

Stellungnahme zu Fragen über Auswirkungen der Überforderungsregelung

Prof. Dr. Eckart Fiedler

Vorbemerkung

Der geplante Gesundheitsfonds verfolgt die Ziele, einerseits die Finanzierung der GKV durch einen aufwachsenden Steuerzuschuss nachhaltiger und gerechter zu gestalten sowie andererseits den Wettbewerb innerhalb der GKV durch einen vollständigen Einnahmenausgleich und einen stärker auf die Krankheitskosten ausgerichteten Ausgabenausgleich zu optimieren. Ergebnis eines weiter entwickelten Finanzausgleichs muss es sein, im Kassenwettbewerb die gezielte Selektion von Gutverdienern und Gesunden finanziell unattraktiv zu machen, umgekehrt das erfolgreiche Bemühen um eine effiziente medizinische Versorgung im Sinne von mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit finanziell zu belohnen und damit zu fördern.

Wie wichtig eine solche Neuausrichtung des GKV-Wettbewerbes sowohl für eine bessere medizinische Versorgung der Patienten als auch für die Sicherung der zukünftigen Finanzierung ist, zeigt das Gutachten des Sachverständigenrates zu Über-, Unter- und Fehlversorgung (2001), dessen Kernaussagen bezüglich festzustellender Unwirtschaftlichkeiten nach wie vor zutreffen.

Ein aufwachsender Zusatzbeitrag, der kassenspezifisch außerhalb der Fondsfinanzierung eingehoben werden muss, unterliegt nicht dem allgemeinen GKV-Finanzausgleich. Um eine gleiche Summe Geldes über den Zusatzbeitrag zu schöpfen, muss eine „grundlohnschwache“ Krankenkasse ihren einkommensschwächeren Mitgliedern eine deutliche höhere Belastung zumuten, als eine Krankenkasse mit einkommensstarker Klientel. Darüber hinaus findet auch kein Ausgleich von höheren Krankheitskosten, beispielsweise wegen eines größeren Rentneranteils, statt. Eine Krankenkasse mit einkommensschwachen und durchschnittlich kränkeren Versicherten ist also beim Zusatzbeitrag im Wettbewerb doppelt negativ betroffen.

Insoweit entsteht bei einem aufwachsenden Zusatzbeitrag ein erheblicher Anreiz den Wettbewerb auf die gezielte Anwerbung von Gutverdienern bzw. Gesunden und wo-

möglich die Diskriminierung Kranker auszurichten. Damit wird der Grundmechanismus des Gesundheitsfonds ausgehebelt.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich folgende grundsätzliche Empfehlungen:

1. Um die positiven Wirkungen eines auf Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten GKV-Wettbewerbes zu sichern, muss das Volumen des Zusatzbeitrages so klein wie möglich gehalten werden. Entsprechend hat der Fonds die GKV-Leistungsausgaben stets zu 100 % zu erstatten. Die vorgeschlagene Begrenzung des Zusatzbeitrages auf 1 % des Haushaltseinkommens bietet insoweit nicht nur dem einzelnen Versicherten Schutz vor Überforderung, sondern zwingt die Krankenkassen auch zur Ausschöpfung aller Wirtschaftlichkeitsreserven.
2. Zur laufenden Finanzierung des Fonds sollte im Sinne der gewünschten Gerechtigkeit der Steuerzufluss erhöht werden. Dazu bietet sich ein „Soli“ auf die Einkommensteuerschuld an. Entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit trägt damit jede/r Bürger/in zur Finanzierung des Fonds bei. Im Gegenzug werden die GKV-Beitragszahler und damit auch die Arbeitgeber entlastet, woraus positive Effekte für den Arbeitsmarkt entstehen.
3. Die Spanne des Zusatzbeitrages zwischen den einzelnen Krankenkassen sollte allein Ausdruck des unterschiedlichen Erfolges im Kassenwettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit sein. Dazu muss der Ausgabenausgleich zielgenauer gestaltet werden, das heißt die durchschnittlichen Krankheitskosten sind stärker als bisher zu berücksichtigen. Im heutigen Risikostrukturausgleich werden 75 % der Versicherten, für die lediglich 3 % der Leistungsausgaben anfallen, 60 % der Gutschriften zugeordnet. Demgegenüber erhalten die Krankenkassen für 25 % der Kranken, für die 97 % der Leistungsausgaben aufgewendet werden müssen, lediglich 40 % des Gutschriftenvolumens. Entsprechend konzentriert sich der Wettbewerb darauf, einen möglichst großen Anteil der Gesunden zu gewinnen. Dagegen wird die Optimierung der medizinischen Versorgung im Sinne von mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit vernachlässigt. Daher sollte der von den BMG-Gutachtern ausgearbeitete Vorschlag für einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unverzüglich und ohne Einschränkung eingeführt werden.

Beantwortung der Fragen

Die Fragen 1 bis 3 werden, da sie inhaltlich sehr nahe beieinander liegen, zusammen beantwortet.

- 1 Wo liegen die Probleme einer 1 %-igen kasseninternen Überforderungsregelung und welche Ergänzungen empfehlen Sie zur Lösung dieser Probleme?**

- 2 Welche Möglichkeiten sehen Sie die in den Eckpunkten vereinbarte Überforderungsklausel von 1 % praktikabel auszugestalten?**

- 3 Welche Kassen bzw. Kassenarten wären von einer solchen Regelung besonders betroffen?**

Eine 1 %-ige Überforderungsregelung wirft folgende drei Probleme auf:

- Krankenkassen mit einkommensschwächeren Mitgliedern werden beim Zusatzbeitrag im Wettbewerb grundsätzlich schlechter gestellt. Dies gilt bei jeder Höhe der Überforderungsregel.
- Durch die 1 %-ige Begrenzung der Überforderungsregel kann der mögliche Zusatzbeitrag insgesamt nicht ausreichen, um die anfallenden Leistungsausgaben zu decken. Im Extremfall kann die Krankenkasse insolvent werden.
- Je nach Umsetzung ist der administrative Aufwand einer Überforderungsregel hoch.

Im folgenden werden diese Probleme näher erläutert und es wird ein Lösungsvorschlag vorgetragen.

Die Krankenkassen unterscheiden sich sehr stark im Hinblick auf die Einkünfte ihrer Mitglieder. So hatte die AOK Mecklenburg-Vorpommern eine Grundlohnsumme je Mitglied von nur 12.542 € im Jahr 2005. Der Techniker Krankenkasse stand hinge-

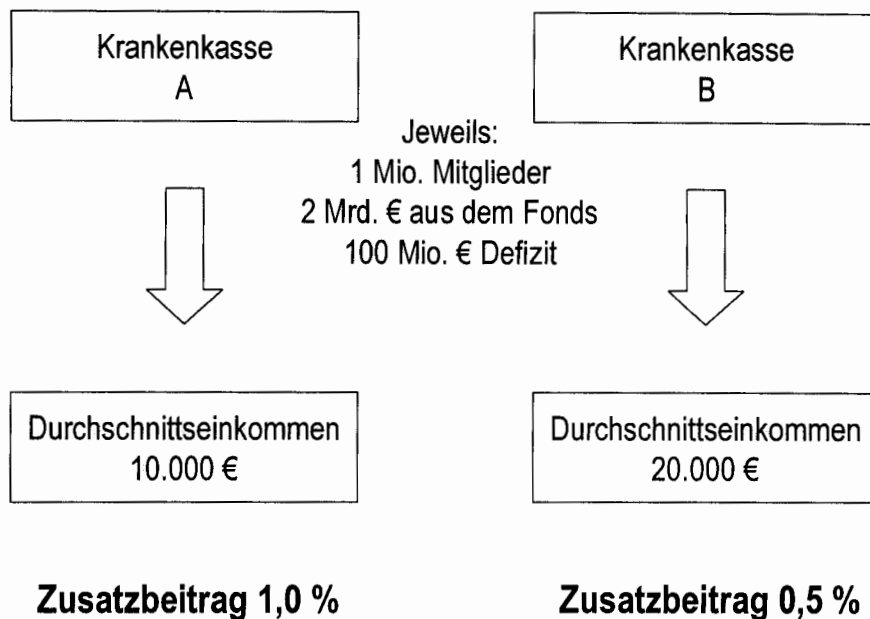
gen im gleichen Zeitraum eine doppelt so hohe Summe von 25.409 € je Mitglied zur Verfügung. Wären beide Krankenkassen gleich effizient (beziehungsweise ineffizient) und müssten einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben, müsste die AOK Mecklenburg-Vorpommern einen Zusatzbeitrag erheben, der ihre Mitglieder doppelt so stark belasten würde wie die Mitglieder der Techniker Krankenkasse.

Der AOK Mecklenburg-Vorpommern würden erhebliche Wettbewerbsnachteile entstehen, die letztlich aus der Strukturschwäche der Region, nicht jedoch aus mangelnder Wirtschaftlichkeit der Krankenkasse entstünden.

Dieses Problem gilt grundsätzlich und ist unabhängig davon, ob der Zusatzbeitrag als Pauschale oder als prozentualer Beitrag erhoben wird. Ein einfaches Beispiel macht dies deutlich. Angenommen werden zwei Krankenkassen, die jeweils identische Größe haben mit jeweils 1 Mio. Mitgliedern und jeweils 2 Mrd. € Volumen Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten und jeweils ein Defizit von 100 Mio. € ausweisen. Beide Krankenkassen machten demnach ein Defizit von 5 % pro Mitglied pro Jahr und müssten daher einen Zusatzbeitrag erheben. Wenn sich aber die Einkommen der Mitglieder stark unterschieden, würden die Versicherten durch den gleichen Zusatzbeitrag sehr unterschiedlich belastet. Läge das Einkommen der einkommensschwächeren Krankenkasse bei 10.000 € pro Jahr, würde sie jedes Mitglied mit 1% des Einkommens belasten und somit bereits die Obergrenze des Zusatzbeitrags voll ausnutzen. Hätte die einkommensstärkere Krankenkasse ein durchschnittliches Haushaltseinkommen von 20.000 €, würde sie einen Zusatzbeitrag von nur 0,5 % erheben.

Es widerspricht einem fairen Wettbewerb, dass bei gleicher Wirtschaftlichkeit die Krankenkasse mit dem halb so hohen Mitgliedereinkommen doppelt so schnell an ihre Finanzierungsgrenzen gelangt.

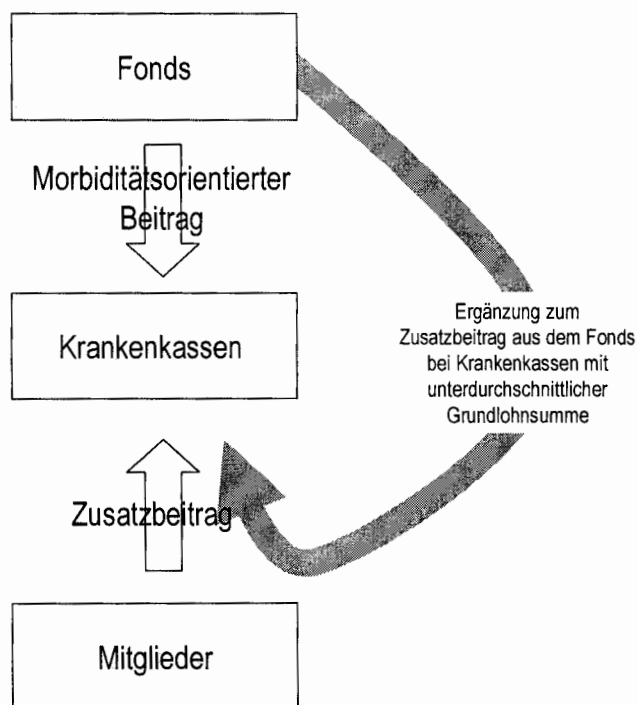
Es handelt sich um eine Marktverzerrung, da beide Krankenkassen gleich effizient gewirtschaftet haben. Ihre Stellung im Wettbewerb um Versicherte in Bezug auf den Zusatzbeitrag sollte also ebenfalls gleich sein.



Einführung des Grundlohnfaktors beim Zusatzbeitrag

Für die geschilderten Probleme gibt es eine einfache und unbürokratische Lösung. Die Krankenkassen mit einem unter dem Durchschnitt liegenden Grundlohn erhalten aus dem Fonds einen Ausgleich für ihre Grundlohnschwäche. Hat eine Krankenkasse z.B. einen Grundlohn von 50 % des Durchschnitts, erhält sie aus dem Fonds einen Ausgleichsbetrag in Höhe von 100 % der von ihr eingenommenen Zusatzbeiträge. Liegt der Grundlohn bei 80 % des Durchschnitts erhält die Krankenkasse 25 % Zuschlag aus dem Gesundheitsfonds auf die erhobenen Zusatzbeiträge. Für Krankenkassen mit einem Grundlohn oberhalb des Durchschnitts gibt es keine Zuschläge aus dem Fonds. Mit diesem Grundlohnfaktor kann sicher gestellt werden, dass auch die Krankenkassen mit niedrigem Grundlohn den Zusatzbeitrag effektiv erheben können und keinen Finanznachteil erleiden. Darüber hinaus wird sicher gestellt, dass alle Krankenkassen ein ebenso großes Interesse an einkommensschwachen Mitgliedern haben wie an einkommensstarken. Für Krankenkassen mit sehr niedrigem Grundlohn (z. B. AOKen in den neuen Bundesländern) werden Finanzierungsnachteile beim eventuellen Zusatzbeitrag daher vermieden, weil sie über den Ausgleichsmechanismus soviel Finanzkraft erhalten, als ob die Obergrenze des Zusatz-

beitrages bei 2 % des Haushaltseinkommens läge, obwohl ihre Versicherten nur mit 1% des Haushaltseinkommens maximal belastet werden. Da die 1% Regelung für grundlohnstarke Krankenkassen im Wettbewerb unproblematisch ist, sollte der vorgesehene Ausgleich zielgerichtet nur für Krankenkassen mit unterdurchschnittlichem Grundlohn gelten.



100 % der Leistungsausgaben im Fonds und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Ein Zusatzbeitrag, der allein Ausdruck eines unzureichenden Erfolges im Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit ist, sollte auf 1 % des Haushaltseinkommens (bzw. des BPE, siehe Antwort 3) begrenzt werden, auch wenn sich daraus die Gefahr für Kassenschließungen ergibt. Nur eine solche Begrenzung stellt einen starken Anreiz zu mehr wirtschaftlichem Handeln dar.

Um allerdings Nachteile im Wettbewerb – bis hin zu Kassenschließungen – weitestgehend zu vermeiden, die nicht auf ein unwirtschaftliches Handeln sondern auf eine

schlechtere Versichertenstruktur zurückzuführen sind, muss der Gesundheitsfonds – wie in der Vorbemerkung bereits dargelegt – die anfallenden GKV-Leistungsausgaben zu 100 % abdecken, und bei der Verteilung des Geldes einen zielführenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zugrunde legen. Selbst dann hat eine grundlohnschwache Krankenkasse einen Nachteil beim Zusatzbeitrag, der aber durch den zuvor beschriebenen Grundlohn-Faktor ausgeglichen wird.

Nach heutigen Erkenntnissen würden ein voller Einnahmen-Ausgleich sowie ein nach dem BMG-Gutachter-Vorschlag reformierter morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich die Spanne des Zusatzbeitrages zwischen den Krankenkassen auf etwa einen Beitragssatz-Punkt begrenzen. Diese Beitragssatzspanne wäre primär Ausdruck von mehr oder weniger Wirtschaftlichkeit im Vertragshandeln. Die Begrenzung der Überforderungsregelung auf 1 % würde also unwirtschaftliche Krankenkassen veranlassen, die im Gesetzentwurf vorgesehenen neuen Vertragsmöglichkeiten für eine wirtschaftlichere medizinische Versorgung nachdrücklich zu nutzen.

Beitragspflichtiges Einkommen statt Haushaltseinkommen bei der 1 %-Regelung

Um den administrativen Aufwand bei der Umsetzung der Überforderungsklausel für die Krankenkassen in vertretbaren Grenzen zu halten, sollte sich die 1 %-Klausel nicht auf das Haushaltseinkommen, sondern auf das beitragspflichtige Einkommen beziehen. Letzteres liegt der heutigen Beitragsschöpfung der Krankenkassen zugrunde. Insoweit würde die Umsetzung der Überforderungsklausel keinen erheblichen Prüfaufwand nach sich ziehen.

Das Haushaltseinkommen geht über die Beitragsbemessungsgrenze der GKV (derzeit 42.750 € pro Jahr) hinaus. Es berücksichtigt weitere Einkunftsarten wie Zinsen und Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung und bezieht das Einkommen nicht GKV-versicherter Haushaltsmitglieder mit ein. Da das Haushaltseinkommen jedoch nach § 62 SGB V ermittelt wird, werden von den berücksichtigten Einkünften Freibeträge abgezogen, die das Haushaltseinkommen deutlich schmälern. Zu diesen Freibeträgen zählen 15 % der Bezugsgröße (diese beträgt derzeit 29.400 € pro Jahr) für die zweite im Haushalt lebende Person sowie 10 % der Bezugsgröße pro weiterer im Haushalt lebender Personen (inklusive Kinder). Hinzu kommen Freibeträge für Kinder, die sich aus 1.824 € pro Jahr für das sächliche Existenzminimum des Kindes

(Kinderfreibetrag) und 1.080 € pro Jahr für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes zusammensetzen.

Obwohl bei Geringverdienerhaushalten das beitragspflichtige Einkommen nach § 226 SGB V das Haushaltseinkommen nach § 62 SGB V leicht übersteigt, entsteht auch diesen Haushalten durch die vereinfachte Erhebung des Zusatzbeitrags über das beitragspflichtige Einkommen kein Nachteil. Dies geht darauf zurück, dass der Verwaltungsaufwand bei der Zugrundelegung des Bruttohaushaltseinkommens sehr hoch ist und mehr als 10 % des voraussichtlichen Zusatzbeitrages ausmachen kann. Eine Berechnung auf der Grundlage des SOEP-Panels hat ergeben, dass das Haushaltseinkommen für die Summe aller GKV-Versicherte lediglich 5 % über dem beitragspflichtigen Einkommen dieser Haushalte liegt. Für die GKV insgesamt wäre der Ertrag der 1 %-Klausel nach Haushaltseinkommen (§ 62 SGB V) gegenüber dem Ertrag über das beitragspflichtige Einkommen somit rund 5 % höher. Allerdings lägen die zusätzlichen Verwaltungskosten bei einer Ausrichtung am Haushaltseinkommen in etwa doppelt so hoch. Insoweit wäre eine Bemessung der 1%-Grenze an dem beitragspflichtigen Einkommen wirtschaftlicher.

4 Wirkt sich die 1 %-Regelung unterschiedlich aus, je nachdem, ob ein prozentualer oder ein fixer Zusatzbeitrag gefordert wird, und wie beurteilen Sie die Wahlmöglichkeiten?

Die 1 %-Regelung stellt einen wichtigen Schutz vor finanzieller Überforderung im Einzelfall dar. So würde eine Prämie von 20 € im Monat einen einkommensschwachen Rentner mit 500 € im Monat zusätzlich mit 4 % belasten, einen gut verdienenden Angestellten mit einem Monatseinkommen von 3000 € lediglich mit 0,67 %. Diese Zahlen machen den grundsätzlichen Unterschied zwischen einem prozentualen und einem fixen Zusatzbeitrag deutlich: Eine einheitliche Prämie belastet einkommensschwächere höher und untergräbt damit die solidarische Finanzierung im Sinne einer Belastung nach Leistungsfähigkeit. Dadurch wird letztlich wieder ein Wettbewerb um einkommensstarke Mitglieder stimuliert, was durch den vollen Einnahmenausgleich im Gesundheitsfonds gerade vermieden werden sollte.

Der administrative Aufwand einer Umsetzung der 1 %-Regelung ist bei einem prozentualen Zusatzbeitrag – insbesondere bei Zugrundelegung der beitragspflichtigen

Einnahmen – relativ gering. Dies stellt sich bei einer Prämie anders dar. Bei einer Prämie von 20 € pro Monat müsste ein linearer Anstieg der Belastung durch eine entsprechende Abstufung der Prämie bis zu einem monatlichen Einkommen von bis zu 2000 € gesichert werden. Erst ab 2000 € würde die Prämie konstant bei 20 € bleiben.

Insgesamt ist festzustellen, dass eine 1 %-Regelung sowohl bei einem prozentualen als auch bei einem fixen Zusatzbeitrag umsetzbar wäre, allerdings eine Prämie einen höheren administrativen Aufwand erfordern würde, und zugleich wegen einer höheren Belastung von Einkommensschwächeren ungerechter wäre.

5 Unter welchen Voraussetzungen kann der Zusatzbeitrag die gewünschte wettbewerbsstimulierende Funktion übernehmen?

Damit der Zusatzbeitrag die gewünschte wettbewerbsstimulierende Wirkung erzielen kann, müssen drei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Höhe der Zusatzbeiträge darf nicht von der Mitgliederstruktur der Krankenkasse abhängen. Wenn der Zusatzbeitrag hoch ist, weil die Mitglieder der Krankenkasse kränker sind, handelt es sich nicht um ein Zeichen mangelnder Wirtschaftlichkeit. Daher ist ein umfassender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich entsprechend dem Vorschlag der BMG-Gutachter unabdingbar.
2. Die Mitgliederbelastung durch den Zusatzbeitrag darf nicht vom Einkommen der Versicherten abhängen. Ein durch Wirtschaftlichkeitsdefizite verursachter Zusatzbeitrag würde sonst bei einer grundlohnschwachen Krankenkasse zu deutlich höheren Mitgliederverlusten führen als bei einer grundlohnstarken Krankenkasse. Dies kann durch den Grundlohnfaktor (siehe Ziffer 2) vermieden werden.
3. Der Zusatzbeitrag sollte nicht mehr als 1 % des beitragspflichtigen Einkommens überschreiten. Können Krankenkassen mangelnde Wirtschaftlichkeit durch steigende Zusatzbeiträge kompensieren, bezahlt der Versicherte für mangelnden Wettbewerb. Ist der Zusatzbeitrag auf 1 % gedeckelt, muss die

Krankenkasse alle Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren, um einer Fusion oder gar einer Insolvenz zu entgehen.

6 Wie kann praktisch sichergestellt werden, dass auch Krankenkassen mit vergleichsweise ungünstiger Versichertenstruktur (schwacher Grundlohn, hohe Leistungsausgaben) ausreichende Finanzmittel aus Fonds und Zusatzbeitrag erhalten können?

Auch Krankenkassen mit vergleichsweise ungünstiger Versichertenstruktur können erfolgreich in einem Gesundheitssystem mit Fonds und Zusatzbeiträgen bestehen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der Gesundheitsfonds deckt 100 % der Leistungsausgaben.
2. Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich nach dem Modell der BMG-Gutachter verhindert Risikoselektion und Kostennachteile für Krankenkassen mit vielen chronisch Kranken.
3. Beim Zusatzbeitrag wird durch den Grundlohnfaktor vermieden, dass Krankenkassen mit unterdurchschnittlichem Grundlohn Zusatzbeiträge nicht effektiv erheben können.

7 Wäre es ohne Beeinträchtigung der gewünschten Steuerungsfunktion sinnvoll, praktikabel und mit vertretbarem Aufwand machbar, einen Ausgleich der besonderen Belastungen durch einen überdurchschnittlichen Anteil an Geringverdienern der so genannten Härtefälle über Steuern oder aus dem Fonds vorzunehmen? Wie könnten in einem solchen Fall Anreize zur Mittelverschwendung und Fehlkalkulationen vermieden werden?

Die Steuerungsfunktion des Fonds wäre insbesondere dann gewährleistet, wenn alle Unterschiede beim Zusatzbeitrag allein Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsunterschiede der einzelnen Krankenkassen wären. Durch die Kombination der in Frage 6 beschriebenen Voraussetzungen, 100 %-iger Deckungsgrad des Fonds, umfassender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich und Grundlohnfaktor beim Zusatzbei-

trag, wird die systematische Benachteiligung von Krankenkassen mit hoher Morbidität und niedrigem Grundlohn vermieden.

Damit trotz einer 100 %-Deckung der GKV-Leistungsausgaben durch den Fonds die (teil-)paritätisch finanzierten Beitragssätze möglichst nicht steigen, ist die konsequente Umsetzung der Strukturreformen unabdingbar. Darüber hinaus sollte der Steueranteil des Fonds deutlich erhöht werden. Damit könnten weitere Steigerungen der Lohnzusatzkosten verhindert werden und gleichzeitig Einkommensstärkere, die häufig privat versichert sind, stärker für die Finanzierung des solidarischen Gesundheitssystems heran gezogen werden. Ist der Zusatzbeitrag auf 1 % des beitragspflichtigen Einkommens begrenzt, kann sich keine Krankenkasse eine grobe Unwirtschaftlichkeit leisten. Der Grundlohnfaktor entlastet Geringverdiener unbürokratisch und effektiv und ist der Prüfung von einzelnen Härtefällen vorzuziehen. Die Prüfung von Härtefällen und der Ausgleich über Steuern wäre mit erheblichem bürokratischen Aufwand verbunden. Beim Grundlohnfaktor hat die einzelne grundlohnschwache Krankenkasse keinen Anreiz auf die Erhebung einer notwendigen Zusatzprämie beim Einzelnen zu verzichten, weil sie zusätzliche Mittel aus dem Fonds nur in dem Umfang erhält, in dem sie zuvor Zusatzprämien eingenommen hat. Bei einer durch Steuermitteln finanzierten Härtefallregelung ist der Anreiz für eine Krankenkasse, die Zusatzbeiträge vollständig zu erheben, geringer, weil die nicht erhobenen Beiträge durch Steuermittel kompensiert würden. Insofern ist der Grundlohnfaktor bei der Zusatzprämie nicht nur unbürokratischer, sondern auch weniger manipulationsanfällig, als eine aus Steuermitteln bezahlte Härtefallregelung.

Köln, 29.09.2006