

Die Wirkungen der Härteregelung beim Zusatzbeitrag im Fondskonzept der Bundesregierung

- Eine statistische Simulationsanalyse -

Verantwortlich:

Dorothee Schawo, Leiterin der Abteilung Risikostrukturausgleich/Controlling
Werner Schneider, Leiter des Geschäftsbereichs Finanzen/Controlling

Stand: 24.August 2006

Inhaltsverzeichnis	Seite
Zusammenfassung der Ergebnisse	3
1 Ausgangslage: Das Fondskonzept nach den Eckpunkten der Koalition	5
2 Ziele des Fondskonzepts nach den Vorstellungen der Bundesregierung	7
3 Fragestellung und Methode der Analyse	8
4 Datengrundlagen der Analyse	10
5 Entsprechen die untersuchten Modellvarianten mit 10, 15, 20 Euro der zu erwartenden Fondskonzeption?	13
6 Sind Mitglieder in der GKV in nennenswertem Umfang von der Härteregelung betroffen?	14
7 Welche Prämien müssen Krankenkassen wegen der Härteregelung kalkulieren?	16
7.1 <i>Modellvariante A: Jede Kasse benötigt von jedem Mitglied einen monatlichen Zusatzbeitrag von 10 €</i>	<i>16</i>
7.2 <i>Modellvariante B: Jede Kasse benötigt von jedem Mitglied einen monatlichen Zusatzbeitrag von 15 €</i>	<i>19</i>
7.3 <i>Modellvariante C: Jede Kasse benötigt von jedem Mitglied einen monatlichen Zusatzbeitrag von 20 €</i>	<i>21</i>
8 Wie sind die Ziele des Fondskonzepts/Zusatzbeitrags betroffen?	22

Zusammenfassung der Ergebnisse

Mit dem Fondskonzept wird das Anliegen verfolgt, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Ansatzpunkt hierfür ist der von den Krankenkassen von den Mitgliedern unmittelbar zu erhebende Zusatzbeitrag. Durch die mit diesem Zusatzbeitrag erhöhte Preistransparenz soll der Wettbewerb verstärkt werden. Zugleich sollen die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs durch eine zielgenauere risikoadjustierte Zuweisung der Fondsmittel auf die Krankenkassen verbessert werden. Mit einer Begrenzung des Zusatzbeitrags auf maximal 1 v.H. des Haushaltseinkommens soll eine soziale Überforderung der Mitglieder vermieden werden.

Die Analyse geht der Frage nach, in welchem Ausmaß die Mitglieder von der Begrenzung des Zusatzbeitrags auf maximal 1 v.H. des Haushaltseinkommens betroffen sind. Auf der Basis der Einkommensstrukturdaten von 16 AOKs wird zudem analysiert, wie stark sich ein von der Krankenkasse zu kalkulierender Zusatzbeitrag als Folge der Härteregelung von dem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag (ohne Berücksichtigung der Härtefallregelung) unterscheiden wird. Diese Analyse erfolgt in drei Modellszenarien mit einem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag in Höhe von jeweils 10, 15 und 20 Euro.

Die wichtigsten Ergebnisse sind:

- Bereits bei einem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag in Höhe von monatlich 10 Euro wären 58 v.H. aller AOK-Mitglieder von der Härteregelung betroffen. Erhöht sich der Zusatzbeitrag auf 15 Euro, wären 96 v.H. und bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro 100 v.H. aller AOK-Mitglieder betroffen.
- Bei einem Zusatzbeitrag von 15 Euro könnten 13 von 16 AOKs das notwendige Zusatzbeitragsvolumen wegen der 1 v.H.-Begrenzung nicht in vollem Umfang realisieren. Die Beitragsausfälle erreichen bei vier AOKs über 30 v.H. Bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro wären alle AOKs von Beitragsausfällen betroffen; in diesem Szenario erreichen die Beitragsausfälle bei neun AOKs über 30 v.H., bei einer AOK sogar über 50 v.H.
- Wegen der unterschiedlichen Verteilung von einkommensstarken und –schwachen Mitgliedern zwischen den Krankenkassen führt die Härteregelung zu erheblichen Unterschieden in der Höhe des Zusatzbeitrags: Bereits bei einem relativ niedrigen notwendigen Zusatzbeitrag von 10 Euro müssen die AOKs Zusatzbeiträge kalkulieren, die zwischen 11,73 Euro und rd. 42 Euro streuen. Diese Unterschiede sind ausschließlich das Ergebnis der unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Mitglieder dieser AOKs.

Diese Ergebnisse lassen sich auf andere Krankenkassen mit ähnlichen Mitgliederstrukturen übertragen. Auf Grund verschiedener in der Studie im einzelnen dargelegter Faktoren wird es – unabhängig von einer 95- oder 100-prozentigen Finanzausstattung des Fonds – nach einer Fondseinführung auf jeden Fall eine größere Zahl von Krankenkassen geben, die Zusatzbeiträge benötigen. Damit wird deutlich, dass der Zusatzbeitrag in Kombination mit der Härteregelung nicht – oder nur unter Inkaufnahme von Kassenschließungen - umsetzbar ist.

Das Ziel des Fonds, den Wettbewerb über den Zusatzbeitrag in Richtung mehr Wirtschaftlichkeit zu lenken, ist mit dieser Konzeption nicht erreichbar: Soweit Preisunterschiede zwischen Krankenkassen existieren, drücken diese vor allem Einkommensunterschiede der Mitglieder aus. Die wettbewerblichen Anreize der Krankenkassen werden deshalb nicht in Richtung „mehr Wirtschaftlichkeit“ gestärkt, sondern in Richtung Risikoselektion fehlgeleitet: Wichtig für das Überleben einer Krankenkasse wird es, möglichst viele hochverdienende Mitglieder zu haben. Zugleich werden beachtliche Teile der Mitglieder faktisch vom Preiswettbewerb ausgeschlossen, weil für sie – auch

bei einem Kassenwechsel – vielfach der Einheitsbeitrag in Höhe von 1 v.H. des Einkommens zu zahlen ist. Bei steigendem GKV-Finanzierungsbedarf und festgeschriebener Fondsausstattung werden diese von der Härteregelung betroffenen Mitgliederanteile erheblich ansteigen.

Eine Kompensation der härtefallbedingten Beitragsausfälle aus den Fondszuweisungen würde die Probleme nicht lösen. Vielmehr würden in dieser Weise subventionierte Zusatzbeiträge zusätzliche Fehlanreize bei den Krankenkassen verursachen. Auch die schleichende Aushöhlung des Wettbewerbs durch den steigenden Anteil der Härtefallmitglieder wäre über diesen Weg nicht vermeidbar.

Eine Abschaffung oder Erhöhung der 1 v.H.-Härtegrenze würde das Ziel konterkarieren, die Mitglieder vor sozialer Überforderung zu schützen.

1 Ausgangslage: Das Fondskonzept nach den Eckpunkten der Koalition

Das Eckpunktepapier der Koalition sieht in Ziffer 15 unter der Überschrift „Finanzierung der GKV über einen Gesundheitsfonds“ zur Gesamtkonzeption einer Fondsfinanzierung vor:

„Das Modell eines Gesundheitsfonds sorgt für eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln. Die Kassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, und sie ziehen die Beiträge auch nicht mehr selbst ein. In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzreserven gestartet; bis zum Start des neuen Modells müssen sich die Kassen daher entschulden. Ab dann erhalten sie für jeden Versicherten den gleichen Betrag aus dem Fonds. Für Kinder wird ein einheitlicher Betrag kalkuliert, der die durchschnittlichen Kosten deckt. Die je nach Kasse unterschiedlichen Risiken der Versicherten wie beispielsweise Alter, Krankheit, Geschlecht werden durch risikoadjustierte Zuweisungen aus dem Fonds ausgeglichen.

Jeder Versicherte erhält im letzten Quartal eine Mitteilung ... über den einheitlichen Betrag, den seine Kasse für ihn aus dem Fonds erhält, zusammen mit Mitteilungen über einen eventuellen Zusatzbeitrag oder ggf. Tarifangebote....

Der Fonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern. Beide Beitragssätze werden gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Sonderbeitrag von 0,9 %. ...“ Zudem ist eine ergänzende Steuerfinanzierung in 2008 von 1,5 und in 2009 von 3 Mrd. Euro mit Steigerung in den Folgejahren vorgesehen; es ist unklar, ob von der PKV beim Wechsel eines Versicherten zur GKV die an die GKV zu zahlenden Alterungsrückstellungen ebenfalls an den Fonds zu zahlen sind.

Zur Finanzausstattung des Fonds:

„Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben muss zu mindestens 95 Prozent aus dem Fonds erfolgen. Mit einem gesetzlich festgelegten Anpassungsprozess werden unvermeidbare Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und die demografische Entwicklung zuerst über den vereinbarten, aufwachsenden Zuschuss aus Haushaltsmitteln, soweit darüber hinausgehend, von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen getragen. Damit erhalten die Versicherten klare Informationen über die Leistungsfähigkeit ihrer Krankenkasse. Das Fondsmodell zwingt damit das Management der Kassen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven intensiv zu nutzen, wenn sie ihre Versicherten nicht verlieren wollen. Dies ist eine Voraussetzung für Wettbewerb zwischen den Kassen, der den Versicherten durch erweitere Wahlmöglichkeiten zugute kommt.“

Zur Verteilung der Fondsmittel auf die Krankenkassen:

„Die Kassen erhalten künftig für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds neben einer Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag. Die Einführung des Fondsmodells erlaubt dadurch einen vereinfachten und zielgenaueren Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen mit

- einem Einkommensausgleich zu 100 %,*
- einem zielgenaueren Ausgleich der unterschiedlichen Risiken der Versicherten, wie beispielsweise Alter, Krankheit, Geschlecht sowie*
- der Abschaffung des Ausgleichs zwischen den Kassen durch Verlagerung in den Fonds. Damit gibt es künftig keine Differenzierung mehr in Zahler- und Empfänger-Kassen.“*

Zur Restfinanzierung der Ausgaben durch einen Zusatzbeitrag:

„Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Dafür stehen ihnen die bereits vorhandenen und die neu geschaffenen Möglichkeiten, die Versorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich zu organisieren, zur Verfügung. So können sie ihren Versicherten kostensparende Tarife (Hausarztmodelle, Wahltarife, besondere Versorgungsformen usw.) anbieten...“

*Führt dies nicht zum Erfolg, können sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Andererseits können Kassen, die Überschüsse erzielen, diese auch an ihre Versicherten ausschütten. **Die Obergrenze des Zusatzbeitrags darf ein Prozent des Haushaltseinkommens (analog zur geltenden Überforderungsregelung bei den Zuzahlungen) nicht überschreiten. Dadurch werden individuelle soziale Härten vermieden.** Gestaltung und Erhebung des Zusatzbeitrags wird innerhalb dieses Rahmens der einzelnen Kasse überlassen ...“*

Die Koalition hat angekündigt, den Fonds im Jahre 2008 einzuführen.

Das Konzept des Gesundheitsfonds besteht somit aus folgenden Elementen:

- Ausstattung zu mindestens 95 v.H. der im Jahre der Einführung erwarteten GKV-Ausgaben
- Finanzierung durch einkommensabhängig erhobene GKV-einheitliche Beitragssätze von Mitgliedern und Arbeitgebern sowie durch ergänzende Steuermittel
- Fixierung dieser Beitragssätze durch den Gesetzgeber
- Anpassung durch ein gesetzlich vorgegebenes Verfahren
- Anpassung des Fonds an Ausgabenentwicklungen, die durch den technischen Fortschritt und die demografische Entwicklung verursacht sind (offenbar nicht an Entwicklungen, die sich durch andere Faktoren ergeben, die auf Preise und Mengen der Gesundheitsgüter und -dienstleistungen wirken)
- Verteilung der Fondsmittel auf die Krankenkassen nach Grundpauschalen und risikoadjustierten Zuschlägen (Risikostrukturausgleich)
- Restfinanzierung durch Gestaltung von Versorgungs- und Beitragstarifen der jeweiligen Einzelkassen oder
- allein durch von Mitgliedern zu tragende Zusatzbeiträge (bei Überschüssen Ausschüttung)
- Bemessung der Zusatzbeiträge alternativ als einkommensabhängiger prozentualer oder als pauschaler Zusatzbeitrag
- Erhebung dieser Zusatzbeiträge durch die Krankenkassen oder wahlweise durch den Fonds
- **Höchstbetrag des Zusatzbeitrags ist 1 v.H. der Haushaltsbruttoeinnahmen des Mitglieds (analog zu den geltenden Zuzahlungs-Härtefallregelungen)**

2 Ziele des Fondskonzepts nach den Vorstellungen der Bundesregierung

Die Ziele des Fondskonzepts ergeben sich unmittelbar aus den Eckpunkten der Regierungskoalition:

„Mit der Einführung eines neuen Gesundheitsfonds schaffen wir die Voraussetzungen, ohne überflüssige Bürokratie die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote erhöht werden können. Zusammen mit der erheblichen Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird damit die Grundlage für einen scharfen, aber gleichzeitig fairen Wettbewerb zugunsten einer bestmöglichen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Es wird ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten unternommen“. Zur Begrenzung des Zusatzbeitrags durch die 1 v.H.-Härteregelung heißt es an anderer Stelle: „Dadurch werden individuelle soziale Härten vermieden.“

Anliegen des Fondsmodells sind somit

- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit
- Bürokratieabbau
- Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs insbesondere durch einen 100-prozentigen Einkommensausgleich
- Verstärkung des Kassen-Preiswettbewerbs (Zusatzbeiträge)
- verbesserte Finanzierungs- und Preistransparenz für die Mitglieder
- Schutz insbesondere der Einkommensschwachen vor sozialer Überforderung durch Begrenzung des Zusatzbeitrags auf 1 v.H. des Haushaltseinkommens

3 Fragestellung und Methode der Analyse

Ziel dieser Analyse ist, die finanziellen und wettbewerblichen Auswirkungen der 1 v.H.-Härteregelung zu untersuchen. Dabei ist vor allem zu klären, ob und inwieweit diese Härtefallregelung die o.g. Wirtschaftlichkeits-, Transparenz-, Risikoausgleichs- und Wettbewerbsziele beeinträchtigt, die dem Fondsmodell zu Grunde liegen. Im Vordergrund steht deshalb die Kernfrage, ob und ggf. in welchem Ausmaß die unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Mitglieder Einfluss auf die Höhe des Zusatzbeitrags haben werden. Dieser Frage geht die Analyse in folgender Differenzierung nach:

- Wie häufig wird voraussichtlich die Betroffenheit der Mitglieder in der GKV durch diese Härteregelung sein?
- Welche Ausmaße können die durch die Sozialklausel wegfallenden Zusatzbeiträge erreichen bzw. welche Prämienaufschläge zu Lasten der übrigen Mitglieder (Härtefallaufschläge) müssten die betroffenen Krankenkassen ggf. kalkulieren?
- Wie stark streuen diese Härtefallaufschläge zwischen verschiedenen Krankenkassen?
- Wie verändern sich diese Härtefallaufschläge bei Erhöhungen des Zusatzbeitrags?
- Kann die 1 v.H.-Regelung dazu führen, dass Krankenkassen Teile des rechnerisch notwendigen Zusatzbeitragsvolumens nicht erheben können?

Damit ist die Analyse in der Fragestellung von vornherein auf einen scheinbar kleinen Teil des Fondskonzepts begrenzt. Ausgeklammert bleibt, welche Höhe die von den Krankenkassen zu erhebenden oder auszuschüttenden „Zusatzbeitragsvolumina“ voraussichtlich in 2008 erreichen werden, wie stark die Zusatzbeiträge aus anderen als den o.g. Gründen streuen, wie sich Höhe und Streuung in den Folgejahren voraussichtlich entwickeln werden und welche Verwaltungskosten durch den Einzug der Zusatzbeiträge im Wege der Einzelkontenführung für alle Mitglieder entstehen werden.¹

Ausgeklammert bleibt zudem die Frage, wie die Krankenkassen die 1 v.H.-Härteregelung umsetzen sollen. Diese Frage ist von besonderer Bedeutung, wenn erhebliche Teile der Mitglieder von dieser Regelung betroffen sind. Die notwendigen Informationen und Daten (Haushaltseinkommen) zu einer kundenfreundlichen Umsetzung dieser Regelung existieren bei den Krankenkassen nicht.

Der Analyse liegt folgende statistische Methode zu Grunde:

In einem ersten Schritt werden die Einkommensunterschiede zwischen den Kassenarten auf Basis der durchschnittlichen Grundlöhne je Mitglied analysiert. In einem zweiten Schritt werden die Mitglieder ausgewählter Einzelkassen Einkommensklassen zugeordnet. Damit soll dargestellt werden, welche Ausmaße die kassen- und kassenartenspezifischen Einkommensunterschiede von Mitgliedern erreichen. In einem dritten Schritt werden die Auswirkungen dieser Einkommensstreuungen auf Basis von drei unterschiedlichen Modellkonstellationen analysiert:

¹ Vgl. hierzu Expertise der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 20. Juli 2006: „Ein Gesundheitsfonds mit Beitragseinzug schafft nur Probleme und baut neue Bürokratien auf, statt bestehende Strukturen zu nutzen“, die Kosten für den Einzug des Zusatzbeitrags im Wege der Einzelkontenführung werden mit 1,3 Mrd. Euro ermittelt

- Modell A = einer rechnerisch notwendigen Monatsprämie in Höhe von 10 Euro
- Modell B = einer rechnerisch notwendigen Monatsprämie in Höhe von 15 Euro
- Modell C = einer rechnerisch notwendigen Monatsprämie in Höhe von 20 Euro

In diesen Modellvarianten werden die „**rechnerisch notwendigen Zusatzbeiträge**“ (= notwendiges Zusatzbeitragsvolumen geteilt durch die Zahl der Mitglieder) nicht analytisch ermittelt, sondern als Annahme gesetzt. Dabei wird unterstellt, dass alle analysierten Krankenkassen je Mitglied ein gleiches Zusatzbeitragsvolumen benötigen. Der „rechnerisch notwendige Zusatzbeitrag“ unterstellt somit, dass es keine 1 v.H.-Härteregelung gibt.

Dieser dritte Analyseschritt soll zeigen, welche Mitgliederanteile bei rechnerisch notwendigen Zusatzbeiträgen von 10, 15 und 20 Euro von der Härteregelung betroffen wären.

Von dem „rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag“ zu unterscheiden ist der von der Krankenkasse „**zu kalkulierende Zusatzbeitrag**“: Dieser Wert sagt aus, welcher Zusatzbeitrag unter Berücksichtigung der 1 v.H.-Beitragsbegrenzung von der jeweiligen Kasse zu kalkulieren ist. Dabei wird berücksichtigt, dass der volle Zusatzbeitrag z.B. in dem 10-Euro-Modell A nur von Mitgliedern zu zahlen ist, deren monatliches Einkommen mindestens 1.000 Euro (1 v.H. = 10 Euro) erreicht. Liegt das Einkommen niedriger – z.B. bei 500 Euro – zahlt dieses Mitglied nicht 10, sondern nur 5 Euro. Der wegfallende Zusatzbeitrag dieses Mitglieds ist von den übrigen Mitgliedern mitzufinanzieren. Da anzunehmen ist, dass es in jeder Krankenkasse Mitglieder mit Einkommen unterhalb dieses 1.000 Euro-Einkommens gibt, ist der von der Kasse zu kalkulierende Zusatzbeitrag immer höher als der rechnerisch notwendige Zusatzbeitrag. Die Auswirkungen der Härteregelung auf diesen „zu kalkulierenden“ Zusatzbeitrag werden in einem vierten Schritt analysiert.

Die Analyse konzentriert sich somit im Schwerpunkt auf die Ermittlung der Differenzen zwischen dem rechnerisch notwendigen und dem zu kalkulierenden Zusatzbeitrag. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die in den unteren Einkommensklassen durch die Härteregelung wegfallenden Zusatzbeiträge in der nächsthöheren Einkommensklasse ebenfalls zum Erreichen der 1 v.H.-Grenze führen können. Dies führt zur weiteren Erhöhung des zu kalkulierenden Zusatzbeitrags. Auch diese weitere Erhöhung kann dazu führen, dass Mitglieder in der nächsthöheren Einkommensklasse die 1 v.H.-Einkommensgrenze erreichen, so dass wiederum eine Erhöhung des zu kalkulierenden Zusatzbeitrags notwendig wird usw. Die Analyse simuliert diese Effekte in jeder untersuchten Kasse über alle Einkommensklassen und zeigt am Ende dieser Simulation, welcher endgültige Zusatzbeitrag von der Kasse zu kalkulieren ist.

Die Analyse wird dann zeigen, welcher Mitgliederanteil von der 1 v.H.-Grenze betroffen ist und „nur“ den 1 v.H.-Zusatzbeitrag zahlt, und welcher Mitgliederanteil den von der Kasse kalkulierten Zusatzbeitrag in voller Höhe zahlt. Dieser endgültig kalkulierte Zusatzbeitrag ist dann der „Preis“, der von der Kasse zu veröffentlichen ist und über den der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen für die Mitglieder abläuft, die diesen Zusatzbeitrag in voller Höhe zu zahlen haben.

Da für alle untersuchten Kassen ein rechnerisch notwendiger Zusatzbeitrag in gleicher Höhe unterstellt wird, zeigt die Analyse, in welchem Ausmaß die Höhe des kalkulierten Zusatzbeitrags ausschließlich durch die Einkommensunterschiede der Mitglieder dieser Kassen beeinflusst wird. Alle übrigen Effekte, die Einfluss auf die Höhe eines kalkulierten Zusatzbeitrags haben können, werden auf diesem Analyseweg ausgeklammert.

Die Analyse unterstellt, dass keine der untersuchten Krankenkassen einen prozentualen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben wird. Ein solcher Tarif würde geringe Einkommen geringer und höhere Einkommen höher als ein Nominalprämientarif belasten. Im Kassenwettbewerb

würden Höherverdienende deshalb in aller Regel eine Krankenkasse mit einem Nominaltarif wählen. Insoweit bietet die mit den Eckpunkten angebotene Kalkulationsoption für die Krankenkassen keine reale Alternative zum Nominaltarif. Unterstellt man, dass es dennoch Krankenkassen geben wird, die einen Prozentualtarif kalkulieren, würde dieser bei allen Mitgliedern, in deren Haushalt keine zusätzlichen zu berücksichtigenden Einkommen vorhanden sind, durch die 1 v.H.-Härteregelung faktisch auf 1 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder begrenzt. Sind weitere Angehörige ohne Einkommen in dem Haushalt, läge die Belastungsgrenze des Mitglieds wegen der für Angehörige nach § 62 Abs. 2 SGB zu berücksichtigenden Einkommensminderungen sogar unter 1 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen.

In der Modellvarianten A mit 10 Euro läge der rechnerisch zu erhebende notwendige durchschnittliche Prozentualtarif für die AOKs durchschnittlich bei 0,74 v.H., in der Modellvariante B mit 15 Euro bei 1,11 v.H. und in der Modellvariante C mit 20 Euro bei 1,48 v.H. Bereits die Höhen dieser rechnerisch notwendigen Zusatzbeiträge machen deutlich, dass die Wahl eines Prozentualtarifs zwar zu Verschiebungen der Betroffenheit in den Einkommensklassen, nicht aber zur Vermeidung der finanziellen und wettbewerblichen Probleme führt.

4 Datengrundlagen der Analyse

Da das Haushaltseinkommen von Mitgliedern aus amtlichen Statistiken nicht nach Krankenkassen differenziert ermittelbar ist, hat der AOK-Bundesverband bei seinen 16 Mitgliedskassen eine Sondererhebung veranlasst. Die Ergebnisse beschränken sich somit auf 16 AOKs; in ihren wettbewerblichen Auswirkungen sind sie aber exemplarisch für alle Krankenkassen mit ähnlichen Einkommensniveaus und -verteilungen. Die Ergebnisse sind hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen des nicht realisierbaren Zusatzbeitragsvolumens aufgrund der Härtefallregelung von grundsätzlicher Bedeutung für die Umsetzbarkeit des Fonds- und Zusatzbeitragskonzepts.

Die faktischen Datenzugangsbeschränkungen führen zu folgenden Hilfslösungen:

Beitragspflichtige Einnahmen statt Haushaltseinkommen

Die 1 v.H.-Härteregelung sieht als Einkommensbasis die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalts des Mitglieds und aller mit dem Mitglied im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen vor (sog. Haushaltseinkommen). Dieser Einkommensbezug entspricht der bereits heute geltenden Härteregelung für die Begrenzung der Zuzahlungen z.B. bei der Praxisgebühr und bei Arzneimitteln. Dabei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und für Kinder um differenziert vorgegebene Vondersätze zu vermindern (§ 62 Abs. 2 SGB V).

Da die Krankenkassen diese Einkommensinformationen nicht für alle Mitglieder erheben dürfen (sondern nur für diejenigen, die bisher von Zuzahlungsbefreiungen betroffen waren), wurden stattdessen die beitragspflichtigen Einnahmen der versicherten Mitglieder (sog. Grundlöhne) zu Grunde gelegt. Die Datenselektion erfolgte auf der Basis der Daten, die den Krankenkassen zur Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung zur Verfügung stehen. Mittels der eingesetzten Software wurden die Daten selektiert und die Aggregation der Mitgliederzahlen auf die 13 Einkommensgruppen vorgenommen. Der Datenschutz wurde somit durch diese Erhebung nicht verletzt. Bei den pflichtversicherten Mitgliedern sind dies die beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgelte und Entgeltersatzleistungen (Renten, Versorgungsbezüge etc.). Für die freiwilligen Mitglieder sind die beitragspflichtigen Einnahmen aus Arbeitsentgelt, selbständiger Tätigkeit, Vermögen (Zinsen etc.) und Mieten/Pachten zu Grunde gelegt.

Diese Einkommensdefinition unterscheidet sich von der beim Zusatzbeitrag vorgesehenen Definition des Haushaltseinkommens in folgenden Punkten:

- Sie berücksichtigt nur das jeweilige individuelle Bruttoeinkommen des einzelnen Mitglieds, nicht aber weitere Einkommen von anderen Haushaltsangehörigen. Ob dies zu einer geringfügigen Unter- oder Überschätzung der Ergebnisse führt, ist nicht eindeutig bestimmbar. Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, dass Einkommen weiterer Haushaltsangehöriger das Haushaltseinkommen erhöht und somit die der Analyse zu Grunde liegenden Einkommensdaten in ihrer Höhe im oberen Einkommensbereich hierdurch tendenziell unterschätzt werden. Andererseits ist jedoch davon auszugehen, dass in Haushalten mit mehreren Einkommensbeziehern (z.B. beide Ehegatten sind erwerbstätig) auch mehrere Mitglieder selbst versichert sind. Die Analyse unterstellt in diesen Fällen, dass der Zusatzbeitrag in Höhe von 1 v.H. des Einkommens von jedem dieser Mitglieder erhoben wird. Diese Unterstellung – ein Zusatzbeitrag pro Mitglied - gilt auch dann, wenn 1 v.H. des Haushaltseinkommens bereits durch den Zusatzbeitrag nur eines der beiden versicherten Ehegatten erreicht würde. Dieser Effekt führt in der Tendenz zu einer Überbewertung der Einkommenshöhe.
- Die Einkommensgrundlage der Analyse berücksichtigt nicht Einkommensabschläge für im gemeinsamen Haushalt lebende Familienangehörige und Kinder. Dies führt zu einer tendenziellen Überbewertung der Einkommensgrundlage.

Da die o.g. Abweichungen zwischen den Einkommensbegriffen teilweise zu Unter- und teilweise zu Überbewertungen der dieser Analyse zu Grunde gelegten Einkommen führen, ist die dargestellte Ungenauigkeit für den Zweck der Analyse insgesamt von untergeordneter Bedeutung. Soweit Kassenvergleiche angestellt werden, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Abweichungen in jeder Krankenkasse in die gleiche Richtung auswirken und somit keinen oder einen nur vernachlässigbaren Effekt auf die zu kalkulierenden Zusatzbeiträge haben. Hinzu kommt, dass die Analyse einen Zusatzbeitrag von allen Mitgliedern – auch von freiwillig versicherten Sozialhilfeempfängern, von Empfängern von Arbeitslosengeld I und II und von Studenten – unterstellt. In der gesetzlichen Ausgestaltung der Eckpunkte ist jedoch kaum zu erwarten, dass von diesen Versicherten, die bisher aus sozial- oder bildungspolitischen Gründen keinen oder nur einen sehr geringen Beitrag zu zahlen hatten, tatsächlich der volle Zusatzbeitrag erhoben werden soll. Falls diese Vermutung (kein Zusatzbeitrag für Arbeitslosengeldempfänger etc.) eintreten sollte, müssten die Ergebnisse der Analyse teilweise deutlich „negativer“ als dargestellt bewertet werden.

Einkommensklassen

Sämtliche AOK-Mitglieder wurden insgesamt 13 Einkommensklassen zugeordnet: Die unterste Einkommensklasse umfasst alle Mitglieder mit einem jährlichen Einkommen zwischen 0 und 9.800 Euro, die weiteren Einkommensklassen sind in 3.000 Euro-Stufen bis zu einer Einkommensklasse von 40.000 Euro gestaffelt. Die oberste Einkommensklasse umfasst alle Mitglieder mit Einkommen oberhalb von 40.000 Euro. Die 1 v.H.-Grenzen in den jeweiligen Einkommensgruppen gehen von den Mittelwerten dieser Einkommensgruppen aus.

Die oberste Einkommensgruppe ab 40.000 Euro ist eine nach oben offene Einkommensklasse, in der ein Mittelwert rechnerisch nicht mehr bestimmbar ist. Er wurde deshalb auf 50.000 Euro festgesetzt. Aus diesem Mittelwert ergibt sich rechnerisch ein maximaler monatlicher Zusatzbeitrag von 41,66 Euro (= 1 v.H. von 4.166 Euro Monatseinkommen bzw. 50.000 Euro Jahreseinkommen).

Da die Einkommensdaten der Krankenkassen mitgliederdifferenziert nur bis zur GKV-Beitragsbemessungsgrenze (= 3.562,50 Euro monatlich) vorliegen, ist eine genauere Abbildung der ober-

ten Einkommensklasse nicht möglich. Der gesetzte Mittelwert entspricht wahrscheinlich nicht der exakten Einkommensverteilung der Mitglieder mit Einkommen oberhalb von 40.000 Euro. Sollte der Gesetzgeber die 1 v.H.-Begrenzung des Zusatzbeitrags auf Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze begrenzen, ist der mit 42 Euro aus diesem Mittelwert ermittelte Zusatzbeitrag etwas zu hoch. Ist eine Begrenzung bis zur Beitragsbemessungsgrenze nicht vorgesehen, könnte der unterstellte Maximalbeitrag geringfügig zu niedrig ausfallen. Da der Anteil der in der AOK versicherten freiwilligen Mitglieder, die die jährliche Beitragsbemessungsgrenze von 42.750 € überschreiten aber ohnehin nur 1,07 v.H. aller Mitglieder beträgt, ist auch diese Ungenauigkeit bei der Bewertung der Ergebnisse zu vernachlässigen.

Offen ist, welche Regelungen der Gesetzgeber zur Umsetzung des Zusatzbeitrags vorsehen wird. Aus Gründen der Verwaltungskostenbelastung der Krankenkassen und der administrativen Belastung der Mitglieder kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Krankenkassen zur regelmäßigen Erhebung der Haushaltseinkommen sämtlicher Mitglieder verpflichtet werden. Auch die von den Krankenkassen bereits praktizierte Zuzahlungs-Härtefallregelung wird im Wege von Erstattungsanträgen der betroffenen Versicherten und nicht „von Amts wegen“ auf der Basis vorheriger Einkommensermittlungen der Krankenkassen umgesetzt. Die Kalkulation des Zusatzbeitrags/der Ausschüttung durch die Krankenkassen im Wege der jährlichen Haushaltsplanung wird deshalb auf die gleichen Datendefizite und damit methodischen Schwierigkeiten stoßen, die in dieser Analyse thematisiert wurden. Letztlich wird den Krankenkassen nichts anderes übrig bleiben, als die hier gewählte Analyseverfahren für ihre Haushalts-/Beitragskalkulation zu nutzen.

5 Entsprechen die untersuchten Modellvarianten mit 10, 15, 20 Euro der zu erwartenden Fondskonzeption?

In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, ob es überhaupt Krankenkassen geben wird, die einen Zusatzbeitrag in der unterstellten Höhe erheben müssen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine Kasse - unabhängig von ihrem wirtschaftlichen Handeln - **keinen** Zusatzbeitrag erheben muss:

- a) Der **Fonds muss 100 Prozent der GKV-Ausgaben decken**. Sofern dies nicht gewährleistet ist, muss - bezogen auf die gesamte GKV - ein Zusatzbeitrag erhoben werden. Der Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (Stand 17.08.2006) sieht Beitragssatzanpassungen nur dann vor, wenn „*die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen einschließlich der vorgeschriebenen Schwankungsreserve für den Gesundheitsfonds (Anm.: diese beträgt ein Viertel einer Monatsausgabe, d.h. rd. 2 v.H. aller GKV-Ausgaben) ... im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 vom Hundert decken.*“ (§ 220 Abs.2 SGB V Entwurf). Wegen der Berücksichtigung der Schwankungsreserve wird die Finanzausstattung des Fonds bei steigenden GKV-Ausgaben bereits kurzfristig auf unter 95 v.H. sinken

Zu erwartende Regelung:

Im Eckpunktepapier wird derzeit lediglich eine Fondsfinanzierung von mindestens 95 Prozent sichergestellt.

- b) Die **Fondszuweisungen** müssen **mittels** der Mechanik eines **zielgenauen Risikostruktur- ausgleichs (RSA)** erfolgen. Sofern dies nicht der Fall sein sollte, sind Kassen mit überdurchschnittlichen Morbiditätsbelastungen gezwungen, einen Zusatzbeitrag zu erheben.

Zu erwartende Regelung:

Der heutige RSA ist nicht zielgenau. Eine Neukonzeption ist technisch frühestens mit Wirkung vom 2009 umsetzbar. Die Ausgestaltung ab 2009 ist derzeit unklar. Auf jeden Fall aber sind die durch den defizitären RSA bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen bei Fondseinführung in 2008 noch nicht beseitigt.

- c) Es dürfen **keine Unterschiede** zwischen räumlichen Ballungszentren/Großstädten und ländlichen Regionen **bzgl. des regionale Versorgungsangebotes und des hiermit verbundenen Preis- und Mengengefüges** bestehen, da auch bei einem zielgenauen RSA diese Unterschiede nicht ausgeglichen werden.

Zu erwartende Regelung:

Diese Voraussetzung entspricht nicht der institutionellen Wirklichkeit, da die Großstädte i.d.R. auch Versorgungsstrukturen für das Umland vorhalten. Die Folge ist, dass regional organisierte Krankenkassen in Ballungsräumen (z.B. typische Großstadtkassen) mit den Fondsmitteln nicht auskommen werden und somit einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Als Alternative wären zwar grundsätzlich Fusionen zu regional größeren Einheiten möglich; jedoch bedarf es hierzu eines Fusionspartners, der die Bereitschaft zur Übernahme von regionalen Sonderlasten mitbringt.

- d) Keine Kasse darf überdurchschnittlich durch die **Zuzahlungs-Härtefallregelungen** nach § 62 SGB V belastet sein.

Zu erwartende Regelung:

Aufgrund der unterschiedlichen Morbiditäts- und Einkommensverteilung der Versicherten der Kassen ist diese Voraussetzung ggw. nicht gegeben. Es ist auch keine Verteilung der Fondsmittel auf die Krankenkassen unter Berücksichtigung dieses Ausgabenfaktors vorgesehen.

- e) Keine Krankenkasse darf z.B. durch ihre besondere Nähe zu bestimmten Betrieben in den **organisationsrechtlichen Rahmenbedingungen** privilegiert werden. Das gilt sowohl für das bisherige „Nicht-Öffnungsprivileg“ von Betriebs- und Innungskrankenkassen und das „Personalkostenprivileg“ der BKKs (Übernahme von Personalkosten durch die Betriebe). Beide Privilegien können zu wettbewerbsrelevanten Verzerrungen der Ausgaben führen.

Zu erwartende Regelung:

Im geltenden Recht bestehen derartige Privilegien weiter. Die beabsichtigten Neuregelungen und ihre Durchsetzungschancen in der Praxis (z.B. beim Verbot der Personalkostenübernahme) sind offen.

Die Voraussetzungen a), c), d) und e) sind nicht erfüllt bzw. ihre Erfüllung ist ggw. nicht erkennbar. Da zudem Konzepte zur zielgenauen Ausgestaltung des RSA in der Regierungskoalition umstritten sind und ein zielgenauer RSA im Einführungsjahr des Fonds noch nicht umgesetzt ist, muss davon ausgegangen werden, dass es einen erheblichen Anteil an Krankenkassen geben wird, die in 2008 einen Zusatzbeitrag auch bei einer 100-prozentigen Fondsausstattung erheben müssen. Sofern der Fonds keine 100 Prozent der GKV-Gesundheitsausgaben abdeckt, wird sogar die Mehrzahl der Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben müssen.

Unterstellt man vereinfachend, dass der Fonds bereits in 2005 existiert hätte, läge der rechnerisch notwendige Zusatzbeitrag aller GKV-Mitglieder im GKV-Durchschnitt bei 10 Euro monatlich. Berücksichtigt man zudem noch die Streuung der Beitragssätze zwischen den Krankenkassen, ergibt sich hieraus rein rechnerisch eine Streuung des Zusatzbeitrags zwischen +32 Euro und – 8 Euro monatlich. Da Fondsausstattung, Fondsverteilung auf die Krankenkassen und die übrigen für die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung relevanten Rahmenbedingungen ggw. noch nicht bekannt sind, ist eine fundierte Schätzung der Höhe und der Streuung des rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrags für 2008 ggw. nicht möglich. Die o.g. Zahlen sollen eine solche fundierte Schätzung auch nicht ersetzen. Sie stellen lediglich Anhaltspunkte dafür dar, dass es – bei welcher Fondsausstattung und –verteilung auch immer – auf jeden Fall Krankenkassen geben wird, die in 2008 einen rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag in Höhe von 10, 15 oder 20 Euro – wahrscheinlich auch höher – benötigen werden.

6 Sind Mitglieder in der GKV in nennenswertem Umfang von der Härte- regelung betroffen?

Liegt das Einkommen unter 1.000 Euro, z.B. bei 500 Euro, zahlt dieses Mitglied bei einem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag in Höhe von z.B. 10 Euro nicht diesen Betrag, sondern weniger – im Beispiel nur 5 Euro (1 v.H. von 500 Euro). Diese Mindereinnahmen (im Beispiel 5 Euro für dieses Mitglied) müssen von den Nicht-Härtefall-Mitgliedern kompensiert werden.

Anhaltspunkte für die Beantwortung der Frage, ob die Einkommensunterschiede der Mitglieder in der GKV überhaupt einen relevanten Einfluss auf die Höhe des zu kalkulierenden Zusatzbeitrags

haben können, liefert zunächst die aggregierte Streuung der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsummen) aller Mitglieder nach Kassenarten (vgl. Tabelle 1 – Datengrundlagen KJ 1, eigene Berechnungen auf Basis des Geschäftsberichtes der TK). Diese zeigt, dass sich die Durchschnittseinkommen der Mitglieder bereits zwischen den einzelnen Kassenarten stark unterscheiden: Die Grundlohnsumme der AOK Ost liegt um –29 v.H. unterhalb des GKV-Durchschnitts und der BKK Bund um +21 v.H. oberhalb des GKV-Durchschnitts. Anders ausgedrückt: Die Grundlohnsumme der AOK Ost beträgt nur 59 v.H. der Grundlohnsumme der BKK Bund. Dies macht deutlich, dass Mitglieder mit geringen und hohen Einkommen, Arbeitslose und Rentner sehr unterschiedlich zwischen den Kassenarten verteilt sind. Eine ähnlich starke Streubreite ist innerhalb jeder einzelnen Kassenart auf der Ebene der Einzelkassen zu erwarten: Dies machen bereits die Beispiele der Techniker Krankenkasse (TK) und der AOK Mecklenburg-Vorpommern deutlich: Die Grundlohnsumme der TK liegt um 22 v.H. höher als der Durchschnitt aller Angestelltenersatzkassen. Die Grundlohnsumme der AOK Mecklenburg-Vorpommern liegt um 10 v.H. unterhalb des Niveaus der AOK Ost.

Rechnet man zudem die Jahresdurchschnittswerte auf den Monat um, so zeigt sich, dass ein Durchschnittsmitglied der TK auf Grund seines Monatseinkommens (2.117 Euro) sogar bei einem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag bis zur Höhe von 21,17 Euro im Monat (= 1 v.H. von 2.117 Euro) nicht von der Härteregelung betroffen wäre. Demgegenüber wäre ein Durchschnittsmitglied der AOK Mecklenburg-Vorpommern auf Grund seines Monatseinkommens (1.045 Euro) nur bei einem Zusatzbeitrag bis zur Höhe von 10,45 Euro (= 1 v.H. von 1.045 Euro) nicht von der Härteregelung betroffen.

Tabelle 1	Grundlohnsumme je Mitglied 2005		
		Abweichung vom GKV-Durchschnitt	
		in €	in €
Kasse / Kassenart	in €	in €	in v.H.
TK	25.409	5.944	30,5
BKK-Gesamt	23.521	4.056	20,8
EAR-Gesamt	22.316	2.850	14,6
EAN-Gesamt	20.882	1.417	7,3
GKV-West	20.215	750	3,9
GKV-Durchschnitt	19.465	0	0,0
AOK Baden-Württemberg	18.606	-859	-4,4
IKK-Gesamt	18.104	-1.361	-7,0
KBS-Gesamt	17.680	-1.785	-9,2
AOK-West	16.836	-2.629	-13,5
AOK-Gesamt	16.185	-3.280	-16,9
GKV-Ost	16.177	-3.288	-16,9
AOK-Ost	13.861	-5.604	-28,8
AOK Mecklenburg-Vorp.	12.542	-6.924	-35,6

Bereits aus dieser Phase der Analyse ergibt sich somit, dass die von der Härteregelung betroffenen Mitgliederanteile zwischen den Kassenarten, erst recht aber zwischen den Einzelkassen sehr stark differieren werden.

Für die Wirkung der Härtefallregelung ist jedoch nicht das durchschnittliche Einkommen der Mitglieder einer Kassenart oder einer Krankenkasse, sondern die tatsächliche Streuung der Mitglieder auf die einzelnen Einkommensklassen relevant. Dieser Frage wird im nächsten Abschnitt auf der Basis differenzierter Einkommensdaten der Mitglieder aller 16 AOKs nachgegangen.

7 Welche Prämien müssen Krankenkassen wegen der Härteregelung kalkulieren?

7.1 Modellvariante A: Jede Kasse benötigt von jedem Mitglied einen monatlichen Zusatzbeitrag von 10 €

In dieser Modellvariante wird unterstellt, dass jede AOK von all ihren Mitgliedern einen rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag in Höhe von 10 Euro benötigt. Es ist offensichtlich, dass diese Annahme unrealistisch ist, weil die Ausgaben- und Einnahmenunterschiede zwischen den AOKs auch nach Einführung eines Fonds mit Sicherheit unterschiedlich hohe rechnerische Zusatzbeiträge verursachen werden. Die Abstraktion von diesen Unterschieden ist aber – zur Analyse der Fragestellung – sachgerecht, weil nur über diesen Weg eine isolierte Ermittlung der Einflüsse möglich ist, die alleine von der Härteregelung auf die Höhe des zu kalkulierenden Zusatzbeitrags ausgehen: Wenn alle übrigen Einflussfaktoren ausgeklammert werden, ist das Ergebnis ausschließlich härteregelungsbedingt.

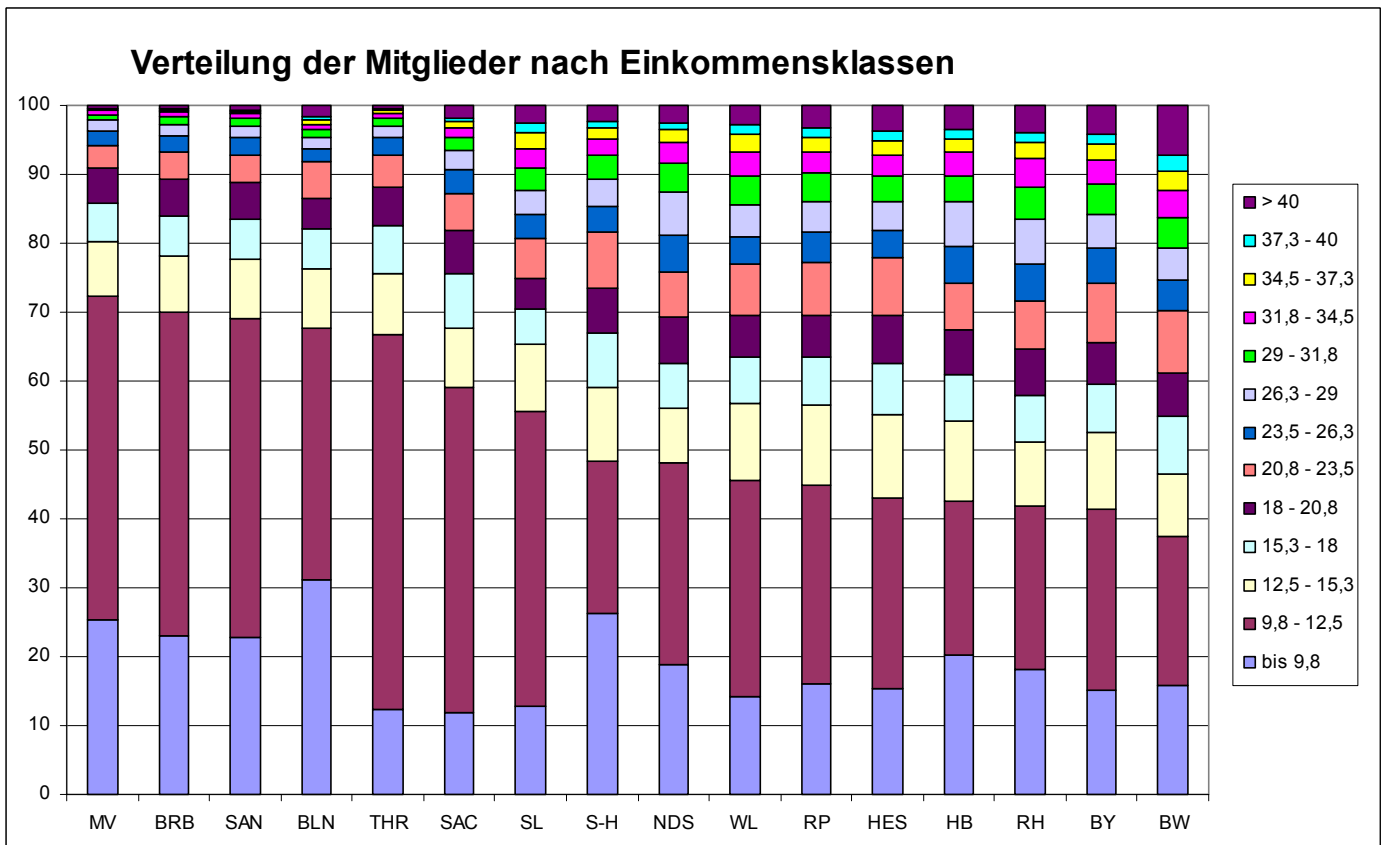
Die Annahme eines Zusatzbeitrags in Höhe von 10 Euro bedeutet, dass alle Mitglieder mit einem Einkommen unter 1.000 Euro monatlich von der Härteregelung betroffen sind. Die Modellrechnungen zeigen folgende Effekte, die in diesem Analyseschritt noch nicht auf die zu kalkulierenden Zusatzbeiträge, sondern auf den rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag in Höhe von einheitlich 10 Euro bezogen sind (vgl. Tabelle 2):

Tabelle 2	
AOK	Anteil der Mitglieder, für die die Härtefallregelung zutrifft, an allen Mitgliedern in v.H.
Mecklenburg-Vorpommern	72,3
Brandenburg	69,9
Sachsen-Anhalt	69,0
Berlin	67,7
Thüringen	66,7
Sachsen	59,0
Saarland	55,7
AOK-Bund	48,3
Schleswig-Holstein	48,3
Niedersachsen	48,0
Westfalen-Lippe	45,6
Rheinland-Pfalz	44,9
Hessen	43,0
Bremen	42,5
Rheinland-Hamburg	41,8
Bayern	41,3
Baden-Württemberg	37,4

- Von den insgesamt 18,35 Mio. Mitgliedern aller AOKs wären bereits bei einem Zusatzbeitrag von 10 Euro rd. 8,871 Mio. Mitglieder bzw. ein Anteil von 48,3 v.H. von der Härteregelung betroffen.

- Zwischen den AOKs weist die Höhe dieser Anteile erhebliche Unterschiede auf: In der AOK West liegen die Anteile zwischen 37 und 55 v.H., in der AOK Ost (inkl. Berlin) zwischen 67 und 72 v.H.

Im nächsten Schritt wurde in einem mehrstufigen Rechenverfahren ermittelt, wie hoch die durch die Härteregelung wegfallenden Zusatzbeiträge sind, die die übrigen Mitglieder kompensieren müssen. Die Verteilung der Mitglieder auf sämtliche Einkommensklassen bestimmt somit die Höhe des zu kalkulierenden Zusatzbeitrags. Die nachfolgende Grafik stellt die Einkommensverteilung der AOK-Mitglieder differenziert dar.



Vergleicht man die Einkommensstruktur der AOK Mecklenburg-Vorpommern mit der der AOK Baden-Württemberg so wird deutlich, dass bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern ein wesentlich höheres Zusatzbeitragsvolumen aufgrund der Härtefallregelung nicht von den betroffenen Mitgliedern erhoben werden kann: Der Anteil ihrer Mitglieder mit einem Jahreseinkommen unter 1.000 Euro Monateinkommen liegt bei über 70%; der Anteil dieser Mitgliedergruppe bei der AOK Baden-Württemberg liegt dagegen bei rd. 37 %.

Gleichzeitig stellt sich die Einkommensverteilung der Mitglieder auf die höheren Einkommensgruppen, die die Wirkungen der Härtefallregelung kompensieren müssen, bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern wesentlich ungünstiger dar als bei der AOK Baden-Württemberg. In der Konsequenz bedeutet dies, dass die AOK Mecklenburg-Vorpommern einen deutlich überdurchschnittlichen Anteil des rechnerisch notwendigen Zusatzbeitragsvolumens aufgrund der Härtefallregelung nicht von den Härtefall-Mitgliedern erheben kann. Die Möglichkeiten der Kompensation dieser Belastungen sind bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern aufgrund der oben beschriebenen Einkommensstruktur der übrigen Mitglieder nur sehr begrenzt.

Diese beiden Beispiele lassen erwarten, dass die zu kalkulierenden Zusatzbeiträge zwischen den AOKs stark differieren werden. Die Ergebnisse der durchgeführten Modellrechnungen bestätigen diese Erwartung (s. Tabelle 3).

AOK	Modellannahme: je Mitglied wird ein rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag von 10 € benötigt		
	zu kalkulierender Zusatzbeitrag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	Grundlonsomme je Mitglied in €	Anteil der Härtefälle beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in v.H.
Mecklenburg-Vorpommern	41,66	12.542	100,0
Berlin	22,65	13.561	93,8
Brandenburg	19,84	13.118	93,1
Sachsen-Anhalt	18,85	13.137	92,7
Thüringen	14,01	13.435	82,5
AOK-Bund	13,79	16.185	60,5
Schleswig-Holstein	13,70	15.499	59,0
Sachsen	12,75	14.949	67,7
Niedersachsen	12,67	15.679	56,1
Saarland	12,59	15.652	65,4
Bremen	12,50	16.055	54,1
Rheinland-Hamburg	12,21	16.709	51,3
Rheinland-Pf.	12,20	16.344	56,5
Westfalen-Lippe	12,03	16.533	56,7
Hessen	12,00	16.513	55,1
Bayern	11,85	17.260	52,6
Baden-Württemberg	11,73	18.606	46,4

In der Modellrechnung A mit einem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag in Höhe von 10 Euro je Mitglied ergeben sich für die einzelnen AOKs unter Berücksichtigung der Härtefallregelung extrem unterschiedliche kalkulierte Zusatzbeiträge. So bewirkt die Härtefallregelung bei der AOK Baden-Württemberg eine Anhebung des rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrags von 10 auf 11,73 Euro. Demgegenüber muss bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern der Zusatzbeitrag auf den aus diesem Modell resultierenden Höchstbeitrag von 41,66 € kalkuliert werden (zum Zustandekommen des Höchstbeitrags siehe Abschnitt 4). Da auch für den angehobenen Zusatzbeitrag wiederum die Härtefallregelung angewandt werden muss, werden weitere Mitglieder in höheren Einkommensgruppen zusätzlich zu Härtefällen (s. Tabelle 3). Bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern führt dies dazu, dass selbst Mitglieder in der höchsten Einkommensklasse zu Härtefällen werden und hierdurch das benötigte Zusatzbeitragsvolumen nicht zu 100 Prozent sondern lediglich zu 99,7 Prozent realisiert werden kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Anteile der Mitglieder, die von der Härteregelung betroffen sind, gegenüber der Betrachtung eines rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrags (vgl. Tabelle 2) sprunghaft angestiegen ist – in der AOK Mecklenburg-Vorpommern von 72,3 auf 100 v.H.

Die Ursache für das starke Auseinanderdriften der Zusatzbeiträge liegt ausschließlich in den unterschiedlichen Einkommensstrukturen der AOK-Mitglieder.

Die Tabelle 3 macht ebenfalls deutlich, dass schon die kassenspezifische, durchschnittliche Grundlonsomme je Mitglied ein guter Indikator für die Höhe der Zusatzprämie unter Berücksichti-

gung der Härtefallregelung ist. Somit ist zu erwarten, dass sämtliche Krankenkassen, die einen höheren Grundlohn je Mitglied als die AOK Baden-Württemberg aufweisen, einen rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag von 10 Euro aufgrund der Härtefallregelung nur minimal erhöhen müssen.

7.2 Modellvariante B: Jede Kasse benötigt von jedem Mitglied einen monatlichen Zusatzbeitrag von 15 €

Im nächsten Schritt wird die Frage untersucht, wie stark sich die Anteile der Härtefall-Mitglieder und damit der kalkulierte Zusatzbeitrag erhöht, wenn der Zusatzbeitrag steigt.

Die Analyseergebnisse der Modellvariante A lassen erwarten, dass sich die Auswirkungen der Härtefallregelung bei einem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag je Mitglied in Höhe von 15 Euro spürbar verschärfen werden. Es stellt sich sogar die Frage, ob es überhaupt für alle Krankenkassen möglich sein wird, das rechnerisch notwendige Zusatzbeitragsvolumen unter den gegebenen Einkommensstrukturen in vollem Umfang überhaupt noch realisieren lassen.

Tabelle 4 zeigt, dass der Anteil der durch die Härtefallregelung betroffenen Mitglieder bei allen AOKs deutlich ansteigt. Lag der Anteil der Härtefälle bei einem rechnerisch zu erhebenden Zusatzbeitrag bei der Modellvariante A lediglich bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern über 70 Prozent, so beträgt er bei Modellvariante B bei sechs AOKs über 70 Prozent. Die Kompensation der entgangenen Zusatzbeiträge aufgrund der Härtefallregelung muss in dieser Variante somit von dem gesunkenen Anteil der übrigen Mitglieder getragen werden.

AOK	Modellannahme: je Mitglied wird ein rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag von 15 € benötigt			
	Anteil der Härtefallmitglieder bei einem rechnerischen Zusatzbeitrag von 15 € in %	zu kalkulierender Zusatzbeitrag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	Anteil der Härtefallmitglieder beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in %	Anteil des Beitragsvolumens, dass aufgrund der Härteregelung nicht realisiert werden kann in %
Mecklenburg-Vorpommern	85,9	41,66	100,0	33,5
Brandenburg	84,0	41,66	100,0	30,9
Sachsen-Anhalt	83,6	41,66	100,0	30,2
Berlin	82,2	41,66	100,0	30,2
Thüringen	82,5	41,66	100,0	25,8
Sachsen	75,7	41,66	100,0	17,4
Schleswig-Holstein	67,0	41,66	100,0	13,3
Saarland	70,4	41,66	100,0	10,3
Niedersachsen	62,6	41,66	100,0	6,7
Rheinland-Pfalz	63,4	41,66	100,0	4,5
Westfalen-Lippe	63,5	41,66	100,0	4,1
Bremen	60,9	41,66	100,0	3,4
Hessen	62,7	41,66	100,0	3,4
Bayern	59,5	40,60	95,9	0,0
Rheinland-Hamburg	58,0	39,43	96,1	0,0
Baden-Württemberg	54,9	26,52	83,7	0,0

Die Tabelle 4 zeigt, dass der zu kalkulierende Zusatzbeitrag durch die Härteregelung in dieser Modellrechnung B drastisch ansteigt und teilweise nicht vollständig realisierbar ist:

- Bei drei AOKs erhöht sich der zu kalkulierende Zusatzbeitrag von rechnerisch 15 auf nunmehr 26,52 bis 40,60 Euro. Dies bedeutet, dass die Fehlbeträge, die bei den Härtefallmitgliedern entstehen, von den Mitgliedern in den oberen Einkommensklassen vollständig kompensiert werden können. Diese AOKs wären deshalb in der Lage, das rechnerisch notwendige Zusatzbeitragsvolumen vollständig zu realisieren.
- Bei den übrigen 13 AOKs erhöht sich der Anteil der Härtefallmitglieder durch die beschriebenen Kompensationsschritte dagegen auf 100 v.H. Dies bedeutet, dass der Zusatzbeitrag aller Mitglieder dieser AOKs 1 v.H. ihrer Einkommen beträgt (z.B. bei 500 Euro Einkommen 5 Euro, bei Mitgliedern in der obersten Einkommensklasse mit einem Mittelwert von 4.166 Einkommen = rd 42 Euro).
- AOK-weit sind 96,4 Prozent der Mitglieder von der Härteregelung betroffen.
- Bei den 13 AOKs mit 100 v.H. Härtefall-Mitgliedern entsteht eine Finanzierungslücke von 3,4 bis 33,5 Prozent des benötigten Zusatzbeitragsvolumens, die nicht geschlossen werden kann.

7.3 Modellvariante C: Jede Kasse benötigt von jedem Mitglied einen monatlichen Zusatzbeitrag von 20 €

Die Ergebnisse in dieser Modellvariante zeigen, dass sich die bereits beim 15 Euro-Modell erkennbare Tendenz in den Betroffenheiten der Mitglieder weiter verschärft (s. Tabelle 5):

- Der von der Härteregelung betroffene Anteil der Mitglieder liegt bereits bei 20 Euro bei allen AOKs über 70 v.H., bei der Hälfte der AOKs sogar über 80 v.H. und bei fünf AOKs über 90 v.H.
- Wegen der von den höherverdienenden Mitgliedern zu tragenden Fehlbeträge erhöht sich die Betroffenheit auf 100 v.H. bei allen AOKs. Das bedeutet, dass alle Mitglieder 1 v.H. ihrer Haushaltseinkommen zahlen müssen.
- Sämtliche AOKs können das volle notwendige Zusatzbeitragsvolumen nicht realisieren: Die Fehlbeträge streuen zwischen 18 und rd. 50 v.H. des rechnerisch notwendigen Beitragsvolumens.

AOK	Modellannahme: je Mitglied wird ein rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag von 20 € benötigt			
	Anteil der Härtefallmitglieder bei einem rechnerischen Zusatzbeitrag von 20 € in %	zu kalkulierender Zusatzbeitrag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	Anteil der Härtefallmitglieder beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in %	Anteil des Beitragsvolumens, dass aufgrund der Härteregelung nicht realisiert werden kann in %
Mecklenburg-Vorpommern	94,3	41,66	100,0	50,2
Berlin	91,9	41,66	100,0	47,6
Brandenburg	93,1	41,66	100,0	48,2
Sachsen-Anhalt	92,7	41,66	100,0	47,7
Thüringen	92,7	41,66	100,0	44,4
Schleswig-Holstein	81,5	41,66	100,0	35,0
Sachsen	87,3	41,66	100,0	38,1
Niedersachsen	75,8	41,66	100,0	30,0
Saarland	80,8	41,66	100,0	32,7
Bremen	74,1	41,66	100,0	27,5
Rheinland-Hamburg	71,5	41,66	100,0	24,6
Rheinland-Pfalz	77,3	41,66	100,0	28,4
Westfalen-Lippe	76,9	41,66	100,0	28,1
Hessen	77,8	41,66	100,0	27,5
Bayern	74,3	41,66	100,0	24,8
Baden-Württemberg	70,3	41,66	100,0	18,2

8 Wie sind die Ziele des Fondskonzepts/Zusatzbeitrags betroffen?

a) Zur Funktionsfähigkeit des Fondskonzepts

Die Ergebnisse der Analyse haben gezeigt, dass bereits bei einem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag in Höhe von 15 Euro etliche Krankenkassen keine Chance haben, das volle Zusatzbeitragsvolumen von ihren Mitgliedern zu erheben. Die durch die Härteregelung nicht realisierbaren Beitragsvolumina sind so hoch, dass diese Krankenkassen diese Fehlbeträge auch nicht auf anderen Wegen – z.B. durch Leistungskürzungen oder entsprechend reduzierte Vergütungen für Ärzte oder Krankenhäuser – kompensieren können. Für die betroffenen Krankenkassen werden die Zusatzbeiträge somit faktisch unkalkulierbar.

b) Wirtschaftlichkeitsziel

Nach dem Fondskonzept soll der von den Krankenkassen bei den Mitgliedern zu erhebende Zusatzbeitrag ein Indikator für die unterschiedlichen Wirtschaftlichkeiten der Krankenkassen sein. Die Analyse hat gezeigt, dass die Härteregelung bereits bei rechnerisch notwendigen Zusatzbeiträgen in geringer Höhe (10 Euro) zu erheblichen Unterschieden in der zu kalkulierenden Prämie führt. Diese Unterschiede sind nicht durch unterschiedliche Wirtschaftlichkeiten, sondern ausschließlich durch die Einkommensstrukturen der Mitglieder verursacht. Das Ausmaß dieser Unterschiede – z.B. in der AOK zwischen 11,73 Euro und 41,66 Euro – sind wahrscheinlich höher, als sie jemals durch unterschiedliche Wirtschaftlichkeiten verursacht werden könnten. Als Indikator für unterschiedliche Wirtschaftlichkeiten ist der so konstruierte Zusatzbeitrag deshalb ungeeignet.

c) Verstärkung des Wettbewerbs

Die Analyse hat gezeigt, dass bereits bei einem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag in Höhe von 15 Euro rd. 96 v.H. und bei einem Zusatzbeitrag von 20 Euro 100 v.H. aller AOK-Mitglieder von der Härteregelung betroffen sind.

Dies bedeutet, dass diese Härtefall-Mitglieder nicht den kalkulatorischen Zusatzbeitrag der einzelnen Krankenkassen, sondern einheitlich 1 v.H. ihres Einkommens zahlen. Diese 1 v.H. würden sie auch bei allen anderen Krankenkassen zahlen, die einen Zusatzbeitrag in ähnlicher Höhe oder höher kalkuliert haben. Zwischen Krankenkassen mit 40, 30 oder 20 Euro Zusatzbeitrag entstünde über die kalkulierten Prämien somit kein Wechselanreiz für diese Mitglieder. Ein Wechselanreiz für diese Mitglieder entstünde nur zu Krankenkassen mit einem niedrigeren Zusatzbeitrag oder einer Ausschüttung. Geht man davon aus, dass die Fondsmittel in ihrer Höhe weitgehend festgeschrieben werden und der GKV-Finanzbedarf in den nächsten Jahren stärker ansteigt als die Fondsmittel, dürften mittelfristig alle Krankenkassen einen Zusatzbeitrag in Höhe von 10 Euro und höher benötigen. Damit aber steigt der Anteil der von der Härteregelung betroffenen Mitglieder mittelfristig GKV-weit erheblich an. Durchaus wahrscheinlich ist, dass dieser Anteil in wenigen Jahren über die Hälfte aller GKV-Mitglieder erreichen wird. In dieser Situation würde dann über die Hälfte aller Mitglieder – unabhängig davon wo sie versichert sind – einen Einheitsbeitrag in Höhe von 1 v.H. ihres Einkommens zahlen. Damit wird deutlich, dass der Zusatzbeitrag in dieser Konstruktion nicht zu einer Verschärfung, sondern zu einer allmählichen Aushöhlung des Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen führen wird.

Richtig ist die mit dem Fondskonzept verbundene Erwartung, dass über einen von den Krankenkassen unmittelbar von den Mitgliedern zu erhebenden Zusatzbeitrag der Wettbewerb zwischen den Mitgliedern verschärft wird, die den kalkulierten Zusatzbeitrag auch tatsächlich zahlen. Hierzu

trägt insbesondere die für diese Mitglieder veränderte Preistransparenz bei. Bereits kurzfristig ist deshalb zu erwarten, dass etliche Krankenkassen mit härtefallbedingt hohen Prämien oder jene, die das rechnerisch notwendige Zusatzbeitragsvolumen nur teilweise realisieren können, schließen müssen. Die Ursache wäre dann nicht ihre Unwirtschaftlichkeit, sondern die Auswirkungen der Härteregelung. Dort wo der Preismechanismus zur Geltung kommt, versagt er auf Grund falscher Signale an die Mitglieder: Sie wechseln zu einer vermeintlichen wirtschaftlicheren Krankenkasse mit niedrigen Prämien oder Ausschüttungen. Dass niedrigere Prämien in erheblichem Umfang aber durch die Einkommensstruktur der Mitglieder geprägt werden, bleibt dem wechselnden Mitglied verborgen. In der Konsequenz würde für die Krankenkassen ein starker Anreiz geschaffen, höherverdienende Mitglieder zu akquirieren: Von dem Anteil der Höherverdienenden wird die Überlebenschance einer Krankenkasse abhängen.

d) Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA insbesondere durch einen 100-prozentigen Einkommensausgleich

Ohne Härteregelung träte es zu, dass ein Finanzkraftausgleich zwischen den Krankenkassen bei einer Mittelverteilung über den Fonds und der Kalkulation einer Nominalprämie (nicht dagegen bei Kalkulation einer Prozentualprämie) entbehrlich wird. In diesem Falle wäre die Finanzsituation einer Krankenkasse nicht mehr abhängig von den unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Mitglieder. Durch die Härteregelung aber wird eine neue Finanzkraftproblematik geschaffen, die im Fondskonzept weitaus gravierendere Wettbewerbsnachteile und -privilegien für die Krankenkassen verursachen, als die bislang verbliebenen Defizite im RSA-Finanzkraftausgleich.

e) Verbesserte Finanz- und Preistransparenz für die Mitglieder

Nach dem Fondskonzept soll der Zusatzbeitrag von den Mitgliedern unmittelbar erhoben werden, weil über diesen Weg des Beitragseinzugs – anders als im Quellenabzugsverfahren – eine unmittelbare Wahrnehmung des „Preises“ der jeweiligen Krankenkasse vermutet wird. Dies dürfte zutreffen. Jedoch erhält das Mitglied mit dieser Preisinformation aus den o.g. Gründen tatsächlich keinerlei Informationen über die Wirtschaftlichkeit seiner Krankenkasse. Dieses Ziel wird durch die Wirkungen der Härtefallregelungen somit vollständig verfehlt.

f) Schutz der Mitglieder vor sozialer Überforderung

Dieses Ziel wird erreicht (die administrativen Umsetzungsprobleme und die hierdurch verursachten Verwaltungskosten bei den Krankenkassen und administrativen Belastungen der Versicherten sind nicht Gegenstand dieser Analyse).

Zur Lösung der dargestellten Zielkonflikte wären theoretisch insbesondere zwei Wege denkbar:

- Grundsätzlich wäre denkbar, die Härtefallgrenze von 1 v.H. zu erhöhen oder ganz zu streichen.
- Denkbar wäre auch, die durch die Härteregelung ausfallenden Zusatzbeiträge über Fondszuweisungen zu kompensieren.

Bei einer Erhöhung oder Streichung der Härte-Einkommensgrenze würde das von der Koalition selbst formulierte Ziel verfehlt, Geringverdiener vor sozialer Überforderung oberhalb von 1 v.H. ihres Einkommens zu schützen. Ob dieses Ziel ganz oder teilweise aufgegeben werden sollte, ist letztlich eine sozialpolitische Abwägung. Bei einer Erhöhung des 1 v.H.-Grenzwertes auf z.B. 2 v.H. wäre – bei unterstellter Dynamik des Zusatzbeitrags – allenfalls eine vorübergehende Begrenzung, nicht aber einer Vermeidung der Probleme zu erwarten.

Bei einer Kompensation der Fehlbeträge z.B. durch Fondszuweisungen könnte zwar die Entstehung von Fehlbeträgen auf Grund der Härteregelung vermieden werden. Dafür aber entstünde ein weiteres Problem: Die auf diese Weise subventionierten Zusatzbeiträge konterkarieren das Ziel, Wirtschaftlichkeitsanreize bei den Krankenkassen zu stärken. Denn je unwirtschaftlicher eine Kasse arbeitet, umso höher werden die härtefallbedingten Beitragsausfälle sein. Eine Fondskompensation die sich ausschließlich auf den härtefallbedingten Beitragsausfall beschränkt und den Unwirtschaftlichkeitsanteil ausklammert, wäre konzeptionell nicht vorstellbar

Nicht lösbar ist über diesen Weg auch das Problem, dass erhebliche und wahrscheinlich stark wachsende Mitgliederanteile, die einheitlich 1 v.H. ihrer Einkommen zu zahlen haben, faktisch vom Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen ausgeschlossen werden.

Eine zielgerechte Lösung der analysierten Probleme, die sich aus der Härteregelung ergeben, ist somit innerhalb dieser Konzeption des Zusatzbeitrags nicht möglich.