

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ (BT-Drucksache 16/3100)

Finanzierung

1. Anforderungen an eine zielorientierte Finanzierung und Schwachstellen der geltenden Beitragsgestaltung

Die Anforderungen an eine zielorientierte Finanzierung in der GKV ergeben sich in normativer Hinsicht aus den gesamtwirtschaftlichen Postulaten fiskalische Nachhaltigkeit, effiziente Allokation, hoher Beschäftigungsstand, angemessenes Wachstum, Verteilungsgerechtigkeit sowie Transparenz und Planbarkeit. Unter diesen Aspekten beinhaltet das geltende Finanzierungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zahlreiche Schwachstellen, denn es erweist sich als

- nicht nachhaltig durch die Konjunkturanfälligkeit und Wachstumsschwäche seiner Beitragsbemessungsgrundlage. In konjunktureller Hinsicht schwächen Arbeitslosigkeit und Frühverrentung die Finanzierungsbasis und daneben verursachen vor allem niedrige Lohnsteigerungen sowie kaum steigende Renten und künftig noch ein zunehmender Rentneranteil das schwache Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen.
- allokativ verzerrend durch eine Belastung in Form einer linearen Lohnsteuer mit Bemessungsgrenze.
- beschäftigungsfeindlich wegen der derzeitigen Belastung der Löhne und damit der Arbeitskosten.
- wachstumshemmend, da drohende Beitragssatzsteigerungen Leistungskürzungen induzieren und damit auch die Entfaltung des Gesundheitswesens als Beschäftigungs- und Wachstumsbranche behindern.
- verteilungsungerecht. In intragenerativer Hinsicht benachteiligt es u.a. Lohnbezieher sowie Zweiverdienerfamilien und führt zu Verwerfungen an der Pflichtversicherungsgrenze. Intergenerative Verteilungsprobleme entstehen beim Umlageverfahren durch den anstehenden Wandel der demographischen Struktur.

- in hohem Maße intransparent, da sich die Verteilungswirkung in der GKV mit entsprechenden distributiven Effekten im Steuer- und Transfersystem sowie in anderen Zweigen der sozialen Sicherung überschneiden.

Daneben fällt dem Finanzierungssystem zumindest mittelbar die Aufgabe zu, in Verbindung mit der Ausgaben- bzw. Leistungsseite der GKV den Wettbewerb um eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu intensivieren. Das kann nur gelingen, wenn der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf das Verhältnis zwischen diesen und den Leistungserbringern übergreift und damit die gesundheitliche Leistungserstellung zu verbessern vermag. Hierzu benötigen Krankenkassen und Leistungserbringer mehr Instrumentvariable und zugleich erfordert eine höhere Wettbewerbsintensität auch eine tendenzielle Verlagerung der Entscheidungen von der staatlichen Makro- über die korporative Meso- in Richtung der einzelwirtschaftlichen Mikroebene. Sofern eine Erhöhung der Wettbewerbsintensität neben einer Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes auch zu Ressourceneinsparungen führt, fördert sie auch die fiskalische Nachhaltigkeit.

Eine Finanzierungsreform in der GKV kann grundsätzlich an folgenden Elementen der geltenden Beitragsgestaltung ansetzen:

- Pflichtversichertenkreis,
- Beitragsbemessungsgrundlage,
- Beitragstarif,
- beitragsfreie Mitversicherung,
- Arbeitgeberanteil und
- Deckung der Ausgaben.

2. Lösungsansätze im Gesetzentwurf

Hinsichtlich des Finanzierungssystems vermag der vorliegende Gesetzentwurf nahezu keine der bestehenden Schwachstellen zu beseitigen oder auch nur abzumildern. Der allgemeine Beitragssatz dürfte selbst bei moderaten Annahmen bis zum Jahre 2008 bzw. 2009 noch um 1,0 bzw. 1,2 Prozentpunkte ansteigen. Der zentrale Gesundheitsfonds mit dem gesetzlich fixierten Beitragssatz könnte wegen des einheitlichen Beitragssatzes des Arbeitgebers – und der damit einhergehenden höheren Belastungen der Versicherten bei Kostendifferenzen zwischen den Krankenkassen – bei isolierter Betrachtung die Wettbewerbsintensität erhöhen. Einer Verwirklichung dieses Zieles setzt jedoch die Obergrenze des Zusatzbeitrages, der ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen nicht überschreiten darf, insofern enge Grenzen,

als Versicherte mit niedrigem Einkommen nun nur geringe Anreize zu einem Kassenwechsel besitzen. Die Regelung zementiert damit die bisherige Entmischung der Versicherten- bzw. Morbiditätsrisiken zwischen den Krankenkassen. Zudem bereitet diese Regelung für Krankenkassen, die einen hohen Anteil solcher Versicherte aufweisen, erhebliche fiskalische Probleme. Sie sehen sich dann gezwungen, die entsprechenden Fehlbeträge über einen höheren Zuzahlungsbeitrag zu kompensieren, der ihre wettbewerbliche Position zusätzlich verschlechtert und hier nicht auf Unwirtschaftlichkeiten zurückgeht. Dabei wächst dieser Aufschlag mit zunehmendem Zusatzbeitrag deutlich überproportional an, was Krankenkassen unverschuldet in die Insolvenz treiben kann.

Solange es noch zahlreiche Krankenkassen gibt, die keinen Zusatzbeitrag – oder nur einen, der die ein Prozent des jeweiligen Haushaltseinkommens nicht überschreitet – erheben, besteht für diese wettbewerbshemmende Obergrenze auch unter Verteilungsaspekten keine Notwendigkeit bzw. Berechtigung. Die Analogie dieser Obergrenze des Zusatzbeitrags mit der geltenden Überforderungsklausel bei den Zuzahlungen geht in ihrer Begründung ordnungs- und verteilungspolitisch weitgehend fehl. Während die Patienten den Zuzahlungen im Falle von Krankheit nicht ausweichen können, besitzen die Versicherten unabhängig von ihren beitragspflichtigen Einnahmen bzw. ihrem Haushaltseinkommen die Möglichkeit, von einer Krankenkasse mit (zu hohem) Zusatzbeitrag zu einer anderen zu wechseln.

Der Ansatz der Obergrenze des Zusatzbeitrages an den beitragspflichtigen Einnahmen kann auch zu verteilungspolitischen Verwerfungen führen. Sofern eine Krankenkasse einen solchen Zusatzbeitrag von 20,- € im Monat erheben möchte bzw. muss, zahlt ein Ehepartner mit einem monatlichen Lohn von 800,- € nur 8,- € auch wenn sein Ehepartner ein monatliches Einkommen von 10.000,- € erzielt. Verteilungsaspekte erfordern hier einen Bezug zum Haushaltseinkommen, auch wenn dies sicherlich erhebliche administrative Probleme aufwirft. Schließlich setzt die derzeitige Regelung für Versicherte mit einem beitragspflichtigen Einkommen unter 800,- € Anreize, zu einer Krankenkasse mit einem Zusatzbeitrag von über 8,- € zu wechseln.

Da es bis zum Jahre 2009 die Steuerfinanzierung krankensicherungs-fremder bzw. gesamtgesellschaftlicher Leistungen noch hinter dem derzeitigen Niveau zurückbleibt, beschränken sich die zielorientierten Elemente des Entwurfs hinsichtlich des

Finanzierungssystems der GKV und des damit verbundenen Wettbewerbs der Krankenkassen auf die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen.

Die Auflage für die private Krankenversicherung (PKV), dem Versicherten beim Wechsel der Versicherung die Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifes mitzugeben, könnte den Wettbewerb innerhalb der PKV erhöhen. Die Beschränkung der Prämienkalkulation auf Alter und Geschlecht erzwingt jedoch in der PKV einen Finanz- bzw. Risikostrukturausgleich und führt damit zu einem zusätzlichen isolierten Umverteilungsmechanismus, der die Intransparenz hinsichtlich der in der Volkswirtschaft insgesamt vorhandenen Distributionswirkungen noch erhöht.

3. Zu einer morbiditätsorientierten Ausdifferenzierung des Risikostrukturausgleiches

Bei einer sozialpolitisch motivierten Beitragsgestaltung, d.h. bei nicht risikoäquivalenten Prämien für den Krankenversicherungsschutz, bildet ein Risikostrukturausgleich (RSA) eine unverzichtbare Grundlage eines zielorientierten Wettbewerbs der Krankenkassen. Es geht insofern nicht um das „OB“, sondern nur um das „Wie“ eines morbiditätsorientierten RSA, denn schon die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht weisen einen eindeutigen Morbiditätsbezug auf. Der RSA besitzt allerdings in zweifacher Hinsicht nur instrumentalen Charakter: Er dient zunächst zur Realisierung eines zielorientierten Wettbewerbs der Krankenkassen und dieser stellt dann ein Mittel zur Erhöhung von Effizienz und Effektivität auf der Zielebene dar. Der RSA zielt konkret darauf ab:

- Risikoselektion zu verhindern,
- für alle Beteiligten Anreize zu wirtschaftlichem Handeln zu setzen und
- faire Chancen im Wettbewerb der Krankenkassen zu schaffen.

Im Sinne eines zielorientierten RSA sollten die Ausgleichsfaktoren und die aus ihnen gebildeten Klassifikationsmodelle die Kriterien der Validität, Exogenität, Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität, Praktikabilität und Verwaltungseffizienz sowie Transparenz und Akzeptanz erfüllen. Die notwendigen Bedingungen hierzu liegen auch für einen RSA, der alle denkbaren Komponenten in den Ausgleich einbeziehen möchte, schon bei den Kriterien der Validität und Exogenität offensichtlich nicht vor. So vermag hinsichtlich der Validität keines der bisher vorliegenden Modelle in seiner prospektiven

Variante mehr als 25% der Ausgabenvarianz zu erklären. Da die gesundheitliche Leistungserstellung einen komplexen Produktionsprozess bildet, bei dem neben der Morbidität der Patienten auch ärztliche Behandlungen und das Gesundheitsverhalten der Versicherten eine relevante Rolle spielen, befinden sich die Krankenkassen hier nicht in einer rein exogenen Position, sondern können mit ihren Aktionsparametern in vielfältiger Weise auf diesen Prozess einwirken.

Es besteht aber nicht nur keine Möglichkeit, sondern im Sinne eines zielorientierten Wettbewerbs auch keine Notwendigkeit, über eine maximale Ausdifferenzierung des RSA nach einem Ausgleich aller, „denkbaren Risiken“ zu streben. Es reicht aus, den RSA auf Faktoren zu beschränken, die

- nach Bereinigung um eindeutig exogene Faktoren, wie Alter und Geschlecht, deutlich höhere Ausgaben verursachen,
- die Beitragssätze wesentlich beeinflussen und
- starke Unterschiede zwischen den konkurrierenden Krankenkassen aufweisen.

Im Rahmen eines funktionsfähigen Wettbewerbs, der den Krankenkassen ein hinreichendes Spektrum an Wettbewerbsparametern bietet, bildet die Morbiditätsstruktur der Versicherten nur einen relevanten Faktor, der erst im Zusammenhang mit anderen Einflussgrößen und Instrumentvariablen, wie z.B. Marktanteile und regionale Verdichtung, die Wettbewerbschancen einer Krankenkasse absteckt. Ohne Reformen, die den Krankenkassen mehr Wettbewerbsparameter im Vertrags- und Versorgungsausgleich zur Verfügung stellen, droht eine inhaltliche und methodische Überfrachtung des RSA.

Die ordnungspolitischen Voraussetzungen eines zielorientierten Wettbewerbs bedingen, die geplante Ausgestaltung des RSA im Sinne einer Vereinfachung und Verbesserung seiner Zielgenauigkeit mit dem Ausbau der Handlungsparameter von Krankenkassen und Leistungserbringern zu verbinden. Ein Vorziehen der Ausgestaltung des RSA auf Basis der derzeitigen unzureichenden Wettbewerbsparameter läuft Gefahr, in eine maximale und nicht wettbewerbskonforme Ausdifferenzierung abzugleiten. Es bleibt nach einer maximalen Ausdifferenzierung des RSA auch fraglich, ob eine Zunahme der Handlungsparameter im Leistungs- und Vertragsbereich und damit eine Intensivierung der Wettbewerbsintensität jemals zustande kommt. Dabei könnten Krankenkassen mit einer etwas ungünstigeren Risiko- bzw. Versichertenstruktur, aber überdurchschnittlichen

Marktanteilen und starker regionaler Verdichtung durch eine Zunahme ihrer Handlungsparameter u.U. mehr wettbewerbliche Vorteile als durch eine maximale Ausdifferenzierung des RSA erlangen.