



Vor mehr als zwölf Jahren ist über die Parteigrenzen hinweg die Entscheidung für einen umfassenden Kassenwettbewerb gefallen, mit dem Ziel, Kräfte und Kreativität des Kassenhandelns auf mehr Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit zu lenken. Um zu vermeiden, dass sich die Krankenkassen im Wettbewerb nur noch um gut verdienende, junge und gesunde Versicherte bemühen und sich der Wettbewerb somit gegen Kranke und Niedrigverdiener richtet, wurde der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt.

Der RSA berücksichtigt gegenwärtig im Wesentlichen Alter, Geschlecht und Einkommen der Versicherten und schafft so einen Ausgleich zwischen jenen Kassen, die mehr ältere Menschen, Familienangehörige und Mitglieder mit geringem Einkommen versichern als andere. Seit In-Kraft-Treten des RSA wird jedoch immer deutlicher, dass er diese Risikoselektionen zwar erschweren, jedoch nicht ausreichend beseitigen kann.

# Morbiditätsorientierter

## PRO

## Fair Play für Kranke

### Wettbewerbsverzerrung

Der Hauptmangel des RSA ist, dass er nicht unterschiedliche Krankheitszustände (Morbidität) und damit unterschiedliche Krankheitskosten berücksichtigt. Eine Krankenkasse erhält für einen 62-jährigen Mann 1 614 Euro – egal, ob der Versicherte tatsächlich gesund oder schwerkranker Krebspatient ist. Kassen, die wenig Kranke versichern, werden daher durch zu hohe RSA-Gutschriften von den Krankenkassen mit vielen Kranken subventioniert.

Die Folge ist, dass der RSA den Wettbewerb um gesunde Versicherte begünstigt. Die Krankenkasse, die möglichst viele dieser „guten“ Risiken versichert, hat geringe Krankheitsausgaben und kann folglich niedrigere Beitragssätze erheben. Dieser Prozess setzt sich fort, da gerade die Gesunden sich für diese „billigen“ Kassen interessieren, während die Kranken, die auf die Leistungsfähigkeit und das Gesundheitsmanagement der Versorgerkassen vertrauen, ihrer Kasse treu bleiben.

Die großen Beitragssatzunterschiede in der GKV sind folglich nicht Ausdruck wirtschaftlichen Handelns der Kassen, sondern von Risikoentmischung. Ergebnis: Teure Kassen für Kranke, billige Kassen für Gesunde. Das Solidarprinzip, das Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist, in dem Gesunde für Kranke eintreten, wird konterkariert.

### RSA-Reform notwendig

Aus diesem Grunde hat der Gesetzgeber 2001 den Risikostrukturausgleich reformiert. Damit die Beitragsmittel auch tatsächlich dorthin fließen, wo sie zur Versorgung von Kranken gebraucht werden, soll der Soliarausgleich zukünftig über ein morbiditätsorientiertes Verfahren stattfinden. Bei diesem Verfahren wird die Morbidität der Versicherten anhand bestimmter Indikatoren wie Arzneimittelverordnungen und Diagnosen unter Verwendung pseudonymisierter Daten gemessen, die mit den GKV-durchschnittlichen, krankheitsspezifischen Kosten bewertet werden. Damit wird der Gesundheitszustand Maßstab für die Verteilung der Beitragsmittel zwischen den Krankenkassen.

Die Notwendigkeit der Einführung eines morbiditätsorientierten RSA wird auch durch das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 bestätigt:

*„Die unscharfe Abbildung des Gesundheitszustands der Versicherten im gegenwärtigen RSA gefährdet die Erreichung der beiden gesetzlichen Hauptziele. Was den Soliarausgleich zwischen Gesunden und Kranken angeht, ist dies offensichtlich. Aber auch das Konzept des Gesetzgebers, durch Wettbewerb Wirtschaftlichkeitsverbesserung zu generieren, wird hierdurch in Frage gestellt. Denn die beschriebenen Zusammenhänge müssten bei einer rein wirtschaftlichen Betrachtungsweise eine Krankenkasse veranlassen,*

*ihr Versorgungsangebot so zu gestalten, dass es für – chronisch-kranke Versicherte möglichst unattraktiv erscheint. Dadurch werden (...) Tendenzen zur Risikoselektion begünstigt.“*

### Fadenscheinige Kritik

Von Kritikern wird wider besseren Wissens behauptet, der „Morbi-RSA“ sei manipulationsanfällig, nicht versorgungsneutral und unwirtschaftlich, da er Leistungserbringer und Krankenkassen gemeinsam zur interessengleichgeschalteten Gestaltung des Versorgungsgeschehens einlade (so genanntes Upcoding). Datenschutz und Prävention blieben dabei auf der Strecke. Gleichzeitig wird mit fadenscheinigen Argumenten der bestehende RSA, der vor einigen Jahren noch von den gleichen Akteuren als wettbewerbsverhindernd diffamiert wurde, nunmehr als funktionstüchtig und ausreichend dargestellt.

Aus Sicht der Kritiker ist diese Argumentation in gewisser Weise nachvollziehbar, handelt es sich hierbei doch gerade um die Vertreter derjenigen Kassen (zum Beispiel BKKs, TK), die von den Mängeln des derzeitigen RSA profitieren und die wettbewerbliche Herausforderung durch die Einführung des Morbi-RSA nicht annehmen. Denn mit der Einführung des Morbi-RSA wird es nicht mehr darum gehen, Versicherte mittels eines verzerrten Beitragssatzes zu gewinnen, sondern durch umfassende und qualitativ hochwertige Versorgungskonzepte.

**Dorothee Schawo,  
AOK-Bundesverband**

# Risikostrukturausgleich

## KONTRA

### Risiko: Strukturausgleich

Man stelle sich vor, die Fußballregeln würden geändert: Alle Spieler schießen auf ein Tor, und Ziel des Spieles ist es, dass möglichst viele Tore fallen – egal für wen. Im Fußball undenkbar, im Gesundheitssystem hätte dies zum Jahresbeginn 2007 Realität werden sollen. Derzeit werden schon über 16 Milliarden Euro zwischen den Krankenkassen umverteilt – mehr als doppelt soviel wie im Länderfinanzausgleich. Risikostrukturausgleich (RSA) heißt die Spielregel, die bereits jetzt zu absonderlichen Ergebnissen führt.

So haben Zahlerkassen zum Teil höhere Beitragsätze und weniger Rücklagen als Empfängerkassen. Mit einem nochmals erweiterten, „morbidityorientiert“ genannten RSA könnte der Wettbewerb eine gänzlich absurde Form annehmen. Die milliardenschweren Geldströme zwischen den Krankenkassen sollten sich dann – so der Plan einiger Politiker, ihrer Berater sowie der RSA-Empfängerkassen – am individuellen Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines jeden einzelnen Versicherten orientieren.

#### Überbordende Bürokratie

Alle Beteiligten im Gesundheitswesen hätten dann nur noch ein Ziel: die Patienten zumindest auf dem Papier möglichst krank erscheinen zu lassen. Die Krankenkassen, weil sie dann aus dem erwei-

terten Risikostrukturausgleich mehr Geld bekommen; die Krankenhäuser, weil ihre Vergütung wächst, je mehr Diagnosen sie für einen Patienten vermerken; und die niedergelassenen Ärzte, weil auch ihr Honorar mit der Fülle dokumentierter Krankheit steigt – alle schießen auf ein Tor.

Für diese Prozedur müsste jeder der über 70 Millionen Versicherten anhand individueller Verordnungs- und Diagnosedaten einer Risikoklasse zugeteilt werden, und das jedes Jahr. Das würde nicht nur eine überbordende Bürokratie bedeuten, sondern auch die informationelle Selbstbestimmung ins Abseits stellen. Der Versicherte erfähre nämlich nicht, aufgrund welcher Daten er in welche Risikogruppe eingestuft wurde. 1984? Nein: 2007 – so sah es zumindest der ursprüngliche Zeitplan vor.

#### Kein Qualitätsgewinn

Durch das vorzeitige Aus für Rot-Grün und die Bildung der großen Koalition sind die Karten zumindest zeitlich neu gemischt; wie es um die Inhalte steht, wird man mit Spannung verfolgen dürfen. In der Koalitionsvereinbarung heißt es zum Risikostrukturausgleich nämlich, dass seine „Zielgenauigkeit erhöht“ und „Morbidityrisiken besser abgebildet“ werden sollen; dafür will man „gemeinsam Kriterien entwickeln“ – sämtlich Formulierungen, die einen wachsam sein und blei-

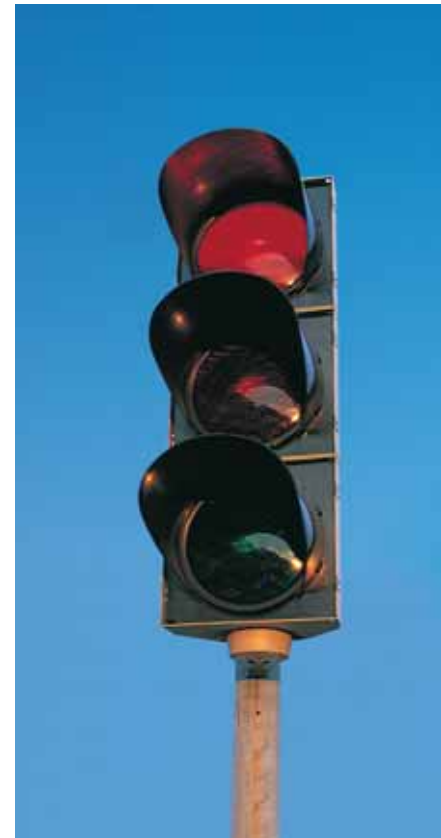
ben lassen sollten, zumal sie größtenteils dem Vokabular der Empfängerkassen entstammen.

Die bereits vor einigen Jahren Wirklichkeit gewordene Erweiterung des RSA um die Chronikerprogramme (die sogenannten Disease-Management-Programme – DMP) macht den Irrweg sehr anschaulich: Hohe dreistellige Millionenbeträge verschlingt allein die Administration dieser Programme Jahr für Jahr – ohne dass der Patient einen Qualitätsgewinn verbucht. Gleichzeitig wurden im Zuge der jüngsten Gesundheitsreform ganze Leistungspakete aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert und Zuzahlungen erhöht, um die Ausgaben zu senken.

Einen Schildbürgerstreich möchte man dies nennen, wäre es nicht so ernst. Das Gesundheitssystem ist für die Menschen da und nicht umgekehrt; es lohnt, dies immer wieder in Erinnerung zu rufen.

#### RSA-Erweiterung unnötig

Neben vielen anderen Effekten hat der bisherige Risikostrukturausgleich schon zu einer ganz erheblichen Angleichung der Beitragssätze geführt. So sind mehr als zwei Drittel aller Mitglieder in Kassen versichert, deren Beitragssätze um maximal 0,5 Prozentpunkte vom GKV-Durchschnitt abweichen. Plastisch ausgedrückt: Für



einen Angestellten mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von 2 500 Euro im Monat bedeutet dies eine Differenz von 6,25 Euro monatlich. Das reicht kaum für einen Kinobesuch alle vier Wochen, soll aber zugleich weitere Umverteilungen und damit einhergehende Bürokratie begründen.

Um die Menschen gut und solidarisch abzusichern, braucht es keinen erweiterten Risikostrukturausgleich. Wenn manche Empfängerkassen dennoch nach ihm rufen und behaupten, dass sie ansonsten ihre schwer kranken Versicherten nicht mehr versorgen könnten, dann laden wir diese Menschen ein, zu uns zu kommen. Wir werden uns gut und zuverlässig um sie kümmern und ihnen die bestmögliche medizinische Versorgung zur Verfügung stellen – ohne eine Erweiterung des Risikostrukturausgleichs: Kassenwechsel statt Subvention.

*Dorothee Meusch,  
Techniker Krankenkasse*