



Stellungnahme des IKK e.V. zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 25.10.2010

**Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial
ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen
Krankenversicherung**

**(GKV-Finanzierungsgesetz)
(BT-Drs. 17/3040)**

**Gemeinsame Vertretung der
Innungskrankenkassen e.V.**

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-10

info@ikkev.de

I. Grundsätzliche Anmerkungen

Der IKK e.V. als Vertretung der Innungskrankenkassen auf Bundesebene begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber Bemühungen unternimmt, das für 2011 zu erwartende Defizit der GKV in Höhe von 10 bis 11 Mrd. € zu vermindern. Allerdings bewerten wir kritisch, dass das Defizit zum größten Teil über Beitragssatzerhöhungen gedeckt werden soll. Eine stärkere Begrenzung der Ausgabensteigerungen bei den Leistungserbringern wäre möglich und notwendig gewesen. Die aus den Beitragssatzsteigerungen resultierenden Belastungen der Versicherten hätten dadurch deutlich begrenzt werden können.

Mit Blick auf die konkretisierenden Sparanforderungen an die unterschiedlichen Beteiligten stellt sich die Frage, weshalb die **Einsparungen** in den verschiedenen Ausgabenbereichen so asymmetrisch verteilt werden sollen. Während die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Verwaltungsausgaben eine Nullrunde verordnet bekommen, wird bei der ärztlichen Vergütung und bei den Ausgaben für Krankenhäuser, die im Übrigen den Großteil der Ausgabensteigerungen der letzten Jahre ausmachen, nur eine marginale Begrenzung der künftigen Ausgabenanstiege angestrebt. Zudem ist fraglich, inwieweit durch die beabsichtigten Neuregelungen tatsächlich eine Begrenzung der Ausgabensteigerungen bei den Leistungserbringern in Höhe der im Entwurf genannten Einsparsummen von 3,5 Mrd. € in 2011 und 4 Mrd. € in 2012 erzielt werden kann.

Für Krankenkassen, Krankenhäuser, Zahnärzte und Hausärzte werden im Referentenentwurf dezidierte Angaben über die Einsparpotenziale der ausgabenbegrenzenden Maßnahmen angegeben. Lediglich für den **vertragsärztlichen Bereich** sind keine Einsparziele benannt, weshalb davon ausgegangen werden muss, dass diese äußerst gering ausfallen werden. Der zu erwartende nahezu unbegrenzte Ausgabenzuwachs im vertragsärztlichen Bereich passt daher überhaupt nicht in das Gesamtbild der sektorenübergreifend angestrebten Bemühungen, Ausgabenbegrenzungen zu erreichen. Diese selektive Bevorzugung einer einzelnen Leistungserbringergruppe lehnen wir auch vor dem Hintergrund ab, dass nahezu unbegrenzt wachsende Vergütungen für die vertragsärztliche Versorgung in einer Zeit signifikant ansteigender Belastungen für Versicherte und Arbeitgeber unverantwortlich sind.

Im Gegensatz zur Nullrunde für die Krankenkassen wird das Vergütungswachstum für Krankenhäuser und Zahnärzte lediglich auf die halbe Veränderungsrate begrenzt. Vor dem Hintergrund dieser bereits **begrenzten Einsparpotenziale** halten wir es nicht für zielführend, wenn parallel im Referentenentwurf Ausgabensteigerungen gesetzlich fixiert werden. Sowohl beispielsweise die Ausklammerung des Bereiches Zahnersatz bei der Begrenzung der Gesamtvergütung der Zahnärzte als auch die Ost-West-Angleichung der zahnärztlichen Vergütungsniveaus unterlaufen die angestrebten Einsparziele. Die Ost-West-Angleichung der zahnärztlichen Vergütungsniveaus in den neuen Bundesländern ist auch deshalb wenig zielführend, weil die Fallwerte in den neuen Bundesländern vielfach über denen der alten Bundesländer liegen, so dass die Notwendigkeit eines Ausgleiches auch im Hinblick auf die in § 71 SGB V zwingend vorgeschriebene Beitragssatzstabilität nicht ersichtlich ist. Ursachen für das geringere Einkommen der ostdeutschen Zahnärzte dürfte in der höheren Zahnarztichte (mehr Zahnärzte je Tsd. Einwohner) und der im Ver-

gleich zu den alten Bundesländern eingeschränkten Realisierung von Privateinnahmen durch Zusatzvereinbarungen mit den Patienten zu finden sein.

Der IKK e.V. begrüßt die geplante Verlagerung des Sozialausgleiches von der Kassenebene auf die Ebene des Gesundheitsfonds. Durch die Neugestaltung der Überforderungsklausel wird erstmals ein vollständiger **Finanzkraftausgleich** zwischen den Krankenkassen eingeführt. Die bisherige Konstruktion der sozialen Belastungsgrenze bei den Zusatzbeiträgen führte dazu, dass Kassen mit vielen Geringverdienern im Kassenwettbewerb benachteiligt wurden, da sie zur Erhebung höherer Zusatzbeiträge gezwungen waren als Kassen mit vielen besserverdienenden Versicherten. Die angestrebte Ansiedlung des Sozialausgleiches auf der Ebene des Gesundheitsfonds stellt nunmehr endlich Chancengleichheit im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen her.

Wir sehen hingegen kritisch, dass hinsichtlich der Höhe des jährlichen **Steuerzuschusses zur Finanzierung des Sozialausgleiches** lediglich eine Absichtserklärung für eine Regelung dieses Tatbestandes im Jahr 2014 vorgesehen ist. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass der Sozialausgleich ab 2015 nur partiell über Steuern finanziert wird, infolgedessen die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen diese Differenz über höhere Zusatzbeiträge finanzieren müssten. Der IKK e.V. fordert daher, dass die Festlegungsprinzipien über die Höhe des jährlichen Steuerzuschusses zum Gesundheitsfonds bereits im GKV-Finanzierungsgesetz rechtlich fixiert werden.

Darüber hinaus sehen wir kritisch, dass die jährliche **Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages** für das Folgejahr durch das BMG zukünftig im Einvernehmen mit dem Finanzministerium zu erfolgen hat. Aus dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag ergibt sich rechnerisch automatisch der notwendige Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds. Es ist zu befürchten, dass kurzfristige fiskalische und haushaltspolitische Erwägungen des Finanzministeriums die Prognosen des Schätzerkreises zur Höhe des zu erwartenden Fondsdefizits und des daraus resultierenden durchschnittlichen Zusatzbeitrages dominieren werden. Eine fiskalpolitisch motivierte Absenkung des Steuerzuschusses für den Sozialausgleich hätte ein höheres Fondsdefizit zur Folge, infolgedessen die Kassen höhere Zusatzbeiträge erheben müssten. Der Sozialausgleich würde in diesem Falle nicht mehr von allen Bürgern, sondern wie bislang ausschließlich von den GKV-Mitgliedern getragen werden.

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, dass nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen für die **Bemessung eines Anspruchs auf Sozialausgleich** herangezogen wird. Das bedeutet, dass die Situation entstehen kann, dass ein Arbeitnehmer mit geringem Lohn-einkommen einen Sozialausgleich erhält, obwohl er über ein hohes Kapitaleinkommen verfügt. Die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Bemessung des Anspruchs auf Sozialausgleich war ursprünglich ein zentrales Gerechtigkeitsargument für die Einführung einer einkommensunabhängigen Prämie. Eine Korrektur einiger verteilungspolitisch zum Teil fragwürdiger Ausgestaltungen der bisherigen Beitragsbemessung ist dauerlicherweise nicht mehr vorgesehen.

Der Referentenentwurf sieht eine paritätische Anhebung der Beitragssätze zur Krankenversicherung ab 2011 um 0,6 Prozentpunkte vor. Damit wird das zu erwartende Defizit zumindest in 2011 paritätisch finanziert. Parallel wird der Beitragssatz der Arbeitgeber jedoch bei 7,3% eingefroren. Das bedeutet, dass ab 2012 alle Kostensteigerungen in der GKV ausschließlich von den Versicherten zu tragen sein werden. Damit wird die **paritätische Finanzierung** der GKV weiter ausgehöhlt.

Es ist geplant, die maximale **soziale Belastungsgrenze** eines Mitglieds durch Zusatzbeiträge von einem auf zwei Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens anzuheben. Da die Zusatzbeiträge als fixer Eurobetrag erhoben werden, kommt es zu einer stärkeren Belastung der Bezieher geringer Einkommen. Diese stärkere Belastung geringer Einkommen wird relativiert, wenn man den geplanten zusätzlichen Steuerzuschuss zum Fonds zur Finanzierung des Sozialausgleiches heranzieht, da höhere Einkommen einen höheren Anteil zum Steueraufkommen bereitstellen. Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass hohe und mittlere Einkommen ihre Zusatzbeiträge von der Steuer absetzen können, was geringen Einkommen nur begrenzt oder gar nicht möglich ist. Zudem finanzieren geringe Einkommen ihren Steuerzuschuss auch noch partiell mit: Weil der Steuerzuschuss nicht ausschließlich über die Einkommenssteuer, sondern aus dem gesamten Steueraufkommen aufgebracht werden soll, sind auch Mittel aus den Verbrauchssteuern – wie z.B. der Mehrwertsteuer – im Steuerzuschuss enthalten. Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, den Sozialausgleich im Sinne des Ziels des Gesetzentwurfes sozial ausgewogener zu gestalten und zu ermöglichen, den Steuerzuschuss ausschließlich über direkte Steuern zu finanzieren.

Das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung ist in 2011 auch deshalb so hoch, weil der Leistungskatalog noch immer eine Vielzahl **versicherungsfremder Leistungen** beinhaltet. Diese verursachen jährliche Ausgaben in Höhe eines zweistelligen Milliardenbetrages. Eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird solange erschwert, wie diese gesamtgesellschaftlichen Leistungen nicht angemessen über Steuermittel finanziert werden. Der IKK e.V. fordert deshalb, den Steuerzuschuss sukzessive auszubauen und zur Stabilisierung in die mittel- und langfristige Finanzplanung des Bundes aufzunehmen.

Zukünftig soll es Versicherten wieder ermöglicht werden, bereits nach einmaligem Überschreiten der **Versicherungspflichtgrenze**, die Solidargemeinschaft zu verlassen und die in die private Krankenversicherung zu wechseln, obwohl diese möglicherweise über Jahrzehnte von der beitragsfreien Familienversicherung oder verminderten Beitragssätzen profitiert haben. Darüber hinaus werden der GKV umfangreiche Finanzmittel entzogen. Diese Neuregelung widerspricht daher dem Gesetzesziel einer „nachhaltigen“ und „sozial ausgewogenen“ Weiterentwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung diametral.

Da die vom GKV-Spitzenverband vorgelegte Stellungnahme mit den Spitzenorganisationen der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und somit auch mit dem IKK e.V. abgestimmt ist, beschränken wir uns in den folgenden spezifischen Anmerkungen auf besonders wichtige Aspekte bzw. auf ergänzende Auffassungen des IKK e.V. zu den in der Stellungnahme des GKV-SV formulierten Anmerkungen und Vorschlägen.

Hinsichtlich der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG – Drs. 17/3040 -) schließen wir uns der abgestimmten Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes an.

II. Spezifische Anmerkungen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 (§ 4 Abs. 4 SGB V – Verwaltungsausgaben der Krankenkassen)

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass die **Verwaltungsausgaben der Krankenkassen** für die Jahre 2011 und 2012 auf dem Stand des Jahres 2010 eingefroren werden sollen.

Bewertung

Grundsätzlich ist es angemessen, dass die Krankenkassen ebenfalls einen Beitrag zur Deckung des hohen Defizits der GKV im Jahr 2011 und 2012 leisten sollen. Allerdings stellt sich die Frage, weshalb die Ausgaben der Krankenkassen umfänglich auf dem Stand 2010 eingefroren werden, hingegen die zu erwartenden Ausgabensteigerungen der Leistungserbringer nur marginal begrenzt werden sollen. Zielführender wäre es gewesen, allen Ausgabenbereichen eine Nullrunde zu verordnen. Eine Nullrunde für die Verwaltungskosten der Krankenkassen lässt darüber hinaus außen vor, ob eine Kasse bereits jetzt schon wirtschaftlich handelt oder ob noch viele Einsparmöglichkeiten bestehen.

Jenseits dessen ist es notwendig, gewisse - von den Kassen nicht beeinflussbare - Sondertatbestände beim Einfrieren der Verwaltungskostenbudgets außen vor zu lassen. Neben neuen gesetzlichen Aufgaben, wie z.B. der Erhebung von Zusatzbeiträgen und der Durchführung des Sozialausgleiches, gilt es auch effizienzsteigernde Investitionen in die IT-Infrastruktur von der Budgetierung auszunehmen. Hierdurch würde vermieden, dass notwendige sächliche IT-Investitionen aufgrund der Budgetierung ausgesetzt oder verschoben werden und sich ein absehbarer Investitionsstau bildet, der wiederum die Verwaltungskosten der Krankenkasse nach Auslauf der Begrenzung in die Höhe treibt. Für eine Behandlung dieser Kosten als außerbudgetäre Ausgaben spricht auch die Tatsache, dass das seinerzeitige Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bereits bei der letzten Verwaltungskostenbudgetierung in den Jahren 2004–2007 IT-Investitionen von der Begrenzung der Verwaltungskosten ausgenommen hatte.

Darüber hinaus sollten Lohn- und Gehaltssteigerungen aufgrund bereits geschlossener Tarifverträge mit Wirkung ab 2011 nicht im Basisjahr 2010 berücksichtigt werden. Auch die zum 1. Januar 2011 um 0,3 Prozentpunkte steigenden Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung führen zu einem von den Krankenkassen nicht beeinflussbaren Anstieg der persönlichen Verwaltungskosten und sind daher von der Budgetierung auszunehmen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 (§ 6 SGB V – Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern)

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, die **dreijährige Wartefrist** abzuschaffen. Arbeitnehmer sollen zukünftig - wie vor dem Inkrafttreten des GKV-WSG - nach nur einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze aus der Krankenversicherungspflicht ausscheiden.

Bewertung

Der IKK e.V. sieht diese Neuregelung kritisch. Laut Referentenentwurf ist es das Ziel des GKV-Finanzierungsgesetzes eine „nachhaltige und soziale ausgewogene Finanzierung“ zu entwickeln. Das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel der finanziellen Stabilisierung der GKV wird durch die Erleichterung des Wechsels besser verdienender Versicherter in die private Krankenversicherung jedoch konterkariert. Konsequenz dieser Neuregelung sind abnehmende Beitragseinnahmen der GKV, daraus resultierend höhere Defizite des Gesundheitsfonds, die wiederum durch höhere Zusatzbeiträge für die in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden gering- und mittelverdienenden Versicherten refinanziert werden müssten.

Darüber hinaus stellt sich vor dem Hintergrund des Gesetzesziels der sozialen Ausgewogenheit die Frage, weshalb es Versicherten bereits nach einmaligem Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze ermöglicht werden soll, die Solidargemeinschaft zu verlassen, obwohl diese möglicherweise über Jahrzehnte von der beitragsfreien Familienversicherung oder verminderten Beitragssätzen profitiert haben. Die beabsichtigte und als Reformziel deklarierte „sozial ausgewogene“ Weiterentwicklung der Finanzierung wird durch diese beabsichtigte Neureglung konterkariert.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 (§ 73b SGB V – Hausarztzentrierte Versorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser gesetzlichen Neuregelung wird angestrebt, das **Vergütungsniveau für Hausarztverträge** ab 2011 zu begrenzen. Für Verträge, die vor dem Kabinettsbeschluss zustande gekommen sind, gilt Bestandsschutz. Ausgaben für Leistungen, die über die Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen, müssen zukünftig durch Effizienzsteigerungen oder Einsparungen finanziert werden. Deshalb sind Hausarztverträge zukünftig den zuständigen Aufsichten vorzulegen und können innerhalb von zwei Monaten von diesen beanstandet werden.

Bewertung

Der IKK e.V. begrüßt die Bestrebungen des Gesetzgebers, die Ausgabenzuwächse für Hausarztverträge, denen bislang keine erkennbaren Vorteile für Krankenkassen und ihren

Versicherten gegenüberstehen, zukünftig zu begrenzen. Daher ist kritisch zu beurteilen, dass der Kontrahierungszwang und das Vertragsmonopol der Hausarztverbände nach § 73b SGB V unverändert fortbestehen sollen. Um den Prinzipien eines freiheitlichen und funktionierenden Vertragswettbewerbs gerecht zu werden und unberechtigte Mehrausgaben zu vermeiden, halten wir es für notwendig, § 73b SGB V zu streichen und allen abgeschlossenen Verträge nach § 73b SGB V - unabhängig von der Art des Zustandekommens – die Möglichkeit der frühzeitigen Auflösung einzuräumen.

Der geplante Bestandsschutz für bereits geschlossene Hausarztverträge ist wettbewerbsverzerrend und wird daher ebenfalls abgelehnt. Da die Vergütung zukünftiger Hausarztverträge begrenzt werden soll, werden jene Kassen mit höheren Ausgaben für Hausarztverträge bestraft, die sich gesetzeskonform verhalten und die gesetzlich geforderten Hausarztverträge bereits abgeschlossen haben.

Insbesondere der Bestandsschutz für Verträge, die vor dem Kabinettsbeschluss abgeschlossen wurden, wird abgelehnt, da laufende Schiedsverfahren seit dem ersten Bekanntwerden der beabsichtigten Neuregelung eine Dynamik erhalten, die das eigentliche Ziel, die hausärztliche Versorgung zu verbessern, zuwiderlaufen. Zudem werden die beabsichtigten Einsparbemühungen dadurch gezielt unterlaufen.

Ein weiteres Problem betrifft den Vergleich der Vergütung mit den Fallwerten des Kollektivvertrages. Die Daten des Kollektivvertrages liegen der einzelnen Kasse nicht vor, da für die Fallwertberechnung die effektiven Finanzwirkungen der Honorarverteilungsmaßstäbe (Punktwerte, Abstufungen u. v. m) bekannt sein müssen. Die Daten müssen vor Verhandlungsbeginn bzw. vor dem Schiedstermin bekannt sein. Die Berechnungen können nur, nach Definition der zu berücksichtigenden Leistungen und Basiszeiträume, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen geleistet werden. Zwingend im Gesetz müssen deshalb folgende Punkte verankert sein:

- Der Bewertungsausschuss beschließt ein zwingend anzuwendendes Berechnungsverfahren, die dafür notwendigen Datenlieferungen, Basisdaten- und Zeiträume der Fallwertberechnung sowie Lieferfristen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen übergeben den Krankenkassen auf Anforderung unentgeltlich diese Daten und Berechnungen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 (§ 221b SGB V – Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich)

Beabsichtigte Neuregelung

Zur **Finanzierung des Sozialausgleiches** werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab 2015 jährliche Zuschüsse aus Bundesmitteln zugeführt. Die Höhe des Zuschusses wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.

Bewertung

Eine gesetzliche Festschreibung der Steuerfinanzierung des Sozialausgleiches wird lediglich in Aussicht gestellt und auf das 2014 verschoben. Damit besteht die Gefahr, dass der

Sozialausgleich ab 2015 nicht vollständig über Steuermittel finanziert werden wird. Die an den Gesundheitsfonds sozialausgleichsbedingt verminderten Überweisungen der Arbeitnehmerbeiträge erhöhen bei einem Steuerzuschuss, der die Ausgaben für den Sozialausgleich nicht vollumfänglich abdeckt, das Defizit des Fonds, welches wiederum durch höhere Zusatzbeiträge ausschließlich durch Mitglieder in der GKV ausgeglichen werden muss. Die Konsequenz eines unzureichenden Steuerzuschusses wäre somit, dass der Sozialausgleich weiterhin partiell innerhalb der GKV verbleiben würde. Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und der PKV-Versicherten zur Finanzierung des Sozialausgleiches - eine zentrale Begründung für die Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge - würde damit unterlaufen.

Der IKK e.V. fordert erstens eine gesetzliche Regelung, dass die notwendigen Mittel für den Sozialausgleich vollumfänglich über zusätzliche Steuermittel des Bundes finanziert werden und zweitens, dass die Festsetzung der Höhe des jährlichen steuerlichen Zuschusses für den Sozialausgleich nicht auf 2014 verschoben, sondern bereits im vorliegenden GKV-Finanzierungsgesetz geregelt wird.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 a) (§ 242 Abs. 1 SGB V – Kassenindividueller Zusatzbeitrag)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Berücksichtigung der finanziellen Überforderung eines Mitglieds erfolgt zukünftig nicht mehr über die Verminderung des Zusatzbeitrages durch die Krankenkasse, sondern durch Überweisung sozialausgleichsbedingt verminderte Arbeitnehmerbeiträge durch die Arbeitgeber an den Gesundheitsfonds.

Bewertung

Es ist zu begrüßen, dass die Berücksichtigung der finanziellen Überforderung eines Mitglieds zukünftig nicht mehr auf der Ebene der Krankenkasse, sondern auf der Ebene des Gesundheitsfonds erfolgen wird. Die bisherige Konstruktion der sozialen Belastungsgrenze bei den Zusatzbeiträgen führte dazu, dass Kassen mit vielen Geringverdienern im Kassenwettbewerb benachteiligt wurden. Da die Kassen nur einen Zusatzbeitrag von maximal 1% des Einkommens erheben durften, spielte das Einkommen der Mitglieder für die Höhe der Zusatzbeiträge eine entscheidende Rolle. Bislang waren Kassen mit vielen Geringverdienern in ihrem finanziellen Handlungsspielraum und im Wettbewerb um Versicherte benachteiligt, da sie zur Erhebung höherer Zusatzbeiträge gezwungen wurden als Kassen mit hauptsächlich besserverdienenden Versicherten. Die Ansiedlung des Sozialausgleiches auf der Ebene des Gesundheitsfonds stellt nunmehr Chancengleichheit im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen her.

Die aktuell im Gesetz festgelegte Deckelung des von einer Kasse zu erhebenden Zusatzbeitragsvolumens auf 1% des Einkommens seiner Mitglieder erhöhte zudem die Gefahr unverschuldeter Insolvenzen und Schließungen bei den Krankenkassen. Mit dem auf die Fondsebene verlagerten Sozialausgleich wird die Beitragsautonomie der Krankenkassen erhöht und das unverschuldete Insolvenz- und Schließungsrisiko der Kassen verringert.