

IKK e.V. Positionierung vom 21.05.2015

Absenkung der Höhe von morbiditätsorientierten Zuschlägen um einen Pauschalbetrag

Um die fehlerhaften Anreizstrukturen des Risikostrukturausgleichs zu korrigieren, ist es abseits der Ebene der Krankheitsauswahl auch notwendig, in die Berechnung der Zuschlagshöhen für Erkrankungen einzugreifen. Ziel eines solchen Eingriffs sollte es sein, eine reine Verwaltung kostengünstiger Erkrankungen unattraktiver zu machen.

Der IKK e.V. schlägt daher vor, die Höhe aller morbiditätsorientierten Zuschläge um einen pauschalen Betrag je Versichertentag abzusenken. Eine pauschale Absenkung würde Anreize zur Risikoselektion im Hinblick auf einzelne Krankheiten ausschließen, weil alle Krankheitszuschläge gleich behandelt würden.

Die Gesamthöhe des Absenkungsvolumens könnte sich beispielsweise an der Höhe der ausschließlich für Primärprävention aufgewendeten Mittel der GKV orientieren. Diese beliefen sich im Jahre 2014 auf 288 Mio. EUR, was eine Absenkung um 0,011 EUR je Versichertentag bedeutet. Ab 2016 wird die Absenkung gemäß den Vorhaben des Präventionsgesetzes ca. 490 Mio. EUR betragen.

Ausgehend von den Zuschlagshöhen des Grundlagenbescheid I/2015 bewirkt die vorgeschlagene Absenkung für keine HMG eine Unterdeckung von mehr als 5%. Gleichzeitig werden aber für eine erhebliche Anzahl von der Prävention zugänglichen Erkrankungen die Zuschläge um mindestens 0,5% der Zuschlagshöhe abgesenkt. Dies betrifft beispielweise Zuschläge für Hypertonie und hypertensive Herzerkrankungen, Adipositas, Diabetes mellitus ohne Komplikationen und den schädlichen Gebrauch von Alkohol. Insgesamt wird dadurch die alleinige Dokumentation und kostengünstige Verwaltung leichter Formen von Volkskrankheiten unter Anreizgesichtspunkten für Krankenkassen unattraktiver.

Die vorgeschlagene Maßnahme verringert das Ausschüttungsvolumen der über HMG-Zuschläge verteilten Zuweisungen um die Höhe des Absenkungsvolumens von 288 Mio. EUR. In gleichem Maße sinkt auch die auf Grund der Unterdeckung des Gesundheitsfonds notwendige pauschale Absenkung der Zuweisungen im Rahmen der mitgliederbezogenen Veränderungsrate. Unter Verwendung der Kenngrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2014 ergibt sich beispielsweise eine Entlastung von 5,50 EUR je Mitglied pro Jahr.

Die Absenkung der morbiditätsbedingten Zuschläge sollte schrittweise auf mehrere Jahre verteilt werden, um kurzfristige Verwerfungen abzufedern und Kassen Zeit zu geben, auf die neuen Anreizstrukturen effizient reagieren zu können. Es bietet sich ein jährlicher Aufbau der für die pauschale Absenkung verwendeten Beträge in Schritten von jeweils +25% der GKV-Ausgaben für Primärprävention an. Damit wäre eine Absenkung um die vollständigen Ausgaben der GKV für Primärprävention nach vier Jahren erreicht.

Anpassung der Zuweisungslogik für Zuweisungen zur Deckung der Ausgaben zur Primärprävention

Im aktuell gültigen Zuweisungsverfahren werden die Ausgaben der GKV für Primärprävention in zwei separaten Zuweisungsbestandteilen berücksichtigt. Die Ausgaben für Primärprävention im Rahmen eines Individualansatzes (Kontenart 511) sowie die Ausgaben für Prävention in den nicht betrieblichen Lebenswelten (Kontenart 517) werden über die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen verrechnet. Die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung (Kontenart 515) werden im Rahmen der nicht-morbiditätsorientierten Leistungsausgaben zugewiesen. In beiden Bereichen gilt also das Prinzip der pauschalen Erstattung je Versichertentag. Die pauschale Erstattung von Ausgaben für die Primärprävention von Erkrankungen muss überdacht werden.

Aktuell ist es für Krankenkassen nicht nur unattraktiv, weitere Mittel in den Ausbau präventiver Angebote zu investieren, es besteht außerdem die Möglichkeit, durch die Einsparung von Ausgaben für Primärprävention Überschüsse zu erwirtschaften. Daher ist es aus gesamtgesellschaftlicher Sicht notwendig, die richtigen Rahmenbedingungen zum Ausbau von Präventionsbemühungen durch die Kassen zu setzen.

Eine Orientierung an den Durchschnittsausgaben der GKV für entsprechende Präventionsangebote konterkariert die Bemühungen des Gesetzgebers, die Kassen als handelnde Akteure mit der Durchführung von Präventionsangeboten zu betrauen. Denn unter den jetzigen Bedingungen kann die einzelne Kasse durch den Verzicht auf Investitionen in Primärpräventionsangebote Überdeckungen aus den Zuweisungen für Leistungsausgaben oder Satzungs- und Ermessensleistungen erzeugen.

Daher ist es notwendig, in Zukunft die kassenindividuellen Zuweisungen für Primärprävention an den realen Ausgaben der jeweiligen Kassen zu orientieren. Dies sollte in Form eines gedeckelten Ist-Kostenausgleich geschehen. Ein Ist-Kosten-Ausgleich stärkt die Präventionsanreize für die einzelnen Kassen nachhaltig, weil ausschließlich die Echausgaben ausgeglichen werden und so Einschränkungen der Investitionen in Primärprävention keine Überschüsse mehr generieren.

Ist-Kosten-Ausgleiche bringen jedoch die Gefahr einer massiven Ausgabenerhöhung in sich, weil Kassen keinen Anreiz mehr haben, sich auf einen effizienten Einsatz von finanziellen Mitteln zu konzentrieren. Es erscheint daher sinnvoll, ab einer gewissen Schwelle eine Absenkung des Ausgabenausgleichs einzuführen. Als Schwellenwert wird hier die Überschreitung der durchschnittlichen Ausgaben der GKV für Primärprävention je Versicherten um 30% durch eine Kasse vorgeschlagen. Ab dieser Schwelle werden nur noch 90% der über den Schwellenwert hinaus gebuchten Ausgaben ausgeglichen.

Durch die Orientierung am GKV-Durchschnitt besteht für die Kassen eine gewisse Planungsunsicherheit, die allzu freigiebige Investitionsentscheidungen in Primärprävention unterbindet. Gleichzeitig besteht aber für alle Kassen mit Ausgaben unterhalb der Absenkungsschwelle weiterhin der Anreiz, in Zukunft vermehrt in Prävention zu investieren.
