

## Risikostrukturausgleich

Die Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen konnten in der Vergangenheit nicht uneingeschränkt wählen, bei welcher Krankenkasse sie sich versichern wollten. Bis 1996 gab es nur für Angestellte oder bestimmte Berufsgruppen die Möglichkeit der Kassenwahl. Arbeiter und Rentner waren bestimmten Krankenkassen kraft Gesetzes zugewiesen. Es entstand so eine ungleiche Verteilung von gut verdienenden und einkommensschwachen, gesunden und kranken Beitragszahlern.

Einzelne Krankenkassen hatten bei niedrigen Einnahmen hohe Ausgaben für Leistungen und umgekehrt, was zu **sehr unterschiedlichen Beitragssätzen** führte. Ab **1996** wurde grundsätzlich allen gesetzlich Versicherten die Wahl ihrer Krankenkasse **freigestellt** (Beschluss des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992), um für **mehr Wettbewerb** zwischen den Krankenkassen zu sorgen.

Voraussetzung für die Ausweitung des Kassenwahlrechts war der Abbau von Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde deshalb mit **Wirkung zum 1. Januar 1994** in der gesetzlichen Krankenversicherung auch der so genannte **Risikostrukturausgleich (RSA)** eingeführt.

Über den RSA werden die finanziellen Auswirkungen der von den Krankenkassen nicht beeinflussbaren Unterschiede in der Risikostruktur ihrer Versicherten ausgeglichen. Als Maßstab für diese Risikostruktur dienen bisher die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (Grundlöhne), die Zahl der Familienversicherten, Geschlecht und Alter sowie der Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Im Gegensatz zum früheren Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner werden im RSA **nicht die tatsächlich** entstandenen Ausgaben einer Krankenkasse, sondern **standardisierte**, das heißt am Ausgabendurchschnitt aller Krankenkassen orientierte Leistungsausgaben berücksichtigt. Nicht im RSA berücksichtigt werden bisher Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und die Ausgaben für Satzungs- und Ermessensleistungen.

Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen, die nicht auf die unterschiedliche, im Ausgleich berücksichtigte Risikobelastung der Krankenkassen zurückzuführen sind, müssen daher ausschließlich aus den Beitragseinnahmen der Krankenkassen finanziert werden. Ergebnis verschiedener wissenschaftlicher Studien war, dass über die bisher im RSA berücksichtigten Merkmale der Gesundheitszustand und der damit verbundene Versorgungsbedarf der Versicherten nur unzureichend erfasst wird. Krankenkassen können **durch die Versicherung überdurchschnittlich gesunder Versicherter erheblich geringere Beitragssätze** erheben. Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung soll jedoch zu einer besseren und zugleich

wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten führen, **nicht** aber zum Wettbewerb um gesunde Versicherte.

Mit dem RSA-Reformgesetz von 2001 sind daher die Weichen in Richtung auf eine verbesserte Berücksichtigung der Morbidität gestellt worden. Ab 2007 sollte der morbiditätsorientierte RSA eingeführt werden, der dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf von gesunden und kranken Versicherten gezielt Rechnung trägt. **Kurzfristig** wurde eine begrenzte Berücksichtigung dieser Morbiditätsunterschiede über die **Förderung von strukturierte Behandlungsprogrammen** (Disease Management Programme - DMP) für ausgewählte chronische Krankheiten **und** die Einführung eines **Risikopools** für Versicherte mit besonders hohen Versorgungsaufwendungen eingeführt:

- Krankenkassen, die ihren Versicherten **DMPs** anbieten, erhalten für die **ingeschriebenen Versicherten einen Ausgleich** für deren erhöhte standardisierte Leistungsausgaben. Voraussetzung: Die Programme müssen besonders hohen Qualitätsanforderungen entsprechen. Damit sind die Krankenkassen auch in einen Wettbewerb um eine gezielte Verbesserung der Versorgung ihrer chronisch kranken Versicherten getreten. Derzeit sind rund 3,8 Millionen Versicherte in eins der zugelassenen DMPs eingeschrieben.
- Seit dem 1. Januar 2002 werden außerdem im Rahmen eines **Risikopools** überdurchschnittlich hohe Aufwendungen der Krankenkassen für ihre Versicherten teilweise ausgeglichen. Berücksichtigt werden die Ausgaben für stationäre Versorgung, Arzneimittelversorgung, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse sowie das Krankengeld. Sofern die Aufwendungen für einen Versicherten im Jahr einen bestimmten Schwellenwert (derzeit 21.051,48 Euro) überschreiten, trägt die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten 60 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags. Wettbewerbsnachteile für Krankenkassen, die eine Vielzahl überdurchschnittlich kostenintensiver Versicherter zu betreuen haben, wurden dadurch abgebaut.

Im Rahmen der Vorbereitung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes haben sich die Partner der Regierungskoalition darauf verständigt, den **morbiditätsorientierten RSA mit dem Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009** einzuführen und die direkte Morbiditätserfassung in einem Zwischenschritt zunächst auf 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zu begrenzen, um nicht vorhersehbare Verwerfungen in einer Übergangsphase zu vermeiden. Aufgrund der zielgenaueren Berücksichtigung der zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilten Krankheitsbelastung der Versicherten kann das **bisherige Ausgleichsverfahren zudem vereinfacht** werden: Das **Risikopoolverfahren und die gesonderte Berücksichtigung der in DMPs eingeschriebenen Versicherten im RSA entfallen ab 2009**.

Ebenso entfällt die Notwendigkeit eines gesonderten Finanzkraftausgleichs im RSA, da sich dieser Ausgleich durch die Finanzierung **über den Fonds "automatisch"** ergibt. Mit Einführung des Gesundheitsfonds zahlen auch **alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz**. Damit gelten - wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung schon heute - einheitliche Beitragssätze auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Durch die einheitliche Finanzierung aller Krankenkassen über den Gesundheitsfonds gibt es künftig keine Differenzierung mehr in Zahler- und Empfängerstellen.

Zur Versorgung ihrer Versicherten erhält eine Krankenkasse für jeden von ihnen künftig aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale sowie Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen "standardmäßigen" Versorgungsbedarfs. Die zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilte Krankheitsbelastung ihrer Versicherten wird gezielt ausgeglichen. Dazu werden gemäß der Vorschriften des GKV-WSG für 50 bis **80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten Morbiditätszuschläge** ermittelt, bei denen die **durchschnittlichen Leistungsausgaben für diese Versicherten** die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um **mindestens 50 Prozent übersteigen**. Das nun vom wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt vorgelegte Gutachten enthält eine Empfehlung von 80 Krankheiten, die ab 2009 im RSA gesondert berücksichtigt werden sollen. Eine endgültige **Festlegung der berücksichtigten Krankheiten** hat das **Bundesversicherungsamt bis zum 1. Juli 2008** vorzunehmen.

Neben den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten werden den Krankenkassen künftig auch Mittel für die Deckung durchschnittlicher Verwaltungsausgaben und durchschnittlicher Ausgaben für Satzungs- und Ermessensleistungen zur Verfügung gestellt. Hierdurch wird die **unterschiedliche Finanzkraft der Kassen zu 100 Prozent** ausgeglichen. Durch diesen vollständigen Ausgleich der Finanzkraft haben Krankenkassen, deren Mitglieder über unterdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen verfügen, hieraus künftig keine **Nachteile mehr im Wettbewerb**. Dies ist **Ausdruck der GKV als Solidargemeinschaft aller Versicherten**.

Durch diese Weiterentwicklung des RSA über den Gesundheitsfonds werden auch die Nachteile, die **Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter bislang gehabt haben, künftig deutlich reduziert**. Die Weiterentwicklung sorgt für einen **fairen Wettbewerb** zwischen den Krankenkassen, der auf **eine Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung** zielt und nicht auf einen Wettbewerb um gesunde Versicherte.