

20 Jahre „technischer Kern“ der GKV-Wettbewerbsordnung

Erfolgskapitel Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) feiert in diesem Jahr seinen zwanzigsten Geburtstag. Seiner 1994 erfolgten Einführung war der inzwischen fast schon legendäre „Kompromiss von Lahnstein“ vorausgegangen, der im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zur Einführung der freien Krankenkassenwahl für fast alle GKV-Mitglieder führte. Dieser Schritt war gleichbedeutend mit einer Grundsatzentscheidung zugunsten einer verstärkt wettbewerblichen Ausrichtung der GKV und erforderte zwingend die Einführung einer stringenten Wettbewerbsordnung. Deren „technischer Kern“ war von Anfang an der GKV-weite Risikostrukturausgleich (RSA).

In den vergangenen zwei Jahrzehnten ist oft über den RSA gestritten worden, 2005 sogar vor dem Bundesverfassungsgericht. Mittlerweile kann die grundsätzliche Notwendigkeit des RSA jedoch als weithin unstrittig gelten. Jedes wettbewerbliche Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung benötigt einen Ausgleichsmechanismus, der dafür sorgt, dass Beitrags(satz)unterschiede zwischen den Krankenkassen keine unterschiedlichen „Solidarlasten“ widerspiegeln und insofern auch kein Anreiz zu unerwünschter Risikoselektion besteht. Das heißt konkret, dass keine Kasse im Wettbewerb allein schon deshalb einen Preisvorteil haben darf, weil sie überdurchschnittlich viele junge, gesunde und einkommensstarke Personen versichert. In diesem Fall würde der kassenspezifische Beitrag ein falsches, weil verzerrtes Preissignal senden, und der Kassenwettbewerb würde fehlgesteuert.

So unstrittig die Notwendigkeit des RSA ist – es gibt ihn entsprechend in allen wettbewerblichen Krankenversicherungssystemen mit solidarischer Finanzierung, von den Niederlanden über Belgien bis zur Schweiz –, so kontrovers wird bisweilen über seine konkrete Ausgestaltung gestritten. Dabei ist der in Deutschland seit 2009 praktizierte morbiditätsorientierte RSA erklärtermaßen als „lernendes System“ etabliert. Das heißt, seine Ausgestaltung wird ständig überprüft und gegebenenfalls gezielt angepasst – etwa wenn sich das Krankheitsspektrum der Bevölkerung oder bestimmte Behandlungsmethoden verändert haben.

Vor diesem Hintergrund sind Vorschläge zur gezielten Weiterentwicklung des RSA grundsätzlich stets willkommen. Bei ihrer Beurteilung geht es naturgemäß zunächst um die unmittelbaren Finanzwirkungen. Daneben spielen weitere Beurteilungskriterien wie die Manipulationsresistenz oder der erforderliche Verwaltungsaufwand eine Rolle. Mindestens ebenso wichtig – wenngleich vielfach weniger

beachtet – sind aber auch die Anreizwirkungen, die in Bezug auf das wettbewerbliche Kassenhandeln ausgelöst werden: Wird die (generell erwünschte) aktive Einflussnahme auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung gefördert? Wird das (generell unerwünschte) Interesse an Risikoselektion – positiver wie negativer Art – gegenüber bestimmten Versichertengruppen vermindert? Wer sich diese Fragen nicht stellt, springt bei der Beurteilung der Ausgestaltung des RSA von vornherein zu kurz.

Das bestätigt ein Blick auf den „Methodenfehler“, der seit 2009 bei der Ermittlung der krankheitsbezogenen Risikozuschläge im RSA gemacht wird. Dieser Fehler betrifft zunächst unmittelbar alle Versicherten mit Krankheiten, die eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeit aufweisen – beziehungsweise Krankenkassen mit vergleichsweise vielen dieser Versicherten in ihren Reihen. Die Kassen bekommen aber nicht nur für diese Versicherten zu geringe Zuweisungen, sondern auch für alle Alten und Hochbetagten, während für Versicherte im unteren und mittleren Lebensalter im Durchschnitt zu hohe Zuweisungen erfolgen. Das hat fatale Anreizwirkungen für das praktische Kassenhandeln, die sich auch nicht mit anderen – tatsächlichen oder vermeintlichen – „Unwuchten“ im RSA „verrechnen“ lassen, denn auch dann blieben junge, überwiegend gesunde Versicherte aus der Versicherungsperspektive unverändert gute Risiken und alte, vielfach kranke Versicherte blieben schlechte Risiken.

Der Vorschlag zur Modifizierung des RSA, den Gaßner und Wittmann in ihrem Beitrag in diesem Heft untersuchen, nämlich ein vollständiger Ausgleich der Ausgaben verstorbener Versicherter in deren Sterbejahr, schießt jedoch weit über das Ziel hinaus und wird deshalb zu Recht abgelehnt. Der RSA ist dadurch gekennzeichnet, dass bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds keine tatsächlich angefallenen, sondern standardisierte Ausgaben zugrunde gelegt werden, konkret: die durchschnittlichen Ausgaben der jeweiligen Versichertengruppe. Zudem ist der RSA seit Einführung der direkten Morbiditätsorientierung 2009 prospektiv (statt „zeitgleich“) ausgestaltet, das heißt, es handelt sich um die Ausgaben einer Versichertengruppe – etwa der Versicherten mit einer bestimmten schweren Krankheit –, die im Durchschnitt dieser Gruppe im Folgejahr zu erwarten sind. Schon deshalb war es stets grober Unfug, wenn die Forderung nach Korrektur des Methodenfehlers in der Vergangenheit als „Geld für Tote“ diskreditiert wurde. Genau das wäre bei dem von Gaßner und Wittmann unter-

suchten Ausgleichsmodell aber sehr wohl der Fall – auch deshalb ein absolutes „No go“.

Auch in Zukunft wird es immer wieder Vorschläge geben, die Ausgestaltung des RSA sachgerecht weiterzuentwickeln. So soll das Bundesversicherungsamt demnächst Gutachten in Auftrag geben, in denen untersucht wird, wie die Zuweisungen für Krankengeldaufwendungen und für Auslandsversicherte zielgerichteter ermittelt werden können. Eine weitere potenzielle „Baustelle“ betrifft die Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Hierzu gibt es zurzeit letztlich willkürliche Regelungen in Bezug auf ihre Anzahl (maximal 80) sowie die geforderte Überschreitung eines bestimmten Ausgaben-Schwellenwerts, der ausschließlich auf GKV-Ausgaben bezogen ist. Letzteres hat etwa dazu geführt, dass Demenz seit 2013 keine berücksichtigungsfähige Krankheit im RSA mehr ist. Damit drohen Demenzerkrankte in der GKV zu ungünstigen Versicherungsrisiken zu werden, und zwar ausgerechnet zu einer Zeit, in der in der Pflegeversicherung gerade gezielte Anstrengungen zu ihrer Besserstellung unternommen werden. Das verweist auf die Gefahr einer gesundheitspolitisch fragwürdigen Entwicklung und unterstreicht zugleich, wie wichtig es ist, bei der Ausgestaltung des RSA nicht nur auf pauschale Finanzwirkungen zu schauen, sondern zugleich auch die Anreizwirkungen auf das versorgungsbezogene Kassenhandeln zu beachten.

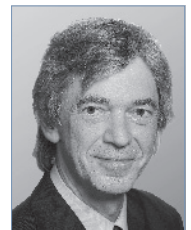
Allerdings muss in diesem Kontext auch mit aller Deutlichkeit betont werden, dass der RSA nicht überfrachtet werden darf – insbesondere nicht mit konkreten Versorgungszielen, wie zum Beispiel im Hinblick auf die Förderung krankheitsbezogener Präventionsmaßnahmen, aber auch in regionaler Sicht. Eine derartige Überfrachtung des RSA wäre unweigerlich damit verbunden, dass seine eigentliche „Kernfunktion“ gefährdet würde, nämlich in einem Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung risikoäquivalente Beiträge zu simulieren, damit der Krankenkassenwettbewerb möglichst frei von Selektionsinteressen primär um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung geführt werden kann. (Dass sich damit zugleich die Notwendigkeit verbindet, dass die einzelwirtschaftlichen Akteure über mehr wirksame Handlungsparameter im Vertragswettbewerb verfügen als derzeit vorhanden, versteht sich von selbst.)

Nach 20 Jahren RSA, davon fünf Jahre mit direkter Morbiditätsorientierung, hat sich der RSA längst als unverzichtbarer Ordnungs- und Stabilisierungsfaktor der wettbewerblichen GKV bewährt. Ein pauschales Votum für seine „Rückführung“, wie etwa noch im Koalitionsvertrag der christlich-liberalen Bundesregierung 2009 abgegeben, dürfte inzwischen wohl nur noch als eher peinlicher Ausdruck von fehlender Sachkenntnis gewertet werden. Diesem Vorwurf sollten sich die Verantwortlichen in Legislative und Exekutive aber auch nicht aussetzen, indem sie will-

kürlich in die konkrete Ausgestaltung des RSA eingreifen, um Partikularinteressen gefällig zu sein. Dass etwa das Gesundheitsministerium das mit der Durchführung des RSA betraute Bundesversicherungsamt explizit anweist, wider gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zu handeln, darf sich niemals wiederholen. Der RSA ist beim Bundesversicherungsamt einschließlich seines Wissenschaftlichen Beirats in guten Händen. Die einzige Interessengruppe, der sich die Politik verpflichtet fühlen sollte, sind die Versicherten und Patienten in der GKV – aber nicht etwa einzelne Krankenkassen und Kassenverbände, Leistungserbringer und deren Vereinigungen oder Bundesländer. Das haben Horst Seehofer und Rudolf Dreßler als Verhandlungsführer in Lahnstein 1992 beherzigt, als sie den RSA aus der Taufe hoben – ein wahrhaft echtes Erfolgskapitel in der langen Reformgeschichte der GKV, was bekanntlich beileibe keine Selbstverständlichkeit ist.

Literatur

- Buchner F, Göpfahrt (2014):** Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.). Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei, 77–117
- Cassel D, Jacobs K (2009):** Risikostrukturausgleich und Prävention: Zur Problematik der versorgungspolitischen Instrumentalisierung des Morbi-RSA. In: Göpfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. Sankt Augustin: Asgard, 185–212
- Göpfahrt D (2013):** Was wissen wir über die regionale Variation der Gesundheitsausgaben? Und was bedeutet das für den Risikostrukturausgleich? In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 6, 29–35
- Jacobs K, Rebscher H (2014):** Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.). Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei, 45–73



Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen
Instituts der AOK (WIdO)