

## RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

# Dem Wettbewerb die richtige Richtung geben

Was wäre der Krankenkassen-Wettbewerb ohne den Risikostrukturausgleich (RSA)? Ein Hauen und Stechen um junge und gesunde Versicherte! Doch obwohl die Geschichte des Risikostrukturausgleichs insgesamt eine Erfolgsstory ist, fehlen bislang die Kapitel für ein Happy End. Ideen für eine konsequente Fortsetzung des Bestsellers RSA von Klaus Jacobs.



Mit dem 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat der Gesetzgeber eine weitreichende Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vollzogen. Denn: Fast alle GKV-Mitglieder erhielten ab 1996/97 ein weithin unbeschränktes individuelles Kassenwahlrecht. Gleichzeitig fielen zahlreiche Beschränkungen von Mitgliederkreisen einzelner Kassen – mit Ausnahme der nicht per Satzungsbeschluss geöffneten Betriebs- und Innungskrankenkassen und der weiterhin gesetzlich geschlossenen Sondersysteme See-Krankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenversicherung und Bundesknappschaft. Für alle geöffneten Kassen wurde ein Kontrahierungszwang eingeführt. Damit bedeutete diese Reform eine ordnungspolitische Grundsatzenscheidung für eine wettbewerbliche Orientierung der GKV. Dies gilt unabhängig davon, ob die einzelnen Beteiligten des parteiübergreifenden Kompromisses von Lahnstein seinerzeit tatsächlich mehr wettbewerbliche Steuerung in der GKV wollten oder aber den Wettbewerb eher als unvermeidliche Begleiterscheinung der Einführung der freien Kassenwahl in Kauf nahmen. In jedem Fall war allen klar: Die Einführung der Wahlfreiheit im gegliederten Krankenkassensystem würde zu intensivem Kassenwettbewerb um Mitglieder führen.



**Ausgangspunkt Lahnstein:** Vollständig neu war der Krankenkassenwettbewerb für die GKV jedoch nicht, denn auch schon „vor Lahnstein“ verfügten bestimmte Mitgliedergruppen über individuelle Kassenwahlrechte. Dies galt vor allem für alle Angestellten, die sich

neben ihrer jeweils „zuständigen“ Primärkasse (AOK, Betriebskrankenkasse oder Innungskrankenkasse) auch in einer Ersatzkasse versichern konnten. Von denen wiederum standen einzelne jedoch nur Angehörigen bestimmter Berufsgruppen offen. Dieser eher naturwüchsig entstandene Kassenwettbewerb ging vor allem um besser verdienende Angestellte. Er machte allerdings deutlich, dass sinnvoller Kassenwettbewerb mit dem für die GKV konstitutiven Solidarprinzip nur vereinbar ist, wenn er innerhalb eines klaren Ordnungsrahmens erfolgt, zu dem als zentrales Element insbesondere ein GKV-weiter Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen allen Krankenkassen gehören muss.

Ohne RSA hätte die Einführung der freien Kassenwahl zwangsläufig dazu geführt, dass sich der Kassenwettbewerb in erster Linie um die Herstellung möglichst günstiger Strukturen im Versichertenbestand der Kassen gedreht hätte. Vergleichsweise „einfache“ Risikostrukturkomponenten wie Einkommen, Mitversichertenzahl sowie Alter und Geschlecht hätten hier den Ausschlag für Selektion gegeben. Dabei hätten etliche Kassen aufgrund ihrer Vergangenheit als Zuweisungskassen von vornherein keine Chance auf einen wettbewerbsfähigen Beitragssatz gehabt. Mit vermeintlicher Unwirtschaftlichkeit dieser Kassen hätte dies allerdings nichts zu tun gehabt, sondern wäre allein dem Umstand geschuldet gewesen, dass diese Kassen einen überproportionalen Anteil an der Wahrnehmung der GKV-weiten Solidaraufgaben trugen – etwa in Form besonders vieler relativ einkommenschwacher Mitglieder, vieler beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger oder vieler Versicherter in höheren Altersgruppen. Für alle Beteiligten von Lahnstein stand

## Der immer wieder erhobene Vorwurf, der Risikostrukturausgleich subventioniere unwirtschaftlich agierende Kassen, wird auch nach der hundersten Wiederholung nicht richtiger.

Klaus Jacobs

jedoch außer Frage, dass das Solidarprinzip der GKV : „Einkommensstarke für Einkommensschwache, Junge für Alte, Alleinstehende und Kinderlose für Familien sowie Gesunde für Kranke“ trotz Wahlfreiheit und Wettbewerb niemals in Gefahr geraten dürfe. Folglich mussten entsprechende Vorkehrungen zum Erhalt dieses Prinzips in Gestalt des RSA getroffen werden.



**Zur Funktion des RSA:** Die Notwendigkeit des Risikoausgleichs resultiert unmittelbar aus der Verbindung von Solidarität und Wettbewerb. Dies ist keineswegs allein in der deutschen GKV der Fall, sondern in allen Ländern mit vergleichbaren Gesundheitssystemen, so zum Beispiel auch in unseren Nachbarländern Belgien, den Niederlanden, der Schweiz und der Tschechischen Republik. Wettbewerb ist weder in der GKV noch sonst wo ein Selbstzweck, sondern vor allem ein Steuerungsinstrument. Kassenwettbewerb soll dazu beitragen, dass sich die Kassen möglichst aktiv für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung und für mehr Versicherten- und Patientenorientierung engagieren.

Zugleich darf Kassenwettbewerb nicht das Solidarprinzip der GKV gefährden. Deshalb muss möglichst weitgehend verhindert werden, dass Risikoselektion unmittelbar zu Beitragsatzvor- oder -nachteilen einzelner Kassen führt. Dabei ist unwichtig, ob es sich im Einzelfall um das Ergebnis von aktiven Selektionsaktivitäten der Kassen selbst oder aber von passiver Selbstselektion der Mitglieder bei der Ausübung ihres Kassenwahlrechts handelt. Wenn Beitragsätze im Wesentlichen die Zusammensetzung von Versichertenkollektiven widerspiegeln und nicht aufgrund von Erfolgen oder Misserfolgen des Kassenhandelns insbesondere im Vertrags- und Fallmanagement entstanden sind, können sie keine Signalfunktion für einen funktionalen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung haben. Damit Beitragsatzunterschiede ein verlässliches Signal für Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsunterschiede zwischen den Kassen sind, hat der RSA die zentrale Aufgabe, die unterschiedliche Teilhabe einzelner Kassen an der Wahrnehmung der GKV-weiten Solidaraufgaben in ihrer Beitragsatzwirkung zu neutralisieren. Zugleich soll er die Anreize beseitigen, Beitragsatzvorteile durch Risikoselektion anzustreben.



**Missverständnisse zum RSA:** Besonders anschaulich lassen sich Funktion und Funktionsweise des RSA vor dem Hintergrund von Missverständnissen illustrieren. Diese werden seit Jahren immer wieder von verschiedenen Seiten vorgetragen – teilweise aufgrund mangelnder Sachkenntnis, nicht selten aber auch in fast schon gebetsmühlenartiger Penetranz wider besseres Wissen. Ein Hauptvorwurf gegenüber dem RSA lautet, er subventioniere Unwirtschaftlichkeit und mindere entsprechend die Anreize bei den Kassen, sich aktiv um mehr Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung zu bemühen. Dieser Vorwurf lässt jedoch völlig außer Acht, dass der RSA – anders als zum Beispiel der frühere Ausgabenvergleich in der Krankenversicherung der Rentner oder der Finanzausgleich in der Pflegeversicherung – keine tatsächlichen Ausgaben der Kassen ausgleicht. Vielmehr erfolgt er auf der Basis standardisierter (durchschnittlicher) Ausgaben, die den einzelnen Kassen entsprechend ihrer jeweiligen Versichertenstruktur auf der Grundlage der Faktoren Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente zugerechnet werden („Beitragsbedarf“). Deshalb hält der RSA weder unwirtschaftliche Kassen künstlich am Leben, noch setzt er Anreize zu unwirtschaftlichem Verhalten, weder bei den so genannten Zahler- noch bei den Empfängerkassen.

Falsch ist es auch, die Wirksamkeit des RSA danach zu beurteilen, ob er zu einer pauschalen Angleichung der Beitragsätze der Kassen führt. Dies ist nur insoweit Aufgabe des RSA, wie verhindert werden soll, dass Unterschiede bei der Erfüllung der GKV-weiten Solidaraufgaben durch die einzelnen Kassen zu Beitragsatzverzerrungen führen. So lange aber Kassen unterschiedlich effizient wirtschaften, wird dies unter RSA-Bedingungen sehr wohl zu Beitragsatzunterschieden führen, die im Interesse eines funktionalen Wettbewerbs und seiner Ergebnisse geradezu erwünscht sind. Wer andererseits die Verringerung der Beitragsatzdifferenzen zwischen den Kassen nach Einführung des RSA als zu stark empfindet und den RSA deshalb als wettbewerbshemmend ablehnt, unterliegt ebenfalls einem Missverständnis: So lange die Kassen keine hinreichenden Wettbewerbsparameter zur Gestaltung des Leistungsgeschehens haben, werden effizienzbedingte Beitragsatzunterschiede zwangsläufig relativ klein bleiben. Dies ist aber nicht dem RSA, sondern den gesundheitspolitisch nach wie vor eng begrenzten Handlungsspielräumen der einzelnen Kassen zuzuschreiben.

Ein weiteres Missverständnis liegt vor, wenn die Höhe des gesamten Transfervolumens oder der Transferzahlungen einzelner Kassen zum Beurteilungsmaßstab für die Wirksamkeit des RSA gemacht wird. Die Höhe des RSA-Transfervolumens hängt bei gesetzlich vorgegebener Ausprägung des GKV-Solidarauftrags allein vom Grad der Risikomischung beziehungsweise -entmischung zwischen den Kassen ab: Das Volumen ist umso geringer, je ausgeglichener die Risikostrukturen sind, beziehungsweise umso größer, je mehr sich die kassenspezifischen Risikostrukturen voneinander unterscheiden. Dies bestimmen jedoch allein die Kassen-Mitglieder durch die Ausübung ihres Wahlrechts und niemand sonst.

Die seit Einführung des RSA erfolgte Zunahme des RSA-Transfervolumens ist unmittelbarer Ausdruck einer gewachsenen Risikoentmischung, weil vergleichsweise junge und einkommensstarke Mitglieder bislang weit überproportional von der Möglichkeit des Kassenwechsels Gebrauch gemacht haben. Das Transfervolumen des RSA hätte sogar noch deutlich mehr zugenommen, wenn es im Zuge der Einführung der freien Kassenwahl nicht gleichzeitig zu zahlreichen Kassenfusionen gekommen wäre. Dadurch wurde der sonst im RSA sichtbare Solidar- ausgleich sozusagen „internalisiert“ – ohne dass sich damit jedoch irgendetwas am Gesamtumfang des GKV-weiten Solidarausgleichs geändert hätte.



**Status-Quo-Analyse:** Ohne RSA wäre eine große Zahl von Krankenkassen nicht lebens- und schon gar nicht wettbewerbsfähig, und zwar keineswegs aus Gründen mangelnder Effizienz, sondern allein aufgrund der Zusammensetzung ihrer Versichertenschaft. Diese Aussage unterstreichen die Ergebnisse einer Tabelle aus dem RSA-Gutachten, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellt wurde. Dabei sind die Krankenkassen nicht nach ihrer historisch bedingten – für den Wettbewerb aber weithin irrelevanten – Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Kassenarten gruppiert, sondern nach den im RSA zentralen Rechengrößen „Finanzkraft“ (beitragspflichtige Einnahmen) und „Beitragsbedarf“ (Versichertenstruktur nach Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente). Hierbei wird deutlich: Kassen mit niedriger Finanzkraft hätten 1999 ohne RSA im Durchschnitt „Ur-Beitragsätze“ um die 20 Prozent erheben müssen, in einzelnen Fällen sogar deutlich mehr. Dasselbe gilt für Kassen, die zwar eine mittlere Finanzkraft, aber einen hohen Beitragsbedarf je Versicherten aufweisen. Umgekehrt hätten Kassen mit hoher Finanzkraft und mittlerem oder gar niedrigem Beitragsbedarf im

**Dass das Transfervolumen im Risikostrukturausgleich immer weiter gestiegen ist, zeigt vor allem eines: Junge und Gesunde wechseln die Kasse, Alte und Kranke bleiben ihrer Versicherung treu.**

Gruppendurchschnitt Beitragsätze von weit unter zehn Prozent erheben können, in Einzelfällen sogar deutlich unter fünf Prozent. Der RSA verhindert derartige Beitragsatzverwerfungen, die jeden sinnvollen Kassenwettbewerb um eine bessere Gesundheitsversorgung von vornherein unmöglich machen würden. Die Ergebnisse der Tabelle „RSA gleicht Beitragsätze an“ auf der gegenüberliegenden Seite verweisen zugleich aber auch auf ein Defizit im bestehenden RSA, das nach wie vor Ursache von nicht unerheblichen Beitragsatzbeziehungsweise Wettbewerbsverzerrungen ist: Weil der Finanzkraftausgleich unvollständig bleibt, müssen die Kassen bestimmte Ausgaben – unter anderem ihre Verwaltungsausgaben – durch die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder finanzieren. Kassen mit niedriger Finanzkraft wenden hierfür im Durchschnitt 1,3 bis 1,5 Beitragsatzpunkte auf (siehe Spalte „Teil-Beitragsatz mit nicht im RSA-berücksichtigungsfähigen Ausgaben“ in der nebenstehenden Tabelle), während Kassen mit mittlerer oder gar hoher Finanzkraft mit deutlich weniger auskommen – insbesondere wenn sie gleichzeitig auch noch einen niedrigen Beitragsbedarf aufweisen, also vorwiegend junge Menschen versichern, die entsprechend seltener mit dem Versorgungssystem in Kontakt kommen und keinen entsprechenden Verwaltungsaufwand verursachen.

Wie das gestiegene Transfervolumen zeigt, haben sich die ohnehin beträchtlichen Unterschiede in den kassenspezifischen Risikostrukturen seit Einführung der freien Kassenwahl noch deutlich vergrößert. In den ersten Jahren nach Einführung der freien Kassenwahl wechselten insbesondere junge und eher einkommensstarke Mitglieder ihre Kasse. Dies äußert sich beispielsweise darin, dass die Anteile von Versicherten in Kassen mit „Ur-Beitragsätzen“ (also rechnerischen Beitragsätzen ohne RSA) an den beiden Rändern des Beitragsatzspektrums unterhalb von 12,5 Prozent und oberhalb von 17,5 Prozent deutlich zugenommen haben. Die bei Einführung der Wahlfreiheit gelegentlich gehegte Erwartung, es werde von selbst zu einer Angleichung der Risikostrukturen zwischen den Kassen kommen, hat sich somit keineswegs bestätigt; die Notwendigkeit der Durchführung des RSA hat also nicht etwa ab-, sondern weiter zugenommen.



**Qualitative Perspektive:** Wer die gesetzlichen Krankenkassen in ihrem heutigen Selbstverständnis wie ihrem äußeren Erscheinungsbild mit den Kassen zu Beginn der neunziger Jahre vergleicht, bemerkt erhebliche Unterschiede. Waren damals Kennzeichnungen wie parastaatliche Finanzverwaltungen und kundenferne Behörden

durchaus angebracht, haben sich diese Eindrücke binnen kurzer Zeit grundlegend und nachhaltig verändert. Zu diesem Wandel hat in erster Linie die Einführung von freier Kassenwahl und RSA beigetragen. Unter den Bedingungen des RSA sind die Kassen im Wettbewerb gezwungen, sich umfassende Kenntnis über ihr gesamtes Ausgabengeschehen mit seinen vielfältigen Bestimmungsgründen zu verschaffen und ihre Leistungsausgaben über ein gezieltes Fall- und Vertragsmanagement möglichst vorteilhaft zu gestalten. Zudem ist nicht mehr von vornherein über die Hälfte der GKV-Ver-

sicherten stigmatisiert, weil sie als einkommensschwache Mitglieder, beitragsfrei Mitversicherte oder ältere Versicherte pauschal der Kategorie „ungünstige Risiken“ zugeordnet werden.

Generell lässt sich feststellen, dass die große Mehrzahl der Kassen teilweise erhebliche Anstrengungen zur organisatorischen, personellen und informationellen Anpassung an die neuen wettbewerblichen Rahmenbedingungen unternommen hat. Als deutliches Indiz hierfür ist der bemerkenswerte Fusionsprozess zu werten, der zuerst innerhalb des AOK-Systems erfolgt ist und dort in kurzer Zeit zu einer Verringerung der Zahl von 236 Einzelkassen zu Beginn des RSA-Startjahres 1994 auf 17 Kassen auf Landesverbandsebene geführt hat. Gleichzeitig verlagerten die Krankenkassen die Schwerpunkte ihres Handelns in Richtung Ausgabenmanagement und Kundenorientierung und unternahmen unübersehbare Qualifizierungsanstrengungen beim Kassenpersonal.

Gleichwohl kann der Status-Quo-Befund der bisherigen Erfahrungen des Kassenwettbewerbs keineswegs uneingeschränkt positiv ausfallen. Vielmehr sind auch Defizite des RSA in seiner bislang praktizierten Form deutlich geworden. Diese haben folgerichtig den Gesetzgeber bewogen, eine Reform des zwar von seiner Grundstruktur her bewährten, in seiner konkreten Ausgestaltung aber gleichwohl verbesserungsbedürftigen Ausgleichsinstruments zu beschließen.

Die Defizite lassen sich unmittelbar am Kassenhandeln festmachen: Zwar hat die aktive Einflussnahme der Kassen auf Mengen-, Preis- und Strukturkomponenten des Leistungs- und Ausgabengeschehens merklich zugenommen. Aber es besteht noch immer beträchtliche Zurückhaltung, mit gezieltem Versorgungsmanagement insbesondere bei chronisch Kranken aktiv zu werden, obwohl angesichts der bestehenden Abschottung der einzelnen Versorgungssektoren gerade bei diesen Versicherten besonders große Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale zu vermuten sind. Abgesehen von unzureichenden Handlungsparametern der Kassen im Vertragsbereich, ist diese Zurückhaltung vor allem darauf zurückzuführen, dass die Befürchtung besteht, mit einer besonders attraktiven Chronikerversorgung auch dauerhaft kranke Versicherte aus anderen Kassen anzulocken. Dies würde jedoch zu negativen Folgen für den Beitragssatz führen, denn auch gut versorgte Chroniker stellen unter den Bedingungen des derzeitigen RSA, der keine explizite Berücksichtigung von Morbidität erlaubt, „ungünstige Risiken“ dar.

Somit sind zum einen die gesundheitspolitisch erwünschten Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit insbesondere der Chroniker-Versorgung durch den bisherigen RSA noch nicht hinreichend „geschärft“. Zum anderen sind gleichzeitig die gesamtwirtschaftlich und sozial-

RSA GLEICHT BEITRAGSSÄTZE AN						
Rechnerisch ausgabendeckende Beitragssätze mit und ohne RSA nach Typen von Krankenkassen 1999						
Typ	Finanzkraft in beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherter		Anzahl Kassen (Ost und West getrennt)		Mittlerer ausgabendeckender Beitragssatz	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
1	niedrig	niedrig	< 5	0,0	/ (nicht ausgewiesen)	/
2	niedrig	mittel	12	13,5	18,2%	12,5%
3	niedrig	hoch	< 5	0,9	20,7%	13,3%
4	mittel	niedrig	43	5,2	11,0%	12,8%
5	mittel	mittel	170	35,1	13,9%	12,7%
6	mittel	hoch	41	3,7	20,1%	13,2%
7	Hoch	niedrig	118	3,1	7,5%	12,1%
8	Hoch	mittel	110	8,4	9,4%	12,3%
9	Hoch	hoch	< 5	0,1	13,2%	12,2%
<b>alle ausgewerteten Kassen</b>			<b>500</b>	<b>70,0</b>	<b>13,8%</b>	<b>12,7%</b>

**Anmerkungen zur Tabelle:**

(1) Beitragspflichtige Einnahmen gelten hier als niedrig oder hoch, wenn sie 15% unter oder über dem GKV-Durchschnitt der beitragspflichtigen Einnahmen von damals 25.690,71 DM je Versicherter liegen.

(2) Beitragsbedarf gilt hier als niedrig oder hoch, wenn er unter 2.600 DM beziehungsweise über 3.800 DM je Versicherter liegt.

(3) Fusionsstand 1.7.2000; Krankenkassen mit Ost- und Westkassen zählen als zwei Einheiten.

(4) allgemeiner Beitragssatz (ermäßigte und erhöhte Beitragssätze ignoriert).

(5) Teil-Beitragssatz für RSA-berücksichtigungsfähige Ausgaben.

Quelle: IGES/Cassel/Wasem-Gutachten 2001

Ohne RSA läge der Beitragssatz für Krankenkassen mit niedriger oder mittlerer Finanzkraft (Zeilen 2 und 6) und hohem Beitragsbedarf im Durchschnitt bei 20,1 oder sogar 20,7 Prozent. Der Risikostrukturausgleich ermöglicht diesen Kassen einen durchschnittlichen Beitragssatz von 13,3 beziehungsweise 13,2 Prozent.

## SPLITTER



HANS DIETER RICHARDT WAR LANGE JAHRE VERWALTUNGSRATSVORSITZENDER DER AOK RHEINLAND UND MITGLIED DES VERWALTUNGSRATES DES AOK-BUNDESVERBANDES.

### Nur im Notfall mit Kampfgetöse

■ **Weit über 20 Jahre** gemeinsamen ehrenamtlichen Wirkens für die soziale Sicherheit, insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung, verbinden uns, lieber Peter. Dein Abschied aus dem AOK-Bundesverband – wenige Monate nach meinem Abschied – lässt mir eines überdeutlich klar werden: Mit deiner hohen fachlichen Kompetenz und deiner Geradlinigkeit und Fairness hast du mehr erreicht als mit manch vordergründiger Interessenvertretung unter entsprechendem Kampfgetöse, um das du und ich, wenn es denn notwendig war, uns nie gedrückt haben. Begegnungen mit Dir waren für mich immer eine willkommene Bereicherung, da sie geprägt waren von deinem reichen beruflichen Wissen und deiner tiefen Menschlichkeit. Mögen Gesundheit und Freude dir und deiner Familie für die Zukunft treue Wegbegleiter sein.

politisch unerwünschten Anreize zur Risikoselektion noch nicht hinreichend „entschärft“. Dies hat zur Folge, dass sich Risikoselektion noch immer lohnt – zwar nicht mehr nach den im RSA berücksichtigten Faktoren Einkommen, Mitversicherungszahl und Alter, wohl aber nach der Morbidität der Versicherten. In der entsprechenden Nachjustierung der Ausgleichsparameter des RSA liegt somit eine wesentliche Reformaufgabe.



**RSA-Reform:** Kernstück der Ende 2001 beschlossenen Reform ist die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA. Dies bedeutet: Künftig soll der Beitragsbedarf jeder Kasse auf der Grundlage direkter Morbiditätsindikatoren ermittelt werden, weil die heutigen Ausgleichsfaktoren (Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente) Morbiditätsunterschiede nicht genau genug abbilden und die genannten Anreizprobleme bei den Kassen bestehen lassen. Dabei geht es nicht um eine Ausweitung des RSA beziehungsweise seiner Transferzahlungen, sondern um eine versicherungstechnisch gezieltere Berücksichtigung des Morbiditätsrisikos. Der „neue“ RSA wird genauso wenig ein Ausgabenausgleich sein wie der „alte“, und Unwirtschaftlichkeit wird künftig genauso wenig „subventioniert“ wie heute.

Formen von morbiditätsorientierten Klassifikationssystemen sind international bereits in unterschiedlichen Zusammenhängen entwickelt und praktisch eingeführt. Im Rahmen eines Gutachtens für das Bundesgesundheitsministerium werden die entsprechenden Erfahrungen derzeit ausgewertet und im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf die GKV untersucht. Kriterien für die Auswahl eines geeigneten „Morbi-RSA“ sind unter anderem dessen Praktikabilität, Manipulationsresistenz und Anreizkompatibilität. Bei der für 2007 geplanten Einführung des morbiditätsorientierten Risikoausgleichs bestehen durchaus prozessorale Analogien zu der aktuellen Einführung von diagnosebasierten Fallpauschalen zur Vergütung von Krankenhausleistungen (DRGs). Wie diese wird auch die RSA-Reform alle Beteiligten vor neue Herausforderungen stellen. Die Aussicht auf einen fruchtbaren Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, und zwar in erster Linie bei den Kranken, lassen die zu erwartenden Anstrengungen jedoch gerechtfertigt erscheinen.

Um wenigstens bei einzelnen chronischen Erkrankungen auch schon vor 2007 zu spürbaren Verbesserungen in der Versorgungsqualität zu kommen, hat der Gesetzgeber beschlossen, dass bis zur Einführung des vollständigen morbiditätsorientierten RSA auch schon solche Versicherte im Risikostrukturausgleich gesondert berücksichtigt werden sollen, die sich in akkreditierte Disease-Management-Programme eingeschrieben haben. Dabei geht es zunächst um Diabetiker und Brustkrebs-Patientinnen. Die direkte Verknüpfung von bestimmten Versorgungsformen mit dem Risikostrukturausgleich ist vielfach als ordnungspolitische Fehlentscheidung kritisiert worden, weil sie den RSA „strukturell überfordere“ und dessen Neutralitätsgebot unterlaufe. Inwieweit eine solche Verknüpfung auch nach der Implementierung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aufrecht erhalten werden sollte, muss noch entschieden werden. Dabei werden mit Sicherheit auch die aktuellen Erfahrungen mit den Disease-Management-Programmen eine wichtige Rolle spielen.

Schon jetzt scheint erkennbar, dass der bürokratische Aufwand hoch und die vertraglichen Spielräume für eine wettbewerbliche Ausgestaltung eher gering sind. Wenn es vor allem darum gehen soll, die möglichst vollständige Berücksichtigung evidenzbasierten Wissens im Versorgungsalltag zu sichern, erscheint es fraglich, ob das wettbewerbs- und solidaritätssichernde Ausgleichsinstrument RSA hierzu den geeigneten Anknüpfungspunkt darstellt. Ohnehin ist klar, dass sich keineswegs alle Krankheiten des gesamten Morbiditätsspektrums für Disease-Management-Programme eignen. Der „Morbi-RSA“ muss jedoch das gesamte Spektrum umfassen, um jeweils möglichst vollständig Qualitäts- und Wirtschaft-

lichkeitsanreize zu erhalten beziehungsweise Selektionsanreize entgegen zu wirken.

Die bereits beschlossene RSA-Reform betrifft die modifizierte Ermittlung des Beitragsbedarfs. Ebenfalls unbedingt notwendig ist die Vervollständigung des Ausgleichs von Finanzkraftunterschieden. Wie bereits gezeigt, führt die derzeitige Unvollständigkeit des Finanzkraftausgleichs zu nicht unbeträchtlichen Beitragsatz- und damit Wettbewerbsverzerrungen. Die im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums tätigen RSA-Gutachter, das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Prof. Dieter Cassel und Prof. Jürgen Wasem, haben hierzu einen entsprechenden Reformvorschlag unterbreitet, der zwar im ersten Anlauf in den „politischen Konsensmühlen“ stecken geblieben ist, damit jedoch in keiner Weise an Bedeutung verloren hat. Im Interesse eines funktionsfähigen Wettbewerbs wartet er nach wie vor dringend auf seine Umsetzung.



**Reformbedarf jenseits des RSA:** Neben der eigentlichen RSA-Reform gibt es eine Reihe weiterer notwendiger Reformschritte, um dem Gesamtkonzept der solidarischen Wettbewerbsordnung zum Erfolg zu verhelfen. Es geht darum sicherzustellen, dass sich im Rahmen eines solidarisch verfassten Krankenversicherungssystems sinnvoller Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung entfalten kann. Wenn diese Reformschritte „jenseits des RSA“ nicht erfolgen, bleibt auch die RSA-Reform letztlich Stückwerk.

Wie eingangs betont, bedeutet die Stärkung von wettbewerblichen Strukturen in der GKV eine ordnungspolitische Grundsatzentscheidung. Sinnvoll geordneter Wettbewerb kann seine positiven Steuerungswirkungen aber nur dann entfalten, wenn zum einen den einzelwirtschaftlichen Akteuren deutlich mehr Handlungsfreiräume insbesondere im Vertragsbereich eingeräumt werden. Zum anderen müssen die nach wie vor vielfältigen administrativen und kollektivvertraglichen Steuerungsstrukturen aus der „vor-wettbewerblichen“ Zeit wie etwa die zentrale Bedarfsplanung und Zulassung, sektorale Ausgabenbudgets oder kollektive Verhandlungsmandate deutlich zurückgeführt werden. Die politische Absicht, mehr Vertragswettbewerb zuzulassen, muss endlich realisiert werden. Dabei kann aus den Erfahrungen mit der integrierten Versorgung gelernt werden, dass Überregulierung der sicherste Weg ist, innovative Entwicklungen schon im Keim zu ersticken. Wettbewerb ist immer auch ein Such- und Entdeckungsverfahren. Wer den „richtigen Weg“ oder das „optimale Modell“ bereits kennt, kann auf Wettbewerb getrost verzichten. In einem Gesundheitssystem, das zwar zu den teuersten in der Welt gehört, aber auf der Outputseite bestenfalls Durchschnitt bietet, wird dieses Wissen aber wohl

kaum jemand für sich reklamieren können. Ferner gehören im Interesse einer funktionalen Wettbewerbsordnung folgende vier Punkte ebenfalls auf die Agenda einer anstehenden GKV-Strukturreform:

- die Beseitigung von kassen(arten)spezifischen Sonderrechten (letztlich: die Überwindung von überholten Kassenartenstrukturen);
- die Neutralisierung des Arbeitgebereinflusses auf die Kassenwahlentscheidung der Beschäftigten durch eine entsprechende Ausgestaltung des Arbeitgeberbeitrags;
- die zumindest optionale Regionalisierung der Beitragsatzkalkulation aller Kassen sowie
- die wettbewerbskompatible Neubestimmung von Inhalt und Organisation der Kassenaufsicht.

Der RSA ist zweifellos das Kernstück der solidarischen Wettbewerbsordnung. Entgegen vielfältiger Kritik hat er seine Funktion seit Einführung der freien Kassenwahl insgesamt auch recht ordentlich erfüllt. Noch bestehende Unzulänglichkeiten sind erkannt, und ihre Behebung ist bereits in Arbeit. Der RSA kann jedoch nicht alle Unzulänglichkeiten der GKV beheben. Er muss insbesondere von Überfrachtungen verschont bleiben und durch weitere Reformen der Wettbewerbsordnung ergänzt werden. Dann kann seine Erfolgsgeschichte als Instrument zur Vereinbarung von Solidarität und Wettbewerb erst richtig beginnen. ♦

## Literatur

### AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2001)

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, Beiträge u.a. von Rürup B, Jacobs K, Lauterbach KW, Kirch P, AOK im Dialog Band 11, Bonn.

### Jacobs K, Reschke P (1992)

Freie Wahl der Krankenkasse. Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs. Gesundheitsökonomische Beiträge Band 15, Baden-Baden.

### Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J (2002)

Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Vorgelegt am 15.02.2001, veröffentlicht als Band 140 in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.

### Knappe, E (Hrsg.) (1999)

Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsband des Gesundheitsökonomischen Ausschusses im Verein für Socialpolitik mit Beiträgen u.a. von Cassel D und Janßen J, Oberender P und Ecker T, Breyer F, Felder S und Beck K, Jacobs K und Wasem J, Wille E, Gesundheitsökonomische Beiträge Band 32, Baden-Baden.

### Schneider, W (1994)

Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

### Van de Ven, WPMM, Ellis RP (2000)

Risk Adjustment in Competitive Health Plans Markets. In: AJ Culyer, JP Newhouse (Hrsg.), Handbook of Health Economics, Vol 1A, Amsterdam 2000, S. 755-845.