

Finanzielle Auswirkungen des gemeinsamen Beitragssatzes für Mitglieder von Gesetzlichen Krankenkassen ab 2009

Expertise

für die

Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM)
Gustav-Heinemann-Ufer 84-88
50968 Köln

Univ.-Prof. Dr. G. Neubauer

Dipl.-Volksw. F. Pfister



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK
München

Januar 2008

1. Ausgangslage

Mit Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 **zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz**. Damit gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung ein einheitlicher oder synonym gemeinsamer Beitragssatz.

Jede Krankenkasse erhält pro Versichertem aus dem Fonds eine pauschale Zuweisung. Diese wird nach dem prognostizierten Krankheitsspektrum der Versicherten einer Krankenkasse kalkuliert. Der so genannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi RSA) innerhalb des Gesundheitsfonds korrigiert bei der Ausgabenseite so die zwischen den Kassen ungleich verteilten Morbiditätsrisiken der Versicherten.¹

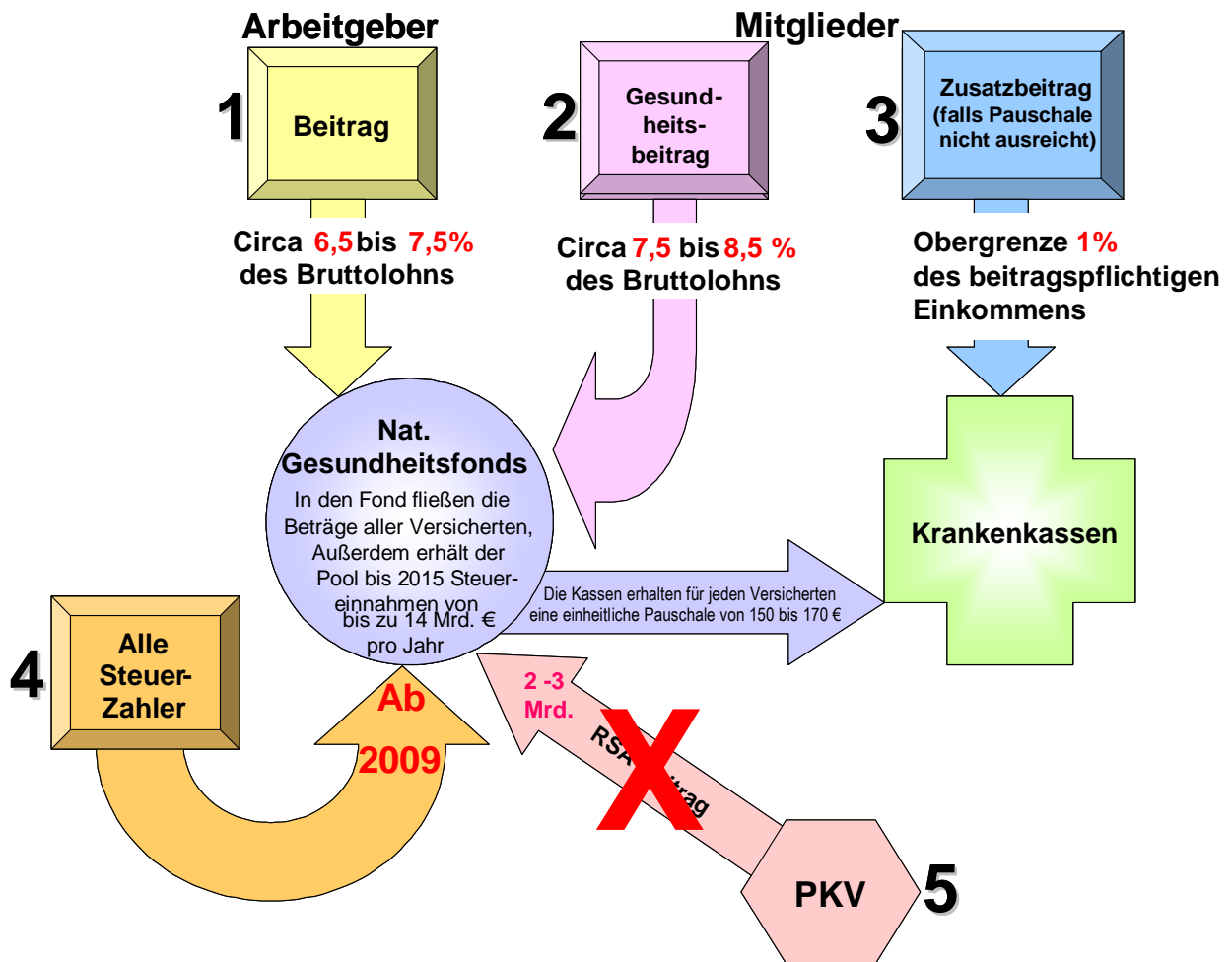
Das neue Finanzierungssystem soll die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparenter machen. Eine Krankenkasse, die besser wirtschaftet, kann ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen oder Beitragsrückerstattungen gewähren, vorausgesetzt der Morbi RSA ist genügend treffsicher, was nicht unumstritten ist.

Eine **Kasse, die schlechter wirtschaftet, muss bei ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag erheben. Dann jedoch kann das Mitglied zu einer günstigeren Kasse wechseln**. Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln nicht aus, muss sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Dieser Zusatzbeitrag darf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Zusatzbeiträge in einer Höhe bis zu 8 Euro werden ohne Einkommensprüfung erhoben. Wird ein Zusatzbeitrag erforderlich, muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen. Das folgende Schaubild gibt einen Überblick über den Gesundheitsfonds.

¹ Er orientiert sich an 50 bis 80 Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen. Der neue Risikostrukturausgleich wird - zeitgleich mit dem Fonds - ebenfalls zum 1. Januar 2009 eingeführt.

Finanzielle Auswirkungen des gemeinsamen Beitragssatzes
für Mitglieder von Gesetzlichen Krankenkassen ab 2009

Abbildung 1: Der Gesundheitsfonds



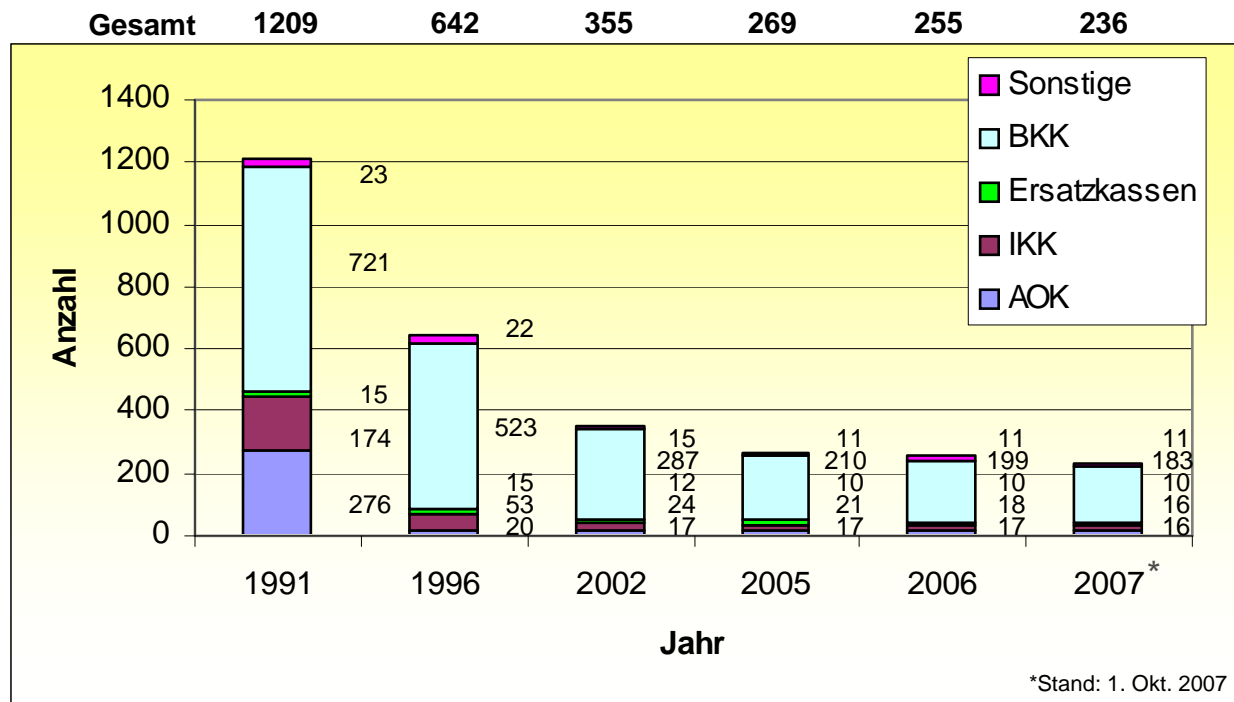
Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik München 2007

2. Abschätzung der Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf den Beitragssatz

Zum Stichtag 01.10.2007 gab es in Deutschland 236 Gesetzliche Krankenkassen, das Gros davon Betriebskrankenkassen. Folgende Übersicht zeigt die Aufteilung der Kassen auf die Kassenarten.

Finanzielle Auswirkungen des gemeinsamen Beitragssatzes
für Mitglieder von Gesetzlichen Krankenkassen ab 2009

Abbildung 2: Konzentrationsprozess bei den Gesetzlichen Krankenkassen



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik München 2007

Im Jahr 1993 wurde die freie Wahl der Krankenkassen in Kombination mit dem Risikostrukturausgleich eingeführt. Seitdem kam es zu einem Wettbewerb der Krankenkassen und damit zu einer starken Konzentration der Krankenkassen, v.a. in Form von Fusionen.

Die Allgemeinen Beitragssätze reichen heute von 11,3 % bis 15,8 %. Darauf muss man seit Juli 2005 für die Gesamtbelastung noch den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 Prozentpunkten aufschlagen.² Für den einzelnen Beitragszahler errechnet sich die finanzielle Belastung folgendermaßen:

1. Halbierung des allgemeinen Beitragssatzes
2. Addition von 0,9 Prozentpunkten auf den halben allgemeinen Beitragssatz
3. Multiplikation mit dem beitragspflichtigen Einkommen

² Gesetzliche Grundlage der Beitragssätze sind die §§ 241 und 241a SGB V. Die 0,9 Prozentpunkte sollten ursprünglich der Finanzierung des Krankengeldes und des Zahnersatzes dienen, was aber (verfassungs-)rechtlich nicht haltbar war..

Finanzielle Auswirkungen des gemeinsamen Beitragssatzes
für Mitglieder von Gesetzlichen Krankenkassen ab 2009

An dieser Stelle geben wir zum besseren Verständnis ein Rechenbeispiel: Den Beitrag zur gesetzlichen Krankenkassen teilten sich bis Juni 2005 der Arbeitnehmer und Arbeitgeber hälftig: Bei einem Beitragssatz von beispielsweise 14,0 % bezahlte der Arbeitnehmer davon die Hälfte (7,0 %) von seinem Bruttoeinkommen. Seit 1. Juli 2005 muss der Versicherte 0,9 Prozentpunkte mehr Krankenkassenbeitrag bezahlen. Im Gegenzug sollten die gesetzlichen Kassen ihre Beiträge ebenfalls ab Juli um 0,9 Prozentpunkte senken. Der Arbeitgeber zahlt insgesamt dann 0,45 Prozentpunkte weniger Beiträge. Für den Arbeitnehmer entsteht eine Mehrbelastung von insgesamt 0,45 Prozentpunkten, so dass er im Beispiel nun 7,45 % seines Bruttoeinkommens zahlen muss.

Wenn man heute bzw. in der Zeit vor dem Fonds ein Mitglied einer Gesetzlichen Krankenkasse nach seinen monatlichen Ausgaben in Euro für die Krankenversicherung fragt, so wird man selten eine Antwort bekommen.

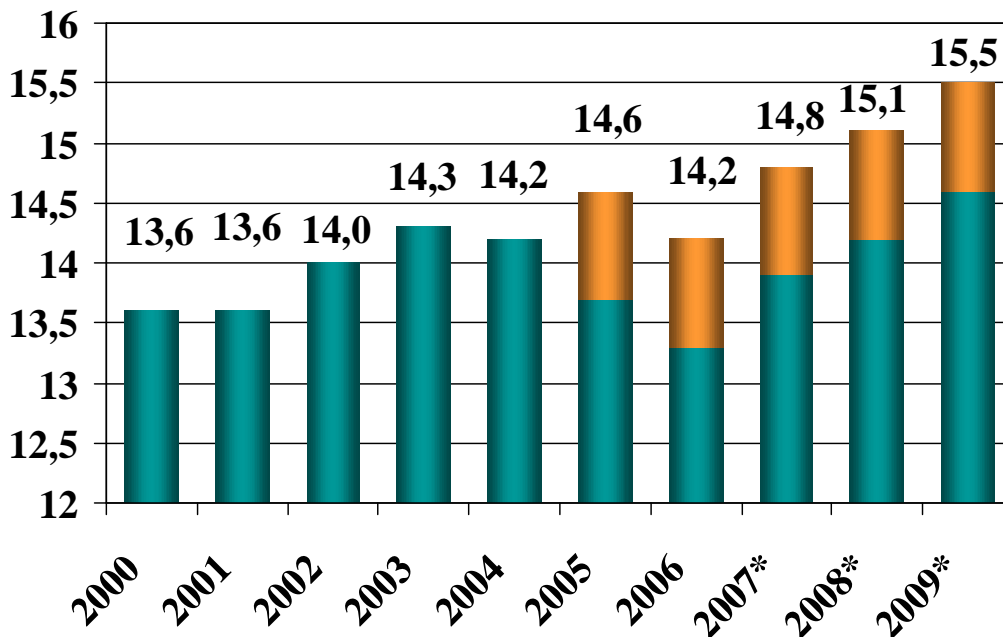
Durch den Gesundheitsfonds wird jeder einzelne Beitragszahler wissen, wie hoch sein Zusatzbeitrag bzw. seine Prämie in Euro ist. Die Beitragsdifferenzen, die heute der Hauptgrund für einen Kassenwechsel sind, müssen dann nicht mehr selbst umgerechnet werden, um zu erfahren, wie viel Euro man durch einen Wechsel der Krankenkasse gewönne.

Wir gehen davon aus, dass die Krankenkassen versuchen werden, bei Start des Fonds einen Zusatzbeitrag zu vermeiden, damit es nicht zu Mitgliederverlusten kommt. Seit längerem kann man beobachten, dass von den gesetzlichen Krankenversicherungen erhöhte Anstrengungen zur Ordnung ihrer finanziellen Lage unternommen werden.

Dazu passt die Entwicklung des allgemeinen Beitragssatzes. Insbesondere der Sprung vom Jahr 2006 auf das Jahr 2007 von 0,6 % ist größtenteils mit der Verpflichtung der Kassen zu erklären, sich bis 2009 zu entschulden und/oder ein finanzielles Polster zum Start des Fonds aufzubauen. In Abbildung 3 ist die Entwicklung des allgemeinen Beitragssatzes ab dem Jahr 2000 dargestellt.

Finanzielle Auswirkungen des gemeinsamen Beitragssatzes
für Mitglieder von Gesetzlichen Krankenkassen ab 2009

Abbildung 3: Entwicklung des Beitragssatzes der GKV (in %)



* = geschätzter Wert

ab Juli 2005 wurde der Allgemeine Beitragssatz um 0,9 Prozentpunkte gesenkt und in gleicher Höhe der Zusätzliche Beitragssatz eingeführt

Quelle: Eigene Berechnungen und BMG: GKV-Statistik KM1

Wir gehen davon aus, dass im Jahr 2009 der einheitliche bedarfsnotwendige Beitragssatz ohne den zusätzlichen Beitrag von 0,9 Prozentpunkten bei ca. 14,6 % liegen wird, mit zusätzlichem Beitrag dann 15,5%. Eine Umfrage der Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers unter 77 Vorständen gesetzlicher Krankenkassen ergab, dass die große Mehrheit ebenfalls mit höheren Beitragssätzen rechnet. Nach heutigem Stand würde ein derart hoher Beitragssatz das Auskommen der allermeisten Krankenkassen mit den derzeitigen Beitragseinnahmen erlauben.

Begründung eines höheren Beitragssatzes im Jahr 2009

In Deutschland gilt nach § 71 SGB V Beitragssatzstabilität. Sie ist bei den Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (insbesondere Vertragsärzte) über die Vergütungen zwingend zu beachten (vgl. § 71 Abs. 1

Finanzielle Auswirkungen des gemeinsamen Beitragssatzes
für Mitglieder von Gesetzlichen Krankenkassen ab 2009

SGB V). Vorrangig ist daher zu versuchen, durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten.

Wir haben bereits gezeigt, dass die Beitragssätze über die letzten Jahre nicht stabil waren. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität tritt zurück, wenn aufgrund z.B. der medizinischen Entwicklung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven die erforderliche medizinische Versorgung der Versicherten ohne Beitragsanpassungen nicht mehr sichergestellt werden kann.

Damit man Beitragssätze stabil halten kann, müssen die Krankenkassen grundsätzlich den **Zuwachs der Ausgaben** durch **Beitragsmehreinnahmen** finanzieren können.³ Für die Jahre 2006 und folgende geht das ifo Institut von einem Wirtschaftswachstum von im Schnitt ca. 2 Prozent aus, die Entwicklung der Grundlohnsumme als Grundlage der **Beitragseinnahmen** nehmen wir mit 1 Prozent an, was bei bisherigen Einnahmen von ca. 150 Mrd. Euro ein Plus von 1,5 Milliarden Euro für die Krankenkassen ausmacht.⁴ Das **Ausgabenwachstum** der Krankenkassen wird für 2008 auf ca. 3,5 Prozent oder 5,25 Mrd. Euro geschätzt, was wir in den folgenden drei Absätzen begründen.

In der ambulant-ärztlichen Versorgung gehen wir im Jahr 2009 von einer Steigerung der GKV-Ausgaben von ca. 10 % gegenüber heute aus, d.h. 2,5 Milliarden Euro oder 0,25 Beitragssatzpunkte.⁵ Dieser Ausgabenanstieg wird eine Folge der beschlossenen Aufwertungen der Leistungen im EBM sein sowie des im niedergelassenen Bereich „normalen“ Ausgabenanstiegs. Ein wichtiger Ausgabenfaktor sind die neuen Honorarmaßstäbe für **Ärzte**. Unter anderem wurde den Tarifierhöhungen für Krankenhausärzte Rechnung getragen und das kalkulatorische Gehalt eines niedergelassenen Vertragsarztes von bisher 95.000 Euro auf 105.000 Euro angehoben. Auch wurde die Mehrwertsteuererhöhung in der

³ Die Erhöhung des Bundeszuschusses ab 2009 von 2,5 Mrd. auf 4,0 Mrd. Euro haben wir in der Expertise nicht explizit berücksichtigt, da die Schätzungen der Ausgabenentwicklung in den betrachteten Leistungsbereichen aus unserer Sicht konservativ sind. Zusätzlich ist bei den nicht angesprochenen Leistungsbereichen wie Rehabilitation oder Heil- und Hilfsmittel von Kostensteigerungen auszugehen.

⁴ Die Grundlohnsumme als Summe der beitragspflichtigen (Arbeits-)einkommen ist die letzten Jahre deutlich unter einem Prozent gewachsen. Angesichts der Debatten um Mindestlöhne und dem festzustellenden Ende der Lohnmäßigung in Tarifverhandlungen dürfte sich eine Erhöhung der Grundlohnsumme um 1,0 % ergeben.

⁵ Es gilt folgende Faustformel: 1 Prozentpunkt Beitragssatz entspricht 10 Mrd. Euro. Die 2,5 Milliarden Euro sind konservativ geschätzt.

Finanzielle Auswirkungen des gemeinsamen Beitragssatzes
für Mitglieder von Gesetzlichen Krankenkassen ab 2009

neuen Kalkulation des EBM berücksichtigt. Im Wesentlichen werden die Aufwertungen im Jahr 2009 wirksam, wenn die neue Gebührenordnung eingeführt und das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen wird.

Im Bereich der **Arzneimittel** gehen wir von einer Steigerung der GKV-Ausgaben in Höhe von 3,7 Milliarden Euro im Zeitraum von 2007 bis 2009 aus, d.h. pro Jahr 1,85 Mrd. Euro. Bereits im Jahr 2007 sind die GKV-Ausgaben gegenüber dem Vorjahr um 1,5 Milliarden Euro gestiegen. Während die Ausgaben für Generika um 2,9 % gesunken sind, ist bei den patentgeschützten Arzneimitteln ein Ausgabenanstieg in Höhe von 14,6% feststellbar. Wir nehmen an, dass sich diese Entwicklung in den beiden folgenden Jahren fortsetzen wird und legen diese Werte unserer Schätzung der GKV-Ausgabenentwicklung für Arzneimittel bis zum Jahr 2009 zugrunde.

Als dritten großen Ausgabenblock betrachten wir die Krankenhäuser. Wir schätzen hier ein Ausgabenwachstum von ca. 1,7 %, basierend auf dem durchschnittlichen Wachstum der letzten fünf Jahre. Ausgehend von ca. 50 Mrd. Euro GKV-Ausgaben für die Krankenhäuser sind dies jährlich 850 Mio. Mehrausgaben.

Für den Fonds ist weiterhin eine **Schwankungsreserve** in Höhe von etwa 3,3 Mrd. Euro eingeplant, die wegen konjunktureller und saisonaler Entwicklungen bei einem einheitlichen Beitragssatz notwendig ist. Wohlgermerkt ohne Gesundheitsfonds wäre diese Schwankungsreserve nicht erforderlich. Die Schwankungsreserve allein erhöht den Beitragssatz zum Fonds um 0,33 Prozentpunkte.

Der vorgesehene **doppelte Beitragseinzug** für Fondsbeitrag und Zusatzbeitrag kann zu höheren Ausgaben für die GKV führen, hier sind jedoch andererseits die **zu erwartenden Einsparungen auf Grund einer Verschlankung der jetzigen Verbandsstruktur** auf der Haben-Seite abzuziehen. In summa kann man hier keine klaren Aussagen treffen; hier gilt es abzuwarten. Ein weiteres **Risiko** bei einer Schätzung für das Jahr 2009 ist die unklare Ausgestaltung des **Morbi RSA**. Im Laufe des nächsten Jahres wird erst ausgemacht, welche Krankheiten in welcher Höhe ausgeglichen werden. Weiterhin unsicher sind die Auswirkungen **regionaler Vergütungsunterschiede** sowie der bis 2008, ursprünglich 2007, abgeschlossene **Entschuldungsprozess** der Krankenkassen.

Finanzielle Auswirkungen des gemeinsamen Beitragssatzes
für Mitglieder von Gesetzlichen Krankenkassen ab 2009

Wir gehen zusammenfassend davon aus, dass unsere Schätzung des allgemeinen einheitlichen Beitragssatzes im Jahr 2009 auf 14,6 Prozent (15,5 % incl. zusätzlichen Beitragssatz) ausgehend von heute 13,9 Prozent eher konservativ ist. In der folgenden Tabelle haben wir die einzelnen „sicheren“ Komponenten im Überblick noch einmal dargestellt.

Abbildung 4: Komponenten der Schätzung des einheitlichen Beitragssatzes 2009⁶

Einnahmen	+ 1,5 Mrd. €
Mehrausgaben Ärzte	2,5 Mrd €
Mehrausgaben Arzneimittel	1,85 Mrd. €
Mehrausgaben Krankenhäuser	0,85 Mrd. €
Schwankungs- reserve	3,3 Mrd €
<i>Netto</i>	7 Mrd. € = 0,7 %

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik München 2007

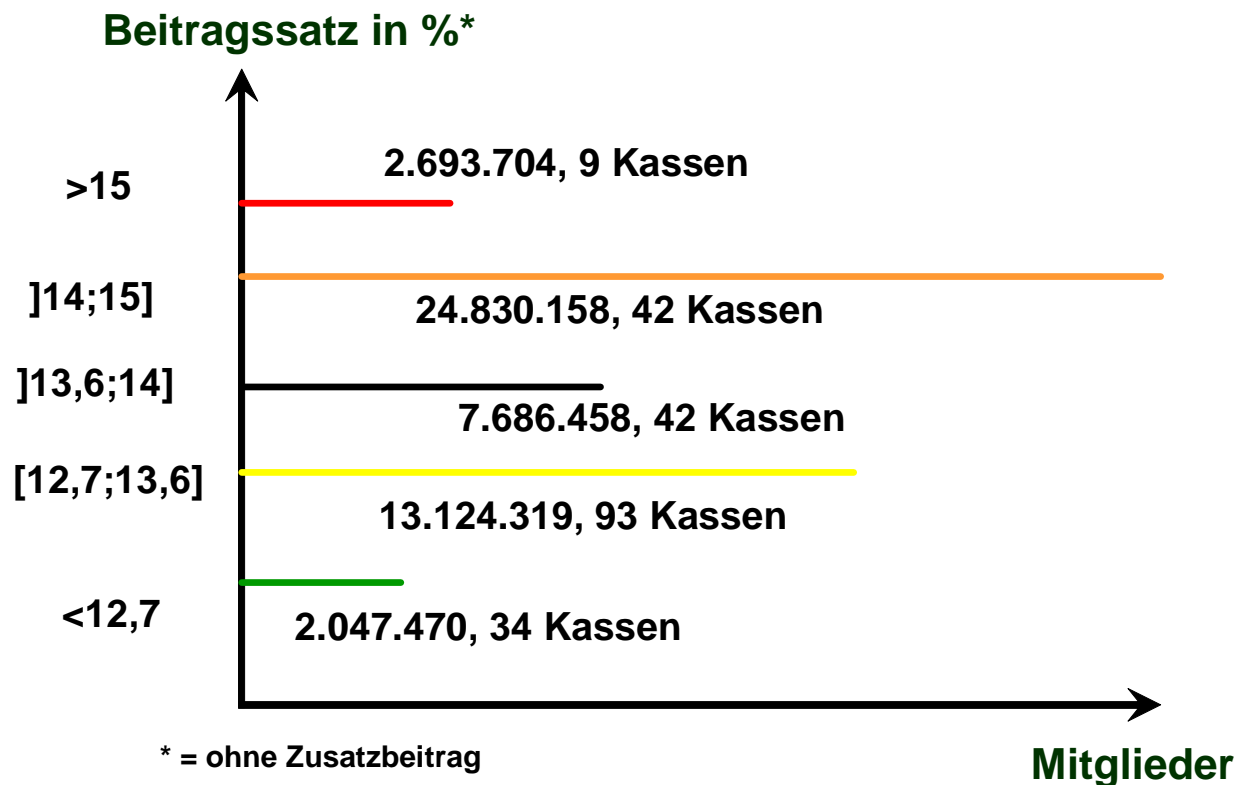
⁶ Siehe Fußnote 3.

3. Finanzielle Auswirkungen des einheitlichen Beitragssatzes auf die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ein einheitlicher Beitragssatz in Höhe von 14,6% ohne Zusatzbeitrag hat auf jeden Beitragszahler der GKV je nach Krankenkasse finanzielle Auswirkungen in verschiedener Höhe. Wir haben für alle 236 Krankenkassen (Stichtag 01.10.2007) untersucht, wie hoch die jährliche und monatliche Be- bzw. Entlastung durch einen einheitlichen Beitragssatz von 14,6 % ist. Dabei vergleichen wir die Beiträge heute und zum Start des Gesundheitsfonds bezogen auf Mitglieder mit einem Arbeitseinkommen von 12.000 Euro, einem mittleren Einkommen von 20.000 Euro sowie den Höchsteinkommen an der Beitragsbemessungsgrenze von 42.750 Euro im Jahr 2007 und 43.200 Euro im Jahr 2008.⁷ In der folgenden Übersicht werden die Mitglieder Gruppen zugeordnet, die sich über Beitragssatzspannen definieren.

⁷ Das mittlere Einkommen bzw. beitragspflichtige Einkommen betrug im Jahr 2006 im Durchschnitt 19.470,74 €.

Abbildung 5: Entwicklung des allgemeinen Beitragssatzes der GKV (in %)



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik München 2007

Legt man Mitglieder mit einem Arbeitseinkommen an der Beitragsbemessungsgrenze 2008 von 43.200 Euro für den Vergleich zu Grunde, dann ergeben sich für die grüne Gruppe jährliche Einbußen von 432 Euro bis **712,80 Euro**. Mitglieder mit einem heutigen allgemeinen Beitragssatz von über 15 % gewinnen zwischen 151,20 Euro und 259,20 Euro. Die mitgliederstärkste Gruppe umfasst die Beitragssätze zwischen 14 % und 15 %. Hier werden die Leute geringfügig entlastet in Höhe von jährlich 64,80 Euro bzw. belastet in Höhe von 108 Euro. Für die weiteren Mitglieder/Gruppen siehe die beigefügte Excel-Tabelle.

Zusammenfassend kann man sagen, dass viele Mitglieder eine geringe Veränderung in ihren Beiträgen durch einen einheitlichen Beitragssatz erfahren. Bei der großen Mehrheit der Krankenkassen mit durchaus vielen Mitgliedern kommt es jedoch zu stark erhöhten Beiträgen. Insgesamt erhöhen sich die Mitgliedbeiträge bei 44,9 Mio. Mitgliedern oder 88 % aller Mitglieder.

AUTOREN

Prof. Dr. Günter Neubauer

Prof. Dr. Günter Neubauer lehrte von 1976 bis 2006 an der Universität der Bundeswehr München mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomik und ist Direktor des Beratungsinstituts für Gesundheitsökonomik (IfG). Er war von 1986 bis 1990 Mitglied der Enquete Kommission „Reform der GKV“ des Deutschen Bundestages und von 1990 bis 1998 Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Er ist ferner Mitglied des Aufsichtsrats des Klinikums Magdeburg und der Kreiskliniken Altötting-Burghausen, Mitglied in verschiedenen Beiräten im Gesundheitswesen und Vorsitzender mehrerer Schiedsämter auf Bundes- und Landesebene.

Dipl.-Vw. Florian Pfister

Studium der Europäischen Wirtschaft und Volkswirtschaftslehre an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, University of Warwick, England und Ludwig-Maximilians-Universität München. Seit 2005 Doktorand an der Universität der Bundeswehr München. Von 2005 bis 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Dr. Günter Neubauer an der Universität der Bundeswehr München. Seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheitsökonomik München, Prof. Dr. Neubauer.