



# Einführung

- Finanzierung der Krankenversicherung in Deutschland:
  - ↪ Wichtige Aspekte:
    - Finanzierung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
    - Absicherung auch von Individuen mit geringem Einkommen
    - Rolle von Prämien und Beiträgen (auch im Zeitverlauf)
  - ↪ Verschiedene *Prototypen* der Absicherung finanzieller Krankheitsrisiken:
    - Soziale Krankenversicherung (→ Gesetzliche Krankenversicherung [GKV])
    - Private Krankenversicherung (→ Private Krankenversicherung [PKV])
- Zu klären:
  - ↪ Wie erfolgt die Finanzierung der Krankenversicherung heute?
  - ↪ Wie sieht die Finanzlage der GKV in der Zukunft aus?
  - ↪ Welche Reformoptionen gibt es?
  - ↪ Welche Wirkungen sind damit jeweils verbunden?



# Einführung

➤ Ziele, die mit der GKV verbunden sind (Auswahl):

↳ Angebot

- eines umfassenden Katalogs von Gesundheitsleistungen
  - gegenwärtig (nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens)
  - künftig, wobei der medizinisch-technische Fortschritt zu berücksichtigen ist
- zu Konditionen, die
  - vom finanziellen Krankheitsrisiko des Versicherten unabhängig sind
  - primär die Zahlungsfähigkeit des Versicherten berücksichtigen

↳ Angebot von Gesundheitsleistungen im Raum: Gleichwertiger Zugang

↳ Wirtschaftlichkeit der Krankenversicherung

- Wichtiges Instrument: Wettbewerb unter den Krankenkassen
- Flankierung durch weitere Instrumente?



# Einführung

- Die Finanzierung der GKV heute
  - ↳ erfolgt in einer Weise, dass sich die Leistung des Versicherten und die Leistung der Krankenkasse im Normalfall *nicht* entsprechen:
    - Bei „guten Risiken“ überwiegt die Leistung des Versicherten
    - Bei „schlechten Risiken“ überwiegt die Leistung der Krankenkasse
  - ↳ würde ohne weitere Vorkehrungen implizieren, dass Krankenkassen
    - in einem intensiven Wettbewerb um „gute Risiken“ stünden
    - kaum Anreize hätten, „schlechte Risiken“ aufzunehmen
    - aus volkswirtschaftlicher Sicht Ressourcen verschwenden würden, um rein einzelwirtschaftliche Vorteile zu erlangen
- Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV als Instrument, den Wettbewerb unter den Krankenkassen so zu flankieren, dass es nicht zu solcher Verschwendung kommt:
  - ↳ Wie funktioniert der RSA?
  - ↳ Gibt es einen Reformbedarf des RSA?



# Einführung

## ➤ Künftige Herausforderungen des Gesundheitswesens

### ↳ Demographische Alterung:

- Was bedeutet das?
- In welchem Umfang findet diese statt?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für die Finanzlage der GKV?

### ↳ Medizinisch-technischer Fortschritt:

- In welcher Form (primär):
  - Produktinnovationen: Verbesserungen
    - » der Diagnostik
    - » der Behandlungsmöglichkeiten
  - Prozessinnovationen:
    - » Keine Veränderung der Ergebnisse von Diagnostik oder Therapie
    - » Kostengünstigere Bereitstellung



## Einführung

- Welche Einnahmen- und Ausgabeneffekte sind damit verbunden?
  - Relevante Größen: Veränderung
    - » der Altersstruktur der Bevölkerung
    - » der Bemessungsgrundlage für die Beiträge
    - » der altersbezogenen Gesundheitsausgaben pro Kopf (Ausgabenprofil)
  - Hypothesen zur Veränderung des Ausgabenprofils (Auswahl):
    - » Verschiebung nach unten („Kompression der Morbidität“)
    - » Verschiebung nach oben („Medikalisierung“)
    - » Sterbekostenansatz
- Künftige Finanzierung der GKV:
  - ↳ Gesundheitsfonds
    - Wie funktioniert der Fonds?
    - Welche Wirkungen sind damit verbunden?



# Einführung

## ↪ Reformbedarf:

- Verschlechterung der Finanzlage in den letzten Jahren
- Alternativen zur derzeitigen Finanzierung?

## ↪ Alternative Reformstrategien

- „Adaptive“ Reformen mit den Kennzeichen:
  - Bezug auf das bestehende System
  - Anpassung einzelner Parameter
- Weitergehende Reformen:
  - Umfassende Veränderung der Finanzierung
  - Beispiele: Bürgerversicherung, Gesundheitspauschale

## ➤ Zu klären:

- ↪ Wie sehen ausgewählte Reformstrategien aus?
- ↪ Welche Effekte sind damit verbunden?



## Überblick

- Finanzierung:
  - ↳ der GKV (Kap. 2)
  - ↳ der PKV (Kap. 3)
- Kassen-(arten-)übergreifende Ausgleichsmechanismen zwischen den Krankenkassen:
  - ↳ Funktionsweise und Effekte des Finanzausgleichs in der KVdR (Kap. 4)
  - ↳ Funktionsweise und Effekte des RSA in der GKV (Kap. 5)
    - RSA bis 2008
    - RSA heute („Morbi-RSA“)
- Veränderung der Finanzlage der GKV im Status quo (Kap. 6)
- Gesundheitsfonds heute und in der Zukunft (Kap. 7)
- Reformoptionen für die Finanzierung der GKV
  - ↳ Adaptive Reformoptionen (Kap. 8)
  - ↳ Grundlegende Reformkonzepte (Kap. 9)



## Grundzüge der GKV

- Große Bedeutung der Krankenversicherung:
  - ↳ Risiko, fällige Ausgaben nicht direkt finanzieren zu können
  - ↳ Risiko-Aversion
- Finanzielles Krankheitsrisiko:
  - ↳ Bezug: Risiko bezüglich des künftigen Gesundheitszustands
  - ↳ Risiko bezüglich der damit verbundenen finanziellen Konsequenzen
    - Ausgaben für Gesundheitsleistungen
    - Ausfall von Erwerbseinkommen
- Krankenversicherungsschutz: Struktur und Umfang in Deutschland 2019 (Abb. 1):
  - ↳ 88,2 % über die GKV
  - ↳ 11,2 % über die PKV
  - ↳ Ausschließlich sonstiger Anspruch auf Krankenversorgung: 0,2 % der Bevölkerung
  - ↳ Jeweils sehr geringer Anteil ohne Versicherung bzw. ohne Angaben dazu



## GKV: Struktur

### ➤ Aufbau der GKV:

↪ Gesetzliche Regelungen: Weitgehend im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V)

↪ Gegliedertes Kassensystem:

- Kassenarten:

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK): Regional abgegrenzt und geöffnet

- Betriebskrankenkassen (BKK) und Innungskrankenkassen (IKK):

- » Gründung jeweils ab bestimmter Größe möglich

- » Öffnung (regional oder bundesweit) jeweils möglich

- Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK):

- » Im Wesentlichen für Landwirte (bzw. „Altenteiler“) und deren Angehörige

- » Nicht geöffnet

- Knappschaft-Bahn-See (KBS):

- » Früher (z.B. „Bundesknappschaft“) nur für Arbeitnehmer des Bergbaus

- » Seit 2007 bundesweit geöffnet



## GKV: Struktur

- Ersatzkassen: Jeweils bundesweit geöffnet
- Die Kassenarten umfassen in der Regel mehrere Krankenkassen
- Im Zeitablauf deutlicher Rückgang der Anzahl der Kassen:
  - » Zu Beginn der 90er Jahre gab es mehr als 1.000 Kassen
  - » Im September 2023 sind es noch 96 Kassen
- Wettbewerb:
  - Bis 1995
    - » wurden Mitglieder im Wesentlichen einer Kasse zugewiesen
    - » bestand teilweise eine Wahl zwischen zwei Kassen
    - » herrschte unter den Krankenkassen kaum Wettbewerb um Mitglieder
  - Seit 1996 besteht ein intensiver Wettbewerb unter den Krankenkassen
    - » um Mitglieder, die unter einer Vielzahl von Kassen wählen können
    - » der durch einen Risikostrukturausgleich unter den Kassen flankiert wird



## GKV: Struktur

- In der GKV versicherter Personenkreis (Abb. 2a und 2b):
  - ↳ Man unterscheidet *Mitglieder* und *Versicherte*
    - Mitglieder sind beitragspflichtig
    - Familienversicherte sind beitragsfrei mitversichert
  - ↳ Mitglieder
    - Pflichtmitglieder (§§ 5-7 SGB V):
      - Personen,
        - » die sich in der GKV versichern müssen
        - » bei denen (mindestens) ein die Versicherungspflicht auslösender Tatbestand vorliegt
      - Beispiele (Auswahl):
        - » Nichtselbständig Beschäftigte, deren monatliches Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze (VPG) nicht überschreitet
        - » Arbeitslose, Künstler und Publizisten, Studenten



## GKV: Struktur

- Freiwillige Mitglieder (§ 9 SGB V):
  - Personen, die z.B.
    - » nicht mehr der Versicherungspflicht unterliegen oder
    - » nicht mehr familienversichert sind oder
    - » erstmals im Inland eine Beschäftigung aufnehmen und aufgrund eines Arbeitsentgelts oberhalb der VPG versicherungsfrei sind
  - Voraussetzungen:
    - » Freiwilliger Beitritt zur GKV
    - » Je nach Fall ggf. weitere Voraussetzungen

### ↳ Familienversicherte (§ 10 SGB V)

- Grundlage: Mitgliedschaft eines Familienangehörigen
- Bezug: Ehegatten, Lebenspartner, Kinder
- Voraussetzung (u.a.): Kein oder geringes (Gesamt-)Einkommen



## GKV: Struktur

↪ Daten zu Mitgliedern und Versicherten (Abb. 3-4):

- Mitglieder in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und in der AKV:
  - KVdR als Pflichtversicherung mit den Voraussetzungen:
    - » Vorversicherungszeit in der GKV (als Mitglied oder Familienversicherter)
    - » Mindestens 90 % der zweiten Hälfte des Zeitraums zwischen erstmaliger Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und Rentenanspruch
    - » Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)
    - » Der Antrag für eine derartige Rente ist gestellt
  - Allgemeine Krankenversicherung (AKV):
    - » Alle übrigen Mitglieder, also
    - » Pflichtmitglieder (verschiedene Gruppen) sowie
    - » (in deutlich geringerem Umfang) freiwillige Mitglieder
  - Unterschiede zwischen früherem Bundesgebiet und neuen Bundesländern



## GKV: Struktur

### ↪ Bund: Der Anteil

- der Mitglieder in der KVdR beträgt gut 29 %
- der freiwilligen Mitglieder in der AKV liegt bei gut 15 %
- der Familienversicherten
  - an allen Versicherten beträgt etwas unter 22 %
  - ist bei den freiwilligen Mitgliedern höher als bei den Pflichtmitgliedern
  - ist bei den Mitgliedern der AKV wesentlich höher als in der KVdR

### ↪ Vergleich früheres Bundesgebiet (inkl. Berlin, FBG) – neue Bundesländer (NBL):

- Daten für den Bund: Gewichtete Mittelwerte der Daten für FBG und NBL
- Aufgrund der unterschiedlichen Anzahlen von Mitgliedern/Familienversicherten gilt:
  - Abweichung eines Wertes für FBG vom Wert für den Bund → deutlich stärkere Abweichung des Wertes für NBL in der anderen Richtung
  - Beispiel: Anteil der Pflichtmitglieder (AKV) in FBG leicht niedriger als beim Bund, in NBL deutlich höher



## GKV: Struktur

↪ FBG im Vergleich zum Bund:

- Der Anteil der Mitglieder in der KVdR liegt niedriger
- Der Anteil der freiwilligen Mitglieder in der AKV fällt etwas höher aus
- Der Anteil der Familienversicherten
  - liegt bei der AKV etwas höher
  - liegt auch bei der KVdR etwas höher
  - an allen Versicherten liegt somit größer

↪ Daraus folgt für NBL im Vergleich zu FBG:

- Der Anteil der Mitglieder in der KVdR fällt deutlich höher aus
- Der Anteil der freiwilligen Mitglieder in der AKV fällt deutlich geringer aus
- Der Anteil der Familienversicherten
  - ist bei der AKV und auch bei der KVdR deutlich niedriger
  - an allen Versicherten fällt somit deutlich geringer aus



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

### ➤ Wichtige Begriffe:

#### ↳ Beitragspflichtige Einnahmen eines Mitglieds:

- Bemessungsgrundlage für den Beitrag
- Definition hängt auch von der Art der Mitgliedschaft ab

#### ↳ Relevante Grenzen:

- Beitragsbemessungsgrenze (BBG):
  - Obergrenze, bis zu der beitragspflichtige Einnahmen verbeitragt werden
  - Jährliche Anpassung
- Versicherungspflichtgrenze (VPG):
  - Bezug: Beitragspflichtige Einnahmen
  - Oberhalb der VPG keine Pflicht (mehr) zur Mitgliedschaft in der GKV
- Höhe und Entwicklung beider Grenzen: Abb. 5
- Anpassung der Grenzen an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

### ↪ Beitragstarif:

- Zusammenhang zwischen Bemessungsgrundlage und dem zu zahlenden Beitrag
- Kann abhängen von
  - der Art der Mitgliedschaft, z.B. (wie unten erläutert)
    - » Beitragstarif für nichtselbständig Beschäftigte
    - » Beitragstarif für selbständig Erwerbstätige
  - dem die Versicherungspflicht auslösenden Tatbestand

### ↪ Tragung des Beitrags bzw. der Beitragsanteile:

- Zu unterscheiden: Beiträge aufgrund
  - des allgemeinen bzw. ermäßigten Beitragssatzes:
    - » Diese beiden Sätze sind für alle Krankenkassen identisch
    - » In der Regel nur hälftige Tragung durch das Mitglied
    - » Abhängig von der Art der beitragspflichtigen Einnahmen



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

- des Zusatzbeitragssatzes:
  - » Individuelle Festsetzung durch jede Krankenkasse
  - » In der Regel nur hälftige Tragung durch das Mitglied
- Beispiele:
  - Beitragsanteile auf das Brutto-Arbeitsentgelt für nichtselbständig Beschäftigte:
    - » Arbeitnehmerbeitrag (Zahlung durch den Arbeitnehmer)
    - » Arbeitgeberbeitrag (Zahlung durch den Arbeitgeber)
  - Beitragsanteile auf die Rente der GRV für KVdR-Mitglieder:
    - » Rentner zahlt in Höhe des „Arbeitnehmerbeitrags“
    - » Rentenversicherungsträger zahlt in Höhe des „Arbeitgeberbeitrags“
  - Alleinige Tragung:
    - » Selbständige: Vollständiger Beitrag
    - » Rentner: Beitrag auf Versorgungsbezüge (im Wesentlichen)



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

➤ Von den Einkünften eines Mitglieds zu seinem Beitrag (Abb. 6):

↳ Ein Mitglied kann beispielsweise beziehen

- Einkünfte aus selbständiger oder aus nichtselbständiger Arbeit
- Einkünfte aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung und Verpachtung
- Sonstige Einkünfte (z.B. Rente der gesetzlichen Rentenversicherung)

↳ Die Gesundheitspolitik legt fest,

- was zu den beitragspflichtigen Einnahmen zählt: Dabei gilt
  - für Pflichtmitglieder eine eher enge Definition
  - für freiwillige Mitglieder eine eher weit gefasste Definition
- welcher Beitragstarif bei welchen Mitgliedern anzuwenden ist

↳ Ergebnisse für die Zahlungsströme:

- Beitrag des Mitglieds → Gesundheitsfonds
- Zusatzbeitrag → Kasse (über einen „Einkommensausgleich“)



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

↪ Durch die Gesundheitspolitik festgelegte Beitragssätze:

- Im Normalfall wird der *allgemeine Beitragssatz* (14,6 %) erhoben
- *Ermäßigter Beitragssatz* (14,0 %):
  - Wird angewendet, wenn kein Anspruch auf Krankengeld vorliegt
  - Ausnahme: Für Rentner gilt der allgemeine Beitragssatz
- Beide Beitragssätze sollen dauerhaft unverändert bleiben

↪ Kassenindividueller und durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz:

- Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes ( $\emptyset$ ZBS):
  - Jeweils im Voraus für ein Jahr, dient als Richtgröße
  - Die daraus resultierenden Einnahmen sollen die voraussichtliche Finanzlücke *aller Krankenkassen* schließen
- Jede Krankenkasse legt ihren Zusatzbeitragssatz  $ZBS_i$  selbst fest:
  - Ziel: Deckung ihrer voraussichtlichen Finanzlücke
  - $ZBS_i > \emptyset$ ZBS sowie  $ZBS_i < \emptyset$ ZBS sind möglich und empirisch zu beobachten



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

- Exkurs: Finanzierung der GKV früher und heute
  - ↪ Bis Ende 2008 galt: Die Krankenkassen finanzieren ihre Ausgaben
    - über Beiträge ihrer Mitglieder aufgrund kassenindividueller Beitragssätze
    - ggf. noch über Transfers aus dem Risikostrukturausgleich (Kap. 5)
    - in geringem Umfang aus einem Bundeszuschuss an die GKV
  - ↪ Seitdem erhält eine Krankenkasse Einnahmen aus
    - den Zuweisungen des Gesundheitsfonds (Kap. 5), der finanziert wird
      - » hauptsächlich aus den Beiträgen der Mitglieder aller Kassen
      - » teilweise aus dem Bundeszuschuss
    - dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz (Einkommensausgleich, Kap. 7)
  - ↪ Eine Krankenkasse, die überdurchschnittliche Ausgaben zu decken hat,
    - musste vor 2009 überdurchschnittliche Beitragssätze erheben
    - muss heute einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erheben



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

### ➤ Beitragspflichtige Einnahmen (bpE, §§ 226-240 SGB V):

#### ↳ Bezug:

- Art der Mitgliedschaft
- Kalendertag

#### ↳ Versicherungspflichtig Beschäftigte (§ 226 SGB V):

- Die bpE umfassen:
  - Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung
  - Zahlbetrag der Rente der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)
  - Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge)
  - Arbeitseinkommen aus selbständiger Beschäftigung, soweit neben einer Rente der GRV oder von Versorgungsbezügen erzielt
- Verbeitragung in der Summe (d.h. nicht für jede Komponente separat) bis zur BBG
- Nur ein Teil der grundsätzlich möglichen Einkünfte wird herangezogen



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

### ↪ Freiwillige Mitglieder (§ 240 SGB V):

- Bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen:
  - Die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds
  - Mindestens die Einnahmen eines vergleichbaren Pflichtmitglieds
- Zu den bpE gehören daher grundsätzlich auch
  - Einkünfte aus Kapitalvermögen
  - Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung
- Aufgrund der BBG kann diese weiter gefasste Definition bei freiwilligen Mitgliedern,
  - die nichtselbständig beschäftigt sind, keine Wirkung auf den Beitrag ausüben
  - die selbständig beschäftigt sind, die Höhe des Beitrags beeinflussen
- „Mindestbeitrag“: Bei geringen bpE
  - werden nicht diese zur Beitragsbemessung herangezogen
  - wird stattdessen 1/3 der monatlichen Bezugsgröße (West) zugrunde gelegt



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

- Monatliche Bezugsgröße in der deutschen Sozialversicherung:
  - Durchschnittsentgelt der Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung
  - Wichtige Rechengröße, grundsätzlich differenziert nach „West“ und „Ost“

### ➤ Beitragstarife:

↳ Erläuterung anhand folgender Beispiele:

- Beitragstarif für nichtselbständig Beschäftigte
- Beitragstarif für freiwillige Mitglieder

↳ Daneben gibt es noch weitere Beitragstarife

↳ Bezug: Einnahmen des Gesundheitsfonds

↳ Beitragstarif für nichtselbständig Beschäftigte (Abb. 7a):

- Sonderregelungen (monatliches Entgelt)
  - im Bereich geringfügiger Beschäftigung (bis 520 €)
  - im „Übergangsbereich“ (zwischen 520,01 € und 2.000 €)



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

- Ansonsten:
  - Anwendung des Beitragssatzes bis zur BBG ergibt den Beitrag
  - Maximalbeitrag: Oberhalb der BBG erfolgt keine weitere „Verbeitragung“
- Arbeitgeberbeitrag (AG-Beitrag) zur Krankenversicherung:
  - Bemessungsgrundlage: *Arbeitsentgelt* (Bruttolohn bzw. –gehalt) des Mitglieds
  - Arbeitgeberbeitrag als steuerfreie Einnahme,
    - » die *nicht* zum Arbeitsentgelt zählt
    - » die daher auch in den übrigen Zweigen der Sozialversicherung *nicht verbeitragt* wird
  - Dies gilt auch für die übrigen Zweige der Sozialversicherung, z.B. für die
    - » Beiträge der Arbeitgeber zur Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)
    - » Beiträge der Arbeitgeber zur sozialen Pflegeversicherung (SPV)
  - Arbeitsentgelt plus AG-Beiträge zur Sozialversicherung = *Arbeitnehmerentgelt*



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

↪ Beitragstarif für freiwillige Mitglieder (Abb. 7b):

- Mindestbeitragsregelung:
  - Beitragspflichtige Einnahmen:
    - » Grundsätzlich in Höhe der BBG
    - » Bei Nachweis geringerer bpE mindestens 1/3 der Bezugsgröße
    - » Es gilt stets die Bezugsgröße West
  - Im Vergleich zur Regelung für Pflichtmitglieder
    - » ist diese Regelung restriktiver
    - » ergibt sich ein größerer Bereich, innerhalb dessen Änderungen der beitragspflichtigen Einnahmen ohne Einfluss auf den Beitrag bleiben
- Oberhalb der durch den „Mindestbeitrag“ festgelegten Untergrenze:
  - Verbeitragung grundsätzlich wie für nichtselbständig Beschäftigte
  - In Bezug auf die Bemessungsgrundlage liegt dennoch ein Unterschied vor



## Finanzierung der GKV: Beitragsbemessung

↪ Aspekte zur Beurteilung:

- Im Vergleich zu Pflichtmitgliedern (in der Regel) höhere Belastung:
  - Mindestbeitragsregelung (bei geringen bpE)
  - Regelung bezüglich der Festsetzung der bpE
- Weiter ist zu berücksichtigen:
  - Option einer alternativen Absicherung:
    - » Freiwillige Mitglieder könnten auch in die PKV gehen
    - » Entscheidung für die GKV, wenn diese per Saldo günstiger erscheint
  - Diese Option besteht für Pflichtmitglieder nicht
- Es ist auch darauf zu achten, dass freiwillige Mitglieder
  - ihre Wahlrechte nicht zu Lasten der übrigen Mitglieder nutzen
  - die Solidargemeinschaft der GKV nicht übermäßig in Anspruch nehmen



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

- Finanzierungsprinzipien der GKV: Bezug auf
  - ↳ (i) die individuelle Ebene (Mitglieder)
  - ↳ (ii) die Ebene der einzelnen Krankenkasse
  - ↳ (iii) die Ebene der GKV insgesamt (Gesundheitsfonds)
- Ad (i): Individuelle Ebene
  - ↳ Leistungsfähigkeits- oder *Solidarprinzip* als Leitlinie:
    - Mitglieder beteiligen sich an der Finanzierung der GKV gemäß ihrer *wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit*
    - Implikationen:
      - Wer wirtschaftlich leistungsfähiger (bzw. weniger leistungsfähig) ist, hat einen höheren Beitrag (bzw. einen geringeren Beitrag) zu entrichten
      - Bei gleicher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ist derselbe Beitrag fällig
      - Das (auf die GKV übertragene) finanzielle Krankheitsrisiko hat somit keinen direkten Einfluss auf den Beitrag



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

- Andere Faktoren können ebenfalls die Höhe des Beitrags beeinflussen
- In der GKV noch relevant:
  - Leistungsumfang, z.B.
    - » Anspruch auf Krankengeld
    - » Wahl eines Selbstbehalts (→ Wahltarife)
  - Faktoren, die einen über- bzw. unterdurchschnittlichen ZB-Satz bewirken

### ↳ Das Prinzip

- enthält eine Aussage über die *relative* Höhe des Beitrags eines Mitglieds, kann aber nicht dessen *absolute* Höhe festlegen
- bedarf daher der Ergänzung [hier: Prinzip (iii)]

### ↳ § 3 SGB V setzt dieses Prinzip wie folgt um:

- Die Beiträge richten sich in der Regel nach den bpE
- Dies wird als „solidarische Finanzierung“ bezeichnet



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

- Zur Bedeutung des Solidarprinzips in der GKV:
  - ↪ Bezug:
    - Beiträge zum Gesundheitsfonds
    - Zusatzbeiträge werden ohne Beschränkung der Allgemeinheit *nicht* berücksichtigt
  - ↪ Voraussetzung: Identischer Leistungsumfang
  - ↪ Das Solidarprinzip gilt, insoweit
    - (1) Veränderungen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auch Änderungen der bpE bewirken
    - (2) Veränderungen der bpE
      - eine Änderung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit darstellen (2a)
      - eine Änderung des zu zahlenden Beitrags auslösen (2b)
    - (3) Veränderungen des Beitrags auf Änderungen der bpE beruhen
  - ↪ Die „solidarische Finanzierung“ (§ 3 SGB V) erfüllt diese Anforderungen nur teilweise



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

↪ Die Anforderungen (1) bis (3) sind in vielen Fällen erfüllt. Beispiele:

- Veränderungen
  - des Arbeitsentgelts im Bereich bis zur BBG
  - des Zahlbetrags der Rente im Bereich bis zur BBG
- Veränderungen des Gesamtbetrags der Einkünfte freiwilliger Mitglieder oberhalb der für den „Mindestbeitrag“ relevanten bpE und unterhalb der BBG
- In diesen Fällen verändert sich jeweils
  - die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds
  - gleichgerichtet der zu entrichtende Beitrag

↪ Allerdings kann es auch zu Verletzungen des Solidarprinzips kommen:

- (a) Einfluss der BBG bei einzelnen Mitgliedern
- (b) Einfluss der BBG bei Ehepaaren bzw. Lebenspartnerschaften
- (c) Einfluss der engen Definition bpE bei Pflichtmitgliedern



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

↪ Ad (a):

- Verbesserungen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, die
  - zu Erhöhungen der bpE führen
  - oberhalb der BBG stattfinden
- Anforderungen:
  - (1) und (2a) sind erfüllt
  - Anforderung (2b) ist verletzt

↪ Ad (b):

- Beispiel zweier Ehepaare 1 und 2:
  - Beide Ehegatten sind jeweils in der GKV versichert
  - Beide Paare haben jeweils bpE in Höhe von  $2 \cdot \text{BBG}$
  - Die Verteilungen auf die Ehegatten unterscheiden sich



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

- Konkrete Verteilung:
  - » Ehepaar 1: Ein Alleinverdiener
  - » Ehepaar 2: Beide Ehegatten verfügen über bpE in gleicher Höhe
- Allgemeiner:
  - Zwei Ehepaare mit bpE in gleicher Höhe X, wobei für Ehepaar 1 gilt:
    - » Ein Ehegatte hat bpE oberhalb der BBG, die höher sind als die bpE aller anderen Personen
    - » Der andere Ehegatte hat bpE unterhalb der BBG
  - Dann
    - » wird bei Ehepaar 1 ein größerer Teil von X nicht verbeitragt
    - » fällt der insgesamt zu zahlende Beitrag für Ehepaar 1 niedriger aus
- Ergebnis:
  - Trotz gleicher bpE unterschiedliche Belastung mit GKV-Beiträgen
  - Anforderung (3) jeweils nicht erfüllt



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

↪ Ad (c):

- Beispiel: Pflichtmitglieder mit
  - einem Arbeitsentgelt unterhalb der BBG
  - Einkünften aus Kapitalvermögen
- In Bezug auf die Einkünfte aus Kapitalvermögen ist Anforderung (1) nicht erfüllt

➤ Unterschiedliche Zusatzbeitragssätze der Kassen für die Mitglieder – Interpretation?

↪ Bezug:

- Gesamtbeitrag: Beitrag zum Gesundheitsfonds plus Zusatzbeitrag
- Krankenkassen mit identischem Leistungsumfang

↪ Dann sind die Gesamtbeiträge für Mitglieder verschiedener Kassen

- bei identischen bpE unterschiedlich hoch
- bei unterschiedlichen bpE möglicherweise identisch



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

- ↪ Aber: Zu berücksichtigen ist, dass die Mitglieder
  - in ausreichendem Umfang unter den Krankenkassen wählen können
  - übermäßige Belastungen vermeiden können
- Ad (iii): Finanzierungsprinzip auf der Ebene der GKV
  - ↪ Allgemein (§ 220 SGB V):
    - Erwartete Ausgaben sind durch Beiträge und sonstige Einnahmen zu finanzieren
    - Voraussichtliche Einnahmen des Gesundheitsfonds:
      - Beiträge aufgrund fester Beitragssätze gemäß den bpE der Mitglieder
      - Sonstige Einnahmen: Bundeszuschuss
    - Weitere Einnahmen: Einnahmen aus Zusatzbeiträgen
      - Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz  $\emptyset$ ZBS als Referenzgröße
      - Die tatsächlichen Einnahmen ergeben sich aufgrund der von den Krankenkassen jeweils festgelegten Zusatzbeitragssätze



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

↪ 2 Varianten:

- Gruppenäquivalenz (ohne Bundeszuschuss)
- Modifizierte Gruppenäquivalenz (mit Bundeszuschuss)

↪ *Gruppenäquivalenz:*

- Gültig bis einschließlich 2003
- Das Prinzip fordert, dass die Ausgaben der GKV vollständig aus ihren (eigenen) Einnahmen (im Wesentlichen: Beiträge) zu finanzieren sind
- Auf die Gruppe der GKV-Versicherten bezogen, besteht dann eine Äquivalenz
  - zwischen Leistung (→ gezahlte Beiträge der Mitglieder)
  - und Gegenleistung (→ finanzierte Gesundheitsleistungen für Versicherte)
- In einer privaten (Kranken-)Versicherung gilt die Übereinstimmung von Leistung und Gegenleistung für jeden einzelnen Versicherten (*individuelle Äquivalenz*)
- Prinzip ermöglicht es, die Höhe der zu entrichtenden Beiträge zu bestimmen



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

### ↪ Modifizierte Gruppenäquivalenz:

- Die GKV erhält seit 2004 einen Bundeszuschuss (Abb. 8), der
  - in § 221 SGB V geregelt ist
  - ursprünglich versicherungsfremde Leistungen der GKV finanzieren sollte
- Wenn dieses Ziel erreicht wird,
  - gilt die Gruppenäquivalenz in Bezug auf die originären Leistungen der GKV
  - liegt *modifizierte* Gruppenäquivalenz vor
- Das Prinzip verlangt, dass die Ausgaben der GKV aus ihren (eigenen) Einnahmen zusammen mit dem Bundeszuschuss zu finanzieren sind
- Finanzierung der GKV:
  - Bundeszuschuss, voraussichtliche Ausgaben und voraussichtliche bpE der Mitglieder als Daten
  - Jährliche Festlegung von ØZBS derart, dass die gesamten Beitragseinnahmen zur Deckung ausreichen



## Finanzierung der GKV: Grundlegende Prinzipien

### ➤ Ausgaben der GKV:

#### ↳ Struktur 2022 (Abb. 9):

- Ausgaben für Krankenhausbehandlung, für ärztliche Behandlung und für Arzneimittel als größte Positionen
- Alle übrigen Positionen teilweise deutlich unter 10 %

#### ↳ Ausgeprägte Altersabhängigkeit im Querschnitt (Abb. 10):

- Graphik zeigt altersspezifische Ausgaben pro Kopf für Männer und Frauen
- Daten des Bundesversicherungsamts (BVA) für die GKV
- Da große Gruppen betrachtet werden, stimmen die Ausgaben pro Kopf jeweils näherungsweise mit den erwarteten Ausgaben (altersbezogen) überein

#### ↳ Einfluss weiterer Faktoren auf den Gesundheitszustand:

- In der Regel mit Einfluss auf die erwarteten Ausgaben der GKV
- Bei gegebenem Alter variiert das finanzielle Krankheitsrisiko noch erheblich



## Verteilungseffekte

### ➤ Verteilungseffekte in der GKV:

↪ Vorüberlegung: Im Vergleich zu einer privaten Krankenversicherung weist die GKV

- zunächst die gleichen Verteilungseffekte auf („Gesunde finanzieren Kranke“)
- aufgrund des Solidarprinzips noch weitere Effekte auf, die sich auf einzelne Mitglieder bzw. einzelne Gruppen von Mitgliedern beziehen können

↪ Zentrale Fragen:

- In welchem Umfang entstehen in der GKV
  - Verteilungseffekte wie in einer privaten Krankenversicherung?
  - zusätzliche Verteilungseffekte?
- Zusätzliche Verteilungseffekte:
  - Von welchen Faktoren hängen diese ab?
  - Wie sind diese Effekte zu interpretieren?
- Welche Rolle spielt der Bundeszuschuss?



## Verteilungseffekte

### ↪ Vorgehensweise:

- Bezug:
  - Gruppen von Mitgliedern,
    - » jeweils einschließlich beitragsfrei mitversicherter Familienangehörige
    - » die somit auch aus einem einzigen Mitglied bestehen können
  - Beiträge zum Gesundheitsfonds einschließlich Zusatzbeitrag
- Notation: Für eine Gruppe  $j$  (bzw. für die GKV) bezeichne
  - $B_j$  (bzw.  $B$ ) die zu zahlenden bzw. die gezahlten Beiträge
  - $EA_j$  (bzw.  $EA$ ) die erwarteten Ausgaben der GKV
  - $TA_j$  (bzw.  $TA$ ) die tatsächlichen Ausgaben der GKV
  - $M_j$  (bzw.  $M$ ) die Anzahl der Mitglieder
  - $V_j$  (bzw.  $V$ ) die Anzahl der Versicherten
- $Z$  bezeichne den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds

## Verteilungseffekte

- Aus der modifizierten Gruppenäquivalenz folgt pro Versicherten der GKV:

$$(1) \quad \frac{Z}{V} + \frac{B}{V} - \frac{TA}{V} = 0$$

- Über den entsprechenden Saldo einer einzelnen Gruppe  $j$  von Versicherten lässt sich hingegen keine allgemeine Aussage treffen. Wenn

$$(2) \quad \frac{Z}{V} + \frac{B_j}{V_j} - \frac{TA_j}{V_j}$$

- positiv ist, hat die Gruppe insgesamt zur Finanzierung der übrigen Versicherten der GKV beigetragen
  - negativ ist, gilt die umgekehrte Aussage
- Der Saldo (2)
    - misst den *gesamten Verteilungseffekt* pro Versicherten einer Gruppe
    - zeigt im Falle eines positiven (bzw. eines negativen) Vorzeichens einen Verteilungseffekt zu Gunsten (bzw. zu Lasten) der GKV an

## Verteilungseffekte

- Aus (1) erhält man durch „Erweitern“ mit  $EA/V$ :

$$(3) \quad \frac{Z}{V} + \frac{B}{V} - \frac{EA}{V} + \frac{EA}{V} - \frac{TA}{V} = 0$$

- Aufgrund der großen Anzahl von GKV-Versicherten gilt:

$$(4a) \quad \frac{EA}{V} - \frac{TA}{V} = 0$$

- Dies folgt aus dem „Gesetz der großen Zahl“
  - Pro Versicherten stimmen, bezogen auf die GKV insgesamt, die tatsächlichen mit den erwarteten (d.h. kalkulierten) Ausgaben überein
- Aus (3) und (4a) folgt:

$$(4b) \quad \frac{Z}{V} + \frac{B}{V} - \frac{EA}{V} = 0$$

- Pro Versicherten reichen der  $Z$  und  $B$  gerade aus, um  $EA$  der GKV zu decken
- Anders ausgedrückt:  $Z$  und die Parameter für  $B$  sind richtig kalkuliert worden

## Verteilungseffekte

- Aus (2) folgt durch „Erweitern“ mit  $EA_j/V_j$  nach Umstellen:

$$(5) \quad \frac{Z}{V} + \frac{B_j}{V_j} - \frac{EA_j}{V_j} + \frac{EA_j}{V_j} - \frac{TA_j}{V_j}$$

- Die durch die letzten beiden Terme beschriebene Differenz
  - misst den *Verteilungseffekt ex post*
  - kann, außer bei sehr großen Gruppen, deutlich von Null verschieden sein:
    - » Ein positives Vorzeichen zeigt an, dass die Versicherten *relativ* (zu  $EA_j$ ) niedrige Ausgaben verursacht haben (Effekt zu Gunsten der GKV)
    - » Ein negatives Vorzeichen bedeutet, dass die Versicherten *relativ* zu ( $EA_j$ ) hohe Ausgaben verursacht haben (Effekt zu Lasten der GKV)
- Verteilungseffekte ex post
  - sind *zufällige* Verteilungseffekte, die erst nach Ablauf des Betrachtungszeitraums ermittelt werden können
  - treten in jeder Versicherung auf und sind daher versicherungsimmanent



## Verteilungseffekte

- Der durch die ersten drei Terme in (5) beschriebene Ausdruck
  - erfasst den *Verteilungseffekt ex ante*
  - fällt positiv und damit zu Gunsten der GKV aus, wenn unter Berücksichtigung des Bundeszuschusses
    - » die Gruppe j höhere Beiträge leistet als zur Finanzierung ihrer erwarteten GKV-Ausgaben nötig ist
    - » somit zu erwarten ist, dass die Gruppe einen Beitrag zur Finanzierung der übrigen GKV-Versicherten leistet
  - fällt negativ und damit zu Lasten der GKV aus, wenn unter Berücksichtigung des Bundeszuschusses
    - » die Gruppe j niedrigere Beiträge entrichtet als zur Finanzierung ihrer erwarteten GKV-Ausgaben nötig ist
    - » somit zu erwarten ist, dass die Gruppe zur Finanzierung ihrer GKV-Ausgaben einen Beitrag der übrigen GKV-Versicherten benötigt



## Verteilungseffekte

- Verteilungseffekte ex ante
  - sind systematische Verteilungseffekte, die bereits vor dem Betrachtungszeitraum ermittelt werden können
  - können in einer privaten (Kranken-)Versicherung nicht auftreten, da
    - » ein Effekt zu Lasten des Versicherers bedeutet, dass die Absicherung der Gruppe auf Dauer zu einem Verlust führt
    - » ein Effekt zu Gunsten des Versicherers zu Gewinnen führt, die im Wettbewerb nicht dauerhaft bestehen können
  - können typischerweise nur in einer Sozialversicherung auftreten. Dazu ist es notwendig,
    - » die Ablehnung „unprofitabler“ Gruppen zu verhindern (durch Kontrahierungszwang für die Krankenkassen)
    - » die Abwanderung „profitabler“ Gruppen von Mitgliedern zumindest teilweise zu verhindern (durch Zwang zur Mitgliedschaft)

## Verteilungseffekte

- Nähere Analyse des Verteilungseffekts ex ante:
  - Wenn man  $Z/V$  in (5) anhand von (4b) substituiert, erhält man:
$$(6a) \quad \frac{B_j}{V_j} - \frac{B}{V} + \left( \frac{EA}{V} - \frac{EA_j}{V_j} \right)$$
  - Damit besteht der Verteilungseffekt ex ante aus zwei Teileffekten:
    - » Einnahmeseitiger Verteilungseffekt ex ante („Sozialausgleich“)
    - » Ausgabeseitiger Verteilungseffekt ex ante („Risikoausgleich“)
  - Der einnahmeseitige Verteilungseffekt ex ante
    - » wird durch die erste Differenz in (6a) erfasst
    - » fällt positiv und damit zu Gunsten der GKV aus, wenn die betrachtete Gruppe pro Versicherten *relativ* (zu  $B/V$ ) hohe Beiträge entrichtet
    - » fällt negativ und damit zu Lasten der GKV aus, wenn die betrachtete Gruppe pro Versicherten *relativ* (zu  $B/V$ ) niedrige Beiträge entrichtet



## Verteilungseffekte

- Der ausgabeseitige Verteilungseffekt ex ante
  - » wird durch die zweite Differenz in (6a) erfasst
  - » fällt positiv und damit zu Gunsten der GKV aus, wenn die betrachtete Gruppe pro Versicherten relativ (zu EAV) niedrige Ausgaben verursacht
  - » fällt negativ und damit zu Lasten der GKV aus, wenn die betrachtete Gruppe pro Versicherten relativ (zu EAV) hohe Ausgaben verursacht
- (6a) zeigt folgende Komponenten der Umverteilung in der GKV an (Abb. 11):
  - » Von Gruppen mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen zu Gruppen mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen (jeweils pro Versicherten)
  - » Von Gruppen mit niedrigen erwarteten Ausgaben zu Gruppen mit hohen erwarteten Ausgaben (jeweils pro Versicherten). Dies schließt ein:
    - » “Von jung zu alt” (altersbezogene Umverteilung)
  - » Von Gruppen mit geringem zu Gruppen mit hohem finanziellen Krankheitsrisiko zusätzlich zum Alterseffekt (jeweils pro Versicherten)

## Verteilungseffekte

- Weitere Analyse des Verteilungseffekts ex ante:

- Weitere Umformung von (6a) führt schließlich auf:

$$(6b) \quad \frac{M_j}{V_j} \cdot \left( \frac{B_j}{M_j} - \frac{B}{M} \right) + \frac{B}{M} \cdot \left( \frac{M_j}{V_j} - \frac{M}{V} \right) + \left( \frac{EA}{V} - \frac{EA_j}{V_j} \right)$$

- Ein einnahmeseitiger Verteilungseffekt ex ante zu Gunsten der GKV entsteht,
  - » wenn eine Gruppe relativ (zu B/M) hohe Beiträge entrichtet
  - » wenn eine Gruppe relativ (zu V/M) wenige Familienversicherte enthält
- Der einnahmeseitige Verteilungseffekt ex ante erfasst somit zwei Komponenten der Umverteilung in der GKV:
  - » Von Gruppen, deren Mitglieder relativ (zu B/M) hohe Beiträge entrichten, zu Gruppen, deren Mitglieder relativ niedrige Beiträge entrichten
  - » Von Gruppen, die relativ wenige Familienversicherte (pro Mitglied) enthalten, zu Gruppen mit relativ vielen Familienversicherten

## Verteilungseffekte

↪ Beispiel:

- Für ein Mitglied und seine mitversicherten Familienangehörigen gelte:

$$B_j = 3.000; \quad V_j = 4; \quad EA_j/V_j = 900; \quad TA_j/V_j = 2.500$$

- Für die GKV gelte:

$$B/M = 2.000; \quad B/V = 1.000; \quad Z/V = 100; \quad EA/V = 1.100$$

- Daraus folgt für den

– einnahmeseitigen Verteilungseffekt ex ante:

$$B_j - B/M = 1.000; \quad M_j/V_j - M/V < 0; \quad B_j/V_j - B/V = -250$$

– ausgabeseitigen Verteilungseffekt ex ante:  $EA/V - EA_j/V_j = 200$

– gesamten Verteilungseffekt ex ante:  $Z/V + B_j/V_j - EA_j/V_j = -50$

- Für den Verteilungseffekt ex post ergibt sich:  $EA_j/V_j - TA_j/V_j = -1.600$

- Der gesamte Verteilungseffekt beträgt:  $Z/V + B_j/V_j - TA_j/V_j = -1.650$



## Wahltarife in der GKV

### ➤ Wahltarife in der GKV

- ↪ können seit 2004 angeboten werden, wobei die Möglichkeiten dazu im Lauf der Zeit verändert worden sind (§ 53 SGB V)
  - ↪ umfassen *obligatorische* und *freiwillige* Angebote der Krankenkassen:
    - Ein Tarif ist obligatorisch, wenn die Krankenkassen dazu verpflichtet sind, einen solchen Tarif anzubieten (Beispiel: „Wahltarif Krankengeld“)
    - Ein Tarif ist freiwillig, wenn die Krankenkassen einen solchen Tarif anbieten können (Beispiel: „Wahltarif Selbstbehalt“)
  - ↪ beinhalten in der Regel eine Mindestbindungsfrist (z.B. ein Jahr)
  - ↪ sind für die Mitglieder stets freiwillig
  - ↪ sollen den Wettbewerb in der GKV sowie zwischen GKV und PKV fördern
- ### ➤ Zentrale Fragen:
- ↪ Nach welchem Prinzip werden derartige Tarife finanziert?
  - ↪ Welche Anreize haben Mitglieder, sich für einen Wahltarif zu entscheiden?



## Wahltarife in der GKV

↪ Welche Wirkungen gehen von Wahltarifen aus

- auf das Verhalten der Mitglieder bzw. Versicherten?
- auf die systematischen Verteilungseffekte in der GKV?

➤ Arten von Wahltarifen:

↪ Tarife, die *verringerte* Leistungen der Krankenkasse beinhalten:

- Einkommensabhängige Prämienzahlung als Gegenleistung der Kasse
- Bsp. 1: Wahltarif „Selbstbehalt“ (§ 53 SGB V, Absatz 1)
  - Mitglied trägt die Kosten bis zum vereinbarten Selbstbehalt
  - Kasse zahlt eine (in der Regel: einkommensabhängige) Prämie
  - Mindestbindungsfrist: Drei Jahre
- Bsp. 2: Wahltarif „Beitragsrückerstattungstarif“ (§ 53 SGB V, Absatz 2)
  - Bezug auf Mitglied *und* Familienversicherte (letztere nur ab 18 Jahren)
  - Bei Nichtinanspruchnahme zahlt die Kasse maximal 1/12 des Jahresbeitrags
  - Mindestbindungsfrist: Ein Jahr



## Wahltarife in der GKV

- ↪ Tarife, die *zusätzliche* Leistungen der Krankenkasse beinhalten:
- Prämienzahlung des Mitglieds als Gegenleistung
  - Wahlerklärung von Selbständige und Anspruch auf „gesetzliches“ Krankengeld:
    - Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 % (anstatt 14,0 %)
    - Leistung: 70 % des Arbeitseinkommens bis zur BBG, ab dem 43. Tag
    - Mindestbindung: Drei Jahre (Wechsel der Krankenkasse möglich)
  - Beispiel „Wahltarif Krankengeld“ (§ 53 SGB V, Absatz 6):
    - Zielgruppe: Vor allem hauptberuflich selbständig Erwerbstätige
    - Ergänzend oder substitutiv zum „gesetzlichen“ Krankengeld
    - Eigenschaften:
      - » Individuelle Vereinbarung von Höhe und Bezugsdauer
      - » Extra-Beitrag unabhängig von Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen
      - » Mindestbindungsdauer: Drei Jahre (kein Wechsel der Krankenkasse)



## Wahltarife in der GKV

### ➤ Finanzierung von Wahltarifen:

#### ↳ Zentrale Anforderung (§ 53, Absatz 9):

- Die Aufwendungen der Krankenkasse für einen Wahltarif sind zu finanzieren aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen
- Diese Bedingung
  - bezieht sich zumindest teilweise auf erwartete Größen
  - fordert die *Wirtschaftlichkeit* eines Wahltarifs, die jeweils nachzuweisen ist
  - wird im *Wettbewerb* unter den Kassen im Idealfall gerade noch erfüllt
- Beispiele:
  - Wahltarif „Krankengeld“: Prämien als Einnahmen
  - Wahltarif „Selbstbehalt“: Verringerter Aufwand einer Kasse als Einsparung
  - Effizienzsteigerungen sind möglich durch Verhaltensänderungen
- Wahltarife müssen sich *selbst finanzieren* (Verbot der „Quersubventionierung“)



## Wahltarife in der GKV

### ↳ Folgerungen:

- Die Effekte bei der einzelnen Kasse entsprechen den Effekten für die GKV
- Anwendung des Äquivalenzprinzips (Bezug: Versicherte mit einem Wahltarif)
- Keine Veränderung der Verteilungseffekte (VE) ex ante zu Gunsten der GKV:
  - Für die Gruppe der Mitglieder mit einem Wahltarif fällt neben dem Effekt aufgrund des normalen Tarifs noch ein weiterer VE ex ante an. Dieser
    - » ist gleich dem Saldo aus erwarteten Zahlungen und erwarteten Leistungen der Kasse aufgrund des Wahltarifs
    - » entspricht *betragsmäßig* den erwarteten Netto-Einnahmen der Kasse
  - Der VE ex ante aufgrund eines Wahltarifs
    - » fällt bei Selbstfinanzierung niemals zu Lasten der Kasse aus
    - » fällt bei Wettbewerb niemals zu Gunsten der Kasse aus
    - » beträgt somit bei Selbstfinanzierung *und* Wettbewerb jeweils Null



## Wahltarife in der GKV

- Wahltarife, die sich selbst finanzieren,
  - erweitern die Wahlmöglichkeiten der Mitglieder
  - beeinträchtigen die systematischen Verteilungseffekte in der GKV nicht

### ➤ Beispiel Wahltarif „Selbstbehalt“:

↳ Der Tarif sehe vor, dass

- der maximale Selbstbehalt (im Folgenden: Selbstbehalt)  $X$  betrage
- ein Mitglied innerhalb eines Jahres
  - Aufwendungen bis zu einer Höhe  $X$  selbst tragen muss
  - Aufwendungen, die darüber liegen, von seiner Kasse finanziert bekommt
- dass die Krankenkasse eine Prämie  $P$  an das Mitglied zahle

↳ Im Folgenden wird zur Vereinfachung

- ein Mitglied  $j$  betrachtet
- untersucht, welche Prämie die Kasse (maximal) zahlen kann

## Wahltarife in der GKV

↪ Tatsächliche Ausgaben  $TA_j$  der Kasse für  $j$  – hier sind zwei Fälle wichtig (Abb. 12):

- $TA_j < X$ :
  - Die tatsächlichen Ausgaben sind geringer als der Selbstbehalt:
  - Die zugehörige Wahrscheinlichkeit wird mit  $P(TA_j < X)$  bezeichnet
  - Die zugehörigen erwarteten Ausgaben betragen  $E(TA_j | TA_j < X)$
- $TA_j \geq X$ :
  - Die tatsächlichen Ausgaben sind nicht niedriger als der Selbstbehalt:
  - Die zugehörige Wahrscheinlichkeit betrage  $P(TA_j \geq X)$
  - $E(TA_j | TA_j \geq X)$  bezeichne die zugehörigen erwarteten Ausgaben

↪ Für diese Größen gilt:

- $P(TA_j < X)$  ist größer als (bzw. kleiner als)  $P(TA_j \geq X)$ , wenn der Fall  $TA_j < X$  wahrscheinlicher (bzw. weniger wahrscheinlich) als  $TA_j \geq X$  ist
- $E(TA_j | TA_j < X) < X \leq E(TA_j | TA_j \geq X)$

## Wahltarife in der GKV

↪ Voraussetzung:

- Das Mitglied ändere sein Verhalten nicht, wenn es den Wahltarif wählt
- Somit bleiben  $P(TA_j < X)$ ,  $E(TA_j | TA_j < X)$  und  $E(TA_j | TA_j \geq X)$  jeweils unverändert

↪ Für die erwarteten Ausgaben der Kasse für j ohne Wahltarif gilt:

$$(i) \quad EA_j = E(TA_j) = P(TA_j < X) \cdot E(TA_j | TA_j < X) + P(TA_j \geq X) \cdot E(TA_j | TA_j \geq X)$$

↪ Für die erwarteten Ausgaben bei Inanspruchnahme des Wahltarifs durch j gilt:

$$(ii) \quad E(TA_j, X) = P(TA_j \geq X) \cdot [E(TA_j | TA_j \geq X) - X]$$

↪ Bei Inanspruchnahme des Wahltarifs entstehen der Kasse geringere Ausgaben, weil

- im Fall  $TA_j < X$  keine Aufwendungen zu leisten sind
- im Fall  $TA_j \geq X$  (bzw. für  $TA_j > X$ ) geringere Aufwendungen zu leisten sind

↪ Für die erwarteten Einsparungen aufgrund des Wahltarifs bei Mitglied j gilt somit:

$$(iii) \quad E(TA_j) - E(TA_j, X) = P(TA_j < X) \cdot E(TA_j | TA_j < X) + P(TA_j \geq X) \cdot X$$



## Wahltarife in der GKV

↪ Wenn  $P(TA_j < X) > 0$  gilt, dann

- sind die erwarteten Einsparungen geringer als  $X$
- folgt aus der Finanzierungsbedingung für die Prämie  $P$  der Kasse:  $P < X$
- führt der Wettbewerb unter den Kassen zu: (iv)  $P \approx E(TA_j) - E(TA_j, X)$

↪ Ergebnisse:

- Bei unverändertem Verhalten führt der Wahltarif dazu, dass
  - das Mitglied ein höheres Ausgabenrisiko trägt
  - das erwartete verfügbare Einkommen für sonstigen Konsum nicht steigt
- Der Wahltarif kann für ein risikoaverses Individuum
  - bei unverändertem Verhalten niemals vorteilhaft sein
  - nur vorteilhaft sein, wenn die (höhere) Selbstbeteiligung insgesamt
    - » zu einer geringeren Inanspruchnahme von Leistungen führt
    - » das erwartete verfügbare Einkommen für sonstigen Konsum erhöht

## Wahltarife in der GKV

➤ Ein Beispiel:

↪ Ein Mitglied  $j$  verursache bei seiner Krankenkasse

- mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,9 keine Ausgaben
- mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,1 Ausgaben im Umfang von 11.000 €

↪ Daraus folgt für einen Selbstbehalttarif mit  $X = 1.000$ :

- $P(TA_j < X) = 0,9$  und  $P(TA_j \geq X) = 0,1$
- $E(TA_j | TA_j < X) = 0$  und  $E(TA_j | TA_j \geq X) = 11.000$
- $E(TA_j, X) = P(TA_j \geq X) \cdot [E(TA_j | TA_j \geq X) - X] = 0,1 \cdot 10.000 = 1.000$

↪ Ohne Verhaltensänderung

- betragen die erwarteten Einsparungen der Kasse aufgrund des Wahltarifs 100 €
- kann die Krankenkasse den Tarif zu einer Prämie von maximal 100 € anbieten
- lohnt sich die Inanspruchnahme des Tarifs für  $j$  nicht, da sich
  - seine erwarteten Ausgaben für Gesundheitsleistungen um 100 € erhöhen
  - sein erwartetes verfügbares Einkommen für sonstigen Konsum nicht erhöht



---

## Literatur

**Arentz, C., Ulrich, V.**, Entwicklung des GKV-Beitragssatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060), Diskussionspapier 04-17, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Bayreuth

**Bundesministerium für Gesundheit** (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens 2021, Berlin, Stand: November 2021, Kap. 8-9

**Kochskämper, S., Pimpertz, J.**, Soziale Sicherung. Welche Umverteilungselemente deckt das Solidarprinzip in der GKV ab?, IW-Trends 1.2015, S. 105-119

**Lang, H.**, Schleichender Abschied von den Strukturprinzipien der GKV und PKV – am Beispiel der Basis- und Wahltarife, GreifRecht, Heft 13, 2012, S. 12-18

**Rosenbrock, R., Gerlinger, T.**, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2014, Kap. 4

**Wasem, J., Staudt, S., Matusiewicz (Hrsg.)**, Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2013, Kap. 3



## Finanzierung der PKV

- Private Krankenversicherung (PKV):
  - ↳ Verschiedene Unternehmen, die folgende Leistungen anbieten:
    - Umfassende Absicherung („Vollversicherung“), kalkuliert
      - entweder gemäß den Finanzierungsprinzipien der PKV
      - oder vorwiegend nach gesetzlichen Vorgaben (Beispiel Basistarif)
    - Zusatzversicherungen für
      - PKV-Vollversicherte, z.B.
        - » Wahlleistungen im Krankenhaus
        - » Krankentagegeld
      - GKV-Versicherte, z.B.
        - » ambulante Tarife
        - » Wahlleistungen im Krankenhaus
        - » Zahntarife



## Finanzierung der PKV

- ↪ „Markt“ für die PKV
  - im Bereich der Vollversicherung:
    - Eher geringer Anteil der Bevölkerung (Grund: Pflichtversicherung GKV)
    - Größe wird durch die VPG (sogenannte „Friedensgrenze“) bestimmt
  - im Bereich zusätzlicher Absicherung: Gesamte Bevölkerung
- ↪ Einige Strukturdaten für den Zeitraum 2002 – 2021 (Abb. 13):
  - Bis 2011 steigende Anzahl Vollversicherter, danach Rückgang
  - Steigende Anzahl der Zusatzversicherungen für Versicherte der GKV
- ↪ Spezielle Tarife („Sozialtarife“): Anzahl 2021 (2018) der versicherten Personen
  - im Standardtarif: 53.900 (51.300)
  - im Basistarif: 34.300 (32.000)
  - im Notlagentarif: 83.500 (102.000)
- ↪ Zur Finanzierung der PKV wird ein anderes Prinzip als in der GKV angewendet



## Finanzierung der PKV: Prämiengestaltung

### ➤ Vollversicherung in der PKV:

#### ↳ Kalkulation der Prämie bei Antragstellung:

- Die künftigen erwarteten Ausgaben werden ermittelt
  - unter Berücksichtigung
    - » des Alters (früher: auch des Geschlechts)
    - » der (vom Antragsteller anzugebenden) Vorerkrankungen
  - für die (erwartete) Restlebenszeit
- Die Prämie wird so festgelegt, dass diese – unter den heutigen Bedingungen! – im Zeitablauf konstant bleiben kann

#### ↳ Konsequenzen:

- In den einzelnen Altersstufen stimmt die Prämie typischerweise *nicht* mit den erwarteten Ausgaben des Versicherers überein
- Unter sonst gleichen Voraussetzungen fällt die Prämie umso größer aus, je höher das Eintrittsalter (s.u.)



## Finanzierung der PKV: Prämien-gestaltung

- Anpassungen der Prämie im Zeitablauf gehen auf Änderungen der Kalkulationsgrundlage des Versicherers zurück, z.B. auf
  - eine Erhöhung der ferneren Lebenserwartung
  - eine Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten
- ↳ Anwendung des *individuellen Äquivalenzprinzips* mit
  - Bezug auf die gesamte Restlebenszeit
  - Kalkulation einer im Zeitablauf konstanten Prämie
- ↳ Prämie und erwarteter Leistungsaufwand im Zeitablauf (Abb. 14a):
  - Grundlage: Erwartete Ausgaben des Versicherers steigen mit dem Lebensalter
  - In jungen Jahren
    - übersteigt die Prämie die erwarteten Ausgaben des Versicherers
    - stellt dieser *Überschuss* einen Sparbeitrag dar, der zur Finanzierung der erwarteten Ausgaben im Alter dienen kann („Alterungsrückstellung“)



## Finanzierung der PKV: Prämiengestaltung

- Im Alter
    - fällt die Prämie geringer aus als die erwarteten Ausgaben des Versicherers
    - wird diese *Unterdeckung* durch die Alterungsrückstellungen finanziert, die aus früheren Sparbeiträgen und deren Verzinsung bestehen
  - Die Kalkulation
    - bezieht sich auf das „durchschnittliche“ Individuum einer Kohorte von hinsichtlich ihres finanziellen Krankheitsrisikos gleichartigen Individuen
    - erfolgt ex ante und kann somit nur die erwarteten Ausgaben berücksichtigen
    - schließt nicht aus, dass für einzelne Individuen keine Sparbeiträge gebildet oder im Alter keine derartigen Beiträge aufgelöst werden
- ↪ Für alle künftigen (Lebens-)Perioden werden folgende Risiken abgesichert:
- Risiko bezüglich des Leistungsaufwands
  - Risiko bezüglich des *erwarteten* Leistungsaufwands („Prämienrisiko“)



## Finanzierung der PKV: Prämiengestaltung

↪ Zur Rolle des Eintrittsalters (Abb. 14b):

- Voraussetzungen:
  - Zwei Versicherte A und B, die
    - » sich hinsichtlich ihres Eintrittsalters unterscheiden
    - » ansonsten gleich sind
  - A habe die Versicherung früher abgeschlossen
- Dann muss die Prämie für B höher ausfallen
- Beweis durch Widerspruch: Wenn beide dieselbe Prämie zu entrichten hätten,
  - würde B in der Summe niedrigere Sparbeiträge als A leisten
  - wären für B später dieselben periodenbezogenen Unterdeckungen der erwarteten Ausgaben des Versicherers wie bei A zu finanzieren
- Begründung: Die erwarteten Ausgaben des Versicherers pro Periode der (erwarteten!) Laufzeit fallen für B höher als für A aus



## Finanzierung der PKV: Prämiengestaltung

### ↪ Selbstbeteiligung in der PKV:

- Konventionelle Selbstbeteiligungen als Bestandteil von Tarifen
- Beitragsrückerstattung (BRE) als besondere Form der Selbstbeteiligung:
  - Konzept:
    - » Die in einem Jahr geleisteten Prämien werden teilweise erstattet
    - » Voraussetzung: Keine Leistungen der PKV in diesem Zeitraum
  - Die Inanspruchnahme der BRE (ohne steuerliche Aspekte)
    - » lohnt sich für einen Versicherten  $j$ , wenn der von der PKV tatsächlich zu übernehmende Leistungsaufwand  $TA_j$  geringer ausfällt
    - » bringt dann einen Vorteil in Höhe der Differenz aus BRE und  $TA_j$
  - BRE wirkt wie ein absoluter Selbstbehalt in gleicher Höhe:
    - » „Zahlung“ von  $TA_j - BRE$  bei Inanspruchnahme, ansonsten Null
    - » Verringerte „Zahlungen“ werden durch höhere Prämien vorfinanziert



## Finanzierung der PKV: Verteilungseffekte

### ➤ Verteilungseffekte (VE) in der PKV:

#### ↳ VE ex ante:

- Bezogen auf die gesamte (Rest-)Lebenszeit: Effekte
  - nicht nennenswert aufgrund des individuellen Äquivalenzprinzips
  - nur insoweit, als Versicherer vorhandene Risikounterschiede bei ihrer Kalkulation nicht exakt berücksichtigen können
- Bezogen auf einzelne Perioden: Zu Gunsten (bzw. zu Lasten) von Versicherten,
  - deren Prämienzahlungen geringer (bzw. höher) als die erwarteten Ausgaben pro Kopf ihrer Kohorte ausfallen (intrapersonaler Effekt)
  - deren erwartete Ausgaben höher (bzw. geringer) als die erwarteten Ausgaben pro Kopf ihrer Kohorte sind (interpersonaler Effekt)

#### ↳ VE ex post: Zu Gunsten (bzw. zu Lasten) von Versicherten,

- die länger (bzw. kürzer) als erwartet leben
- die mehr Leistungen (bzw. weniger Leistungen) als erwartet in Anspruch nehmen



## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

### ➤ In der PKV

↳ herrscht ein intensiver Wettbewerb um „Neukunden“

↳ existierte kein bzw. existiert nur ein geringer Wettbewerb um „Bestandskunden“, da die Alterungsrückstellung bei einem Wechsel des Versicherers

- früher vollständig beim Versicherer verbleiben musste (Regelung bis 2008)
- derzeit zumindest teilweise beim Versicherer verbleibt: Bei Versicherten,
  - deren Vertrag vor 2009 datiert, ist auch weiterhin keine Mitnahme möglich
  - deren Vertrag ab 2009 abgeschlossen wurde, ist eine Mitnahme möglich in dem Umfang, der bei einer Absicherung im Basistarif entstanden wäre

↳ Folgen:

- Für den neuen Vertrag bei einem anderen Versicherer gilt:
  - Zwei Effekte wirken auf seine Vorteilhaftigkeit:
    - » Unvollständige Auszahlung der Alterungsrückstellung (negativ)
    - » Wirtschaftlichkeit (Vorzeichen a priori unbestimmt)



## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

- Die Prämie fällt aufgrund des höheren Eintrittsalters ceteris paribus höher aus
- Bei längerer Vorversicherungszeit ist ein Wechsel somit unattraktiv
- Der Wettbewerb um Neukunden
  - läuft Gefahr, zu verzerrten Bedingungen zu erfolgen
  - bedarf daher der Kontrolle bzw. Aufsicht
- Wie kann ein funktionsfähiger Wettbewerb um Bestandskunden in der PKV gelingen?
  - ↳ Idee: *Wettbewerbsneutrale* Auszahlung („Portabilität“) der Alterungsrückstellungen
    - Bei einem Wechsel zahlt der ursprüngliche Versicherer an den Versicherten die Alterungsrückstellung in einer Höhe aus, die den Wettbewerb nicht beeinträchtigt
    - Dazu darf die Auszahlung den Wettbewerb um Bestandskunden nicht verzerren:
      - Eine „zu hohe“ Auszahlung würde die Konkurrenten des ursprünglichen Versicherers ungerechtfertigt bevorzugen
      - Eine „zu niedrige“ Auszahlung würde den ursprünglichen Versicherer ungerechtfertigt bevorzugen (derzeitige Situation)



## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

- Beispiel *kalkulatorische Alterungsrückstellung*:
  - Diese entspricht dem durchschnittlichen Sparbeitrag (pro Kopf einer Kohorte)
  - Beurteilung: Die Auszahlung dieses Betrags
    - » wäre besonders einfach zu realisieren
    - » ist in der Regel jedoch nicht wettbewerbsneutral
- ↳ Betrachtung von Individuen einer Kohorte eines Versicherers im Zeitablauf:
  - Voraussetzung „identische Individuen“:
    - Eintrittsalter und –zeitpunkt jeweils identisch
    - Zu Beginn identische finanzielle Krankheitsrisiken: Versicherer rechnet mit
      - » identischen erwarteten Ausgaben über den (Rest-)Lebenszeitraum
      - » identischen (mit dem Alter steigenden) erwarteten Ausgaben pro Periode
      - » identischen Sparbeiträgen im Zeitablauf
    - Die Individuen zahlen jeweils dieselbe Prämie



## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

- *Später* können die erwarteten Ausgaben für ein Individuum von den erwarteten Ausgaben pro Kopf seiner Kohorte abweichen, weil sich
  - sein Gesundheitszustand besser als erwartet entwickelt hat und damit seine *erwartete künftige* Inanspruchnahme von Leistungen geringer ausfällt
  - sein Gesundheitszustand schlechter als erwartet entwickelt hat und damit seine *erwartete künftige* Inanspruchnahme von Leistungen höher ausfällt
- Dies wird im Folgenden näher analysiert
- Notation: Für identische Individuen, die ab Periode  $t_0$  versichert sind, bezeichne
  - $P_{(t)|t_0}$  den Barwert der künftigen Prämienzahlungen ab Periode  $t$
  - $EA_{(t)}$  den Barwert der künftigen erwarteten Ausgaben ab Periode  $t$
  - $AR_{(t)}$  für  $t > t_0$  den Gegenwartswert der bis einschließlich Periode  $t-1$  eingezahlten („kalkulatorischen“) Alterungsrückstellungen pro Kopf
  - $EA_{j,(t)}$  den Barwert der künftigen erwarteten Ausgaben ab Periode  $t$  für ein Individuum  $j$  der Kohorte, gebildet zu Beginn von Periode  $t$



## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

- Dann gilt
  - zu Beginn der Vertragslaufzeit:
    - »  $P_{(t_0)|t_0} = EA_{(t_0)} = EA_{j,(t_0)}$
    - » Begründung: Individuelles Äquivalenzprinzip, identische Individuen
  - in späteren Perioden (d.h. für  $t > t_0$ ):
    - »  $P_{(t)|t_0} + AR_{(t)} = EA_{(t)}$  pro Kopf der Kohorte
    - »  $P_{(t)|t_0} + AR_{(t)} > EA_{j,(t)}$  für Individuen, deren erwartete künftige Ausgaben dann unterdurchschnittlich ausfallen
    - »  $P_{(t)|t_0} + AR_{(t)} < EA_{j,(t)}$  für Individuen, deren erwartete künftige Ausgaben dann überdurchschnittlich ausfallen
- Das individuelle Äquivalenzprinzip wäre auch in späteren Perioden erfüllt,
  - wenn die Alterungsrückstellung  $P_{(t)|t_0} + AR_{j,(t)} = EA_{j,(t)}$  erfüllen würde
  - wenn *individualisierte Alterungsrückstellungen*  $AR_{j,(t)}$  gebildet würden
- Das ist für die Kohorte möglich, da die  $AR_{j,(t)}$  im Durchschnitt gerade  $AR_{(t)}$  entspricht



## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

- Wenn ein Individuum  $j$  der Kohorte seinen Vertrag zum Ende einer Periode  $t - 1$  (mit  $t > t_0$ ) kündigen würde und  $AR_{j,(t)}$  ausbezahlt bekäme,
  - könnte es sich bei seinem ursprünglichen Versicherer neu versichern
    - » zu einer Prämie, die  $P_{j,(t)|t} = EA_{j,(t)} = P_{(t)|t_0} + AR_{j,(t)}$  erfüllt
    - » zu Bedingungen, die so gut sind wie die Ausgangslage ohne Kündigung
  - wäre der Vertrag eines anderen Versicherers günstiger, wenn dort
    - » die zu entrichtenden Prämienzahlungen geringer als  $P_{j,(t)|t}$  ausfallen
    - » die künftigen erwarteten Ausgaben für  $j$  geringer als  $EA_{j,(t)}$  sind
  - wäre der Vertrag eines anderen Versicherers ungünstiger, wenn dort
    - » die zu entrichtenden Prämienzahlungen größer als  $P_{j,(t)|t}$  ausfallen
    - » die künftigen erwarteten Ausgaben für  $j$  größer als  $EA_{j,(t)}$  sind
  - wären Verträge anderer Versicherer günstiger (bzw. ungünstiger), wenn diese wirtschaftlicher (bzw. weniger wirtschaftlich) arbeiten würden

## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

### ↪ Ergebnisse:

- Die individualisierten Alterungsrückstellungen  $AR_{j,(t)}$  sind wettbewerbsneutral
- Die  $AR_{j,(t)}$  werden als *individuelle prospektive Altersrückstellungen* bezeichnet
- Bei wettbewerbsneutralen Alterungsrückstellungen gilt
  - für ein Individuum mit  $EA_{j,(t)} > EA_{(t)}$ , dass zu Beginn einer späteren Periode  $t$ 
    - » seine künftigen erwarteten Ausgaben überdurchschnittlich hoch sind
    - » seine Alterungsrückstellung überdurchschnittlich hoch ausfallen muss
    - » seine Alterungsrückstellung  $AR_{j,(t)}$  um die Differenz  $EA_{j,(t)} - EA_{(t)}$  *über* dem vorab kalkulierten Sparbeitrag  $AR_{(t)}$  liegt
  - für ein Individuum mit  $EA_{j,(t)} < EA_{(t)}$ , dass zu Beginn einer späteren Periode  $t$ 
    - » seine künftigen erwarteten Ausgaben unterdurchschnittlich hoch sind
    - » seine Alterungsrückstellung  $AR_{j,(t)}$  um die Differenz  $EA_{(t)} - EA_{j,(t)}$  *unter* dem vorab kalkulierten Sparbeitrag  $AR_{(t)}$  liegt



## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

➤ Zur Interpretation:

↪ Ein Vertrag in der PKV sichert zwei Risiken über die (Rest-)Lebenszeit ab:

- Das Risiko bezüglich der tatsächlichen Ausgaben des Versicherers in den einzelnen Perioden der (Rest-)Lebenszeit
- Das „Prämienrisiko“:
  - Zu Beginn (für  $t = t_0$ ) gilt:
    - » Für alle Individuen  $j$  der Kohorte gilt:  $EA_{j,(t_0)} = EA_{(t_0)}$
    - » Das Risiko besteht nicht
  - Später (für  $t > t_0$ ) *streuen* die erwarteten Ausgaben der Individuen um  $EA_{(t)}$
  - Bei Vertragskündigung am Ende einer Periode  $t - 1$  (mit  $t > t_0$ ) würden somit
    - » die Prämien  $P_{j,(t)|t}$  beim ursprünglichen Versicherer um  $EA_{(t)}$  streuen
    - » die Prämien bei einem anderen Versicherer in ähnlicher Weise streuen



## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

➤ Veranschaulichung anhand eines (stark stilisierten) Beispiels (Abb. 15):

↪ Voraussetzungen:

- Betrachtet werden Individuen,
  - deren sichere Restlebenszeit zwei Perioden beträgt
  - deren erwartete Ausgaben in der zweiten Periode
    - » hoch ausfallen, wenn sie in der ersten Periode bereits Leistungen in Anspruch genommen haben
    - » niedrig ausfallen, wenn sie in der ersten Periode keine Leistungen in Anspruch genommen haben
- Zur Vereinfachung wird unterstellt, dass der Zinssatz Null beträgt

↪ Zu klären:

- Wie hoch ist die kalkulatorische Alterungsrückstellung in der ersten Periode?
- Wie hoch sind die individuellen prospektiven Alterungsrückstellungen?



## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

↪ Prämienkalkulation zu Beginn der ersten Periode:

- Erste Periode: Jedes Individuum verursacht erwartete Ausgaben von 200 €
- In der zweiten Periode betragen die erwarteten Ausgaben,
  - wenn ein Individuum bereits in der ersten Periode Ausgaben verursacht hat (die zugehörige Wahrscheinlichkeit beträgt 0,2): 3.500 €
  - wenn ein Individuum in der ersten Periode keine Ausgaben verursacht hat (die zugehörige Wahrscheinlichkeit beträgt 0,8): 1.000 €
  - wenn man alle Individuen berücksichtigt, somit 1.500 €
- Folglich gilt für den Barwert der künftig zu erwartenden Ausgaben
  - zu Beginn der ersten Periode:  $EA_{(1)} = 200 \text{ €} + 1.500 \text{ €} = 1.700 \text{ €} = P_{(1)|1}$
  - zu Beginn der zweiten Periode:
    - »  $EA_{j,(2)} = 3.500 \text{ €}$ , falls  $j$  in der ersten Periode Ausgaben verursacht hat
    - »  $EA_{j,(2)} = 1.000 \text{ €}$ , falls für  $j$  früher keine Ausgaben angefallen sind
    - »  $EA_{(2)} = 1.500 \text{ €}$  als durchschnittlich zu erwartende Ausgaben

## Finanzierung der PKV: Portabilität der Alterungsrückstellungen

↪ Alterungsrückstellungen:

- Ermittlung der *kalkulatorischen* Alterungsrückstellung am Ende der ersten Periode:
  - Die Prämie pro Periode beträgt  $P_{(1)|1}/2$ , also 850 €
  - Aufgrund der erwarteten Ausgaben von 200 € gilt:  $AR_{(2)} = 650$  €
- Die *individuelle prospektive* Alterungsrückstellung
  - für ein Individuum  $j$ , das in der ersten Periode Ausgaben verursacht hat,
    - » fällt wegen  $EA_{j,(2)} > EA_{(2)}$  überdurchschnittlich hoch aus
    - » beträgt  $AR_{j,(2)} = AR_{(2)} + EA_{j,(2)} - EA_{(2)} = 650$  € + 2.000 € = 2.650 €
  - für ein Individuum  $j$ , das in der ersten Periode keine Ausgaben verursacht hat,
    - » liegt wegen  $EA_{j,(2)} < EA_{(2)}$  unter dem Durchschnitt
    - » beträgt  $AR_{j,(2)} = AR_{(2)} - (EA_{(2)} - EA_{j,(2)}) = 650$  € – 500 € = 150 €
- Es gilt:  $0,8 \cdot 150$  € +  $0,2 \cdot 2.650$  € = 650 € =  $AR_{(2)}$



---

## Der Basistarif der PKV

### ➤ Ausgestaltung:

↪ Der seit 2009 bestehende Basistarif in der PKV

- ist gesetzlich vorgeschrieben und brancheneinheitlich anzubieten
- weicht in Bezug auf wesentliche Merkmale ab von dem bisher besprochenen Tarif

↪ Kontrahierungszwang: Keine Ablehnung von versicherungsberechtigten Antragstellern

↪ Zugang für Individuen,

- die gesetzlich versichert sind, innerhalb von 6 Monaten nach Beginn einer freiwilligen Mitgliedschaft
- deren Versicherungsvertrag vor 2009 datiert, innerhalb des gleichen Unternehmens möglich unter Voraussetzungen, z.B. wenn sie
  - mindestens 55 Jahre alt sind oder
  - eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen
- deren Versicherungsvertrag 2009 oder danach abgeschlossen wurde, bei allen Versicherern ohne weitere Voraussetzungen möglich



---

## Der Basistarif der PKV

### ↪ Leistungen:

- Leistungsumfang
  - ist beschränkt auf Leistungen, die auch von der GKV finanziert werden
  - entspricht in der Regel dem GKV-Niveau
- Beispiel ambulante ärztliche Leistungen:
  - Erbringung durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
  - Vergütung nach GOÄ, mit enger Begrenzung der Steigerungssätze für die einzelnen Leistungsbereiche (Arzt ist über Basistarif zu informieren!)

### ↪ Finanzierung:

- Prämie bzw. Beitrag:
  - Kalkulation wie in der PKV üblich, aber: Nur vom Eintrittsalter abhängig
  - Erwachsene → Begrenzung auf den Höchstbeitrag zur GKV
  - Kinder und Jugendliche: Gesonderte Beiträge, mit niedrigerer Begrenzung



## Der Basistarif der PKV

- Möglichkeit einer *Beitragsreduktion*:
  - Der Beitrag verringert sich auf die Hälfte, wenn der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts ist oder durch die Zahlung hilfebedürftig wird
  - Der reduzierte Beitrag für auch dann noch hilfebedürftige Individuen wird teilweise oder ganz vom Träger der Grundsicherung übernommen
  - Wie oft erfolgt die Halbierung des Beitrags?
    - » 2018: Bei 18.900 von 32.000 Versicherten (59,1 %)
    - » 2021: Bei 21.100 von 34.300 Versicherten (61,5 %)
- Unterschiede im Vergleich zur üblichen Tarifikalkulation:
  - Vorerkrankungen dürfen nicht berücksichtigt werden, d.h. diese führen
    - » nicht zu einer Erhöhung des Beitrags
    - » nicht zu Leistungsausschlüssen
  - Beitrag: Begrenzung und Beitragsreduktion



## Der Basistarif der PKV

- Mehraufwendungen aufgrund von Vorerkrankungen:
  - Grundlage: Gesundheitsprüfung vor Vertragsabschluss
  - Finanzierung erfolgt gleichmäßig durch alle Versicherten im Basistarif
- ↳ Tarifexterne Finanzierung:
  - Die Beiträge im Basistarif finanzieren die Aufwendungen nicht vollständig
  - Grund: Mehraufwendungen aufgrund
    - der Begrenzung der Beiträge
    - der Beitragsreduktionen
  - Diese Mehraufwendungen sind von allen PKV-Versicherten gleichmäßig zu tragen:
    - „Quersubventionierung“ des Basistarifs
      - » durch die übrigen Tarife
      - » ohne Beeinträchtigung des Wettbewerbs unter den Versicherern
    - Umfang gering aufgrund der niedrigen Anzahl von Versicherten im Basistarif



---

## Literatur

**Bäcker, G., Naegele, G., Bispinck, R.**, Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Ein Handbuch, 6. Aufl., Springer VS 2020, Kap. VIII.5

**Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)**, Daten des Gesundheitswesens 2021, Berlin, Stand: November 2021, Kap. 8-9

**Lang, H.**, Schleichender Abschied von den Strukturprinzipien der GKV und PKV – am Beispiel der Basis- und Wahltarife, GreifRecht, Heft 13, 2012, S. 12-18

**Verband der Privaten Krankenversicherung**, Alternativen in jeder Lage – Optionen für PKV-Versicherte, April 2023, Berlin und Köln

**Wasem, J., Staudt, S., Matusiewicz (Hrsg.)**, Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2013, Kap. 4



## Die KVdR im System der GKV

- Krankenversicherung der Rentner (KVdR) „heute“
  - ↳ Bezug auf den Zeitraum seit 01.04.2002
  - ↳ Kriterien für die Mitgliedschaft:
    - Erfüllung der Voraussetzungen für den Bezug einer Rente der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)
    - Antrag auf derartige Rente ist gestellt
    - Vorversicherungszeit in der GKV (Kap. 2)
  - ↳ Entrichtung des allgemeinen Beitragssatzes auf
    - die Rente der GRV
    - Versorgungsbezüge
    - (eventuell) Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit (in geringem Umfang)
  - ↳ Tragung der Beiträge wie in Kap. 2 beschrieben



## Die KVdR im System der GKV

### ➤ KVdR „früher“

#### ↳ Andere Voraussetzungen:

- Vorversicherungszeiten mussten Zeiten der Pflichtversicherung gewesen sein
- Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 15.03.2000:
  - Regelung verfassungswidrig, da freiwillige Mitglieder in unzulässiger Weise benachteiligt werden
  - Neuregelung erforderlich

#### ↳ Günstigere Regelungen hinsichtlich des Beitragssatzes:

- Der Beitragssatz auf Renten der GRV
  - war (deutlich) niedriger als der allgemeine Beitragssatz in der GKV
  - beinhaltete einen (deutlich) geringeren Beitragssatz, der vom Rentner zu entrichten war
- Halber Beitragssatz auf Versorgungsbezüge



## Die KVdR im System der GKV

- KVdR-Mitglieder bzw. –Versicherte als *schlechtes Risiko* für die GKV:
  - ↳ Relativ zur GKV insgesamt gilt pro Versicherten der KVdR, dass
    - die beitragspflichtigen Einnahmen relativ gering ausfallen
    - die Leistungsausgaben relativ hoch aus fallen
    - somit ein Verteilungseffekt ex ante zu Lasten der GKV entsteht
  - ↳ Folgen:
    - Die Beitragseinnahmen der KVdR-Mitglieder reichen (bei Weitem) nicht aus, um die Leistungsausgaben der KVdR-Versicherten zu finanzieren (Abb. 16a)
    - Aufgrund der Gruppengröße ist der Verteilungseffekt ex post näherungsweise Null
    - Kurzfristig: Hoher Verlust für die GKV durch die Absicherung der (KVdR-)Rentner
    - Die Mitglieder der AKV (Abb. 16b)
      - finanzieren das Defizit in der KVdR durch höhere Beiträge (mit)
      - leisten einen „Solidarbeitrag“, der 2008 knapp fünf Beitragssatzpunkte betrug



## Die KVdR im System der GKV

- KVdR-Mitglieder als Risiko für die einzelne Krankenkasse:
  - ↪ Die KVdR-Mitglieder (bzw. –Versicherten) sind zugleich Mitglieder (bzw. Versicherte) einer Krankenkasse
  - ↪ Abhängig von der Finanzierung des KVdR-Defizits:
    - Vor 1977 überwiegend durch die einzelne Kasse zu tragen
    - Seit 1977 erfolgt ein kassenübergreifender Ausgleich:
      - 1977 – 1994 durch einen Finanzausgleich
      - Ab 1995 im Rahmen des Risikostrukturausgleichs
- Zeitraum vor 1977:
  - ↪ Verteilung der KVdR-Mitglieder auf die Krankenkassen:
    - Weitgehend geregelt durch gesetzliche Zuweisungen und damit kaum beeinflussbar
    - Die Mitglieder besaßen kaum Wahlrechte bezüglich ihrer Krankenkasse
  - ↪ Folge: Eine Krankenkasse hatte den Saldo aus Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen ihrer KVdR-Versicherten (zumindest teilweise) zu finanzieren



## Die KVdR im System der GKV

### ↪ Krankenkassen und KVdR-Risiko:

- Umfang der finanziellen Belastung konnte über die Krankenkassen streuen
- Unter sonst gleichen Umständen entstanden dadurch Beitragssatzunterschiede:
  - Bezug: Durchschnittlicher Beitragssatz
  - Kassen mit hoher Belastung → relativ hoher Beitragssatz
  - Kassen mit geringer Belastung → relativ niedriger Beitragssatz

### ↪ Daraus resultierte eine Verletzung des Solidarprinzips über die Kassen hinweg:

- Der Beitrag eines Mitglieds hing ab
  - von seinen beitragspflichtigen Einnahmen
  - von der Belastung seiner Kasse durch ihre KVdR-Versicherten
- Kassenübergreifend waren somit folgende Konstellationen möglich:
  - BpE in gleicher Höhe, aber unterschiedliche Beiträge
  - Unterschiedliche bpE, aber gleiche Beiträge



## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

### ➤ Finanzausgleich in der KVdR (1977-1994):

#### ↳ Ziele:

- Kassenübergreifende Finanzierung des „Rentner-Risikos“ derart, dass die Finanzierung des KVdR-Defizits gesichert ist
- Vermeidung von Beitragssatzunterschieden zwischen den Krankenkassen, die auf unterschiedliche Belastungen mit den KVdR-Versicherten zurückgehen

#### ↳ Umsetzung:

- Zunächst monatlicher Ausgleich durch Abschlagszahlungen (Basis: Schätzwerte)
- Nach Ablauf eines Kalenderjahres endgültiger Ausgleich auf der Basis von Ist-Daten (KVdR-Jahresausgleich)

#### ↳ Im Folgenden wird lediglich der Jahresausgleich betrachtet

#### ↳ Zu klären:

- Wovon hängt die Belastung einer Kasse durch ihre KVdR-Versicherten ab?
- Wie funktionierte der Finanzausgleich?



## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

- Wurden damit die o.a. Ziele erreicht?
  - Wie brauchbar ist der Finanzausgleich für die Finanzierung anderer, ebenfalls unterschiedlich auf die Krankenkassen verteilter Risiken?
- Funktionsweise des Finanzausgleichs:
- ↳ Rechtliche Grundlagen:
    - §§ 270 – 273 SGB V (heute aufgehoben bzw. anderer Bezug)
    - KVdR-Ausgleichsverordnung
  - ↳ Bezug:
    - Alle Krankenkassen mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen
    - Einnahmen und Ausgaben der beteiligten Krankenkassen:
      - Beitragseinnahmen von ihren KVdR-Mitgliedern
      - Ausgaben für ihre KVdR-Versicherten:
        - » Ausgleichsfähige Leistungsaufwendungen
        - » Etwas enger definiert als die entsprechenden Gesamtausgaben



## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

↪ Zweistufiges Verfahren (Abb. 17a, Bsp. 1):

- Erste Stufe („GKV-Ebene“)
- Zweite Stufe („Ebene der einzelnen Krankenkasse“)
- Wichtige Begriffe:
  - GKV-bezogen: Vomhundertsatz
  - Kassenbezogen:
    - » Finanzierungsanteil
    - » Beitragsanspruch

↪ Erste Stufe:

- KVdR-Defizit als Saldo aus den ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen für KVdR-Versicherte und den Beiträgen der KVdR-Mitglieder (für die GKV)
  - $DEF_{KVdR} = AR_{KVdR} - BR_{KVdR}$
  - Bsp. 1:  $DEF_{KVdR} = 30 \text{ Mrd. DM} - 18 \text{ Mrd. DM} = 12 \text{ Mrd. DM}$
- Dieses Defizit war von den AKV-Mitgliedern der GKV zu finanzieren



## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

- Ermittlung des Vomhundertsatzes:
  - Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen aller AKV-Mitglieder der teilnehmenden Kassen („Gesamtgrundlohnsumme GKV“)
    - » Basis: Gezahlte Beiträge
    - » Die beitragspflichtigen Einnahmen erhält man nach Division durch den zugehörigen Beitragssatz
  - Der Vomhundertsatz ergibt sich als Quotient aus dem KVdR-Defizit und der gesamten Grundlohnsumme GKV, multipliziert mit 100:
    - » Vh-Satz =  $[(DEF_{KVdR})/GLS_{GKV}] \cdot 100$
    - » Bsp. 1: Vh-Satz =  $[(12 \text{ Mrd. DM})/(600 \text{ Mrd. DM})] \cdot 100 = 2,0$
- Der Vomhundertsatz
  - stellt eine Belastung der beitragspflichtigen Einnahmen der AKV-Mitglieder *in Beitragssatzpunkten* dar
  - reicht gerade aus, um das KVdR-Defizit durch zusätzliche Beiträge der AKV-Mitglieder zu finanzieren



## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

### ↪ Zweite Stufe:

- Finanzierungsanteil  $FA_i$  einer Krankenkasse  $i$ :
  - Der Vomhundertsatz wird auf die beitragspflichtigen Einnahmen der AKV-Mitglieder der Kasse angewendet:
    - »  $FA_i = [(Vh\text{-Satz})/100] \cdot GLS_i$
    - » Bsp. 1:  $FA_x = 0,02 \cdot (20 \text{ Mio. DM}) = 0,4 \text{ Mio. DM}$
  - Der Finanzierungsanteil einer Kasse
    - » ist stets positiv
    - » gibt die zusätzlichen Beiträge der AKV-Mitglieder einer Kasse an, mit denen diese sich an der Finanzierung des KVdR-Defizits beteiligen
- Beitragsanspruch  $BA_i$  einer Krankenkasse  $i$ :
  - Saldo aus KVdR-Leistungsaufwendungen und Finanzierungsanteil:
    - »  $BA_i = AR_i - FA_i$
    - » Bsp. 1:  $BA_x = 1 \text{ Mio. DM} - 0,4 \text{ Mio. DM} = 0,6 \text{ Mio. DM}$

## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

- Der Beitragsanspruch einer Kasse
  - » bezeichnet den Anspruch auf eine Zahlung aus dem Finanzausgleich
  - » ist negativ, wenn sie eine Zahlung an den Finanzausgleich zu leisten muss

### ➤ Zentrale Relationen:

↪ (1) Für die Summe der Finanzierungsanteile aller Kassen gilt:

- $\sum_i FA_i = (\text{Vh-Satz}) \cdot \sum_i GLS_i = (\text{Vh-Satz}) \cdot GLS_{\text{GKV}} = DEF_{\text{KVdR}}$
- Der Finanzausgleich sorgt für zusätzliche Beiträge der AKV-Mitglieder in Höhe des KVdR-Defizits

↪ (2) Für die Summe der Beitragsansprüche gilt:

- $\sum_i BA_i = \sum_i (AR_i - FA_i) = AR_{\text{KVdR}} - DEF_{\text{KVdR}} = BR_{\text{KVdR}}$
- Die Finanzierung der Ausgleichszahlungen erfolgt vollständig über die Beiträge der KVdR-Mitglieder

↪ (3) Ferner gilt:  $\sum_i (FA_i + BA_i) = DEF_{\text{KVdR}} + (AR_{\text{KVdR}} - DEF_{\text{KVdR}}) = AR_{\text{KVdR}}$



## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

- Ergebnisse:
  - ↳ Das Verfahren gewährleistet die Finanzierung des KVdR-Defizits
  - ↳ Per saldo sorgen die Zahlungen aufgrund der Beitragsansprüche dafür, dass
    - die beitragspflichtigen Einnahmen aller AKV-Mitglieder jeweils relativ in gleicher Höhe belastet werden
    - die Kassen bzw. ihre AKV-Mitglieder, in Beitragssatzpunkten gerechnet, gleichmäßig belastet werden
- Finanzströme im Rahmen des KVdR-Finanzausgleichs (Abb. 17b)
  - ↳ Die KVdR-Beiträge
    - stehen nicht der jeweiligen Kasse, sondern der KVdR als Einnahme zur Verfügung
    - werden von den KVdR-Mitgliedern und den Trägern der GRV gezahlt
  - ↳ Die tatsächlichen Leistungsaufwendungen der KVdR-Versicherten („Rentner“) fallen bei den einzelnen Kassen an



## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

↪ Finanzierung der *positiven* Beitragsansprüche der Kassen:

- Die KVdR-Beiträge
  - reichen dazu aus, wenn es nur nicht-negative Beitragsansprüche gibt
  - sind ansonsten noch um negative Beitragsansprüche zu ergänzen
- Die KVdR-Beiträge sind also möglicherweise zu ergänzen

➤ Erläuterung der Möglichkeit eines negativen Beitragsanspruchs (Abb. 17c):

↪ Voraussetzungen:

- Es gebe nur
  - zwei Kassen, die am KVdR-Finanzausgleich teilnehmen
  - die Kassen A und B
- Die beiden Kassen unterscheiden sich
  - nicht hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer AKV-Mitglieder
  - sehr deutlich bei den Leistungsaufwendungen für ihre KVdR-Versicherten



## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

⇒ Folgen:

- Ohne den KVdR-Finanzausgleich
  - müsste die Kasse A einen deutlich höheren Beitragssatz erheben
  - würden die AKV-Mitglieder der Kasse A somit unter sonst gleichen Voraussetzungen deutlich stärker belastet
- Aufgrund des Finanzausgleichs
  - werden die AKV-Mitglieder beider Kassen in gleicher Weise belastet
  - beteiligt sich die Kasse B in Höhe ihres Finanzierungsanteils an der Finanzierung des Beitragsanspruchs der Kasse A
- Der Finanzausgleich bewirkt, dass unterschiedliche Belastungen mit KVdR-Leistungsausgaben sich bei den Kassen nicht auf den Beitragssatz auswirken
- Insoweit die Kassen ihre Belastungen mit KVdR-Leistungsausgaben
  - nicht beeinflussen können, ist dies sinnvoll
  - beeinflussen können, ist dies problematisch



## Finanzausgleich in der KVdR: Funktionsweise

### ↪ Interpretation:

- Ein negativer Beitragsanspruch einer Kasse kann entstehen durch
  - niedrige Leistungsaufwendungen für ihre KVdR-Versicherten, die wiederum zurückgehen können auf
    - » eine geringe Anzahl von KVdR-Versicherten oder
    - » eine geringe Inanspruchnahme von Leistungen
  - hohe beitragspflichtige Einnahmen ihrer AKV-Mitglieder, die zustande kommen können durch
    - » eine große Anzahl von AKV-Mitgliedern oder
    - » hohe beitragspflichtige Einnahmen pro Mitglied
- Die Möglichkeit negativer Beitragsansprüche gewährleistet, dass die AKV-Mitglieder jeder Kasse auch in solchen Situationen gleichmäßig belastet werden
- Ohne einen negativen Beitragsanspruch wäre es im Beispiel der Abb. 17c nicht möglich, die AKV-Mitglieder beider Kassen gleichmäßig zu belasten

## Finanzausgleich in der KVdR: Anreizeffekte

- Welche Anreizeffekte sind mit dem KVdR-Finanzausgleich verbunden?
  - ↪ Relevante Fragen in Bezug auf das Verhalten der beteiligten Kassen:
    - Anreiz zur Ausgabendisziplin bei KVdR-Versicherten?
    - Anreiz zur „Pflege“ der KVdR-Beiträge (d.h. zur Einholung aller Beiträge, auf die sie einen Anspruch hat)?
  - ↪ Veranschaulichung anhand einer geringfügigen Modifikation von Bsp. 1 (Abb. 17a):
    - Voraussetzungen von Bsp. 2:
      - Die Kasse X habe nun um 0,6 Mio. DM höhere KVdR-Leistungsaufwendungen
      - Ansonsten keine Veränderung gegenüber Bsp. 1
    - Effekte auf den Finanzausgleich:
      - Erste Stufe:
        - » Das KVdR-Defizit liegt um 0,6 Mio. DM höher
        - » Der Vomhundertsatz steigt auf 2,0001



## Finanzausgleich in der KVdR: Anreizeffekte

- Zweite Stufe:
  - » Die Finanzierungsanteile aller Kassen steigen
  - »  $FA_X$  steigt auf 0,40002 Mio. DM, d.h. um 20 DM
  - »  $BA_X$  steigt um 0,59998 Mio. DM, d.h. um 599 980 DM
- Die Erhöhung des Beitragsanspruchs von Kasse X wird finanziert
  - » durch die höheren Finanzierungsanteile aller übrigen Kasse
  - » durch die geringeren Beitragsansprüche aller übrigen Kassen

### ↪ Ergebnis:

- Die Kasse X beteiligt sich an der Finanzierung ihrer um 600 000 DM höheren KVdR-Leistungsaufwendungen mit einem „Eigenanteil“ von 20 DM (!)
- Unter diesen Umständen besteht für Kasse X nur ein geringer Anreiz,
  - ihre KVdR-Leistungsaufwendungen nicht unnötig steigen zu lassen
  - die Beiträge ihrer KVdR-Mitglieder zu „pflegen“

## Finanzausgleich in der KVdR: Anreizeffekte

### ↪ Begründung:

- Im Beispiel impliziert der KVdR-Finanzausgleich für die Erhöhung des Finanzierungsanteils einer Kasse i:
  - $\Delta FA_i = (\Delta Vh\text{-Satz}) \cdot GLS_i = (\Delta AR_X) \cdot (GLS_i/GLS_{GKV})$
  - Hier bezeichnet  $\Delta FA_i$  die Differenz aus neuem und altem Finanzierungsanteil
- Die AKV-Mitglieder der Kasse i beteiligen sich an der Finanzierung von  $\Delta AR_X$  nach Maßgabe ihres Verhältnisses  $GLS_i/GLS_{GKV}$
- Da  $GLS_X/GLS_{GKV}$  sehr klein ist, werden deutlich höhere Aufwendungen  $AR_X$ 
  - nur in sehr geringem Umfang durch eine Erhöhung des Finanzierungsanteils der Kasse X finanziert
  - nahezu vollständig finanziert
    - » bei Kasse X durch eine Erhöhung ihres Beitragsanspruchs
    - » durch höhere Finanzierungsanteile aller übrigen Kassen



## Finanzausgleich in der KVdR: Anreizeffekte

### ↳ Allgemeiner:

- Wenn die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer AKV-Mitglieder gering sind relativ zur entsprechenden Größe der GKV, hat eine Kasse
  - (nahezu) keinen Anreiz, die ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen ihrer KVdR-Versicherten niedrig zu halten
  - keinen Anreiz, die Beiträge ihrer KVdR-Mitglieder zu „pflegen“
- Stattdessen stiftet der Finanzausgleich finanzielle Anreize,
  - den KVdR-Versicherten zusätzliche Leistungen zu gewähren
  - die Vergütung für Leistungen an KVdR-Versicherten großzügiger zu gestalten:
    - » Beispiel: Höherer „Rentner-Punktwert“ für vertragsärztliche Leistungen

### ↳ KVdR-Finanzausgleich in der Praxis:

- Die Wirksamkeit der ungünstigen Anreizeffekte hängt davon ab, in welchem Umfang eine Kasse tatsächlich Einfluss auf die genannten Größen nehmen kann



## Finanzausgleich in der KVdR: Anreizeffekte

- Umfang der Beiträge: Kein Einfluss der einzelnen Kasse
- Umfang der ausgleichsfähigen Leistungsaufwendungen:
  - Zunächst wurden auch Leistungen einzelner Kassen berücksichtigt
  - Nach dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 waren nur noch Leistungen ausgleichsfähig, die jede Kasse anzubieten hat („Regelleistungen“)

### ↪ Fazit:

- Der KVdR-Finanzausgleich setzte Anreizeffekte, die
  - grundsätzlich als problematisch einzustufen sind
  - in der Praxis ab 1989 kaum relevant wurden
- Dieses Verfahren kann daher nicht als Modell dienen, wie allgemein Risiko-Unterschiede zwischen den Krankenkassen auszugleichen sind: Ein Ausgleich
  - wird zwar erreicht
  - dürfte aber aufgrund der Anreize für die beteiligten Kassen zu unwirtschaftlichem Verhalten mit hohen Kosten verbunden sein



## Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV: Anlass und Ziele

➤ GKV Anfang der 90er Jahre:

↳ Unter den zahlreichen Krankenkassen

- herrschte kein oder nur ein sehr eingeschränkter Wettbewerb, da ihre Mitglieder kaum Wahlmöglichkeiten hatten
- konnten die Beitragssätze differieren aufgrund von
  - Unterschieden in der *Wirtschaftlichkeit*
  - Unterschieden in der *Risikostruktur*

↳ Zentrale Probleme:

- Geringer Anreiz zur Suche nach und Realisierung von Wirtschaftlichkeitsvorteilen
- Ein Wettbewerb *ohne weitere Vorkehrungen*
  - würde für die Kassen Anreize schaffen,
    - » (a) Wirtschaftlichkeitsvorteile zu suchen und zu realisieren
    - » (b) die Risikostruktur zum eigenen Vorteil zu gestalten (Risikoselektion)

## Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV: Anlass und Ziele

- würde somit ungünstige Wirkungen entfalten, denn Bemühungen um (b)
    - » sind typischerweise weniger aufwändig als Bemühungen um (a)
    - » sind jedoch gesamtwirtschaftlich eine Verschwendung von Ressourcen
  - Verletzungen des Solidarprinzips bei kassenübergreifender Betrachtung:
    - Die Risikostruktur einer Kasse beeinflusst den Beitrag eines Mitglieds
    - Deshalb sind folgende Konstellationen möglich:
      - » Unterschiedliche Beiträge bei gleichen beitragspflichtigen Einnahmen
      - » Identische Beiträge bei unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen
- ↪ Abb. 18 zeigt die Beitragssatzunterschiede (Bezug: allgemeiner Beitragssatz) zwischen den Kassen am 01.08.1993: Es
- bestanden Unterschiede von mehr als 7 Beitragssatzpunkten
  - verblieben immer noch Unterschiede von bis zu 4 Beitragssatzpunkten, wenn lediglich stark besetzte Beitragssatzklassen berücksichtigt werden



## Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV: Anlass und Ziele

- ↪ Idee: Der Wettbewerb unter den Krankenkassen soll so gestaltet werden, dass
  - die Kassen einen Vorteil aus Verbesserungen ihrer Wirtschaftlichkeit erlangen
  - Unterschiede in der Risikostruktur ihre Wettbewerbsposition nicht beeinflussen
- Reformoption „**Wettbewerb plus Risikostrukturausgleich**“:
  - ↪ Gesetzliche Grundlage: Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992
    - Einführung eines allgemeinen Kassenwahlrechts für GKV-Mitglieder ab 1996
    - Flankierung des Wettbewerbs in der GKV durch einen Risikostrukturausgleich
  - ↪ Risikostrukturausgleich:
    - Wichtige Etappen:
      - Einführung 1994, ab 1995 wurde auch die KVdR einbezogen
      - RSA-Reformgesetz 2001 (Risikopool, DMP)
      - GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 (Morbi-RSA, Gesundheitsfonds)



## Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV: Anlass und Ziele

- Ziele:
  - (1) Herstellung gleicher Startchancen für den Wettbewerb unter den Krankenkassen ab 1996
  - (2) Vermeidung finanzieller Anreize zur Risikoselektion
  - (3) Kassenübergreifende Umsetzung des Solidarprinzips: Unterschiede in der Risikostruktur sollen sich nicht auf die Beitragssätze auswirken
- Wenn (2) und (3) erreicht werden, beruhen Unterschiede in den Beitragssätzen der Krankenkassen nur noch
  - in der Wirtschaftlichkeit oder
  - im Leistungsangebot

### ↪ Umsetzung:

- Monatlicher Ausgleich anhand von Abschlagszahlungen
- Endgültiger Ausgleich nach Ablauf eines Kalenderjahres (Jahresausgleich)

### ↪ Im Folgenden wird lediglich der Jahresausgleich dargestellt



## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

### ➤ Allgemeines zum RSA:

#### ↳ Bezug:

- Ursprüngliche Form, die bis 2002 gegolten hat
- Nur die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen nicht teil
- Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder der am RSA teilnehmenden Kassen
- *Berücksichtigungsfähige* Leistungsausgaben der Kassen für ihre Versicherten:  
Ausgeschlossen sind
  - Verwaltungsausgaben
  - z.B. Ausgaben für satzungsgemäße Mehrleistungen („Satzungsleistungen“)

#### ↳ Einteilung der Versicherten in „RSA-Zellen“ nach den Kriterien

- Alter (Lebensjahre 0 – 89 sowie 90+) und Geschlecht
- Umfang des Anspruchs auf Krankengeld
- Bezug einer Erwerbsminderungs-Rente
- Rechtskreis („West“ und „Beitrittsgebiet“ bzw. „Ost“)



## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

↪ Daraus ergeben sich

- 335 Versichertengruppen bzw. RSA-Zellen je Geschlecht pro Rechtskreis
- insgesamt 1.340 Versichertengruppen bzw. RSA-Zellen

↪ Im Folgenden bezeichnet

- „Leistungsausgaben“ die im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
- „GKV“ die am RSA teilnehmenden Kassen

➤ Funktionsweise des RSA (Abb. 19):

↪ 1. Schritt:

- Ermittlung der *standardisierten Leistungsausgaben*  $SLA_j$  für jede RSA-Zelle  $j$
- $SLA_j$  als GKV-durchschnittliche Leistungsausgaben pro Kopf in der RSA-Zelle  $j$

↪ 2. Schritt:

- Ermittlung des *Beitragsbedarfs*  $BB_i$  für jede Kasse  $i$
- $BB_i$  als Leistungsausgaben, die Kasse  $i$  entstanden wären, wenn ihre Versicherten, bezogen auf RSA-Zellen, GKV-durchschnittliche Ausgaben verursacht hätten



## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

- $BB_i$  als Anspruch der Kasse  $i$  auf eine Zahlung (brutto) „aus dem“ RSA

### ↪ 3. Schritt:

- Ermittlung des *Ausgleichsbedarfssatzes* ABS
- ABS als Verhältnis aus Leistungsausgaben der GKV (äquivalent dazu: den Beitragsbedarfen aller Kassen) und beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder in %
- ABS als
  - Beitragssatz, dessen Anwendung bei allen Kassen auf GKV-Ebene gerade Beitragseinnahmen in Höhe der Leistungsausgaben liefert
  - durchschnittlicher Beitragssatz in der GKV

### ↪ 4. Schritt:

- Ermittlung der *Finanzkraft*  $FK_i$  für jede Kasse  $i$
- $FK_i$  als Beitragseinnahmen, die Kasse  $i$  bei Anwendung eines Beitragssatzes in Höhe des Ausgleichsbedarfssatzes erzielt hätte
- $FK_i$  als Zahlung (brutto) der Kasse  $i$  „an den“ RSA

## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

### ↪ 5. Schritt:

- Ermittlung der *Ausgleichszahlung*  $AZ_i$  einer Kasse  $i$
- $AZ_i$  als Zahlung,
  - die eine Kasse  $i$  netto „an den“ RSA zu entrichten hat
  - deren Vorzeichen a priori unbestimmt ist

### ↪ Zentrale Relationen auf GKV-Ebene:

- (1) Summe Finanzkraft:  $\sum_i(FK_i) = \sum_i(ABS \cdot BE_i) = ABS \cdot \sum_i BE_i = ABS \cdot BE_{GKV} = LA_{GKV}$
- (2) Summe Beitragsbedarf:  $\sum_i(BB_i) = \sum_i \sum_j (SLA_j \cdot V_{ij}) = \sum_j SLA_j \cdot \sum_i V_{ij} = \sum_j (LA_j) = LA_{GKV}$
- (3) Summe der Ausgleichszahlungen:  $\sum_i(AZ_i) = \sum_i(FK_i) - \sum_i(BB_i) = 0$

### ↪ Folgerungen: Der RSA

- schafft auf GKV-Ebene keine zusätzlichen Einnahmen
- stellt ein reines Transfer-System zwischen den Kassen dar

## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

➤ Zahler- und Empfängerkassen:

↪ Eine Kasse stellt in Bezug auf den RSA

- eine *Zahlerkasse* dar, wenn ihre Ausgleichszahlung positiv ist
- eine *Empfängerkasse* dar, wenn ihre Ausgleichszahlung negativ ist

↪ Wovon hängt die Einstufung einer Kasse  $i$  ab?

• Definitionen:

- Anzahl der Versicherten (GKV):  $V = \sum_j \sum_i V_{ij} = \sum_j V_j$
- Anzahl der Versicherten (Kasse  $i$ ):  $V_i = \sum_j V_{ij}$

↪ Auf GKV-Ebene gilt  $FK_{GKV} = BB_{GKV}$ . Daraus folgt pro Versicherten:

$$(1) \quad \frac{FK_{GKV}}{V} - \frac{BB_{GKV}}{V} = ABS \cdot \frac{BE_{GKV}}{V} - \sum_j SLA_j \cdot \frac{V_j}{V} = 0$$

↪ Für die Ausgleichszahlung  $AZ_i$  der Kasse  $i$  gilt pro Versicherten:

$$(2) \quad \frac{AZ_i}{V_i} = \frac{FK_i}{V_i} - \frac{BB_i}{V_i} = ABS \cdot \frac{BE_i}{V_i} - \sum_j SLA_j \cdot \frac{V_{ij}}{V_i}$$

## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

↪ Dies ist äquivalent zu:

$$(3) \quad \frac{AZ_i}{V_i} = ABS \cdot \left( \frac{BE_i}{V_i} - \frac{BE_{GKV}}{V} \right) - \sum_j SLA_j \cdot \left( \frac{V_{ij}}{V_i} - \frac{V_j}{V} \right)$$

↪ Mit M (bzw.  $M_i$ ) als Anzahl der Mitglieder der GKV (bzw. der Kasse i) erhält man:

$$(4) \quad \frac{AZ_i}{V_i} = ABS \cdot \left[ \frac{M_i}{V_i} \cdot \left( \frac{BE_i}{M_i} - \frac{BE_{GKV}}{M} \right) + \frac{BE_{GKV}}{M} \cdot \left( \frac{M_i}{V_i} - \frac{M}{V} \right) \right] - \sum_j SLA_j \cdot \left( \frac{V_{ij}}{V_i} - \frac{V_j}{V} \right)$$

↪ Gemäß (4) entscheiden drei Effekte über Vorzeichen und Höhe von  $AZ_i$ :

- (i) Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied bei Kasse i *relativ* zur entsprechenden GKV-Größe (mit positivem Vorzeichen)
- (ii) Die Höhe der Mitglieder pro Versicherten bei Kasse i *relativ* zur entsprechenden GKV-Größe (mit positivem Vorzeichen)
- (iii) Die anteilige Besetzung der Versichertengruppen bei Kasse i *relativ* zur anteiligen Besetzung auf GKV-Ebene (Auswirkung s.u.)

↪ Anstelle von (i) und (ii) können die beitragspflichtigen Einnahmen pro Versicherten bei Kasse i *relativ* zur entsprechenden GKV-Größe betrachtet werden



## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

- ↪ Ceteris paribus fällt  $AZ_i$  größer (bzw. kleiner) aus, wenn bei Kasse  $i$
- die bpE pro Mitglied über (bzw. unter) dem GKV-Durchschnitt liegen
  - die Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen kleiner (bzw. größer) als im GKV-Durchschnitt ist
  - die bpE pro Versicherten über (bzw. unter) dem GKV-Durchschnitt liegen
  - die Versicherten anteilig jene RSA-Zellen stärker besetzen, auf die geringe (bzw. hohe) GKV-durchschnittliche Leistungsausgaben entfallen
- ↪ Fazit:
- Der RSA berücksichtigt folgende Risikomerkmale der Kassen:
    - Beitragspflichtige Einnahmen ihrer Mitglieder
    - Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen
    - Alle Merkmale, die bei der Gruppenbildung berücksichtigt werden
  - $AZ_i$  ist positiv (bzw. negativ), wenn die Kasse  $i$  *in Bezug auf die im RSA berücksichtigten Merkmale* eine günstige (bzw. ungünstige) Risikostruktur aufweist

## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

- Wie beeinflusst der RSA die Wettbewerbsposition einer Kasse?
  - ↪ Annahme: Die Wettbewerbsposition einer Kasse wird allein durch die Höhe ihres Beitragssatzes nach RSA in Relation zum ABS bestimmt
  - ↪ Zentrales Ausgabenkonzept *Ausgaben nach RSA*  $A_i$ :
    - Definition:  $A_i = LA_i + AZ_i = LA_i + FK_i - BB_i = FK_i + (LA_i - BB_i)$
    - Ausgaben nach RSA und Beitragssatz:
      - Wenn  $A_i = FK_i$  gilt, kann die Kasse  $b_i = ABS$  setzen
      - Wenn  $A_i > FK_i$  erfüllt ist, muss die Kasse  $b_i > ABS$  erheben
      - Wenn  $A_i < FK_i$  erfüllt ist, kann die Kasse  $b_i < ABS$  setzen
  - ↪ Aus  $b_i > ABS$  folgt  $LA_i - BB_i > 0$ , so dass die Versicherten der Kasse  $i$  *RSA-zellenbezogen*
    - Leistungsausgaben aufweisen, die zumindest überwiegend höher als die standardisierten Leistungsausgaben sind
    - insgesamt überdurchschnittliche Leistungsausgaben verursachen



## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

- ↪ Aus  $b_i < ABS$  folgt  $LA_i - BB_i < 0$ , so dass die Versicherten der Kasse  $i$  *RSA-zellenbezogen*
  - Leistungsausgaben aufweisen, die zumindest überwiegend geringer als die standardisierten Leistungsausgaben sind
  - insgesamt unterdurchschnittliche Leistungsausgaben verursachen
- ↪ Bei den Aussagen zum Vorzeichen der Differenz  $b_i - ABS$  kann auf die Einschränkung „RSA-zellenbezogen“ **nicht** verzichtet werden:
  - (1) Es kann  $b_i < ABS$  gelten, obwohl die Leistungsausgaben der Kasse  $i$  für ihre Versicherten über dem Durchschnitt liegen
  - (2) Es kann  $b_i > ABS$  gelten, obwohl die Leistungsausgaben der Kasse  $i$  für ihre Versicherten unter dem Durchschnitt liegen
  - Notwendig für (1) [bzw. für (2)] ist eine ungünstige (bzw. günstige) Risikostruktur
- Einteilung der Kassen anhand der Vorzeichen von  $AZ_i$  und  $b_i - ABS$ :
  - ↪ Vorzeichen von  $AZ_i$  zeigt an, ob die Risikostruktur in Bezug auf die im RSA berücksichtigten Merkmale (d.h. „im Sinne des RSA“) günstig oder ungünstig ist
  - ↪ Vorzeichen von  $b_i - ABS$  zeigt an, ob die Wettbewerbsposition günstig oder ungünstig ist

## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

↪ Grundsätzlich können somit vier Fälle auftreten (Abb. 20):

- $AZ_i > 0, b_i > ABS$ : Die Kasse  $i$ 
  - weist eine im Sinne des RSA günstige Risikostruktur auf
  - hat Versicherte mit RSA-zellenbezogen hohen Leistungsausgaben
- $AZ_i > 0, b_i < ABS$ : Die Kasse  $i$ 
  - weist eine im Sinne des RSA günstige Risikostruktur auf
  - hat Versicherte mit RSA-zellenbezogen niedrigen Leistungsausgaben
- $AZ_i < 0, b_i > ABS$ : Die Kasse  $i$ 
  - weist eine im Sinne des RSA ungünstige Risikostruktur auf
  - hat Versicherte mit RSA-zellenbezogen hohen Leistungsausgaben
- $AZ_i < 0, b_i < ABS$ : Die Kasse  $i$ 
  - weist eine im Sinne des RSA ungünstige Risikostruktur auf
  - hat Versicherte mit RSA-zellenbezogen niedrigen Leistungsausgaben



## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

- Veranschaulichung anhand eines Beispiels (Abb. 21a-b):
  - ↳ Voraussetzungen:
    - Die GKV besteht aus vielen Kassen, darunter die Kassen X und Y
    - X und Y haben dieselbe Anzahl an Mitgliedern und keine Familienversicherten
    - Beitragspflichtige Einnahmen pro Mitglied
      - bei Kasse Y genauso hoch wie im GKV-Durchschnitt: 20
      - bei Kasse X höher als der GKV-Durchschnitt
    - Verteilung der Versicherten auf die beiden RSA-Gruppen
      - in der GKV zu gleichen Anteilen
      - bei Kasse X hauptsächlich in Gruppe 2
      - bei Kasse Y zu gleichen Anteilen (wie in der GKV)
    - Kasse Y bildet die GKV „im Kleinen“ ab
    - Die SLA sind in Gruppe 1 (deutlich) niedriger als in Gruppe 2



## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

### ↪ Folgerungen:

- Risikostruktur der Kasse X:
  - Günstig in Bezug auf die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied
  - Ungünstig in Bezug auf die anteilige Besetzung der RSA-Zellen
  - Gesamteffekt zunächst unklar
- Kasse Y weist (bezüglich beider Merkmale) eine durchschnittliche Risikostruktur auf

### ↪ „Ausgangslage“ (Abb. 21a):

- Ausgleichszahlungen der Kassen:
  - Für Kasse X gilt  $AZ_X > 0$ , weil ihre Risikostruktur insgesamt günstig ist
  - Für Kasse Y gilt  $AZ_Y = 0$ , weil sie eine durchschnittliche Risikostruktur aufweist
- Wettbewerbspositionen der Kassen:
  - Die Versicherten beider Kassen verursachen RSA-zellenbezogen jeweils gerade GKV-durchschnittliche Leistungsausgaben
  - Daraus folgt für die Beitragssätze nach RSA:  $b_X = b_Y = ABS$

## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

- Situation ohne (bzw. vor) RSA:
  - Die Beitragssätze  $\tilde{b}_i$  werden durch die Risikostruktur bestimmt
  - Konkret gilt:  $\tilde{b}_X < \tilde{b}_Y = \tilde{b}_{GKV}$
- ↳ In Abb. 21b wird eine Modifikation der „Ausgangslage“ untersucht:
  - Höhere Leistungsausgaben der Kasse Y in RSA-Zelle 2
  - Konsequenzen
    - für die Ausgleichszahlungen der Kassen:
      - » Keine Veränderungen
      - » Grund: Unveränderte Risikostrukturen der Kassen
    - für die Wettbewerbspositionen der Kassen:
      - » Für Kasse X gilt nun:  $b_X < ABS$
      - » Für Kasse Y gilt hingegen:  $b_Y \gg ABS$
      - » Grund: In Relation zur GKV sind die Leistungsausgaben der Kasse X (bzw. der Kasse Y) RSA-zellenbezogen niedrig (bzw. hoch)

## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

- Anreizeffekte: Im Beispiel
  - ergibt sich keine Veränderung der Ausgleichszahlung von Kasse Y
  - muss die Kasse Y die höheren Leistungsausgaben für ihre Versicherten in RSA-Zelle 2 in vollem Umfang selbst tragen
- Allgemeiner gilt:
  - Krankenkasse mit höheren Leistungsausgaben (RSA-zellenbezogen) für ihre Versicherten, muss diese zumindest größtenteils selbst finanzieren
  - Im Vergleich zum KVdR-Finanzausgleich deutlich günstigere Anreize

### ➤ Auswirkungen des RSA:

↪ Vergleich der (allgemeinen) Beitragssätze mit und ohne RSA (Abb. 22a):

- Beitragssatzspanne ohne RSA deutlich größer als mit RSA
- Indiz für hohes Transfervolumen des RSA bei kassenbezogener Betrachtung

↪ Transfervolumen des RSA (Abb. 22b):

- Innerhalb einer Kassenart kann es Zahler- und Empfänger-kassen geben
- AOK als Empfänger-kassen, BKK und Ersatzkassen (vorwiegend) als Zahler-kassen



## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

### ➤ Problematische Aspekte des RSA:

↳ Die Morbidität der Versicherten wird nur unvollständig berücksichtigt:

- Die bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs berücksichtigten Kriterien bilden die Morbidität nur indirekt, d.h. anhand von Korrelationen, ab
- Beispiel Alter:
  - Bei gegebenem Alter streut der Versorgungsbedarf noch erheblich
  - Insoweit dies ex ante absehbar ist und durch die anderen Kriterien des RSA nicht (vollständig) berücksichtigt wird, bleiben Risikounterschiede bestehen
- Innerhalb der RSA-Zellen noch hohe Streuung aufgrund der Morbidität

↳ Der Einfluss der Risikostruktur auf weitere Ausgaben wird nicht berücksichtigt:

- Beispiel: Verwaltungsausgaben der Kassen
- Der Verwaltungsaufwand
  - ist eher niedrig für Versicherte mit geringen Leistungsausgaben
  - ist eher hoch für Versicherte mit hohen Leistungsausgaben



## Grundzüge des Risikostrukturausgleichs bis 2008

↪ Folgen:

- Die Wettbewerbsposition einer einzelnen Kasse wird auch durch die Risikostruktur ihrer Versicherten beeinflusst
- Eine Krankenkasse
  - mit guter Finanzlage kann dennoch ineffizient gewirtschaftet haben
  - mit schlechter Finanzlage kann dennoch effizient gewirtschaftet haben
- Es bestehen immer noch Anreize zur Risikoselektion
- Wettbewerb unter den Krankenkassen ineffizient: Gefahr
  - einer unzureichenden Versorgung einzelner Versichertengruppen
  - einer nicht kostengünstigen Versorgung

↪ Die Reformen des RSA können als Versuche verstanden werden,

- die Morbidität der Versicherten besser zu berücksichtigen und gleichzeitig
- die Anreize der Kassen zu wirtschaftlichem Verhalten zu bewahren



## Risikostrukturausgleich: Erweiterung Risikopool

### ➤ Risikopool (RP):

↪ Die Ausgaben für einzelne Versicherte betragen ein Vielfaches der maximalen SLA

↪ Folgerungen:

- Der RSA berücksichtigt finanzielle Belastungen, die durch besonders aufwändige Leistungsfälle entstehen, nicht adäquat
- Wenn derartige Fälle ungleich über die Kassen verteilt sind, kann die Risikostruktur den Beitragssatz beeinflussen

↪ Ziel: Ausgleich diesbezüglicher Belastungsunterschiede zwischen den Kassen

↪ Bezug: Versicherte mit weit überdurchschnittlichen *tatsächlichen* Leistungsausgaben

↪ Umsetzung (Abb. 23a):

- Einführung 2002
- Berücksichtigt werden als *ausgleichsfähige Leistungsausgaben* die Ausgaben für
  - stationäre Leistungen, Arznei- und Verbandmittel



## Risikostrukturausgleich: Erweiterung Risikopool

- nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse
- Kranken- und Sterbegeld
- Welche Ausgaben gehen in den Risikopool ein?
  - Schwellenwert von zunächst 20.450 €, der jährlich fortzuschreiben ist
  - Falls die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben höher sind,
    - » gehen 60 % der Differenz als Ausgaben der Kasse in den RP ein
    - » werden die übrigen 40 % im RSA berücksichtigt (als „Selbstbehalt“)
- Wie werden die Transferzahlungen im RP ermittelt?
  - Berechnung eines eigenen Ausgleichsbedarfssatzes ( $ABS_{RP}$ ) als Quotient aus der Summe der Ausgaben des RP und  $BE_{GKV}$
  - Ermittlung der Finanzkraft der Kassen im RP:  $FK_{i,RP} = ABS_{RP} \cdot BE_i$
  - Ausgleichszahlung einer Kasse  $i$  im RP ( $AZ_{i,RP}$ ) als Saldo aus  $FK_{i,RP}$  und der durch den RP zu erstattenden Ausgaben
- Der Ausgleich wird bundeseinheitlich durchgeführt



## Risikostrukturausgleich: Erweiterung Risikopool

### ↪ Ergebnisse:

- RP gleicht ein Risiko, das der ursprüngliche RSA nicht berücksichtigt, teilweise aus
- Der Ausgleich ist sinnvoll, soweit ein ex ante bestehendes Risiko abgedeckt wird:
  - Eine alternative Absicherung (z.B. Rückversicherung) würde die Kassen unterschiedlich belasten und das Solidarprinzip verletzen
  - Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion
- Die Gefahr eines ungünstigen Anreizeffekts aufgrund eines Ausgleichs der tatsächlichen Leistungsausgaben dürfte kaum relevant sein:
  - Hoher Schwellenwert
  - Hoher Selbstbehalt
- Empirisch:
  - Bezug: 2007, mit  $ABS_{RP} = 0,54$  v.H., Schwellenwert: 21.051,48 €
  - Transfervolumen gering im Vergleich zum RSA (Abb. 23b)
  - Die Transferströme zwischen den Kassenarten verlaufen ähnlich wie im RSA



## Risikostrukturausgleich: Erweiterung DMP

### ➤ Strukturierte Behandlungsprogramme:

#### ↳ Problematische Aspekte des RSA im Falle chronisch Erkrankter („Chroniker“):

- Chroniker
  - weisen ex ante einen überdurchschnittlichen Leistungsbedarf auf
  - stellen ein schlechtes Risiko für eine Kasse dar, da ihr erhöhter Leistungsbedarf im RSA nicht berücksichtigt wird
- Die Absicherung von Chronikern ist für eine Kasse finanziell unattraktiv

#### ↳ Ziele:

- Ausgleich von Unterschieden in der Risikostruktur, die auf Chroniker zurückgehen
- Die Kassen sollen einen finanziellen Anreiz erhalten, Chroniker aufzunehmen
- Bezug: Versicherte,
  - die in spezielle Versorgungsangebote der Kassen eingeschrieben sind (strukturierte Behandlungsprogramme, DMP)
  - die an chronischen Erkrankungen leiden, für die DMP existieren



## Risikostrukturausgleich: Erweiterung DMP

### ↳ Umsetzung:

- Einführung 2002
- Die DMP der Kassen müssen vom Bundesversicherungsamt zugelassen werden:
  - Verbesserung der Versorgung von chronisch Erkrankten
  - Vermeidung finanzieller Anreize, die Zuordnung von Versicherten auf die zugehörigen RSA-Zellen zu „gestalten“
- DMP wurden in dieser Zeit zugelassen für folgende sechs Erkrankungen:
  - Diabetes mellitus, Typ 1 und Typ 2, Asthma bronchiale
  - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Brustkrebs, koronare Herzerkrankung
- Wie werden in DMP eingeschriebene Versicherte im RSA berücksichtigt?
  - Eigene RSA-Zellen mit dem *zusätzlichen* Merkmal „Einschreibung in DMP Nr. x“
  - Berechnung *eigener*, DMP-spezifischer standardisierter Leistungsausgaben
  - Der Beitragsbedarf einer Kasse hängt nun unmittelbar davon ab, ob und in welchem Umfang Versicherte in DMP eingeschrieben sind

## Risikostrukturausgleich: Erweiterung DMP

- In der Praxis (Abb. 24):
  - Versicherte in DMP verursachen systematisch höhere Leistungsausgaben als Versicherte in denselben RSA-Gruppen ohne DMP
  - Beispiel Brustkrebs: Die durchschnittlichen SLA der in DMP für Brustkrebs eingeschriebenen Versicherten
    - » sind im Vergleich zu allen Versicherten deutlich höher
    - » lägen ohne Berücksichtigung von DMP, d.h. allein aufgrund der übrigen im RSA berücksichtigten Risikomerkmale, deutlich niedriger
  - Übrige chronische Erkrankungen mit DMP: Qualitativ gleiche Effekte

↪ Ergebnisse: Die Erweiterung des RSA um DMP

- bewirkt einen zusätzlichen Ausgleich zwischen den Kassen
- stiftet einen finanziellen Anreiz, die Versorgung bestimmter Gruppen chronisch Erkrankter durch DMP zu organisieren und zu finanzieren
- sorgt dafür, dass chronisch Erkrankte, die in ein DMP eingeschrieben sind, nun für die einzelne Kasse kein schlechtes Risiko mehr darstellen



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

- Der Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds (ab 2009)
  - ↳ Der Gesundheitsfonds
    - erhält die Beiträge der Mitglieder der Kassen und einen Bundeszuschuss
    - leistet Zuweisungen an die Krankenkassen, im Wesentlichen
      - für Pflichtleistungen
      - für Verwaltungsausgaben
      - für die Entwicklung und Durchführung von DMP
  - ↳ Der Risikostrukturausgleich
    - enthält keinen einnahmeseitigen Ausgleich mehr
    - kommt nun dadurch zustande, dass – und insoweit – die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds von der Risikostruktur der Versicherten abhängen
  - ↳ Folglich gibt es
    - nur noch Empfängerkassen
    - keine Transfers zwischen den Kassen bzw. Kassenarten mehr

## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

- Zuweisungen für Pflichtleistungen (standardisierte Leistungsausgaben):
  - ↪ **Zuschlagsmodell**: Die Kassen erhalten für einen Versicherten
    - eine um Zu- oder Abschläge ergänzte Grundpauschale:
      - Grundpauschale: Durchschnittliche Zuweisungen für Pflichtleistungen
      - Zu- oder Abschläge für Alter und Geschlecht
    - gegebenenfalls weitere Zuschläge, wenn
      - eine Erwerbsminderungsrente bezogen wurde
      - bestimmte Erkrankungen vorgelegen haben
  - ↪ Es werden im Wesentlichen folgende Risikogruppen gebildet (Abb. 25a, Abb. 25c):
    - 40 Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG):
      - Je 20 Gruppen pro Geschlecht
      - Einordnung anhand des aktuellen Alters
      - Beispiele: weiblich, 0 Jahre; männlich, 35-39 Jahre; weiblich, 95+ Jahre



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

- 6 Erwerbsminderungsgruppen (EMG):
  - Je drei Gruppen (nach Altersklassen) pro Geschlecht
  - Einordnung aufgrund des Alters und des Bezugs einer EM-Rente für mindestens 183 Tage *im Vorjahr*
  - Beispiel: EM-Rentner, weiblich, 46-55 Jahre
- Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG):
  - Ursprüngliche Anzahl: 106 HMG, im Jahr 2020: 199 HMG
  - HMG beruhen auf Diagnosen *gemäß ICD-10-GM* zu 80 Erkrankungen, wobei
    - » eine Morbiditätsgruppe mehrere Diagnosen umfasst, die nach medizinischen und ökonomischen Kriterien zusammengefasst sind
    - » Hierarchien unter den Morbiditätsgruppen gebildet werden
  - Die berücksichtigten Erkrankungen
    - » sind schwerwiegend oder chronisch und kostenintensiv
    - » verursachen *im Folgejahr* noch deutlich erhöhte Ausgaben



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

- Bei den HMG werden
  - » verschiedene Manifestationen der Erkrankungen berücksichtigt
  - » Versicherte jeweils der schwerwiegendsten Manifestation zugeordnet, die ihr Zustand noch erfüllt
- Die Zuordnung der Versicherten auf HMG erfolgt vornehmlich aufgrund von
  - » stationären Haupt- und Nebendiagnosen bei Entlassung des Vorjahres
  - » ambulanten Diagnosen des Vorjahres
- Teilweise werden
  - » ambulante Diagnosen durch Arzneimittelverordnungen validiert
  - » zeitgleiche Diagnosen berücksichtigt (Neugeborene)
- Weitere Gruppen (hier nicht weiter berücksichtigt):
  - Auslands-AGG (40): Im Vorjahr mindestens 183 Versichertentage im Ausland
  - Kostenerstattergruppen (7): Mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung (Vorjahr)



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

↳ *Prospektives Modell*: Die morbiditätsbedingten Zuschläge

- sollen die Folgekosten der Morbidität decken, soweit diese sich niederschlägt
  - im Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder
  - in der Zuordnung zu einer HMG
- geben somit die erwarteten Zusatzausgaben an, wenn ein Versicherter im Vorjahr
  - eine Erwerbsminderungsrente (ausreichend lange) bezogen hat
  - eine Erkrankung hatte, die eine Zuordnung zu einer HMG bewirkt

↳ Ergebnis (Abb. 25b):

- Die Kassen erhalten für jeden Versicherten
  - eine Grundpauschale
  - Zuschläge für Neugeborene, Abschläge für nahezu jede andere AGG
- Weitere Zuschläge gibt es für Versicherte, die
  - einer EMG zugeordnet werden (jeweils eindeutig)
  - einer HMG zugeordnet werden (mehrfache Zuordnung möglich)



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

↪ Beispiele für Zuweisungen für Pflichtleistungen im Jahr 2020:

- Beispiel 1:
  - Weibliche Versicherte, 19 Jahre
  - Daraus ergibt sich eine monatliche Zuweisung in Höhe von ca. 100,92 €:
    - » Grundpauschale in Höhe von ca. 274,71 €
    - » Abschlag in Höhe von ca. 173,79 € aufgrund von AGG005
- Beispiel 2:
  - Weibliche Versicherte, 57 Jahre, Bezug einer Erwerbsminderungsrente über das gesamte Vorjahr
  - Daraus ergibt sich eine monatliche Zuweisung in Höhe von ca. 203,01 €:
    - » Grundpauschale in Höhe von ca. 274,71 €
    - » Abschlag in Höhe von ca. 155,73 € aufgrund von AGG012
    - » Zuschlag in Höhe von ca. 84,03 € aufgrund von EMG003 (weiblich, 56 Jahre und älter)



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

- Beispiel 3:
  - Männlicher Versicherter, 45 Jahre, im Vorjahr mit B23.0 (akutes HIV-Infektionssyndrom) gemäß ICD-10-GM diagnostiziert
  - Daraus ergibt sich eine monatliche Zuweisung in Höhe von ca. 1.231,27 €:
    - » Grundpauschale in Höhe von ca. 274,71 €
    - » Abschlag in Höhe von ca. 191,36 € aufgrund von AGG030
    - » Zuschlag in Höhe von ca. 1.147,92 € aufgrund von HMG001 (HIV/AIDS)
- Zuweisungen für Verwaltungsausgaben (standardisierte Verwaltungsausgaben):
  - ↳ Grundgedanke: Die Verwaltungsaufwendungen einer Kasse hängen positiv ab
    - von der Anzahl ihrer Versicherten
    - von der Morbidität ihrer Versicherten
  - ↳ Umsetzung:
    - Ausgangspunkt: Tatsächliche Verwaltungsausgaben der GKV



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

- Davon werden jeweils 50% auf die Kassen verteilt
  - nach der Anzahl ihrer Versicherten
  - nach der Höhe ihrer Zuweisungen für Pflichtleistungen
- Zuweisungen im Jahr 2020: Eine Kasse erhält monatlich
  - ca. 6,87 € je Versicherten
  - ca. 2,501 Cent je € an standardisierten Leistungsausgaben
- Zuweisungen für Entwicklung und Durchführung von DMP (standardisierte Aufwendungen):
  - ↳ Bezug: In DMP eingeschriebene Versicherte
  - ↳ Diese Zuweisungen berücksichtigen
    - *nicht* den erhöhten Leistungsaufwand
    - beispielsweise den erhöhten Aufwand für Verwaltung und Dokumentation der DMP
  - ↳ Umsetzung: Festlegung eines Betrags durch den GKV-Spitzenverband
  - ↳ 2020: Monatlich erhält eine Kasse 12,13 € je eingeschriebenen Versicherten

## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

### ➤ Ergebnisse:

- ↳ Abb. 26a: Streuung der Zuweisungen pro Versicherten über die Kassenarten
- ↳ Abb. 26b: Sehr hoher Anteil der Zuweisungen für Pflichtleistungen
- ↳ Jahresausgleich 2021 (2020), Zuweisungen für Pflichtleistungen (ohne Krankengeld):
  - Der Anteil der Zuweisungen für AGG betrug 44,8 % (49,0 %)
  - Der Anteil der Zuweisungen für HMG betrug 55,2 % (49,7 %)
- ↳ Im Vergleich zum ursprünglichen RSA ist der RSA seit 2009
  - **umfassender**, denn der Ausgleich berücksichtigt
    - alle Ausgaben der Kassen (jeweils in standardisierter Form)
    - beispielsweise auch die Verwaltungsausgaben
  - **stärker morbiditätsorientiert**: Die Morbidität der Versicherten
    - wird bei den Leistungsausgaben (zumindest teilweise) direkt berücksichtigt
    - spielt auch bei anderen Zuweisungen eine Rolle



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

- Wettbewerbsposition einer Krankenkasse im Morbi-RSA:
  - ↪ Grundsätzlich relevant (jeweils für eine Kasse):
    - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (wie oben erläutert)
    - Tatsächliche Ausgaben
  - ↪ Für die GKV gilt:
    - Zuweisungen aus dem Fonds  $<$  Tatsächliche Ausgaben
    - Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz:  $\emptyset ZBS > 0$
  - ↪ Deshalb bei einer Kasse noch zu berücksichtigen:
    - Korrektur der bisher betrachteten Brutto-Zuweisungen des Gesundheitsfonds
    - Einnahmen aus Zusatzbeiträgen
    - Diese *könnten* die Wettbewerbsposition ebenfalls beeinflussen
  - ↪ Nähere Analyse in Kap. 7



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

➤ Verteilungseffekte (VE) ex ante zu Gunsten bzw. zu Lasten einer Krankenkasse i:

↳ Bezug:

- Einzelnes Mitglied (ggf. einschließlich mitversicherter Familienangehöriger) j
- Brutto-Zuweisungen des Gesundheitsfonds
- Beiträge aufgrund des allgemeinen bzw. ermäßigten Beitragssatzes

↳ Derartige Effekte kommen zustande, wenn und insoweit, bezogen auf j,

- die Brutto-Zuweisungen von den erwarteten Ausgaben der Kasse abweichen
- die im Morbi-RSA berücksichtigten Merkmale das Risiko nicht korrekt abbilden

↳ Im Vergleich zum VE ex ante zu Gunsten bzw. zu Lasten der GKV

- fehlt der einnahmeseitige VE völlig, weil die Beiträge der Mitglieder
  - direkt an den Gesundheitsfonds gehen
  - die Finanzlage einer Kasse somit nicht beeinflussen



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

- fällt der ausgabeseitige VE geringer aus, weil
  - die Brutto-Zuweisungen für Pflichtleistungen risiko-adjustiert sind
  - auch weitere Brutto-Zuweisungen Risikomerkmale berücksichtigen

↪ Verteilungseffekte zu Gunsten bzw. zu Lasten einer Kasse

- treten *nicht* auf, wenn diese Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds alle für die erwarteten künftigen Ausgaben relevanten Informationen korrekt berücksichtigen
  - Ein prospektiver Morbi-RSA ist grundsätzlich geeignet, dies zu leisten
  - Grund: Abschätzung künftiger Ausgaben anhand gegenwärtiger Informationen über die Morbidität
- treten z.B. auf, wenn der Morbi-RSA in Bezug auf die künftigen erwarteten Ausgaben einer Kasse
  - nicht alle Erkrankungen berücksichtigt
  - den Einfluss gegenwärtiger Erkrankungen nicht korrekt erfasst

↪ Weiterentwicklung des Morbi-RSA: Ziel, derartige Verteilungseffekte zu verringern



## Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA

➤ Weiterentwicklung des RSA seit 2021 (Abb. 25d):

↪ Grundlage: Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22.03.2020

↪ Maßnahmen (Auswahl):

- Einführung einer Regionalkomponente im Morbi-RSA → Regionalgruppen (RGG)
- Veränderung des Klassifikationsmodells: Berücksichtigt werden nun
  - grundsätzlich alle Krankheiten („Krankheits-Vollmodell“)
  - HMG nicht, deren Besetzung zu stark gestiegen sind („Manipulations-Bremse“)
- Einführung eines Risikopools:
  - Schwellenwert: 100.000 Euro (2021)
  - Erstattung von 80 % der darüber liegenden Leistungsausgaben
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente: Kein Risikomerkmale mehr

↪ Regelmäßige Evaluation



---

## Literatur

**Buchner, F., Göppfarth, D.**, Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Cassel, D. et al. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung, Verlag medhochzwei, Heidelberg 2014, S. 77-118

**Bundesversicherungsamt**, So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, Stand 16. September 2008,  
[https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie\\_funktioniert\\_Morbi\\_RSA.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf)

**Bundesversicherungsamt**, Schätzerkreis, Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich, in: Bundesversicherungsamt (Hrsg.), Tätigkeitsbericht 2018, S. 93-102, im Internet unter <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/service/downloadcenter/>

**Bundesamt für Soziale Sicherung**, Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Bundesversicherungsamt (Hrsg.), Tätigkeitsbericht 2020, S. 81-86, im Internet <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/service/downloadcenter/>

**Jacobs, K., Rebscher, H.**, Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung, in: Cassel, D. et al. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung, Verlag medhochzwei, Heidelberg 2014, S. 45-73



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- Zentrale Herausforderungen für die Finanzlage der GKV:
  - ↳ Demographische Alterung
  - ↳ Medizinisch-technischer Fortschritt
- Im Folgenden:
  - ↳ Welche Konsequenzen haben die beiden Herausforderungen für die GKV?
  - ↳ Die Hypothesen zu den Effekten auf die Finanzlage der GKV beziehen sich auf
    - die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder
    - die Entwicklung der Ausgaben für die Versicherten
    - die Entwicklung der Beitragssätze
  - ↳ Voraussetzung: Status quo
    - Die Parameter der Beitragsfinanzierung werden als „konstant“ angenommen:
      - Unveränderte Definitionen der Bemessungsgrundlagen
      - Anpassung wichtiger Größen (z.B. BBG) an die Wirtschaftsentwicklung



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- Die Parameter der Leistungsgewährung werden als „konstant“ angenommen:
  - Keine Veränderung von Zuzahlungsregelungen
  - Offener Leistungskatalog: Medizinisch-technischer Fortschritt → Erweiterung
- Demographischer Wandel:
  - ↳ Referenzpunkt: Modell der stabilen Bevölkerung
    - Voraussetzungen: Im Zeitablauf
      - konstante altersspezifische Mortalitätsraten
      - konstante altersspezifische Geburtenraten der weiblichen Teilbevölkerung
      - keine Migration
    - Ergebnisse: *Langfristig*
      - wächst die Bevölkerung mit einer festen Rate  $\lambda$  (die auch negativ sein kann)
      - wachsen die einzelnen Altersklassen mit derselben Rate
      - ergibt sich daher eine stabile Altersklassenverteilung bzw. Altersstruktur



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- ↪ Die Veränderung der Bevölkerung im demographischen Wandel wird getrieben von
  - der Entwicklung ihres Umfangs
  - der Entwicklung ihrer Altersstruktur
- ↪ *Langfristig* beruht der demographische Wandel auf **Änderungen**
  - der altersspezifischen Geburtenraten
  - der altersspezifischen Sterberaten
  - der Netto-Zuwanderung
- ↪ Eine demographische *Alterung*
  - kann bei beliebiger Entwicklung des Umfangs der Bevölkerung zustande kommen
  - liegt vor, wenn der Anteil höherer Altersstufen an der Bevölkerung zunimmt
  - kann entstehen aufgrund
    - einer Alterung „von oben“:
      - » Verringerung der altersspezifischen Sterberaten
      - » Indikator: Zunahme der mittleren Lebenserwartung

## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- einer Alterung „von unten“:
  - » Verringerung der altersspezifischen Geburtenraten
  - » Indikator: Rückgang der Gesamtfertilitätsrate (Summe dieser Raten)
- ↳ Spezialfall „doppelte Alterung“ („Double Aging“):
  - Kennzeichen: Die Gesellschaft altert sowohl „von oben“ als auch „von unten“
  - In vielen Industriestaaten derzeit erfüllt, häufig mit schrumpfender Bevölkerung
  - In Deutschland seit einiger Zeit *keine* Alterung „von unten“ mehr
- Demographische Alterung in Deutschland:
  - ↳ Grundlage: Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamts
    - Allgemein:
      - Beschreibung von als wahrscheinlich oder plausibel erachteten Szenarien
      - Die Szenarien bilden die Unsicherheit bezüglich wichtiger Einflussgrößen ab
    - Regelmäßige Überprüfung und ggf. Modifikation

## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- ↪ Aktuell: 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für 2021 – 2070 (Abb. 27a)
- Grundlage: Annahmen zur Entwicklung
    - der Geburtenhäufigkeit (endgültige Kinderzahl je Frau; 2021: 1,57):
      - » Rückgang auf 1,4 (G1)
      - » Stabilisierung, leichter Anstieg auf 1,55 (G2)
      - » Anstieg auf 1,7 (G3)
    - der mittleren Lebenserwartung (Sterbetafel 2019/21: 78,5 (m), 83,4 (w)):
      - » Geringer Anstieg auf 82,6 (m) bzw. 86,1 (w) (L1)
      - » Moderater Anstieg auf 84,6 (m) bzw. 88,2 (w) (L2)
      - » Starker Anstieg auf 84,2 (m) bzw. 90,1 (w) (L3)
    - des durchschnittlichen Wanderungssaldos (2021: 329.000):
      - » Abnahme bis 2033, danach konstant bei 150.000 (W1)
      - » Abnahme bis 2033, danach konstant bei 250.000 (W2)
      - » Abnahme bis 2033, danach konstant bei 350.000 (W3)



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- Insgesamt werden 30 Varianten berücksichtigt:
  - 9 Hauptvarianten
  - 12 weitere Varianten
  - 8 Modellrechnungen
- Kombinationen der oben angegebenen Annahmen bezüglich G, L und W:
  - Insgesamt 27 Varianten, darunter alle Haupt- und weiteren Varianten
  - Außerdem: Modellrechnungen 1 bis 6
- Modellrechnungen 7 bis 8: Andere Annahmen für W oder G
- Hauptvarianten (Abb. 27b): Varianten, die
  - alle Ausprägungen bezüglich G, L oder W berücksichtigen
  - insoweit die Bandbreite möglicher Entwicklungen abdecken
  - jeweils anschaulich zu interpretieren sind
- Weitere Varianten

## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

### ↪ Ausgewählte Hauptvarianten:

- G2, L2 und W2 → „moderate Entwicklung“
- G1, L3 und W1 → „relativ alte Bevölkerung“
- G3, L1 und W3 → „relativ junge Bevölkerung“

### ↪ Ergebnisse für die Entwicklung der Bevölkerungszahl (Abb. 27c):

- Relativ junge Bevölkerung
- Moderate Entwicklung
- Relativ alte Bevölkerung

### ↪ Veränderung der Bevölkerung im Zeitraum 2021 – 2070:

- Umfang hängt ab von den einzelnen Varianten
- Aber: Eine Alterung erfolgt auf jeden Fall!

### ↪ Altersstruktur der Bevölkerung:

- 2021 im Vergleich zu 1990 (Abb. 28)
- Entwicklung bei den verschiedenen Varianten: **Beschreibung?**



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- Wichtige Relationen zur Beschreibung der Altersstruktur:
  - ↪ Altenquotient:
    - Anteil der Personen im Alter „67+“ je 100 Personen im Alter „20 bis 66“
    - Es können auch andere Altersgrenzen verwendet werden (z.B. 65 Jahre)
  - ↪ Jugendquotient:
    - Anteil der Personen im Alter „0 bis 19“ je 100 Personen im Alter „20 bis 66“
    - Bei der Bezugsgruppe sind auch andere Altersgrenzen möglich
  - ↪ Der Gesamtquotient
    - ist die Summe aus Jugend- und Altenquotient
    - kann höher als 100 ausfallen
  - ↪ Die *ökonomische Relevanz* dieser Quotienten hängt
    - ab von der typischen Erwerbsbiographie
    - für die GKV davon ab, inwieweit sich damit deren Finanzentwicklung abbilden lässt



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- Entwicklung von Jugend-, Alten- und Gesamtquotient:
  - ↪ „Moderate Entwicklung“:
    - Der Jugendquotient steigt von 30,0 auf 34,0
    - Der Altenquotient steigt von 31,8 auf 46,2
  - ↪ „Relativ junge Bevölkerung“:
    - Der Jugendquotient steigt von 30,0 auf 35,6
    - Der Altenquotient steigt von 31,8 auf 39,0
  - ↪ „Relativ alte Bevölkerung“:
    - Der Jugendquotient steigt von 30,0 auf 31,2
    - Der Altenquotient steigt von 31,8 auf 55,6
  - ↪ „Auswirkung eines geringeren Anstiegs der Lebenserwartung“:
    - Der Jugendquotient steigt von 30,0 auf 34,0
    - Der Altenquotient steigt von 31,8 auf 42,9

## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

➤ Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung:

↪ Bei der Variante „moderate Entwicklung“ (Abb. 29)

- steigt der Anteil der „Jungen“ an der Gesamtbevölkerung von 18,5 % auf 18,9 %
- steigt der Anteil der „Alten“ von 19,6 % auf 25,6 %

↪ Bei der Variante „relativ junge Bevölkerung“

- steigt der Anteil der „Jungen“ an der Gesamtbevölkerung von 18,5 % auf 20,4 %
- steigt der Anteil der „Alten“ von 19,6 % auf 22,3 %

↪ Bei der Variante „relativ alten Bevölkerung“

- sinkt der Anteil der „Jungen“ an der Gesamtbevölkerung von 18,5 % auf 16,7 %
- steigt der Anteil der „Alten“ von 19,6 % auf 29,8 %

↪ Bei der Variante „Auswirkung eines geringeren Anstiegs der Lebenserwartung“

- steigt der Anteil der „Jungen“ an der Gesamtbevölkerung von 18,5 % auf 19,2 %
- steigt der Anteil der „Alten“ von 19,6 % auf 24,2 %



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

### ➤ Invention und Innovation

#### ↪ Invention:

- Erfindung
- Erstmalige Realisierung einer neuen Idee bzw. Problemlösung

#### ↪ Innovation:

- Erstmalige Anwendung einer neuen Problemlösung
- Bei neuen Produkten: Markteinführung

#### ↪ Arten von Innovationen:

- Produktinnovation:
  - Neues Produkt (in Abgrenzung zur Produktvariation)
  - *Chance*, Bedürfnisse der Nachfrager besser zu befriedigen
- Prozessinnovation:
  - Neugestaltung des Herstellungsprozesses für ein Gut
  - *Chance*, ein Gut kostengünstiger zu produzieren



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- Andere Arten von Innovationen:
  - Organisatorisch, z.B. veränderte Organisation eines Unternehmens
  - Sozial, z.B. Neugestaltung des Lebensstils
- Medizinisch-technischer Fortschritt:
  - ↳ Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen:
    - Bezug:
      - Veränderung des Gesundheitszustands (gesundheitliche Outcomes)
      - Kosten der Leistungserstellung
    - Produktinnovationen:
      - Neue Möglichkeiten der Diagnose und Therapie von Krankheiten
      - Beispiele:
        - » Neues, „innovatives“ Arzneimittel
        - » Neue Operationsmethode, die günstigere Behandlungsergebnisse bewirkt



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- Prozessinnovationen:
  - Chance, gegebene Behandlungsergebnisse kostengünstiger zu erreichen
  - Beispiel: Wechsel von einer operativen zu einer medikamentösen Therapie
- Die Abgrenzung von Produkt- und Prozessinnovation ist nicht immer einfach
  - Minimal invasive Chirurgie primär als Prozessinnovation einzustufen
  - Medikamentöse HIV-Therapie primär als Produktinnovation einzustufen
- Ökonomische Bedeutung:
  - Produktinnovationen können die Gesundheit der Individuen verbessern
  - Prozessinnovationen erlauben einen verringerten Ressourceneinsatz

### ↪ Weitere Kennzeichen:

- Der Fortschritt beruht auf neuem Wissen, dessen Inhalt ex ante unbekannt ist
- Daher besteht insbesondere Unsicherheit bezüglich folgender Aspekte:
  - Zeitpunkt (Wann?) und Bezug (Wofür?)
  - Art der Innovation (Produkt- oder Prozessinnovation?)



## Zukunft der GKV: Zentrale Herausforderungen

- Produkt- und Prozessinnovation können gemeinsam auftreten:
  - Beispiel: Neue Behandlung, die bessere gesundheitliche Outcomes bewirkt
  - Bei unveränderten (bzw. geringeren) Behandlungskosten pro Fall
    - » enthält die Innovation auch eine Prozessinnovation, welche die Kosten pro Einheit Behandlungsergebnis verringert
    - » kostet die *zusätzliche* Verbesserung der Gesundheit des Patienten nichts (bzw. geht mit einer Einsparung von Ressourcen einher)
  - Bei höheren Behandlungskosten pro Fall
    - » *kann* die Innovation ebenfalls eine Prozessinnovation enthalten
    - » ist die *zusätzliche* Verbesserung der Gesundheit des Patienten nur durch eine Erhöhung des Ressourceneinsatzes zu erreichen
- ↳ Medizinisch-technischer Fortschritt und Ausgaben für Gesundheitsleistungen:
  - Der Effekt auf die Kosten *einer* Behandlung ist a priori unklar
  - Für den Effekt auf die *gesamten* Behandlungsausgaben ist noch die Veränderung der Inanspruchnahme zu berücksichtigen



## Zur künftigen Entwicklung der GKV im Status quo

➤ GKV im Status quo (Abb. 30):

↳ Altersspezifische Beiträge und Ausgaben in den drei Lebensphasen

- Phase A („Kindes- und Jugendalter“): Keine Beiträge, positive Ausgaben
- Phase B („Erwerbstätigenalter“): Beiträge höher als die Ausgaben
- Phase C („Rentenalter“): Beiträge geringer als die Ausgaben

↳ Beitragsprofil:

- *Durchschnittliche* altersspezifische GKV-Beiträge *pro Versicherten*, die abhängen
  - vom durchschnittlichen GKV-Beitrag pro Mitglied und
  - von der durchschnittlichen Anzahl der Familienversicherten pro Mitglied
- Verlauf:
  - In Phase A keine Beiträge
  - In Phase B hohe und überwiegend mit dem Alter steigende Beiträge
  - In Phase C geringere und kaum altersabhängige Beiträge



## Zur künftigen Entwicklung der GKV im Status quo

### ↪ Ausgabenprofil:

- *Durchschnittliche* altersspezifische GKV-Ausgaben pro Versicherten
- Verlauf: Näherungsweise U-förmig, mit stärkerem Anstieg im höheren Alter

### ↪ Ergebnisse:

- Altersspezifische „Defizite“ in den Phasen A und C
- Altersspezifische „Überschüsse“ in der Phase B
- Die Länge der Phasen B und C kann auch durch die Politik beeinflusst werden

### ➤ Analyse der Veränderung der Finanzlage der GKV:

#### ↪ Weitere Voraussetzungen:

- Ebenso wie bei der Bevölkerung insgesamt verändere sich die Altersstruktur
  - der Mitglieder der GKV
  - der Familienversicherten der GKV
  - also auch der Versicherten der GKV



## Zur künftigen Entwicklung der GKV im Status quo

- Im Zeitverlauf wachsen mit der allgemeinen Steigerungsrate der Einkommen w:
  - Altersspezifische GKV-Beitragseinnahmen
    - » pro Mitglied
    - » also auch pro Versicherten
  - Altersspezifische GKV-Ausgaben pro Versicherten (zunächst)
- Später werden weitere Veränderungen des Ausgabenprofils berücksichtigt

↪ Demographische Alterung und medizinisch-technischer Fortschritt:

- Die demographische Alterung kann
  - aufgrund des Fortschritts zustande kommen
  - auch durch andere Faktoren bewirkt werden (z.B. durch verstärkte Prävention)
- Medizinisch-technischer Fortschritt kann
  - die Mortalität verringern und damit zu demographischer Alterung führen
  - auch Verbesserungen des Gesundheitszustands bewirken



## Zur künftigen Entwicklung der GKV im Status quo

### ↪ Effekte auf der Einnahmenseite:

- Effekt bei unverändertem Altersprofil der Beiträge pro Versicherten:
  - Die rein demographische Alterung bewirkt
    - » eine stärkere Besetzung der Altersklassen von Phase C relativ zu Phase B
    - » sonst keine weiteren Effekte
  - Der geringere GKV-Beitrag pro Versicherten
    - » beruht auf einem geringeren GKV-Beitrag pro Mitglied
    - » beruht auf einer geringeren Anzahl der Familienversicherten pro Mitglied
    - » geht darauf zurück, dass der erste Teileffekt überwiegt
  - Ergebnis:
    - » Der Beitrag pro Versicherten steigt mit einer *geringeren* Rate als w
    - » *Demographischer Finanzierungseffekt*
    - » Verschlechterung der Finanzlage der GKV



## Zur künftigen Entwicklung der GKV im Status quo

- Weitere mögliche Effekte:
  - Eine Verringerung der Anzahl der Erwerbspersonen relativ zur Bevölkerung
    - » führt zu einer Verknappung des Faktors Arbeit
    - » könnte daher eine Erhöhung der Entlohnung dieses Faktors bewirken
  - Infolgedessen käme es zu einer
    - » Erhöhung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied in Phase B
    - » Erhöhung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied auch in Phase C (aufgrund der Lohnanbindung der Renten)
    - » Erhöhung der altersspezifischen Beiträge je Mitglied in B und C
- Zwischenergebnis: Die demographische Alterung bewirkt
  - einen (eventuell abgeschwächten) demographischen Finanzierungseffekt
  - bei isolierter Betrachtung eine Verschlechterung der Finanzlage der GKV



## Zur künftigen Entwicklung der GKV im Status quo

### ↪ Effekte auf der Ausgabenseite:

- Effekte bei unverändertem Altersprofil der Ausgaben:
  - Die demographische Alterung bewirkt
    - » eine relativ stärkere Besetzung der höheren Altersstufen
    - » dass die Ausgaben pro Versicherten mit einer *höheren* Rate als  $w$  steigen
  - **Rein demographische Prognose** (→ Verschlechterung der Finanzlage der GKV)
- Medizinisch-technischer Fortschritt als Grundlage weiterer Effekte:
  - Insoweit dadurch die altersspezifische Mortalität verringert wird,
    - » findet demographische Alterung statt (höhere fernere Lebenserwartung)
    - » entstehen „neue Überlebende“ in diesen und ggf. in höheren Altersstufen
  - Mögliche Effekte auf die altersspezifischen Ausgaben pro Mitglied:
    - » *Direkte Effekte* (→ Behandlungskosten in der gleichen Altersstufe)
    - » *Indirekte Effekte* durch „neue Überlebende“ in höheren Altersstufen



## Zur künftigen Entwicklung der GKV im Status quo

- Medikalisierungs-These:
  - Vertreter: z.B. Gruenberg, Verbrugge, Krämer
  - „Neue Überlebende“
    - » verbringen die zusätzlichen Lebensjahre überwiegend in Krankheit
    - » bewirken eine höhere altersspezifische Morbidität
    - » benötigen daher überdurchschnittlich viele Gesundheitsleistungen
    - » verursachen höhere Gesundheitsausgaben als ihre Altersgenossen
  - Dieser These zufolge steigen die altersspezifischen Ausgaben pro Mitglied im Zeitverlauf insbesondere in den höheren Altersstufen an (Abb. 31)
  - Dann *unterschätzen* rein demographische Prognosen
    - » (i) die Entwicklung der Ausgaben
    - » (ii) die Verschlechterung der Finanzlage der GKV



## Zur künftigen Entwicklung der GKV im Status quo

- Kompressions-These:
  - Vertreter: z.B. Fries
  - „Neue Überlebende“
    - » verbringen die zusätzlichen Lebensjahre überwiegend in Gesundheit
    - » bewirken eine geringere altersspezifische Morbidität
    - » benötigen daher unterdurchschnittlich viele Gesundheitsleistungen
    - » verursachen geringere Gesundheitsausgaben als ihre Altersgenossen
  - Dieser These zufolge steigen die altersspezifischen Ausgaben pro Mitglied im Zeitverlauf insbesondere in den höheren Altersstufen an (Abb. 32)
  - Dann *überschätzen* rein demographische Prognosen
    - » (i) die Entwicklung der Ausgaben
    - » (ii) die Verschlechterung der Finanzlage der GKV



## Zur künftigen Entwicklung der GKV im Status quo

- Restlebenszeit-Effekt/Ansatz der Sterbekosten
  - Ausgangspunkt: Die altersspezifischen Gesundheitsausgaben sind
    - » für Überlebende in der Regel viel niedriger als für Verstorbene
    - » jeweils (nahezu) unabhängig vom Alter
  - Interpretation:
    - » Individuen nehmen aufwändige Gesundheitsleistungen primär in ihren letzten Lebensmonaten in Anspruch
    - » Nicht das Lebensalter, sondern die „Restlebenszeit“ (“time to death“, ttd) bestimmt somit die Höhe der Gesundheitsausgaben
  - Folgen:
    - » Die Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben pro Kopf geht primär auf den mit dem Alter steigenden Anteil der Verstorbenen zurück
    - » Die demographische Alterung per se bewirkt, dass die altersspezifischen Gesundheitsausgaben mit einer *geringeren* Rate als *w* steigen



---

## Literatur

**Arentz, C., Ulrich, V.**, Entwicklung des GKV-Beitragsatzes in mittlerer und langer Frist (2030/2060), Diskussionspapier 04-17, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Bayreuth

**Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T.** (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin 2009, Kap. 5

**Bowles, D., Greiner, W.**, Bevölkerungsentwicklung und Gesundheitsausgaben, Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (GGW), 12. Jahrgang (2012), S. 7-17

**Henke, K.-D., Reimers, L.**, Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, in: **Ulrich, V., Ried, W.** (Hrsg.), Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, Baden-Baden 2007, S. 735-753

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung**, Herausforderungen des demografischen Wandels. Expertise im Auftrag der Bundesregierung, Wiesbaden, Mai 2011, Kap. 2 und 6, [http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Expertisen/2011/expertise\\_2011-demografischer-wandel.pdf](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Expertisen/2011/expertise_2011-demografischer-wandel.pdf)

**Statistisches Bundesamt** (Hrsg.), Bevölkerung im Wandel. Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Pressekonferenz, Berlin, 02.12.2022



## Gesundheitsfonds: Ursprüngliche Variante

➤ Ursprüngliche Variante:

↳ Bezug: Jahre 2009 und 2010

↳ Einnahmen und Ausgaben des Fonds (Abb. 33):

- Einnahmen:

- Einkommensabhängige Beiträge der Mitglieder:

- » Im Zeitraum 01.01. – 30.06.2009 betrug der allgemeine (bzw. der ermäßigte) Beitragssatz 15,5 % (bzw. 14,9 %)

- » Im Zeitraum 01.07.2009 – 31.12.2010 belief sich der allgemeine (bzw. der ermäßigte) Beitragssatz auf 14,9 % (bzw. auf 14,3 %)

- Bundeszuschuss

- Ausgaben: Zuweisungen an die Krankenkassen

↳ Zusätzliche Finanzströme: Falls die Zuweisungen aus dem Fonds

- zu niedrig sind, müssen die Kassen Zusatzbeiträge erheben

- ihre Ausgaben übersteigen, können die Kassen Prämien zahlen



---

## Gesundheitsfonds: Ursprüngliche Variante

### ↪ Weitere Regelungen:

- (Monatlicher) Zusatzbeitrag:
  - Erhebung des Zusatzbeitrags pauschal *oder* einkommensabhängig
  - „Überforderungsregelung“ (Bezug auf ein Mitglied):
    - » Zusatzbeitrag  $\leq 1\%$  der beitragspflichtigen Einnahmen (bpE)
    - » Solange Zusatzbeitrag  $\leq 8\text{ €}$  erfüllt ist, gilt diese Obergrenze nicht
- In Grenzen variable Deckungsquote der Zuweisungen aus dem Fonds:
  - Deckungsquote: Anteil der Zuweisungen an den Gesamtausgaben der Kassen
  - Anpassung der Beitragssätze:
    - » Erhöhung, falls die Deckungsquote dauerhaft unter 95 % liegt
    - » Ermäßigung, falls die Deckungsquote deutlich über 100 % liegt
  - Im Zeitverlauf sind Erhöhungen der Beitragssätze zu erwarten



## Gesundheitsfonds: Ursprüngliche Variante

- Bei einer Deckungsquote unter 100 % und pauschalen Zusatzbeiträgen gilt:
  - Für die GKV kommt es zu einer Mischfinanzierung aus
    - » einkommensabhängigen Beiträgen und
    - » Pauschalen
  - Anteil der Pauschalen: Begrenzung (→Untergrenze für die Deckungsquote)

### ↪ Auswirkungen:

- Unmittelbare Effekte der Einführung:
  - Zuweisungen an die Krankenkassen:
    - » Insgesamt *keine* Veränderung, da nur Umstellung der Finanzierung
    - » Andere Verteilung auf die Kassen aufgrund der Anpassung des RSA
  - Verbesserter finanzieller Anreiz für Mitglieder zum Kassenwechsel:
    - » Arbeitgeber-Beitragssatz unabhängig von der Kasse des Arbeitnehmers
    - » Änderungen des Zusatzbeitrags bzw. der Prämie trägt das Mitglied allein



## Gesundheitsfonds: Ursprüngliche Variante

- Problematik der Überforderungsregelung:
  - Für eine Krankenkasse gelte (jeweils pro Monat):
    - » Zuweisungen aus dem Fonds: 300 € pro Mitglied
    - » Ausgaben pro Mitglied: 312,50 €
    - » Durchschnittliche bpE der Mitglieder: 2.000 €
    - » Einige Mitglieder haben bpE von 1.000 €
  - Folgen:
    - » Der rechnerische Zusatzbeitrag pro Mitglied beträgt 12,50 €
    - » Dies entspricht 5/8 % der bpE pro Mitglied
    - » Mitglieder mit geringen bpE zahlen nur Zusatzbeitrag von 10,- €
    - » Der Zusatzbeitrag der Kasse muss größer als 12,50 € ausfallen
  - Ergebnis: Gefahr eines verzerrten Wettbewerbs unter den Kassen



---

## Gesundheitsfonds: Variante 2011-2014

➤ Variante 2011 – 2014:

↳ Funktionsweise (Abb. 34):

- Einnahmen des Gesundheitsfonds:
  - Einkommensabhängige Beiträge der Mitglieder: *Dauerhafte Festschreibung*
    - » des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 %
    - » des Beitragssatzes für Arbeitgeber bzw. Rentenversicherer auf 7,3 %
    - » des Beitragssatzes für Arbeitnehmer bzw. Rentner auf 8,2 %
  - Der Bundeszuschuss umfasst nun auch die Finanzierung eines Sozialausgleichs
- Ausgaben des Gesundheitsfonds: Zuweisungen an die Krankenkassen
- Einnahmen der Krankenkassen:
  - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds
  - Zusatzbeiträge in Höhe von (durchschnittlich) DZB pro Mitglied
- Ausgaben der Krankenkassen: Finanzierung von Gesundheitsleistungen



## Gesundheitsfonds: Variante 2011-2014

↪ Finanzströme zwischen den einzelnen Kassen und ihren Mitgliedern (Abb. 35):

- Wenn  $DZB = 0$  gilt und die Zuweisungen einer Kasse  $i$  aus dem Fonds
  - zu niedrig sind, muss sie einen Zusatzbeitrag  $ZB_i$  erheben
  - ihre Ausgaben übersteigen, kann sie eine Prämie zahlen
- Wenn  $DZB > 0$  gilt und die Zuweisungen einer Kasse  $i$  aus dem Fonds
  - niedrig sind, muss sie einen höheren  $ZB_i$  als  $DZB$  erheben
  - hoch sind, reicht ein geringerer  $ZB_i$  als  $DZB$

↪ Neuregelung des Zusatzbeitrags:

- Der Zusatzbeitrag
  - wird pauschal erhoben
  - ist stets in voller Höhe zu entrichten
- Ergänzung durch einen Sozialausgleich:
  - Bezug auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag *pro Monat* ( $DZB$ ) in der GKV



## Gesundheitsfonds: Variante 2011-2014

- Ermittlung von DZB als Quotient folgender Größen:
  - » Differenz aus Ausgaben der Krankenkassen und Einnahmen (jeweils voraussichtlich) des Gesundheitsfonds (Bezug: Nächstes Jahr)
  - » Mitglieder, die den Beitrag zu entrichten haben, multipliziert mit 12
- Festlegung von DZB für ein Jahr durch das Bundesversicherungsamt
- Sozialausgleich, wenn  $DZB > 2\%$  der bpE eines Mitglieds (*Belastungsgrenze*)
- Einfluss auf die Zuweisung des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen (RSA):
  - Kürzung der monatlichen Zuweisungen je Mitglied um DZB
  - Die *bisher betrachteten* Zuweisungen sind somit *Brutto*-Zuweisungen

↪ Funktionsweise des Sozialausgleichs:

- Durchführung (Abb. 36):
  - Das Mitglied entrichtet den von seiner Kasse erhobenen Zusatzbeitrag
  - In speziellen Fällen führen Andere (z.B. die Kassen) den Sozialausgleich durch



## Gesundheitsfonds: Variante 2011-2014

- Im Normalfall gilt: Der Arbeitgeber (bzw. Rentenversicherungsträger)
  - » kürzt den Beitrag des Arbeitnehmers (bzw. Rentners) an den Gesundheitsfonds um die Differenz aus DZB und der Belastungsgrenze
  - » zahlt diese Differenz als *zusätzlichen* Nettolohn (bzw. Nettorente) aus
- Der Bund
  - » ersetzt den Einnahmeausfall des Gesundheitsfonds aus Steuermitteln
  - » leistet im Umfang des Sozialausgleichs einen *zusätzlichen* Zuschuss
- Beispiel:
  - Der *durchschnittliche* Zusatzbeitrag DZB betrage 25 €
  - Ein nichtselbständig beschäftigtes Pflichtmitglied einer Kasse A, das über beitragspflichtige Einnahmen in Höhe von 1.000 € verfügt,
    - » entrichtet den Zusatzbeitrag *seiner Kasse*  $ZB_A$  in voller Höhe
    - » erhält von seinem Arbeitgeber 5 € als *zusätzlichen* Nettolohn ausgezahlt



## Gesundheitsfonds: Variante 2011-2014

- Der Gesundheitsfonds
    - » „verliert“ dadurch Beiträge im Umfang von 5 €
    - » hat einen Anspruch auf zusätzliche Bundesmittel in gleicher Höhe
  - Falls
    - »  $ZB_A > 25 \text{ €}$  gilt, muss das Mitglied die Differenz selbst tragen
    - »  $ZB_A < 25 \text{ €}$  gilt, hat das Mitglied in Höhe der Differenz einen Vorteil
  - In den Jahren 2013 und 2014 betrug DZB jeweils 0 €
- ↪ Folgen der dauerhaft festen Beitragssätze zum Gesundheitsfonds:
- Im Zeitablauf würde der DZB voraussichtlich
    - positiv werden und weiter ansteigen
    - auch relativ zu den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder steigen
  - Gründe?
  - Was bedeutet das für die künftige Finanzierung der GKV?



## Gesundheitsfonds: Variante 2011-2014

- Ein Beispiel:
  - Bezug: Jahr, in dem die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds **deutlich** unter den voraussichtlichen Ausgaben der Kassen liegen
  - Der durchschnittliche Zusatzbeitrag betrage 40 €
  - Sozialausgleich:
    - » Betrifft alle Mitglieder mit bpE unter 2.000 €
    - » Die Kürzung des Beitrags an den Gesundheitsfonds fällt umso höher aus, je geringer die bpE eines Mitglieds
  - Die relative Belastung *aufgrund des durchschnittlichen Zusatzbeitrags DZB*
    - » ist für Mitglieder mit bpE bis 2.000 € konstant
    - » fällt ansonsten umso geringer aus, je höher die bpE eines Mitglieds
  - Eine Erhöhung von DZB führt dazu, dass mehr Mitglieder
    - » vom Sozialausgleich betroffen sind
    - » einen vollständig einkommensabhängigen Beitrag zu tragen haben



## Gesundheitsfonds: Variante 2011-2014

- ↪ Mittelfristig würde die Finanzierung der GKV somit drei Arten von Zahlungen umfassen:
- *Einkommensabhängige* Zahlungen:
    - Beiträge zum Gesundheitsfonds
    - Zusatzbeiträge von Mitgliedern, die die Belastungsgrenze erreicht haben
  - *Pauschale* Zahlungen: Zusatzbeiträge von Mitgliedern, bei denen
    - DZB unter der Belastungsgrenze liegt
    - die Kasse einen höheren Zusatzbeitrag als DZB erhebt
  - *Bundesmittel*:
    - Regulärer Bundeszuschuss
    - Zusätzlicher Bundeszuschuss zur Finanzierung des Sozialausgleichs
  - Wenn DZB bei 2 % der maximalen beitragspflichtigen Einnahmen oder höher liegt,
    - ist die darauf beruhende Belastung für kein Mitglied mehr pauschal
    - werden weitere relative Erhöhungen ausschließlich über einen höheren Bundeszuschuss aufgrund des Sozialausgleichs finanziert



## Gesundheitsfonds: Neuregelung ab 2015

- Neuregelung des Gesundheitsfonds ab 2015 (Abb. 37):
  - ↳ Veränderung des allgemeinen Beitragssatzes:
    - Absenkung um 0,9 Beitragssatzpunkte
    - Paritätische Tragung des verbleibenden Satzes von 14,6 %, d.h. je 7,3 %
      - tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer
      - tragen Rentenversicherungsträger und Rentner
    - Dauerhafte Festschreibung wird beibehalten
  - ↳ Folgen für die Finanzlage des Gesundheitsfonds:
    - Beitragseinnahmen < Brutto-Zuweisungen (Morbi-RSA) an die Krankenkassen
    - BVA ermittelt einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz ( $\emptyset$ ZBS)
    - $\emptyset$ ZBS als Quotient
      - aus der Differenz Ausgaben GKV – Beitragseinnahmen des G-Fonds
      - und den beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder ( $BE_{GKV}$ ) x 12
    - $\emptyset$ ZBS vorab zum 01.11. des Vorjahres



## Gesundheitsfonds: Neuregelung ab 2015

- ↪ Korrektur der Brutto-Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen:
  - Mitgliederbezogene Kürzung: Verringerung jeweils um das Produkt aus
    - dem ØZBS,
    - den durchschnittlichen bpE je Mitglied *der GKV* ( $BE_{GKV}/M$ ) *und*
    - der Anzahl der Mitglieder einer Krankenkasse
  - Saldo: *Netto*-Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen
- ↪ Zwischenergebnis: Die Korrektur der Zuweisungen des Gesundheitsfonds
  - verschlechtert die Finanzlage jeder Kasse um einen festen Betrag pro Mitglied
  - ist somit unabhängig von der Mitglieder- bzw. Versichertenstruktur
- ↪ Von den Mitgliedern einer Kasse gezahlte Zusatzbeiträge:
  - Grundlage: Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz ( $ZBS_i$ )
  - Wesentliche Kennzeichen:
    - Einkommensabhängig
    - Zusatzbeiträge werden vollständig an den *Einkommensausgleich* geleitet



## Gesundheitsfonds: Neuregelung ab 2015

- Die Kasse erhält Zahlungen aus dem Einkommensausgleich
- Wenn die Kasse ihren Zusatzbeitragssatz erhöht,
  - erhält sie zusätzliche Zahlungen aus dem Einkommensausgleich
  - ist sie verpflichtet,
    - » ihren Mitgliedern ein Sonderkündigungsrecht einzuräumen
    - » ihre Mitglieder über ØZBS zu informieren
    - » ihre Mitglieder über die ZBS<sub>i</sub> zu informieren (Übersicht GKV-Spitzenverb.)

↪ Wie funktioniert der Einkommensausgleich?

- Einnahmen: Von den Mitgliedern gezahlte Zusatzbeiträge
- Ausgaben: Zahlung des Gesundheitsfonds an eine Krankenkasse als Produkt aus
  - den durchschnittlichen bpE je Mitglied der GKV ( $BE_{GKV}/M$ ),
  - dem Zusatzbeitragssatz der Kasse (ZBS<sub>i</sub>) *und*
  - der Anzahl ihrer Mitglieder (M<sub>i</sub>)



## Gesundheitsfonds: Neuregelung ab 2015

- Ein positiver Saldo Einnahmen – Ausgaben
  - erhöht die Reserven des Gesundheitsfonds
  - entsteht, wenn z.B. Kassen mit hohen bpE je Mitglied höhere ZBS erheben
- Ein negativer Saldo Einnahmen – Ausgaben
  - verringert die Reserven des Gesundheitsfonds
  - entsteht, wenn z.B. Kassen mit geringen bpE je Mitglied höhere ZBS erheben
- Einkommensausgleich 2022:
  - Einnahmen des Gesundheitsfonds aus Zusatzbeiträgen: ca. 21,76 Mrd. €
  - Zahlungen an die Krankenkassen: ca. 21,53 Mrd. €
- Der Einkommensausgleich für die Zusatzbeiträge bewirkt, dass
  - eine Kasse so gestellt wird, als hätten ihre Mitglieder pro Kopf gerade bpE in Höhe von  $BE_{GKV}/M$
  - ihre Einnahmen aus Zusatzbeiträgen nicht von der Mitgliederstruktur abhängen



## Gesundheitsfonds: Neuregelung ab 2015

### ↪ Ergebnisse:

- Die Neuregelung der Finanzierung des Gesundheitsfonds
  - betrifft eine Krankenkasse in zweifacher Hinsicht, wobei ihre Mitglieder- bzw. Versichertenstruktur jeweils keine Rolle spielt
  - wirkt sich somit nicht auf den Wettbewerb unter den Krankenkassen aus
  - benötigt keinen Sozialausgleich mehr:
    - » Geringerer administrativer Aufwand
    - » Finanzlage der GKV weniger abhängig von der Finanzlage des Bundes
- Die Wettbewerbsposition einer Krankenkasse  $i$ 
  - erscheint günstig, wenn für sie  $ZBS_i < \bar{ZBS}$  gilt
  - erscheint ungünstig, wenn für sie  $ZBS_i > \bar{ZBS}$  gilt

### ↪ Tragung der Zusatzbeiträge:

- 2015 – 2018: Alleine durch die Mitglieder
- Seit 01.01.2019: Tragung wie bei den allgemeinen Beiträgen



## Beurteilung der Wettbewerbsposition einer Kasse

- Wettbewerbsposition einer Krankenkasse  $i$  im Morbi-RSA:
  - ↪ Annahme: Keine Unterschiede im Leistungsangebot der Krankenkassen
  - ↪ Beurteilung der Wettbewerbsposition
    - als günstig, wenn  $ZBS_i < \bar{ZBS}$  gilt
    - als ungünstig, wenn  $ZBS_i > \bar{ZBS}$  gilt
  - ↪ Für eine Kasse  $i$  stimmen folgende Größen überein:
    - Tatsächliche Ausgaben
    - Netto-Zuweisungen des G-Fonds + Einnahmen aus dem Einkommensausgleich
  - ↪ Wann gilt  $ZBS_i < \bar{ZBS}$ ?
    - Für die GKV stimmen folgende Größen überein:
      - Tatsächliche Ausgaben
      - Brutto-Zuweisungen des Gesundheitsfonds
    - Grund: Mitgliederbezogene Kürzungen = Einnahmen aufgrund von  $\bar{ZBS}$

## Beurteilung der Wettbewerbsposition einer Kasse

- Ferner gilt für eine Kasse  $i$ :
  - Mitgliederbezogene Kürzungen  $>$  Einnahmen aus dem Einkommensausgleich
  - Grund:  $\emptyset ZBS > ZBS_i$
- Daraus folgt:
  - Tatsächliche Ausgaben  $<$  Brutto-Zuweisungen des Gesundheitswesens
  - Wenn die Risikostruktur von Kasse  $i$  gemäß Morbi-RSA berücksichtigt wird,
    - » liegen ihre tatsächlichen Ausgaben unter dem GKV-Durchschnitt
    - » fallen ihre tatsächlichen Ausgaben *relativ* niedrig aus

↪ Ebenso gilt für eine Kasse  $i$  mit  $ZBS_i > \emptyset ZBS$ :

- Mitgliederbezogene Kürzungen  $<$  Einnahmen aus dem Einkommensausgleich
- Tatsächliche Ausgaben  $>$  Brutto-Zuweisungen des Gesundheitswesens
- Wenn die Risikostruktur von Kasse  $i$  gemäß Morbi-RSA berücksichtigt wird,
  - liegen ihre tatsächlichen Ausgaben über dem GKV-Durchschnitt
  - fallen ihre tatsächlichen Ausgaben *relativ* hoch aus



---

## Literatur

**Bundesversicherungsamt**, Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich, in: Bundesversicherungsamt (Hrsg.), Tätigkeitsbericht 2017, S. 90-93 und S. 101-102, im Internet unter <https://www.bundesversicherungsamt.de/service/publikationen.html>

**Bundesamt für Soziale Sicherung**, Weitere GKV-Ausgleichs- und Finanzierungsverfahren, in: Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.), Tätigkeitsbericht 2022, S. 91-93, im Internet unter [https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine\\_dokumente/Taetigkeitsbericht\\_2022.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Taetigkeitsbericht_2022.pdf)

**Fetzer, S., Hagist, C.**, Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag in der GKV: Verteilungs- und Anreizwirkungen, Wirtschaftsdienst, Heft 3/2014, S. 203-209

**Jacobs, K., Wasem, J.**, Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft?, Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (GGW), 13. Jahrgang (2013), S. 15-22

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Sondergutachten 2012), Kap. 8

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung**, Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland (Jahresgutachten 2012/13), Kap. 7.I.2



## Finanzierungsalternativen der GKV

- Ergebnisse der Analyse der GKV im Status quo:
  - ↪ Ohne Maßnahmen würde sich die Finanzlage der GKV künftig verschlechtern
  - ↪ Ohne eine Reform käme es zu – deutlichen – Erhöhungen von ØZBS
- Reformen der GKV zur Verbesserung der künftigen Finanzlage:
  - ↪ Welche Optionen gibt es?
  - ↪ Wie sind diese zu bewerten?
- Optionen zur „Erhöhung der Beiträge“:
  - ↪ Eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes
    - wäre sehr ergiebig (Bezug: Jahr 2022):
      - Ein Beitragssatzpunkt ergäbe zusätzliche Einnahmen in Höhe von 15,8 Mrd. €
      - Quelle: Daten des Gesundheitswesens 2022, S. 145
    - wäre problematisch, da aufgrund der Effekte auf Brutto- und Nettolohn
      - die Bereitschaft der Mitglieder, Arbeit anzubieten, verringert würde
      - die Bereitschaft der Unternehmen, Arbeit nachzufragen, verringert würde



## Finanzierungsalternativen der GKV

- ist derzeit aufgrund gesetzlicher Vorgaben ohnehin nicht vorgesehen
- ↳ Eine Erhöhung von ØZBS bzw. der Zusatzbeitragssätze
  - ist das Instrument, mit dem die GKV ihre Finanzlage verbessern kann und soll
  - weist indessen ebenfalls Nachteile auf
- ↳ Gibt es attraktivere Finanzierungsmöglichkeiten?
- Kriterien zur Beurteilung von Optionen:
  - ↳ Fiskalische Ergiebigkeit: In welchem Umfang
    - werden künftige Ausgaben verringert
    - werden künftige Einnahmen erhöht?
  - ↳ Weitere Aspekte:
    - Effizienz
      - Wie verändert sich die Absicherung des finanziellen Krankheitsrisikos?
      - Welche Anreizeffekte sind damit verbunden?

## Finanzierungsalternativen der GKV

- Solidarprinzip: Wie verändert sich dessen Geltungsbereich
  - bei der Finanzierung durch die derzeitigen Mitglieder?
  - in Bezug auf die Bevölkerung insgesamt?
- Finanzierungsalternativen (Abb. 38):
  - ↳ Einnahmeseitige Finanzierungsalternativen:
    - Kennzeichen: Diese führen *primär* zu einer Erhöhung der Einnahmen der GKV
    - Option 1a: Neueinstellung der Parameter der Beitragsfinanzierung, z.B. durch
      - eine Erhöhung von BBG und/oder VPG
      - eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage:
        - » Berücksichtigung zusätzlicher Einkünfte bei Pflichtversicherten
        - » Bezug auf bestehende Mitglieder(-gruppen) der GKV
    - Option 1b: Erweiterung des Versichertenkreises:
      - Verbreiterung der Bemessungsgrundlage „der GKV“
      - Maßnahme beeinflusst auch die Ausgabenseite der GKV



## Finanzierungsalternativen der GKV

### ↪ Ausgabeseitige Finanzierungsalternativen:

- Kennzeichen: Diese verringern *primär* die Ausgaben der GKV
- Option 2: Finanzielle Einschränkung des Leistungsanspruchs
  - Leistungsanspruch der Versicherten bleibt grundsätzlich erhalten
  - Einschränkung durch (höhere) Zuzahlung
- Option 3: Einschränkung des (Pflicht-)Leistungskatalogs
  - Streichung des (gesetzlichen) Leistungsanspruchs
  - Entspricht der Einführung einer Zuzahlung in Höhe von 100 %

### ↪ Weitere Finanzierungsmöglichkeiten:

- Option 4: Verlagerung
  - auf andere Ausgabenträger innerhalb der Sozialversicherung
  - auf den allgemeinen (Bundes-)Haushalt
- Option 5: Neuordnung des Solidarausgleichs in der Krankenversicherung



## Finanzierungsalternativen der GKV

➤ Weitere Unterscheidung:

↳ *Adaptive* Reformen der GKV-Finanzierung:

- Zentrale Prinzipien werden beibehalten:
  - Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip
  - Keine wesentliche Änderung der Versichertenstruktur:
    - » Pflichtversicherung bestimmter Bevölkerungsteile
    - » Möglichkeit der freiwilligen (Weiter-)Versicherung
  - Die Struktur des Marktes für Krankenversicherung bleibt erhalten:
    - » Fortbestand der PKV als Anbieter von Vollversicherung
    - » Eingeschränkter Wettbewerb zwischen PKV und GKV
- Analyse ausgewählter Maßnahmen in diesem Kapitel (Optionen 1, 2 und 3)

↳ *Grundlegende* Reformen der GKV-Finanzierung:

- Abkehr von zentralen Prinzipien der GKV
- Analyse ausgewählter Vorschläge im nächsten Kapitel (Option 5)



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Modell zur Analyse der Wirkungen einzelner Finanzierungsalternativen:
  - ↳ Voraussetzungen:
    - Es werden Individuen betrachtet, die
      - grundsätzlich zwei Perioden lang leben (kein Mortalitätsrisiko)
      - z.B. als Mitglieder von Generation  $t$ 
        - » in Periode  $t$  (in „jungen Jahren“) erwerbstätig sind
        - » sich in der nächsten Periode  $t+1$  (im „Alter“) im Ruhestand befinden
    - Es existieren zwei Arten der Krankenversicherung:
      - Private Krankenversicherung (private KV):
        - » Versicherungsmathematisch faire Prämie (individuelles Äquivalenzprinzip)
        - » Bezug: Erwartete Ausgaben in der gesamten (Rest-)Lebenszeit
      - Soziale Krankenversicherung (soziale KV):
        - » Die Finanzierung erfolgt nach dem Solidarprinzip
        - » Beitragsbemessungsgrenze (BBG) und Versicherungspflichtgrenze (VPG)



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Identische Leistungen, keine Zuzahlungen (Vollversicherung)
- *Erwartete* Ausgaben für Gesundheitsleistungen für ein Individuum:
  - Beschreibung des finanziellen Krankheitsrisikos durch eine Indikatorvariable  $s$ ,
    - » deren Ausprägung stets positiv ist und in einem Intervall liegt
    - » bei der ein höherer Wert stets höhere erwartete Ausgaben anzeigt
  - Private Krankenversicherung: Im Vergleich zur sozialen Krankenversicherung
    - » ist die Vergütung teilweise höher (z.B. für ärztliche Leistungen)
    - » bewirkt ein Individuum dort stets höhere erwartete Ausgaben
- Einkommen der Individuen einer Generation  $t$ :
  - Das in jungen Jahren *erwirtschaftete Einkommen*  $y_t$ 
    - » liegt in einem abgeschlossenen Intervall
    - » kann sowohl kleiner als auch größer als die aktuelle VPG sein



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Im Alter wird ein *Transfereinkommen* bezogen, das
  - » umso größer ist, je größer das früher erwirtschaftete Einkommen war
  - » stets unter der aktuellen BBG liegt
- Ferner:
  - Individuen entscheiden sich stets in jungen Jahren für eine Form der KV
  - Rolle der  $VPG_t$ : Individuen der Generation  $t$ ,
    - » für die  $y_t \leq VPG_t$  gilt, sind Pflichtmitglieder der sozialen KV
    - » für die  $y_t > VPG_t$  gilt, können sich anderweitig absichern
  - In jeder Periode stimmen BBG und VPG überein
  - Im Zeitverlauf
    - » wächst die Bevölkerung nicht
    - » wachsen die erwirtschafteten Einkommen mit einer festen Rate  $w$
    - » wachsen BBG und VPG ebenfalls mit der Rate  $w$



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Der Zinssatz  $i$  für sichere Anlagen ist positiv und erfüllt  $i > w$

↳ Folgerungen:

- In jeder Periode  $t$  leben zwei Generationen:
  - Mitglieder von Generation  $t$  („Junge“)
  - Mitglieder von Generation  $t - 1$  („Alte“)
- Ein Individuum einer Generation  $t$ 
  - kann über den Lebenszyklus hinweg identifiziert werden
    - » durch sein finanzielles Krankheitsrisiko und
    - » durch seine Einkommen
  - wird durch die Ausprägungen  $(s, y_t)$  vollständig beschrieben
- Individuen einer Generation  $t$ , die  $y_t > VPG_t$  erfüllen,
  - entscheiden sich für die günstigere Art der Krankenversicherung (bei welcher der Barwert der zu leistenden Zahlungen geringer ausfällt)
  - treffen ihre Entscheidung in Abhängigkeit von  $s$



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Individuen einer Generation  $t$ , die  $y_t > VPG_t$  erfüllen und gerade indifferent zwischen beiden Arten der Krankenversicherung sind,
  - weisen einen *kritischen Wert*  $s_t(y_t)$  der Indikatorvariablen auf, wobei
    - » für  $s > s_t(y_t)$ , gegeben  $y_t$ , die soziale Krankenversicherung vorteilhaft ist
    - » für  $s < s_t(y_t)$ , gegeben  $y_t$ , die private Krankenversicherung vorteilhaft ist
    - » ein höheres  $y_t$  auch  $s_t(y_t)$  erhöht, wenn  $s$  noch nicht maximal ist
  - entscheiden sich für die soziale Krankenversicherung

### ↪ Stationäre Zustände:

- Ein stationärer Zustand bezüglich der Krankenversicherung liegt vor, wenn
  - die Verteilung der Bevölkerung auf die private und die soziale Krankenversicherung „im Zeitablauf konstant“ bleibt
  - unter anderem die Bedingungen  $s_{t+1}(y_{t+1}) = s_t(y_t)$  erfüllt sind
    - » für  $y_{t+1} = (1+w) \cdot y_t$  sowie
    - » für beliebige  $y_t > VPG_t$  und beliebiges  $t$



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Annahme: Für  $y_t > VPG_t$ 
  - liegt  $s_t(y_t)$  stets zwischen dem minimalen und dem maximalen Wert
  - entscheiden sich stets einige Individuen für die soziale Krankenversicherung und einige für die private Krankenversicherung
- Graphische Analyse (Abb. 39):
  - Die Darstellung zeigt die
    - » Verteilung einer Generation auf die beiden Krankenversicherungstypen
    - » Struktur der Krankenversicherung
  - Die Individuen einer Generation  $t$ 
    - » sind für  $y_t \leq VPG_t$  Pflichtmitglieder in der sozialen KV
    - » wählen für  $y_t > VPG_t$  und  $s < s_t(y_t)$  die private KV
    - » sind für  $y_t > VPG_t$  und  $s \geq s_t(y_t)$  freiwillige Mitglieder der sozialen KV
  - Für die folgende Generation  $t+1$  gilt dieselbe Struktur, wenn man das Wachstum der erwirtschafteten Einkommen berücksichtigt



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

➤ Zu unterscheiden:

↳ Kurz- und langfristige Effekte bei Änderungen des Pflichtversichertenkreises:

- Bezug: Anhebungen der VPG (über die Fortschreibung mit der Rate  $w$  hinaus)
- Kurzfristig wird die Maßnahme nicht wirksam:
  - Individuen, die zu Beginn derjenigen Periode, in der die Änderung erfolgt, die private KV gewählt hätten, dürfen diese Option weiterhin wählen
  - „Vertrauensschutz“
- Langfristig: Ab der nächsten Periode wird die Anhebung der VPG wirksam

↳ Veränderungen der Finanzlage aufgrund von

- Änderungen der Mitgliederstruktur in der sozialen KV:
  - Gleiches Vorzeichen der Effekte auf Einnahmen und Ausgaben
  - Saldo unklar *in der Nähe der Trennlinie* zwischen privater und sozialer KV
- Veränderungen der Beiträge: Im Vorzeichen jeweils eindeutig bestimmt



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

➤ (Isolierte) Anhebung der VPG (Abb. 40):

↪ Einige Individuen, die ansonsten die private KV gewählt hätten, werden nun versicherungspflichtig (Fläche 1)

↪ Kurzfristige Effekte:

- Die o.a. Individuen wählen „weiterhin“ die private KV (Vertrauensschutz)
- Keine Veränderung der Finanzlage der sozialen KV

↪ Langfristige Effekte:

- Neue Pflichtmitglieder der sozialen KV (Flächen 1 und 2)
- Keine Veränderung der Finanzlage aufgrund der durch Fläche 2 bezeichneten Individuen, da bei diesen lediglich die Art der Mitgliedschaft wechselt
- Die durch Fläche 1 bezeichneten Individuen
  - sorgen für zusätzliche Einnahmen und verursachen zusätzliche Ausgaben
  - bewirken per Saldo vermutlich eine Entlastung der Finanzlage
- Ausweitung des Solidarprinzips in der Krankenversicherung



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- (Isolierte) Anhebung der BBG (Abb. 41):
  - ↳ Für Individuen von Generation  $t$  mit  $y_t > VPG_t$ 
    - ist die soziale KV nun weniger attraktiv, d.h.  $s_t(y_t)$  wird größer
    - fällt die Erhöhung von  $s_t(y_t)$  aufgrund der einkommensbezogenen Finanzierung
      - für  $y_t \in [BBG_t, BBG_t^2]$  umso höher aus, je höher  $y_t$  ist
      - für  $y_t > BBG_t^2$  jeweils identisch, d.h. maximal, aus
  - ↳ Daraus folgt:
    - Individuen, die in der Ausgangslage die private KV gewählt hätten, bleiben dabei
    - Einige Individuen wählen nun anstelle der sozialen die private KV
  - ↳ Fiskalische Effekte für die soziale KV:
    - Höhere Beiträge von den („nach wie vor“) freiwillig versicherten Individuen
    - Effekt aufgrund der Abwanderung in die private KV allgemein unbestimmt
  - ↳ Geringere Bedeutung des Solidarprinzips in der Krankenversicherung

## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (Abb. 42):
  - ↪ Die Maßnahme
    - stellt keine Finanzierungsalternative dar
    - dient lediglich zur Beurteilung der Effekte der übrigen Maßnahmen
  - ↪ Für Individuen von Generation  $t$  mit  $y_t > VPG_t$ 
    - ist die soziale KV nun weniger attraktiv, d.h.  $s_t(y_t)$  wird größer
    - fällt die Erhöhung von  $s_t(y_t)$  umso größer aus, je höher  $y_t$
  - ↪ Fiskalische Effekte:
    - Höhere Beiträge
      - von allen Pflichtmitgliedern der sozialen KV
      - von den „verbleibenden“ freiwilligen Mitgliedern der sozialen KV
    - Effekt aufgrund der Abwanderung in die private KV allgemein unbestimmt (Fläche 1)
  - ↪ Geringere Bedeutung des Solidarprinzips in der Krankenversicherung

## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Gemeinsame Erhöhung von BBG und VPG (Abb. 43):
  - ↪ Für Individuen einer Generation  $t$  mit  $y_t > \text{BBG}_t^0$ 
    - ist die soziale KV nun weniger attraktiv, d.h.  $s_t(y_t)$  wird größer
    - fällt die Erhöhung von  $s_t(y_t)$  aufgrund der einkommensbezogenen Finanzierung
      - für  $y_t \in [\text{BBG}_t^0, \text{BBG}_t^1]$  umso höher aus, je höher  $y_t$  ist
      - für  $y_t > \text{BBG}_t^1$  jeweils identisch, d.h. maximal, aus
  - ↪ Wer wandert in die private Krankenversicherung ab?
    - Kurzfristig auch *einige* Individuen, die  $\text{BBG}_t^0 < y_t < \text{BBG}_t^1$  erfüllen (Fläche 2)
    - Kurz- *und* langfristig nur Individuen, die  $y_t > \text{BBG}_t^1$  erfüllen und für die eine freiwillige Versicherung in der sozialen KV nun ungünstiger als die private KV ist (Fläche 3)
  - ↪ Fiskalische Effekte bei der sozialen KV:
    - Kurzfristig:
      - Höhere Beiträge von denjenigen Mitgliedern, für die  $y_t > \text{BBG}_t^0$  gilt
      - Allgemein unbestimmter Effekt durch die Abwanderung zur privaten KV

## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Langfristig (im Vergleich zur kurzen Frist):
    - Höhere Einnahmen und Ausgaben für „neue“ Pflichtmitglieder (Flächen 1 und 2)
    - Per Saldo überwiegt vermutlich der Einnahmeneffekt
  - Insgesamt:
    - Höhere Beiträge von Mitgliedern, die
      - » *nun* Pflichtmitglieder sind (Fläche 2 und Fläche 4, soweit  $y_t < \text{BBG}_t^1$  gilt)
      - » weiterhin freiwillig versichert sind (Fläche 4 für  $y_t > \text{BBG}_t^1$ )
    - Per Saldo allgemein unbestimmte Effekte aufgrund der
      - » Abwanderung in die private Krankenversicherung (Fläche 3)
      - » erzwungenen „Zuwanderung“ von ansonsten privat Versicherten (Fläche 1)
- ↪ Effekte auf die Reichweite des Solidarprinzips in der Krankenversicherung:
- Im Bereich  $\text{BBG}_t^0 < y_t < \text{BBG}_t^1$  wird der Versichertenkreis größer
  - Im Bereich  $y_t > \text{BBG}_t^1$  geht die Bedeutung der sozialen KV zurück



## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

- Neuregelung der Beitragsbemessung bei Ehepaaren:
  - ↳ Reformvorschlag „negatives Ehegatten-Splitting“:
    - Von der Summe der bpE wird jedem Ehegatten die Hälfte zugewiesen
    - Im Folgenden: Veranschaulichung am Beispiel von Arbeitsentgelten
    - Anwendung des Beitragssatzes bis zur BBG:
      - Für Arbeitnehmer gilt 7,3 % bzw. 7,0 %, für Rentner gilt 7,3 %
      - Jeweils zuzüglich des halben kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes
  - ↳ Varianten: Anwendung
    - allgemein, d.h. bei sämtlichen Ehepaaren
    - nur bei Ehepaaren, die keine Kinder erziehen (oder: erzogen haben)
  - ↳ Beispiel:
    - Zwei Ehepaare A und B
      - Ehepaar A: Ein Arbeitsentgelt in Höhe der doppelten BBG
      - Ehepaar B: Zwei Arbeitsentgelte, jeweils in Höhe der BBG



---

## Einnahmeseitige Finanzierungsformen

### ↪ Effekte:

- Keine Veränderung der Beitragszahlung bei Ehepaaren, bei denen
  - das Arbeitsentgelt jeweils nicht über der BBG liegt
  - jeder Ehegatte ein Arbeitsentgelt mindestens in Höhe der BBG erzielt
- Wenn sie in der GKV bleiben, würden die übrigen Ehepaare
  - bei der allgemeinen Variante ohne Ausnahme höher belastet
  - ansonsten belastet, wenn kein die Anwendung ausschließender Grund vorliegt

### ↪ Fiskalische Effekte:

- Zusätzliche Beiträge, falls die Mitgliedschaft in der GKV beibehalten wird
- Per Saldo unbestimmter Effekt aufgrund (vereinzelter) Abwanderung aus der GKV

### ↪ Weitere Effekte:

- Verbesserung der Beitragsgerechtigkeit bei Ehepaaren
- Ungleichbehandlung von Ehepaaren und nichtehelichen Lebensgemeinschaften



## Ausgabeseitige Finanzierungsformen

- Finanzielle Einschränkung des Leistungsanspruchs:
  - ↳ Instrument: (Erhöhung von) Zuzahlungen
  - ↳ Kennzeichen: Zuzahlung als Zahlung des *Versicherten*,
    - die bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu entrichten ist
    - die zusammen mit einer Zahlung des Versicherers die Leistung finanziert
  - ↳ Terminologie:
    - Selbstbeteiligung als Synonym
    - Selbstbehalt: Absolute (in Geldeinheiten festgelegte), ggf. maximale Zuzahlung
  - ↳ Beispiele in der GKV (Abb. 44a):
    - Weitgehende Befreiungen für Kinder und Jugendliche
    - Selbstbehalte und proportionale Selbstbeteiligungen vorhanden
    - Zumeist ergänzt durch weitere Regelungen, die z.B. eine Obergrenze festlegen



## Ausgabeseitige Finanzierungsformen

↪ Belastungsgrenze (§ 62 SGB V, Abb. 44b) eines Versicherten:

- Bezug: Bruttoeinkommen der Familie abzüglich eventueller Kürzungsbeträge
- Allgemeine Begrenzung der Zuzahlungen auf 2 % dieser Größe
- Bei chronisch Kranken Begrenzung auf 1 % (unter Voraussetzungen)

↪ Fiskalische Effekte für die GKV:

- Ohne Verhaltensänderung
  - kann die finanzielle Entlastung anhand der bisherigen Inanspruchnahme der betreffenden Leistungen abgeschätzt werden
  - fällt die tatsächliche Entlastung aufgrund von Befreiungen niedriger aus
- Aufgrund einer Verhaltensänderung ergibt sich
  - eine weitere Entlastung, wenn die Inanspruchnahme von Leistungen sinkt
  - eventuell eine Belastung aufgrund der Substitution durch andere Leistungen
- Abwanderung in die PKV: Per Saldo unklarer Effekt



## Ausgabeseitige Finanzierungsformen

### ↪ Fiskalische Effekte im Zeitverlauf:

- Voraussetzung: Wachsende Einkommen und steigende Kosten der Leistungen
- Veränderung der Zuzahlungen relativ zu den GKV-Leistungsausgaben:
  - Anteil pro Leistung nimmt bei Selbstbehalten und absoluten Obergrenzen ab
  - Belastungsgrenze wächst mit den Einkommen
- Unter sonst gleichen Umständen vermutlich sinkende Bedeutung der Zuzahlungen

### ↪ 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997:

- Dynamisierung fester Zuzahlungsgrößen alle zwei Jahre
- Abschaffung 1999 (*bevor* die Dynamisierung wirksam werden konnte [!])

### ↪ Weitere Effekte:

- (Höhere) Zuzahlungen können günstige Anreizeffekte bewirken
- Problematische Verteilungseffekte: Stärkere Belastung von Versicherten,
  - die eine schlechtere Gesundheit aufweisen
  - die geringere Einkommen erzielen (innerhalb der Belastungsgrenze)



## Ausgabeseitige Finanzierungsformen

- Reale Einschränkung des Leistungsanspruchs
  - ↪ Konzeptionell:
    - Die GKV erstattet bestimmte (Gruppen von) Leistungen nicht mehr
    - Beispiel: Nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel (seit 2004)
  - ↪ Varianten:
    - Herausnahme versicherungsfremder Leistungen:
      - Kriterien zur Abgrenzung:
        - » Fehlender Bezug zu Erkrankungen (z.B. Schwangerschaftsabbruch)
        - » Allgemeines gesellschaftliches Interesse (z.B. Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes)
      - Unter Umständen nur Verlagerung auf andere Ausgabenträger
    - Herausnahme von Randleistungen:
      - Leistungen, deren Gesundheitseffekte unklar oder umstritten sind
      - Beispiel: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)



## Ausgabeseitige Finanzierungsformen

### ↪ Fiskalische Effekte für die GKV:

- Entlastung, soweit Versicherte nicht durch andere Leistungen substituieren (können), für die (weiterhin) eine Erstattungspflicht besteht
- Abwanderung in die PKV: Unklarer Ausgabeneffekt

### ↪ Weitere Aspekte:

- Versicherte tragen ein höheres finanzielles Krankheitsrisiko
- Problematische Verteilungseffekte: Stärkere Belastung von Versicherten,
  - die eine schlechtere Gesundheit aufweisen
  - die geringere Einkommen erzielen
- Begrenzte Einsatzmöglichkeit:
  - Bei Kernleistungen nicht möglich, da dies eine Abkehr von der solidarisch finanzierten Krankenversicherung bedeuten würde
  - Bei weiteren Leistungen in größerem Umfang ebenfalls problematisch, solange die GKV mehr als eine Grundsicherung bieten soll



---

## Literatur

**Bundesministerium für Gesundheit** (Hrsg.), Daten des Gesundheitswesens 2022, Berlin, Stand: November 2022, Kap. 9

**Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sondergutachten 1995, Baden-Baden 1995, Kap. 5.3

**Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**, Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997, Kap. 4

**Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Gutachten 2003, Kap. 2

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung**, Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/03, Kap. 5.II



## Grundlegende Reformkonzepte für die GKV

- Mögliche Ziele:
  - ↳ Sicherung der künftigen Finanzierung
  - ↳ (Verbesserung der) Demographie-Festigkeit
  - ↳ Verbesserung des Solidarausgleichs
  - ↳ Verringerung negativer Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt, um Wachstums- und Beschäftigungspotentiale der Volkswirtschaft erschließen zu können
    - Höhere Beitragssätze zur Krankenversicherung wirken dem entgegen
    - Grund: Verringerung des Nettolohns und/oder Erhöhung der Lohnzusatzkosten
- Wichtige Aspekte grundlegender Reformkonzepte
  - ↳ Alternativen (Abb. 45):
    - Beitragsbemessung:
      - Risikoadjustierte Prämien (individuelles Äquivalenzprinzip)
      - Kassenspezifische Pauschalprämien (in einer Kasse: Gruppenäquivalenz)



## Grundlegende Reformkonzepte für die GKV

- Beibehaltung der geltenden Regelung
- Alle Einkünfte (mit oder ohne Freibeträge bzw. –grenzen)
- Umfang der Pflichtversicherung:
  - Beibehaltung der geltenden Regelung
  - Veränderung der Versicherungspflichtgrenze:
    - » Anhebung (z.B. auf die Beitragsbemessungsgrenze in der GRV)
    - » Aufhebung (Arbeitnehmer wären dann grundsätzlich pflichtversichert)
  - Ausweitung auf die gesamte Bevölkerung
- ↳ Prototypische Reformvarianten:
  - Bürgerversicherung (Variante 6):
    - Deutliche Erweiterung des Pflichtversichertenkreises
    - Beibehaltung der einkommensbezogenen Finanzierung
    - „GKV für alle“



## Grundlegende Reformkonzepte für die GKV

- Gesundheitspauschale (Variante 2):
  - Pflichtversichertenkreis unverändert
  - Kassenspezifische Pauschalen

### ↪ Aspekte zur Beurteilung der Reformkonzepte:

- Inwiefern werden die genannten Ziele erreicht, insbesondere
  - die Sicherung der künftigen Finanzierung?
  - die Verringerung negativer Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt?
- Verteilung der Be- und Entlastungen in der Bevölkerung:
  - Marginale Effekte:
    - » Grenzbetrachtung
    - » Bezug: Belastung eines zusätzlichen Euros beitragspflichtiger Einnahmen
  - Durchschnittliche Effekte: Belastung der gesamten Einnahmen



## Die Bürgerversicherung

### ➤ Reformkonzept „Bürgerversicherung“:

#### ↳ Merkmale des Vorschlags der „Rürup-Kommission“:

- Erste Stufe:

- Verbreiterung der Bemessungsgrundlage für die Beiträge:

- » Alle Einkunftsarten werden grundsätzlich einbezogen

- » Ziel: Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit

- » Anwendung des vollen Beitragssatzes auf die weiteren Einkunftsarten

- » Anhebung der BBG auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)

- Kurzfristig realisierbar

- *Aufkommensneutrale* Umsetzung bewirkt eine Senkung der Beitragssätze

- » um ca. 0,8 Prozentpunkte (Anhebung der BBG)

- » um ca. 0,5 Prozentpunkte (Einbeziehung weiterer Einkunftsarten)



## Die Bürgerversicherung

- Zweite Stufe:
  - Erweiterung des Versichertenkreises
    - » Aufhebung der VPG (ggf. in Schritten)
    - » Versicherungspflicht auch für Selbständige und Beamte
  - Nur langfristig realisierbar (aufgrund des „Vertrauensschutzes“)
  - Aufkommensneutrale Umsetzung →  $\Delta$  Beitragssätze  $\approx 0,7$  Prozentpunkte
- Nach Umsetzung *beider* Stufen
  - sinken die Beitragssätze um ca. zwei Prozentpunkte:
    - » Bezug: Entwicklung im Status quo
    - » Langfristiger Effekt
  - verbleibt die GKV als einziger Anbieter von Vollversicherungen, die alle „medizinisch notwendigen und wirksamen“ Leistungen umfassen
  - beschränkt die PKV ihr Angebot auf Zusatzversicherungen



## Die Bürgerversicherung

- Weitere Aspekte:
  - Verhältnis von PKV und GKV:
    - » Bestehende Verträge der PKV bleiben erhalten (Vertrauensschutz)
    - » Rückkehr zur GKV möglich (falls Wechsel zur PKV vor kurzem erfolgte)
  - Die beitragsfreie Mitversicherung der Ehegatten
    - » wird entweder beibehalten oder
    - » zu Gunsten eines negativen Ehegatten-Splitting verändert
  - Risikostrukturausgleich: Keine grundsätzliche Änderung

### ↪ Auswirkungen:

- Betrachtet werden im Vergleich zur Entwicklung im status quo:
  - durchschnittliche Be- und Entlastungseffekte (*Verteilungseffekte*)
  - marginale Be- und Entlastungseffekte (*allokative Effekte*)



## Die Bürgerversicherung

- Durchschnittliche Be- und Entlastungen:
  - Bezug:
    - » Aggregation der Haushaltstypen nach Bruttoeinkommensklassen
    - » Be- bzw. Entlastung relativ zum verfügbaren Einkommen
  - Einfluss der Haushaltsgröße:
    - » Das verfügbare Einkommen steigt bei gegebenem Bruttohaushaltseinkommen mit der Haushaltsgröße
    - » Mehr-Personen-Haushalte: Umfassen *auch* Doppelverdiener-Ehepaare
- Stufe 1 (Abb. 46):
  - Zu berücksichtigen:
    - » Entlastung aufgrund des geringeren Beitragssatzes
    - » Belastung aufgrund der Einbeziehung weiterer Einkunftsarten
    - » Belastung aufgrund der Anhebung der BBG (für höhere Einkommen)



## Die Bürgerversicherung

- Verlauf bei Ein-Personen-Haushalten:
  - » Im unteren und mittleren Einkommensbereich Entlastung, da die Senkung des Beitragssatzes überwiegt
  - » Im oberen Einkommensbereich Belastung, da die Anhebung der BBG sowie die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage überwiegen
- Verlauf bei Mehr-Personen-Haushalten:
  - » In qualitativer Hinsicht ähnlicher Verlauf wie bei Ein-Personen-Haushalten
  - » Eine Belastung und die relative Belastungsspitze treten erst bei einem höherem Bruttoeinkommen auf
- Zur Interpretation der relativen Belastungsspitze:
  - » Einfluss der Anhebung der BBG
  - » Die Lage hängt auch vom Anteil der Doppelverdiener-Ehepaare ab
  - » Im Bereich ganz hoher Einkommen tritt eine Verringerung der relativen Belastung aufgrund einer konstanten absoluten Belastung ein



## Die Bürgerversicherung

- Stufe 2 (Abb. 47):
  - Gesamteffekte nach Haushaltsgröße
  - *Zusätzlich* zu berücksichtigen:
    - » Entlastung aufgrund des nochmals verringerten Beitragssatzes
    - » Belastung aufgrund höherer Beiträge zur Bürgerversicherung
    - » Bezug: Individuen, die im Status quo nicht in der GKV versichert wären
  - Verlauf bei Ein-Personen-Haushalten im Vergleich zu Stufe 1:
    - » Höhere Entlastung im Bereich niedriger und mittlerer Einkommen
    - » Grund: Weitere Senkung des Beitragssatzes
    - » Deutlich höhere Belastung im Bereich hoher Einkommen
    - » Grund: Effekt aufgrund der Erweiterung des Versichertenkreises dominiert die Entlastung durch die Senkung des Beitragssatzes



## Die Bürgerversicherung

- Verlauf bei Mehr-Personen-Haushalten im Vergleich zu Stufe 1:
  - » In qualitativer Hinsicht Verlauf wiederum ähnlich zur Be- bzw. Entlastung der Ein-Personen-Haushalte
  - » Insgesamt geringerer Einfluss der Erweiterung des Versichertenkreises im Bereich höherer Einkommen
- Gesamteffekte aufgrund der Aggregation über alle Haushaltsgrößen (Abb. 48):
  - Entlastungen im Bereich niedriger und mittlerer Einkommen
  - Belastungen im Bereich höherer Einkommen
  - Die Effekte sind jeweils stärker ausgeprägt als (nur) bei Stufe 1
- Veränderung der marginalen Belastung des Arbeitsentgelts (Abb. 53):
  - Hier sind alle Abgaben zu berücksichtigen, die vom Arbeitsentgelt abhängen
  - Einkommensteuer (Tarif 2003): Der Grenzsteuersatz
    - » beträgt zunächst Null (Grundfreibetrag)



## Die Bürgerversicherung

- » steigt dann rasch linear an (Progressionszone 1)
- » steigt dann langsamer, aber wiederum linear an (Progressionszone 2)
- » bleibt schließlich konstant bei 48,5 % („Spitzensteuersatz“)
- Sozialversicherung: Die gesamte Grenzabgabenbelastung
  - » ist zunächst konstant in Höhe der Beitragssätze zu den Sozialversicherungen (Ausnahme: „Gleitzone“)
  - » verringert sich ab der BBG in GKV und Gesetzlicher Pflegeversicherung um die zugehörigen Beitragssätze
  - » verringert sich ab der BBG in der GRV um diesen Beitragssatz
- Bezug:
  - » Monatliches „Arbeitsentgelt“
  - » Brutto-Lohn zuzüglich der Arbeitgeber-Beiträge zur Sozialversicherung
  - » Üblicher Begriff: *Arbeitnehmerentgelt*



## Die Bürgerversicherung

- » Interpretation: Gesamtkosten des Arbeitseinsatzes für den Arbeitgeber
- » Betrachtung der Abgabenlast je zusätzlichem Euro Arbeitnehmerentgelt
- Folgen der Wahl dieser Bezugsgröße (Bezug: Einkommensteuertarif 2003):
  - » Die Belastung aufgrund der Verbeitragung weiterer Einkunftsarten bleibt unberücksichtigt
  - » Die Beitragsbemessungsgrenzen (GKV/SPV, GRV) liegen nun – um die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung – höher
  - » Beispiel: Die (monatliche) BBG in der GKV liegt nun um ca. 21 % „höher“ (bei 4.176 € anstelle von 3.450 €)
- Ergebnisse: Im Bereich
  - » niedriger und mittlerer Einkommen geringe Entlastung aufgrund der Beitragssatzsenkung
  - » zwischen der BBG im Status quo und der BBG der Bürgerversicherung höhere Belastung aufgrund weiterer Verbeitragung des Arbeitsentgelts



## Die Bürgerversicherung

↪ Beurteilung (i.W. im Vergleich zum status quo):

- Distributive Effekte:
  - Intragenerativ: Stärkung des Solidarprinzips innerhalb einer Generation, da
    - » die Bemessungsgrundlage verbreitert und die BBG erhöht wird
    - » die gesamte Bevölkerung einbezogen wird
  - Intergenerativ: Ausweitung des partiellen Umlageverfahrens
    - » Partielles Umlageverfahren: Beiträge junger Mitglieder finanzieren teilweise die Ausgaben für ältere Versicherte
    - » Die im Vergleich zum Kapitaldeckungsverfahren der PKV niedrigere Ertragsrate dieses Verfahrens stellt eine „implizite Steuer“ dar
    - » Die höhere „implizite Steuer“ der GKV belastet die Generationen stärker
- Allokative Effekte: Im Bereich
  - niedriger und mittlerer Einkommen sinken die Arbeitskosten geringfügig
  - hoher Einkommen steigen die Arbeitskosten deutlich



## Die Bürgerversicherung

- Weitere Aspekte:
  - Die Finanzlage der GKV wird weniger konjunkturabhängig aufgrund einer breiteren und im Zeitverlauf weniger schwankenden Bemessungsgrundlage
  - Demographie-Festigkeit:
    - » Per Saldo zusätzliche Belastung der Rentner
    - » Leichte Verringerung des demographischen Finanzierungseffekts
  - Administratives Problem:
    - » Verbeitragung weiterer Einkunftsarten schwierig umzusetzen
    - » Selbstangabe: Anreizkompatibel?
  - Wegfall der PKV als Vollversicherer:
    - » Verfassungsrechtlich zulässig?
    - » „Alte“ Tarife benötigen zur Finanzierung neue Kohorten
    - » Grund: Kapitaldeckungsverfahren wird nicht vollständig umgesetzt



## Die Gesundheitspauschale

### ➤ Reformkonzept „Gesundheitspauschale“:

#### ↳ Arbeitsentgelt, Arbeitnehmerentgelt und Nettolohn

- Arbeitnehmerentgelt als
  - Summe aus Arbeitsentgelt und Arbeitgeberbeiträgen zur Sozialversicherung
  - für den Nachfrager relevanter Preis der Arbeit
- Bruttolohn/–gehalt abzüglich der darauf entfallenden Abgaben des Arbeitnehmers
  - stellt den Nettolohn (bzw. das Nettogehalt) dar
  - bildet das für den Anbieter relevante Entgelt der Arbeit

#### ↳ Vorschlag der Rürup-Kommission:

- Finanzierung der GKV-Ausgaben:
  - Kassenspezifische Pauschalen  $P_i$ , die
    - » von jedem erwachsenen Versicherten zu entrichten sind
    - » den durchschnittlichen Ausgaben einer Kasse, bezogen auf ihre erwachsenen Versicherten, *nach (ursprünglichem) RSA* entsprechen



## Die Gesundheitspauschale

- Beitrags- bzw. pauschalenfreie Mitversicherung von Kindern
- Keine beitragsfreie Mitversicherung von sonstigen Familienangehörigen
- Arbeitgeberbeitrag zur GKV bzw. –zuschuss zur PKV:
  - Auszahlung an Versicherte und
    - » Besteuerung (Lohn- bzw. Einkommensteuer)
    - » Verbeitragung in den anderen Zweigen der Sozialversicherung
  - Folgen:
    - » Erhöhung des *Arbeitsentgelts*
    - » Weitere Erhöhung des *Arbeitnehmerentgelts* aufgrund höherer Arbeitgeberbeiträge zu den übrigen Zweigen der Sozialversicherung
- Verwendung der zusätzlichen Einnahmen von Staat und Sozialversicherung:
  - Finanzierung des „sozialen Ausgleichs“ in der GKV
  - Aufkommensneutrale Senkung der Beitragssätze in GRV, AV, PV
  - Folge: Das durchschnittliche Arbeitnehmerentgelt verändert sich nicht



## Die Gesundheitspauschale

- „Sozialer Ausgleich“
  - Zwei alternative Eigenanteil-Tarife, hier wird lediglich Tarif 1 berücksichtigt
  - Dieser sieht eine Begrenzung der Zahlung des Versicherten auf einen „zumutbaren Eigenanteil“ in Höhe von 13,3 % seines *Bruttoeinkommens* vor
  - Der Anteilssatz ist so gewählt, dass die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags *allein* die Belastung im Vergleich zum Status quo nicht ändert
  - Eine positive Differenz aus *GKV-durchschnittlicher* Pauschale und diesem Eigenanteil wird durch Steuern finanziert
  - Im Ergebnis entsteht im Bereich niedriger Einkommen
    - » eine einkommensabhängige Zahlung des Versicherten (!)
    - » eine im Vergleich zum status quo breitere Bemessungsgrundlage
- Alternativen:
  - Die Angaben beziehen sich jeweils auf die GKV-durchschnittliche Pauschale
  - Pauschale von 210 € zur Finanzierung eines umfassenden Leistungskatalogs



## Die Gesundheitspauschale

- Eine Pauschale von 165 € würde einen Leistungskatalog finanzieren z.B. ohne
  - » Leistungen infolge privater Unfälle
  - » Zahnersatz
- Zum Verhältnis von GKV und PKV:
  - PKV als Vollversicherer bleibt erhalten
  - Keine Anpassung der Versicherungspflichtgrenze
  - Folge: Geringere Anzahl von Pflichtversicherten
- Weiterer Finanzierungsbedarf:
  - Entfällt bei einer Pauschale von 165 €
  - Bei einer Pauschale von 210 € beträgt die Finanzierungslücke ca. 10 Mrd. €
  - Gegenfinanzierung beispielsweise durch einen höheren Solidaritätszuschlag:
    - » Bezug des Zuschlags: Zu entrichtende Einkommensteuer
    - » Folge: Mit dem Einkommen steigende durchschnittliche Belastung



## Die Gesundheitspauschale

- ↪ Veränderung des (ursprünglichen) RSA:
- Modifikation des Verfahrens zur Bestimmung der Ausgleichszahlungen:
    - Ermittlung einer GKV-durchschnittlichen Gesundheitspauschale P:
      - » EV bezeichne die Zahl erwachsener Versicherter in der GKV
      - » Dann ist P der Quotient aus den Leistungsausgaben der GKV und EV
    - Finanzkraft einer Kasse i:  $FK_i^{(GP)} = P \cdot EV_i$
    - Ausgleichszahlung einer Kasse i an den RSA:  $AZ_i^{(GP)} = FK_i^{(GP)} - BB_i$
  - Ausgaben einer Kasse i nach RSA:
    - Insgesamt:  $A_i^{(GP)} = TA_i + AZ_i^{(GP)} = TA_i - BB_i + FK_i^{(GP)}$
    - Pro erwachsenen Versicherten:  $[A_i^{(GP)}]/EV_i = (TA_i - BB_i)/EV_i + P$
  - Eine Kasse, die RSA-zellenbezogen
    - überdurchschnittliche Ausgaben hat, muss  $P_i > P$  erheben
    - unterdurchschnittliche Ausgaben hat, kommt mit  $P_i < P$  aus



## Die Gesundheitspauschale

### ↪ Auswirkungen:

- Bezug: Pauschale in Höhe von 210 € mit einem Eigenanteilssatz von 13,3 %
- Durchschnittliche Be- und Entlastungen
  - Effekte der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV (Abb. 49):
    - » Bezug: Be- und Entlastungen *relativ* zum Bruttoarbeitseinkommen
    - » Aufgrund der progressiven Einkommensteuer steigt die Belastung aufgrund der Versteuerung bis zur BBG (Teileffekt 1)
    - » Verbeitragung in anderen Zweigen der Sozialversicherung: Der Verlauf der Belastung beruht auf den BBG in Pflege- und Rentenversicherung
    - » Effekte inklusive der Senkung der Beitragssätze: Belastung niedriger und mittlerer Einkommen, Entlastung hoher Einkommen (Teileffekt 2)
  - Finanzielle Effekte der Gesundheitspauschale: Zusätzliche Einzeleffekte
    - » Entlastung, sobald die Pauschale niedriger als der Beitrag zur GKV im Status quo ist: Steigend bis zur BBG (GKV), danach fallend (Teileffekt 3)



## Die Gesundheitspauschale

- » Alleinverdiener-Ehepaare: Zunächst Belastung durch die zweite Pauschale, dann Entlastung, die über der BBG (GKV) zurückgeht (Teileffekt 4)
- Finanzielle Effekte der Gesundheitspauschale: Gesamteffekt (Abb. 50):
  - » Alleinstehende: Belastung in einem Bereich oberhalb des Grundfreibetrags der Einkommensteuer, danach Entlastung, die über der BBG (GKV) sinkt
  - » Alleinverdiener-Ehepaare: Belastung auch noch bei mittlerem Einkommen, bevor eine geringfügige und leicht ansteigende Entlastung auftritt
  - » Die Erklärung dieser Verläufe beruht jeweils auf unterschiedlichen Ausprägungen des Saldos der drei (bzw. vier) Teileffekte
- Gesamteffekt der Gesundheitspauschale über alle Haushalte (Abb. 51):
  - » Unvollständige Finanzierung des sozialen Ausgleichs, da lediglich das zusätzliche Aufkommen der Einkommensteuer berücksichtigt wird
  - » Tarif 1: Geringe Belastung im Bereich niedriger Einkommen, danach schließlich deutliche Entlastung, die bei hohen Einkommen wieder abnimmt



## Die Gesundheitspauschale

- Vergleich Bürgerversicherung – Gesundheitspauschale (Abb. 52):
  - » Gesundheitspauschale: Verteilungseffekte gemäß Abb. 51, *ergänzt* um die Effekte einer vollständigen Finanzierung des sozialen Ausgleichs
  - » Instrument: Anhebung des Solidaritätszuschlags um 4,5 Prozentpunkte
  - » Folge: Durchweg stärkere Belastung bei Tarif 1 (primär durch progressive Einkommensteuer), Entlastung liegt schließlich nur noch knapp über 1 %
  - » Gesundheitspauschale: Belastungen niedriger und mittlerer Einkommen, Entlastungen höherer Einkommen, Belastungen sehr hoher Einkommen
  - » Grund für den letztgenannten Effekt: Der erhöhte Solidaritätszuschlag dominiert hier die übrigen Teileffekte
  - » Bürgerversicherung: Entlastungen niedriger und mittlerer Einkommen, Belastungen höherer Einkommen
  - » Bereich hoher Einkommen: Beide Reformkonzepte → relative Belastungen
  - » Fazit: Weitgehend gegenläufige Verteilungseffekte der beiden Konzepte



## Die Gesundheitspauschale

- Veränderung der marginalen Belastung des Arbeitsentgelts (Abb. 53)
  - Bezug auf folgende Varianten:
    - » Pauschale in Höhe von 165 €, Gegenfinanzierung der aus der GKV „ausgelagerten“ Leistungen nicht berücksichtigt
    - » Pauschale in Höhe von 210 €, vollständige Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs
  - Schematischer Verlauf im Vergleich zum Status quo:
    - » Die Belastung mit Einkommensteuer setzt „früher“ ein und bleibt über den gesamten Bereich des sozialen Ausgleichs höher
    - » Sobald die Pauschale unter dem zumutbaren Eigenanteil liegt, sinkt die Belastung deutlich
    - » Aufgrund des höheren Arbeitsentgelts setzt die Verringerung der Belastung durch die BBG in PV und GRV nun jeweils „früher“ ein
    - » Hohe Einkommen: Belastung aufgrund des höheren Solidaritätszuschlags



## Die Gesundheitspauschale

- Vergleich der beiden Pauschalen: Bei der höheren Pauschale
  - » entsteht durchweg eine höhere Belastung im Bereich oberhalb des Grundfreibetrags der Einkommensteuer (höherer Solidaritätszuschlag)
  - » ist der Bereich des Arbeitsentgelts, innerhalb dessen der soziale Ausgleich stattfindet, deutlich breiter
- Fazit: Im Vergleich zum Status quo bewirkt eine Gesundheitspauschale
  - » in den Bereichen niedriger und hoher Arbeitsentgelte eine Belastung
  - » im Bereich mittlerer und höherer Einkommen eine deutliche Entlastung

### ↪ Beurteilung:

- Distributive Aspekte:
  - Verlagerung der Einkommensumverteilung in das Steuersystem
    - » Höhere Transparenz, geringere Gefahr gegenläufiger Verteilungseffekte
    - » Breitere Basis (gesamte Bevölkerung anstelle der GKV-Mitglieder)



## Die Gesundheitspauschale

- Umverteilung in der GKV:
  - » Nur noch auf das finanzielle Krankheitsrisiko bezogen
  - » Grund: Absicherung unterschiedlicher Risiken durch eine Pauschale
- Intergenerativer Aspekt:
  - » „Implizite Steuer“ in der GKV (partielles Umlageverfahren) verringert
  - » Grund: Im Vergleich zu Status quo und Bürgerversicherung beteiligen sich die Rentner stärker an der Finanzierung ihrer Gesundheitsausgaben
- Allokative Aspekte:
  - Ohne Zuschuss: Zahlung an die GKV von den Arbeitskosten entkoppelt
  - Im Zuschussbereich wird der Faktor Arbeit stärker belastet
  - Die Koppelung des Zuschusses an die GKV-durchschnittliche Pauschale stiftet einen finanziellen Anreiz, eine „günstige“ Kasse zu wählen
  - Vorteilhafte Beschäftigungseffekte sind sowohl gegenüber dem Status quo als auch im Vergleich zur Bürgerversicherung zu erwarten



## Die Gesundheitspauschale

- Demographie-Festigkeit:
  - Der demographische Finanzierungseffekt fällt weg
  - Deutliche Verbesserung gegenüber Status quo und Bürgerversicherung
- Veränderung des Risikostrukturausgleichs:
  - Kein Ausgleich der Finanzkraft mehr nötig
  - Deutliche Verringerung des administrativen Aufwands
- Verhältnis von PKV und GKV:
  - Alleinstehende PKV-Mitglieder: Die GKV wird günstiger (aber nicht notwendig vorteilhaft), da die Pauschale unter dem Maximalbeitrag im Status quo liegt
  - Alleinverdiener-Ehepaare (und Doppelverdiener-Ehepaare mit sehr unterschiedlichen Einkommen):
    - » Die PKV wird günstiger (aber nicht notwendig vorteilhaft)
    - » Grund: In der GKV sind zwei Pauschalen zu entrichten
  - Ergebnis: Unklarer Gesamteffekt auf die Versichertenzahlen in GKV und PKV



## Die Gesundheitspauschale

- Kassenindividuelle Gesundheitspauschale und aktuelle Finanzierung der GKV:
  - ↳ Variante 1:
    - Pauschale in Höhe des durchschnittlichen Gesamtbeitrags zur GKV
    - Einkommensabhängige Finanzierung fällt weitgehend weg
  - ↳ Variante 2 (Koalitionsvertrag der Bundesregierung von 2009):
    - Pauschale in Höhe des durchschnittlichen „Arbeitnehmerbeitrags“ zur GKV
    - Anteil Arbeitgeber (bzw. Rentenversicherer) weiterhin einkommensabhängig
  - ↳ Variante 3:
    - Zusatzbeiträge als Pauschale
    - Umsetzung 2011 – 2014, jedoch kaum wirksam geworden
  - ↳ Ergänzend (jeweils):
    - Abführung der Einnahmen aus Pauschalen an den Gesundheitsfonds
    - Risikoadjustierte Zuweisungen an die Krankenkassen



---

## Literatur

**Breyer, F., Buchholz, W.**, Ökonomie des Sozialstaats, 3. Aufl., Springer Gabler, Wiesbaden 2021, Kap. 6.3.2.

**Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung** (Hrsg.), Nachhaltigkeit der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission („Rürup-Kommission“), Berlin, August 2003, Kap. 4 und Anhang

**Richter, W.F.**, Entgleiste Reformdebatte wieder auf der Spur, Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (GGW), 10. Jahrgang (2010), S. 7-16

**Rothgang, H., Arnold, R., Unger, R.**, Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Bürgerversicherung als Alternative zu den aktuellen Regierungsplänen, Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (GGW), 10. Jahrgang (2010), S. 27-35

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung**, Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren (Jahresgutachten 2003/04), Kap. 2.IV.1

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung**, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland (Jahresgutachten 2004/05), Kap. 5.I.1