ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Erbe, Susanne

Article — Published Version

Hat sich der Risikostrukturausgleich in der GKV bewährt?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Erbe, Susanne (2006) : Hat sich der Risikostrukturausgleich in der GKV bewährt?, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 86, Iss. 5, pp. 333-340, https://doi.org/10.1007/s10273-006-0517-9

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/42626

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

DOI: 10.1007/s10273-006-0517-9

Susanne Erbe

Hat sich der Risikostrukturausgleich in der GKV bewährt?

Seit zwölf Jahren gehört der Risikostrukturausgleich zu den Grundlagen eines auf Kassenwahlfreiheit gestützten Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Mechanismus ist nicht zielgenau und daher einem ständigen Reformprozess ausgesetzt. Der Nutzen der Einnahmenreallokation wird aber auch grundsätzlich in Frage gestellt. Welche Wirkungen hatte der Risikostrukturausgleich auf Beitragssätze und Kassensystem? Welche Reformen wurden vorgeschlagen? Gibt es Gründe, seine Abschaffung zu befürworten?

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 wurde die freie Kassenwahl für die gesetzlich Krankenversicherten ab dem 1.1.1996 beschlossen. Zuvor basierte das System der Gesetzlichen Krankenversicherung auf einem rechtlichen Zuweisungsprinzip, das eine strikte Bindung der Mitglieder an eine gesetzliche Krankenkasse vorsah und hierbei auch zwischen Arbeitern und Angestellten unterschied. Aufgrund der freien Kassenwahl erhoffte sich der Gesetzgeber einen größeren Wettbewerb und damit eine höhere Effizienz im Gesundheitswesen bei gleichzeitig guter Patientenversorgung. Als Steuerungsinstrument sollte dabei der Beitragssatz dienen.

Es wurde allerdings befürchtet, dass die Kassenwahlfreiheit eine Risikoentmischung bei den Mitgliedern der einzelnen Kassen zur Folge haben könnte: Vorstellbar wäre beispielsweise, dass Kassen nicht aufgrund einer höheren Kosteneffizienz geringere Beitragssätze anbieten, sondern ihre Anstrengungen darauf richten, Mitglieder mit günstigeren Risiken anzuwerben, um daraufhin eine günstigere Mitgliederstruktur aufzuweisen. Da die Kassen dem Kontrahierungszwang unterliegen, also keine Versicherten ablehnen dürfen (Diskriminierungsverbot), sind ihre Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt.

Durch die Handhabung des Kundenservice und das aktive Bemühen um gesunde und finanzkräftige Versicherte gibt es zum einen Gestaltungsspielraum für eine Mitgliederselektion durch die Kassen. Eine berechtigte Sorge war zum anderen, dass es zu einer Selbstselektion der Versicherten kommen könne. Vor allem diejenigen, die höhere Einkommen und eine höhere Bildung haben sowie besser informiert, jung und gesund sind, reagieren möglicherweise leichter auf die Anreize, die von geringeren Beitragssätzen ausgehen, und sind bereit, ihre Krankenkasse zu wechseln. Profitieren könnten die neu für alle geöffneten Betriebskrankenkassen, die durch diese Mitgliederzugänge einen günstigen Ausgangsstatus erhielten und wiederum geringere Beitragssätze anbieten könnten.

Auch auf einem anderen Gebiet waren Probleme zu erwarten. Bei einem Wettbewerb ohne Finanzausgleich war befürchtet worden, dass die Kassen alle Angebote vermeiden würden, die eine bessere Versorgung von teuren chronisch Kranken zum Ziel hätten.

Prinzipien des Risikostrukturausgleichs

Diese Überlegungen führten dazu, dass ein Mechanismus geschaffen wurde, der dafür sorgen sollte, dass sich Unterschiede in der Risikostruktur zwischen den Kassen nicht auf die Beitragssätze auswirken, und der damit einen verzerrungsfreien Wettbewerb gewährleisten sollte.[1] Einen solchen Reallokationsmechanismus der Beitragseinnahmen gibt es im Übrigen in vielen Gesundheitssystemen.[2] Obwohl einige Ökonomen und besonders die „Zahlerkassen“ in diesem Risikostrukturausgleich einen Bestandsschutz und eine Subvention bestimmter Kassen sahen, hat sich die Mehrheit – wenn auch zunächst unter der Bedingung eines langfristigen Phasing-out – für diesen Mechanismus ausgesprochen.[3] Im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde schon ab dem 1. Januar

Susanne Erbe, 50, Dipl.-Volkswirtin, ist Mitarbeiterin in der Redaktion des Hamburgischen Welt-Wirtschafts-Archivs (HWWA).

[1] Dieter Cassel, Johannes Janßen: GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Eckhard Knappe (Hrsg.): Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 1999, S. 11.

[2] Reinhard Busse: Risikostrukturausgleich – Ziele, Umsetzungsmöglichkeiten sowie finanzwirtschaftliche und allokative Wirkungen, in: Gesundheits- und Strukturpolitik, 11-12/2004, S. 23. Busse nennt Großbritannien, die USA, Belgien, die Niederlande, Ungarn, Italien. Zudem gibt es in der Schweiz einen RSA auf kantonaler Basis.

Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs

Beitragsbedarf: Der Beitragsbedarf einer Kasse entspricht der Summe der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten. Die standardisierten Leistungsausgaben unterscheiden sich dabei jeweils nach Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch und Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Rechnerisch ergibt sich der Beitragsbedarf der Kasse i (BB_i) als Summe der standardisierten Leistungsausgaben je Risikoklasse j (sLA_j) multipliziert mit der Anzahl der jeweils bei der einzelnen Kasse Versicherten in einer Risikoklasse (n_j^i)

$$BB_i = \sum_j sLA_j * n_j^i$$

Ausgleichsbedarfssatz: Der Ausgleichsbedarfssatz (ABS) gibt an, wie hoch der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen im Durchschnitt aller Krankenkassen sein muss, um die im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Leistungsausgaben zu finanzieren. Er stellt somit einen standardisierten Beitragssatz dar. Ein Ausgleichsbedarfssatz wird berechnet, indem die standardisierten Leistungsausgaben pro Mitglied der jeweiligen Krankenkassen summiert und durch die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung dividiert wird.

$$ABS = \sum_i BB_i / \sum_i bpE_i$$

Finanzkraft: Die Finanzkraft einer Kasse wird ermittelt, indem der Ausgleichsbedarfssatz auf die Summe ihrer beitragspflichtigen Einnahmen bezogen wird.

$$FK_i = bpE_i * ABS$$

Ist die Finanzkraft einer Kasse größer als ihr Beitragsbedarf wird eine Kasse zum Nettozahler im Risikostrukturausgleich.

Quelle: Deutsche Bundesbank: Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Monatsbericht, Juli 2004, Kasten S. 20.

1994 – also zwei Jahre vor der Kassenwahlfreiheit – ein Risikostrukturausgleich in der Allgemeinen Krankenversicherung eingeführt, der zum 1.1.1995 auf die Krankenversicherung der Rentner ausgedehnt wurde.

Um einen Ausgleichsmechanismus zu installieren, ist es erforderlich, Faktoren auszuwählen, die unterschiedliche Risikostrukturen zwischen den Kassen und daraus resultierende unterschiedliche Leistungsausgaben, aber auch unterschiedliche Voraussetzungen für die Beitragseinnahmensituation realistisch abbilden. Diese Ausgleichsfaktoren müssen gut verfügbar sein und ohne großen Verwaltungsaufwand erhoben werden können.[4] Als Risikofaktoren kamen zunächst zum Einsatz:[5]

- die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der jeweiligen Krankenkassen,
- die Zahl der mitversicherten Familienmitglieder,
- die Morbidität mit den Kriterien Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten und der Bezug von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Der Ausgleich sollte sich beziehen auf den Beitragsbedarf, der umso höher ist, je deutlicher die Risikostruktur der jeweiligen Kasse von der durchschnittlichen Risikostruktur aller Kassen abweicht, und die Finanzkraft, die den Beitragsbedarf zu den versicherungspflichtigen Einnahmen in Beziehung setzt. Übersteigt der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ihre Finanzkraft, erhält sie die Differenz aus dem Risikostrukturausgleich (vgl. Kasten). Der Ausgleich bezieht sich allein auf die Leistungsausgaben. Unterschiede in den Verwaltungskosten werden also nicht einbezogen.

Regionaler Ausgleich

Auch über die regionale Ausdehnung des Risikostrukturausgleichs gab es eine breite Fachdiskussion. Dabei wurde argumentiert, dass „...der Wettbewerb zwischen den Kassen weder auf Bundes- oder Landesebene, sondern in der Region stattfindet“[6]. Dahinter stand die Idee, dass in den Regionen, die eine hohe Versorgungsdichte aufweisen, auch die Beitragssätze besonders hoch sein sollten. Verbunden wäre damit eine auf die Region eingeschränkte Kassenwahlfreiheit und ein regionaler Risikostrukturausgleich.

Diese Sichtweise setzte sich allerdings nicht durch: Der Risikostrukturausgleich wurde zunächst im gesamten Bundesgebiet – getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West – durchgeführt. Bei der gewählten Ausgestaltung kann allerdings nicht die Rede

[3] Dieter Cassel, Johannes Janßen, a.a.O., Übersicht 1.

[4] Reinhard Busse, a.a.O., S.25.

[5] Deutscher Bundestag: Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drucksache 14/5681 vom 28.3.2001, S. 5.

[6] Cassel und Janßen referieren hier die Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“ aus dem Jahr 1990. Dieter Cassel, Johannes Janßen, a.a.O., S. 18.

davon sein, dass Kassen in Gebieten mit schlechter Versorgungsstruktur benachteiligt werden, denn der Ausgleich richtet sich nicht nach den tatsächlichen Ausgaben, sondern nach dem anhand der Merkmale Alter, Geschlecht und Erwerbsfähigkeit ausgerichteten Bedarf, so dass ländliche Regionen mit einer ungünstigen Altersstruktur Transferleistungen empfangen und Großstädte mit einer jungen Arbeitsbevölkerung Transfers abgeben. Die Transfersumme bemisst sich dabei auch nach der jeweiligen Finanzkraft, wobei Regionen mit ungünstiger Einkommenssituation eher mit Transferleistungen zu rechnen haben als gutsituierte Gebiete, was übrigens wohl der eigentliche Grund für die – letztlich nicht erfolgreiche[7] – Normenkontrollklage der Länder Baden-Württemberg, Bayern und Hessen beim Bundesverfassungsgericht gegen den Risikostrukturausgleich gewesen sein dürfte.

Die Trennung nach den Rechtskreisen Ost und West führte dazu, dass die neuen Bundesländer zunächst ein geringeres Transfervolumen erhielten als in einer Situation, in der es einen bundesweiten Ausgleich gegeben hätte. Im Osten lag das Ausgabenvolumen pro Versicherten niedriger als im Westen und die Einnahmensituation war deutlich schlechter. Die Situation war schon gleich nach der Einführung der Kassenwahlfreiheit für die Ostkassen so schwierig geworden, dass sie ihre Beitragssätze deutlich erhöhen und zusätzlich ihre Defizite durch eine Kreditaufnahme abdecken mussten. Insofern ist das Drängen der ostdeutschen Kassen auf einen gesamtstaatlichen Ausgleich mit der Begründung des verfassungsrechtlichen Gebotes der Schaffung einheitlicher Lebensverhältnisse verständlich. Dementsprechend gab es seit 1999 aufgrund des GKV-Finanzkraftstärkungsgesetzes einen Finanzkraftausgleich zwischen West- und Ostdeutschland, und seit 2001 erfolgt auch auf der Bedarfsseite eine bis 2007 in sieben Stufen zu vollziehende schrittweise Angleichung der Ausgabenprofile.

Die Verfassungsfestigkeit eines solchen Ausgleichs wurde 2005 bestätigt, als das Bundesverfassungsgericht feststellte: „Der Risikostrukturausgleich verwirklicht den sozialen Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Einklang mit dem Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG kassenübergreifend und bundesweit. Auch die Einbeziehung der ostdeutschen Versicherten in den gesamtdeutschen Solidarverband der gesetzlichen Krankenversicherung dient der Verwirklichung des für die Krankenversicherung charakteristischen sozialen Ausgleichs.“[8]

Beitragssatzentwicklung

Ziel der Kassenwahlfreiheit und des Risikostrukturausgleichs ist es, den Beitragssatz als Signalgeber für den Wettbewerb zu etablieren. Beitragssatzunterschiede sollen aber nicht eine unterschiedliche Beitragsbasis und Versichertenstruktur widerspiegeln. Angesichts des kaum vorhandenen Spielraums der Kassen in Hinblick auf eine Differenzierung des Leistungsangebots sollten Beitragssatzunterschiede dementsprechend vor allem auf einen unterschiedlich ausgebauten Kundenservice (Beratung, dichtes Geschäftsstellennetz) und auf die unterschiedlich effiziente Kassenorganisation und die kassenspezifische Organisation des Leistungsgeschehens zurückzuführen sein. Aufgrund des stärkeren Wettbewerbsdrucks wird vermutet, dass die Kassenorganisation zumindest insofern tatsächlich effizienter geworden ist, als sich Einzelkassen zu größeren Organisationen zusammenschlossen, um Synergieeffekte zu nutzen: So ist die Zahl der Kassen von 1147 (1990) auf 249 (2005) gesunken, vor allem durch Zusammenschlüsse innerhalb der Allgemeinen Ortskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen.[9]

Wenn man einmal davon ausgeht, dass sich aufgrund des Zuweisungsprinzips in den Allgemeinen Ortskrankenkassen die eher schlechteren Risiken gesammelt hatten, war zu erwarten, dass sich nach Einführung der Kassenwahlfreiheit mit Risikostrukturausgleich die Beitragssätze der Allgemeinen Ortskrankenkassen relativ absenken und die Beitragssätze insgesamt angleichen würden.

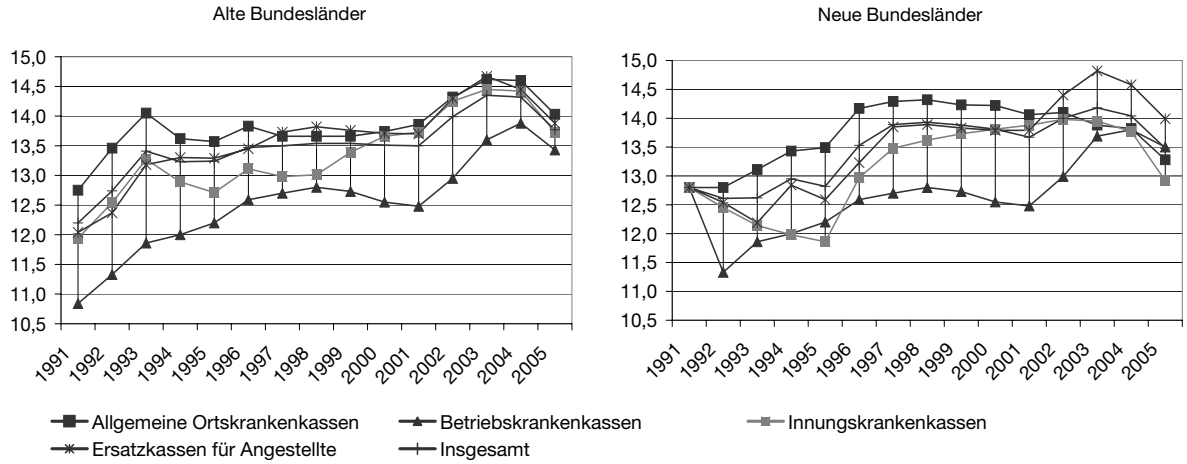
Nach Kassenarten betrachtet haben sich tatsächlich die Beitragssätze aneinander angenähert: Während die Unterschiede im früheren Bundesgebiet zwischen der teuren AOK und der billigeren BKK 1991 im Durchschnitt 1,9 Prozentpunkte betrug, verengte sich dieser Wert 2005 auf 0,6 Prozentpunkte (vgl. Schaubild 1). In Ostdeutschland hatte sich nach dem Einheitssatz von 1991 bereits 1992 eine Differenz von 1,5 Prozentpunkten zwischen AOK und BKK ergeben. 2005 wurde auch hier der Unterschied auf 1,0 Prozentpunkte eingeebnet, hier hatten die Angestellten-Ersatzkassen die höchsten Beitragssätze, die Innungskrankenkassen die geringsten. Trotz der Angleichung der Bei-

[7] Im Juli 2005 entschied das Bundesverfassungsgericht den Normenkontrollantrag aus dem Jahr 2001.

[8] Bundesverfassungsgericht: Leitsätze zum Beschluss des Zweiten Senats 3b, BVerfG, 2 BvF 2/01 vom 18.7.2005.

[9] Verband der Angestellten-Krankenkassen (vdak): Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2005, Siegburg, Dezember 2005, S. 20. Bert Rürup hat allerdings in einem Gutachten festgestellt, dass gesetzliche Kassen mit zunehmender Größe eher weniger kostengünstig arbeiten; vgl. Andreas Hoffmann: Große Kassen nicht sparsamer als kleine, in: Süddeutsche Zeitung vom 30.3.2006.

Schaubild 1
Entwicklung der Beitragssätze
(in %)



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: Gesetzliche Krankenversicherung – Allgemeine Beitragssätze 1991 bis 2005, www.bmg.bund.de.

tragssätze im Durchschnitt der Kassenarten bleiben noch erhebliche Beitragssatzspannen auch innerhalb der Kassenarten bestehen. So lagen die Beiträge der Betriebskrankenkassen 1991 zwischen 10,2% und 15,4% und 2005 zwischen 10,6% und 14,4%. Auch die Allgemeinen Ortskrankenkassen hatten 2004 und 2005 eine Beitragssatzspanne von jeweils 2,6 Prozentpunkten zu verzeichnen.[10] Dem gut informierten Versicherten war es also möglich, eine vergleichsweise sehr günstige Krankenkasse zu wählen.

Mitgliederbewegungen und Transferströme

Unterschiedliche Beitragssätze lösten Mitgliederbewegungen aus, die wiederum aufgrund der daraus resultierenden Veränderungen der Risiko- und Kostenstrukturen die Beitragssätze beeinflussten, bis der Risikostrukturausgleich griff und wiederum einen Ausgleich bewirkte. Zunächst aber hatten die neu geöffneten Betriebskrankenkassen einen erheblichen Zulauf zu verzeichnen: In Westdeutschland gewannen sie in elf Jahren von 1994 bis 2004 (vgl. Tabelle) mehr als 4 Mio. Mitglieder, während die AOK und die Angestellten-Ersatzkassen Mitglieder verloren bei einer insgesamt gewachsenen Mitgliederzahl in der GKV-West, in Ostdeutschland verlor die AOK im gleichen Zeitraum 2 Mio. Mitglieder bei einer insgesamt gesunkenen Mitgliederzahl in der GKV-Ost. Im Westen sieht es so aus, als sei der Zuwachs bei den Betriebskrankenkassen aus Zuwanderern aus Ostdeutschland sowie von der AOK und den Ersatzkassen gespeist.

Der Anteil der Mitglieder in der AOK an allen Mitgliedern der GKV nahm seit 1995 in Westdeutschland von 41,2% auf 35,1% (2004) ab. Verursacht wurde dies durch die Mitgliederströme vor allem in die Betriebskrankenkassen. Hier spiegelt sich aber auch eine Entwicklung im Gefolge der sich ändernden Arbeitnehmerstruktur, die schon seit Beginn der 70er Jahre

[10] Verband der Angestellten-Krankenkassen: Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2004 und 2005, a.a.O., jeweils S. 51.

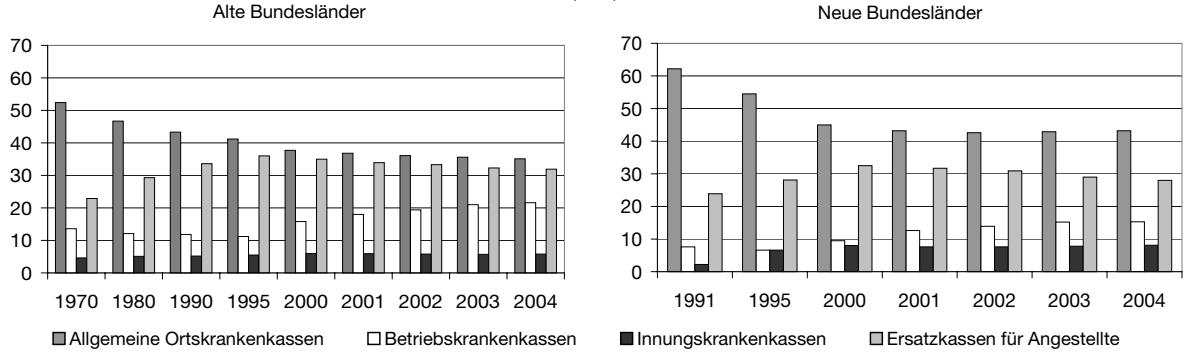
Mitgliederbewegungen

	Kassenarten insgesamt	AOK	BKK	IKK	VdAK[1]	Kassenarten insgesamt	AOK	BKK	IKK	VdAK[1]
	Zahl der Mitglieder in 1000					Veränderung von 1994 bis 2004 in 1000				
					Früheres Bundesgebiet					
1994	39 551	16 341	4 491	2 162	14 139					
2004	41 127	14 448	8 882	2 366	13 129	1 576	-1 893	4 391	204	-1 010
					Neue Länder					
1994	11 055	6 136	784	628	3 077					
2004	9 498	4 103	1 452	773	2 664	-1 557	-2 033	668	145	-413
					Deutschland					
1994	50 607	22 477	5 275	2 790	17 216					
2004	50 625	18 550	10 334	3 139	15 793	18	-3 927	5 059	349	-1 423

[1]Verband der Angestellten-Krankenkassen.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005.

Schaubild 2
Mitglieder nach Kassenarten
(in %)

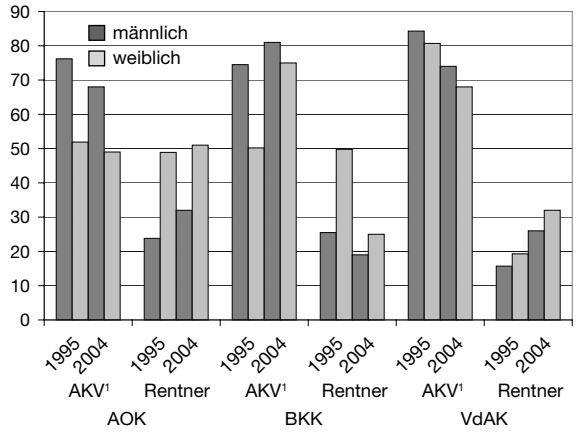


Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005.

zu beobachten ist. In Ostdeutschland hatte die AOK 2004 noch 43,2% der Mitglieder nach 54,5% im Jahr 1995 (vgl. Schaubild 2).

Wie hat sich die Mitgliederstruktur geändert? Wer hat die Kasse gewechselt? Diese Fragen lassen sich kaum beantworten. Aufgeschlüsselt werden kann die Mitgliederstruktur in Hinblick darauf, ob die Beitragszahler Rentner oder Berufstätige, männlich oder weiblich sind. Zum einen ist festzustellen, dass der Rentneranteil in der AOK im Vergleich zu den Angestellten-Ersatzkassen und der BKK deutlich höher ist, besonders hoch ist der Anteil der weiblichen Rentner (vgl. Schaubild 3). Zum anderen ist im Vergleich der Jahre 1995 und 2004 der männliche Berufstätigenanteil bei der AOK gesunken, d.h. es haben offensichtlich

Schaubild 3
Rentner und Berufstätige nach Kassenarten und Geschlecht, 1995 und 2004
(als Anteil an den jeweils gesamten Mitgliedern der entsprechenden Gruppe in der jeweiligen Kasse in %)



¹ Allgemeine Krankenversicherung.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005.

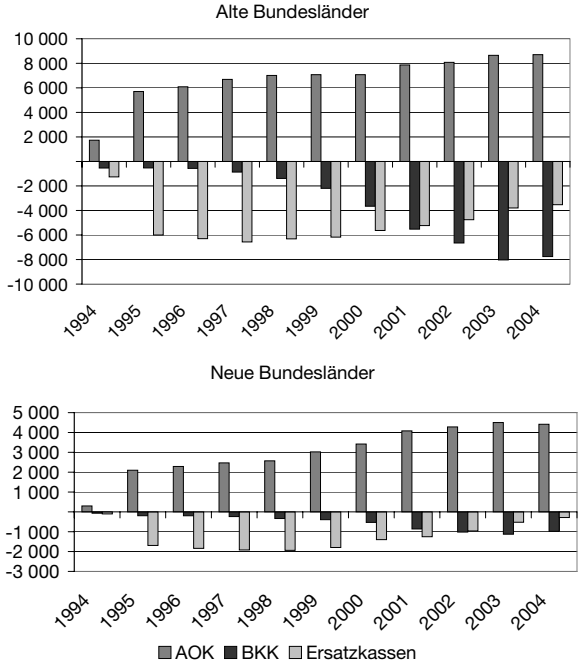
mehr berufstätige Mitglieder die AOK verlassen als Rentner, diese deutliche Entwicklung ist bei den weiblichen AOK-Mitgliedern nicht festzustellen. Zuwächse an Berufstätigen zu verzeichnen hatten hingegen vor allem die Betriebskrankenkassen, was dazu führte, dass sich hier die Mitgliederstruktur verbesserte, vor allem sank hier der Anteil der Rentnerinnen. Sinkende Mitgliederzahlen bei einer gleichzeitig sich verschlechternden Mitgliederstruktur hatten auch die Ersatzkassen zu verzeichnen, hier nahm im Zuge der Mitgliederbewegungen vor allem der Anteil der Rentnerinnen zu.

Dieser kurze Blick auf die Mitgliederstrukturen lässt schon Rückschlüsse darauf zu, wie sich die Transferströme nach dem Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen entwickelt haben.

Von den Transferströmen profitierte fast ausschließlich die AOK: In Westdeutschland flossen ihr zunehmend Finanzmittel zu, nach 5,7 Mrd. Euro (1995) bewegten sich diese im Zeitraum von 2001 bis 2004 um 8 Mrd. Euro herum, in Ostdeutschland waren ebenfalls deutliche Steigerungen festzustellen, die besonders ausgeprägt in der Zeit von 1998 bis 2001 auftraten. Offenbar hat sich hier der innerdeutsche Risikostrukturausgleich besonders stark ausgewirkt. Insgesamt erhielt die AOK 2004 12,5 Mrd. Euro aus dem Risikostrukturausgleich. Neben der AOK profitierten die Bundesknappschaften sowohl in West- als auch in Ostdeutschland. Die Knappschaften erhielten pro Versicherten einen doppelt so hohen Beitrag wie die AOK.[11] Zunehmend belastet wurden in West- wie in Ostdeutschland die Betriebskrankenkassen, zunächst stark, dann weniger stark belastet dagegen die Ersatzkassen (vgl. Schaubild 4). Insgesamt nahm das Transfervolumen auf der Ebene der Einzelkassen von 10,5 Mrd. Euro (1996) auf 15,3 Mrd. Euro (2004) zu.[12]

[11] Ebenda, S. 124.

Schaubild 4
Transfervolumen im Risikostrukturausgleich
(in Mio. Euro)



Quellen: Verband der Angestellten-Krankenkassen: Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2005, Siegburg, Dezember 2005; Bundesversicherungsamt: Transfervolumen im RSA-Jahresausgleich 2004, www.bva.de.

Reformen

Die Transfers im Rahmen des Risikostrukturausgleichs haben es möglich gemacht, dass Kassen mit ungünstiger Risikostruktur ihre Beitragssätze senken konnten oder zumindest nicht so stark erhöhen mussten, wie es ansonsten erforderlich gewesen wäre. Dass es trotz des Risikostrukturausgleichs aber weiterhin auf der Ebene der Einzelkassen deutliche Unterschiede gab, die nicht allein durch die unterschiedliche Effizienz der Kassenorganisation gerechtfertigt werden konnten, rief schon 2001 die Forderung nach einer Reform des Systems hervor. Die Kritiker der Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs vermuteten, dass in den einzelnen Gruppen, auf die die Durchschnittsbildung basierte, jeweils die Gesündesten und damit auch die Mobilsten die Kasse wechseln, d.h. beispielsweise in der Gruppe der 60-jährigen Frauen die Kranken in der AOK blieben und die Gesunden in eine günstige BKK wechselten, mit der Folge, dass die Transferleistungen der Betriebskrankenkassen an die AOK nicht ausreichten, um die Verschlechterung der Risikostruktur dort auszugleichen.

In einem Gutachten für die Spitzenverbände verschiedener Kassenorganisationen[13] haben die Gutachter Lauterbach und Wille festgestellt, dass es signifikante Morbiditätsunterschiede zwischen den Bestandsversicherten und den Versicherten gibt, die ihre Krankenkasse wechseln. Kassenwechsler verursachten vor dem Kassenwechsel nur etwa 55% der durchschnittlichen Leistungsausgaben in den Bereichen Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld und etwa 65% bei den sonstigen Leistungsausgaben (insbesondere Heil- und Hilfsmittel).[14] Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, befürworteten die Gutachter daher zu den im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Kriterien den Wechslerstatus einzubeziehen.

Außerdem hielten die Gutachter Lauterbach/Wille als kurzfristige Maßnahme ein Chronikerprogramm für erforderlich. Letztlich wurde die Berücksichtigung des Wechslerstatus für problematisch in Hinblick auf die Anreizwirkung und die Praktikabilität gehalten. Demgegenüber entschied sich der Gesetzgeber für das in den USA erprobte und in den Niederlanden jüngst eingeführte morbiditätsorientierte Verfahren, das von der im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums arbeitenden Gutachtergruppe um die Professoren Wasem und Cassel[15] vorgeschlagen worden war. Das im November 2001 beschlossene Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs[16] enthielt drei zentrale Bausteine:

- ein Disease-Management-Programm ab dem 1.7.2002, das die Behandlung von chronisch Kran-

[12] Für 1996 vgl. Verband der Angestellten-Krankenkassen: Risikostrukturausgleich – Zahlen, Fakten, Hintergründe 2003/2004, S.11. Für 2004 vgl. Bundesversicherungsamt: Transfervolumen im RSA-Jahresausgleich 2004, www.bva.de. Die Summe setzt sich zusammen aus 14 Mrd. Euro für AOK und Bundesknappschaft und 1,4 Mrd. Euro, die innerhalb der Kassenarten verteilt werden. Dabei zahlen die Zahlerkassen nur 13,4 Mrd. Euro in den Topf, hinzu kommen noch 1,8 Mrd. Euro Einnahmen aus den Mini-Jobs.

[13] Karl W. Lauterbach, Eberhard Wille: Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich, Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung" unter Berücksichtigung der Morbidität, Gutachten im Auftrag des VdAK, des AEV, des AOK-Bundesverbandes und des IKK-Bundesverbandes, Februar 2001.

[14] Ebenda, S. 45.

[15] Klaus Jacobs, Peter Reschke, Dieter Cassel, Jürgen Wasem: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, November 2001. Ein weiteres Gutachten wurde von Friedrich Breyer und Mathias Kifmann für die Spitzenorganisation der Betriebskrankenkasse erstellt. Die Gutachter kamen hier zu dem Ergebnis, bei dem bisherigen Verfahren die Durchschnittsberechnung auf Regressionsberechnungen umzustellen und dabei zusätzlich die Faktoren Einkommen und Familienstand einzuführen. Dieser Vorschlag wurde nicht weiter verfolgt; vgl. Friedrich Breyer, Mathias Kifmann: Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, DIW Diskussionspapier Nr. 236, Berlin, Januar 2001.

[16] Bundesministerium für Gesundheit: Informationen zur Neuordnung des Risikostrukturausgleichs. http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_605038/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/Gesetzliche-Krankenversicherung/Informationen-zur-Neuordnung--3404.html

ken nach medizinischen Leitlinien vorsah, aber auch den Kassen solcher Patienten ermöglichte, über den Risikostrukturausgleich einen höheren Bedarf abzurechnen,

- einen Hochrisikopool für besonders teure Patienten, in den alle Kassen einzahlen sollten,
- die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs durch die Erfassung von direkten Morbiditätsunterschieden ab dem 1.1.2007. Hier soll nach den Kriterien „Stationäre Diagnosen und Arzneimittelinformationen" ein Zuschlag zu den bereits berücksichtigten Elementen des Risikostrukturausgleichs erfolgen oder diese vollständig ersetzen.

Die bereits umgesetzten Maßnahmen der Reform sind bisher nur marginal spürbar, denn zum einen hat sich der Aufbau von Chronikerprogrammen stark verzögert und durch die Freiwilligkeit der Teilnahme auch noch nicht bei den Patienten durchgesetzt. Die Wirkung des Risikopools wird für 2004 auf 0,7 Mrd. Euro bei einer Gesamttransfersumme von 15,3 Mrd. Euro veranschlagt. Die Disease-Management-Programme schlugen nur mit 88,7 Mio. Euro zu Buche.[17]

Wie sähe die Lage ohne Risikostrukturausgleich aus?

Wie die Beitragssätze ohne Risikostrukturausgleich aussähen, hat das erwähnte Gutachten der Gruppe um die Professoren Wasem und Cassel ermittelt. Sie kommen für das Jahr 1999 zu dem Ergebnis, dass die so genannten Urbeitragssätze, die die Kassen ohne Risikostrukturausgleich hätten kalkulieren müssen, zwischen 7,5% für Krankenkassen mit hoher Finanzkraft und niedrigem Beitragsbedarf und 20,7% für Kassen mit niedriger Finanzkraft und hohem Beitragsbedarf differieren würden.[18]

Rationales Verhalten der Marktteilnehmer vorausgesetzt müssten „Preisunterschiede" solchen Ausmaßes sehr rasch erhebliche Mitgliederbewegungen von den teuren zu den billigen Kassen auslösen, die in der Regel eine Schließung der teuren Kassen nach sich ziehen würde. Die trotz Risikostrukturausgleich weiterhin bestehenden – allerdings geringeren – Beitragssatzdifferenzen haben dagegen nur begrenzte Mitgliederwanderungen ausgelöst. Offensichtlich gibt es Bevölkerungsgruppen, die nicht willens oder in der Lage sind, auf die durch den Risikostrukturausgleich begrenzten Beitragssatzdifferenzen mit einem Kassenwechsel zu reagieren. Der Anreiz zu einem Wechsel wird weiter herabgesetzt, da auf die Arbeitnehmer nur die Hälfte der Beitragszahlung entfällt. Sie kommen auch nur in den Genuss des halben Vorteils des Wechsels zu einer günstigeren Kasse mit dem Ergebnis, dass bei kleinen Einkommen die Transaktionskosten tendenziell höher als der erzielbare Gewinn sind. Dementsprechend würden größere Beitragssatzunterschiede weitere Bevölkerungsgruppen dazu veranlassen, mobil zu reagieren. Eine Abschaffung des Risikostrukturausgleichs wäre allerdings ein Experiment mit ungewissem Ausgang.

Denn bei Einführung von Kassenwahlfreiheit für die Versicherten ohne Risikostrukturausgleich hätten sich auch aufgrund der Morbiditätsunterschiede von wechselbereiten und eher reaktionsträgen Versicherten die Beitragsdifferenzen progressiv vergrößert: Krankenkassen mit historisch bedingt ungünstiger Risikostruktur wären aufgrund ihrer schlechten Startbedingungen in einen Teufelskreis von hohen Kosten und damit hohen Beitragssätzen sowie zunehmender Abwanderung der mobilen und gesunden Versicherten geraten. Solche Kassen hätten auf die Dauer wirtschaftlich nicht überleben können. Den Gutachtern Cassel/Wasem/Reschke/Jacobs zufolge „... würde es ohne RSA unausweichlich zu einem Konzentrationsprozess kommen, der Kassenvielfalt und Kassenwettbewerb tendenziell beseitigen würde – und dies unabhängig davon, wie effizient und leistungsorientiert die Kassen im Übrigen sind".[19] Im Endeffekt würde eine Einheitskasse enstehen, bei der ein Risikostrukturausgleich dann nicht mehr erforderlich wäre. Auf dem Weg dahin würden sich aber sehr wahrscheinlich die Kassen durchsetzen, die am geschicktesten Risikoselektion betreiben würden, Kriterien wie Effizienz und gute Patientenversorgung würden völlig in den Hintergrund geraten.

Hat sich der Risikostrukturausgleich bewährt?

Bewertet werden kann der Risikostrukturausgleich nur im Zusammenhang mit der Kassenwahlfreiheit, der er dient. Ziel des Kassenwettbewerbs ist es, eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten und dabei die vorhandenen Mittel so effizient wie möglich einzusetzen. Hat der Risikostrukturausgleich dazu beigetragen? Er hat – wenn auch nicht perfekt – die negativen Auswirkungen, die von einer aktiven oder passiven Risikoselektion ausgehen, verhindert. Dementsprechend ist es nicht zu stark differierenden Beitragssätzen gekommen, die Vielfalt der Kassen konnte erhalten und eine Monopolisierung vermieden werden.

[17] Bundesversicherungsamt: Disease-Management-Programme (DMP) im Jahresausgleich 2004, www.bva.de.

[18] Klaus Jacobs, Peter Reschke, Dieter Cassel, Jürgen Wasem, a.a.O., Tabelle 2.

[19] Ebenda, S. 23.

Der Risikostrukturausgleich hat zudem verhindern können, dass die Kassen in einem Wettbewerb um gute Risiken ihr wichtiges Ziel, die gute Patientenversorgung vernachlässigen. Allerdings hat die Ausrichtung des Risikostrukturausgleichs nicht dazu beigetragen, das Interesse der Kassen an der Versorgung von teuren Patienten zu stärken. Außerdem ist er mit hohen Verwaltungskosten verbunden und wird zunehmend intransparenter, wenn mit immer komplizierteren Methoden die Zielgenauigkeit des Mechanismus verbessert werden soll.

Welche anderen Mechanismen würden die genannten Ziele einfacher erreichen? Um die Finanzierung der Krankenversicherung von der Entwicklung der Lohnsumme unabhängig zu machen, wird derzeit die Kopfpauschale diskutiert. Aber auch auf einen eventuellen Risikostrukturausgleich wirkt die Kopfpauschale insofern, als unterschiedliche Einkommen der Versicherten nicht die Einnahmesituation der Kassen betreffen und dementsprechend den Finanzkraftausgleich ersparen würden. Ein Ausgleich der krankheitsbedingten Risikostrukturen erübrigt sich allerdings auch bei der Kopfpauschale nicht, und dieses ist letztlich der aufwändigste Teil des Ausgleichsmechanismus.

Derzeit wird auch ein auf risikoadäquate Prämien basierendes Finanzierungssystem diskutiert. Dieses Verfahren würde zwei Vorteile bieten: Zum einen macht es einen Risikostrukturausgleich überflüssig, da die Kassen dem Risiko entsprechende Einnahmen erhalten. Zum anderen stärkt es das Interesse der Kassen an risikoreichen Versichertengruppen, sofern die Prämien die zu erwartenden Risiken im Durchschnitt gut abdecken. Warum wird dieses Verfahren aber in der Praxis für die Breitenversorgung kaum genutzt? Dies dürfte vor allem daran liegen, dass dieses System die Finanzierung der Krankenversicherung in erheblichem Maße dem Staatshaushalt aufbürden würde. Denn soll die Belastung der Versicherten aus sozialpolitischen Gründen begrenzt werden, wird der staatliche Zuschuss bei risikoadäquaten Prämien noch weitaus höher ausfallen müssen als das derzeit beispielsweise schon beim Kopfpauschalensystem in der Schweiz erforderlich ist:[20] Da die Verteilung der Risiken und dementsprechend der Kosten sehr ungleich ist, machen hohe Risiken eine derart hohe Prämie erforderlich, dass regelmäßig der festgesetzte Beitrag (z.B. als Anteil am Einkommen des Versicherten) durch staatliche Zuschüsse ergänzt werden müsste, während niedrige Risiken sich in einem sehr viel geringeren Beitrag als derzeit niederschlagen würden. Da Armut und Krankheit durchaus korrelieren, dürfte sich daraus eine staatliche Finanzierung des Systems ergeben, die den Großteil der Einnahmen ausmachen könnte. Bei einem so hohen staatlichen Anteil stellt sich die Frage, ob die Kassen nicht den Staat durch überhöhte Prämienfestlegungen ausbeuten könnten, da die Versicherten mit geringem Einkommen kein großes Interesse an einer Prämienbegrenzung haben dürften.

Neuerdings wird eine andere Variante der Prämienfinanzierung diskutiert. Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen hatte vorgeschlagen,[21] einen Sonderhaushalt GKV – nunmehr als Gesundheitsfonds in der Diskussion – zu errichten, in den die Arbeitgeber und Arbeitnehmer einkommensabhängige Beiträge einzahlen. Die Einnahmen aus diesem Haushalt werden durch die Zahl der Versicherten geteilt als Kopfpauschale an die Krankenkassen weitergereicht, wobei diese Kopfpauschale morbiditätsorientierte Zu-/oder Abschläge enthalten könnte. Dieses Verfahren zieht eine weitere Ebene im Verhältnis der Versicherten zu ihren Krankenkassen ein und wurde sogleich als zu bürokratisch kritisiert. Es hätte allerdings den Vorteil, den Risikostrukturausgleich zu ersetzen und zeitlich vorzuziehen. Außerdem ließe sich mit Hilfe des Gesundheitsfonds ein Krankenversicherungssystem konstruieren, in dem private und gesetzliche Kassen zu gleichen Bedingungen arbeiten. Welche Probleme eine solche Lösung in der Praxis mit sich bringt, lässt sich erst abschätzen, wenn das Modell genauere Konturen annimmt.

Fazit

Bis dahin hat der bestehende Risikostrukturausgleich durchaus seinen Charme. Vor allem wenn er durch einen echten Wettbewerb der Kassen ergänzt würde, könnte er durchaus zur Effizienz im Gesundheitswesen beitragen. Die Ergebnisse der Gesundheitsreform von 1992 haben einmal wieder gezeigt, wie schwierig es ist, eine anreizkompatible und gleichzeitig sozial ausgewogene Lösung für die Probleme des Gesundheitsmarktes zu finden. Patentlösungen können sich dabei als in der Praxis nicht umsetzbar erweisen. Dem Risikostrukturausgleich ist zu bescheinigen, dass er unabdingbar war, um die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen verschiedenen Kassen zu ermöglichen und zugleich Effizienz und gute Patientenversorgung nicht zu vernachlässigen.

[20] 1996 nahmen noch weniger als ein Viertel, 2002 dagegen fast ein Drittel der Haushalte eine Prämienreduktion in Anspruch; vgl. Bundesamt für Statistik: Krankenversicherung Prämienverbilligung, www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/soziale_sicherheit/uebersicht/blank/panorama/krankenversicherung0/praemienverbilligung.html

[21] Vgl. Wolfram F. Richter: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 85. Jg. (2005), H. 11, S. 693 ff.