

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich: notwendige Funktionsbedingung für sinnvollen Wettbewerb in der GKV

von Klaus Jacobs* und Sabine Schulze**

ABSTRACT

In einer Krankenversicherung mit solidarischer Finanzierung kann es ohne Risikostrukturausgleich keinen sinnvollen Kassenwettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung geben. Damit die Versorgung von Kranken auch tatsächlich im Mittelpunkt des wettbewerblichen Handelns von Krankenkassen steht, muss der RSA konsequent morbiditätsorientiert ausgestaltet sein. Aber nicht nur die Handlungsanreize müssen stimmen, sondern es muss auch genügend Handlungsparameter geben – insbesondere im Vertragsgeschäft auf dem Leistungsmarkt, der ebenfalls einer stärkeren Wettbewerbsöffnung bedarf. Vor diesem Hintergrund kann die Gesundheitsreform der Großen Koalition nur ambivalent beurteilt werden, weil sie zu viele Widersprüche in Bezug auf die selbst proklamierte Wettbewerbsstärkung aufweist. Die consequente Umsetzung des morbiditätsorientierten RSA wäre ein klares Zeichen für sinnvollen Kassenwettbewerb in der GKV.

Schlüsselworte: Gesetzliche Krankenversicherung, Krankenkassenwettbewerb, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung

In a health insurance system with solidarity-based financing, fruitful competition among health insurers requires a mechanism of risk compensation. To ensure that competitive activities of health insurance funds are aimed at improving health care provision, risk compensation has to be strictly morbidity-adjusted. But not only appropriate incentives must be set, sufficient parameters for action are needed as well, especially concerning contractual relations between health insurers and health care providers. Taking this into consideration, the recent health care reform of the Grand Coalition can be judged as only ambivalently successful because it contains too many contradictions with respect to its self-proclaimed goal of strengthening competition. The consequent implementation of a morbidity-adjusted risk adjustment scheme would be a clear signal towards fruitful competition in the system of Statutory Health Insurance.

Keywords: Statutory Health Insurance, competition of health insurance, morbidity-oriented risk adjustment scheme, quality and cost effectiveness of health care

■ 1 Der Anfang in Lahnstein

15 Jahre ist es mittlerweile her, dass schon einmal eine – seinerzeit informelle – Große Koalition eine große Gesundheitsreform schmiedete, die seither gemeinhin unter der Bezeichnung „Lahnstein“ firmiert. Der Gesundheitsminister hieß damals Horst Seehofer, Verhandlungsführer der SPD war Rudolf Dreßler. 1993 trat

das gemeinsam vereinbarte Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft – ein Gesetz mit einem eher neutral klingenden Namen, wie er heute vermutlich kaum noch Chancen hätte. Heute tragen Reformgesetze meist vollmundige programmatische Titel, nach denen sie mal die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) modernisieren oder die Solidarität beziehungsweise den Wettbewerb stärken (sollen). Genau diese Ziele hat aber auch schon

* Dr. rer. pol. Klaus Jacobs
Wissenschaftliches Institut der AOK, Kortrijker Straße 1,

53177 Bonn · Telefon: 0228 843-182 · Telefax: 0228 843-144
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bu.aok.de

** Sabine Schulze
Wissenschaftliches Institut der AOK, Kortrijker Straße 1,

53177 Bonn · Telefon: 0228 843-126 · Telefax: 0228 843-144
E-Mail: sabine.schulze@wido.bu.aok.de

das GSG vor 15 Jahren verfolgt und dabei – im Unterschied zu vielen Nachfolge-Reformen – einen wirklich substanziellen Beitrag zur Stärkung von Solidarität und Wettbewerb in der GKV geleistet.

Wahlfreiheit und Risikostrukturausgleich (RSA) lauteten damals die beiden zentralen Reformmaßnahmen: die Einführung der weithin unbeschränkten Kassenwahlfreiheit zur Stärkung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen und die Einführung des RSA zur Sicherung der GKV-weiten Solidarität und gleichzeitigen Funktionalisierung des Krankenkassenwettbewerbs im Hinblick auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsbasierten Gesundheitsversorgung.

■ 2 Der Risikostrukturausgleich im Wettbewerbskonzept der GKV

2.1 Klares Konzept, aber anhaltende Verständnisprobleme

Unter Gesundheitsökonomern ist weithin unstrittig, dass Wettbewerb als Steuerungsinstrument zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung allen noch so ausgefeilten plan- und kollektivwirtschaftlichen Steuerungsstrukturen grundsätzlich überlegen ist. Allerdings kann wettbewerbliche Steuerung nur dann funktionieren, wenn zwei zentrale Voraussetzungen erfüllt sind: Die Anreize bei allen Akteuren müssen stimmen, und es müssen hinreichende Handlungsoptionen zur Verfügung stehen. Die mit dem GSG erfolgte Wettbewerbsorientierung der GKV galt zunächst ausschließlich der Intensivierung und anreizkompatiblen Ordnung des Krankenkassenwettbewerbs auf dem Versicherungsmarkt (Beziehungen zwischen Versicherten und Krankenkassen, siehe Abbildung 1). Die Schaffung von wettbewerblichen Handlungsfreiräumen auf dem Leistungsmarkt (Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern) war dagegen von vornherein die „offene Flanke“ im Wettbewerbskonzept des GSG. Die Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern als zentrale Grundlage der Qualitäts- und Effizienzsteuerung der Gesundheitsversorgung („Sachleistungsprinzip“) blieben weithin unverändert den bestehenden plan- und kollektivwirtschaftlichen Regularien unterworfen (und sind es in großen Teilen bis heute geblieben).

Vielleicht erklärt sich vor diesem Hintergrund des unvollständig gebliebenen Wettbewerbskonzepts der GKV die aus gesundheitsökonomischer Sicht lange Zeit – im Prinzip bis heute – zum Teil geradezu verquere Diskussion über den RSA und seine Weiterentwicklung. So wird der RSA zumeist nicht etwa im Hinblick auf seine Funktionsfähigkeit als „Mittel zum Mittel zum Zweck“

beurteilt, nämlich als zentrales Ordnungselement eines funktionalen Krankenkassenwettbewerbs zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, sondern „für sich“ – etwa wenn über die Entwicklung des Transfervolumens insgesamt beziehungsweise aus interregionaler Sicht diskutiert wird, obwohl dieser Indikator keinen unmittelbaren Bezug zur wettbewerbssichernden und -ordnenden Funktion des RSA aufweisen.

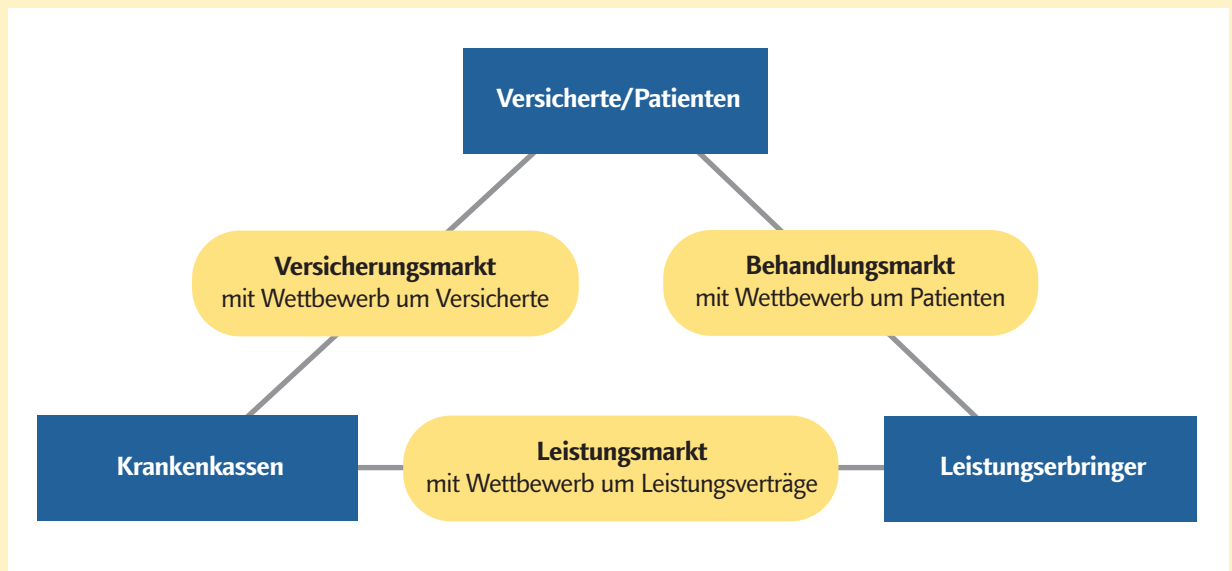
Ob das gesamte Transfervolumen des RSA 14 oder 16 Milliarden Euro beträgt, lässt keinerlei Rückschluss auf die Frage zu, ob der Ausgleichsmechanismus in der gewünschten Weise funktioniert oder nicht. Antworten auf diese Frage müssen woanders gesucht werden, etwa beim Verhalten der Kassen im Vertragsgeschäft. Dazu ein aktuelles Beispiel: Warum haben die Kassen kaum Gebrauch von der Möglichkeit zu Verträgen über hochspezialisierte ambulante Leistungen im Krankenhaus (§ 116b SGB V) gemacht, die ihnen der Gesetzgeber 2004 eingeräumt, aufgrund der kaum erfolgten Nutzung im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) aber schon drei Jahre später wieder genommen (und in eine „bewährte“ planwirtschaftliche Regelung transformiert) hat? Die Antwort auf diese Frage verweist auf die unzureichende Morbiditätsorientierung des RSA: Die Kassen mussten befürchten, bei entsprechenden Vertragsaktivitäten speziell für Versicherte mit besonders schweren oder selten auftretenden Krankheiten attraktiv zu werden (*Leber 2005*) und damit Gefahr zu laufen, ihre Beitragssatzposition im Wettbewerb zu verschlechtern. Und es gibt noch einen zweiten Grund: die fehlenden Möglichkeiten zur Bereinigung von Kollektivvergütungen mit der unvermeidlichen Folge von „Add-on-Finanzierungen“ (*Cassel et al. 2006*).

Ein zweiter Grund für die bis heute zum Teil verquere Debatte über den RSA liegt in der anhaltenden Vermischung unterschiedlicher Akteurebenen. Vereinfacht gesagt hat der RSA die Aufgabe, Solidarität und Wettbewerb miteinander zu verbinden: In einem Gesundheitssystem mit solidarischer Finanzierung (also ohne risikoäquivalente Beiträge) soll Wettbewerb um „günstige Risiken“ verhindert, Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung dagegen gefördert werden. Solidarität und Wettbewerb spielen sich jedoch auf unterschiedlichen Ebenen ab: Im Wettbewerb untereinander stehen Institutionen (hier: die Kassen), Solidarität miteinander üben dagegen die Versicherten und nicht etwa die Kassen oder Kassenarten.

Vor diesem Hintergrund sind insbesondere Darstellungen über „Gewinner“ oder „Verlierer“ des RSA auf der Kassen- oder Kassenartenebene (aktuell etwa *Hecken 2007*) vollständig funktionslos:

ABBILDUNG 1

Wettbewerbsbeziehungen im Akteursdreieck der GKV



Quelle: WIdO 2007

■ In Bezug auf die Solidarität erlauben sie keinen Rückschluss darauf, welchen Beitrag die einzelnen Versicherten zur solidarischen Finanzierung leisten beziehungsweise in welchem Umfang sie hiervon profitieren. Mitglieder einer vermeintlichen „Gewinnerkasse“ können in Bezug auf ihre individuellen Solidarbeiträge durchaus „Verlierer“ sein, wenn sie nämlich per Saldo mehr bezahlen als hinsichtlich aller relevanten Solidarkomponenten identisch ausgeprägte Mitglieder anderer Kassen (insbesondere vermeintlicher „Verliererkassen“).

■ In Bezug auf den Wettbewerb lassen die kassen(arten)bezogenen „Gewinner/Verlierer“-Statistiken die Frage unbeantwortet, inwieweit Beitragssatzdifferenzen nach RSA auf unberücksichtigt gebliebene Unterschiede in den kassenspezifischen „Solidarlasten“ zurückzuführen sind – und damit in wettbewerblicher Sicht als dysfunktional eingestuft werden müssten – oder ob sie als Ausdruck unterschiedlicher Kasseneffizienz wettbewerblich erwünschte Preissignale aussenden.

Hier nur am Rande: Die Vermischung unterschiedlicher Akteursebenen – und die eindeutige Dominanz der institutionellen Sichtweise – ist keineswegs auf den RSA begrenzt. Sie lässt sich zum Beispiel auch in der aktuellen Auseinandersetzung der Koalitionsparteien über die Reform der Pflegeversicherung beobachten, bei der von der SPD ein „Solidarbeitrag der privaten Kran-

kenversicherung“ beziehungsweise ein Finanzausgleich zwischen gesetzlichen und privaten Pflegekassen gefordert (und von der Union abgelehnt) wurde. Hier ging es nicht etwa – wie es von der Sache her richtig und überdies nicht unmittelbar mit eigentumsrechtlichen Fragen von Verfassungsrang verbunden wäre – um die Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung des Pflegefallrisikos, und zwar zunächst völlig unabhängig davon, wo und wie die Bürger im Einzelnen selbst gegen dieses Risiko abgesichert sind.

2.2 Bundesverfassungsgericht und private Krankenversicherung

Doch zurück zum RSA. Dass keineswegs nur Ökonomen in der Lage sind, Funktion und Funktionsweise des RSA im Rahmen des ordnungspolitischen Gesamtkonzepts einer wettbewerblich orientierten sozialen Krankenversicherung zu verstehen, hat vor zwei Jahren das Bundesverfassungsgericht bewiesen, das in seiner umfassenden Urteilsbegründung zur Verfassungskonformität des RSA (*BVerfG 2005*) mit einer ganzen Palette gängiger Fehleinschätzungen zum RSA aufgeräumt hat. So stellte das Gericht zum Beispiel kurz und prägnant fest: „Hohe Transfersummen im Risikostrukturausgleich sind kein Indikator für dessen Versagen, sondern für dessen Notwendigkeit“ (*BVerfG 2005, Rz. 237*). Und

auch mit der Auffassung, dass es nicht angehen könne, dass eine ausgleichsverpflichtete („Zahler“-)Kasse nach RSA gegebenenfalls einen höheren Beitragssatz erheben müsste als eine ausgleichsberechtigte („Empfänger“-)Kasse räumt das Gericht kurzerhand auf: Selbstverständlich könne dies angehen – und sei auch absolut sachgerecht –, wenn nämlich die Zahlungsverpflichtung der Kasse aus der überdurchschnittlich guten Risikostruktur ihrer Versicherten resultiere, sie gleichzeitig aber schlechtes Kostenmanagement betreibe, Satzungs- und Ermessensleistungen im größtmöglichen Umfang gewähre und ihre Verwaltungsausgaben nicht im Griff habe (*BVerfG 2005, Rz. 238*).

Somit überrascht es auch kaum, dass das Bundesverfassungsgericht ein fast unverhohlenes Plädoyer für die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA hält: „Die Merkmale Alter, Geschlecht und Rentenbezug sind zwar leicht feststellbar und dienen deshalb der Praktikabilität des Finanzausgleichs, sie sind aber unscharf in der Abbildung der Morbidität der Versicherten. (...) Im Risikostrukturausgleich zählt der gesunde 60-jährige Mann genau so viel wie der chronisch kranke 60-jährige Mann.“ (*BVerfG 2005, Rz. 187*)

Die Betonung des Bundesverfassungsgerichts, dass die im bisherigen RSA berücksichtigten Faktoren unzureichend sind, um das Ausgabenrisiko der Kassen hinreichend genau abzubilden und insoweit einerseits zu verzerrten Beitragssatzsignalen und andererseits zu falschen Handlungsanreizen bei den Krankenkassen führen, gilt keineswegs allein für die GKV. In der privaten Krankenversicherung (PKV) richten sich die Beiträge schließlich auch nicht allein nach Alter und Geschlecht, sondern es werden zusätzlich individuelle Risikozuschläge nach dem Gesundheitszustand der Versicherten kalkuliert. Weil dies den gesetzlichen Kassen aus guten Gründen verboten ist (Stichwort: Solidarprinzip), gilt es, die Kalkulation risikoäquivalenter Prämien so gut wie möglich zu simulieren. Genau dies ist die Aufgabe des RSA.

Im Übrigen besteht eine Analogie zwischen GKV und PKV künftig auch umgekehrt: Ab 2009 sind die Privatversicherungen zum Angebot eines Basistarifs verpflichtet, der eine Reihe von Solidarelementen aufweist, wie sie bislang nur die GKV kannte: Kontrahierungszwang, Verbot von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen, Höchstbeiträge. So umstritten die Einführung von Elementen der solidarischen Finanzierung innerhalb der PKV grundsätzlich war und ist (*Jacobs 2007a*), so unstrittig ist es, dass ein solcher Schritt im Interesse unverzerrter Wettbewerbsbedingungen innerhalb der PKV zwingend die Installation eines PKV-weiten Ausgleichsmechanismus erfordert, der folgerichtig durch das GKV-WSG in Form eines dauerhaften „Risikoausgleichs“ geschaffen wird. Dass dieser Aus-

gleich „morbiditätsorientiert“ erfolgt – indem nämlich „Mehraufwendungen, die im Basistarif aufgrund von Vorerkrankungen entstehen, (...) auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen (sind)“ (§ 12g Versicherungsaufsichtsgesetz i.d.F. des GKV-WSG) –, ist bislang nirgends auf Kritik gestoßen. Da gesundheitsökonomische Erkenntnisse gemeinhin nicht von der (privat- oder öffentlich-rechtlichen) Verfasstheit von Versicherern abhängen, muss es folglich andere Gründe dafür geben, dass die direkte Morbiditätsorientierung des Risiko(struktur)-ausgleichs zur Vereinbarung von Solidarität und Wettbewerb in der PKV als selbstverständlich akzeptiert wird, während sie in der GKV jahrelang als ideologischer Zankapfel erhalten musste.

■ 3 Fragwürdige Argumente gegen die Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs

Drei Argumente, die nicht gegen den RSA als solchen, wohl aber gegen seine direkte Morbiditätsorientierung ins Feld geführt werden, sollen im Folgenden näher betrachtet werden: der damit verbundene bürokratische Aufwand, das angeblich gleichgerichtete Interesse von Krankenkassen und Leistungserbringern an möglichst vielen möglichst krank eingestufteten Versicherten sowie die vermeintlich fehlende Notwendigkeit zur umfassenden Ausdifferenzierung des RSA, wenn die Kassen – insbesondere im Vertragsbereich – über ein hinreichendes Spektrum an wettbewerblichen Handlungsparametern verfügen.

3.1 Die Mär vom überbordenden Verwaltungsaufwand

Zunächst zum Bürokratie-Vorwurf, der vermutlich vor allem von denjenigen erhoben wird, die selbst über keine Erfahrung mit der Verarbeitung von Massendaten verfügen. Als der RSA 1994 eingeführt wurde, gab es in der Tat einige nicht geringe Probleme (*Schröder, Reschke 2006*). Der routinemäßige Umgang mit Massendatenbeständen in der GKV war zu diesem Zeitpunkt noch vergleichsweise jung, und einzelne Kassen hatten insbesondere im Bereich der mitversicherten Familienangehörigen zum Teil beträchtliche Informationsdefizite. Allein schon aus diesem Grund gab es seinerzeit kaum ernsthafte Alternativen zum damals installierten RSA, schon gar nicht solche, die eine direkte Morbiditätsorientierung erlaubt hätten. Allerdings mutet aus heutiger Sicht ein Blick in die erste Hälfte der neunziger Jahre fast schon wie eine Zeitreise in die informationelle und informationstechnologische Steinzeit an – so rasant hat sich die Entwicklung auf diesen Feldern seither vollzogen. Was die verfügbaren Informationsgrundlagen angeht, hat nicht zuletzt der Gesetz-

geber dazu beigetragen, seinerzeit noch bestehende Lücken Schritt für Schritt zu schließen. Die einschlägigen Vorschriften zum Datenträgeraustausch erlauben es heute, Modelle eines morbiditätsorientierten RSA durchzuführen, ohne dass hierfür irgendwelche zusätzlichen Daten erhoben werden müssten.

Aber auch bei den methodischen Verfahren der Versicherten- und Patientenklassifikation hat es seit den neunziger Jahren einen Quantensprung gegeben, auch wenn diese Entwicklungen – ähnlich wie beim leistungsorientierten Fallpauschalensystem im Krankenhaus (Diagnosis Related Groups – DRGs) – nicht in Deutschland erfolgt sind, sondern überwiegend in den USA. Dabei erscheint aus der Perspektive der Wissenschaft folgende Beobachtung bemerkenswert: Wenn es neue Behandlungsmethoden in der Medizin oder pharmakologische Neuentwicklungen gibt, kann es meist gar nicht schnell genug gehen, internationale Innovationen auf dem deutschen Markt einzuführen. In der Gesundheitsökonomie stößt der Innovationstransfer dagegen regelmäßig auf ungleich höhere Hürden, wie sich etwa auch bei der Anwendung von Verfahren des Health Technology Assessments zeigt. Bei der Debatte um die Weiterentwicklung des RSA ist zudem wiederholt deutlich geworden, wie ungenutzt sich Gesundheitspolitiker – von ihrer Ausbildung her nicht selten Ärzte, Ingenieure, Juristen oder Lehrer – selbst in anspruchsvollen ökonomischen und statistischen Methodenfragen Sachkompetenz anmaßen, die sie – zumindest was die Ingenieure, Juristen und Lehrer angeht – zum Beispiel in Bezug auf neue Operationstechniken kaum in vergleichbarer Weise für sich reklamieren dürften. Dass in Koalitionsrunden ernsthaft über die Zahl der im RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten sowie die Höhe kritischer Ausgabenschwellenwerte gefeilscht wurde, ist aus wissenschaftlicher Sicht jedenfalls kein Indiz für profunde Sachkompetenz.

In jedem Fall entbehrt der Vorwurf, dass es sich beim morbiditätsorientierten RSA um ein bürokratisches Ungetüm handle, jeglicher realen Grundlage, weil seine Durchführung auf der Grundlage routinemäßig erhobener Daten vergleichsweise unproblematisch ist und überdies dazu führt, dass der in der Tat verwaltungsaufwendige Risikopool für Hochkostenfälle entbehrlid wird.

3.2 Keine unausweichlichen Ausgabenzuwächse

Ein weiterer Vorwurf gegen die direkte Morbiditätsorientierung des RSA gründet sich auf die Behauptung, dass ein gleichgerichtetes Interesse von Krankenkassen und Leistungserbringern geschaffen werde, möglichst viele Versicherte als möglichst krank einzustufen, was der GKV insgesamt Ausgabenzuwächse und damit zugleich Beitragssatzsteigerungen beschere.

Diese Kritik verkennt die Logik der Beitragssatzgestaltung der Kassen unter RSA-Bedingungen. Für einen möglichst günstigen Beitragssatz ist es keineswegs entscheidend, so viel Geld wie möglich aus dem RSA zu erhalten, sondern einen möglichst günstigen Deckungsbeitrag zu realisieren – das ist die Differenz zwischen dem Beitragsbedarf (standardisierte Leistungsausgaben im RSA) und den tatsächlich erfolgten Leistungsausgaben. Bei leistungs- beziehungsweise morbiditätsorientierter Vergütung, wie sie künftig sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung erfolgt, müsste eine Kasse für einen (unnötig) „möglichst kranken“ Versicherten – sei es als Folge einer zu hohen Morbiditätseinstufung („Upcoding“) oder einer unnötig intensiven Behandlung („Gaming“) – zunächst auf jeden Fall höhere Leistungsausgaben entrichten. Ob sie dagegen – zumal bei einem prospektiv ausgestalteten RSA – mit einem zumindest gleichermaßen erhöhten Beitragsbedarf rechnen kann, ist weithin ungewiss und schon deshalb nicht seriös kalkulierbar, weil ihr Beitragsbedarf im RSA maßgeblich von der sowohl unbekanntem als auch unbeeinflussbaren Morbiditäts- und Ausgabenentwicklung aller anderen Kassen abhängt.

3.3 Notwendigkeit von Anreizkompatibilität und Handlungsfreiräumen

Mit den zunehmenden Möglichkeiten der Kassen, Selektivverträge mit Leistungserbringern zu schließen, verbindet sich ein weiteres Argument gegen eine „übertriebene“ Ausdifferenzierung des RSA, das Wille und Koautoren im Rahmen eines Gutachtens für die Techniker-Krankenkasse entwickelt haben (Wille et al. 2007). Vereinfacht gesagt lautet dieses Argument, dass die zurzeit beklagte Unvollständigkeit des RSA im Hinblick auf ihre Wettbewerbswirkungen an Relevanz verliere, sobald die Kassen über mehr Wettbewerbsparameter verfügen: „Krankenkassen mit einer etwas ungünstigeren Risiko- beziehungsweise Versichertenstruktur, aber überdurchschnittlichen Marktanteilen und starker regionaler Verdichtung (könnten) durch eine Zunahme ihrer Handlungsparameter unter Umständen mehr wettbewerbliche Vorteile als durch eine maximale Ausdifferenzierung des Risikostrukturausgleichs erlangen.“ Eine „maximale Ausdifferenzierung“ des RSA sei deshalb unnötig und lasse es überdies fraglich erscheinen, „ob eine Zunahme der Handlungsparameter im Leistungs- und Vertragsbereich und damit eine Intensivierung der Wettbewerbsintensität jemals zustande kommt“ (Wille et al. 2006, Seite 3).

Hinsichtlich der – auch von der Großen Koalition mit dem GKV-WSG – angestrebten Intensivierung des Kassenwettbewerbs ist zunächst darauf hinzuweisen, dass das Verhältnis der Krankenkassen untereinander auch schon vor dem GKV-WSG durch einen ausgeprägten (Beitragssatz-)Wettbewerb ge-

prägt war. Schließlich verfügt die große Mehrheit der GKV-Mitglieder seit Mitte der 90er Jahre über ein weithin unbeschränktes Kassenwahlrecht. Deshalb wird in Analysen des wettbewerblichen Status quo der GKV auch weniger die mangelnde Intensität des Kassenwettbewerbs kritisiert als vielmehr dessen unzureichende Ausrichtung auf Verbesserungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Die Ursachen hierfür werden zum einen in unzureichend entwickelten Handlungsanreizen aufgrund des bislang nicht direkt morbiditätsorientierten RSA (Jacobs et al. 2002) gesehen. Zum anderen stehen den Kassen nur ungenügende Wettbewerbsparameter für die Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern zur Verfügung, die das Kollektivvertragsgeschehen zumindest partiell substituieren können (Ebsen et al. 2003; Cassel et al. 2006). Beide eingangs in Abschnitt 2.1 genannten zentralen Funktionsbedingungen für wirksame Wettbewerbssteuerung in der GKV werden somit verletzt.

Stimmt es nun, dass diese beiden Wettbewerbshemmnisse insoweit in einem gewissermaßen substitutiven Verhältnis zueinander stehen, dass einzelne Kassen Wettbewerbsnachteile, die aus einer unzureichenden Morbiditätsorientierung des RSA resultieren, durch andere Vorteile kompensieren können? In Bezug auf die Wettbewerbsposition einer einzelnen Kasse ist diese Einschätzung grundsätzlich nicht von der Hand zu weisen. Einzelne Kassen mit vergleichsweise ungünstigen Risikostrukturen ihrer Versicherten, die im bestehenden RSA nicht umfassend ausgeglichen werden, können bei einem Ausbau der Wettbewerbsparameter durchaus ähnliche Beitragssatzwirkungen erzielen wie durch eine morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA – nämlich in Form höherer Deckungsbeiträge ihrer Versicherten. Dies ist aber nicht nur der Fall, wenn die erweiterten Wettbewerbsparameter für eine selektivvertragsbasierte Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden, sondern auch, wenn sie zur Selektion von Versicherten taugen, indem das Kassenangebot für „gute Risiken“ (heute vor allem: für gesunde Versicherte) attraktiver und für „schlechte Risiken“ (Kranke) unattraktiver wird. Beim bestehenden RSA bedeutet das höhere Deckungsbeiträge und einen günstigeren Beitragssatz.

Für das Gesamtsystem der GKV ist eine solche Selektionsstrategie allerdings in ein Nullsummenspiel eingebettet. Einzelne verlieren, andere gewinnen, gegebenenfalls auch mit wechselnden Vorzeichen, aber insgesamt wird keine Verbesserung der Versorgungseffizienz erreicht. Aufgrund der zur Risikoselektion aufgewendeten Ressourcen muss insgesamt sogar mit Effizienzverlusten gerechnet werden. Das Argument der möglichen Kompensation eines unzureichend morbiditätsorientierten RSA durch mögliche Vorteile beim Einsatz leistungsseitiger Wettbewerbsparameter springt also zu kurz – es blendet nämlich aus, dass sich

die erweiterten Wettbewerbsparameter auch zur vermehrten Risikoselektion einsetzen lassen. Das würde dann zwar der Wettbewerbsposition einzelner Kassen, nicht aber der Entwicklung des Gesamtsystems nutzen. Solange die Kassen ihre Deckungsbeiträge durch Risikoselektion leichter verbessern können als durch effizientere Vertrags- und Versorgungsstrukturen für Kranke, ist es unter den Bedingungen des bestehenden RSA rational, beim Einsatz neuer Wettbewerbsparameter vor allem auf Selektionseffekte zu setzen (wie sich in der Schweizer Krankenversicherung auch in der Praxis beobachten lässt; vgl. Beck 2006).

■ 4 Neue und alte Perspektiven nach dem GKV-WSG

Vom Grundsatz her lässt das GKV-WSG das bestehende Wettbewerbskonzept der GKV unverändert. Damit bleibt die Notwendigkeit eines GKV-weiten RSA in einer möglichst umfassend morbiditätsorientierten Ausgestaltung ebenfalls unverändert bestehen. Allerdings wirkt sich die künftige Neukonstruktion mit einem zentralen Gesundheitsfonds, an den alle GKV-Mitglieder unabhängig von ihrer jeweiligen Kassenzugehörigkeit einen einheitlichen Beitrag zahlen und aus dem die einzelnen Kassen Finanzmittel auf der Grundlage standardisierter Ausgaben erhalten, auch auf den RSA aus; zumindest was seine „Optik“ betrifft, wird es beim künftigen „externen“ Modell keine (vermeintlichen) „Gewinner“- und „Verlierer“-Kassen mehr geben (vgl. dazu auch den Beitrag von Jürgen Wasem ab Seite 15 in diesem Heft). Die Bedeutung optischer Veränderungen sollte dabei keineswegs unterschätzt werden – zumal wenn sie tatsächlich in der Lage sein sollten, den Ideologiegehalt der zum RSA geführten Auseinandersetzungen zu reduzieren. Allerdings sollte dieser Aspekt auch nicht überstrapaziert werden, denn zum einen unterstreicht er das hohe Maß an Sachfremdheit gesundheitspolitischer Entscheidungen und zum anderen wird er womöglich auch teuer erkaufte, nämlich durch die mit dem zentralen Gesundheitsfonds und dem per Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums festgelegten Einheitsbeitragssatz (sowie weiteren organisationsrechtlichen Maßnahmen wie etwa der Installation des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit weitreichenden Kompetenzen in wettbewerbsrelevanten Fragen) unübersehbare Tendenz zur Vereinheitlichung und Zentralisierung der GKV.

Neben der neuen „Optik“ des künftig externen RSA kommt es jedoch auch zu grundsätzlich begrüßenswerten Veränderungen in seiner Substanz, wobei diese zumindest von der Sache – offenbar jedoch nicht von der politischen Vermittelbarkeit – her grundsätzlich auch bei einem unverändert internen RSA möglich gewesen wären. Zum einen wird der Finanzkraftausgleich vervollständigt, wie es bereits in dem 2001 im Auftrag des Bundesgesundheits-

ministeriums erstellten RSA-Gutachten gefordert wurde (Jacobs et al. 2002). Dabei hat der seinerzeit unterbreitete Vorschlag der Gutachter zur Berechnung standardisierter Verwaltungsausgaben für den kassenspezifischen Beitragsbedarf unverändert Gültigkeit. Zum anderen erfolgt bei der Ermittlung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs eine explizite Berücksichtigung direkter Morbiditätsindikatoren, auch wenn hierfür mit einer vorgegebenen Zahl maximal berücksichtigungsfähiger Krankheiten und einem Ausgabenschwellenwert gesetzliche Vorgaben erfolgt sind (vgl. dazu den Beitrag von Dirk Göppfarth ab Seite 23 in diesem Heft), die sachlich völlig willkürlich – weil ohne jegliche empirisch-wissenschaftliche Fundierung – sind und schon deshalb zu gewisser Skepsis Anlass geben müssen.

Besondere Sorgen begründet zudem das untaugliche Konzept der kassenspezifischen Zusatzbeiträge (Jacobs 2007b), die immer dann erhoben werden müssen, wenn die aus dem RSA erhaltenen Mittelzuweisungen nicht ausreichen, die Ausgaben einer Kasse zu decken. Da dies entgegen der Rhetorik der Bundesregierung bei einer Reihe von Kassen schon von Anfang an unvermeidlich sein wird (und zwar nicht etwa, weil es sich um besonders unwirtschaftliche Kassen handeln würde) und erst recht zum Normalfall werden dürfte, wenn der Gesundheitsfonds – wie vorgesehen – nicht mehr 100 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben abdeckt, drohen die im Bereich der fondsfinanzierten Versorgung erfolgten Verbesserungen beim RSA an anderer Stelle wieder „eingesammelt“ zu werden. Dabei ist sogar gegenwärtig nicht auszuschließen, dass sich die Konstruktion des Zusatzbeitrags mit individueller 1-Prozent-Überforderungsklausel ohne jeglichen GKV-weiten Solidarausgleich (vgl. dazu auch den Beitrag von Jürgen Wasem ab Seite 15 in diesem Heft) im Ergebnis nachteiliger auf den Kassenwettbewerb auswirkt, als dies aufgrund der unzureichenden Ausgestaltung des RSA derzeit der Fall ist: Zum einen wird der Zusatzbeitrag hochgradig verzerrte Signale aussenden, die keineswegs Rückschlüsse auf unterschiedliche Wirtschaftlichkeitserfolge der Kassen erlauben. Zum anderen werden in der Konsequenz auch weiterhin massive Selektionsanreize bestehen, und zwar insbesondere zugunsten möglichst einkommensstarker Mitglieder ohne mitversicherte Familienangehörige, gegebenenfalls auch zulasten von Versicherten mit solchen Krankheiten, die nicht im künftigen RSA berücksichtigt werden.

Zwei Kritikpunkte aus der langjährigen Debatte über die Weiterentwicklung des RSA gelten auch nach Verabschiedung des GKG-WSG unverändert fort, die jeweils Ursachen von Wettbewerbsverzerrungen betreffen und weder im aktuellen noch im künftigen RSA „geheilt“ werden: die überproportionale Betroffenheit durch Härtefälle (zuzahlungsbefreite Versicherte) sowie durch ausgabenwirksame Regionalfaktoren (wie zum Bei-

spiel Krankenhausstrukturen oder Facharztdichte) außerhalb des unmittelbaren Einflussbereichs. Besonders betroffen sind natürlich Kassen, bei denen beide Faktoren gleichzeitig zutreffen. Dies ist aber nicht nur ein Problem der jeweiligen Kasse, sondern der Funktionsfähigkeit der GKV-Wettbewerbsordnung insgesamt und bedarf deshalb tragfähiger Lösungen. Vorschläge liegen seit langem auf dem Tisch. Das 2001 für das Bundesgesundheitsministerium erstellte RSA-Gutachten schlug zur Lösung der Härtefall-Problematik einen GKV-weiten „Erstattungspool für nicht managementfähige Ausgaben“ vor (Jacobs et al. 2002), der künftig integraler Bestandteil des zentralen Gesundheitsfonds werden könnte. Zur Lösung der Wettbewerbsprobleme aufgrund unterschiedlicher Betroffenheit durch spezifische Regionalfaktoren gilt es zum einen, das derzeit zwangsläufige Nebeneinander regional und überregional kalkulierter Beitragssätze aufzuheben. In der künftigen GKV-Welt mit Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen wäre es dazu sachgerecht, den Krankenkassen eine regionale Differenzierung ihrer Zusatzbeiträge zu erlauben. Zum anderen wäre die Durchführung einer zweiten Stufe des RSA auf regionaler Ebene sinnvoll (Wasem et al. 2007).

■ 5 Fazit

Wenn es mit der proklamierten GKV-Wettbewerbsstärkung ernst gemeint ist, führt an einem möglichst vollständigen morbiditätsorientierten RSA kein Weg vorbei. Bei einer Erweiterung wettbewerblicher Handlungsparameter gilt dies umso mehr, damit diese nicht als zusätzliche Instrumente zur unerwünschten Risikoselektion genutzt werden. Funktionsfähiger Wettbewerb erfordert sowohl richtige Anreize als auch ausreichende Handlungsparameter: Ohne morbiditätsorientierten RSA werden erweiterte Selektivvertragsoptionen der Kassen weitgehend verpuffen; ohne erweiterte Selektivvertragsoptionen erübrigt sich aber auch jede filigrane Weiterentwicklung des RSA, denn eine faktische Einheitsversicherung, deren Ausgabengeschehen überwiegend durch Politik und Zentralverband gesteuert wird, braucht letztlich keine anreizkompatible Wettbewerbsordnung. Wohin die Politik steuert, ist derzeit ungewiss – zu ambivalent sind die Einzelmaßnahmen des GKV-WSG. Mit einer konsequenten Umsetzung des morbiditätsorientierten RSA könnte ein wichtiges Zeichen „pro Wettbewerb“ gesetzt werden. ♦

Literatur

Beck K (2006): Schweizer Krankenkassen: Der Wettbewerb verfehlt sein Ziel. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 9, Heft 9, 30–33

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2005): Entscheidung zum Risikostrukturausgleich, 2 BvF 2/01 vom 18.7.2005; www.bverfg.de/entscheidungen/rs20050718_2bvf000201.html (letzter Zugriff am 20.07.2007)

Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (2006): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Vorschläge für kurzfristig wirksame Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, vorgelegt im Juli 2006; www.wido.de/gutachten2006.html (letzter Zugriff am 20.07.2007)

Ebsen I, Greß S, Jacobs K et al. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): *AOK im Dialog*, Band 13, Bonn, 145–307

Hecken J (2007): Überlegungen zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) und seiner Verknüpfung mit einer Finanzreform in der GKV. In: Ulrich V, Ried W (Hrsg.): *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen*. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden: Nomos, 265–278

Jacobs K (2007a): Die Gesundheitsreform und die PKV: von „fairem Wettbewerb“ keine Spur. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard, im Druck

Jacobs K (2007b): Alles bloß Etikettenschwindel? Der künftige Kassenwettbewerb nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. In: Ulrich V, Ried W (Hrsg.): *Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen*. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden: Nomos, 325–341

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, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 140, Baden-Baden: Nomos

Leber WD (2005): Refinanzierung ambulanter Klinikleistungen. *Krankenhaus Umschau*, Jg. 74, Heft 3, 232–234

Schröder WF, Reschke P (2006): Die empirischen Grundlagen zur Einführung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit*. Sankt Augustin: Asgard, 317–329

Wasem J, Greß S, Jacobs K (2007): Gesundheitsfonds und Regionaldebatte, I: Ordnungspolitischer Rahmen. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard, im Druck

Wille E, Ulrich V, Schneider U (2006): Zur Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes und des Risikostrukturausgleichs in einem wettbewerblichen Umfeld: Fazit und Ausblick. TK-Presskonferenz am 25.10.2006 in Berlin

www.tk-online.de → Presse-Center → Publikationen → Übersicht →

„Wettbewerb und Risikostrukturausgleich: Was können wir von anderen lernen?“ → „Fazit und Ausblick“ (letzter Zugriff am 3.07.2007)

Wille E, Ulrich V, Schneider U (Hrsg.) (2007): Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich. Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland. Baden-Baden: Nomos, im Druck

DIE AUTOREN

**Dr. rer. pol. Klaus Jacobs**

Jahrgang 1957, Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld. Promotion an der Freien Universität Berlin. 1981–1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin und am Wissen-

schaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). 1988–2002 Gesundheitsökonom am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).

**Sabine Schulze**

Jahrgang 1976, 1996–2002 Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie, Sozialpolitik und Arbeitsmarkttheorie. Seit August

2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).