

Cassel, Dieter et al.

Article — Digitized Version

Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Cassel, Dieter et al. (2001) : Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 81, Iss. 4, pp. 187-202

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/44357>

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.

Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV

Das Bundesministerium für Gesundheit hat Ende März Eckpunkte zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt. Welchen Anforderungen sollte eine solche Reform genügen?

Dieter Cassel, Klaus Jacobs, Jürgen Wasem

Der Risikostrukturausgleich soll Wettbewerb und Solidarität sichern

Auf der Grundlage eines Beschlusses des Deutschen Bundestages hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Ende Mai vergangenen Jahres das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) zusammen mit den Professoren Cassel und Wasem beauftragt, die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfassend zu untersuchen und konkrete Reformmaßnahmen vorzuschlagen. Seitdem dieses Gutachten – etwa zeitgleich mit einer von den Kassenverbänden (ohne die Betriebskrankenkassen) in Auftrag gegebenen Studie der Professoren Lauterbach und Wille – seit Februar dieses Jahres vorliegt¹, ist das darin vorgestellte Reformkonzept Gegenstand einer intensiven gesundheitspolitischen Debatte.

Einige zentrale Vorschläge dieses Konzepts sind in die Ende März vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten „Eckpunkte

zur Reform des Risikostrukturausgleichs“ eingeflossen². Allerdings ist dabei das Bestreben der Politik, unbedingt einen Kompromiss zwischen den Krankenkassenverbänden und ihren divergierenden Interessen zu schmieden, nicht ohne Auswirkungen auf die sachliche Stimmigkeit des gesamten Reformkonzepts geblieben. Es erscheint deshalb geboten, die notwendigen „Essentials“ der fälligen RSA-Reform noch einmal in Erinnerung zu rufen.

Kern der „solidarischen Wettbewerbsordnung“

Kassenwahl und Wettbewerb sind wesentliche Steuerungsinstrumente zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung sowie zur Stärkung der Versichertenpräferenzen und dienen damit zentralen gesundheitspolitischen Zielen. Um diese unter den spezifischen Bedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung erreichen zu können, bedarf der Kassenwettbewerb eines funktional adäquaten Ordnungsrahmens. Darin spielt der Risikostrukturausgleich eine zentrale Rolle: Bei einkommensproportionalen Beiträgen und weiterhin einheitlichen Leistungsansprüchen aller GKV-Versicherten

hat er die Aufgabe, Risikoselektion zu vermeiden, Anreize bei den Kassen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung freizusetzen und Beitragssatzgerechtigkeit herzustellen.

Diese Aufgabe ist in einer wettbewerblichen Gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft zu erfüllen; der Risikostrukturausgleich ist deshalb ein unverzichtbares Element einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“. Wer dafür plädiert, den Risikostrukturausgleich auslaufen zu lassen, weil sich die Versichertenstrukturen der Kassen im Wettbewerb schon angleichen würden, irrt. Selbst wenn sie sich zwischenzeitlich angeglichen hätten – tatsächlich ist es zu weiteren Entmischungen gekommen –, könnte auf den Risikostrukturausgleich nicht verzichtet werden: Sobald er fortfiel, wäre mit Risikoselektion, Fehlanreizen, Beitragssatzverzerrungen und ruinöser Konkurrenz zwischen den Kassen zu rechnen. Dies gilt auch für Forderungen, den Risikostrukturausgleich zwar nicht abzuschaffen, ihn jedoch quantitativ zurückzuführen, indem z.B. willkürliche Obergrenzen für die Transferzahlungen eingezogen würden.

¹ IGES, D. Cassel, J. Wasem: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin 2001 (<http://www.bmg.gesundheit.de>).

² Pressemitteilung Nr. 28 des Bundesgesundheitsministeriums vom 28. März 2001.

Defizite des bestehenden Risikostrukturausgleichs

Der Risikostrukturausgleich hat bisher die an ihn gestellten Erwartungen tendenziell erfüllt. Im Vergleich zu einer Situation ohne Risikostrukturausgleich spielt Risiko-selektion eine deutlich geringere Rolle. Und im Vergleich zum früheren Finanzausgleich der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bemühen sich die Kassen deutlich stärker um die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und bauen ihren Service für die Versicherten ständig aus.

Die vereinzelt geäußerte Kritik, dass unwirtschaftliches Verhalten durch den Risikostrukturausgleich belohnt werde, ist unzutreffend. Unwirtschaftliches Verhalten würde dann belohnt, wenn der Risikostrukturausgleich tatsächlich Leistungsausgaben erstatten würde. Er arbeitet aber mit standardisierten Leistungsausgaben, so dass Mehraufwendungen einzelner Kassen in aller Regel nicht zu zusätzlichen Transfers oder zu verminderten Zahlungsverpflichtungen führen.

Gleichwohl sind bestimmte Defizite im bestehenden Risikostrukturausgleich und damit im gegenwärtigen Kassenwettbewerb unübersehbar. So berücksichtigt der Risikostrukturausgleich nicht hinreichend den tatsächlichen Gesundheitszustand (Morbidität) der Versicherten, was sich im Verhalten der Kassen niederschlägt: Zwar haben sie sich auf der einen Seite in kurzer Zeit zu kundenorientierten Dienstleistern entwickelt; doch sind andererseits ihre Aktivitäten zur gezielten Verbesserung der Gesundheitsversorgung, insbesondere von chronisch Kranken, nach wie vor unterentwickelt. Der derzeitige Risikostrukturausgleich bietet den Kassen kaum Anreize, die bestehenden Qualitäts- und

Die Autoren
unseres Zeitgesprächs:

Prof. Dr. Dieter Cassel, 61, ist Inhaber des Lehrstuhls für allgemeine Wirtschaftspolitik an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg und Gründungsmitglied des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik; Dr. Klaus Jacobs, 44, arbeitet als Gesundheitsökonom am IGES-Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin; Prof. Dr. Jürgen Wasem, 41, hat einen Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement an der Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach ist Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln; Prof. Dr. Eberhard Wille, 59, lehrt Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim und ist Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit; Dr. med. Stephanie Stock, 32, und Guido Wendland, 32, Dipl.-Statistiker, sind Mitarbeiter am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie.

Prof. Dr. Friedrich Breyer, 50, ist Ordinarius für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der Universität Konstanz; Mathias Kifmann, 31, Dipl.-Volkswirt, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der Universität Konstanz.

Prof. Dr. Stefan Felder, 41, ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg.

Wirtschaftlichkeitsdefizite der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu beheben. Im Gegenteil besteht bei den Krankenkassen verbreitet die Befürchtung, durch gezieltes Versorgungsmanagement teure Patienten anzulocken, die jedoch zu einem Beitragssatznachteil führen würden, weil sie im Risikostrukturausgleich nicht angemessen berücksichtigt werden. Weit lohnender erscheint dagegen, wechsellere gesunde Versicherte anzuwerben und schlechte „Risiken“ fernzuhalten, d.h. aktiv „Risiko-selektion“ zu praktizieren.

Langfristiges Reformkonzept

Um die Defizite des bestehenden Risikostrukturausgleichs zu beseitigen, wird von uns ein ausgewogenes, längerfristig ausgerichtetes und verlässliches Gesamtkonzept vorgeschlagen, das kausaladäquat an der Berechnung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft der Kassen ansetzt und notwendig erscheinende Reformmaßnahmen „jenseits des Risikostrukturausgleichs“ mit einschließt. Kernpunkt ist die bei RSA-Experten weitgehend unumstrittene und inzwischen auch vom Bundesgesundheitsministerium in seinen „Eckpunkten“ aufgegriffene Empfehlung, den Beitragsbedarf, der jeder Kasse im Risikostrukturausgleich zugerechnet wird, auf der Grundlage direkter Morbiditätsindikatoren zu ermitteln, weil die heutigen Ausgleichsfaktoren (Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente) Morbiditätsunterschiede nicht genau abbilden.

Es geht also nicht um eine „Ausweitung“ des Risikostrukturausgleichs bzw. seiner Transferzahlungen, sondern um eine versicherungstechnisch gezieltere Berücksichtigung des Morbiditätsrisikos. Formen eines derartigen „morbiditätsorientierten Risikostruktur-

ausgleichs“ sind international bereits eingeführt (z.B. im Risikoausgleich der Rentner-Krankenversicherung „Medicare“ in den USA); zudem ist die Analogie zu dem in Deutschland demnächst praktizierten diagnosebezogenen Fallpauschalen-System zur Vergütung von Krankenhausleistungen (DRGs) unverkennbar.

Im Gutachten werden alternative Klassifikationsmodelle der direkten Morbiditätsmessung vorgestellt und nach verschiedenen Kriterien beurteilt. Dabei zeigt sich, dass diese Veränderung des Risikostrukturausgleichs anreizkompatibel und manipulationsresistent ausgestaltet werden kann und die Reform keineswegs an Problemen der Datenverfügbarkeit und des Datenschutzes oder am entstehenden Erhebungs- und Erfassungsaufwand zu scheitern braucht.

Freilich ist die Umstellung kurzfristig nicht realisierbar, weil dazu noch konzeptionelle und empirische Vorarbeiten zu leisten sind. Dazu schlagen wir einen rechtsverbindlichen, noch in diesem Jahr zu verabschiedenden Fahrplan vor. Er sieht nach einer Einigung der Selbstverwaltung auf ein bestimmtes „Grundmodell der direkten Morbiditätsmessung“ auf der Grundlage eines entsprechenden Berichts des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2003 eine zweijährige Vorlaufphase zur Datenerfassung und -lieferung vor, die 2006 ein Übergangsmodell und zum 1.1.2007 einen vollständigen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ermöglichen soll.

Empfohlen – und vom Bundesgesundheitsministerium ebenfalls bereits in die „Eckpunkte“ aufgenommen – wird darüber hinaus ein spezieller „Hochrisikopool“. Er soll

fallbezogen solche Ausgaben GKV-weit ausgleichen, die extrem oberhalb der standardisierten Leistungsausgaben liegen und auch im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nicht adäquat abgebildet werden können. Der Hochrisikopool soll Kassen entlasten, die überdurchschnittlich viele extrem teure Leistungsfälle haben, und kann als eine Art GKV-interne Rückversicherung angesehen werden.

Kurzfristig realisierbare Übergangslösungen

Um kurzfristig Beitragssatzverzerrungen abzubauen, die wegen der unzureichenden Abbildung unterschiedlicher Morbiditätsbelastungen der Kassen im jetzigen Risikostrukturausgleich noch bestehen, und damit zugleich einer weiteren Risikoentmischung vorzubeugen, erscheint bis zur vollständigen Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Jahr 2007 eine rasch wirksame Übergangslösung erforderlich.

Hierzu haben wir vorgeschlagen, den längerfristig ohnehin erforderlichen Hochrisikopool bereits ab 2002 einzuführen und während der Übergangsphase auf eine größere Zahl von ausgabenintensiven Versicherten auszudehnen, als dies bei einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich erforderlich wäre. Dieser „Risikopool“ wäre obligatorisch für alle Kassen auf GKV-Ebene zu bilden und über einen kasseneinheitlichen Bestandteil des Ausgleichsbedarfssatzes zu finanzieren. Durch seine Ausgestaltung als „Stop-loss-Modell mit Selbstbeteiligung“ nach dem Muster von Rückversicherungen – mit einem konkret vorgeschlagenen Schwellenwert von 20 000 DM und einem Selbstbehalt der Kassen von 20% der Ausgaben jenseits des

Schwellenwerts – könnten Anreize zu unwirtschaftlichem Verhalten der Kassen weitgehend vermieden werden. Der Risikostrukturausgleich würde um die im Rahmen des Risikopools erstatteten Ausgabenbestandteile bereinigt.

Die Grundidee des Risikopools, unterschiedliche Anteile der Kassen an besonders ausgabenintensiven Versicherten in ihrer Beitragssatzwirkung partiell zu neutralisieren, hat insbesondere auch im Hinblick auf den Übergangscharakter dieses Vorschlags bis zur Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs viel Zustimmung gefunden, doch wurde Kritik an der vorgeschlagenen Ausgestaltung geäußert: So sei der Schwellenwert mit 20 000 DM „zu niedrig“, weil damit z.B. bereits Krankenhausfälle ab der vierten Woche zu Erstattungen führten; außerdem beließe der Eigenanteil von 20% bei den Kassen „zu geringe“ Anreize zur Ausgabenbegrenzung.

Diese Kritik verkennt jedoch, dass die vorgeschlagene Ausgestaltung des Risikopools – insbesondere im Hinblick auf den Schwellenwert – gerade so gewählt wurde, um eine ausgewogenere Finanzierungsbeteiligung bei gut 2% besonders ausgabenintensiver Versicherter zu erzielen – z.B. auch bei längeren Krankenhausaufenthalten, die bei Versicherten besonders beitragsatzgünstiger Kassen kaum in nennenswerter Zahl vorkommen dürften – und damit spürbare Beitragssatzwirkungen im Übergangszeitraum zu realisieren. Bei der jetzt in den „Eckpunkten“ des Bundesgesundheitsministeriums vorgesehenen Ausgestaltung des Risikopools mit einem Schwellenwert von 40 000 DM und einem Eigenanteil von 40% ist dies kaum zu erwarten, und es stellt sich die Frage, ob sich der ganze Aufwand

dann überhaupt noch lohnt – zumal die Einführung des Risikopools nach den „Eckpunkten“ unverständlicherweise erst 2003 erfolgen soll.

Noch nicht abschätzbar sind die Auswirkungen des in den „Eckpunkten“ des Bundesgesundheitsministeriums vorgesehenen „Chronikerpools“. Zunächst war hier zwischen Kassenverbänden und Ministerium ein Kompromiss dahingehend erzielt worden, 70% der Ausgaben chronisch erkrankter Versicherter, die in spezielle Disease-Management-Programme eingeschrieben sind, GKV-weit von allen Kassen zu finanzieren. Eine solche Regelung hätte vermutlich ausgabentreibende Effekte gehabt. Zwischenzeitlich hat das Ministerium sich auch hier den Vorschlag zu eigen gemacht, der von den beiden Gutachtergruppen IGES/Cassel/Wasem und Lauterbach/Wille in ihrem gemeinsam vorgelegten „Konsenspapier“ als Übergangslösung bis zum vollständigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich vorgeschlagen wurde. Danach werden für die Disease-Management-Programme standardisierte Leistungsausgaben, die sich an den Durchschnittsausgaben orientieren, zugrunde gelegt. Damit bleiben die Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten erhalten. Inwieweit angesichts der beträchtlichen Hürden, bis die Programme implementiert sind, eine Umsetzung in kurzer Frist erfolgen kann, bleibt allerdings offen.

Weitere Reformdimensionen und -vorschläge

Kurzfristig realisierbar wäre dagegen die von uns als unbedingt notwendig erachtete „Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs“ sowie die Errichtung eines „Erstattungspools für nicht managementfähige Leistungen“. Da Unter-

schiede in den beitragspflichtigen Einnahmen derzeit nur zu rund 92% ausgeglichen werden, bestehen nach wie vor nicht unerhebliche Beitragssatzverzerrungen sowie Anreize zur Risikoselektion in Bezug auf das Einkommen. Wir schlagen deshalb vor, den Finanzkraftausgleich zu vervollständigen, indem bei der Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes auch die Verwaltungsausgaben einbezogen werden, die zugleich bei der Ermittlung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs anreizkompatibel in standardisierter Form berücksichtigt werden.

Darüber hinaus sollte ein weiteres RSA-Defizit behoben werden: Bestehende Beitragssatzverzerrungen könnten abgebaut werden, wenn grundsätzlich nicht managementfähige (Fix-)Ausgaben der Kassen (im Wesentlichen Sterbegeld, Mutterschaftsgeld, Aufwendungen für Familienangehörige im Ausland sowie entgangene Patientenzuzahlungen bei Härtefällen) statt im Risikostrukturausgleich über standardisierte Leistungsausgaben direkt aus einem GKV-weiten Erstattungspool finanziert würden. Diese Reformmaßnahme würde sich erübrigen, wenn diese Leistungen grundsätzlich nicht mehr von den Kassen getragen, sondern – wie vielfach vorgeschlagen – steuerfinanziert würden.

Schließlich sind wir der Auffassung, dass die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen im GKV-System ihre Ursache nicht allein in den Funktionsdefiziten des derzeitigen Risikostrukturausgleichs haben, sondern auch aus einer noch unzulänglich ausgebauten „solidarischen Wettbewerbsordnung“ resultieren. Deshalb erscheinen auch Reformmaßnahmen „jenseits des Risikostrukturausgleichs“ unabdingbar. Sie betreffen unter anderem die Abschaffung bestimm-

ter Sonderrechte einzelner Kassen bzw. Kassenarten, die Verhinderung der Einflussnahme der Arbeitgeber auf die Kassenwahlscheidungen ihrer Beschäftigten durch Abschaffung oder Neugestaltung der Arbeitgeberbeiträge, eine Option zur regionalisierten Beitragssatzkalkulation bundesweit tätiger Kassen, die Neuregelung der überholten Vergütungsformen in Form der „mitgliederbezogenen Kopfpauschalen“ im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und nicht zuletzt mehr Möglichkeiten für „selektives Kontrahieren“ als Wettbewerbsparameter der Kassen, verbunden mit einer nachhaltigen Intensivierung des Wettbewerbs unter den Anbietern von Gesundheitsleistungen.

Auch schlagen wir – eher beiläufig – die vom Bundesgesundheitsministerium gleich als erste Maßnahme in seine „Eckpunkte“ aufgenommene Aufhebung des Stichtagstermins (30. September) für Kündigungen der Pflichtversicherten zugunsten einer für alle GKV-Versicherten einheitlichen Regelung des Kassenwechsels vor – allerdings ohne den gleichzeitigen Wegfall des Sonderkündigungsrechts im Fall von Beitragssatzerhöhungen.

Reform aus einem Guss notwendig

Die von uns unterbreiteten Reformmaßnahmen stehen sachlich und zeitlich in einem engen Zusammenhang. Entscheidend ist, dass der Gesetzgeber noch in diesem Jahr einen verbindlichen Reformplan verabschiedet, der die Rechtsgrundlagen für die weiteren Reformschritte schafft und insbesondere „grünes Licht“ für die schrittweise Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gibt. Schon Anfang 2002 könnte der Finanzkraftaus-

gleich vervollständigt und der Risikopool – zunächst auf der Grundlage von Abschlagszahlungen – eingerichtet werden, während der Erstattungspool für nicht managementfähige Leistungen aus datentechnischen und organisatorischen Gründen erst im Jahr 2003 errichtet werden könnte.

Hierdurch erföhre das GKV-System zwar keine „robuste Ruhigstellung“ – wie sie vor allem von den aktuell besonders vom Mitgliederschwund betroffenen Ersatzkassen gefordert wird –, erhalte jedoch kurzfristig wirksame, praktikable und vor allem RSA-kompatible Übergangsregelungen. Die im Gegensatz dazu im „konzertierten Dialog“ vom Bundesgesundheitsministerium und den Kassenverbänden inzwischen ausgeheckten Kurzfristmaßnahmen – ein als „Solidarausgleich“ neben dem Risikostrukturausgleich bezeichneter faktischer Mindestbeitragsatz von 12,5%, ein abgespeckter Risikopool mit 40 000 DM Schwellenwert und 40% Selbstbe-

halt der Kassen und ein in dieser Ausgestaltungsform mutmaßlich ausgabentreibender Chronikerpool sowie der Verzicht auf die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und den Erstattungspool für nicht managementfähige Leistungen – erscheinen weder langfristig zielführend noch kurzfristig ein wirksames Beruhigungsmittel für das reformbedürftige GKV-System. Insbesondere von dem vorgesehenen Mindestbeitragsatz geht ein falsches Signal aus, weil er – anders als alle sonst vorliegenden Reformvorschläge, einschließlich des inzwischen offenbar nicht mehr verfolgten Vorschlags von Lauterbach/Wille, Kassenwechsler im Risikostrukturausgleich gesondert zu berücksichtigen – in keiner Weise ursachenorientiert an bestimmten Beitragsatzdeterminanten ansetzt und damit einen Rückfall in die Zeit vor Einführung des Risikostrukturausgleichs darstellt.

Dass das Bundesgesundheitsministerium in den „Eckpunkten“

den Reformvorschlägen seiner (oder anderer) Gutachter nicht in allen Punkten gefolgt ist, kann niemanden überraschen – am wenigsten die Gutachter selbst. Problematisch muss jedoch erscheinen, auf welche Weise die „Eckpunkte“ zustande gekommen sind, nämlich nicht etwa im Hinblick auf einen Kompromiss mit der Opposition (auf deren Zustimmung man spätestens im Bundesrat angewiesen ist), sondern in Form eines Kompromisses zwischen den Krankenkassenverbänden. Damit werden Entscheidungen über die konkrete Ausgestaltung des GKV-Solidarprinzips – z.B. in Bezug auf die Vollständigkeit des Ausgleichs von Einkommensunterschieden – sowie weiterer Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs dem Verhandlungsprozess zwischen Verbänden der unmittelbaren Wettbewerber überlassen. Ob die Verbraucher von einem solcherart geregelten Wettbewerb allzu viel Positives erwarten können, erscheint zumindest zweifelhaft.

Karl W. Lauterbach, Eberhard Wille, Stephanie Stock, Guido Wendland*

Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs unter Wettbewerbsbedingungen

Im Zuge der Kassenwahlfreiheit in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 1996 wurde zur Herstellung von gleichen Wettbewerbsbedingungen der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Er sollte die Unterschiede in den Versichertenstrukturen der einzelnen Kassen ausgleichen. Die RSA-Transfers zwischen den Kassen

werden aus der Differenz zwischen Finanzkraft und Beitragsbedarf einer Kasse ermittelt. Die Finanzkraft einer Kasse ergibt sich im Wesentlichen aus den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Die hier zu diskutierenden Reformvorschläge beziehen sich auf den Beitragsbedarf.

Um den Beitragsbedarf zu ermitteln, werden alle Versicherten nach Alter, Geschlecht, Kranken-

geldanspruch und Erwerbsunfähigkeits- bzw. Berufsunfähigkeitsstatus in 732 Gruppen unterteilt. Der Beitragsbedarf gleicht die durchschnittlichen versichertengruppenspezifischen GKV-Leistungsausgaben in diesen 732 Gruppen aus. Satzungs- und Mehrleistungen sowie Verwaltungskosten werden nicht durch den Risikostrukturausgleich kompensiert.

* Unter Mitarbeit von Dipl.-Volkswirt Markus Lungen.

Abbildung 1
Leistungsausgaben für Versicherte mit koronarer Herzerkrankung
im Vergleich zu den Leistungsausgaben aller Versicherten

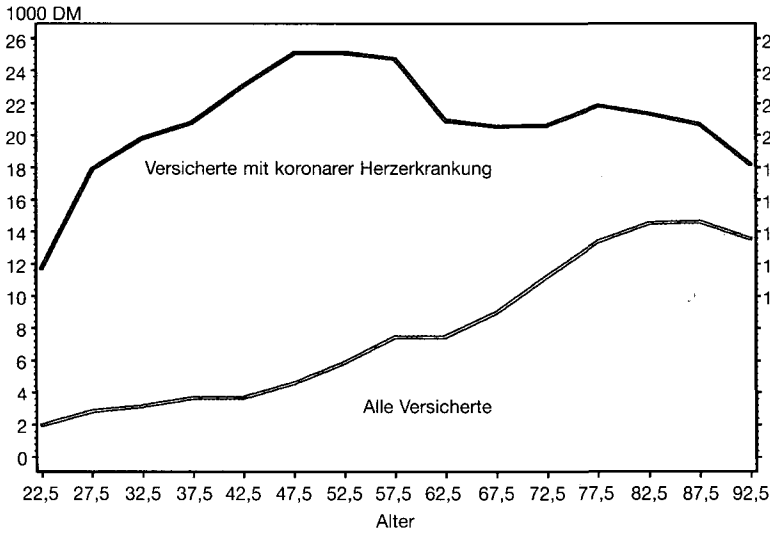
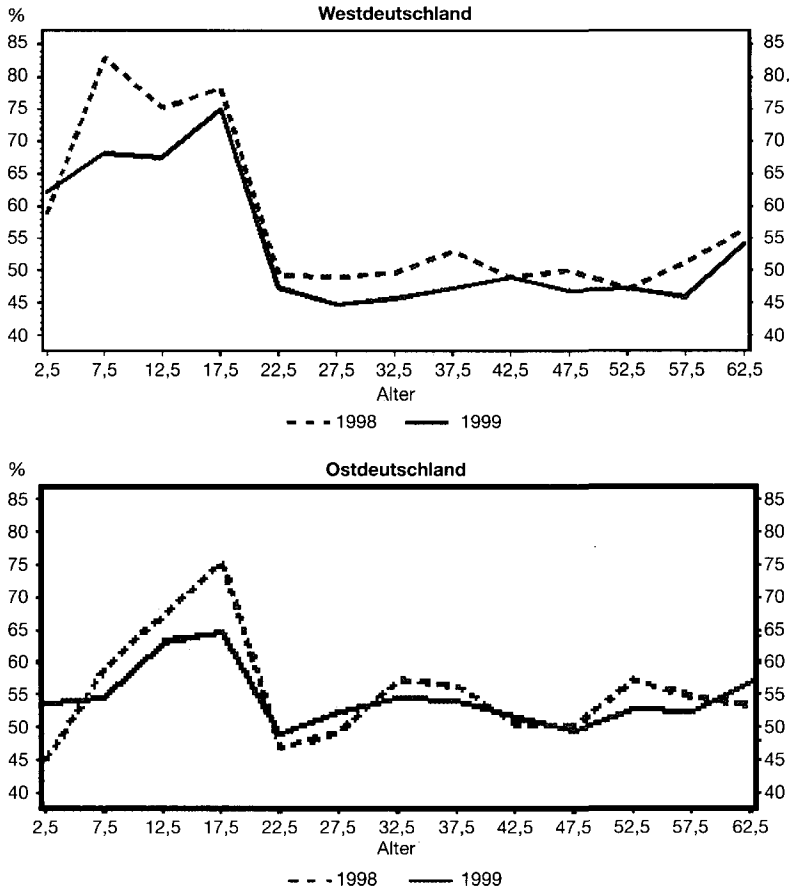


Abbildung 2
Leistungsausgaben und Beitragsbedarf für Wechsler¹ gegenüber
Nicht-Wechslern



¹ Leistungsausgaben Wechsler / Beitragsbedarf Wechsler in %

Der derzeitige Risikostruktur- ausgleich hat noch bedeutende Schwächen:

□ Der Beitragsbedarf bestimmter klar abgrenzbarer Gruppen wird durch die beschriebenen Kriterien nur ungenügend abgebildet. Beispielsweise haben Kassenwechsler einen weit unterdurchschnittlichen, chronisch erkrankte Versicherte dagegen einen deutlich überdurchschnittlichen Beitragsbedarf (vgl. Abbildung 1). Der Risikostrukturausgleich ist daher heute zu undifferenziert.

□ Der Risikostrukturausgleich bietet keine Anreize für eine Verbesserung der Versorgungsqualität in Deutschland.

Risikoentmischung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Empirische Analysen zeigen, dass durchschnittliche Kassenwechsler nur etwa 50% der Leistungsausgaben von gleichaltrigen Versicherten verursachen. Der Beitragsbedarf von Wechslern ist für die aufnehmenden Kassen deutlich höher als ihre durchschnittlichen Leistungsausgaben. Den Kassen verbleibt daher ein Gewinn. Aufnehmende Kassen sind vor allem Kassen mit niedrigen Beitragssätzen.

Diese können ihre betriebswirtschaftlichen Gewinne nutzen, um ihre Beiträge weiter zu senken. Dies führt zu einer stärkeren Wanderungsbewegung zu diesen Kassen, die ihre Beitragssätze weiter senken können. Dieser Spiraleffekt hat zu deutlichen Beitragssatzunterschieden geführt und wird sich bei einem Risikostrukturausgleich in der jetzigen Form beschleunigen.

Der daraus resultierende Wettbewerb um „gute Risiken“ führt zu einer Risikoentmischung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

rung. Es entsteht eine Wettbewerbsverzerrung, da Beitragsunterschiede nicht auf besonderer Effizienz der Kassen, sondern auf selektiven Versichertenstrukturen beruhen.

Versorgungssituation chronisch erkrankter Versicherter

Internationale Erfahrungen belegen den kostensenkenden und versorgungsqualitätssteigernden Effekt der Betreuung von chronisch erkrankten Versicherten in Programmen zur Versorgungsverbesserung (sogenannte Disease-Management-Programme). Für die Kassen bedeutet die Einrichtung solcher Programme betriebswirtschaftlich jedoch ein Verlust, weil sie Versicherte mit chronischen Erkrankungen anziehen würden. Sie kann zwar die Kosten des einzelnen Versicherten senken, dennoch bleiben Versicherte mit chronischen Erkrankungen teurer als Versicherte ohne chronische Erkrankungen.

Auffällige Versorgungsdefizite gibt es in Deutschland für viele chronische Erkrankungen. Beispielsweise leidet fast ein Drittel aller Erwachsenen an Bluthochdruck (Hypertonie)¹, aber nur 5% aller identifizierten Hypertoniker haben einen gut eingestellten Blutdruck. Andere Studienergebnisse zeigen², dass über die Hälfte aller Diabetiker nicht optimal betreut sind. Wissenschaftler des Robert Koch Instituts in Berlin schätzen die jährlichen Kosten für einen gut bzw. schlecht eingestellten Diabe-

tiker auf 1200 DM bzw. 13 500 DM.

Mangelnde Anreize im Risikostrukturausgleich sind also für Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen mitverantwortlich. Im Risikostrukturausgleich liegt daher auch ein Schlüssel zur Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland.

Lösungsansatz: Partielle Morbiditätsorientierung

Reformvorschläge des Risikostrukturausgleichs sollten auf folgende Punkte abzielen:

- Die Risikoselektion sollte ihre Attraktivität verlieren.
- Die Morbidität der Versicherten sollte genauer abgebildet werden als bisher.
- Es sollten finanzielle Anreize für die Optimierung der Versorgungsqualität insbesondere von chronisch Kranken gesetzt werden.
- Ein solidarischer Wettbewerb zwischen den Kassen sollte gefördert werden.
- Es sollten Anreize zur Kostensenkung in der Gesetzlichen Krankenversicherung gesetzt werden.
- Die Vorschläge sollten rasch und mit niedrigem Verwaltungsaufwand umsetzbar sein.
- Die Vorschläge sollten eine geringe Manipulationsanfälligkeit aufweisen.

Die nachfolgend unterbreiteten Vorschläge stützen sich auf die nachgewiesenen niedrigen Leistungsausgaben für Kassenwechsler und die sehr hohen Leistungsausgaben für chronisch Kranke.

Wechslerprofile

Eine gut abgrenzbare Gruppe von Versicherten mit nachgewiesener unterdurchschnittlicher Morbidität sind Kassenwechsler. Daten von 900 000 Kassenwechslern

aller Kassenarten der Gesetzlichen Krankenversicherung (außer den Betriebskrankenkassen) im Jahr 1999 zeigen, dass Wechsler sowohl in West- als auch in Ostdeutschland durchschnittlich 50% bis 60% geringere Leistungsausgaben verursachen als gleichaltrige Nichtwechsler (vgl. Abbildung 2).

Der Wechslerstatus ist somit ein Kriterium, das sich im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zur Abschätzung einer unterdurchschnittlichen Morbidität eignet. Kassenwechsler sind relativ einfach zu identifizieren. Eine Erweiterung der bisherigen RSA-Kriterien um das zusätzliche Kriterium „Wechsler“ wäre rasch und mit vertretbarem Aufwand einführbar. Der Beitragsbedarf von Kassenwechslern würde sich zukünftig an den durchschnittlichen Leistungsausgaben der aufgenommenen Wechsler aller Kassen orientieren und damit niedriger liegen als heute. Kassen mit einem hohen Anteil zugegangener Wechsler würden also durch eine solche Maßnahme gerechtfertigterweise belastet, da Wechsler durchschnittlich tatsächlich niedrigere Leistungsausgaben aufweisen.

Die Auswirkungen der Einführung einer Wechslerkomponente auf zwei gleich effiziente Kassen mit unterschiedlicher Versichertenstruktur wurden in Simulationsanalysen abgeschätzt. Danach kann diese Komponente mittelfristig das weitere Auseinanderdriften der Beitragssätze wirksam verhindern. Der Wettbewerb um „gute“ Risiken, der zur zunehmenden Risikoentmischung in der Gesetzlichen Krankenversicherung führt, würde seine Attraktivität verlieren, da mit der Aufnahme eines Wechslers nicht mehr automatisch ein finanzieller Gewinn verbunden ist.

¹ Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie.

² H. Brückner: Von deutlichen Fortschritten ist in der Diabetes-Therapie nichts zu sehen. Ergebnisse einer Studie von B. Braun, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, in: Ärztezeitung vom 27.3.2001. Eigene Analysen: Focus Diabeticus Projekt in Leverkusen und Dortmund, Diabetoguide Projekt deutschlandweit.

Chronikerprofile

Eigene empirische Untersuchungen an über 4 Mill. Versicherten mit chronischen Erkrankungen zeigen, dass die Leistungsausgaben von Versicherten mit definierten chronischen Erkrankungen in manchen Altersgruppen zehnmal so hoch liegen wie im Durchschnitt aller Versicherten. Diese höheren Leistungsausgaben könnten durch eigene Ausgabenprofile für Versicherte mit Erkrankungen, die nachgewiesenermaßen zu höheren Leistungsausgaben führen (Chronikerprofile), im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Die Identifizierung von Versicherten mit ausgewählten Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Asthma, Koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz und Brustkrebs kann über eine freiwillige Einschreibung dieser Versicherten in Disease-Management-Programme erfolgen. Der Beitragsbedarf, der den Kassen für diese Versicherten zusteht, orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben aller eingeschriebenen Versicherten mit dieser chronischen Erkrankung. Damit werden Versicherte mit chronischen Erkrankungen von „schlechten“ Risiken zu „durchschnittlichen“ Risiken.

Optimierung der Versorgungsqualität

Zur Förderung der Versorgungsqualität im Rahmen des Risikostrukturausgleichs werden unterschiedliche Vorschläge gemacht. Beispielsweise kann durch die Einführung einer sogenannten Rückversicherung für chronisch erkrankte Versicherte, die definierte medizinische Kriterien erfüllen und sich freiwillig in Disease-Management-Programme einschreiben,

ein starker Anreiz zur Verbesserung der Versorgungsqualität gesetzt werden.

Dem Disease-Management-Ansatz liegt die Prämisse zugrunde, dass die Versorgung einer Patientengruppe, die durch ein bestimmtes Erkrankungsstadium definiert ist, dann besonders effektiv, effizient und qualitativ hochwertig erfolgt, wenn sie systematisch, sektorenübergreifend, langfristig und evidenzbasiert ist. Evidenzbasiert bedeutet, dass die Information auf wissenschaftlich gesicherter Evidenz beruht. Damit würde die episodenhafte, fragmentarische Versorgung von Individuen abgelöst durch die systematische, evidenzbasierte Therapie von Patientengruppen. Durch ihren sektorenübergreifenden Ansatz gewährleisten solche Programme die Kontinuität der Versorgung, reduzieren Doppel- und Mehrfachuntersuchungen und führen zu einer flächendeckenden Versorgung nach anerkannten Standards ohne die Therapiefreiheit einzuschränken.

Wettbewerbsanreize durch gezielte Allokation

Aus epidemiologischer Sicht ist der Zugang zu Disease-Management-Programmen möglichst breit zu wählen. Durch die Erstattung der durchschnittlichen Kosten für diese Versicherten entsteht ein starker Anreiz zur Versorgung möglichst vieler Versicherter in Disease-Management-Programmen. Deshalb sind Qualitätssicherungsmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen unerlässlich. Dazu gehören die Definition strenger Kriterien der Erkrankungsstadien, die Kontrolle des Einschreibeverfahrens und die Akkreditierung (und Reakkreditierung) von Programmen, die durch die Rückversicherung gefördert werden können.

Motiviert die Krankenkasse ihre Versicherten, sich in Disease-Management-Programme einzuschreiben, so kann die Kasse mit guten Disease-Management-Programmen die Kosten von Versicherten unter die durchschnittlichen Kosten drücken. Der Kasse verbleibt ein Gewinn. Dies ist möglich, indem z.B. akute Verschlechterungen chronischer Erkrankungen, die mit teuren Krankenhausaufenthalten verbunden sind, vermieden werden. Damit würden chronisch erkrankte Versicherte erstmals für eine Kasse attraktiv, und es würde ein Wettbewerb um diese Versicherten geschaffen.

Ausblick

Die unterbreiteten Reformvorschläge setzen direkt an den augenblicklichen Problemen des Risikostrukturausgleichs an. Die Ausgestaltungsspielräume der Vorschläge können so genutzt werden, dass die aufgestellten Qualitätskriterien erfüllt werden. Besonderes Augenmerk sollte auf die Abgrenzbarkeit der Gruppen von chronisch Kranken gelegt werden, um die Manipulationsanfälligkeit zu minimieren. Deshalb erscheint die Errichtung von Einschreibeverfahren für Disease-Management-Programme als hervorragende Möglichkeit, diese Kombination von Zielen zu erreichen.

Beide vorgeschlagenen Reformansätze können sehr gut kombiniert werden. So würde für chronisch kranke Kassenwechsler der Wechslerstatus entfallen, und die Aufnahme von chronisch Kranken kann attraktiv werden. Der heutige Wettbewerb um „gute Risiken“ würde durch den Wettbewerb um die beste Versorgung ersetzt, weil die chronisch Kranken keine „schlechten Risiken“ mehr für die Kassen darstellen.

Friedrich Breyer, Mathias Kifmann

Die Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV: Verlässliche Daten oder fragwürdige Taten?

Um den Reformbedarf beim Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV beurteilen zu können, müssen zunächst die Anforderungen konkretisiert werden, die an ihn gestellt werden. Insbesondere vier Ziele werden in der Debatte genannt, die teilweise, aber nicht ausschließlich mit dem Kassens Wettbewerbs in Beziehung stehen:

(1) Vermeidung von Risikoselektion: Da mit der Beitragserhebung in der GKV konstitutiv eine Umverteilung zwischen niedrigen und hohen Risiken (hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen, der Zahl der Mitversicherten und der Krankheitsanfälligkeit) verbunden ist, hätten die Kassen ohne Risikostrukturausgleich einen Anreiz, Versuche zur Selektion niedriger Risiken zu unternehmen, um ihren Beitragssatz niedrig zu halten. Bei der gegenwärtigen Gesetzeslage stehen den Kassen allerdings kaum Instrumente zur (aktiven) Risikoselektion zur Verfügung, denn es besteht Kontrahierungszwang und das Leistungspaket aller Kassen ist durch das Sozialgesetzbuch V weitgehend festgelegt.

(2) Chancengleichheit im Kassens Wettbewerbs: Dieses Ziel ist für die Versicherten deshalb relevant, weil sonst die Gefahr besteht, dass sich im Wettbewerb die Kassen mit der zufällig besten Startposition durchsetzen, während Kassen mit effizienter Organisation, aber ungünstiger Risikomischung Marktanteile verlieren oder sogar aus dem Wettbewerb ausscheiden.

(3) Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Dieses Ziel wirkt als Grenze

für den Einsatz von Instrumenten zur Erreichung der anderen Ziele. So würde ein retrospektiver Ausgabenausgleich die Beitragssatzdifferenzen weitgehend einebnen, die Wirtschaftlichkeitsanreize für die Kassen aber völlig zunichte machen. Allerdings sind derzeit auch die Möglichkeiten, die Wirtschaftlichkeit zu verbessern, bis auf wenige Instrumente des Kostenmanagements (z.B. Beeinflussung der Verweildauer im Krankenhaus) gering.

(4) Verringerung der Beitragssatzdifferenzen: Dieses Ziel hat durch die Wahl- und Wechselmöglichkeiten für die Versicherten seine Begründung verloren, da nun niemand mehr gezwungen ist, in einer Kasse mit einem hohen Beitragssatz zu verbleiben.

Aktuelle Regelungen

Der jetzige Risikostrukturausgleich schneidet in Bezug auf das Ziel (3) gut ab. Im Gegensatz zu einem Finanzausgleich ersetzt er nicht die tatsächlich anfallenden Ausgaben einer Kasse. Jede Kasse profitiert deshalb zu 100% von einer Kostensenkung und hat daher den Anreiz, sich wirtschaftlich zu verhalten. Stattdessen gleicht der Risikostrukturausgleich Unterschiede in den standardisierten Leistungsausgaben aus. Zur Standardisierung werden jedoch nur die Kriterien Alter, Geschlecht und Invalidität (Erwerbsunfähigkeits-/ Berufsunfähigkeits-Rentner) verwendet, womit Unterschiede in der Morbidität der Versicherten nur sehr unzulänglich erfasst werden können. Zahlreiche empiri-

sche Untersuchungen aus mehreren Ländern zeigen, dass nur ein sehr geringer Anteil der Varianz der individuellen Leistungsausgaben durch die Variablen Alter und Geschlecht allein erklärt wird.

Deshalb erscheint eine wichtige Aufgabe bei der Fortentwicklung des Risikostrukturausgleichs der Einbezug weiterer Faktoren zur Erklärung des Leistungsbedarfs von Versicherten. Ein ideales System der Standardisierung würde dabei auch die Ziele (1) und (2) erfüllen, ohne Abstriche bei Ziel (3) vorzunehmen. Insgesamt gibt es für eine Fortentwicklung des Risikostrukturausgleichs die folgenden Optionen:

- Einbeziehung diagnostischer Information,
- Einbeziehung zusätzlicher sozioökonomischer Variablen,
- Einbeziehung von Maßen für die vergangene Inanspruchnahme,
- Zahlung eines pauschalierten Ausgleichs für sterbebedingte Kosten,
- Einführung eines partiellen Ausgabenausgleichs.

Zur ersten Option ist zu bemerken, dass diagnosebezogene Risikogruppen grundsätzlich geeignet sind, den Risikostrukturausgleich im Hinblick auf die Ziele (1) und (2) entscheidend zu verbessern. Über ihre konkrete Umsetzbarkeit herrscht aber in der Praxis noch Uneinigkeit. Außerdem ist es mangels einschlägiger Daten gegenwärtig nicht möglich, den Grad der Zielerreichung empirisch zu überprüfen.

Eine empirische Analyse

Alle übrigen Optionen sind prinzipiell für eine bessere Erreichung des Ziels (1) „Vermeidung von Risiko-selektion“ geeignet. Gegenstand einer empirischen Analyse von Breyer und Kifmann¹ war es daher, zu überprüfen, in welchem Ausmaß sie auch zu Ziel (2) „Chancengleichheit im Kassenwettbewerb“ beitragen. Gemessen wird die Zielerreichung daran,

welcher Anteil der Varianz der Leistungsausgaben durch Einbeziehung der zusätzlichen Variablen erklärt werden kann,

wie sich die jeweilige Modifikation des Risikostrukturausgleichs auf die Beitragssatzspanne zwischen (fiktiven) Kassen mit guter und schlechter Risikomischung auswirkt.

Der untersuchte Datensatz stammt aus einem Modellversuch zum Thema „Beitragsrückzahlung“, der unter dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989 als befristete Erprobungsregelung in einer Anzahl von Krankenkassen durchgeführt wurde. Er umfasst die Jahre 1990 bis 1994, und die Anzahl der Versicherten lag bei ca. 75 000. Die Angaben zu den einzelnen Versicherten umfassen unter anderem Alter, Geschlecht und Familienstand. Ferner ist jeweils die Summe der Leistungsausgaben, getrennt nach Leistungsarten, ausgewiesen. Jeder Versicherte ist einem Mitglied zugeordnet. Es ist in dem Datensatz nicht angegeben, ob der Versicherte in dem betreffenden Zeitraum verstorben ist.

Eine Reihe weiterer Größen konnten aus den angegebenen Informationen rekonstruiert werden, so die beitragspflichtigen Einnahmen und der Familienstand. Schließlich versuchten wir aus Informationen über die Beendigung der Mitgliedschaft und die Höhe der Krankenhausausgaben abzu-

Beitragssätze der Teilkassen in den Risikostrukturausgleich Simulationen

Modell	Beschreibung	Kasse		Beitrags-satzspanne
		A	B	
0	Ohne Risikostrukturausgleich	8,10	16,05	7,95
1	Bestehender Risikostrukturausgleich	9,38	14,56	5,18
2	zus.: Einkommen, allein stehend	9,56	14,37	4,81
3	zus.: Sterbekostenpauschale	9,59	14,33	4,74
4	a Hochrisikopool 2% + Risikostrukturausgleich	8,43	13,58	5,15
	b Hochrisikopool 5% + Risikostrukturausgleich	7,81	12,58	4,77
5	a Finanzausgleich mit Selbstbehalt (21 500/ 0%) + RSA	8,56	12,57	4,01
	b Finanzausgleich mit Selbstbehalt (30 000/ 20%) + RSA	9,00	13,47	4,47
6	Modell 2 zuzüglich Vorjahresausgaben	11,24	12,66	1,42

schätzen, welche Versicherten im betreffenden Jahr verstorben waren.

Regressionsanalyse

Gegenstand der Regressionsanalyse ist die Erklärung der Leistungsausgaben des einzelnen Versicherten im Jahr 1993. Die Regression wurde getrennt für die unter- und die über 60-Jährigen vorgenommen. Die wichtigsten Ergebnisse waren:

Die gegenwärtigen Risikostrukturausgleich-Ausgleichsparameter (Alter, Geschlecht und Status als Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeits-Rentner) erklären bei den unter 60-Jährigen 11,8% und bei den Älteren 22,5% der Varianz der Leistungsausgaben.

die Variablen „beitragspflichtige Einnahmen“, „allein stehend“ (nur bei den Versicherten im Rentenalter) und „im letzten Lebensjahr“ wurden als signifikante Indikatoren identifiziert. Durch ihre Berücksichtigung steigt bei den Jüngeren der Anteil der erklärten Varianz auf 14,3%, bei den Älteren auf 23,5%.

Unter den über 60-Jährigen Versicherten haben Alleinstehende um 700 DM höhere Leistungsausgaben als die übrigen, was sich dadurch erklären dürfte, dass allein stehende Rentner häufiger und länger im Krankenhaus behandelt werden, da ihre Pflegemöglichkeiten zu Hause weniger

gut sind als bei solchen, die nahe Angehörige haben.

Wer unter 60 Jahre alt ist und im Jahr 10 000 DM mehr verdient, hat – bei gleichen sonstigen Merkmalen – pro Jahr 350 DM geringere Leistungsausgaben. Bei den Älteren beträgt die Differenz 130 DM. Dieser Effekt ist plausibel: Besser verdienende Mitarbeiter sind vermutlich am Arbeitsplatz geringeren Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt. Zudem spiegelt höheres Einkommen auch höheren Bildungsstand wider, und mit dem nimmt die Neigung zu gesundheitsschädlichem Verhalten wie Rauchen ab, und es wächst die Fähigkeit, mit medizinischen Leistungen „effizient“ umzugehen.

Der Schätzung gemäß sind die Ausgaben im letzten Lebensjahr bei den unter 60-Jährigen um 12 000 DM erhöht, bei den Älteren um 6000 DM².

Bezieht man als zusätzlichen Erklärungsfaktor die Ausgaben des Vorjahrs ein, dann steigt der Anteil der erklärten Varianz auf beachtliche 37,9 bzw. 36,1%. Versicherte mit 1000 DM höheren Ausgaben im Vorjahr verursachen im laufenden Jahr im Durchschnitt ca. 500 DM höhere Ausgaben.

Das letzte Ergebnis zeigt, dass die vergangene Inanspruchnahme

¹ F. Breyer, M. Kifmann: Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, DIW-Diskussionspapier Nr. 236, 2001; erhältlich unter URL: <http://www.diw.de>.

² Könnte man die tatsächlich Verstorbenen identifizieren, wären diese Ausgabendifferenzen vermutlich noch beträchtlich größer.

ein guter Indikator für den gegenwärtigen Leistungsbedarf ist. Es zeigt auch den klaren Konflikt zwischen den Zielen (1) „Vermeidung von Risikoselektion“ und (2) „Chancengleichheit im Kassenswettbewerb“, die einen Ausgleich für diesen Faktor verlangen, einerseits und dem Ziel (3) „Anreize zur Wirtschaftlichkeit“ andererseits auf: Wollte man die Zuweisungen an die Kassen an die Inanspruchnahme des Vorjahrs binden, so käme das einem retrospektiven Finanzausgleich im Ausmaß von ca. 50% aller Leistungsausgaben gleich!

Simulation verschiedener Modelle

Die Berechnung von Ausgleichssystemen erfordert die Existenz mehrerer Kassen. Dazu bildeten wir durch Aufspaltung des Datensatzes zwei fiktive „Teilkassen“, die bezüglich der durchschnittlichen Leistungsausgaben möglichst unterschiedlich waren. In der Ausgangssituation ohne Risikostrukturausgleich („Modell 0“) betragen die Beitragssätze in den Teilkassen 16,05% bzw. 8,10%, die Spanne beträgt also 7,95 Prozentpunkte (vgl. Tabelle).

In Modell 1 wird der bestehende Risikostrukturausgleich simuliert, der die Beitragssatzspanne auf 5,18 Prozentpunkte reduziert. In Modell 2, das der Option „Einbeziehung zusätzlicher sozioökonomischer Variablen“ entspricht, werden die zusätzlichen demographischen Variablen „beitragspflichtige Einnahmen“ und „allein stehend“ einbezogen, wodurch die Beitragssatzdifferenz auf 4,81 Prozentpunkte zurück geht. Die Zahlung einer Pauschalen für jeden Sterbefall (Modell 3) verringert die Beitragssatzspanne auf 4,74 Prozentpunkte.

Die Option „Einführung eines partiellen Ausgabenausgleichs“

kann auf zweierlei Weise umgesetzt werden, nämlich

durch einen prospektiven Hochrisiko-Pool (HRP),

durch einen partiellen Ausgabenausgleich mit Selbstbehalt.

Zum Hochrisiko-Pool: In Modell 4 werden in jeder Teilkasse die x% Versicherten ermittelt, die im Vorjahr insgesamt die höchsten Leistungsausgaben verursacht haben. Deren Ausgaben im laufenden Jahr werden der Kasse erstattet. Im 2%-Pool sind dies 11,6% aller Leistungsausgaben. Kombiniert mit dem bisherigen Risikostrukturausgleich für die restlichen Versicherten (Modell 4a), verbleibt eine Beitragssatzspanne von 5,15 Prozentpunkten, die in etwa der Spanne entspricht, die durch den Risikostrukturausgleich allein erreicht wird. Erst wenn man den Hochrisiko-Pool auf 5% der Versicherten ausweitet, auf die 20,4% aller Ausgaben des Jahres 1993 entfallen (Modell 4b), verringert sich die Beitragssatzdifferenz auf 4,77 Prozentpunkte.

Zum partiellen Ausgabenausgleich: In Modell 5 werden der einzelnen Kasse alle Leistungsausgaben eines jeden Versicherten, die einen bestimmten Schwellenwert überschreiten, vollständig oder bis auf eine prozentuale Selbstbeteiligung aus einem gemeinsamen Pool erstattet. In Modell 5a bestimmen wir den Schwellenwert so, dass das Volumen der Ausgleichszahlungen – und damit das Ausmaß, in dem Wirtschaftlichkeitsanreize geschwächt werden – genau so groß ist wie beim 2%-Hochrisikopool. Der Schwellenwert ergibt sich als 21 871 DM. Dadurch geht die Beitragssatzdifferenz auf 4,01 Prozentpunkte zurück. Der retrospektive Ausgabenausgleich ist also – bei gleichem Gesamtvolumen – wesentlich effektiver bei der Glättung von Beitragssatzdifferenzen als die Bildung eines prospektiven Hochrisiko-

kopools. Erhöht man den Schwellenwert auf 30 000 DM und führt man eine Selbstbeteiligung der Kasse in Höhe von 20% an den übersteigenden Ausgaben ein³, so verbleibt eine Beitragssatzdifferenz von 4,47 Prozentpunkten.

Von allen Optionen, die die Wirtschaftlichkeitsanreize schmälern, ist jedoch diejenige am effektivsten, bei der die Vorjahresausgaben direkt im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden, was einem retrospektiven Finanzausgleich mit dem Teilungsfaktor von 0,5 entspricht. Dadurch schrumpft die Beitragssatzspanne – verglichen mit dem jetzigen Risikostrukturausgleich um 3,8 auf nur noch 1,42 Prozentpunkte zusammen (Modell 6).

Alternative Vorschläge

Von den anderen Gutachtergruppen wurden folgende kurzfristig umsetzbare Vorschläge unterbreitet:

Einbeziehung des zusätzlichen Kriteriums „Kassenwechsler“ bei der Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben⁴. Da die vorgelegten empirischen Daten darauf hindeuten, dass unter den Wechslern die niedrigen Risiken überrepräsentiert sind, erscheint die Erweiterung des Risikostrukturausgleichs um diese Variable bei der Berechnung des Beitragsbedarfs naheliegend. Durch die Einbeziehung einer Wechslerkomponente würde jedoch der Anreiz der Kassen zur Anwerbung neuer Mitglieder und damit der Wettbewerb geschwächt. Überdies wäre die von Lauterbach/Wille vorgeschlagene Zahlung nur an die „abgebenden“ Kassen sys-

³ Dies entspricht in etwa dem Vorschlag von K. Jakobs, P. Reschke, D. Cassel, J. Wasem : Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2001; erhältlich unter URL: <http://www.bmggesundheits.de>.

⁴ Vgl. K.W. Lauterbach, E. Wille: Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich, 2001; erhältlich unter URL: <http://www.vdak.de>.

temfremd und liefe dem Ziel der Chancengleichheit im Kassenwettbewerb zuwider. Völlig unbegründet ist der Vorschlag, diesen Transfer auch nach dem Ausscheiden eines Wechslers aus der GKV beizubehalten.

□ Pauschale Ausgleichszahlungen an Kassen für jeden chronisch kranken Versicherten⁵: Dieser Vorschlag wäre prinzipiell als eine spezifische Umsetzung der Option „Einbeziehung diagnostischer Information“ zu erwägen. Es bleibt jedoch schleierhaft, warum diese Zahlungen nur für Kassenwechsler geleistet werden sollen, und auch nur dann, wenn diese sich in einem „Disease Management Programm“ einschreiben.

□ Einführung eines partiellen Ausgabenausgleichs⁶: An diesem Vorschlag ist zum einen zu bemängeln, dass die speziell vorgeschlagenen Parameter (Schwellenwert beim Zehnfachen der Durchschnittsausgaben, Selbstbeteiligungssatz 20%) in dem zitierten Gutachten empirisch nicht abgestützt werden, da der Konflikt zwischen den Zielen der Chancengleichheit im Kassenwettbewerb (gemessen an einer Verringerung

der Beitragssatzspanne) und der Wahrung von Wirtschaftlichkeitsanreizen auf der verfügbaren Datenbasis nicht berechnet werden konnte. Zum anderen kann, wie unsere Ergebnisse zeigen, durch eine Kombination der Optionen „Einbeziehung zusätzlicher sozioökonomischer Variablen“ und „Zahlung eines pauschalierten Ausgleichs für sterbebedingte Kosten“ die Chancengleichheit im Kassenwettbewerb genauso verbessert werden, ohne die Anreize zur Wirtschaftlichkeit zu mindern.

Fazit

Unsere empirische Analyse stützt die Hypothese, dass die Einführung anreizsenkender Finanzausgleiche nicht erforderlich ist, da der Risikostrukturausgleich substantiell durch die Berücksichtigung weiterer leicht erfassbarer Indikatoren für die Ausgaben eines Versicherten verbessert werden kann. Hierzu gehören die beitragspflichtigen Einnahmen, der Familienstand sowie die Tatsache, ob ein Versicherter verstorben ist. Um die Ergebnisse zu validieren, wäre es wünschenswert, die Analyse an einem Datensatz zu wiederholen, der repräsentativ ist, individuelle Leistungskonten aus möglichst unterschiedlichen Kassen umfasst und Informationen darüber enthält, welche Versicherten in dem entsprechenden Jahr gestorben sind.

Der Vorschlag der Bildung von diagnosebezogenen Risikogruppen für besonders teure Leistungsfälle konnte empirisch auf seine Validität nicht überprüft werden, da uns keine Diagnose-Information zur Verfügung stand. Positiv hervorzuheben ist, dass diagnosebezogene Risikogruppen – anders als die diversen Formen des Ausgabenausgleichs – mit der Systematik des Risikostrukturausgleichs kompatibel sind. Problematisch ist allerdings, dass die Einführung und Durchführung eines diagnosebezogenen Risikostrukturausgleichs unter Umständen hohe Kosten verursacht, die sich nicht notwendigerweise durch seine Vorteile rechtfertigen lassen.

Generell ist zu betonen, dass die Schaffung einer validen Datengrundlage unverzichtbar ist, wenn der Gesetzgeber durch geeignete Regulierungsmaßnahmen den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer funktionsfähig erhalten will. Vor politisch motivierten Schnellschüssen wie der Einführung eines Ausgabenausgleichs, die ohne ausreichende empirische Absicherung beschlossen werden, kann dagegen nur gewarnt werden – ganz zu schweigen von einem Preisdiktat in Form eines Mindestbeitrags, durch das der Wettbewerb in der GKV zum Erliegen kommen dürfte.

Stefan Felder

Wehret den Anfängen! Gegen Morbiditätsfaktoren im Risikostrukturausgleich

Man kann viel über die Anforderungen an einen funktionierenden Risikostrukturausgleich lernen, wenn man sich die Krankenversicherung als einen privaten Versicherungsmarkt vorstellt.

Zunächst ist es nützlich, sich in Erinnerung zu rufen, warum eine Krankenversicherung abgeschlossen wird. Gegenstand dieser Versicherung ist das Gesundheitsrisiko einer Person bzw. das sich daraus

ergebende finanzielle Risiko. Auf einem unregulierten Markt würden deshalb Kopfprämien erhoben, deren Höhe sich jeweils nach dem Risiko des Versicherten richten. Als Risikofaktoren würden Alter

⁵ Ebenda S. 90 ff. Dieser Vorschlag wird jedoch unzutreffend als „Rückversicherung“ bezeichnet.

⁶ Vgl. K. Jacobs, P. Reschke, D. Cassel, J. Wasem, a.a.O. S.127.

und Geschlecht berücksichtigt, da beide mit der Höhe der zu erwartenden Gesundheitsausgaben korreliert sind. Weiter würde sicher auch der Wohnort eines Versicherten die Prämie mitbestimmen, da die regionale Versorgungsdichte Einfluss auf die Höhe der Gesundheitsausgaben hat.

Die gesetzliche Krankenversicherung schränkt die Prämiengestaltung der Kassen stark ein. Anders als etwa in der Schweiz sind Kopfprämien nicht zulässig. Prämien werden vielmehr als proportionaler Beitragssatz des Lohneinkommens erhoben und je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gezahlt¹. Zudem sind Familienmitglieder, soweit sie kein Arbeitseinkommen beziehen, nicht beitragspflichtig. Daraus ergibt sich eine erste Anforderung an den Risikostrukturausgleich: Er muss Nachteile von Kassen infolge geringer Lohneinkommen oder einer großen Zahl mitversicherter Familienangehöriger ausgleichen, ein Anspruch, den der aktuelle Risikostrukturausgleich bereits in vollem Umfang erfüllt.

Eine zweite Einschränkung betrifft die fehlende Option zur Prämien differenzierung nach Alter und Geschlecht. Die Ausgaben für Betagte liegen im Durchschnitt um ein Mehrfaches über den Ausgaben für junge Versicherte, so dass Kassen mit einem vergleichsweise älteren Versichertenbestand ohne Risikostrukturausgleich einen Wettbewerbsnachteil erfahren. Auch hier leistet der bestehende Risikostrukturausgleich den erforderlichen

Finanzausgleich zwischen den Kassen.

Optionale Regionalisierung der Beitragssätze

Anders als etwa in der Kfz-Kasko- und Haftpflichtversicherung lässt der Gesetzgeber in der gesetzlichen Krankenversicherung keine regionale Differenzierung der Beitragssätze zu. Das heißt jedoch nicht, dass es keine Unterschiede in den Beitragssätzen zwischen den Bundesländern, aber auch zwischen dicht und dünn besiedelten Regionen gäbe. Dies hat vor allem damit zu tun, dass regional verfasste Kassen wie die Allgemeinen Ortskrankenkassen existieren, deren Beitragssätze zwangsläufig durch die Angebots- und Nachfragebedingungen auf dem entsprechenden regionalen Gesundheitsmarkt bestimmt werden. Die länderübergreifend agierenden Kassen hingegen sind per Gesetz gezwungen, innerhalb der Rechtsgebiete Quersubvention von günstigen Versorgungsgebieten hin zu teuren Gebieten zu betreiben. Dies versetzt sie je nach Versorgungsgebiet gegenüber den Allgemeinen Ortskrankenkassen in einen Wettbewerbsvorteil oder -nachteil und verzerrt den Kassenwettbewerb.

Es wäre jedoch im Unterschied zur Frage des Ausgleichs einer ungünstigen Mitgliederstruktur falsch, wenn der Risikostrukturausgleich eine regionale Komponente einbezöge. Dies würde nämlich zu einem Finanzausgleich zwischen Regionen führen, eine Funktion, die nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sein kann. Auch in diesem Punkt ist der aktuelle Risikostrukturausgleich durchaus maßgeschneidert. Dessen ungeachtet sind die gesetzlich erzwungenen kasseninternen Transfers zwischen Regionen allerdings ein erhebliches wettbewerbs-

politisches Problem. Es ließe sich einfach lösen, wenn der Gesetzgeber den Kassen eine optionale Regionalisierung ihrer Beitragssätze gestatten würde. Um im regionalen Wettbewerb bestehen zu können, müssten überregionale Kassen ihre Beitragssätze in kostenintensiven Gebieten erhöhen und in Gebieten mit niedrigen Gesundheitsausgaben senken. Eine Reform des Risikostrukturausgleichs ist für diesen Zweck weder notwendig noch zielführend.

Kostenwahrheit und Finanzierung aus einer Hand

Voraussetzung für einen funktionsfähigen Risikostrukturausgleich ist es weiter, dass den Kassen die Kosten der medizinischen Leistungen, die ihre Versicherten beanspruchen, korrekt zugeordnet werden. Dies ist heute im stationären Bereich nur bedingt, im ambulanten Sektor allenfalls zufällig zutreffend. In beiden Fällen ist die Art der Vergütung der Grund für die fehlende Zuordnung.

Im stationären Bereich werden rund 80% der Vergütung über Basis- und Abteilungstagespflegesätze abgewickelt, der Rest über Fallpauschalen und Sonderentgelte. Tagespflegesätze vermögen den Casemix in Krankenhäusern nur unvollständig abzubilden. Es kommt zu einer Quersubventionierung von leichten hin zu schweren Versorgungsfällen. Bevor der Risikostrukturausgleich überhaupt ins Spiel kommt, resultiert aus diesem Abrechnungsmodus ein Kostenausgleich zwischen Kassen mit Versicherten unterschiedlichen Krankenstandes. Die ab 2003 durchgehend geplante Fallpauschalierung auf Grundlage des australischen AR-DRG-Systems²

¹ Für die Verknüpfung der Prämien mit dem Lohneinkommen waren historisch betrachtet nicht etwa verteilungspolitische Gründe maßgebend, sondern die Tatsache, dass zu Bismarcks Zeiten rund 80% der Ausgaben Leistungen für Krankengeld darstellten. Heute beträgt der Anteil des Krankengeldes hingegen gerade noch 5%.

² AR-DRG-System (Australian Refined-Diagnosis Related Groups-System).

wird hier Abhilfe schaffen. Die diagnosebezogene Vergütung vermag im Vergleich zur bestehenden Finanzierung die tatsächlichen Pflegefallkosten weit besser wiederzugeben und wird dadurch die korrekte Zurechnung der stationären Kosten zu den einzelnen Kassen wesentlich verbessern.

Bei der ambulanten Versorgung sind wir hingegen von der Kostenwahrheit noch weit entfernt. Die Voraussetzung hierfür wäre aufgrund der Einzelleistungsvergütung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) eigentlich gegeben. Das Problem liegt an einer anderen Stelle. Die Ärzte lassen sich ihre Rechnungen nicht von den Kassen, sondern indirekt über die Kassenärztlichen Vereinigungen vergüten. Im Gegenzug leisten die Kassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen Beiträge pro Mitglied mit sogenannter befreiender Wirkung. Diese Kopfpauschalen wurden 1993 auf der Grundlage der Preise im Jahre 1987 und der Leistungen und Mitgliederzahl des Jahres 1991 für jede einzelne Kasse festgelegt und werden seither mit der Prämisse der Beitragssatzstabilität fortgeschrieben. Die Preise berücksichtigen auch die unterschiedlichen Grundlohnsummen der Kassen. Die damit verbundene Verknüpfung der Kopfpauschalen mit den Grundlohnsummen bleibt auch nach Einführung des Risikostrukturausgleichs Mitte der 90er Jahre bestehen. Somit existieren heute bei der ambulanten Versorgung de facto zwei Umverteilungsmechanismen, deren Wirkung in der Summe deutlich über das Ziel hinauschießt.

Es gibt grundsätzlich zwei Lösungsansätze für das Dilemma. Zum einen könnten die Kopfpauschalen für alle Kassen einheitlich festgelegt werden – jedoch nicht wie bislang auf der Grundlage der

Mitgliederzahl, sondern bezogen auf die Zahl der Versicherten. Gleichzeitig sollten die ambulanten Kosten auf der Ausgabenseite des Risikostrukturausgleichs nicht länger berücksichtigt werden. Konsequenter wäre jedoch eine Lösung innerhalb des Risikostrukturausgleichs, die den Umweg in der Arztvergütung über die Kassenärztlichen Vereinigungen ganz aufgeben und die Liquidation der Ärzte direkt über die Kassen vornehmen würde. Dies hätte den wichtigen zusätzlichen Vorteil, dass sich der Fremdkassenausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen erübrigte.

Eine Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors aus einer Hand wäre nicht nur aus Gründen eines funktionsfähigen Risikostrukturausgleichs geboten, sondern sie wäre auch für andere Bereiche des Gesundheitswesens segensreich. Beispielhaft sei die integrierte Versorgung genannt, wo aufgrund der sektoriell getrennten Budgets viele Initiativen stark gehemmt werden.

Diagnosebezogene Morbiditätsfaktoren nicht zielführend

Auf einem freien Krankenversicherungsmarkt würden Prämien für Versicherte, die chronisch erkranken, vermutlich ansteigen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass chronische Erkrankungen als Risikofaktoren in den Risikostrukturausgleich einzubeziehen sind, um den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung funktionsfähig zu erhalten. Anders als bei Alter und Geschlecht sind morbiditätsorientierte Risikofaktoren keine wohldefinierten Parameter. Die Zahl chronischer Erkrankungen lässt sich nicht an einer Hand abzählen und bei jeder gibt es unterschiedliche Schweregrade. Wer bestimmt, welche chronische Erkrankung welchen Grades in den

Risikostrukturausgleich einbezogen werden soll und welche nicht? Es gibt kein zielführendes Kriterium für diese Auswahl.

Die Gutachter des Bundesgesundheitsministeriums plädieren für diagnosebezogene Risikofaktoren mit dem Hinweis auf die Einführung flächendeckender Fallpauschalen im Krankenhausbereich ab 2003. Dieser Hinweis ist aufschlussreich. Fallpauschalen sind ein Instrument zur Stützung des Wettbewerbs der Leistungserbringer und nicht des Kassenwettbewerbs. Sie verhindern, dass Krankenhäuser unter dem zunehmenden Wettbewerbsdruck bei kostenintensiven Patienten sparen, indem sie sie an andere Einrichtungen überweisen, sie zu früh nach Hause entlassen oder die Qualität der Behandlung einschränken.

Auf dem Weg zur Einheitskasse

Wollte man den Risikostrukturausgleich tatsächlich auf der Grundlage von diagnosebezogenen Risikofaktoren reformieren, so wäre zu befürchten, dass die gesamte Diagnose-Information Verwendung finden würde. Die Voraussetzungen hierfür werden jedenfalls geschaffen. Kein Land, das im stationären Sektor Fallpauschalen einsetzt, tut dies auch nur annähernd in einer Breite, wie es für Deutschland geplant ist. In den USA, wo die Diagnosis Related Groups ursprünglich entwickelt wurden und seit vielen Jahren Anwendung finden, decken sie gerade 30% der stationären Vergütung ab. Wenn der Risikostrukturausgleich die gesamte Morbiditätsstruktur in der stationären Versorgung der Kassenmitglieder abbilden sollte, dann stellte sich die Frage, weshalb wir noch Kassen brauchen. Vielmehr könnte die gesamte Vergütung über eine bundesweite Clearingstelle abge-

wickelt werden, eine Einheitskasse ohne Managementbefugnisse.

Die Gefahr, dass wir uns in Richtung Einheitskasse bewegen, geht auch von einem anderen Reformvorschlag aus, der in der Diskussion ist – der Einführung eines Hochrisikopools³. Jährliche Ausgaben der Mitglieder für Krankenhaus, Arzneimittel und Krankengeld, die 40 000 DM übersteigen, sollen zu 60% vom Risikostrukturausgleich übernommen werden. Bei der extremen Schiefe in der Verteilung der individuellen Gesundheitskosten muss man damit rechnen, dass deutlich mehr als ein Drittel der gesamten Ausgaben über den Pool abgewickelt werden. Dies führte außerdem zu einem enormen zusätzlichen Verwaltungsaufwand.

Es kommt ein grundsätzlicher Einwand gegen Hochrisikopools hinzu. Auf unregulierten Versicherungsmärkten sind Rückversicherungsverträge eine Selbstverständlichkeit. Rückversicherungen erlauben es den Versicherern, die Varianz der Schadenssumme zu reduzieren und somit ihre Rückstellungen einzuschränken. Von daher besteht kein Anlass zu einer staatlichen Verordnung von Hochrisikopools – die Kassen, vorweg die kleinen, werden unter dem Wettbewerbsdruck von alleine Rückversicherungsarrangements suchen und finden, gegebenenfalls durch Zusammenschlüsse. Sinn macht das Modell nur, wenn

die Kassen jeweils zu Beginn eines Jahres individuelle Patienten bezeichnen, deren Versicherungsdeckung sie dem Hochrisikopool überlassen wollen. Aber auch bei diesem Modell wäre der bürokratische Aufwand beträchtlich.

Das Eckpunktepapier

In den Eckpunkten des Bundesgesundheitsministeriums zur Reform des Risikostrukturausgleichs wird den Kassen die Möglichkeit eröffnet, bei bis zu sieben Erkrankungen Disease-Management-Programme einzurichten. 70% der Kosten dieser Programme soll die Solidargemeinschaft tragen. Da nicht von standardisierten Ausgaben die Rede ist, bedeutet dies faktisch eine 70%ige Kostenerstattung⁴. Welche Anreize werden Kassen dann noch haben, die Versorgung von chronisch kranken Patienten zu optimieren? Die Kostenerstattung stellt nicht nur die Idee des Disease Management auf den Kopf, sondern sie kündigt den Ausstieg aus dem Risikostrukturausgleich an. Die Verordnung einer unteren Schwelle von 12,5% für den Beitragssatz bedeutet ebenfalls einen Rückschritt in die Zeit vor Einführung der Kassenwahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Fazit

Im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich besteht in der Tat Handlungsbedarf. Die von Versicherten verursachten Gesundheitsausgaben sollten bei ihrer Kasse zu Buche schlagen und nicht – wie es heute im ambulanten und stationären Sektor teilweise geschieht – diffus auf alle Kassen verteilt werden. Um Kostentransparenz zu erzielen, braucht es neben der bereits beschlossenen diagnosebezogenen Vergütung im stationären Bereich für den ambulanten Bereich eine Reform der Kopfpauschalen, welche die Kas-

sen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen. Die konsequenteste Lösung wäre eine direkte Vergütung der Ärzte durch die Kassen.

Auch diejenigen Kosten, die nicht in den Risikostrukturausgleich gehören, gilt es zu berücksichtigen. Das Krankengeld über Lohnbeiträge zu finanzieren, entspricht guter versicherungsökonomischer Logik, da das Schadenrisiko direkt proportional zum Lohn-einkommen ist. Diese Kosten sollten weder in die Risikoprofile des Risikostrukturausgleichs eingerechnet noch zwischen den Kassen ausgeglichen werden.

Schließlich müsste es den Kassen möglich sein, ihre Beitragssätze regional zu differenzieren. Die heutige Regelung eines einheitlichen Kassenbeitragssatzes zwingt überregional tätige Kassen zu interner Quersubventionierung und verzerrt so den Wettbewerb zwischen überregionalen und regionalen Krankenkassen.

Der Einstieg in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich hingegen öffnet Tür und Tor für unheilvolle Entwicklungen. Angefangen bei der Idee der Strafzölle für Kassenwechsler – wobei von den Zöllnern als krank eingestufte zollfrei wechseln dürften – bis hin zu einer staatlichen Rückversicherung im Gewand des Risikostrukturausgleichs, die einen Großteil der Gesundheitskosten zwischen den Kassen umverteilt, scheint nichts mehr ausgeschlossen. Statt sich auf das unsichere Gelände eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu begeben, wäre es besser, das Offensichtliche zu tun, nämlich den Kassenwettbewerb auf regionaler Ebene umzugestalten und das Verhältnis zwischen Ärzten, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassen auf eine neue Grundlage zu stellen.

³ Die Gutachter des Bundesgesundheitsministeriums sprechen von einem Risikopool. Dieser Sprachgebrauch, der ins Eckpunktepapier übernommen wurde, ist sehr unglücklich, stellt doch jede Versicherungsgemeinschaft einen Risikopool dar.

⁴ Gemäß neuem Stufenplan sollen nun doch nur die standardisierten Ausgaben ausgeglichen werden. Darüber hinaus entfällt die Kassenaufteilung 30/70. Da die Programme sich von Kasse zu Kasse unterscheiden werden, ist die Gefahr sehr groß, dass es im Ergebnis auf eine 100%ige Kostenerstattung hinausläuft.