werden Informationen zur Erwerbstätigkeit, dem Einkommen, der Gesundheit und zur Krankenkassenwahl erhoben. Vgl. Wagner, G. G., Frick, J. R., Schupp, J. (2007): The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) – Scope, Evolution and Enhancements. Schmollers Jahrbuch, 127 (1), 139-169.

### Die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit verdoppelt sich durch den Zusatzbeitrag

Eine weitergehende wissenschaftliche Studie der Autoren dieses Wochenberichtes basiert auf SOEP-Daten und bestätigt die oben gemachten Befunde und Schlussfolgerungen:<sup>18</sup> Vor der Einführung von Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen – als Preisunterschiede noch in prozentualen Beitragssatzdifferenzen ausgewiesen wurden – betrug die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit fünf Prozent. Das heißt, im Durchschnitt wechselten pro Jahr fünf Prozent der zahlenden Mitglieder der GKV ihre Krankenkasse. Durch die Verpflichtung der Krankenkassen, Preisunterschiede in absoluten Eurobeträgen auszuweisen, verdoppelte sich die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit für Mitglieder mit Zusatzbeitrag auf gut zehn Prozent. Die Mitglieder in Krankenkassen ohne Zusatzbeitrag haben nach der Reform nur eine Wechselwahrscheinlichkeit von 3,5 Prozent. Das ist nicht verwunderlich, denn die Preise unterscheiden sich für diese Gruppe nicht mehr.<sup>19</sup>

Bezieht man die tatsächlich erfolgten Kassenwechsel auf vorangegangene Preiserhöhungen wird der Unterschied noch deutlicher, denn für die vom Zusatzbeitrag Betroffenen kann gezeigt werden: Vor der Reform stieg die individuelle Wechselwahrscheinlichkeit bei einer monatlichen Preissteigerung von zehn Euro – die durch die Beitragssatz-Darstellung verschleiert wurde – um einen Prozentpunkt. Nach der Reform versechsfachte sie sich im Vergleich dazu. Pro zehn Euro mehr Monatsbeitrag stieg die Wechselwahrscheinlichkeit um sechs Prozentpunkte.

Gleichzeitig lässt sich anhand von repräsentativen SOEP-Daten auch zeigen, dass vor allem junge, gesunde und kinderlose Versicherte überdurchschnittlich oft ihre Krankenkasse wechseln. Aufgrund der beitragsfreien Familienversicherung ist dies erwartbar, da die Kosten einer Beitragssatzsteigerung pro Person geringer ausfallen. Als eine Erklärung dafür, dass ältere Menschen seltener wechseln, könnten zum Beispiel höhere Wechselkosten aufgrund geringerer Internetverfügbarkeit herangezogen werden. Alternative Erklärungen zielen auf Gewohnheitseffekte oder „Markentreue“ aufgrund einer langjährigen Mitgliedschaft ab.

<sup>18</sup> Schmitz, H., Ziebarth, a.a.O.

<sup>19</sup> Die Wechselwahrscheinlichkeit von Mitgliedern der Krankenkassen, die eine Prämie zahlen, wurde nicht untersucht. Die Zahl der Beobachtungen ist zu gering.

Kasten 3

**Weiterentwicklung des Sozialausgleichs im GKV-Finanzierungsgesetz 2010**

In der öffentlichen Debatte wird oftmals der Eindruck erweckt, Zusatzbeiträge seien nicht sozialverträglich und belasteten vor allem ärmere Haushalte überproportional. Um diese Kritik zu entkräften, gab es bis 2010 die sogenannte Überforderungsklausel, die den maximal zu zahlenden Zusatzbeitrag auf ein Prozent des Monatseinkommens beschränkte. Bis zu einem Zusatzbeitrag von acht Euro pro Monat entfiel die Einkommensprüfung jedoch, was erklärt, warum der Großteil der Zusatzbeiträge acht Euro pro Monat beträgt. Die alte Regelung hatte jedoch zwei wenig wünschenswerte Effekte. Die Überforderungsklausel ging zulasten der jeweiligen Krankenkasse, die nicht mehr als einem Prozent des Lohns verlangen durfte, auch wenn sie einen höheren Finanzbedarf hatte. Außerdem verringerte sie den Anreiz für die Versicherten, trotz Zusatzbeiträgen zu einer günstigeren Krankenkasse zu wechseln.

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)<sup>1</sup> wurde die Überforderungsklausel zum 1.1.2011 abgeschafft. Krankenkassen dürfen nun Zusatzbeiträge in unbegrenzter Höhe verlangen. Die Versicherten haben Anspruch auf einen Sozialausgleich, wenn der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ zwei Prozent ihres Einkommens überschreitet. Sie bekommen die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag und der Zwei-Prozent-Grenze mit dem Lohn oder der Rente ausbezahlt, das heißt, ihr einkommensabhängiger Beitrag wird um diese Differenz verringert. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist eine fiktive Rechengröße und bemisst sich gemäss §272a, Absatz 1 „aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds [...]“. Weiter heisst es in Absatz 2: „Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises [...] die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest.“

<sup>1</sup> Gesetz zur nachhaltigen und ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKVFin), BGBl. I Nr. 68 2010, abrufbar unter www.bgbl.de

**Der neue Sozialausgleich ist anreizkompatibel**

Durch die Reform wurde der Sozialausgleich anreizkompatibel gestaltet. Da die Versicherten, die einen Sozialausgleich beziehen, trotzdem den vollen Zusatzbeitrag zu entrichten haben, lohnt es sich auch für sie in Kassen mit geringem oder keinem Zusatzbeitrag zu wechseln. Dies ist problemlos möglich und steht nicht mit der Sozialverträglichkeit von Zusatzbeiträgen in Konflikt. Versicherte in Kassen mit geringem (oder keinem) Zusatzbeitrag können sogar einen Sozialausgleich beziehen, der höher ist als der Zusatzbeitrag selbst. Insgesamt ist die Reform aus anreizkompatibler Sicht als gelungen zu bewerten. Allerdings wird der neue Sozialausgleich bisweilen als zu bürokratisch kritisiert.<sup>2</sup>

Da sowohl 2011 als auch 2012 die Einnahmen des Gesundheitsfonds die geschätzten Kassenausgaben übersteigen, beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag derzeit null Euro. Auch für 2012 ist kein Sozialausgleich geplant, da die Fondseinnahmen üppig genug sind, um 100 Prozent der prognostizierten Kassenausgaben zu decken.

**Beispiel:**

Versicherter I:		Versicherter II:	
Einkommen:	1000 Euro	Einkommen:	600 Euro
2-Prozent-Grenze <sup>1</sup> :	20 Euro	2-Prozent-Grenze:	12 Euro
Zusatzbeitrag der Kasse A:	25 Euro	Zusatzbeitrag der Kasse B:	6 Euro
Anteil am Einkommen:	2,50 %	Anteil am Einkommen:	1,00%

<sup>1</sup> Bezogen auf das beitragspflichtige Einkommen

Szenario A: durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 0 Euro

Ergebnis: Es findet kein Sozialausgleich statt.

Szenario B: durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 20 Euro

Ergebnis: Versicherter I bekommt keinen Sozialausgleich, könnte jedoch bei einem Wechsel zu Kasse B 19 Euro sparen. Versicherter II bekommt acht Euro erstattet.

<sup>2</sup> Vgl. Handelsblatt vom 11.08.2011: Ein „hochbürokratischer“ Sozialausgleich.



## Fragwürdige Beitragssatzerhöhung zum Jahresanfang 2011

Zum 1. Januar 2011 wurde im Zug des GKV-FinG der allgemeine Beitragssatz wieder auf 15,5 Prozent erhöht, nachdem er zum 1. Juli 2009 zwischenzeitlich auf 14,9 Prozent gesenkt worden war. Offiziell wurde die Erhöhung zum Jahresanfang 2011 von Seiten der Bundesregierung damit begründet, dass der Beitragssatz zuvor lediglich im Rahmen des Konjunkturpaketes gesenkt worden sei.<sup>20</sup> Dies ist jedoch nur die halbe Wahrheit, da schon die erstmalige Festsetzung des Beitragssatzes zum 1. Januar 2009 auf 15,5 Prozent als zu hoch kritisiert worden ist. Mit der Anhebung auf 15,5 Prozent zum 1. Januar 2011 wollte sich die Politik offensichtlich Ruhe an der Gesundheitsfront bis zur nächsten Bundestagswahl 2013 erkaufen und der Androhung mehrerer Krankenkassen entgegenwirken, Zusatzbeiträge zu erheben. Außerdem vermeidet sie dadurch den Praxistest für den neuen Sozialausgleich (Kasten 3).

Es ist zu befürchten, dass die großzügige Beitragssatzerhöhung ein funktionierendes Instrument zur Verbesserung des Kassenwettbewerbs ausgebremst hat.<sup>21</sup> Die großen Kassen mit Zusatzbeitrag wie DAK oder KKH-Allianz haben bereits angekündigt, den Zusatzbeitrag im Frühjahr 2012 wieder abzuschaffen.<sup>22</sup> Fast alle in Tabelle 2 dargestellten Krankenkassen beabsichtigen, den Zusatzbeitrag im Lauf des Jahres 2012 wieder zu streichen.<sup>23</sup> Im Sinne des Wettbewerbes wäre es hingegen wünschenswert, wenn es eine stärkere Preisdifferenzierung zwischen den Krankenkassen gäbe. Dies könnte die Politik zum Beispiel durch eine Deckelung der Zu-

weisungen an die Kassen auf 95 oder 98 Prozent erreichen.<sup>24</sup> Die geplanten Zuweisungen für 2012 betragen 185 Milliarden Euro, fünf Prozent weniger entsprächen 9,25 Milliarden Euro oder monatlich 15 Euro pro Mitglied. Dies erfordert allerdings politischen Mut, da die steigenden Rücklagen im Gesundheitsfonds schon derzeit Begehrlichkeiten wecken.<sup>25</sup> Weil unstrittig ist, dass die GKV-Ausgaben jedoch auch in Zukunft weiter ansteigen werden, stellen wachsende Fondsrücklagen allenfalls eine kurzfristige Erscheinung dar.

Im GKV-FinG wurde nämlich auch festgelegt, dass zukünftige Ausgabensteigerungen nur noch durch Zusatzbeiträge gedeckt werden sollen, und nicht durch eine Anhebung des Beitragssatzes oder höhere Steuerzuschüsse. Allerdings ist diese Ankündigung aufgrund des schlechten Rufs des Gesundheitsfonds und seiner Zusatzbeiträge wenig glaubwürdig.<sup>26</sup>

Sollte die Politik nicht den Mut haben, die Kassenzuweisungen zu deckeln, könnte sie zumindest darauf drängen, dass mehr der finanzstarken Krankenkassen von dem Instrument der Prämienausschüttung Gebrauch machen. Bis Jahresende konzentrieren sich bei einigen Krankenkassen Rücklagen von gut drei Milliarden Euro.

## Fazit

Die seit 2009 geltende, von der Großen Koalition implementierte Gesundheitsreform hatte das Ziel, die Preisunterschiede zwischen gesetzlichen Krankenkassen transparenter und somit verbraucherfreundlicher zu gestalten. Dies sollte die Bereitschaft der Versicherten zum Krankenkassenwechsel steigern und somit den Wettbewerb unter den Krankenkassen stärken. Das Ziel wurde

<sup>20</sup> Vgl. Bundesministerium fuer Gesundheit (BMG): abrufbar unter [www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/zusatzbeitrag.html](http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/zusatzbeitrag.html)

<sup>21</sup> Wäre der Beitragssatz nicht um 0,6 Prozentpunkte angehoben worden, würde der Fonds aufgrund der guten Konjunktur und der unerwartet niedrig ausfallenden Kassenausgaben bis Jahresende dennoch rund zwei Milliarden Euro Überschuss aufweisen. Zudem schreibt das Gesetz drei Milliarden Euro Mindestreserve sowie zwei Milliarden Euro für den Sozialausgleich von 2012 bis 2014 vor. Bundesministerium für Gesundheit (2011): Pressemitteilung vom 05.09.2011.

<sup>22</sup> Dies muss vom Bundesversicherungsamt (BVA) allerdings noch genehmigt werden.

<sup>23</sup> Dies liegt in erster Linie an der derzeit sehr guten Finanzlage der GKV, die vor allem durch einen Sondereffekt hervorgerufen wurde: Der Gesundheitsfonds weist den einzelnen Krankenkassen monatsgleiche Abschläge zu. Diese basieren auf der im Herbst des Vorjahres durch den Schätzerkreis des Bundesversicherungsamtes (BVA) durchgeführten GKV-Gesamtausgabenschätzung. Im vorigen Jahr hat der Schätzerkreis eine GKV-Ausgabensteigerung von 4,3 Prozent vorausgesagt. Tatsächlich lag diese aber nur bei 2,8 Prozent. Dadurch erhalten die einzelnen Krankenkassen derzeit mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds als für die Deckung ihrer Ausgaben notwendig ist. Die überschätzte GKV-Ausgabenentwicklung geht auf das Arzneimittelsparpaket der Bundesregierung zurück (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)). Die Arzneimittelausgaben sind in den ersten zwei Quartalen 2011 erstmals seit langem um 6,3 Prozent gesunken vor. Bundesministerium für Gesundheit (2011): Pressemitteilung vom 05.09.2011, abrufbar unter [www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2011-03/gkv-finanzentwicklung-1-halbjahr-2011.html](http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2011-03/gkv-finanzentwicklung-1-halbjahr-2011.html)

<sup>24</sup> Die derzeit diskutierte Beitragssenkung von 0,3 Prozentpunkten würde nicht zwangsläufig zu mehr Zusatzbeiträgen führen, da der Fonds auch dann noch genügend Rücklagen hätte, um die Kassenausgaben voll zu decken. Zudem würde der Eindruck verstärkt, die Politik handle unständig, da der allgemeine Beitragssatz erst zu Jahresbeginn im SGV V festgeschrieben worden ist. Würde der Fonds aufgrund einer konjunkturellen Eintrübung zeitnah Defizite machen, würden Forderungen nach einer erneuten Beitragssatzerhöhung sicherlich nicht unerhört bleiben.

<sup>25</sup> Vgl. Handelsblatt vom 15.09.2011: Krankenkassen sitzen auf 10 Milliarden Euro.

<sup>26</sup> Zudem gibt es zumindest teilweise Inkonsistenzen zwischen dieser von der Politik transportierten Aussagen und dem derzeitigen Wortlaut des SGB V. Sie impliziert, dass die Gesamtausgaben der Krankenkassen gemäß der Fondsausstattung ausgeglichen werden, das heißt dass die Deckung des Fonds zur Erstattung der gesamten Gesundheitsausgaben langfristig (deutlich) unter 100 Prozent fällt. Gleichzeitig ist eine Mindestreserve (§ 271, 2), eine Rücklage für den Sozialausgleich, sowie der Steuerzuschuss (§ 221, 221a, 221b) gesetzlich festgeschrieben. In § 271, Absatz 3 heißt es dann: „Reicht die Liquiditätsreserve nicht aus, um alle Zuweisungen [...] zu erfüllen, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht zu verzinsendes Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel. Das Darlehen ist im Haushaltsjahr zurückzuzahlen. Die jahresendliche Rückzahlung ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.“ Was unter „geeignete Maßnahmen“ zu verstehen ist, bleibt offen.

erreicht. Die Vereinheitlichung der Beitragssätze führte zu einem Ausweis von Preisunterschieden in absoluten Eurobeträgen in Form von Zusatzbeiträgen und Beitragsrückerstattungen. Die Wechselbereitschaft der von Zusatzbeiträgen betroffenen Versicherten stieg infolgedessen sprunghaft an. Die beiden großen Ersatzkassen, die seit dem Frühjahr 2010 Zusatzbeiträge erheben, verloren dadurch etwa 7,5 Prozent ihrer Versicherten. Zusatzbeiträge führten bei betroffenen Mitgliedern zu einer Verdopplung der Wechselwahrscheinlichkeit von fünf auf zehn Prozent.

Der Gesundheitsfonds funktioniert dahingehend, dass die Versicherten das Preissignal des Zusatzbeitrags nun deutlich stärker als die früheren Beitragssatzunterschiede erkennen und die Bereitschaft zum Krankenkassenwechsel deutlich ansteigt. Dies dürfte zur Hebung von Effizienzreserven auf Seiten der Krankenkassen führen. Eine Möglichkeit hierfür wäre die Reduktion der Verwaltungsausgaben, bei denen noch Einsparpotenziale bestehen, ohne die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu verschlechtern.<sup>27</sup>

Bedauerlicherweise genießen Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträge in der Öffentlichkeit einen schlechten Ruf und werden wahlweise als „Bürokratiemonster“ oder als Weg in die „Staatsmedizin à la DDR“ verunglimpft. Hier sollte die Politik selbstbewusster den eingeschlagenen Weg verteidigen und zudem das Instrument Zusatzbeitrag nicht durch weitere Anhebungen des allge-

---

**27** Siehe RWI und ADMED (2010): Einsparpotenziale bei den Verwaltungskosten gesetzlicher Krankenversicherungen. Die Autoren schätzen die möglichen Einsparpotenziale der Krankenkassen bei den Verwaltungskosten auf insgesamt 1,4 Milliarden Euro pro Jahr.

meinen Beitragssatzes ausbremsen. Um die Stilllegung des Kassenwettbewerbes zu verhindern, sollte die Politik dafür Sorge tragen, dass es auch 2012 und in der ferneren Zukunft eine signifikante Preisdifferenzierung zwischen den Kassen gibt. Dies ist auch durch eine verstärkte Prämienausschüttung der finanzstarken Krankenkassen denkbar.

Weitere Effizienzreserven könnten gehoben werden, wenn die Krankenkassen die Möglichkeiten bekämen, sich auch im Leistungsangebot stärker zu differenzieren. Wenn sie zum Beispiel – in streng gesetzlich reguliertem Umfang – die Möglichkeit bekämen, Verträge für bestimmte Leistungen mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen, könnten sie den durch den Gesundheitsfonds entstehenden Effizienzdruck an die Leistungsanbieter weitergeben. Die Krankenkassen hätten dann zum Beispiel die Möglichkeit, ihre Versicherten für länger geplante Operationen nur in die qualitativ besten beziehungsweise die am wirtschaftlichsten arbeitenden Krankenhäuser zu senden.<sup>28</sup> Dann könnte sich der derzeitige Preiswettbewerb in einen echten Qualitätswettbewerb erweitern – zugunsten der Versicherten. Die Bereitschaft der Versicherten, die für sie beste Krankenkasse zu suchen, ist für das Gelingen dieses Wettbewerbs unerlässlich. Dass sie zunehmend dazu bereit sind, haben sie in den vergangenen zwei Jahren gezeigt.

---

**28** Selbstverständlich müssten Notfälle davon gesetzlich ausgenommen werden und gerade in ländlichen Regionen die Erreichbarkeit der Krankenhäuser sichergestellt sein.

Peter Eibich ist studentischer Mitarbeiter im SOEP | [peibich@diw.de](mailto:peibich@diw.de)

Dr. Hendrik Schmitz ist Juniorprofessor an der Universität Duisburg-Essen und wissenschaftlicher Mitarbeiter am RWI | [hendrik.schmitz@wiwinf.uni-due.de](mailto:hendrik.schmitz@wiwinf.uni-due.de)

Dr. Nicolas R. Ziebarth ist Assistenz-Professor an der Cornell University und Research Affiliate am DIW Berlin | [nziebarth@diw.de](mailto:nziebarth@diw.de)

JEL: H51, I11, I18

Keywords: Health insurance, price framing, health plan switching, SOEP



DIW Berlin – Deutsches Institut  
für Wirtschaftsforschung e.V.  
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin  
T +49 30 897 89 -0  
F +49 30 897 89 -200  
[www.diw.de](http://www.diw.de)  
78. Jahrgang

#### Herausgeber

Prof. Dr. Pio Baake  
Prof. Dr. Tilman Brück  
Prof. Dr. Christian Dreger  
Dr. Ferdinand Fichtner  
Prof. Dr. Martin Gornig  
Prof. Dr. Peter Haan  
Prof. Dr. Claudia Kemfert  
Karsten Neuhoff, Ph.D.  
Prof. Dr. Jürgen Schupp  
Prof. Dr. C. Katharina Spieß  
Prof. Dr. Gert G. Wagner  
Prof. Georg Weizsäcker, Ph.D.

#### Chefredaktion

Dr. Kurt Geppert  
Nicole Walter

#### Redaktion

Renate Bogdanovic  
Miriam Hautf  
PD Dr. Elke Holst  
Dr. Wolf-Peter Schill  
Lana Stille

#### Lektorat

Dr. Markus Grabka  
Dr. Vanessa von Schlippenbach

#### Pressestelle

Renate Bogdanovic  
Tel. +49-30-89789-249  
[presse@diw.de](mailto:presse@diw.de)

#### Vertrieb

DIW Berlin Leserservice  
Postfach 7477649  
Offenburg  
[leserservice@diw.de](mailto:leserservice@diw.de)  
Tel. 01805 - 19 88 88, 14 Cent./min.  
ISSN 0012-1304

#### Gestaltung

Edenspiekermann

#### Satz

eScriptum GmbH & Co KG, Berlin

#### Druck

USE gGmbH, Berlin

Nachdruck und sonstige Verbreitung –  
auch auszugsweise – nur mit Quellen-  
angabe und unter Zusendung eines  
Belegexemplars an die Stabsabteilung  
Kommunikation des DIW Berlin  
([kundenservice@diw.de](mailto:kundenservice@diw.de)) zulässig.

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier.