

---

# **Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung**

## **Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit**

---

### **Endbericht**

von

Dr. Klaus Jacobs und Dipl.-Math. Peter Reschke  
(IGES - Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin)

Prof. Dr. Dieter Cassel  
(Gerhard-Mercator-Universität Duisburg)

Prof. Dr. Jürgen Wasem  
(Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald)

unter Mitarbeit von

Dipl.-Math. Florian Buchner MPH (Bayerischer Forschungsverbund  
Public Health – Öffentliche Gesundheit, München)

Dr. Stefan Dudey (IGES Berlin)

Dipl.-Volkswirt Johannes Janßen (Gerhard-Mercator-Universität  
Duisburg)

Dr. Andreas Ryll (IGES Berlin)

Susanne Steffen (IGES Berlin)

Philipp Storz M.A. (IGES Berlin)



## Inhalt

<b>0</b>	<b>Vorbemerkungen .....</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Zur Konzeption des Risikostrukturausgleichs.....</b>	<b>12</b>
2.1	RSA als Kernelement der solidarischen Wettbewerbs- ordnung .....	12
2.2	Funktionen und Funktionsprinzipien des RSA.....	15
2.2.1	Wettbewerbssichernde Funktionen des RSA.....	17
2.2.2	Solidaritätssichernde Funktionen des RSA.....	27
<b>3</b>	<b>Status quo-Diagnose von Kassenwettbewerb und RSA .....</b>	<b>30</b>
3.1	Kassenwettbewerb und die Ausgleichswirkungen des RSA .....	30
3.1.1	Beitragssätze "mit" und "ohne" Risikostrukturausgleich.....	31
3.1.2	Versichertenstrukturen, Kassenwahlrechte und RSA .....	34
3.2	Unterschiedliche Ausprägungen des Kassenwettbewerbs.....	41
3.2.1	Positive Wirkungen von Wahlfreiheit und RSA .....	42
3.2.2	Bestehende Defizite im Kassenwettbewerb .....	45
3.3	Handlungsbedarf "jenseits des RSA" .....	49
3.3.1	Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbs- ordnung.....	50
3.3.2	Modalitäten der Ausübung des Kassenwahlrechts.....	52
3.3.3	Kopfpauschalen in der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen .....	55
<b>4</b>	<b>Perspektiven der Weiterentwicklung des RSA .....</b>	<b>62</b>
4.1	Zur Funktionsweise des RSA .....	62
4.2	Zielgerichtete Weiterentwicklung des RSA .....	66
4.3	Direkte Morbiditätsorientierung bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs .....	69
4.3.1	Internationale Beispiele für Klassifikationsmodelle der direkten Morbiditätsorientierung.....	72
4.3.2	Beurteilungskriterien für ein RSA-Morbiditätsmodell .....	81
4.3.3	Schritte auf dem Weg zum morbiditätsorientierten RSA .....	92
4.4	Ergänzung der direkten Morbiditätskomponente durch einen Hochrisikopool.....	96
4.5	Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs .....	97

<b>5</b>	<b>Kurzfristig realisierbare Reformansätze zu einer besseren Berücksichtigung von Morbiditätsunter- schieden im RSA .....</b>	<b>99</b>
5.1	Modifizierte Berücksichtigung von BU/EU-Rentnern .....	100
5.2	Gesonderte Berücksichtigung von Härtefällen .....	103
5.3	Gesonderte Berücksichtigung von Kassenwechslern .....	107
5.4	Einrichtung eines GKV-weiten Risikopools .....	113
5.4.1	Konzeptionelle Überlegungen zum Risikopool .....	113
5.4.2	Konkrete Ausgestaltung des Risikopools.....	122
5.5	Gesamtsicht.....	130
<b>6</b>	<b>Weitere Reformdimensionen und -vorschläge.....</b>	<b>133</b>
6.1	Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs .....	133
6.1.1	Einbezug der Verwaltungskosten in die berücksichti- gungsfähigen Leistungen.....	134
6.1.2	Satzungs- und Ermessensleistungen und RSA.....	142
6.1.3	Beitragsatzeffekte von Mehr- und Minderausgaben gegenüber dem Beitragsbedarf.....	144
6.2	Berücksichtigung von Regionaldimensionen .....	147
6.2.1	Vorbemerkungen zum Thema "Regionalisierung in der GKV" .....	147
6.2.2	Berücksichtigung von Regionaldimensionen am Beispiel von "Hochversorgungsregionen" .....	150
6.2.3	Zur Einführung des gesamtdeutschen RSA .....	158
6.3	Modifizierte Berücksichtigung von Krankengeld im RSA .....	166
6.3.1	Abhängigkeit des Krankengelds von Grundlohn und anderen Parametern .....	166
6.3.2	Unterschiedlicher Beginn des Krankengeldanspruchs vor Ablauf von sechs Wochen .....	174
6.3.3	Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bei erhöhtem und ermäßigtem Beitragssatz .....	177
6.4	Einrichtung eines GKV-weiten Erstattungspools für nicht managementfähige Leistungsausgaben .....	179
<b>7</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>189</b>
	Verzeichnisse der Übersichten, Tabellen und Abbildungen .....	193

## 0 Vorbemerkungen

Anlässlich der Aufhebung der getrennten Rechtskreise in der gesetzlichen Krankenversicherung und der stufenweisen Einführung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs (RSA) hat der Deutsche Bundestag in einer EntschlieÙung vom 16.12.1999 die Bundesregierung aufgefordert, eine Untersuchung über die Wirkung des RSA in Auftrag zu geben und ihm bis zum 31.03.2001 über die Ergebnisse dieser Untersuchung zu berichten.

Am 31.05.2000 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin, in Kooperation mit Prof. Dr. Dieter Cassel (Gerhard-Mercator-Universität Duisburg) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald) mit der Durchführung dieser Untersuchung beauftragt.

Nachdem die Gutachter am 30. September 2000 einen Zwischenbericht über die bis dahin erzielten Untersuchungsergebnisse vorgelegt haben, schließen sie ihren Gutachtenauftrag mit dem vorliegenden Endbericht ab. Er enthält detaillierte Empfehlungen für eine durchgreifende RSA-Reform auf der Grundlage eingehender konzeptionell-qualitativer und empirisch-quantitativer Analysen. Die Gutachter möchten damit zu einer sachgerechten Diskussion über die Funktionsweise und -probleme des bestehenden RSA einerseits und seine Reformnotwendigkeit und -möglichkeiten andererseits beitragen. Dazu ist der Endbericht wie folgt gegliedert:

- Das erste Kapitel fasst die Untersuchungsergebnisse und Reformempfehlungen zusammen.
- Im zweiten Kapitel wird die Grundkonzeption des Risikostrukturausgleichs als Kernelement der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt.
- Das dritte Kapitel ist insbesondere der Analyse des derzeitigen Status quo von Kassenwettbewerb und Risikostrukturausgleich gewidmet und schließt mit Verweisen auf gesetzgeberischen Handlungsbedarf "jenseits des RSA".
- Im vierten Kapitel werden die Funktionsweise und Funktionsprobleme des bestehenden RSA analysiert sowie die aus Sicht der Gutachter zentralen Reformfordernisse für die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA vorgestellt.
- Im fünften Kapitel werden kurzfristig realisierbare Reformansätze zur Verbesserung der Abbildung von Morbiditätsunterschieden im derzeitigen RSA diskutiert und konkrete Handlungsempfehlungen gegeben.

- Schließlich werden im sechsten Kapitel weitere Reformvorschläge untersucht und unterbreitet, die sich auf andere Verbesserungsmöglichkeiten im gegenwärtigen RSA-Mechanismus beziehen.

Gegenüber dem Zwischenbericht haben die Gutachter im Endbericht – soweit es die Datenlage ermöglichte – ihre Status quo-Analyse und reformpolitischen Handlungsempfehlungen auf eine tragfähige empirische Basis gestellt. Als besonders schwierig und zeitraubend hat sich dabei die Einlösung des Anspruchs der Gutachter erwiesen, die Daten nicht wie bisher üblich nach Kassenarten, sondern in einer Weise zu aggregieren, die für Aussagen zu den einzelnen im Wettbewerb stehenden und im RSA erfassten Einzelkassen relevant ist. Dennoch ist es gelungen,

- erstmalig zwei bisher nur getrennt verfügbare Datenquellen – des Bundesversicherungsamtes (BVA) und des BMG – auf Einzelkassenebene zusammenzuführen sowie darüber hinaus
- anonymisierte Versichertendaten, RSA-Daten und Ausgabendaten für drei Leistungsbereiche von Einzelkassen aus verschiedenen Kassenarten zu beschaffen und zu einer repräsentativen Stichprobe aufzubereiten.

Wegen der anfangs zögerlichen und lückenhaften Datenlieferungen konnten die Datenbeschaffung und -zusammenführung erst gegen Ende letzten Jahres abgeschlossen werden, sodass der verbleibende Zeitraum für die Durchführung empirischer Analysen sehr kurz ausfiel.

Die Gutachter haben im Rahmen ihrer Untersuchung viele aufschlussreiche Gespräche mit zahlreichen Beteiligten geführt und umfangreiche Informationen von einer Reihe von Krankenkassen und Kassenverbänden erhalten. Besonders sachdienlich waren dabei der im Anschluss an die Vorlage des Zwischenberichts am 23. Oktober 2000 in Bonn veranstaltete Workshop mit RSA-Experten aus Kassenverbänden, BVA und BMG, die Aussprache mit dem AK I der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen am 31. Oktober 2000 in Siegburg und Beratungen mit der Fachebene von BMG und BVA. Die Gutachter sind allen zu Dank verpflichtet, die mit ihrer Informations- und Diskussionsbereitschaft die Entstehung dieses Endberichts unterstützt haben.

Die alleinige Verantwortung für den Inhalt dieses Endberichts tragen die Gutachter gemeinsam.

November 2001

Dr. Klaus Jacobs, Peter Reschke (IGES Berlin)

Prof. Dr. Dieter Cassel (Gerhard-Mercator-Universität Duisburg)

Prof. Dr. Jürgen Wasem (Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald)

## 1 Zusammenfassung

1. Das Bundesministerium für Gesundheit hat das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin, in Kooperation mit Prof. Dr. Dieter Cassel (Gerhard-Mercator-Universität Duisburg) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald) beauftragt, eine Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchzuführen.

Nachdem die Gutachter bereits am 30. September 2000 einen Zwischenbericht über erste konzeptionell-qualitative Untersuchungsergebnisse vorgelegt haben, schließen sie ihren Gutachterauftrag mit dem vorliegenden Endbericht ab. Er enthält detaillierte inhaltliche und zeitliche Empfehlungen für eine durchgreifende RSA-Reform auf der Grundlage vertiefter konzeptionell-qualitativer und zum Teil erstmalig durchgeführter empirisch-quantitativer Analysen. Die vorgeschlagenen Reformschritte erstrecken sich auf den Zeitraum von 2001 bis 2007 und bilden ein in sich geschlossenes Reformkonzept zur nachhaltigen Verbesserung der Funktionsweise des bestehenden RSA, das nach dezidiertem Auffassung der Gutachter umsetzbar und praktikabel ist.

2. Kassenwahl und Wettbewerb sind wesentliche Steuerungsinstrumente zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung und zur Stärkung der Patientenpräferenzen. Sie dienen somit der Erreichung zentraler gesundheitspolitischer Ziele. Damit sich ein dynamischer Wettbewerb in der GKV entfalten kann, ist es zum einen erforderlich, den Krankenkassen geeignete Wettbewerbsparameter in ausreichender Zahl an die Hand zu geben. Zum anderen benötigt der Wettbewerb einen funktional adäquaten Ordnungsrahmen. Darin spielt der RSA eine zentrale Rolle: Er hat insbesondere die Aufgabe, Risikoselektion zu vermeiden, Anreize bei den Kassen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung freizusetzen bzw. zu verstärken und zu Beitragssatzgerechtigkeit beizutragen.

Die Gutachter sind sich darin einig, dass die dauerhafte Durchführung des RSA ein unverzichtbares Kernelement einer "solidarischen Wettbewerbsordnung" darstellt: Bei Wahrung des Prinzips der solidarischen Finanzierung in der GKV ist ein dynamischer Kassenwettbewerb, durch den Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung ständig verbessert und Patientenpräferenzen gestärkt werden, ohne RSA nicht möglich.

3. Nach Einschätzung der Gutachter hat der RSA in seiner derzeitigen Ausgestaltung die an ihn gestellten Erwartungen tendenziell erfüllt. Die vereinzelt geäußerte Kritik, dass unwirtschaftliches Verhalten durch den RSA belohnt werde, ist angesichts der Verwendung standardisierter Leistungsausgaben unzutreffend. Die Kritik an der Höhe des Ausgleichsvolumens geht ebenfalls fehl: Das Ausgleichsvolumen leitet sich unmittelbar aus den unterschiedlichen Anteilen der Kassen an der Finanzierung der GKV-weiten Solidaraufgaben ab und ist somit kein geeigneter Indikator zur Beurteilung der Wirksamkeit des RSA.

Gleichwohl sind gewisse Defizite im bestehenden Kassenwettbewerb unübersehbar. Dies wird vor allem am Verhalten der Kassen deutlich: Zwar haben sie sich in kurzer Zeit zu kundenorientierten Dienstleistern entwickelt, die vor allem dem Ausgabencontrolling und -management einen hohen Stellenwert einräumen; doch sind ihre Aktivitäten zur gezielten Verbesserung der Gesundheitsversorgung, insbesondere auch von chronisch Kranken, nach wie vor unterentwickelt. Bei vielen Kassen besteht die Befürchtung, durch gezieltes Versorgungsmanagement teure Patienten anzulocken, die zu einem Beitragssatznachteil führen, weil sie im RSA nicht angemessen berücksichtigt werden. Weit lohnender erscheint dagegen, insbesondere wechsellustige gesunde Versicherte als Mitglieder zu gewinnen und schlechte Risiken fernzuhalten ("Risikoselektion"). Die hierzu vorliegenden empirischen Untersuchungsergebnisse bestätigen die Vermutung, dass der derzeit praktizierte RSA wettbewerbsrelevante Beitragssatzverzerrungen nicht verhindert und einzelne Kassen davon durchaus in ihrer Mitgliederentwicklung profitieren.

4. Die Beseitigung der erkannten Wettbewerbsdefizite erfordert ein ausgewogenes, längerfristig ausgerichtetes und verlässliches Gesamtkonzept, zu dem auch Maßnahmen "jenseits des RSA" gehören. Das finanzielle Ausgleichsinstrument RSA darf nicht überfrachtet werden, zumal eine Reihe von Wettbewerbsproblemen erkennbar auf Ursachen zurückzuführen ist, die unmittelbar nichts mit dem RSA zu tun haben. Dazu zählen u.a. bestimmte Sonderrechte einzelner Kassen bzw. Kassenarten, die zunehmende Einflussnahme der Arbeitgeber auf die Kassenwahlentscheidung ihrer Beschäftigten, unterschiedliche Regionalbezüge bei der Beitragssatzgestaltung, überholte Vergütungsformen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ("mitgliederbezogene Kopfpauschalen") u.a.m. Die Gutachter warnen vor übereilten, nicht ursachengerechten Eingriffen in den RSA, die Gefahr laufen, im Widerspruch zu einem längerfristig ausgerichtetem Gesamtkonzept zu stehen und neue Schief lagen zu verursachen.

5. Die Weiterentwicklung des RSA muss sich primär darauf richten, Anreize bei den Kassen zur aktiven Einflussnahme auf die Gesundheitsversor-



gung ihrer Versicherten zu stärken und Anreize zur Risikoselektion zu beseitigen: Nicht Erfolge im Mitgliederwettbewerb um gesunde Versicherte sollen sich im Kassenwettbewerb lohnen, sondern Erfolge im Bemühen um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung kranker, insbesondere auch chronisch kranker Versicherter.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist es vor allem erforderlich, den Beitragsbedarf, der jeder Kasse im RSA zugerechnet wird, auf der Grundlage direkter Morbiditätsindikatoren zu ermitteln, weil die heutigen Ausgleichsfaktoren (Alter und Geschlecht sowie BU/EU-Rente) Morbiditätsunterschiede nicht genau genug abbilden. Es geht also nicht um eine "Ausweitung" des RSA bzw. seiner Transferzahlungen, sondern um eine versicherungstechnisch gezieltere Berücksichtigung des Morbiditätsrisikos, ein Konzept, das fallbezogen für ungewöhnlich hohe Ausgaben um einen speziellen "Hochrisikopool" ergänzt werden sollte. Entsprechende Formen eines derartigen morbiditätsorientierten RSA 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.

6. Über die direkte Morbiditätsorientierung des RSA hinaus erscheint es geboten, Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zwischen den Kassen in ihren Beitragssatzwirkungen noch stärker zu neutralisieren, als dies im gegenwärtigen RSA geschieht. Hierzu schlagen die Gutachter vor, standardisierte Verwaltungskosten anreizkompatibel in den Finanzkraftausgleich einzubeziehen.

Schließlich sollte eine RSA-Reform auch dazu genutzt werden, ein weiteres Defizit im bestehenden Ausgleichssystem zu beheben. Bestimmte Beitragsatzverzerrungen könnten vermieden werden, wenn grundsätzlich nicht managementfähige (Fix-)Ausgaben der Kassen (z.B. Sterbegeld, Mutterchaftsgeld, Aufwendungen für Familienangehörige im Ausland sowie entgangene Patientenzuzahlungen bei Härtefällen) statt im RSA über standardisierte Leistungsausgaben direkt über einen GKV-weiten Erstattungspool finanziert würden. Diese Reformmaßnahme würde sich erübrigen, wenn diese Leistungen grundsätzlich nicht mehr von den Kassen getragen, sondern steuerfinanziert würden.

7. Während sich die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und der Erstattungspool für nicht managementfähige Ausgaben der Kassen kurzfristig realisieren lassen, bedarf der Übergang zum morbiditätsorientierten RSA einer mehrjährigen Vor- und Anlaufzeit. Um bereits während dieser Zeit die Beitragssatzverzerrungen abzubauen, die wegen der unzureichenden Abbildung unterschiedlicher Morbiditätsbelastungen der Kassen im jetzigen RSA

noch bestehen, und damit zugleich einer weiteren "Risikoentmischung" vorzubeugen, die ihrerseits zu neuen Beitragssatzverzerrungen führen würde, halten die Gutachter bis zur vollständigen Einführung eines morbiditätsorientierten RSA im Jahr 2007 eine kurzfristig wirksame Übergangslösung für erforderlich.

Hierzu schlagen sie vor, das nach ihrer Einschätzung längerfristig ohnehin erforderliche Instrument eines Hochrisikopools bereits kurzfristig einzuführen und während der Übergangsphase auf eine größere Zahl von Leistungsfällen auszudehnen, als dies bei einem direkt morbiditätsorientierten RSA erforderlich wäre. Dieser "Risikopool" wäre nach dem Vorbild des "Finanzausgleichs besonders aufwendiger Leistungsfälle" gemäß § 265 SGB V, allerdings obligatorisch für alle Kassen auf GKV-Ebene und finanziert über einen einheitlichen Hebesatz, zu bilden. Durch seine geeignete Ausgestaltung durch ein "Stop-loss-Modell" mit einem Eigenanteil der Kassen nach dem Muster von Rückversicherungen kann weitgehend verhindert werden, dass bei den Kassen Anreize zu unwirtschaftlichem Verhalten entstehen.

8. Andere Vorschläge aus der gegenwärtigen Diskussion, die in Analogie zur bisherigen Gruppe der BU/EU-Rentner eine gesonderte Berücksichtigung von Kassenwechslern (als Versichertengruppe mit einem nach bisheriger Erfahrung unterdurchschnittlichen Ausgabenrisiko) oder Härtefall-Versicherten (als Versichertengruppe mit einem vermeintlich systematisch überdurchschnittlichen Ausgabenrisiko) propagieren, erscheinen dagegen vor allem wegen der problematischen Anreizwirkungen und der fragwürdigen Praktikabilität nicht zielführend und werden deshalb von den Gutachtern skeptisch beurteilt.

9. Die einzelnen Reformmaßnahmen zur Weiterentwicklung des bestehenden RSA stehen sachlich und zeitlich in einem engen Zusammenhang (vgl. Übersicht 1), der zu beachten ist, wenn der Gesamterfolg der RSA-Reform nicht gefährdet werden soll. Ganz entscheidend ist aus der Sicht der Gutachter, dass der Gesetzgeber noch in diesem Jahr einen "Reformplan" verabschiedet, der die Rechtsgrundlagen für die weiteren Reformschritte schafft und insbesondere "grünes Licht" für die Vorarbeiten zum morbiditätsorientierten RSA gibt. Schon Anfang 2002 könnte der Finanzkraftausgleich 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 erführe zwar das GKV-System keine "robuste Ruhigstellung", wohl aber adäquatere Wettbewerbsbedingungen, unter denen alle Beteiligten gelassener und entschlossener an die Vorbereitung der Einführung des morbiditätsorientierten RSA gehen könnten.

## Übersicht 1:



Schon zu Beginn des Jahres 2006 könnte dann der RSA zur Hälfte auf den direkten Morbiditätsbezug umgestellt werden, wodurch zugleich eine Verringerung der Ausgleichswirkung des Risikopools ermöglicht würde. Die Reform wäre nach diesem "Fahrplan" abgeschlossen, wenn zum 1.1.2007 der dann gesamtdeutsche RSA vollständig auf der direkten Morbiditätsorientierung basiert, der Risikopool auf einen echten Hochrisikopool umgestellt ist und im übrigen die sonstigen in den Jahren 2002 und 2003 gemachten Reformschritte beibehalten werden.

10. Um einerseits die Wirkungen des morbiditätsorientierten RSA systematisch beobachten und seinen Ausgleichsmechanismus gegebenenfalls rechtzeitig korrigieren, andererseits aber auch das gesamte Wettbewerbsgeschehen in der GKV kritisch begleiten zu können, empfehlen die Gutachter schließlich auch die Errichtung einer politikberatenden "RSA-Kommission" zum 1.1.2007, die z.B. nach dem Muster der Monopolkommission als "Sachverständigenrat zur Begutachtung von RSA und GKV-Wettbewerb" gebildet werden könnte und dem Deutschen Bundestag alle zwei Jahre einen Bericht zur Wettbewerbsentwicklung in der GKV vorzulegen hätte.

## **2 Zur Konzeption des Risikostrukturausgleichs**

### **2.1 RSA als Kernelement der solidarischen Wettbewerbsordnung**

Das "gewachsene System" der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Bundesrepublik Deutschland war bis Anfang der 90er Jahre durch die Zuweisung der Mehrzahl der Pflichtversicherten zu einzelnen Kassen bzw. Kassenarten gekennzeichnet. Individuelle Kassenwahlrechte hatten im Wesentlichen nur Angestellte, und zwar auch nur zwischen ihrer zuständigen Primärkasse und den Angestellten-Ersatzkassen, die ihrerseits zum Teil bestimmte berufsbezogene Mitgliederkreisbeschränkungen aufwiesen. Wettbewerb zwischen den Kassen fand daher nur bedingt statt und war als Steuerungsinstrument praktisch bedeutungslos. Das GKV-System wurde in erster Linie administrativ und kollektivvertraglich durch Planung, Budgetierung, Festpreise, Honorarvereinbarungen usw. gesteuert. Unter solchen Bedingungen kann sich jedoch in keinem Wirtschaftssektor ein Leistungsgeschehen entfalten, das in hohem Maße Effizienz, Fortschritt und Gerechtigkeit für sich beanspruchen kann, sodass von gesundheitsökonomischer wie -politischer Seite immer häufiger "mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen" als Erfolg versprechendere Alternative zur administrativen und kollektivvertraglichen Steuerung gefordert wurden.

Getragen von einem breiten politischen Konsens ("Kompromiss von Lahnstein"), hat der Sozialgesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 begonnen, den dirigistischen Ordnungsrahmen des gewachsenen GKV-Systems in eine "solidarische Wettbewerbsordnung" zu transformieren. Ihr Ziel ist es, das als unabdingbar geltende Prinzip der solidarisch finanzierten gleichmäßigen Versorgung aller Versicherten im Krankheitsfall mit dem Prinzip markt- und wettbewerblicher Steuerung zu verbinden. Diese erste durchgreifende Strukturreform, die durch die nachfolgende Reformgesetzgebung in verschiedener Hinsicht fortgeführt wurde, brachte insbesondere

- die Gewährung des Rechts der freien Kassenwahl für den überwiegenden Teil der GKV-Versicherten, verbunden mit Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot auf Seiten der frei zugänglichen bzw. geöffneten Kassen;
- eine gewisse Vereinheitlichung der Rechtsgrundlagen für die Kassen, zusammen mit der Einführung einer wettbewerbsadäquaten Unternehmensverfassung; sowie

- einen zunächst nach den Rechtskreisen Ost und West getrennt vorgenommenen Risikostrukturausgleich (RSA), der permanent und kassen(arten)übergreifend angelegt ist und die Risikostrukturkomponenten beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder, Familienlast sowie Alter, Geschlecht und Invalidität der Versicherten einbezieht.

Durch die seit 1996/97 wirksame Freigabe der Kassenwahl für den Großteil der GKV-Mitglieder wurde der Wettbewerb zwischen den Kassen als bewusste Ergänzung zur administrativen und kollektivvertraglichen Steuerung etabliert, um eine bedarfsgerechtere, effektivere und effizientere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu erreichen. Um den Kassenwettbewerb vor allem auf diese zentralen gesundheitspolitischen Ziele auszurichten und zugleich dafür zu sorgen, dass alle Beitragszahler im gewünschten Umfang zur Finanzierung der Solidaraufgaben des GKV-Systems beitragen, wurde er mit einem RSA verbunden: im Jahr 1994 zunächst nur im Bereich der "Allgemeinen Krankenversicherung" (AKV), seit 1995 – unter Einschluss der Krankenversicherung der Rentner (KVdR), in der es bis dahin einen eigenen Finanzausgleich gegeben hatte – für die gesamte GKV. Seitdem kommt auch im Gesundheitswesen ein Stück "Sozialer Marktwirtschaft" zur Geltung, in der sich auf wettbewerblich geordneten Märkten die freie Initiative des Einzelnen entfalten und marktwirtschaftliche Leistungsfähigkeit mit sozialem Ausgleich verbinden sollen. Erwähnenswert ist freilich, dass die Einführung von Wettbewerb und RSA in die soziale Krankenversicherung kein "deutscher Sonderweg" ist, sondern im weltweiten Trend einer stärkeren Wettbewerbsorientierung der nationalen Systeme der Gesundheitsversorgung und ihrer solidarischen Finanzierung liegt.

Mit der Einführung des RSA hat der Sozialgesetzgeber anerkannt, dass es nicht ausreicht, einen vormals wettbewerblichen Ausnahmebereich wie das gewachsene GKV-System durch bloße Gewährung der Kassenwahlfreiheit in den Wettbewerb zu entlassen, wenn im Übrigen Rahmenbedingungen bestehen, die einem unverzerrten Leistungswettbewerb und seinen gesundheitspolitisch erwünschten Ergebnissen entgegenstehen. Solche Rahmenbedingungen resultieren insbesondere aus der Gestaltung der sozialen Krankenversicherung nach dem "Solidarprinzip", dem nach allgemeiner sozial- und gesundheitspolitischer Auffassung auch eine wettbewerbsorientierte GKV verpflichtet bleiben soll. So werden in der GKV nach wie vor

- Gesundheitsleistungen erbracht, die im jeweiligen Einzelfall medizinisch notwendig, ausreichend und wirtschaftlich sein müssen (Leistungsgewährung nach dem Bedarfsprinzip),
- einkommensproportionale Beiträge erhoben und nichterwerbstätige Familienangehörige beitragsfrei mitversichert (Einkommensumverteilung und Familienlastenausgleich);

- Beitragssätze nicht nach Alter und Geschlecht differenziert (Generationen- und Geschlechterausgleich); sowie
- risikoehebliche Vorerkrankungen, Behinderungen usw. grundsätzlich nicht mit Risikozuschlägen belegt.

Jeder GKV-Versicherte erhält im Krankheitsfall Leistungen, die den jeweiligen medizinischen Erfordernissen entsprechen, trägt aber zu den Aufwendungen nur gemäß seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bei, d.h., man bekommt nach dem Maße seiner gesundheitlichen Bedürfnisse und gibt nach dem Maße seiner wirtschaftlichen Leistungskraft.

Nach diesem Prinzip sollen somit innerhalb der Solidargemeinschaft GKV nicht nur Gesunde für Kranke aufkommen – wie das in jeder Krankenversicherung der Fall ist –, sondern auch

- Besserverdienende mit für Schlechterverdienende;
- Jüngere mit für Ältere;
- Ledige und Kinderlose mit für Familien mit Kindern; und
- Männer – wegen unterschiedlicher geschlechtsspezifischer Risiken und unterschiedlicher Lebenserwartung – mit für Frauen.

Wäre die GKV eine Einheitskasse, würde sich dieser Solidarausgleich innerhalb der bundesweiten Versichertengemeinschaft automatisch einstellen. Im derzeitigen GKV-System mit seinen rund 400 Einzelkassen zerfällt aber die GKV-weite Solidargemeinschaft in kassenspezifische Versichertengemeinschaften, die sehr unterschiedliche "Risikostrukturen" aufweisen und dadurch auch sehr unterschiedlich an der Wahrnehmung der GKV-weiten Solidaraufgaben beteiligt sein können: Kassen mit überwiegend einkommensschwachen und morbidem Versicherten müssten ihre hohen Gesundheitsausgaben auf relativ niedrige beitragspflichtige Einnahmen umlegen und folglich einen hohen Beitragssatz kalkulieren; dagegen könnten Kassen mit überwiegend jüngeren, ledigen und gesunden Besserverdienenden mit einem vergleichsweise niedrigen Beitragssatz auskommen.

Ohne einen kassenübergreifenden RSA geriete die solidarische Wettbewerbsordnung in zweifacher Hinsicht in Gefahr: Zum einen würden Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen nicht wie gewünscht deren unterschiedliche Leistungsfähigkeit z.B. im Qualitäts- und Kostenmanagement widerspiegeln, sondern im Wesentlichen ihre divergenten Risikostrukturen; dies würde den Kassenwettbewerb verzerren und auf die Selektion guter Risiken statt guter Leistungen lenken. Zum anderen würden sich Versichertengemeinschaften mit günstiger Risikostruktur dem gewünschten GKV-weiten Solidarausgleich entziehen, weil sie keine finanzielle Unter-

stützung an Kassen mit schlechter Risikostruktur zu leisten bräuchten; zudem könnten junge, gesunde und einkommensstarke Mitglieder den von ihnen erwarteten Solidarbeitrag durch einen Wechsel zu einer risikogünstigeren Kasse vermeiden.

Sollen – wie mit der solidarischen Wettbewerbsordnung beabsichtigt – sowohl Wettbewerb als auch Solidarität im GKV-System Bestand haben und die mit ihnen verfolgten sozial- und gesundheitspolitischen Ziele erreicht werden, bedarf es notwendigerweise eines auf Dauer angelegten Ausgleichs der Beitragssatzwirkungen der Unterschiede in den Einnahmen- und Morbiditätsstrukturen zwischen den miteinander konkurrierenden Kassen. Dem RSA kommt deshalb nach Auffassung der Gutachter die zentrale Aufgabe zu, Wettbewerb und Solidarausgleich gleichermaßen zu sichern; sie sehen in ihm ein unabdingbares Kernelement der solidarischen Wettbewerbsordnung.

## **2.2 Funktionen und Funktionsprinzipien des RSA**

Schon vor seiner Einführung waren Notwendigkeit, Wirkungsweise und Ausgestaltung des RSA unter Ökonomen, Politikern und Praktikern umstritten. Ausgehend von den erheblichen Strukturverwerfungen des gewachsenen GKV-Systems, erwartete man vom RSA einerseits, dass er die bestehenden Beitragssatzdifferenzen verringern, für mehr Beitragssatzgerechtigkeit sorgen und zur Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland beitragen würde; andererseits wurde von ihm gefordert, die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Kassen bzw. Kassenarten hinsichtlich ihrer Beitragssatzwirkungen möglichst vollständig zu neutralisieren, hierdurch Anreize zur Risikoselektion der Kassen zu beseitigen und insgesamt einen verzerrungsfreien und funktionalen, d.h. auf Qualität und Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens zielenden Kassenwettbewerb zu gewährleisten.

Insbesondere hinsichtlich seiner Wirkungen auf den künftigen Kassenwettbewerb wurden überwiegend seine wettbewerbssichernde und allokatonsverbessernde Funktion herausgestellt; gleichzeitig wurde der RSA vereinzelt aber auch für geradezu wettbewerbsschädlich gehalten und in ihm eine ungerechtfertigte Subvention und ein unerwünschter Bestandsschutz bestimmter Kassen bzw. Kassenarten gesehen. Dementsprechend reichte die Spannweite der Auffassungen zur Notwendigkeit eines RSA von der strikten Ablehnung über die Anerkennung einer zumindest temporären Existenzberechtigung zur Herstellung der Chancengleichheit beim Start des Kassenwettbewerbs bis hin zu seiner Befürwortung als unverzichtbarer

"versicherungstechnischer Kern" einer zugleich wettbewerbsorientierten wie sozial verpflichteten GKV.

Auch sechs Jahre nach Einführung des RSA wird weiter über dieses Ausgleichsinstrument gestritten, wenngleich sich die Schwerpunkte der Auseinandersetzung mehrfach verschoben haben und die grundsätzliche Notwendigkeit des RSA im Rahmen einer dem Solidarprinzip verpflichteten GKV – zumindest hinter geschlossenen Türen – kaum noch ernsthaft bestritten wird. Derzeit konzentriert sich die Diskussion vor allem auf die zweckmäßige Ausgestaltung des RSA insbesondere vor dem Hintergrund der inzwischen beobachtbaren Wanderungsbewegungen der Versicherten zwischen den Kassen und eines dadurch merklich intensivierten Kassenwettbewerbs. Als bedeutsam wird auch die beabsichtigte Einführung eines gesamtdeutschen RSA bis zum Jahr 2007 mitsamt der damit verbundenen finanziellen Folgen angesehen.

Bemerkenswert erscheint, dass sich bei der Auseinandersetzung um den RSA die "Fronten" ein Stück weit verschoben haben: Bislang hatten die "Zahlerkassen" mehrheitlich eine Absenkung des Ausgleichsniveaus gefordert – entweder pauschal oder indirekt als Folge einer Begrenzung der Ausgleichsparameter –, was weniger technisch formuliert nichts anderes als eine Einschränkung der GKV-weiten Solidarität bedeuten würde; dagegen hatten die "Empfängerkassen" meist einen weiteren Ausbau bzw. eine Ergänzung des derzeitigen RSA angemahnt. Mittlerweile bezieht sich ein Teil der Kritik am RSA nicht mehr auf Vorzeichen und Umfang der gesamten (Netto-)Transfers einer Kasse – also ob und in welchem Umfang eine Kasse insgesamt eine Transferzahlung leistet oder erhält –, sondern darauf, ob und inwieweit der jeder Kasse auf der Basis GKV-durchschnittlicher Ausgabenwerte zugerechnete "Beitragsbedarf" sachgerecht ermittelt wird. So wird insbesondere von Seiten der (sich selbst so bezeichnenden) "Versorgerkassen" kritisiert, dass einzelne Kassen mit besonders günstiger Risikostruktur (gemeint sind meist die so genannten "virtuellen Betriebskrankenkassen", die teilweise mehr als die Hälfte ihres Beitragsaufkommens in den RSA abführen) in Bezug auf den Beitragsbedarf eine "zu hohe Gutschrift" erhielten und dadurch in der Lage seien, konkurrenzlos niedrige Beitragssätze zu erheben.

Weil in der Diskussion um den RSA nach wie vor gravierende Missverständnisse in Bezug auf seine Rolle in der solidarischen Wettbewerbsordnung zum Ausdruck kommen, die eine sachgerechte Reformdiskussion erschweren, erscheint es den Gutachtern geboten, zunächst noch einmal explizit auf die wettbewerbs- und solidaritätssichernden Funktionen des RSA einzugehen und bestehende Missverständnisse auszuräumen.



## 2.2.1 Wettbewerbssichernde Funktionen des RSA

### Zur Konzeption des Kassenwettbewerbs

Wettbewerb ist weder in der GKV noch sonst wo ein Selbstzweck: Er soll vielmehr eine immer bessere Güterversorgung und Bedürfnisbefriedigung im Krankheitsfall gewährleisten, indem er Kassen und Leistungserbringer dazu zwingt,

- die im Rahmen der GKV vorgesehenen Gesundheitsleistungen nach Art und Qualität so bereit zu stellen, dass sie den Patientenwünschen entsprechen;
- die Produktionsfaktoren effizient einzusetzen und die Gesundheitsleistungen möglichst wirksam und kostengünstig zu erbringen;
- medizinische, technische und ökonomische Innovationen einzuführen und dadurch die Patienten qualitativ immer besser und preisgünstiger zu versorgen; sowie
- die eingesetzten Produktionsfaktoren leistungsgerecht zu entlohnen und sich flexibel an medizinische, medizintechnische, ökonomische und politische Datenänderungen anzupassen.

Ein so verstandener Leistungswettbewerb lässt keine unangreifbaren Marktpositionen, Angebotsstrukturen, Produktionsverfahren oder Besitzstände zu – was von den betroffenen Kassen, Ärzten, Krankenhäusern und Verbänden im konkreten Fall trotz grundsätzlich positiver Einstellung zum Wettbewerb mitunter vehement beklagt wird; er ist zugleich aber auch ein äußerst wirksames Entdeckungsverfahren, mit dem sich ineffiziente und unzureichende Versorgungsstrukturen vergleichsweise leichter aufspüren sowie neue Problemlösungen rascher finden und durchsetzen lassen. Dazu bedarf es hinreichender Handlungsfreiheiten im Gebrauch von Wettbewerbsparametern, verbunden mit vitaler Konkurrenzbereitschaft auf Seiten aller Beteiligten, woran es freilich in der GKV noch immer weitgehend mangelt.

Hinzu kommt, dass der Wettbewerb nur dann zu den gewünschten Ergebnissen führt und auf Dauer vor selbstzerstörerischen Monopolisierungstendenzen geschützt ist, wenn er unter institutionellen Bedingungen abläuft, die den Wettbewerbern gleiche Chancen gewähren und einzelne Mitkonkurrenten nicht diskriminieren. Diese Forderung wird getragen von der Grundüberzeugung der Gutachter, dass auch dynamische, auf Innovation und Fortschritt gerichtete Wettbewerbsprozesse nur dann funktionsfähig sein können, wenn sie auf der Ebene der Wettbewerbsregeln adäquat verfasst sind. Nach der hier vertretenen Wettbewerbskonzeption wird somit der

Kassenwettbewerb als dynamisch-evolutorischer Prozess verstanden, der freilich nach sachgerechten Regeln ablaufen sollte, die auf einer meta-ökonomischen – d.h. hier: gesundheitspolitischen – Ebene zu gestalten sind. Damit hebt sich diese Konzeption sowohl von den Vorstellungen des "Laissez-faire-Liberalismus" als auch vom "Modell der vollkommenen Konkurrenz" unverwechselbar ab.

Hiernach müssen somit die in der GKV gültigen Wettbewerbsregeln u.a. auch eine Preisbildung ermöglichen, bei der die Preise ein verlässliches Signal für Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsunterschiede zwischen den Anbietern sind. Ein derart "unverzerrter" Wettbewerb zwischen den Kassen der GKV setzt voraus, dass die GKV-Mitglieder die relative Leistungsfähigkeit der verschiedenen Kassen am Beitragssatz als "Preis" für die gebotenen Leistungen im Krankheitsfall erkennen können. Ohne RSA würde der Beitragssatz einer Kasse vor allem ihre "Risikostruktur" widerspiegeln, d.h. ihren spezifischen Beitrag an der Wahrnehmung der GKV-weiten Solidaraufgaben, nicht aber ihre Effizienz im Sinne eines kostengünstigen Organisations- und Leistungsmanagements. Eine zentrale Aufgabe des RSA ist es deshalb, die von unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassen ausgehenden Effekte auf die Höhe des Beitragssatzes zu neutralisieren und jeder Kasse quasi-risikoäquivalente Beitragseinnahmen zu belassen. Dazu müssen die auf die "Risikofaktoren" beitragspflichtige Einnahmen, Familienlast und Morbidität zurückgehenden Beitragssatzwirkungen zwischen den Kassen ausgeglichen werden, sodass die verbleibenden Beitragssatzunterschiede die Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsunterschiede zwischen den Kassen voll reflektieren können. Daher darf der RSA auch nicht – wie der frühere KVdR-Finanzausgleich – die tatsächlich entstandenen Leistungsausgaben ausgleichen, sondern muss auf der Grundlage standardisierter Ausgaben durchgeführt werden.

### **Missverständnisse zur Funktionsweise des RSA**

Insofern halten es die Gutachter für ein fundamentales Missverständnis, wenn von einem derart konstruierten RSA eine pauschale Angleichung der Beitragssätze erwartet wird. Richtig ist, dass sich Beitragssatzunterschiede bei Durchführung des RSA in dem Maße verringern müssen, wie sich zuvor die Unterschiede in den Risikostrukturen der einzelnen Kassen beitragsatzverzerrend ausgewirkt haben. So lange aber Kassen unterschiedlich effizient wirtschaften, wird dies unter RSA-Bedingungen zu Beitragssatzunterschieden führen, die im Interesse des Wettbewerbs und seiner Ergebnisse ja gerade erwünscht sind. Wer andererseits die Verringerung der Beitragssatzdifferenzen zwischen den Kassen nach Einführung des RSA als zu stark empfindet, um Mitglieder zum Kassenwechsel zu motivieren, und den RSA deshalb als wettbewerbshemmend ablehnt, unterliegt ebenfalls einem Miss-

verständnis. So lange die Kassen keine hinreichenden Wettbewerbsparameter zur qualitäts- und kostenwirksamen Gestaltung des Leistungsgeschehens haben, werden die effizienzbedingten Beitragssatzunterschiede zwangsläufig relativ gering bleiben. Dies ist aber nicht dem RSA, sondern den gesundheitspolitisch nach wie vor eng begrenzten Handlungsspielräumen der einzelnen Kassen zuzuschreiben.

Ein weiteres gravierendes Missverständnis des RSA ist dann im Spiel, wenn die Höhe des gesamten Transfervolumens oder der Transferzahlungen einzelner Kassen zum Maßstab für die Adäquanz bzw. Akzeptanz des RSA gemacht wird. Dies ist verfehlt, weil sich die Höhe der geleisteten und empfangenen Ausgleichszahlungen der Kassen unmittelbar aus der Risikostruktur ihrer jeweiligen Versichertenbestände in Bezug auf die Wahrnehmung der GKV-weiten Solidaraufgaben ableitet. Kassen mit weit überdurchschnittlich guter Risikostruktur müssen folglich viel zahlen, während Kassen mit relativ schlechter Risikostruktur entsprechend viel erhalten – wichtig ist allein, dass weder die Richtung noch das Ausmaß der rein solidarbedingten Ausgleichszahlungen die Beitragssatzposition einer Kasse bestimmen. Demnach hängt die Höhe des RSA-Transfervolumens bei gesetzlich vorgegebener Ausprägung des GKV-Solidarauftrags insgesamt vom Grad der Risikomischung bzw. -entmischung zwischen den Kassen ab: Es ist umso geringer, je ausgeglichener die Risikostrukturen sind, bzw. umso größer, je mehr sich die kassenspezifischen Risikostrukturen voneinander unterscheiden.

Dies lässt sich recht gut durch einen Vergleich des in den Rechtskreisen Ost und West noch getrennt vollzogenen GKV-Solidarausgleichs zeigen (vgl. Tabelle 1): So belief sich nach Schätzungen der Gutachter 1997 der in der GKV West insgesamt – d.h. innerhalb und zwischen den Kassen – erfolgte Solidarausgleich in Bezug auf die im RSA berücksichtigten Ausgleichskomponenten auf rund 80 Mrd. DM, wovon 63 Mrd. DM bzw. rund 79 Prozent als kasseninterner Ausgleich und nur 17 Mrd. DM bzw. rund 21 Prozent im Rahmen des RSA zwischen den Kassen geleistet wurde. In der stärker risikoentmischten GKV Ost erfolgten von den insgesamt rund 16 Mrd. DM Solidarausgleich 11 Mrd. DM bzw. rund 69 Prozent als kasseninterner Ausgleich und 5 Mrd. DM bzw. rund 31 Prozent innerhalb des RSA zwischen den Kassen. Hieran zeigen sich nicht nur die Konsequenzen unterschiedlich gemischter Risikostrukturen zwischen den Kassen für das RSA-Transfervolumen, sondern es wird auch die vielfach verkannte Tatsache deutlich, dass der überwiegende Teil des sozialpolitisch gewünschten Solidarausgleichs nach wie vor zwischen den Versicherten innerhalb der einzelnen Kassen und nicht etwa durch den RSA zwischen den Kassen geleistet wird.

Tabelle 1: Solidartransfers innerhalb der GKV 1997

	insgesamt	davon:			
		kassenintern		im RSA	
	Mrd. DM	Mrd. DM	%	Mrd. DM	%
GKV West	80	63	79	17	21
GKV Ost	16	11	69	5	31

Quelle: eigene Berechnungen auf der Grundlage von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) und des BVA

Das RSA-Transfervolumen resultiert aus dem Grad der Risikoentmischung zwischen den Kassen – die ihrerseits bei freier Kassenwahl vom Wechselverhalten der GKV-Mitglieder abhängt. Deshalb kann es auch nicht die Aufgabe des RSA sein, mit dem Ziel einer Senkung des Transfervolumens eine stärkere Risikomischung zwischen den Kassen herbeizuführen. Unter RSA-Bedingungen wäre es ohne Gefährdung der kassenspezifischen Wettbewerbsposition möglich – und unter dem Gesichtspunkt effizienter Versorgungsstrukturen u.U. sogar wünschenswert – wenn sich Versicherte mit hoher Morbidität oder spezifischen Krankheitsbildern in einzelnen Kassen konzentrierten: Warum sollte es z.B. im Rahmen eines funktionalen Kassenwettbewerbs nicht sinnvoll sein, wenn sich eine Kasse auf die spezifischen Versorgungsbedürfnisse älterer Versicherter mit einem vergleichsweise hohen Anteil an chronisch Kranken und Multimorbiden konzentriert und ein zielgerichtetes Versorgungsangebot für diesen Versichertenkreis zuschneidet? Selbstverständlich wäre dies ohne Wettbewerbsnachteil nur bei einem sachgerecht ausgestalteten RSA möglich und hätte zwangsläufig ein hohes Transfervolumen zur Folge – ein vernünftiges Beurteilungskriterium für die Zweckmäßigkeit des RSA ließe sich daraus aber nicht ableiten.

Pauschale Forderungen nach einem "Abbau" bzw. einer "Begrenzung" des Transfervolumens erscheinen deshalb sachlich nicht begründbar: weder im Hinblick auf die Wahrung des GKV-weiten Solidarprinzips noch im Interesse eines funktionalen Kassenwettbewerbs um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Wer sachgerecht für eine Rückführung des Transfervolumens im RSA plädieren wollte, müsste konsequenterweise auch eine Absenkung des kasseninternen Solidarausgleichs – und damit den Rückbau des GKV-Solidarauftrags insgesamt – fordern, z.B. durch die vollständige Herausnahme der Aufgabe der Einkommensumverteilung aus der GKV (wie z.B. in der Schweiz, wo fixe Kopfprämien anstelle einkommensproportionaler Krankenversicherungsbeiträge gezahlt werden und eine subjektbezogene Prämiensubvention einkommensschwacher Versicherter im Rahmen des Steuersystems erfolgt); derartige Reform-

überlegungen zu einer Neudefinition der Ausgestaltung des GKV-Solidarprinzips werden im Rahmen dieses Gutachtens jedoch nicht weiter verfolgt.

### **Vermeidung von Risikoselektion und Kassensterben**

Ohne Flankierung des Kassenwettbewerbs durch einen RSA würden die Kassen statt um "Mitglieder" um "gute Risiken" konkurrieren. Dies würde nicht nur die gesundheitspolitisch erwünschten Wettbewerbsergebnisse beeinträchtigen, sondern auch den Wettbewerb selbst durch Monopolisierungstendenzen gefährden. Auch wenn die GKV-Kassen im Gegensatz zu privaten Versicherern nicht nach dem Gewinnprinzip wirtschaften, sind sie wie diese bei freier Kassenwahl von der Abwanderung ihrer Versicherten, dem Verlust von Marktanteilen und – im äußersten Fall – auch mit dem Ausscheiden aus dem Markt bedroht. Die Konkurrenz der Kassen um Mitglieder mit dem davon ausgehenden Leistungsdruck ist somit der entscheidende Hebel zur Erzielung der gewünschten Wettbewerbsergebnisse. Ein Wettbewerb um gute Risiken – d.h. die so genannte "aktive Risikoselektion" – ist dagegen in mehrfacher Hinsicht fragwürdig:

- Es entspricht nicht dem sozialpolitischen Auftrag von *Krankenkassen*, sich primär um Gesunde und Besserverdienende zu bemühen;
- Risikoselektion ist zudem dysfunktional, weil sie den Druck von den Kassen nimmt, sich um verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu kümmern; und
- Risikoselektion ist in hohem Maße systemgefährdend, weil sie für Kassen mit schlechter Risikostruktur ruinös wirkt und dadurch auf Dauer die Existenz des Kassenwettbewerbs in Frage stellt.

Im Interesse der Bestands- und Ergebnissicherung des Kassenwettbewerbs kommt es somit darauf an, aktive Risikoselektion möglichst vollständig zu unterbinden – eine Aufgabe, die zu lösen nach Auffassung der Gutachter im Rahmen einer dem Solidarprinzip verpflichteten GKV nur durch einen RSA erwartet werden kann.

Warum der Wettbewerb um gute Risiken die solidarische Wettbewerbsordnung gefährdet, lässt sich mit einem Blick auf die zentrale Bedeutung der aktiven Risikoselektion für das Überleben der einzelnen Kasse am Markt ohne RSA erkennen. Wie auf anderen Märkten, so ist auch auf dem Krankenversicherungsmarkt der "Preis" – d.h. im Falle der GKV der Beitragsatz – ein zentraler Wettbewerbsparameter. Dies gilt unter den gegenwärtigen GKV-Bedingungen umso mehr, als die Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen im Leistungsbereich nach wie vor sehr begrenzt sind, sodass aus der

Sicht ihrer Mitglieder – von Service-, Satzungs- und Ermessensleistungen einmal abgesehen – das Leistungsangebot der Kassen weithin einheitlich erscheint. Ist der Kassenwettbewerb aber primär Preis- bzw. Beitragssatzwettbewerb, müssen die Kassen alles daran setzen, ihre Beitragssätze durch eine gute Risikostruktur ihres Versichertenbestandes konkurrenzfähig niedrig zu halten. Ohne RSA würde es daher für die Kassen zu einer Überlebensstrategie, gute Risiken – d.h. relativ gesunde Mitglieder mit höheren Einkommen und wenigen beitragsfreien Familienangehörigen – anzulocken ("positive Risikoselektion") und schlechte Risiken – wie Morbide, Geringverdienende und Kinderreiche – fern zu halten oder gar zum Wechsel in eine andere Kasse zu bewegen ("negative Risikoselektion"). Jedenfalls wären die Kassen gezwungen, sich gänzlich auf diese beiden Formen der "aktiven Risikoselektion" zu konzentrieren und vorhandene und potenzielle Kassenmitglieder danach zu beurteilen, ob ihre Beitragszahlungen die von ihnen veranlassten Gesundheitsausgaben über- oder unterdecken.

Begünstigt wird die Tendenz zur aktiven Risikoselektion der Kassen noch durch die "Selbstselektion der Mitglieder" bzw. die "passive Risikoselektion" beim Kassenwechsel. Sie zeigt sich darin, dass erfahrungsgemäß

- Besserverdienende auf Beitragssatzunterschiede eher reagieren als Mitglieder mit niedrigen Einkommen, weil sie aufgrund ihrer Ausbildung und Stellung im Beruf besser informiert sind und durch einen Kassenwechsel mehr einsparen können, als ihnen Transaktionskosten entstehen;
- ältere und relativ morbide Mitglieder von sich aus kaum auf Beitragssatzunterschiede mit einem Kassenwechsel reagieren, weil sie eher "an ihrer Kasse hängen" und das vermeintliche Risiko des Übertritts zu einem anderen Krankenversicherungsträger scheuen; und
- Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger angesichts der vollständigen Beitragszahlung durch die Bundesanstalt für Arbeit bzw. die Sozialhilfeträger keinerlei Einsparanreiz in Bezug auf einen Kassenwechsel haben, während bei Erwerbstätigen nicht zuletzt auch die Arbeitgeber aufgrund des von ihnen zu tragenden Beitragssatzanteils ein Interesse haben, Einsparmöglichkeiten bei den Arbeitskosten durch den Wechsel ihrer Beschäftigten zu einer "billigeren" Kasse zu nutzen.

Dies macht es den Kassen mit konkurrenzfähigen Beitragssätzen leicht, die Schicht der risikogünstigeren und zugleich mobileren Mitglieder anzusprechen und auf diese Weise die "Rosinen" aus den Beständen der Konkurrenz kassen herauszupicken.

Unter den Bedingungen aktiver und passiver Risikoselektion geraten jedoch Kassen, die über eine schlechte Risikostruktur verfügen und deshalb einen hohen Beitragssatz kalkulieren müssen, in einen ruinösen "Teufelskreis" – und zwar unabhängig davon, wie effizient sie im Übrigen wirtschaften: Sie verlören nach und nach ihre guten und behielten ihre schlechten Risiken, ohne eine reelle Chance zu haben, risikogünstige neue Mitglieder hinzuzugewinnen. Sie unterlägen damit einer unaufhaltsamen, weil beitragsatztreibenden Risikoentmischung, die sich noch dadurch beschleunigen würde, dass sich die guten Risiken zunehmend in den ohnehin beitragsatzgünstigen Kassen konzentrierten. Mit der Zeit würden aber auch die immobilen Mitglieder angesichts der hohen Beitragssätze abwandern, sodass die betroffenen Kassen schließlich aus dem Markt ausscheiden müssten. Wie Simulationen der Wettbewerbsergebnisse bei Kassenwahlfreiheit durch die Gutachter im Vorfeld des GSG gezeigt haben,<sup>1</sup> würde es ohne RSA unausweichlich zu einem Konzentrationsprozess kommen, der Kassenvielfalt und Kassenwettbewerb tendenziell beseitigen würde – und dies unabhängig davon, wie effizient und leistungsorientiert die Kassen im Übrigen sind. Zusammenfassend muss deshalb vor einem unflankierten Kassenwettbewerb gewarnt werden, weil er

- eine dysfunktionale und ressourcenverzehrende Verlagerung der Kassenaktivitäten auf die Risikoselektion erzwingt;
- eine gesamtwirtschaftlich sinnlose und solidaritätsgefährdende Mitgliederwanderung auslöst, bei der die Kassenwechsler nur risikostruktur-, aber keine effizienzbedingten Beitragssatzvorteile realisieren; sowie
- ein durch Risikoselektion und nicht durch Unwirtschaftlichkeiten bedingtes "Kassensterben" auslöst, das die Gefahr einer Monopolisierung und – auf dem Wege dahin – einer anhaltenden Instabilität der Marktstruktur bzw. Kassenlandschaft in der GKV mit sich bringt.

Sollen diese Konsequenzen vermieden werden, müssen die aktive Risikoselektion durch die Kassen unterbunden und die Beitragssatzeffekte jeder Form von Risikoselektion neutralisiert werden. Hierzu reichen entgegen bisweilen vertretener Ansicht Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot nach Einschätzung der Gutachter nicht aus: Diese können zwar verhindern, dass schlechten Risiken der Zutritt zu einer Kasse verwehrt wird; gegen die Eigeninitiative von guten Risiken, ihre bisherige Kasse zu verlassen, oder die Abwerbung von guten Risiken durch die Konkurrenz bieten sie dagegen keinerlei Handhabe. Vielmehr bedarf es einer institutionellen Regelung, die aus der Sicht der Kassen den Unterschied zwischen guten

---

<sup>1</sup> Vgl. Cassel (1992) und Jacobs/Reschke (1992).

und schlechten Risiken aufhebt und ihr Interesse gleichermaßen auf alle GKV-Mitglieder unabhängig von ihrem Einkommen, ihrer Familienlast oder ihrem Gesundheitszustand lenkt.

Genau diese Funktion kommt nach dezidiertem Auffassung der Gutachter dem RSA zu, wenn er darauf angelegt ist, für die verschiedenen Risikogruppen einer Kasse die Äquivalenz von erwarteten Einnahmen und Ausgaben herzustellen und damit "versicherte Person" und "versichertes Risiko" sauber voneinander zu trennen. Dass ein derartiger RSA wie eine "Bestandsgarantie" für unwirtschaftliche Kassen wirke, wie mitunter behauptet wird, ist allerdings unzutreffend: Vielmehr führt der RSA dazu, dass überhaupt Wirtschaftlichkeitsunterschiede in den Beitragssatzunterschieden der Kassen sichtbar werden. Richtig ist darum, dass nur unter den Bedingungen eines voll funktionsfähigen RSA in der GKV gewährleistet ist, dass die Wettbewerbsfähigkeit einer Kasse ausschließlich von ihrer Leistungsfähigkeit und nicht von ihrer Risikostruktur abhängig ist.

### **Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit**

Die mit dem Kassenwettbewerb verbundenen Erwartungen richten sich nicht nur auf die Wahl- und Wechselmöglichkeit der GKV-Mitglieder als Ausdruck ihrer Konsumentensouveränität, sondern mehr noch auf eine immer bessere Güterversorgung und Bedürfnisbefriedigung im Krankheitsfall. Hierzu ist – wie bereits erwähnt – der Kassenwettbewerb als unverzerrter Leistungswettbewerb zu etablieren und gesundheitspolitisch dafür zu sorgen, dass den Kassen hinreichende Handlungsspielräume zur Gestaltung des Leistungsgeschehens im Rahmen des in der GKV vorgegebenen Leistungsumfangs zur Verfügung stehen. Ohne derartige Wettbewerbsparameter könnten sich Kassen nicht mit spezifischen Leistungsangeboten gegenüber ihren Konkurrenten profilieren, und der durch die freie Kassenwahl intensivierte Kassenwettbewerb könnte seine ökonomischen Allokations-, Innovations- und Effizienzeffekte nicht entfalten. Statt ihre Aktivitäten auf die Entwicklung neuer, effektiverer und effizienterer Versorgungsformen zu lenken, müssten die Kassen verstärkt im "Service", im "Marketing" oder in ihrem "Randsortiment" (z.B. den Satzungs- und Ermessensleistungen) konkurrieren, sich gegebenenfalls zu immer größeren Kassen zusammenschließen und nicht zuletzt Lücken im RSA zur Risikoselektion ausnutzen. Das alles wäre kostentreibend und konzentrationsfördernd, aber sicherlich nicht effektivitäts- und effizienzverbessernd. Wenn der Kassenwettbewerb Sinn machen soll, darf er weder "Pseudowettbewerb" noch "Vernichtungswettbewerb" sein, sondern muss sich als "Leistungswettbewerb" auf Art, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung richten, den GKV-Versicherten echte Wahlmöglichkeiten bieten und die Kassen von ruinöser Konkurrenz abhalten.



Hinreichende Wettbewerbsparameter vorausgesetzt, trägt der RSA nach Auffassung der Gutachter in dem Maße zu einem in diesem Sinne "funktionalen" Wettbewerb bei, wie er verhindert, dass aktive und passive Risiko-selektion beitragsatzwirksam und der Beitragssatz zum verfälschten Preissignal werden können. Unter diesen Bedingungen werden positive Leistungsanreize in dreifacher Hinsicht gesetzt:

- Zum einen werden die Kassen motiviert, ihre Verwaltungsorganisation zu straffen, Verwaltungsvorgänge zu beschleunigen und ihr Serviceangebot strikt an den Bedürfnissen ihrer Versicherten zu orientieren (was im Einzelfall durchaus auch den Verzicht auf kostspielige Geschäftsstellen bedeuten kann). Jedenfalls wird dadurch das Kosten- und Leistungsbewusstsein der Kassen geschärft und der Beitragssatz insoweit konkurrenzfähig gehalten.
- Zum anderen werden die Kassen daran interessiert, dass die im Rahmen des GKV-Leistungskatalogs vorgesehenen Gesundheitsleistungen bei gegebener Versorgungsqualität möglichst kostengünstig erbracht werden. Sie müssen dazu Mittel und Wege finden, alle Akteure zu wirtschaftlichem Verhalten zu bewegen, kostengünstigere Versorgungsstrukturen aufzubauen oder ein aktives Fall- und Vertragsmanagement zu betreiben – kurzum: Einsparpotenziale aufzuspüren und beitragsatzwirksam zu erschließen.
- Gesundheitspolitisch ebenso wichtig ist schließlich, dass die Kassen im gegebenen Kosten- und Leistungsrahmen den Anreiz haben, die Versorgungsqualität ständig zu erhöhen. Dies zielt etwa auf die Förderung des medizin-technischen Fortschritts (wie z.B. aktuell die sinnvolle Nutzung der Gesundheitstelematik), die Mitorganisation qualitätsverbessernder Praxisnetze oder den Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen, insbesondere auch für Multimorbide und chronisch Kranke.

Der gerade auch für eine soziale Krankenversicherung attraktive Gedanke, dass Kassen, die im Wettbewerb stehen, ihre besonders morbiditen Versicherten nicht etwa "loszuwerden" versuchen, sondern im Gegenteil für sie ein besonderes Versorgungsangebot bereithalten und damit werben, hat eben nur unter der Bedingung eines sachgerechten RSA eine echte Realisierungschance. Denn nur dann kann es eine Kasse wagen, sich – wie gesundheitspolitisch gewünscht – auch für Versicherte mit hohem Morbiditätsrisiko attraktiv zu machen, weil die höheren Ausgaben für diese Versicherten-gruppe nicht beitragsatzwirksam werden und Kassen mit besonderen Programmen – z.B. für Diabetiker, Asthmatiker oder Schlaganfallpatienten – keine beitragsatzbedingten Wettbewerbsnachteile zu befürchten brauchen.

Entscheidend dabei ist jedoch nach Auffassung der Gutachter, dass der RSA neutral bleibt hinsichtlich bestimmter Organisationsformen der Leistungserbringung – wie z.B. Hausarztssysteme, vernetzte Praxen, integrierte Versorgung und andere Formen des "Managed Care" – oder spezieller Präventions- und Versorgungsprogramme – etwa für Raucher, Übergewichtige, Chroniker, Multimorbide usw. Dies deshalb, weil es dem Wettbewerb als Entdeckungsverfahren überlassen bleiben muss herauszufinden, welche Formen der Patientenführung und -versorgung nach dem jeweiligen Stand des medizinischen, technischen und organisatorischen Wissens jeweils am effektivsten und effizientesten sind und vor allem den Patientenpräferenzen am meisten entsprechen; denn nur so kann sich sein innovatorisches Potenzial entfalten und können sich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung ständig verbessern. Indem der RSA einen unverzerrten Kassenwettbewerb gewährleistet, schafft er – entsprechende Wettbewerbsparameter auf der Leistungsseite vorausgesetzt – Anreize für die Kassen, sich im Gesundheitsmanagement zu engagieren: Sie werden hinreichend motiviert, hierfür etwas zu tun, aber was sie konkret tun, wird nicht über den RSA gesteuert. Würden dagegen Kassen nur für Versicherte, die sich bei bestimmten Krankheiten an speziellen Versorgungsprogrammen beteiligen oder sich in bestimmte Versorgungssysteme einschreiben, einen erhöhten Beitragsbedarf im RSA zugerechnet bekommen, wäre die geforderte Anreizneutralität verletzt: Alle Beteiligten würden dadurch in Richtung auf bestimmte Formen des Gesundheitsmanagements gelenkt, ohne sicher sein zu können, dass derartige "Programme" und "Organisationsformen" wirklich medizinisch effektiver oder ökonomisch effizienter sind als die bisherige Gesundheitsversorgung oder gar alternative Versorgungsstrukturen, die sich im Wettbewerb bei anreizneutralem RSA herausbilden können.

Wer den zur Finanzierungsseite des Gesundheitswesens gehörenden RSA zur gezielten Steuerung auf der Leistungsseite einzusetzen beabsichtigt, muss sich konzeptionell vor allem den Fragen nach den langfristigen Wirkungen auf die Struktur des Leistungsgeschehens und nach dem Ausmaß der dem RSA aufzubürenden Steuerungsaufgabe stellen. Ist nämlich erst einmal der Anfang gemacht, den RSA zur gezielten Steuerung des Leistungsgeschehens einzusetzen, gibt es kein Halten mehr bei dem verständlichen Ansinnen, alle möglichen Präventions- und Versorgungsprogramme sowie ihre jeweiligen Organisationsformen durch einen erhöhten Beitragsbedarf im RSA zu "fördern". Die Gutachter plädieren deshalb dafür, den RSA im obigen Sinne anreizneutral zu gestalten und dringlich erscheinende Gesundheitsziele ggf. auf anderen Wegen "jenseits des RSA" zu erreichen.

### **2.2.2 Solidaritätssichernde Funktionen des RSA**

Die solidarische Wettbewerbsordnung soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht nur einen unverzerrten, funktionalen Leistungswettbewerb zwischen den Kassen gewährleisten, sondern auch sicherstellen, dass die aus dem Solidarprinzip folgenden Umverteilungslasten innerhalb der GKV gemeinsam von allen GKV-Mitgliedern getragen werden – und insofern "Beitragssatzgerechtigkeit" besteht. Wenn der Gesetzgeber in § 1 SGB V allgemein von der "Krankenversicherung als Solidargemeinschaft" spricht, bedeutet dies nichts anderes, als dass er die GKV insgesamt als Solidargemeinschaft sieht. Gliedert sich nun die GKV-Solidargemeinschaft im Gegensatz zu einer Einheitskasse mit einheitlichem Beitragssatz für alle ihre Mitglieder in zahlreiche Einzelkassen mit unterschiedlicher Versichertenstruktur und regionaler Verbreitung sowie – daraus folgend – unterschiedlichen Beitragssätzen, stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Solidarlasten dem Willen des Gesetzgebers entsprechend gleichmäßig auf alle GKV-Mitglieder verteilt sind, also Beitragssatzgerechtigkeit hergestellt ist.

#### **Gewährleistung von Beitragssatzgerechtigkeit**

Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen können im Wesentlichen auf vier Ursachenkomplexen beruhen:

- erstens auf einer nach beitragspflichtigen Einnahmen, beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und Morbidität ihrer Versicherten unterschiedlichen "Risikostruktur" der Kassen;
- zweitens auf Unterschieden im Leistungsniveau der Kassen sowie im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten;
- drittens auf einer unterschiedlichen Effizienz der Kassenorganisation und der kassenspezifischen Organisation des Leistungsgeschehens; sowie
- viertens auf Unterschieden zwischen den regionalen medizinischen Angebotsstrukturen und regionalen Erstreckungsbereichen der Kassen.

Dementsprechend ist zu klären, ob und inwieweit die darauf zurückführbaren Beitragssatzunterschiede gegen das Prinzip der Beitragssatzgerechtigkeit verstoßen oder – ganz im Gegenteil – geradezu Ausdruck von Beitragssatzgerechtigkeit sind. Dabei sollte klar sein, dass aus der Sicht der Gutachter Beitragssatzgerechtigkeit unter keinen Umständen mit Beitragssatzgleichheit gleichgesetzt werden darf.

Bei Kassenwahlfreiheit sind Beitragssatzunterschiede, die auf unterschiedlicher Leistungserbringung und Effizienz der Kassen (zweiter und dritter Ursachenkomplex) beruhen, nicht nur kein Problem, sondern hinsichtlich

eines intensiven Kassenwettbewerbs und der Herstellung von Beitragssatzgerechtigkeit geradezu erwünscht: Sie sind ein Reflex des differenzierten Gebrauchs der Wettbewerbsparameter durch die einzelnen Kassen und die damit verbundenen Wahlmöglichkeiten der Versicherten. Von ihnen gehen in funktionaler Sicht Anreize sowohl zu einem bedarfsgerechten Zuschnitt des Leistungsniveaus als auch zur Beeinflussung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie zur effizienteren Organisation der Kassenführung und des Leistungsgeschehens aus. So weit sich daraus Beitragssatzunterschiede ergeben, signalisieren diese unter RSA-Bedingungen unverzerrt die von den Kassen gebotenen Preis-Leistungs-Verhältnisse, zwischen denen sich die Mitglieder durch Kassenwahl frei entscheiden können. Der RSA trägt in diesem Falle entscheidend zur Beitragssatzgerechtigkeit bei, weil er es den GKV-Mitgliedern ermöglicht, die individuell gewünschte Äquivalenz von Beitragssatz und Leistung zu realisieren.

Dagegen verstoßen Beitragssatzunterschiede, die auf eine unterschiedliche Erfüllung der GKV-Solidaraufgaben durch die einzelnen Kassen zurückzuführen sind (erster Ursachenkomplex) eindeutig gegen das Gebot der Beitragssatzgerechtigkeit: Mitglieder von Kassen mit guter Risikostruktur sollten nicht durch niedrige Beitragssätze begünstigt werden und sich der Mitfinanzierung GKV-weiter Solidaraufgaben entziehen können. Hierauf stützte sich auch die massive Kritik am Zuweisungssystem der GKV vor der 1996/97 erfolgten Freigabe der Kassenwahl: Aus den mit der Zeit entstandenen Risikostrukturverwerfungen insbesondere zwischen den "Zuweisungs- bzw. RVO-Kassen" einerseits und den "Wahl- bzw. Ersatzkassen" andererseits resultierten seinerzeit erhebliche Beitragssatzunterschiede, die unter den Bedingungen eingeschränkter Kassenwahlmöglichkeiten sogar als verfassungswidrig eingeschätzt wurden. Bei Kassenwahlfreiheit ist diese Problematik schon dadurch entschärft, dass jedes wahlberechtigte Mitglied hohen Beitragssätzen prinzipiell durch den Wechsel in eine beitragsatzgünstigere Kasse entgehen kann. Dadurch erhält die Herstellung von Beitragssatzgerechtigkeit eine stärkere versichertenbezogene Dimension, die aber – ganz abgesehen von den bereits diskutierten wettbewerbsgefährdenden Effekten – unter den derzeitigen GKV-Bedingungen in verschiedener Hinsicht unzureichend erscheint:

- Zum einen kommen nur die GKV-Mitglieder außerhalb der "Sondersysteme" (wie Bundesknappschaft, Seekrankenkasse) in den Genuss der freien Kassenwahl; und
- zum anderen sind keineswegs alle Kassen außerhalb der Sondersysteme frei wählbar (wie etwa die weiterhin geschlossenen Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Regionalkassen außerhalb des Wohn- oder Beschäftigungsortes der Mitglieder).

Die Kassenwahlfreiheit allein könnte nur dann Beitragssatzgerechtigkeit gewährleisten, wenn sich die Risikostrukturen aller Kassen durch Kassenwechsel weitgehend angleichen würden. Da dies jedoch "von selbst" nicht zu erwarten und aus den bereits genannten Gründen auch nicht unbedingt erstrebenswert ist, muss nach Auffassung der Gutachter der RSA die Aufgabe übernehmen, die Beitragssätze kassen- und regionenübergreifend insofern zu nivellieren, wie sie auf unterschiedlichen Risikostrukturen beruhen, um dadurch Beitragssatzgerechtigkeit herzustellen.

### **Gewährleistung interregionaler Solidarität**

Schwieriger zu beurteilen ist schließlich die solidaritätssichernde Funktion des RSA bei Beitragssatzunterschieden, die auf regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und der Parallelität von regional und bundesweit kalkulierten Beitragssätzen beruhen (vierter Ursachenkomplex). So weit ein aufwendigeres medizinisches Versorgungsangebot – wie z.B. in Großstädten und Ballungsgebieten – zu vergleichsweise höheren Ausgaben führt, wäre es im Sinne der Äquivalenz von Preis und Leistung nur gerecht, denjenigen einen entsprechend höheren Beitragssatz abzuverlangen, die aus dieser Versorgungslage einen besonderen Nutzen ziehen. Andererseits könnten regional differenzierte Beitragssätze aber auch als Verstoß gegen das grundgesetzliche Postulat der "Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse" gewertet werden.

Schließlich wird die argumentative Gemengelage noch dadurch erschwert, dass überregionale Kassen einen kasseneinheitlichen (Misch-)Beitragssatz kalkulieren, der eine interregionale Quersubvention innerhalb dieser Kassen bewirkt, während sich der Beitragssatz der Regionalkassen ausschließlich nach ihrer Einnahmen- und Ausgabenposition in der Region bemisst, in der sie tätig bzw. wählbar sind. Dieses Prinzip wird allerdings durch die Möglichkeiten eines kassenarteninternen Finanzausgleichs nach § 265a SGB V ("Finanzielle Hilfe in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit") durchbrochen, sodass sich a priori kaum beurteilen lässt, inwieweit die Beitragssätze innerhalb von Kassenarten, die davon Gebrauch machen, überhaupt noch die regionalen Gegebenheiten reflektieren. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass sich insbesondere in Regionen mit weit über- bzw. unterdurchschnittlichem Ausgabenniveau in Bezug auf den Wettbewerb zwischen regionalen und überregionalen Kassen nicht nur wettbewerbsrelevante Beitragssatzverzerrungen, sondern auch Gefährdungen des bundesweiten GKV-Solidarausgleichs ergeben. Diese Aspekte werden hinsichtlich ihrer Bedeutung für Funktion und Ausgestaltung des RSA im vorliegenden Endbericht auftragsgemäß nur im Hinblick auf "Hochversorgungsregionen" und den "gesamtdeutschen RSA" thematisiert (vgl. Abschnitt 6.2).

### **3 Status quo-Diagnose von Kassenwettbewerb und RSA**

Der Deutsche Bundestag hat mit seiner EntschlieÙung vom 16.12.1999, auf die dieses Gutachten zurÙckgeht, festgestellt, dass der RSA die Voraussetzungen dafÙr schaffen soll, "dass die TrÙger der sozialen Krankenversicherung auf dem Boden des Solidarprinzips einen fairen Wettbewerb mit- und gegeneinander austragen, in dem Chancengleichheit herrscht". Zugleich hat das Parlament den Auftrag erteilt zu ùberprÙfen, "ob die vom Gesetzgeber gewÙnschten Ausgleichseffekte tatsÙchlich eingetreten sind". Eine quantitative Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Versichertenstrukturen, Kassenwahlrechten und Ausgleichswirkungen des RSA soll daher die Status quo-Analyse einleiten, an die sich eine qualitative und konzeptionelle Analyse zu den Wirkungen von Wahlfreiheit und RSA anschlieÙt. In diesem Zusammenhang erscheint es unerlÙsslich, auf den dringenden Handlungsbedarf in bestimmten Bereichen "jenseits des RSA" hinzuweisen, ohne dessen "politische EinlÙsung" nach Auffassung der Gutachter eine Weiterentwicklung von Kassenwettbewerb und RSA nicht zu zufriedenstellenden Ergebnissen fÙhren kann.

#### **3.1 Kassenwettbewerb und die Ausgleichswirkungen des RSA**

In diesem Abschnitt werden zentrale empirische Ergebnisse zu den quantitativen Auswirkungen von Kassenwettbewerb und RSA vorgestellt. Die Analyse fuÙt auf einer ZusammenfÙhrung der DatenbestÙnde des BMG und des den RSA durchfÙhrenden BVA fÙr die einzelnen Kassen, die in dieser Form bislang nicht vorgenommen wurde. Die bislang ùblichen Analysen auf der Ebene von KassenartenverbÙnden sind fÙr die Widerspiegelung der WettbewerbsrealitÙt weitgehend unbrauchbar, weil sich hinter Kassenarten-Durchschnitten vielfach sehr unterschiedliche "Einzelkassenschicksale" verbergen. AuÙerdem findet der Wettbewerb nicht zwischen VerbÙnden, sondern – unmittelbar erkennbar an der individuellen Kassenwahlentscheidung – zwischen einzelnen Kassen statt, in vielen FÙllen auch mit groÙer IntensitÙt zwischen Kassen, die demselben Verband angehÙren.

Im Folgenden wird zunÙchst ùber die Beitragssatzwirkungen des RSA berichtet, anschlieÙend ùber die VerÙnderung der Versichertenzahlen bei den Kassen sowie ùber die in diesem Zusammenhang ausgelÙsten VerÙnderungen der Risikostrukturen. SchlieÙlich wird die relative Ausgabenposition der Kassen nach unterschiedlichen Kassentypen analysiert.

### 3.1.1 Beitragssätze "mit" und "ohne" Risikostrukturausgleich

Der RSA soll die finanziellen Wirkungen der unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Kassen ausgleichen, sodass von ihnen keine verzerrenden Effekte auf die Beitragssätze ausgehen. Ohne RSA müsste jede Kasse ihren Beitragssatz entsprechend ihrer Risikostruktur kalkulieren. In Bezug auf die gegenwärtig im RSA berücksichtigten Ausgleichsmerkmale Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente hätten Kassen mit ungünstiger Risikostruktur höhere Beitragssätze zu kalkulieren als Kassen mit vergleichsweise günstiger Risikostruktur. Zugleich könnten Kassen mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Versicherten niedrigere Beitragssätze kalkulieren als Kassen mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen. Die Kassen wären damit insbesondere auch nicht in gleichem Umfang an der Finanzierung der GKV-weiten Solidaraufgaben beteiligt, wie dies durch den RSA erreicht werden soll.

Zur Beurteilung der Ausgleichswirkung des RSA ist daher eine Gegenüberstellung der rechnerischen Beitragssätze, die die Kassen "ohne RSA" kalkulieren müssten (die so genannten "Ur-Beitragssätze"), im Vergleich zur Kalkulation unter heutigen RSA-Bedingungen zweckmäßig. Die folgende Tabelle 2 stellt für das Jahr 1999 die rechnerischen Ur-Beitragssätze und die rechnerisch ausgabendeckenden Beitragssätze für unterschiedliche Kassentypen gegenüber. In der Spalte 1 ist jeweils notiert, ob die Finanzkraft je Versicherten niedrig, mittel oder hoch ist. Entsprechend ist in Spalte 2 beschrieben, ob der Beitragsbedarf je Versicherten der Kassen hoch, mittel oder gering ist – ein hoher Beitragsbedarf je Versicherten kommt insbesondere zustande, wenn die Kasse überdurchschnittlich viele alte Versicherte und einen überdurchschnittlichen Anteil von BU/EU-Rentnern versichert; entsprechend bedeutet ein niedriger Beitragsbedarf je Versicherten, dass Kassen dieses Typs eher junge Versicherte und vergleichsweise wenige BU/EU-Rentner haben. Insgesamt werden damit neun Kassentypen miteinander verglichen. Spalte 3 weist die Anzahl der Kassen aus, die zu einem bestimmten Typ gehören, und Spalte 4 nennt die jeweilige Zahl der Versicherten dieses Typs. Spalte 5 weist die "Ur-Beitragssätze" auf, die die Kassen eines bestimmten Typs ohne RSA im Durchschnitt hätten kalkulieren müssen. Spalte 6 zeigt die mittleren ausgabendeckenden Beitragssätze der Kassen für die Leistungsbereiche, die derzeit im RSA berücksichtigt werden, und Spalte 7 die durchschnittlichen Teil-Beitragssätze für Verwaltungsausgaben und Satzungsleistungen – also die Leistungsbereiche, die derzeit nicht im RSA berücksichtigt werden.

Tabelle 2: Rechnerisch ausgabendeckende Beitragssätze mit und ohne RSA nach Typen von Krankenkassen 1999

Typ	Finanzkraft in bpE je Vers.	Beitrags- bedarf je Vers.	Anzahl der Kassen	Anzahl der Ver- sicherten in Mio.	Mittlerer ausgabendeckender Beitragssatz		
					Ur-Bei- tragssatz	mit RSA- Leist.gen	RSA nicht im RSA
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Niedrig	niedrig	*	0,0	/	/	/
2	Niedrig	mittel	12	13,5	18,2 %	12,5 %	1,3 %
3	Niedrig	hoch	*	0,9	20,7 %	13,3 %	1,5 %
4	Mittel	niedrig	43	5,2	11,0 %	12,8 %	1,0 %
5	Mittel	mittel	170	35,1	13,9 %	12,7 %	1,1 %
6	Mittel	hoch	41	3,7	20,1 %	13,2 %	1,3 %
7	Hoch	niedrig	118	3,1	7,5 %	12,1 %	0,5 %
8	Hoch	mittel	110	8,4	9,4 %	12,3 %	0,7 %
9	Hoch	hoch	*	0,1	13,2 %	12,2 %	0,8 %
alle ausgewerteten Kassen			500	70,0	13,8 %	12,7 %	1,0 %

Quelle: IGES nach Daten von BMG und BVA sowie Stamm- und Veränderungsdaten der Kassen (BMG, BVA, BfA, Spitzenverbände)

Anm.: Abweichungen rundungsbedingt

- (1) bpE niedrig/hoch: 15 Prozent unter/über dem GKV-Durchschnitt der beitragspflichtigen Einnahmen von 25.690,71 DM je Vers.
- (2) Beitragsbedarf niedrig: unter 2.600 DM; hoch: über 3.800 DM je VJ
- (3) Fusionsstand 1.07.2000; Krankenkassen mit Ost- und Westkasse zählen als zwei Einheiten
- (5) allgemeiner Beitragssatz (ermäßigte und erhöhte Beitragssätze ignoriert); RSA: Rechtslage 01.01.2000, jedoch getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West (d.h. GKVFG ignoriert); ohne Finanzausgleiche nach §§ 265/265 a; ohne Berücksichtigung von Zinserträgen oder –zahlungen; Stichtagsregelung für KVdR-Beiträge ignoriert; ohne Aufbau von Betriebsmitteln bei neu errichteten Kassen
- (6) Teil-Beitragssatz für RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach dem Status quo des RSA
- (7) Teil-Beitragssatz für nicht RSA-berücksichtigungsfähige Ausgaben (Verwaltung, Kuren usw.) nach dem Status quo des RSA

\* weniger als fünf Kassen  
/ nicht ausgewiesen



Das Vergleichsszenario verdeutlicht, dass der RSA in erheblichem Umfang dazu beiträgt, die rein versichertenstrukturbedingten Unterschiede in den Beitragssätzen abzubauen, die sich ohne ihn einstellen würden: Bei Kassen, die eine niedrige Finanzkraft aufweisen, hätte der Beitragssatz 1999 durchschnittlich deutlich über 18 Prozent gelegen – davon wären immerhin mehr als 14 Mio. Versicherte betroffen gewesen. Nach RSA betrug der Beitragssatz dieser Kassen im Durchschnitt dagegen 13,9 Prozent. Bei Kassen mit einer mittleren Finanzkraft hängt der "Ur-Beitragssatz" in hohem Maße vom Beitragsbedarf ab: Ist dieser niedrig, hätte der mittlere Beitragssatz ohne RSA bei diesen Kassen bei 11 Prozent gelegen, ist er dagegen hoch, hätte der mittlere Beitragssatz über 20 Prozent betragen. Mit RSA liegt die Beitragssatzspanne bei diesen Kassen lediglich zwischen 13,8 und 14,5 Prozent. Bei Kassen mit einer hohen Finanzkraft und niedrigem oder mittlerem Beitragsbedarf führt der RSA dagegen zu einer spürbaren Anhebung der Beitragssätze: Während der Ur-Beitragssatz dieser Kassen 1999 im Durchschnitt 7,5 bzw. 9,4 Prozent betragen hätte – in zwei extremen Einzelfällen sogar weniger als 3 Prozent –, lag er nach RSA bei 12,6 bzw. 13,0 Prozent. Kaum Auswirkungen hat der RSA demgegenüber auf den Beitragssatz von Kassen mit hoher Finanzkraft und hohem Beitragsbedarf, bei denen sich diese Effekte tendenziell gegenseitig aufheben.

Die Verwaltungsausgaben und kassenspezifischen Satzungsleistungen werden gegenwärtig nicht im RSA berücksichtigt. Sie sind daher aus den beitragspflichtigen Einnahmen der einzelnen Kassen zu finanzieren, ohne dass dabei Finanzkraftunterschiede durch den RSA angeglichen würden. Kassen mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen können ihre Verwaltungsausgaben und Satzungsleistungen mit einem relativ niedrigeren Teil-Beitragssatz finanzieren als Kassen mit geringeren beitragspflichtigen Einnahmen. Spalte 7 der Tabelle bestätigt dies: Während die finanzkraftstarken Kassen im Mittel nur einen Teil-Beitragssatz von 0,5 bis 0,8 Beitragssatzpunkten zur Finanzierung ihrer Verwaltungsausgaben und Satzungsleistungen aufwenden mussten, waren es bei Kassen mit mittlerer Finanzkraft durchschnittlich 1,0 bis 1,3 Beitragssatzpunkte und bei Kassen mit niedriger Finanzkraft im Mittel 1,3 Beitragssatzpunkte. Hierbei zeigt sich zugleich, dass dieser Teil-Beitragssatz bei Kassen mit gleicher Finanzkraft umso höher liegt, je höher ihr Beitragsbedarf ist – dies dürfte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass für Versicherte mit hohem Beitragsbedarf, die tendenziell mehr Leistungen in Anspruch nehmen, ein höherer Verwaltungsbedarf entsteht; andererseits dürfte sich hierin auch widerspiegeln, dass Satzungsleistungen überproportional von älteren Versicherten in Anspruch genommen werden (zu den hieraus abzuleitenden Konsequenzen in Form entsprechender Reformvorschläge vgl. Abschnitt 6.1).

Es lässt sich festhalten, dass der RSA im Vergleich zu einer Situation ohne RSA bewirkt, dass die Versicherten unabhängig von ihrer jeweiligen Kassenzugehörigkeit in erheblichem Umfang an der Finanzierung der GKV-weiten Solidaraufgaben beteiligt werden. Auf der Kassenebene bedeutet dies, dass eine "günstige" Versichertenstruktur (gemessen an den Ausgleichsparametern des heutigen RSA) zu deutlich weniger günstigen Beitragssätzen als ohne RSA führt und dass eine Kasse mit einer "ungünstigen" Versichertenstruktur mit RSA deutlich niedrigere Beitragssätze kalkulieren kann, als dies ohne RSA der Fall wäre. Der RSA leistet daher insoweit einen zentralen Beitrag zu der vom Deutschen Bundestag in seiner Entschliebung Ende 1999 angemahnten Chancengleichheit zwischen den im Wettbewerb miteinander stehenden Kassen.

### **3.1.2 Versichertenstrukturen, Kassenwahlrechte und RSA**

Im Vorfeld und auch noch kurze Zeit nach der Einführung der neuen GKV-Wettbewerbsordnung wurde vielfach bezweifelt, dass das Kassenwahlrecht von den Mitgliedern überhaupt in einem Umfang ausgeübt würde, der einen intensiven Wettbewerb zwischen den Kassen initiiert. Die bisherige Entwicklung hat jedoch gezeigt, dass sehr wohl eine beachtliche Zahl von Versicherten von ihrem Kassenwahlrecht Gebrauch machen. Dabei ist es auch auf der Kassenebene zu nennenswerten Veränderungen der Versichertenzahlen und Marktanteile gekommen.

Tabelle 3 zeigt die Entwicklung der Versichertenzahlen anhand von sechs Kategorien von Kassen. Dazu werden für jede Kasse die Versichertenzahlen der Jahre 1999 und 1995 zueinander ins Verhältnis gesetzt. Dabei wird der Fusionsstand vom 1. Juli 2000 abgebildet, d.h., die Versicherten von Kassen, die zwischen 1995 und 2000 fusioniert haben, werden sowohl für das Jahr 1995 als auch für das Jahr 1999 der gleichen Kasse zugerechnet, nämlich derjenigen, die es im Juli 2000 gab. Nur so ist es möglich, fusionsbedingtes Wachstum einer Kasse und Wachstum durch "echte" Mitgliedererwinne infolge der Ausübung des Kassenwahlrechts zu trennen; Kassen, die ausschließlich durch Fusionen gewachsen sind, erscheinen in dieser Darstellung als stagnierende Kassen. Die Auswertung erfolgt hierbei für die beiden Rechtskreise West und Ost getrennt, d.h., Kassen, die sowohl im Rechtskreis West als auch im Rechtskreis Ost tätig waren, werden in dieser Tabelle zweimal mit ihrer jeweiligen Versichertenentwicklung berücksichtigt.

Tabelle 3: Krankenkassen nach der Wachstumsrate 1995 / 1999

Nr.	Wachstumsfaktor der Kassen		Anzahl Kassen	davon BKKn	Versichertenjahre 1999
	Von ... bis ...	im Mittel			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	> 20	72,1	8	100 %	421.820
2	> 10 und <= 20	13,8	9	100 %	127.035
3	> 5 und <= 10	8,3	13	100 %	283.801
4	> 2 und <= 5	3,3	34	91 %	764.652
5	> 1	1,1	284	86 %	19.767546
6	<= 1	0,9	111	75 %	48.355.804
Ausgewertete Kassen zusammen			459	85 %	69.720.658

Quelle: IGES nach Daten von BMG und BVA (Satzart 40) sowie Stamm- und Veränderungsdaten der Kassen (BMG, BVA, BfA, Spitzenverbände)

Anm.: Abweichungen rundungsbedingt  
 (1/2) Wachstumsfaktor: Versichertenanzahl 1999 relativ zu 1995  
 (3/4/5) Fusionsstand 01.07.2000; Krankenkassen mit Ost- und West-Rechtskreis zählen als zwei Kassen.  
 (3/4/5) Kassen, die 1995 oder 1999 inaktiv waren, sind für diese Tabelle nicht auswertbar.

In der ersten Zeile von Tabelle 3 sind diejenigen Kassen ausgewiesen, deren Versichertenbestand durch Ausübung des Kassenwahlrechts von 1995 bis 1999 um mehr als das 20fache gewachsen ist – im Durchschnitt sind diese Kassen (wie Spalte 2 zeigt) sogar um mehr als das 72fache gewachsen. Bei diesem extrem dynamischen Wachstum darf allerdings nicht außer Betracht bleiben, dass insgesamt 1999 nur rund 420.000 Versichertenjahre auf diese Kassen entfielen, also ein Anteil von rund 0,6 Prozent aller Versicherten der für diese Tabelle auswertbaren Kassen – allerdings sind diese Kassen vermutlich auch seit 1999 weiter rasch gewachsen, sodass ihr gegenwärtiger Marktanteil bereits deutlich größer sein dürfte. Alle diese acht Kassen sind Betriebskrankenkassen.

Auch die 9 Kassen, deren Versichertenbestand durch Ausübung des Kassenwahlrechts zwischen 1995 und 1999 um das 10- bis 20fache gewachsen ist, sowie die 13 Kassen, deren Versichertenbestand um das 5- bis 10fache gewachsen ist, sind ausschließlich Betriebskrankenkassen. Zusammen ent-

fielen 1999 auf diese 22 Kassen ebenfalls knapp 0,6 Prozent aller betrachteten Versicherten, wobei teilweise auch bei ihnen für die Zeit nach 1999 von einem spürbaren weiteren Wachstum auszugehen sein dürfte.

Zu den 34 Kassen, deren Versichertenbestand sich zwischen 1995 und 1999 mehr als verdoppelt hat, aber um weniger als das 5fache gewachsen ist, zählen neben 31 Betriebskrankenkassen auch 3 Kassen anderer Kassenarten. Auf diese 34 Kassen entfielen 1999 insgesamt rund 1,1 Prozent aller Versicherten. Weiterhin konnten im gleichen Zeitraum 284 Kassen zwar absolut wachsen, jedoch ihren Versichertenbestand nicht verdoppeln. Auf diese Kassen entfielen insgesamt rund 28,3 Prozent aller Versicherten der für diese Tabelle auswertbaren Kassen.

Schließlich war 1999 die große Mehrheit der Versicherten (nämlich 69,4 Prozent der Versicherten) bei den 111 Kassen versichert, die zwischen 1995 und 1999 Versicherte verloren haben.

Für die Beurteilung der Entwicklung seit Einführung des Kassenwahlrechts ist die hiermit einhergehende Veränderung der Risikostrukturen bei den einzelnen Kassen von besonderer Bedeutung. In der gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Debatte vor Einführung des RSA war teilweise die Vermutung geäußert worden, die Versichertenbestände der Kassen würden sich bei freier Kassenwahl so mischen, dass die in der Ausgangssituation bestehenden Risikostrukturunterschiede abgebaut würden. Damit wurde teilweise auch die Forderung begründet, auf einen RSA zu verzichten oder ihn nach einer "Startphase" des Wettbewerbs zurückzuführen oder ganz abzuschaffen. Eine Angleichung der Risikostrukturen würde bedeuten, dass Kassen mit zunächst "ungünstigen" Risikostrukturen diese im Zuge der Ausübung der Kassenwahlrechte verbessern könnten, Kassen mit zunächst "günstigen" Risikostrukturen sich dagegen verschlechtern würden.

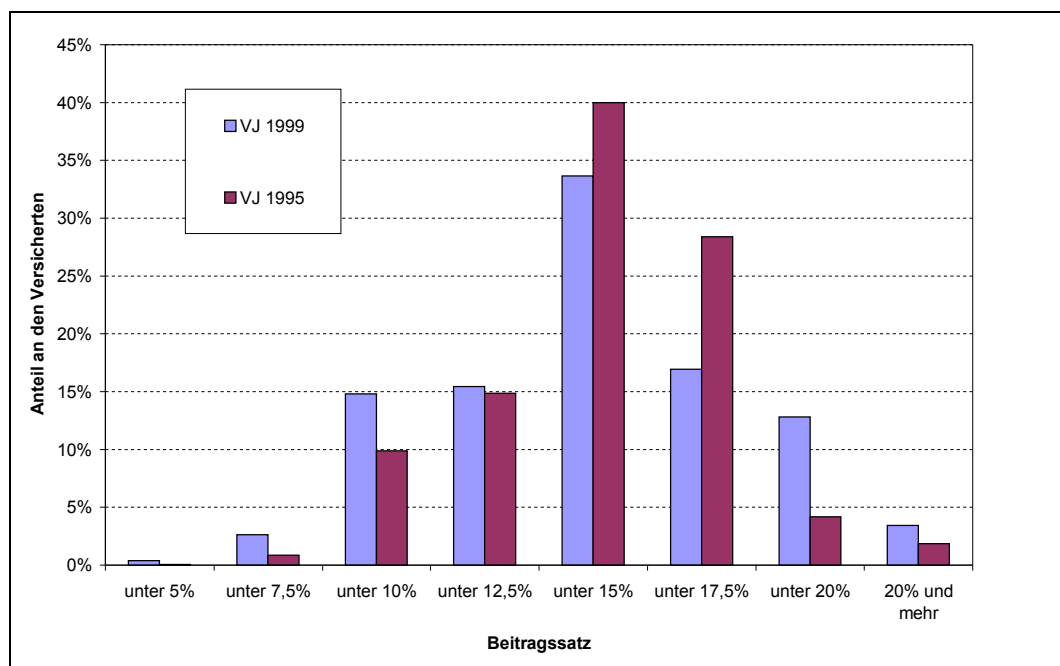
Bei einer solchen Angleichung müsste das Transfervolumen zwischen den Kassen im RSA – um Effekte wie die allgemeine Entwicklung der GKV-Einnahmen und -Ausgaben bereinigt – im Zeitablauf spürbar abnehmen. Im "Extremfall" einer völligen Durchmischung aller Versichertenbestände würde das RSA-Transfervolumen auf Null absinken. Bisher war jedoch, nach Bereinigung um die allgemeine Entwicklung der GKV-Einnahmen und -Ausgaben, kein Rückgang, sondern eine Ausweitung des Transfervolumens festzustellen. Dies deutet an, dass sich die Risikostrukturen nicht angenähert, sondern eher auseinander entwickelt haben.

Ob im Zuge der wettbewerblichen Entwicklung in der jüngsten Zeit eine weitere Entmischung der Risikostrukturen stattgefunden hat oder aber ob sich die Versichertenstrukturen angeglichen haben, lässt sich auch anhand

der Entwicklung der Streuung der "Ur-Beitragssätze" ablesen, also der Beitragssätze "ohne RSA". Bei einer Angleichung der Risikostrukturen müsste die Spreizung der Ur-Beitragssätze geringer geworden sein, bei einer weiteren Entmischung müsste sie zugenommen haben.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Versicherten auf die Ur-Beitragssätze ihrer Kassen 1999 im Vergleich zu 1995. Die Abbildung macht deutlich, dass eine beachtliche Entmischung der Versichertenbestände im Untersuchungszeitraum stattgefunden hat: 1995 waren insgesamt 68,4 Prozent der Versicherten bei Kassen mit Ur-Beitragssätzen zwischen 12,5 und 17,5 Prozent – also in einem mittleren Bereich – versichert; dieser Anteil ist bis 1999 deutlich auf nunmehr nur noch 50,3 Prozent gesunken. Die Verringerung dieses Anteils ist teilweise darauf zurückzuführen, dass Versicherte die Kassen verlassen haben, die 1995 in diesem Ur-Beitragssatz-Segment lagen – und vermutlich überwiegend heute bei Kassen mit einer günstigeren Risikostruktur versichert sind; teilweise hat sich die Risikomischung der betroffenen Kassen in dem beobachteten Zeitraum verschlechtert, sodass die Ur-Beitragssätze einiger dieser Kassen heute jenseits von 17,5 Prozent liegen.

Abbildung 1: Verteilung der ausgabendeckenden Beitragssätze ohne RSA in den Jahren 1995 und 1999



Quelle: IGES nach BMG

Spiegelbildlich dazu ist einerseits der Anteil der Versicherten in Kassen mit sehr günstigen Ur-Beitragssätzen gestiegen: So gehörten 1995 nur 10,7 Prozent der Versicherten einer Kasse mit einem Ur-Beitragssatz von unter 10 Prozent an; 1999 waren es dagegen schon 17,8 Prozent der Versicherten. Andererseits hat auch der Anteil der Versicherten in einer Kasse mit einem Ur-Beitragssatz von mehr als 17,5 Prozent deutlich zugenommen: 1995 waren erst 6,0 Prozent der Versicherten in solchen Kassen versichert, 1999 ist ihr Anteil bereits auf 16,2 Prozent angestiegen.

Die Entmischung der Risikostrukturen spiegelt sich auch in der Entwicklung der Altersstrukturen der Versicherten der Kassen wider. Die folgende Tabelle 4 zeigt die Anteile der "jungen" (zwischen 20 und unter 40 Jahre) und der "alten" Versicherten (60 Jahre und älter) bei unterschiedlich stark gewachsenen Kassen entsprechend der Gruppierung in Tabelle 3. Dabei wird deutlich, dass bei den stark gewachsenen Kassen der Anteil der jungen Versicherten im Durchschnitt deutlich zugenommen und der Anteil der älteren Versicherten deutlich abgenommen hat. Während bei den Kassen, die um mehr als das 20fache gewachsen sind (Zeile 1), 1995 durchschnittlich noch 31 Prozent der Versicherten zwischen 20 und unter 40 Jahre alt und 23 Prozent 60 Jahre und älter waren, haben sich diese Anteile bis 1999 deutlich verändert: Der Anteil der "jungen" Versicherten ist auf 52 Prozent gestiegen, der Anteil der Versicherten ab 60 Jahre dagegen auf nur noch 2 Prozent gesunken. Umgekehrt ist bei den Kassen, die zwischen 1995 und 1999 geschrumpft sind, der Anteil der jüngeren Versicherten von 29 auf 26 Prozent gesunken, während der Anteil der älteren Versicherten von 25 auf 28 Prozent zugenommen hat. Dieses Ergebnis bestätigt, dass offenbar weit überwiegend jüngere Versicherte zu den stark wachsenden Kassen gewechselt sind, was sowohl bei den aufnehmenden als auch bei den abgebenden Kassen zu den beschriebenen Effekten geführt hat. Im derzeitigen RSA werden derartige Entmischungen in der Altersstruktur ausgeglichen, da der Kassenwechsel eines jungen Versicherten eine entsprechende Veränderung der Transferpositionen der beteiligten Kassen bewirkt.

Insgesamt zeigt die Analyse, dass sich die im Vorfeld der Einführung des Kassenwahlrechts teilweise gehegten Erwartungen einer raschen Durchmischung der Risikostrukturen nicht bestätigen lassen. Der RSA hat – und dies wird durch die konstatierte verschärfte Risikoentmischung belegt – nicht nur die auf Dauer angelegte Aufgabe, eine auf einzelne Versicherte bezogene Risikoselektion seitens der Kassen zu vermeiden, sondern vor allem auch die Funktion, die bereits bestehenden – und in den letzten Jahren eher noch gewachsenen – Risikostrukturunterschiede zu neutralisieren, damit von ihnen keine verzerrenden Beitragssatzeffekte ausgehen und die

Versicherten unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit die GKV-Solidaraufgaben gemeinsam tragen.

Tabelle 4: Veränderungen in der Altersstruktur der Kassen nach deren Wachstumsrate 1995/1999

Nr.	Wachstumsfaktor von ... bis ...	Anzahl Kassen	Versicherte in Mio.		Anteile 1995		Anteile 1999	
			1995	1999	"jung"	"alt"	"jung"	"alt"
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	> 20	8	0,01	0,42	31 %	23 %	52 %	2 %
2	> 10 und <= 20	9	0,01	0,13	23 %	29 %	46 %	4 %
3	> 5 und <= 10	13	0,03	0,28	27 %	24 %	47 %	5 %
4	> 2 und <= 5	34	0,23	0,76	31 %	21 %	43 %	9 %
5	> 1	284	17,65	19,77	33 %	13 %	32 %	16 %
6	<= 1	111	51,58	48,36	29 %	25 %	26 %	28 %
zusammen*)		459	69,51	69,72	30 %	22 %	28 %	24 %

Quelle: IGES nach Daten von BMG und BVA (Satzart 40) sowie Stamm- und Veränderungsdaten der Kassen (BMG, BVA, BfA, Spitzenverbände)

Anm.: Abweichungen rundungsbedingt  
 "jung" 20 bis unter 40 Jahre alt  
 "alt" 60 Jahre und älter  
 (1) Wachstumsfaktor: Versichertenzahl 1999 relativ zu 1995  
 (2) Fusionsstand 01.07.2000; Krankenkassen mit Ost- und West-Rechtskreis zählen als zwei Kassen.  
 \*) Kassen, die 1995 oder 1999 inaktiv waren, sind für diese Tabelle nicht auswertbar.

Neben der Frage, ob sich die Risikostrukturen der Kassen seit Einführung der erweiterten Kassenwahlrechte angenähert oder weiter auseinander entwickelt haben, interessiert insbesondere auch, inwieweit die bisherigen Ausgleichsvariablen Alter, Geschlecht und Bezug oder Nicht-Bezug einer Erwerbsminderungsrente das Morbiditätsrisiko hinreichend abbilden. Aus der internationalen Diskussion ist bekannt (vgl. hierzu ausführlich Abschnitt 4 dieses Berichts), dass durch Alter und Geschlecht nur vergleichsweise geringe Anteile der Unterschiede in den Ausgaben zwischen Versicherten erklärt werden können. Mit der für dieses Gutachten erschlossenen Datenbasis ist es allerdings nicht möglich, diese Frage auf der Ebene

einzelner Versicherter zu untersuchen. Wohl aber ist es gelungen, auf der Einzelkassenebene zu untersuchen, inwieweit zwischen unterschiedlichen Kassentypen signifikante Unterschiede zwischen ihrem (auf der Basis von Alter, Geschlecht und BU/EU-Status berechnetem) Beitragsbedarf und ihren tatsächlichen im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben bestehen.

Tabelle 5: Ausgewählte Ausgabenpositionen von Krankenkassen nach ihrer Wachstumsrate 1995 / 1999

Nr.	Wachstumsfaktor der Kasse	Versicherten- jahre 1999	Ausgabenposition im Jahr 1999	
	von ... bis ...		Arzneimittel	stationäre Versorgung
	(1)	(2)	(3)	(4)
1	> 20	421.820	79,5 %	70,3 %
2	> 10 und ≤ 20	127.035	81,9 %	75,0 %
3	> 5 und ≤ 10	283.801	80,8 %	79,5 %
4	> 2 und ≤ 5	764.652	88,3 %	83,5 %
5	> 1	19.767.546	97,7 %	92,0 %
6	≤ 1	48.355.804	101,0 %	102,8 %

Quelle: IGES nach Daten von BMG und BVA (Satzart 40, Pro-Tag-Werten und Satzart 43) in der Klassifikation der Tabelle 3

Anm.: vgl. Anmerkungen zu Tabelle 3

(3/4) Ausgabenposition: Verhältnis der Ausgaben in einem Leistungsbereich zu dem entsprechenden Teil-Beitragsbedarf

Tabelle 5 zeigt für die bereits aus den Tabellen 3 und 4 bekannte Typologie von Kassen nach ihrem Wachstum zwischen 1995 und 1999 die relativen Ausgabenpositionen im Jahr 1999 in den Leistungsbereichen Arzneimittel und Krankenhaus im Vergleich zum jeweiligen Beitragsbedarf. Die Tabelle macht deutlich, dass sich die Kassen erheblich in ihrer relativen Ausgabenposition unterscheiden: Während bei den um mehr als das 5fache gewachsenen Kassen die tatsächlichen Ausgaben für Arzneimittel nur bei rund 80 Prozent des entsprechenden Teil-Beitragsbedarfs für diesen Leistungsbereich liegen, sind es bei den Kassen, die zwischen dem 2fachen und dem 5fachen gewachsen sind, knapp 90 Prozent. Bei den Kassen, die zwar ge-



wachsen sind, sich aber weniger als verdoppelt haben, sind es 98 Prozent, bei den Kassen, die Mitglieder verloren haben, dagegen 101 Prozent. Ähnlich, und zwar noch etwas stärker ausgeprägt, ist die Situation im Bereich der stationären Versorgung, wo die tatsächlichen Ausgaben der Kassen, die um mehr als das 20fache gewachsen sind, im Mittel nur rund 70 Prozent des entsprechenden Teil-Beitragsbedarfs ausmachen, während es auf der anderen Seite bei den geschrumpften Kassen knapp 103 Prozent sind.

Grundsätzlich können die Unterschiede zwischen den tatsächlichen Leistungsausgaben und den Teil-Beitragsbedarfen auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden. Insbesondere im Bereich der Krankenhausversorgung könnten etwa ein unterschiedlich erfolgreiches Fallmanagement oder auch regional unterschiedliche Schwerpunkte im Tätigkeitsgebiet der Kassen eine Rolle spielen – in beiden Fällen wären Ausgabenunterschiede und daraus resultierende Differenzen in den Beitragssätzen zwischen den Kassen durchaus gerechtfertigt. Allerdings fehlen plausible Anhaltspunkte dafür, dass sich die in der Tabelle 5 gruppierten Kassen hinsichtlich dieser Merkmale unterscheiden, zumal für den Bereich der Arzneimittel solche Begründungen ohnehin weniger eingängig sind.

Wahrscheinlicher erscheint vielmehr, dass sich die Morbidität der Versicherten zwischen den beschriebenen Kassentypen unterscheidet. Zu den rasch gewachsenen Kassen sind offenbar im Vergleich zum Durchschnitt der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe überdurchschnittlich gesunde Versicherte gestoßen. Dies ist ein starker Indikator dafür, dass Alter, Geschlecht und der Bezug oder Nicht-Bezug einer Erwerbsminderungsrente zwar Indikatoren für die Morbidität der Versicherten sind, diese jedoch nicht hinreichend abbilden. Es ist davon auszugehen, dass auch innerhalb der hier nach dem Wachstum differenzierten Gruppen von Kassen solche Unterschiede in der Morbidität bestehen. Die – in der internationalen Diskussion vielfach bestätigte – Schlussfolgerung, dass Alter und Geschlecht sowie BU/EU-Status unzureichende Ausgleichsgrößen für die Abbildung der Risikostruktur der Krankenkassen sind, wird in Kapitel 4 wieder aufgegriffen. Dort wird der zentrale Reformvorschlag der Gutachter entwickelt, der zielgerichtet an diesem Befund ansetzt: die direkte Morbiditätsorientierung bei der Berechnung des Beitragsbedarfs.

### **3.2 Unterschiedliche Ausprägungen des Kassenwettbewerbs**

Während im vorangegangenen Abschnitt quantitative Analysen im Mittelpunkt standen, sollen in diesem Abschnitt wesentliche konzeptionelle und qualitative Überlegungen in den Blickpunkt rücken, die gerade im Hinblick auf eine längerfristige Weiterentwicklung der "solidarischen Wettbewerbs-

ordnung" in der GKV – und darin auch des RSA – unbedingt erforderlich sind.

Eine wesentliche Grundlage der im Folgenden zusammengefassten Einschätzungen zur Praxis des gegenwärtigen Kassenwettbewerbs stellen – neben der langjährigen Forschungs-, Entwicklungs- und Beratungstätigkeit der Gutachter im deutschen und internationalen Gesundheitswesen – zahlreiche ausführliche Gespräche mit Vertretern von Kassen und Kassenverbänden in den Monaten seit der Auftragserteilung zu dieser Untersuchung dar.

Die aktuelle Wahrnehmung des Kassenwettbewerbs wird maßgeblich dadurch geprägt, dass viele der unmittelbar Beteiligten – vor allem Kassen und Kassenverbände – Veränderungen der Wettbewerbsordnung im Allgemeinen bzw. des RSA im Besonderen einfordern, indem sie auf bestimmte – tatsächliche oder vermeintliche – Auswüchse bzw. Unzulänglichkeiten im Kassenwettbewerb verweisen. Dadurch kann bei manchem Beobachter der Eindruck entstehen, dass die derzeitige Ausrichtung des Kassenwettbewerbs grundsätzlich fehl laufe bzw. dass Kassenwettbewerb sogar generell ein Fremdkörper in einer sozialen Krankenversicherung sei.

Dieser Eindruck wird nach Einschätzung der Gutachter durch die gegenwärtige Wettbewerbspraxis jedoch nicht oder allenfalls partiell gestützt. So berechtigt die Kritik an einzelnen Ausprägungen des derzeitigen Kassenwettbewerbs auch sein mag und so verständlich demzufolge bestimmte Reformvorschläge in Bezug auf die bestehende Wettbewerbsordnung erscheinen mögen, darf dies nicht dazu führen, die vielfältigen positiven Wirkungen der wettbewerblichen Ausrichtung der GKV seit Einführung von Kassenwahlfreiheit und RSA zu übersehen oder für selbstverständlich zu halten. Insofern sind weitere Reformschritte danach zu beurteilen, inwieweit sie zu einer Verbesserung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen führen, ohne die bisher eingetretenen positiven Wirkungen des Kassenwettbewerbs zu konterkarieren.

### **3.2.1 Positive Wirkungen von Wahlfreiheit und RSA**

Wer die gesetzlichen Krankenkassen in ihrem heutigen Selbstverständnis wie in ihrem äußeren Erscheinungsbild mit den Kassen zu Beginn der neunziger Jahre vergleicht, muss erhebliche Unterschiede konstatieren. Waren damals Kennzeichnungen wie parastaatliche Finanzverwaltungen und kundenferne Behörden angebracht, haben sich diese Eindrücke binnen kurzer Zeit grundlegend und nachhaltig verändert bzw. zumindest erkennbar zu verändern begonnen. Dabei haben sich die Aufgaben der Kassen im Prinzip

nicht verändert, und auch schon früher gab es eindeutige Rechtsvorschriften zur wirtschaftlichen Verwendung der Beitragsmittel. Grundlegend verändert haben sich allerdings die Rahmenbedingungen, unter denen die Kassen mit den Beitragszahlungen ihrer Mitglieder wirtschaften, um die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

Wer den Status quo des Kassenwettbewerbs beurteilen will, kommt nicht umhin, einen Rückblick auf den "Status quo ante" vor Einführung von Kassenwahlfreiheit und RSA zu werfen:

- Im Bereich der KVdR gab es durch den vollständigen Ausgabenausgleich und den einheitlichen, kassenunspezifischen Beitragssatz der Rentner eine faktische Einheitsversicherung. Im Ergebnis waren den Kassen Umfang und Bestimmungsgründe der Leistungsausgaben ihrer KVdR-Versicherten tendenziell unwichtig, weil ohne direkt beeinflussbare Auswirkungen auf ihren Beitragssatz.
- Außerhalb der KVdR, im Bereich der AKV, wurde der Beitragssatz der Kassen in erster Linie nicht durch erfolgreiches Ausgabenmanagement, sondern vor allem durch die jeweilige Zusammensetzung ihrer Versicherungsgemeinschaft bestimmt. Je geringer der Anteil einer Kasse an der Wahrnehmung der gesetzlich bestimmten GKV-Solidaraufgaben war, desto günstiger wurde ihr Beitragssatz: Kassen mit vergleichsweise vielen einkommensstarken Mitgliedern oder wenig mitversicherten Familienangehörigen oder geringem Morbiditätsrisiko ihrer Versicherten konnten es sich sogar leisten, den Versicherten besonders großzügig Leistungen zu "gewähren" und den Leistungserbringern überdurchschnittlich hohe Vergütungen zu zahlen, und wiesen gleichwohl einen relativ günstigen Beitragssatz auf; Kassen mit vergleichsweise einkommensschwachen Mitgliedern oder vielen Mitversicherten oder hohem Morbiditätsrisiko hatten dagegen von vornherein kaum eine Chance auf einen günstigen Beitragssatz, so sehr sie sich im Bereich des Ausgabenmanagements auch bemühen mochten.

Die Einführung des RSA hat die Rahmenbedingungen für das Zustandekommen des kassenspezifischen Beitragssatzes grundlegend verändert: Weil im Unterschied zum früheren KVdR-Ausgabenausgleich nunmehr für die einzelne Kassen alle tatsächlichen Leistungsausgaben unmittelbar beitragsatzrelevant sind, werden die unter Wettbewerbsdruck stehenden Kassen gezwungen, sich möglichst umfassende Kenntnis über ihr gesamtes Ausgabengeschehen mit seinen vielfältigen Bestimmungsgründen zu verschaffen; "unwichtige" Versicherungengruppen bzw. Leistungsbereiche gibt es nicht mehr. Und weil im Unterschied zu früher im AKV-Bereich der direkte Einfluss der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder, der An-

zahl der Familienmitversicherten sowie der Zusammensetzung der Versicherten nach Alter, Geschlecht und Bezug einer Invaliditätsrente auf den Beitragssatz weitgehend neutralisiert ist, lohnt es sich nicht mehr – in Bezug auf die beitragspflichtigen Einnahmen: fast nicht mehr –, die Versichertenstruktur nach diesen Ausprägungen zu selektieren; vielmehr müssen die Kassen im Interesse eines günstigen Beitragssatzes alle Anstrengungen darauf ausrichten, ihre Leistungsausgaben über gezieltes Fall- und Vertragsmanagement möglichst vorteilhaft zu gestalten; "Geschenke" an Leistungserbringer gehören damit der Vergangenheit an.

Die Kassen mussten sich auf diese grundlegend veränderten Rahmenbedingungen binnen kurzer Zeit einstellen. Einige haben dies bereits unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes erkannt und entsprechend gehandelt, während sich andere unter dem Eindruck früherer Erfolge gegenüber den neuen Herausforderungen weitgehend immun fühlten und erst relativ spät aktiv geworden sind. Generell lässt sich jedoch feststellen, dass die Mehrzahl der Kassen insbesondere in der zweiten Hälfte der 90er Jahre teilweise erhebliche Anstrengungen zur organisatorischen, personellen und informationellen Anpassung an die veränderten wettbewerblichen Rahmenbedingungen unternommen hat:

- Ein deutliches Indiz für die erfolgten Anpassungsprozesse stellt die Zahl der Fusionen der früheren "Primärkassen" dar: Gab es am 1. Januar 1994 im Bereich der alten Länder noch 223 AOKn, 653 Betriebs- und 139 Innungskrankenkassen, waren es sechs Jahre später nur noch 12 AOKn, 327 Betriebs- und 25 Innungskrankenkassen. Die Ursache dieser Entwicklung liegt auf der Hand: Gezieltes Ausgabencontrolling sowie Fall- und Vertragsmanagement zur Verbesserung der Beitragssatzposition erfordern organisatorische und personelle Voraussetzungen, die sich nur ab einer bestimmten Unternehmensgröße realisieren lassen. Die Zahl der Betriebs- und Innungskrankenkassen dürfte sich noch einmal deutlich vermindern, falls sich alle Kassen dieser beiden Kassenarten ohne organisationsrechtliche Schutzzäune und Sonderrechte dem uneingeschränkten Wettbewerb stellen müssen.
- Innerhalb der Kassen sind deutliche Schwerpunktverlagerungen zwischen einzelnen Aufgabenbereichen erfolgt. Kundenorientierung hat mittlerweile ebenso oberste Priorität wie die bereits genannten Bereiche des Controlling sowie des Ausgabenmanagements durch gezielte Fallsteuerung und – wo auf Einzelkassenebene möglich – durch aktive Vertragspolitik.
- Unübersehbar ist auch die personelle "Aufrüstung" der Kassen – nicht notwendigerweise in Bezug auf die Zahl ihrer Beschäftigten, wohl aber

auf deren Qualifikation. Dies gilt für die Ausbildung der Sozialversicherungsfachangestellten genauso wie für die zunehmende Beschäftigung anderer Berufsgruppen; während noch vor rund zehn Jahren Akademiker in Krankenkassen fast einen Ausnahmestatus hatten, ist die Beschäftigung von Ökonomen und Informatikern, aber auch von Ärzten und Pharmakologen heute nichts Außergewöhnliches mehr.

### 3.2.2 Bestehende Defizite im Kassenwettbewerb

Die skizzierten positiven Entwicklungen in den Krankenkassen sind nach Einschätzung der Gutachter weder Zufallsprodukte noch allgemeine Zeitercheinungen, sondern unmittelbare Folge der Einführung von Kassenwahlfreiheit und RSA. So falsch kann weder die generelle wettbewerbliche Ausrichtung der GKV noch die konkrete Ausgestaltung der Wettbewerbsbedingungen (einschließlich RSA) gewesen sein, wenn es im Großen und Ganzen in vergleichsweise kurzer Zeit gelungen zu sein scheint – bei allen erforderlichen Relativierungen –, die Kassen von vormals eher kundenfernen "Einrichtungen der mittelbaren Staatsverwaltung" zu modernen Dienstleistungsunternehmen mutieren zu lassen, denen gezielte Effektivitäts- und Effizienzgewinne der mit den Beiträgen ihrer Mitglieder finanzierten Gesundheitsversorgung ein prioritäres Anliegen im Hinblick auf den eigenen Wettbewerbserfolg sein müssen.

Eine Wettbewerbsordnung kann niemals vollkommen sein, auch nicht die "solidarische" in der GKV. Es stellt sich die Frage, ob die Unvollkommenheiten ein Ausmaß aufweisen, das Handlungsbedarf signalisiert. In Bezug auf den Kassenwettbewerb sind bei allen eingetretenen positiven Wirkungen im Vergleich zur früheren "KVdR-Welt" (mit vollständigem Ausgabenausgleich) bzw. zur früheren "AKV-Welt" (mit maßgeblichem Beitragsatzeeinfluss der beitragspflichtigen Einnahmen, des Anteils Familienmitversicherter und der Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten und den daraus resultierenden Selektionsanreizen) gewichtige Probleme unübersehbar. Der RSA soll im Hinblick auf einen funktionalen Kassenwettbewerb im Rahmen der solidarisch finanzierten Krankenversicherung sicher stellen, dass sich die Kassen möglichst aktiv für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung einsetzen und damit einen positiven Beitrag für die Gesamtentwicklung der GKV leisten. Zugleich soll der RSA das Interesse der Kassen an einer weder gesamtwirtschaftlich noch sozial- und gesundheitspolitisch erwünschten Risikoselektion der Versicherten so weit wie möglich beseitigen.

Erfüllt der RSA in seiner derzeitigen Ausgestaltung diese Zielstellung? Die Antwort der Gutachter auf diese Frage fällt ambivalent aus: einerseits kei-

neswegs derart negativ, wie dies in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte vielfach der Fall ist (zum Teil sogar verbunden mit düsteren Prognosen für den Fortbestand des gesamten Solidarsystems), aber auch keineswegs derart positiv, dass kein Handlungsbedarf zur gezielten Weiterentwicklung des RSA gesehen würde (wobei jedoch schon hier darauf hingewiesen sei, dass zielgerichtete Lösungen aller Probleme des derzeitigen Kassenwettbewerbs keineswegs allein in Korrekturen an der Ausgestaltung des RSA liegen können).

Der aktuelle Befund zu den Anreizwirkungen der bestehenden Wettbewerbsordnung lässt sich aus Sicht der Gutachter in zwei zentralen Punkten zusammenfassen:

### **1. Anreize der Kassen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung:**

Gegenüber der Zeit vor Einführung des RSA hat die aktive Einflussnahme der Kassen auf Mengen-, Preis- und Struktur determinanten des Leistungs- und Ausgabengeschehens beträchtlich zugenommen. Gleichwohl liegen mutmaßlich erhebliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale der Gesundheitsversorgung nach wie vor brach, weil

- zum einen die Kassen nicht über ausreichende Einflussmöglichkeiten insbesondere im Rahmen einer wettbewerblichen Vertragspolitik verfügen (die neu geschaffenen Möglichkeiten der integrierten Versorgung sind gleichwohl ein positiver Ansatz in dieser Richtung) und
- zum anderen die Kassen erkennbare Hemmungen haben, gerade dort mit gezieltem Versorgungsmanagement aktiv zu werden, wo angesichts der bestehenden Abschottung der einzelnen Versorgungssektoren besonders große Wirtschaftlichkeitspotenziale zu vermuten sind, nämlich bei der Versorgung chronisch Kranker. Gezieltes Versorgungsmanagement für bestimmte Krankheitsgruppen bleibt nach wie vor hinter einem insgesamt wünschenswerten – und auch heute schon möglichen – Ausmaß zurück, wird bisweilen nur zurückhaltend kommuniziert oder unterbleibt sogar ganz, weil die Kassen möglicherweise befürchten, damit insbesondere für solche Versicherte an Attraktivität zu gewinnen, die auch noch unter den Bedingungen des bestehenden RSA "ungünstige Versicherungsrisiken" mit negativen Beitragssatzwirkungen darstellen.<sup>2</sup> Im

---

<sup>2</sup> Kennzeichnend für dieses "objektive Dilemma", in dem sich die Kassen derzeit befinden, ist die Begründung, mit der niemand anderes als das BVA in seinem 1998 erstellten Prüfbericht für eine Krankenkasse angeregt hat, die Kasse möge ihre Aktivitäten im Bereich Versorgungsmanagement "überdenken", weil der Wechsel von betroffenen Patienten zu dieser Kasse negative Beitragssatzwirkungen haben könne: "Eine Krankenkasse,

vorangegangenen Abschnitt haben wir empirische Anhaltspunkte dafür aufgezeigt, dass die der Berechnung des Beitragsbedarfs im RSA zugrunde liegenden Größen (Alter, Geschlecht, Bezug bzw. Nicht-Bezug einer Erwerbsminderungsrente) die Morbidität nur unzureichend abbilden – Kassen, die aktiv Versorgungsmanagement betreiben, laufen Gefahr, dass die tatsächlichen Ausgaben der deswegen zu ihnen wechselnden Versicherten höher sind als die Beitragsbedarfe, die sie im RSA für diese Versicherten geltend machen können.

## **2. Anreize der Kassen zur Verschaffung von Wettbewerbsvorteilen durch gezielte Risikoselektion:**

Gegenüber der Zeit vor Einführung des RSA kann eine Kasse ihren Beitragssatz zwar nicht mehr unmittelbar dadurch nennenswert verbessern, dass sie sich vor allem um junge, kinderlose und einkommensstarke Mitglieder bemüht<sup>3</sup>; Beitragssatzvorteile entstehen jedoch, wenn eine Kasse innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen besonders viele gesunde bzw. wenige kranke, vor allem wenige schwer und chronisch kranke Versicherte aufweist, weil der bestehende RSA entsprechende Morbiditätsunterschiede nicht berücksichtigt; die im vorangegangenen Abschnitt aufgezeigten Differenzen zwischen tatsächlichen Ausgaben und Beitragsbedarf für unterschiedliche Typen von Krankenkassen haben deutlich gemacht, dass die Nicht-Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden vermutlich beitragsrelevante Größenordnungen hat (vgl. Tabelle 5). Außerdem können Beitragssatzvorteile auch dann realisiert werden, wenn eine Kasse in besonders ausgabenintensiven Regionen gar nicht oder nur in geringem Umfang vertreten ist.

Solange eine derart ausgerichtete Selektion noch möglich ist und sich zudem von der Beitragssatzwirkung her mehr lohnt als das in aller Regel mühsame Geschäft der Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durch aktives Fall- und Vertragsmanagement, sind die unerwünschten Anreize zur Risikoselektion aus der Beurteilungsperspektive des Gesamtsystems zu groß. Dabei ist es letztlich unmaßgeblich, wie Risikoselektion zustande kommt: ob sie von den Kassen aktiv gefördert wird, indem etwa kranken Versicherten mehr oder weniger subtil der Eindruck vermittelt wird, unerwünscht bzw. anderswo besser versorgt

---

die sich in Sachen Versorgungsmanagement für besonders teure Erkrankungen im Sinne des Gesamtsystems vorbildlich verhält, kann im Extremfall nämlich betriebswirtschaftlich Harakiri begehen."

<sup>3</sup> Aufgrund der Unvollständigkeit des Finanzkraftausgleichs im derzeitigen RSA sind Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder in einem gewissen Ausmaß gleichwohl noch immer beitragsrelevant; vgl. Abschnitt 6.1.

zu sein (hiervon berichten einzelne Kassen unter Verweis auf Erfahrungen von "Rückkehrern"); oder aber ob Risikoselektion überwiegend in Form der Selbstselektion der kassenwahlberechtigten Versicherten erfolgt. Problematisch ist in jedem Fall, wenn die verzerrten Anreizwirkungen dazu führen, sich nicht in erster Linie Aktivitäten zu verschreiben, die im Gesamtinteresse der GKV an einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung aller Versicherten liegen.

Vorläufiges Fazit: Die im derzeitigen Kassenwettbewerb bestehenden Anreize bei den Kassen sind im Hinblick auf einen funktionalen Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zwar deutlich weniger verzerrt als vor Einführung des RSA, aber damit noch keineswegs zufriedenstellend gesetzt. Die gesamtwirtschaftlich und sozial- und gesundheitspolitisch erwünschten Anreize zur aktiven Einflussnahme auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, insbesondere von chronisch Kranken, sind durch den bestehenden RSA noch nicht hinreichend "geschärft", die gesamtwirtschaftlich und sozialpolitisch unerwünschten Anreize zur Risikoselektion noch nicht hinreichend "entschärft". Falsch ist es dagegen zu behaupten, erst der RSA würde die beschriebenen Anreizprobleme verursachen oder verschärfen, denn ohne RSA – dies hat Tabelle 2 mit der Gegenüberstellung von "Ur-Beitragssätzen" (ohne RSA) und Beitragssätzen mit RSA im vorangegangenen Abschnitt deutlich gemacht – wäre das Ausmaß der Wettbewerbsverzerrungen beträchtlich größer.

Zwei Anmerkungen zu aktuell häufig diskutierten Erscheinungsformen des derzeitigen Kassenwettbewerbs erscheinen in diesem Zusammenhang noch angebracht:

- Die Gutachter halten die stellenweise geäußerte Kritik an einer Konzentration einzelner Kassen auf bestimmte Vertriebs- und Kommunikationswege (z.B. Telefon-Hotline und Internet anstelle eines flächendeckenden Geschäftsstellennetzes) für unangebracht, solange entsprechende Angebote den Wünschen von Versicherten entsprechen, die für ihren bewussten Verzicht auf Serviceangebote einen entsprechenden Beitragssatzvorteil erwarten. Wenn hierdurch Selektionsprozesse mit beitragsatzrelevanten Auswirkungen bei den Leistungsausgaben ausgelöst werden, ist dies kein Problem "richtiger" oder "falscher" Formen der Kundenorientierung (hierüber entscheiden allein die Versicherten selbst), sondern einer unzureichenden Abbildung von Morbiditätsunterschieden im RSA.
- Ganz anders ist dagegen der zunehmend zu beobachtende Einfluss der Arbeitgeber auf die Kassenwahlentscheidung ihrer Beschäftigten zugunsten einer besonders beitragsatzgünstigen Kasse zu beurteilen.



Auch hier könnte zunächst argumentiert werden, dass es für die Anreizwirkungen im Kassenwettbewerb von nachrangiger Bedeutung sei, auf welche Ursachen Kassenwechsel im Einzelnen zurückzuführen sind und in welchem Umfang sie stattfinden, solange dadurch keine Beitragssatzverzerrungen hervorgerufen werden. Dieser Argumentation ist jedoch entgegenzuhalten, dass die Einflussnahme der Arbeitgeber auf die Kassenzugehörigkeit ihrer Beschäftigten eine faktische Einschränkung der freien Kassenwahl darstellt, bei der es jedem kassenwahlberechtigten GKV-Mitglied vollständig selbst überlassen sein sollte, die eigene Kassenzugehörigkeit ausschließlich von selbst gesteckten Kriterien abhängig zu machen. Die Arbeitgeber haben – aus ihrer Sicht nicht nur legitim, sondern betriebswirtschaftlich rational und jenseits jeglicher "moralisierenden" Bewertung – ein ausschließliches Interesse an möglichst niedrigen Arbeitskosten und damit an der Zugehörigkeit ihrer Beschäftigten zu einer möglichst beitragsatzgünstigen Kasse – und zwar unabhängig davon, welche spezifischen Service- oder Versorgungsangebote diese Kasse für ihre Versicherten bereithält. Je mehr sich die Kassen im Wettbewerb in derartigen Service- und insbesondere Versorgungsangeboten voneinander unterscheiden, desto größer dürfte bei der Kassenwahlentscheidung aus Sicht der Versicherten ein Vergleich des Verhältnisses Preis/Leistung im Unterschied zu reinen Beitragssatzvergleichen an Bedeutung gewinnen – eine Entwicklung, die aus Arbeitgebersicht aber nicht relevant ist.

### **3.3 Handlungsbedarf "jenseits des RSA"**

Die empirische und konzeptionelle Analyse des wettbewerblichen Status quo lässt trotz der vielfältigen positiven Wirkungen der Einführung von Kassenwahlfreiheit und RSA an einigen Stellen Handlungsbedarf erkennen. Wenngleich der Schwerpunkt dieser Untersuchung auftragsgemäß in der Analyse der zweckmäßigen Ausgestaltung des RSA liegt, erscheint es gleichwohl erforderlich, auch auf gesetzgeberischen Handlungsbedarf auf anderen Feldern hinzuweisen, soweit es dabei um die ursachengerechte Beseitigung bestehender Unvollkommenheiten bzw. Verzerrungen im Kassenwettbewerb geht. Dies vor allem auch deshalb, weil bei der gegenwärtigen Diskussion häufig der Eindruck erweckt wird, dass der zentrale Schlüssel für den Großteil der beklagten Wettbewerbsprobleme allein oder zumindest vordringlich in einem inadäquaten RSA liege. Dieser Eindruck ist nach Einschätzung der Gutachter jedoch insoweit unzutreffend, als zwar sehr wohl Reformbedarf in Bezug auf die Ausgestaltung des RSA gesehen wird, hierin allein jedoch keine hinreichende Weiterentwicklung der bestehenden GKV-Wettbewerbsordnung liegen würde. Im Interesse der Funktionsfähigkeit des gleichzeitig wettbewerbs- und solidaritätssichernden Ausgleichs-

instruments RSA muss ausdrücklich vor seiner "Überfrachtung" gewarnt werden. Bei unverändertem Fortbestand der "jenseits des RSA" erkannten Ursachen für Wettbewerbsverzerrungen bliebe jede für sich betrachtet noch so sachgerechte Fortentwicklung des RSA im Hinblick auf die Ausgestaltung der gesamten GKV-Wettbewerbsordnung und deren Gesamtfolgen für das Kassenshandeln lediglich Stückwerk.

### **3.3.1 Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung**

Die Gutachter sehen in folgenden Bereichen Notwendigkeiten für eine Weiterentwicklung der GKV-Wettbewerbsordnung:

- Ein grundsätzliches Hindernis für die Entfaltung positiver Steuerungswirkungen des Kassenwettbewerbs stellt das bestehende Nebeneinander unterschiedlicher Steuerungsansätze dar. Nach wie vor gelten in unveränderter Form zahlreiche Vorschriften aus der "vor-wettbewerblichen" Zeit, die im Wesentlichen durch administrative und kollektivvertragliche Steuerung gekennzeichnet war. Die bewusste Einführung wettbewerblicher Steuerungselemente in der GKV bei unverändertem Fortbestand herkömmlicher Steuerungsstrukturen (z.B. zentrale Bedarfsplanung, sektorale Ausgabenbudgets, kollektive Verhandlungsmandate) bedeutet im Ergebnis ein Nebeneinander konkurrierender und teilweise konfligierender Steuerungsansätze. Die zunächst auf Seiten der Krankenkassen bewusst eingeleitete wettbewerbliche Orientierung hat unmittelbar zur Folge, dass die Regelungen, die auf gemeinsames und einheitliches Selbstverwaltungshandeln setzen – sei es auf GKV-Gesamtebene oder auf der Ebene der Kassenverbände –, nicht mehr in derselben Weise "greifen" können wie früher. Besonders augenfällig wird dies bei der gegenwärtigen Ausgestaltung der Vertragszuständigkeiten in einzelnen Leistungsbereichen: Nicht die im Wettbewerb stehenden Einzelkassen sind zuständig für elementar beitragsatz- und damit wettbewerbsrelevante Vergütungsvereinbarungen, sondern je nach Leistungsbereich unterschiedlich abgegrenzte Kassenkollektive, obwohl die von diesen "gemeinsam und einheitlich" abzuschließenden Verträge mit Leistungserbringern für die einzelnen Kassen u.U. ganz unterschiedliche Beitragsatzwirkungen haben.

Fazit: Administrative und kollektivvertragliche Steuerungsansätze behindern die Entfaltungsmöglichkeiten der wettbewerblichen Steuerung auf einzelwirtschaftlicher Ebene. Umgekehrt führt zunehmender Kassenwettbewerb zwangsläufig zu Erosionstendenzen bei korporatistischen Akteuren. Im Interesse eines funktionalen Kassenwettbewerbs – und keineswegs nur unter dem Druck des europäischen Wettbewerbs-

rechts – sollten insbesondere im Organisations- und Vertragsrecht der GKV weitere wettbewerbliche Öffnungen erfolgen; die neuen gesetzlichen Vorschriften zur integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) gehen in die richtige Richtung, reichen aber nicht aus.

- Die bereits angesprochene zunehmende Einflussnahme von Arbeitgebern auf die Kassenwahlentscheidung ihrer Beschäftigten kann nur dann wirksam ausgeschaltet werden, wenn die Kassenzugehörigkeit der Beschäftigten keine direkten Auswirkungen auf die Arbeitskosten eines Betriebes hat; dies ist nur dann der Fall, wenn der Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag kassenunspezifisch festgelegt wird, wofür unterschiedliche Lösungen denkbar sind. Die gegenwärtig teilweise intensiv geführte Diskussion um Ausmaß, Gestalt und Hintergründe von Kassenwechsel-Prozessen geht am realen Wettbewerbsgeschehen ein gutes Stück vorbei, wenn die Frage des zunehmenden Einflusses der Arbeitgeber weiter ausgeblendet bleibt und keine Lösung für das damit verbundene Problem gesucht wird; dass solche Lösungen nicht in einer modifizierten Ausgestaltung des RSA liegen können, liegt auf der Hand.
- Eine weitere Ursache von aktuellen Wettbewerbsverzerrungen, deren Beseitigung ebenfalls nicht in einer Anpassung des RSA bestehen kann, liegt in Sonderbehandlungen einzelner Kassenarten, z.B. in Form von kassenindividuellen Gestaltungsoptionen zur Errichtung, Öffnung und Schließung, die Kassen anderer Kassenarten nicht zur Verfügung stehen. Unverzerrter Wettbewerb im Gesamtinteresse der GKV erfordert auch hier im Grundsatz "gleiches Recht für alle"; von rückwärts gewandten Lösungen (z.B.: "Betriebskrankenkassen auf ihre 'eigentliche' Funktion zurückführen"), die im Ergebnis zu einer faktischen Einschränkung der Kassenwahloptionen der Versicherten oder des Marktzutritts neuer Kassen führen, sollte dabei Abstand genommen werden.
- Ein weiteres Wettbewerbsproblem betrifft die Frage der unterschiedlichen Aufsichtszuständigkeit nach der für den praktischen Kassenwettbewerb unmaßgeblichen Unterscheidung der Kassen in "landes-" und "bundesunmittelbare" soziale Versicherungsträger gemäß Art. 87 Abs. 2 Grundgesetz. Das Nebeneinander unterschiedlicher Aufsichtsbehörden für unmittelbar miteinander im Wettbewerb stehende Kassen ist Ausfluss des zumindest in funktionaler Sicht überholten Verständnisses der Kassen als Träger der mittelbaren Staatsverwaltung. Ein latenter "Wettbewerb der Wettbewerbshüter" mit – drohenden oder tatsächlichen – Verzerrungswirkungen für den "eigentlichen" Wettbewerb (nämlich den der Krankenkassen) ist mutmaßlich ein Unikum im deutschen Wirtschaftsleben, das der Korrektur bedarf.

### 3.3.2 Modalitäten der Ausübung des Kassenwahlrechts

Zentrale Triebfeder des Kassenwettbewerbs ist das individuelle Kassenwahlrecht der GKV-Mitglieder bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot der geöffneten Kassen. Insofern beeinflussen die Art und Weise, wie dieses Recht ausgeübt werden kann, maßgeblich die Wettbewerbspraxis. Gegenwärtig sind die Modalitäten des Kassenwechsels für den Großteil der GKV-Mitglieder so ausgestaltet (i.W. in § 174 Abs. 4 SGB V), dass es in jedem Jahr zwei "kritische Termine" gibt, auf die sich die ganze Aufmerksamkeit aller Beteiligten und der Öffentlichkeit konzentriert: der 30. September eines Jahres als letztmöglicher Kündigungstermin für wechselwillige Pflichtmitglieder sowie der 1. Januar des Folgejahres, an dem die Mitgliedschaft in der neuen Kasse beginnt, sofern dort zwischenzeitlich eine Anmeldung erfolgt ist.

Die in den mittlerweile fünf "Wechselrunden" gesammelten Erfahrungen seit Einführung des individuellen Kassenwahlrechts haben erhebliche Zweifel an der Zweckmäßigkeit dieser Regelungen aufkommen lassen. Diese gründen sich im Wesentlichen auf zwei Beobachtungen:

- Zum einen haben die Kassen und ihre Verbände ihr Verhalten inzwischen derart auf die beiden kritischen Wechsel-Termine ausgerichtet, dass gelegentlich sogar schon von einer weitgehenden "Paralysierung" der GKV in der zweiten Hälfte eines Kalenderjahres gesprochen wird. Denn im dritten Quartal konzentrieren sich die Kassen darauf, Kündigungen ihrer Mitglieder abzuwehren oder Mitglieder ihrer Konkurrenten abzuwerben; und im vierten Quartal sind sie vollauf damit beschäftigt, den Vollzug eines Kassenwechsels – dazu gehört nach der fristgerechten Kündigung bei der alten Kasse die Anmeldung bei einer neuen – zu sichern bzw. durch gezielte Halte- und Rückholaktivitäten "doch noch" zu verhindern.
- Zum anderen haben GKV-Mitglieder offenbar zunehmend erkannt, dass sie bei einem Wechsel zu einer beitragsatzgünstigeren Kasse bei den derzeit weithin einheitlichen Versorgungsregelungen keine nennenswerten Versorgungsnachteile befürchten müssen, zumal sie ohnehin spätestens nach zwölf Monaten wieder zu ihrer alten Kasse zurückkehren oder zu einer dritten wechseln können, wenn ihnen bei einer Leis-

tungsinanspruchnahme die damit verbundene Betreuung in ihrer neuen Kasse unzureichend erscheinen sollte.<sup>4</sup>

Als Folgerung aus der ersten Beobachtung erscheint es zweckmäßig, eine Verstärkung der Wechselprozesse im Jahresverlauf anzustreben. Hierzu könnte die derzeit bestehende Stichtagsregelung für den Kassenwechsel der pflichtversicherten GKV-Mitglieder dahingehend modifiziert werden, dass jedem GKV-Mitglied gestattet wird, seiner Kasse – mit einer hinreichend langen Kündigungsfrist – zum Ende jeden Monats zu kündigen. Ein solcher Schritt würde nicht nur die Fixierung des Kassenmanagements auf den derzeitigen Kündigungs-Stichtag 30. September beseitigen und die mit Kassenwechseln verbundenen Verwaltungsausgaben über das Jahr verteilen, sondern auch die auffällige Medienpräsenz des Themas "Kassenwechsel" verringern. Unter vielen Beobachtern herrscht weitgehend Einigkeit in der Einschätzung, dass nicht zuletzt die geballte Informationsflut vor allem der Printmedien – von Wirtschaftsmagazinen über die Tagespresse bis hin zur Regenbogenpresse –, die sich mittlerweile regelmäßig im dritten Quartal über die Öffentlichkeit ergießt, maßgeblichen Einfluss auf das Kündigungsverhalten vieler GKV-Mitglieder hat. Dabei wird keineswegs das gewachsene öffentliche Interesse an der neu geschaffenen Möglichkeit von Kassenwechseln als solches als problematisch angesehen, wohl aber dessen Konzentration auf den kritischen Kündigungstermin zum 30. September.

Die zweite Beobachtung lässt es zweckmäßig erscheinen, die Bindungsdauer nach der durch Ausübung des Kassenwahlrechts neu begründeten Kassenmitgliedschaft gegenüber dem Status quo (zwölf Monate) zu verlängern, z.B. auf zwei Jahre. Dies hätte zur Folge, dass potenzielle Kassenwechsler das Für und Wider eines solchen Schritts im Hinblick auf alle davon betroffenen Folgen – und nicht nur hinsichtlich der Beitragssatzvorteile – noch etwas gründlicher abwägen dürften und sich dadurch die Zahl der im Nachhinein möglicherweise als voreilig bewerteten Wechselentscheidungen verminderte. Dadurch würde nicht nur die Rationalität von Kassenwahlentscheidungen bei den GKV-Mitgliedern erhöht, sondern die Kassen erhielten auch mehr Planungssicherheit und würden von vermeidbaren Verwaltungsausgaben verschont. Eine Bindungsdauer der Kassenwahlentscheidung von zwei Jahren – bei unverändertem Fortbestand des bestehenden Sonderkündigungsrechts im Fall einer Beitragssatzerhöhung – erscheint den Gutachtern auch im Hinblick auf gängige Bindungsfristen in anderen Lebens- und Geschäftsbereichen sinnvoll und vertretbar. Dies gilt insbesondere dann,

---

<sup>4</sup> Nach Auskünften der "großen Versorgerkassen" sind Mitglieder, die zu ihrer vormaligen Kasse zurückkehren, weil sie mit der Betreuung in ihrer neuen Kasse bei der Leistungsanspruchnahme unzufrieden waren, keine Seltenheit.

wenn die Kassen künftig mehr Vertragsfreiheit bekommen und dadurch in die Lage versetzt werden sollten, für ihre Versicherten kassenspezifische Versorgungsangebote vorzuhalten. Dies setzt eine längerfristige "Kundenbindung" voraus und erscheint nicht mit spontanem "Kassenhopping" vereinbar.

Die vorgeschlagene Modifizierung der Regelungen zur Ausübung des Kassenwahlrechts sollte für alle wechselberechtigten GKV-Mitglieder gelten und damit zugleich die derzeitige Ungleichbehandlung von versicherungspflichtigen und -berechtigten Mitgliedern beseitigen.<sup>5</sup> Es gibt keinen ersichtlichen Grund, warum freiwillig Versicherte nicht den gleichen Kündigungs- und Bindungsfristen unterliegen sollten wie Pflichtmitglieder, solange sie grundsätzlich in der GKV versichert bleiben.

Genauso wenig kompatibel mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz in Bezug auf das Kassenwahlrecht – und damit tendenziell verzerrend hinsichtlich der damit verbundenen Wettbewerbswirkungen – sind aber auch bestimmte Veränderungen im Versicherungsstatus von Pflichtmitgliedern, die derzeit einen "außerordentlichen" Kassenwechsel zulassen. So können Pflichtmitglieder ohne Gültigkeit der ansonsten vorgeschriebenen zwölfmonatigen Bindungsfrist ihre Kasse wechseln, wenn

- sie den Arbeitgeber wechseln;
- sie als Studenten den Studienort wechseln oder nach Beendigung des Studiums erneut versicherungspflichtig oder -berechtigt werden;
- sie von einem Beschäftigungsverhältnis in Arbeitslosigkeit, Vorruhestand oder Rente wechseln oder umgekehrt; und wenn
- ihr beitragspflichtiges Einkommen die Pflichtversicherungsgrenze überschreitet und sie sich anschließend freiwillig versichern.

Die genannten Möglichkeiten eines "außerordentlichen" Kassenwechsels basieren im Wesentlichen auf der Vorstellung, dass nach einem erfolgten "Statuswechsel" die Versicherungspflicht jeweils neu begründet und damit ein grundsätzlich neues Kassenwahlrecht eröffnet wird. Derartige Regelungen und Vorstellungen sind jedoch erkennbare Relikte aus der vor-wettbewerblichen Zeit der GKV, die weithin durch gesetzliche Zuweisungsbestimmungen gekennzeichnet war. Sie passen aber nicht mehr zu der vom Gesetzgeber intendierten "solidarischen Wettbewerbsordnung". Der einzige Grund, der "außerordentliche" Kassenwechsel jenseits der ansonsten gültigen Regelungen zu Kündigungsfrist und -zeitpunkt bzw. zur erforderlichen

---

<sup>5</sup> Freiwillige Versicherte können nämlich derzeit zu jedem Zeitpunkt den Austritt aus ihrer Kasse erklären; ihre Mitgliedschaft endet in diesem Fall mit Ende des übernächsten Monats nach dem Zeitpunkt der Austrittserklärung (§ 191 Abs. 4 SGB V).

Bindungsdauer rechtfertigen würde – und zwar nicht als Option, sondern als Verpflichtung – ist der Wohnortwechsel eines Mitglieds, das einer Kasse angehört, deren regionaler Tätigkeitsbereich sich nicht auf den neuen Wohnort erstreckt (bzw. bei Studenten analog in Bezug auf einen Wechsel des Studienortes).<sup>6</sup>

Im Ergebnis würden die hier vorgeschlagenen Modifikationen zu abgewogeneren Kassenwahlentscheidungen führen, das Wechselgeschehen verstetigen, die Planungssicherheit der Kassen erhöhen, wechselbedingte Verwaltungsausgaben gleichmäßiger über das Jahr verteilen und gegebenenfalls sogar senken sowie die bestehende Diskriminierung der Pflichtversicherten im Wechselrecht beseitigen und insofern Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder gleichstellen.

### 3.3.3 Kopfpauschalen in der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Ein weiteres Wettbewerbsproblem ist schließlich zu thematisieren, das unmittelbar zu teilweise deutlichen Beitragssatzverzerrungen führt und das dringend einer Lösung bedarf: die gegenwärtige Praxis der Vergütung vertragsärztlicher (und teilweise auch vertragszahnärztlicher) Leistungen. Die Lösung dieses Problems kann nach Auffassung der Gutachter allerdings – anders als teilweise vorgeschlagen – ebenfalls nicht über eine veränderte Ausgestaltung des RSA erfolgen, sondern bedarf gesetzgeberischen Handelns "jenseits des RSA".

Wie Tabelle 6 zeigt, bestehen in der vertragsärztlichen Versorgung erhebliche Unterschiede in den relativen Ausgabenpositionen, die die Kassen im Vergleich ihrer tatsächlichen Ausgaben zum entsprechenden Teil-Beitragsbedarf aufweisen. Bei einigen (kleinen) Kassen machen die Ausgaben in diesem Leistungsbereich weniger als 65 Prozent des Teil-Beitragsbedarfs aus, demgegenüber liegen sie bei anderen Kassen deutlich über 100 Prozent des Teil-Beitragsbedarfs aus dem RSA. Hieraus ergeben sich zum Teil deutliche Beitragssatzeffekte (siehe Spalte 6 der Tabelle): Kassen mit tatsächlichen Ausgaben von weniger als 95 Prozent ihres Teil-Beitragsbedarfs haben relative Beitragssatzvorteile von 0,3 bis 0,5 Beitragssatzpunkten im Vergleich zu einem Szenario, in dem ihre tatsächlichen Leistungsausgaben mit ihrem Teil-Beitragsbedarf im Leistungsbereich Vertragsärzte überein-

---

<sup>6</sup> Außerdem müsste der in § 175 Abs. 5 SGB V geregelte Spezialfall eines außerordentlichen Kassenwahlrechts zugunsten einer neu errichteten, ausgedehnten oder aufgrund von betrieblichen Veränderungen neu wählbaren BKK oder IKK solange fortbestehen, wie diesen Kassenarten entsprechende Sonderrechte in Bezug auf die kassenindividuelle Entscheidung einer allgemeinen Öffnung eingeräumt bleiben.

stimmen. Demgegenüber haben Kassen mit tatsächlichen Ausgaben von mehr als 105 Prozent ihres Teil-Beitragsbedarfs relative Beitragssatznachteile von 0,2 bis 0,4 Beitragssatzpunkten. Zwischen Kassen mit einer sehr günstigen bzw. sehr ungünstigen relativen Ausgabenposition im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung kann es in der Spitze also durchaus zu einem rechnerischen Beitragssatzunterschied von fast einem Beitragssatzpunkt kommen.

Tabelle 6: Ausgabendeckende Teil-Beitragssätze für vertragsärztliche Behandlung nach Typen von Krankenkassen für 1999

Ausgaben für Ärzte relativ zum Teil-Beitragsbedarf	Anzahl Kassen	darunter:		Anzahl Versicherte	Beitrags- satzeffekt	
		von ... bis unter ...	Durch- schnitt			Ersatz- kassen
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
unter 65 %	58 %	12	–	12	42.376	-0,5 %
65 % < 75 %	73 %	15	–	14	144.438	-0,4 %
75 % < 85 %	84 %	60	–	49	7.284.358	-0,5 %
85 % < 95 %	90 %	132	–	106	15.291.441	-0,3 %
95 % < 105 %	100 %	141	3	129	18.208.975	0,0 %
105 % < 115 %	109 %	89	10	74	25.552.023	+0,2 %
115 % < 125 %	122 %	20	4	16	2.844.715	+0,4 %
125 % und höher	130 %	31	3	28	672.147	+0,4 %
ausgewert. Kassen	100 %	500	20	428	70.040.474	0,0 %

Quelle: IGES nach Daten von BMG und BVA (Satzart 40) sowie Stamm- und Veränderungsdaten der Kassen (BMG, BVA, BfA, Spitzenverbände)

Anm.: (1) Nettoausgaben für vertragsärztliche Behandlung in Prozent des Teil-Beitragsbedarfs für ärztliche Behandlung  
 (2) Fusionsstand 01.07.2000; Krankenkassen mit Ost- und West-Rechtskreis zählen als zwei Kassen  
 (3) Ersatzkassen für Arbeiter und Angestellte, gegebenenfalls mit Ost- und Westkasse vertreten  
 (4) Versichertenjahre gemäß Satzart 40  
 (5) BS-Effekt durch die Mehr-/Minderausgaben beim Status quo des RSA; die Mittelung des BS-Effekts, die sich durch die bundesweite BS-Kalkulation der Krankenkassen ergibt, ist hier ignoriert



Kassen verschiedener Kassenarten sind von den beschriebenen Beitragssatzeffekten sehr unterschiedlich betroffen. So gibt es keine einzige Ersatzkasse mit einem positiven Beitragssatzeffekt; vielmehr haben die meisten Ersatzkassen – teilweise merkliche – Beitragssatznachteile (Spalte 3). Dagegen ist das Bild der Betroffenheit bei den Betriebskrankenkassen sehr heterogen: Die ausgewerteten BKKn verteilen sich hinsichtlich ihrer Ausgabenposition in der vertragsärztlichen Versorgung über das gesamte ausgewiesene Spektrum von tatsächlichen Ausgaben von weniger als 65 Prozent bis mehr als 125 Prozent ihres jeweiligen Teil-Beitragsbedarfs (Spalte 4). Dieses äußerst heterogene Bild gilt auch für die stark gewachsenen BKKn: Von den BKKn, deren Mitgliederzahl sich zwischen 1995 und 1999 mindestens verdoppelt hat (Zeilen 1 bis 4 in Tabelle 3) weist weniger als ein Fünftel eine weithin ausgeglichene relative Ausgabenposition im vertragsärztlichen Versorgungsbereich auf, während sich mehr als 80 Prozent dieser Kassen fast gleichmäßig auf die Gruppen mit einer über- bzw. einer unterdurchschnittlichen Ausgabenposition verteilen.

Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass für diese beträchtlichen Beitragssatzeffekte Morbiditätsunterschiede der Versicherten der jeweiligen Kassen maßgeblich sind. Vielmehr sind die Unterschiede vor allem ein Resultat der spezifischen Entwicklung der Leistungsvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung. Die derzeit von den Kassen für die vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten gezahlten Gesamtvergütungen stehen nicht in einem regelhaften Zusammenhang mit dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen. Die Kassen zahlen weit überwiegend Gesamtvergütungen, die jährlich als "mitgliederbezogene Kopfpauschalen" angepasst werden; in verschiedenen Jahren (1993 bis 1995 sowie 1999) war dabei im Rahmen einer strikten sektoralen Budgetierung die Anpassung der Gesamtvergütungen in Höhe der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten unter Berücksichtigung der Veränderung der Mitgliederzahlen einer Kasse sogar gesetzlich vorgeschrieben.

Ausgangspunkt für die Ermittlung der Höhe der Kopfpauschalen waren zu Beginn der 90er Jahre die bis dahin im Prinzip auf der Basis von (wenn auch plafonierten) Einzelleistungen gezahlten Gesamtvergütungen, die auf die Zahl der Mitglieder umgelegt wurden. Die Höhe der Kopfpauschalen spiegelte bei ihrer Einführung auch die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen wider, denn die vergleichsweise "grundlohnstarken" Ersatzkassen zahlten traditionell höhere Punktwerte im Rahmen der Einzelleistungsvergütung als die "RVO-Kassen" und befanden sich damit – in einer GKV ohne RSA – keineswegs zwangsläufig im Widerspruch zum Gebot der Beitragssatzstabilität. Die Vergütung über mitgliederbezogene Kopfpauschalen ist zwar nach § 85 SGB V nicht zwingend vorgeschrieben, da dort auch "weitere Berechnungsarten" für die Ermittlung der Höhe der Gesamtver-

gütung zugelassen sind; in der Vertragspraxis haben sich andere Vergütungsformen jedoch bislang nicht durchgesetzt. In einigen Gesamtverträgen werden allerdings für KVdR-Mitglieder höhere Kopfpauschalen als für AKV-Mitglieder gezahlt. Auch werden (kleinere) Bereiche der ärztlichen Leistungen außerhalb der Kopfpauschalen gesondert vergütet.

Demgegenüber werden bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs für den Hauptleistungsbereich Ärzte im RSA die am tatsächlichen Versorgungsgeschehen orientierten und mit Geld bewerteten Punktmengen zugrunde gelegt, die die Vertragsärzte bei ihren Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung anfordern. Damit entstehen jedoch mehrere Inkompatibilitäten zwischen der Ausgestaltung der Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung einerseits und der Berücksichtigung dieses Leistungsbereiches im RSA andererseits.

### **Kopfpauschalen und Finanzkraftunterschiede**

Während dem vergleichsweise höheren Niveau der Kopfpauschalen der Ersatzkassen bei Einführung der sektoralen Budgetierung in der Tendenz auch höhere beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied gegenüberstanden, aus denen die Kopfpauschalen finanziert werden konnten, wird die höhere Finanzkraft einer Kasse seit 1994 durch den RSA weitgehend abgeschöpft. Umgekehrt erhalten die Kassen mit unterdurchschnittlicher Finanzkraft, die traditionell niedrigere Punktwerte im Rahmen der Gesamtvergütung zahlten, woraus bei Einführung der sektoralen Budgetierung niedrigere Kopfpauschalen resultierten, seit Einführung des RSA einen weitgehenden Ausgleich ihrer Finanzkraftnachteile.

In Bezug auf diese Inkompatibilität erscheint eindeutig, dass Lösungen dieses Problems nicht in einer Modifizierung des RSA liegen können, sondern im Vertragsbereich gesucht werden müssen: Wie in den übrigen Leistungsbereichen der GKV stehen auch in der vertragsärztlichen Versorgung nicht mehr die kassenspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen zur Verfügung. Allerdings erscheint es kaum realistisch, dass entsprechende Lösungen im Rahmen des geltenden Rechts gefunden werden können. Vergütungsabsenkungen bei Kassen mit traditionell höheren Vergütungen müssten Anhebungen bei Kassen mit traditionell niedrigeren Vergütungen gegenüber stehen – wenn die Anpassung des jeweils kassenspezifischen Niveaus der Gesamtvergütung an die durch den RSA erfolgte weitgehende Nivellierung der Finanzkraft insgesamt zu einem unveränderten Vergütungsvolumen für die Kassenärzte führen soll. Aufgrund des Kassenwettbewerbs ist es jedoch unwahrscheinlich, dass Kassen mit vergleichsweise niedrigen Kopfpauschalen die daraus resultierenden Beitragssatzvorteile im Verhandlungswege aufgeben. Selbst wenn sie dazu bereit wären, stünde dies im Wider-

spruch zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V, der Vergütungsabschlüsse mit einer höheren Zuwachsrate als bei den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten weithin ausschließt. Auch auf dem Weg über Schiedsamtverfahren ist daher im geltenden Recht eine flächendeckende "symmetrische" Veränderungen des Vergütungsniveaus kaum realisierbar. Allerdings zeigt das Beispiel der Schiedsamtssprüche zu den Gesamtvergütungen der Betriebs- und Ortskrankenkassen in Niedersachsen, dass der Weg über die Schiedsämter auch nicht von vornherein gänzlich ausgeschlossen ist. Er würde erleichtert, wenn z.B. der Gesetzgeber die Schiedsämter verpflichten würde, den durch den RSA vorgenommenen Grundlohnenausgleich bei der Anpassung der Kopfpauschalen zu berücksichtigen. Denkbar wäre aber auch, dass der Gesetzgeber den Vertragspartnern bei einer Korrektur des Vergütungssystems direkte Hilfestellung gäbe.

### **Kopfpauschalen und unterschiedliche Versichertenstrukturen**

Eine zweite Inkompatibilität zwischen RSA und Vergütungssystem ergibt sich aus dem Widerspruch zwischen dem das Behandlungsgeschehen nicht widerspiegelndem Mitgliederbezug der Kopfpauschalen (als Rechenbasis für die Fortschreibung der Gesamtvergütungen) und der Ermittlung des Teil-Beitragsbedarfs für den Hauptleistungsbereich Ärzte im RSA. Auch wenn die Kopfpauschalen bei ihrer Einführung dem damaligen Behandlungsumfang je Mitglied (abgebildet durch die erbrachten Punktmengen) entsprochen haben, können sich Behandlungsvolumen und Gesamtvergütung seitdem u.a. aufgrund von Veränderungen der Versichertenstrukturen auseinander entwickelt haben: Einerseits kann sich die Relation zwischen der Zahl der Mitglieder einer Kasse (auf deren Grundlage die Gesamtvergütungen fortgeschrieben werden) und der Zahl ihrer Versicherten einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen (für die der Teil-Beitragsbedarf im RSA ermittelt wird) verändert haben, und zwar für die einzelnen Kassen in unterschiedlichem Umfang. Andererseits können sich die Altersstrukturen der Versicherten in den 90er Jahren unterschiedlich zwischen den Kassen entwickelt haben mit entsprechend unterschiedlichen Finanzwirkungen: Bei Kassen, deren Altersstruktur sich durch einen starken Zuwachs jüngerer Versicherter "verjüngt" hat, ist der mittlere Beitragsbedarf je Versicherten im RSA entsprechend gesunken, während die Kopfpauschale, die an die KV gezahlt wird, nicht entsprechend reduziert wurde. Umgekehrt gilt, dass bei Kassen, deren Versicherte im Durchschnitt älter geworden sind (etwa weil sie einen Nettoverlust an jüngeren Versicherten verzeichnen), der Beitragsbedarf je Versicherten im RSA im Zeitverlauf gestiegen ist, ohne dass es gegenüber den KVen entsprechende Vergütungszuwächse gegeben hat. Schließlich können sich aufgrund von Weiterentwicklungen in der medizinischen Versorgung und honorarpolitisch moti-

vierter Reformen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes die relativen Bewertungen der ärztlichen Leistungen je Versicherten je nach der Versichertenstruktur der Kassen unterschiedlich zwischen diesen geändert haben; dies spiegelt sich zwar in der Berechnung der Teilprofile des RSA für ärztliche Leistungen, nicht jedoch in den Vergütungen wider.

In Bezug auf diese Aspekte der Asymmetrie zwischen vertragsärztlicher Vergütung und RSA könnte einerseits argumentiert werden, dass der RSA "falsch" gestaltet sei, weil er nicht an das tatsächliche Vergütungsgeschehen angepasst ist. Andererseits kann mit guten Gründen auch umgekehrt argumentiert werden, dass der RSA sachgerecht, das Vergütungssystem dagegen "fehlerhaft" ausgestaltet ist:

- Der RSA soll in erster Linie Beitragssatzeffekte der aus unterschiedlichen Versichertenstrukturen zwischen den Kassen resultierenden finanziellen Belastungen ausgleichen. Angenommen, die mitgliederbezogenen Kopfpauschalen hätten keinen erkennbaren Bezug mehr zu den von den Ärzten abgerechneten Punktmengen, die die Inanspruchnahme der Versicherten widerspiegeln. Dann würden im RSA Risikostrukturunterschiede ausgeglichen, durch die die Kassen gar nicht unterschiedlich finanziell belastet würden. Der RSA vermeidet in einer solchen Überlegung keine ungerechtfertigten Beitragssatzdifferenzen, sondern ruft sie im Gegenteil hervor. Dieser Argumentation zufolge wäre der RSA der Logik des Vergütungssystems anzupassen und hätte im Hauptleistungsbereich Ärzte entsprechend für Mitglieder standardisierte Leistungsausgaben in Höhe der durchschnittlich gezahlten Kopfpauschalen, für Familienversicherte hingegen standardisierte Leistungsausgaben in Höhe von Null auszuweisen.
- In der Ausgangssituation war allerdings die aus der seinerzeitigen Versichertenstruktur resultierende Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen Grundlage der "Basis-Budgets", sodass Kopfpauschalen und Leistungsanspruchnahme auch heute nicht vollständig voneinander losgelöst sind. "Reste" der Orientierung an der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zeigen sich auch insoweit, wie Kassen getrennte Kopfpauschalen für Aktive und Rentner zahlen. Eine Umstellung des RSA auf undifferenzierte Durchschnittswerte mitgliederbezogener Kopfpauschalen würde Kassen, bei denen überdurchschnittlich hohe Kopfpauschalen je Mitglied diese Effekte widerspiegeln, ungerechtfertigt belasten.
- Das Beispiel der nach Aktiven und Rentnern differenzierten Kopfpauschalen verweist zugleich auf ein prinzipielles methodisches Problem: Der RSA kann nicht verzerrungsfrei den "Durchschnitt" unterschiedlicher Vergütungssysteme abbilden. Vor diesem Hintergrund kann der RSA sachgerecht nur so ausgestaltet werden, dass er möglichst realis-

tisch die durch die Versichertenstrukturunterschiede hervorgerufenen Unterschiede in der Inanspruchnahme von GKV-Leistungen abbildet. Die Ermittlung des Teil-Beitragsbedarfs im RSA für den Hauptleistungsbereich Ärzte mit ihrer Orientierung an den von den einzelnen Ärzten ihrer Honorarforderung an die KV zugrunde gelegten EBM-Punkten erweist sich insoweit als "näher" am tatsächlichen Versorgungsgeschehen als die gegenwärtig dominierenden Regelungen zur Ermittlung der Gesamtvergütung.

Nach Abwägung dieser Gesichtspunkte halten es die Gutachter nicht für sachgerecht, von der gegenwärtigen Form der Ermittlung des Teil-Beitragsbedarfs für den Hauptleistungsbereich Ärzte abzugehen. Sinnvoll erscheint es ihnen dagegen, auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu einer stärker am Versorgungsgeschehen orientierten Leistungsvergütung zu kommen – also einen Weg einzuschlagen, der im Bereich der Krankenhausvergütung mit der Einführung eines DRG-basierten Vergütungssystems gerade beschritten wird. Dabei erscheint es allerdings erforderlich, die jeweiligen Gesamtwirkungen zu beachten, die sich für die einzelnen Kassen aus dem Zusammenwirken von Modifikationen im RSA – wie sie in diesem Gutachten vorgeschlagen werden – sowie von Veränderungen in der Leistungsvergütung – aufgrund der Einführung der DRGs sowie im vertragsärztlichen Bereich – insgesamt ergeben.

Die Gutachter weisen zugleich darauf hin, dass auch dann, wenn sich die Vergütungssysteme im Zuge des Kassenwettbewerbs weiter auseinander entwickeln sollten, der RSA nicht widerspruchsfrei unterschiedliche Vergütungssysteme abbilden kann, sondern eine sachgerechte Ausgestaltung immer möglichst nahe am Versorgungsgeschehen und der Morbidität liegen muss. Dies ist etwa von Bedeutung für Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung, die möglicherweise völlig neue, auch sektorübergreifende Vergütungsformen beinhalten können. In diesen Fällen ist – unabhängig davon, wie die Vergütung jeweils konkret ausgestaltet ist – in den Verträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern sicherzustellen, dass die Leistungserbringer weiterhin Informationen über die Leistungseinheiten (also gegenwärtig: EBM-Punkte in der vertragsärztlichen Versorgung) erfassen und übermitteln. Auf dieser Grundlage können dann die standardisierten Leistungsausgaben für den RSA berechnet werden.

## 4 Perspektiven der Weiterentwicklung des RSA

Die in diesem Berichtsabschnitt dargelegten Überlegungen beginnen mit einer Bewertung des Grundprinzips der gegenwärtigen Funktionsweise des RSA. Zu seiner zweckmäßigen Weiterentwicklung wird ein Kriterienkatalog entwickelt, mit dessen Hilfe Reformvorschläge auf ihre Zweckmäßigkeit überprüft werden können. In den folgenden Abschnitten erfolgt eine Skizzierung der aus Sicht der Gutachter zentralen Vorschläge für eine zukunftsweisende Reform des RSA: eine direkte Morbiditätsorientierung bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs, deren Ergänzung durch einen Hochrisikopool sowie die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs. Die Kenntnis dieser zentralen Elemente des zukünftigen RSA ist nicht zuletzt auch für die Beurteilung kurzfristiger Maßnahmen, wie sie im daran anschließenden Kapitel beschrieben werden, bedeutsam.

### 4.1 Zur Funktionsweise des RSA

Der RSA hat die Aufgabe, unterschiedliche Anteile der Kassen an der Wahrnehmung der GKV-weiten Solidaraufgaben in ihrer jeweiligen Beitragssatzwirkung zu neutralisieren. Hierzu werden bei seiner derzeitigen Ausgestaltung folgende Merkmale der kassenspezifischen Versichertenstruktur berücksichtigt: beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder, Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen, Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Art der Anspruchsberechtigung auf Krankengeld sowie Alter und Geschlecht der Versicherten. Von zentraler Bedeutung für die Ermittlung der Transferposition einer Kasse im RSA (Zahlungsanspruch bzw. Zahlungsverpflichtung) ist die Gegenüberstellung der beiden RSA-Rechengrößen "Beitragsbedarf" und "Finanzkraft". Die Grundlogik der Ermittlung dieser beiden Größen soll hier deshalb kurz dargestellt werden.<sup>7</sup>

Der *Beitragsbedarf* soll die Höhe der Leistungsausgaben widerspiegeln, die einer Kasse unter Zugrundelegung ihrer spezifischen Versichertenstruktur im GKV-Durchschnitt entstehen. Zu diesem Zweck werden, jeweils differenziert nach Alter und Geschlecht, unterschiedliche Versichertengruppen

---

<sup>7</sup> Dabei wird von einer Reihe spezifischer Aspekte abstrahiert, u.a. der zweigeteilten Durchführung des RSA mit monatlichem Abschlagsverfahren und retrospektivem Schlussausgleich sowie der konkreten Ermittlung der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben per Voll- bzw. Stichprobenerhebung in unterschiedlichen Leistungsbereichen.

gebildet: mit und ohne Bezug einer BU/EU-Rente sowie nach der Art des Krankengeldanspruchs (ohne, nach oder vor Ablauf von 6 Wochen). Insgesamt ergeben sich damit 670 "RSA-Risikogruppen" bzw. "RSA-Zellen", denen jeder Versicherte für jeden Tag seiner Zugehörigkeit zu einer Kasse eindeutig zugeordnet wird. Für jede der 670 RSA-Zellen werden für die im RSA berücksichtigten Leistungsbereiche GKV-durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben ermittelt, die auch als "standardisierte Leistungsausgaben" bezeichnet werden. Nicht berücksichtigt werden gegenwärtig Satzungs- und Ermessensleistungen sowie die Verwaltungsausgaben der Kassen.

Jedem Versicherten einer Krankenkasse können entsprechend seiner Zugehörigkeit zu einer der 670 RSA-Zellen standardisierte Leistungsausgaben zugeordnet werden, deren Summe über alle ihre Versicherten den Beitragsbedarf einer Kasse ergibt. Kassen mit einer überdurchschnittlich jungen Versichertenstruktur haben entsprechend einen vergleichsweise geringen mittleren Beitragsbedarf (pro Kopf ihrer Versicherten), Kassen mit überdurchschnittlich vielen älteren Versicherten oder einem hohen Anteil an BU/EU-Rentnern dagegen einen relativ hohen.

Werden die Beitragsbedarfe aller Kassen addiert und durch die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder dividiert, ergibt sich der Ausgleichsbedarfssatz (ABS), der gegenwärtig bei rund 12,7 Prozent liegt. Der ABS gibt damit an, wie hoch der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder im Durchschnitt aller Kassen sein muss, um die im RSA berücksichtigten Leistungsausgaben zu finanzieren. Mit Hilfe des ABS wird die neben dem Beitragsbedarf zweite zentrale RSA-Rechengröße ermittelt: die *Finanzkraft* einer Kasse. Dazu wird der GKV-einheitliche ABS auf die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen jeder Kasse bezogen. Kassen, deren Versicherte überdurchschnittlich hohe beitragspflichtige Einnahmen aufweisen, haben entsprechend eine vergleichsweise hohe Finanzkraft und umgekehrt.

Der RSA-Transfer einer Kasse ergibt sich durch Gegenüberstellung der beiden Rechengrößen Finanzkraft und Beitragsbedarf. Wenn der Beitragsbedarf einer Kasse ihre Finanzkraft übersteigt, erhält die Kasse die Differenz aus dem RSA; ist die Finanzkraft größer als der Beitragsbedarf, muss sie die Differenz in den RSA einzahlen.

Der hier in seinen Grundzügen skizzierte Ausgleichsmechanismus des gegenwärtigen RSA hat insbesondere zwei zentrale Wirkungen:

- Risikoselektion nach Alter, Geschlecht oder Invalidität lohnt aus Sicht einer Kasse nicht, weil jede diesbezügliche Verbesserung ihrer Risikostruktur nicht etwa zu einem entsprechend geringeren Beitragssatz, son-

dem zu einer entsprechenden Zahlungsverpflichtung bzw. Verminderung des Ausgleichsanspruchs im RSA führt. Dagegen wird Risiko-selektion nach dem Einkommen zwar weitgehend, aber nicht vollständig unattraktiv: Weil sich der ABS (der zur Ermittlung der kassenspezifischen Finanzkraft verwendet wird) nur auf die im RSA berücksichtigten Leistungsausgaben (ohne Satzungs- und Ermessensleistungen und ohne Verwaltungskosten) bezieht, werden Unterschiede zwischen den Kassen bei den beitragspflichtigen Einnahmen in ihrer Beitragssatzwirkung entsprechend nur zu rund 92 Prozent neutralisiert.

- Unabhängig von ihrer jeweiligen Kassenzugehörigkeit sind alle GKV-Versicherten im Wesentlichen im gleichen Umfang an der Finanzierung der GKV-weiten Solidaraufgaben beteiligt.

Unzutreffend ist dagegen der verschiedentlich geäußerte Vorwurf, dass (Netto-) Empfänger-kassen im RSA durch (Netto-)Zahlerkassen "subventioniert" würden und sich deshalb unwirtschaftliches Ausgabengebahren leisten könnten: Der RSA erhält weder unwirtschaftliche Kassen künstlich am Leben, noch setzt er Anreize zu unwirtschaftlichem Verhalten, und zwar weder bei Zahler- noch bei Empfänger-kassen. Wenn eine Kasse ihre Ausgaben erhöht (z.B. aufgrund großzügiger Honorarvereinbarungen mit Leistungserbringern oder großzügiger "Gewährung" von Leistungen an Versicherte), hat sie dies in aller Regel zum weitaus größten Teil über ihren eigenen Beitragssatz selbst zu finanzieren, ohne ihre Mehrausgaben durch einen erhöhten Zuweisungsanspruch oder verringerte Zahlungsverpflichtungen im RSA refinanziert zu bekommen.

Zur Illustration dieses Sachverhalts soll ein fiktives Beispiel betrachtet werden (vgl. Tabelle 7): Die beiden gleich großen Kassen A und B weisen im ersten Jahr Leistungsausgaben von 70 Mrd. DM auf, jeweils gerade genau in der Höhe ihres Beitragsbedarfs. Weil Kasse A mit 475 Mrd. DM über geringere beitragspflichtige Einnahmen verfügt als Kasse B mit 525 Mrd. DM, ergibt sich ein Zahlungsanspruch von 3,5 Mrd. DM für Kasse A, dem eine entsprechende Zahlungsverpflichtung für Kasse B gegenübersteht. Wird von den im RSA nicht berücksichtigten Satzungs- und Ermessensleistungen und Verwaltungsausgaben einmal abgesehen, ergibt sich durch den RSA für beide Kassen ein rechnerischer Beitragssatz von 14 Prozent: Der RSA gleicht die Beitragssatzwirkungen der unterschiedlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen beider Kassen aus. In zweiten Jahr erhöht nun Kasse A ihre Leistungsausgaben um 14 Mrd. DM auf 84 Mrd., während die Ausgaben von Kasse B genauso unverändert bleiben wie die beitragspflichtigen Einnahmen beider Kassen. Im Ergebnis steigen die Beitragsbedarfe beider Kassen auf 77 Mrd. DM und der ABS von vormals 14,0 auf 15,4 Prozent. Während sich das Volumen des RSA-Transfers von B zu A nur



leicht von 3,5 auf 3,85 Mrd. DM erhöht, fallen die rechnerisch deckenden Beitragssätze beider Kassen – 16,87 Prozent bei Kasse A und 14,07 Prozent bei Kasse B – nunmehr deutlich auseinander, weil Kasse A ihre Mehrausgaben praktisch vollständig allein finanzieren und mit einem entsprechenden Beitragssatznachteil "büßen" muss. Der in diesem Zahlenbeispiel noch erkennbare minimale Mitfinanzierungsanteil von Kasse B an der Ausgabenerhöhung von Kasse A ist in der "realen GKV-Welt" nur noch von theoretischem Belang, weil das Ausgabengeschehen einer Kasse auf den GKV-weiten ABS nicht mehr die Bedeutung hat wie in dem vereinfachenden Zwei-Kassen-Beispiel.

Tabelle 7: Exemplarische Auswirkungen einer Ausgabenveränderung auf Beitragssatz und Transfervolumen

Kasse	1. Jahr			2. Jahr		
	A	B	"GKV"	A	B	"GKV"
im RSA berücksichtigte Ausgaben	70	70	140	84	70	154
beitragspflichtige Einnahmen	475	525	1000	475	525	1000
Beitragsbedarf	70	70	140	77	77	154
Ausgleichsbedarfssatz			14,0 %			15,4 %
Finanzkraft	66,5	73,5		73,15	80,85	
RSA-Transfer	-3,5	+3,5		-3,85	+3,85	
rechnerischer Beitragssatz nach RSA	14,0 %	14,0 %		16,87 %	14,07 %	

Anm.: ohne Berücksichtigung von Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben bei der Beitragssatzkalkulation;  
negativer RSA-Transfer bedeutet: Ausgleichsanspruch,  
positiver RSA-Transfer bedeutet: Ausgleichsverpflichtung

Der RSA setzt also – im grundlegenden Unterschied zum früheren KVdR-Finanzausgleich – wesentliche Anreize zu einem wirtschaftlicheren Verhalten der Kassen: Ausgabensteigerungen einzelner Kassen schlagen sich mit aller Stärke im Beitragssatz dieser Kassen nieder; Ausgabenminderungen können in Form von Beitragssatzsenkungen an die Versicherten weitergegeben werden und müssen nicht in den RSA abgeführt werden. Eine nennenswerte Refinanzierung von Ausgabensteigerungen einzelner Kassen durch den derzeit praktizierten RSA kann nur in ganz wenigen Spezialfällen erfolgen, z.B. wenn eine Kasse einen großen Anteil an Versicherten in bestimmten RSA-Zellen aufweist und die Ausgaben speziell in diesen Gruppen erhöht werden.

#### **4.2 Zielgerichtete Weiterentwicklung des RSA**

Die Grundkonzeption des RSA, insbesondere die Gegenüberstellung der beiden zentralen RSA-Rechengrößen Beitragsbedarf und Finanzkraft, hat sich nach Auffassung der Gutachter grundsätzlich bewährt. Allerdings hat die Analyse des Status quo von Kassenwettbewerb und RSA ergeben, dass die Kassen nach wie vor ein Interesse haben, innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen möglichst wenig kranke, vor allem wenig schwer und chronisch kranke Personen zu versichern. Auch haben die Kassen erkennbare Hemmungen, gezielt in das Versorgungsmanagement von chronischen Erkrankungen einzusteigen. Dies ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs im derzeitigen RSA zwar nach Alter, Geschlecht und Invalidität differenziert wird, aber keine weitergehende Differenzierung nach dem Morbiditätsrisiko vorgenommen wird. So ist z.B. eine 40-jährige Diabetikerin für eine Kasse ein dauerhaft "ungünstiges Risiko", da die Kasse für diese Versicherte im RSA denselben Beitragsbedarf zugerechnet erhält wie für eine 40-jährige Frau mit durchschnittlichem Gesundheitszustand, obwohl die Leistungsausgaben der Diabetikerin – selbst bei noch so erfolgreichem Versorgungsmanagement – regelmäßig deutlich über den standardisierten Leistungsausgaben ihrer RSA-Risikogruppe liegen dürften. Eine Kasse kann somit ihre Beitragssatzposition verbessern, wenn sie möglichst wenig chronisch Kranke versichert. Betreibt sie dagegen gezieltes Versorgungsmanagement, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung schwer und chronisch Kranker zu verbessern, läuft sie Gefahr, damit weitere Versicherte der jeweiligen Patientengruppen anzulocken, die z.B. von ihren Ärzten entsprechend informiert werden. In diesem Fall könnte sich die Beitragssatzposition der Kasse sogar tendenziell verschlechtern, wenn der durch das Versorgungsmanagement im Einzelfall ggf. erzielte Ausgabenvorteil durch den Zulauf an insgesamt nach wie vor "ungünstigen" Versicherungsrisiken überkompensiert würde.

Bevor ein Konzept zur zielgerichteten Weiterentwicklung des RSA vorgestellt wird, ist es notwendig, Kriterien zur Beurteilung von Reformvorschlägen aufzustellen. Im zweiten Kapitel dieses Berichts wurde ausführlich auf die zentralen Funktionen eingegangen, die der RSA als Kernelement der solidarischen Wettbewerbsordnung erfüllen muss. Diese Funktionen müssen grundsätzlich als Messlatte bei der Beurteilung von Reformvorschlägen zur Ausgestaltung des RSA dienen, seien diese kurz- oder längerfristiger Natur. Hinzu tritt als weiteres wichtiges Beurteilungskriterium die praktische Machbarkeit bzw. Umsetzbarkeit möglicher RSA-Modifikationen.

Im Einzelnen gibt es nach der Auffassung der Gutachter vier wesentliche Kriterien, die bei der Beurteilung von konkreten Reformvorschlägen zur Ausgestaltung des RSA jeweils zugrunde gelegt werden müssen:

- **Qualität und Wirtschaftlichkeit**

Dieses Kriterium hat drei Dimensionen:

- Es sollen Anreize für die Kassen bestehen, sich um eine möglichst hohe Versorgungsqualität der Leistungserbringung zu bemühen. Dies setzt voraus, dass die Kassen nicht von gezieltem Versorgungsmanagement Abstand nehmen, weil sie befürchten müssen, damit "per Saldo" ihre Wettbewerbsfähigkeit zu verschlechtern; sie sollen sich vielmehr von solchen Aktivitäten unmittelbare Wettbewerbsvorteile versprechen können.
- Es muss sichergestellt sein, dass erzielte Einsparungen bei den Leistungsausgaben nicht an den RSA abgeführt werden müssen, sondern zu Beitragssatzsenkungen bei der Kasse verwendet werden können; umgekehrt müssen Mehrausgaben bei einer Kasse beitragsatzwirksam werden.
- Schließlich muss sichergestellt sein, dass Einsparungen und Mehrausgaben bei den Verwaltungskosten nicht zu veränderten Transfers im RSA führen, sondern ebenfalls unmittelbar in Form verminderter oder erhöhter Beitragssätze bei der Kasse wirksam werden.

Reformen des bestehenden RSA sollten gegenüber dem Status quo auf keinen Fall eine Verschlechterung dieser Anreize bewirken.

- **Vermeidung von Anreizen zu Risikoselektion**

Die Kassen sollen kein Interesse haben, bestimmte Versicherte (z.B. ohne oder mit vergleichsweise niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen oder einem bekanntermaßen schlechten Gesundheitszustand) nach Möglichkeit nicht in ihrer Versichertengemeinschaft zu haben oder von einem Wechsel zu ihnen abzuhalten. Umgekehrt soll ihr Interesse nicht darauf gerichtet sein, "gute Risiken" möglichst zahlreich in ihrem Versichertenbestand zu haben. Veränderungen am RSA müssen darauf ge-

richtet sein, solche Anreize gegenüber dem Status quo weiter zu minimieren.

- **Machbarkeit/Umsetzbarkeit**

Reformen des bestehenden RSA-Mechanismus müssen praktisch durchführbar sein; dies bedeutet im Einzelnen dreierlei:

- Die erforderlichen Datengrundlagen für einen modifizierten RSA müssen in hinreichender Qualität verfügbar sein oder zumindest mit vertretbarem Aufwand beschafft werden können.
- Die Daten müssen eine möglichst geringe Manipulationsanfälligkeit aufweisen. Ausgestaltungen des RSA, bei denen die notwendigen Datengrundlagen vergleichsweise einfach manipuliert werden könnten, ohne dass dies nachprüfbar wäre, sollten nach Auffassung der Gutachter nicht implementiert werden. Das Erfordernis einer hohen Manipulationsresistenz der Datengrundlagen gilt nicht nur in Bezug auf die Kassen, sondern auch auf andere Akteure, die gleichgerichtete Interessen haben könnten, z.B. Leistungserbringer, die sich gegebenenfalls verbesserte Vergütungen versprechen.
- Zur Machbarkeit gehört schließlich auch die "Systemkonformität": Reformen des bestehenden RSA sollten mit den bisherigen Grundprinzipien seiner Ausgestaltung kompatibel sein.

- **Beitragssatzrelevanz**

Reformvorschläge sollten gegenüber dem Status quo eine hinreichende Beitragssatzrelevanz besitzen. Vorschläge, die zwar konzeptionell "richtig" erscheinen, jedoch keine nennenswerte quantitative Bedeutung haben, sollten nicht zwangsläufig umgesetzt werden. Dies gilt insbesondere, wenn sie mit spürbarem Umstellungsaufwand für alle Beteiligten verbunden sind.

Den Gutachtern ist bewusst, dass hinsichtlich der Erfüllung dieser Beurteilungskriterien teilweise Zielkonflikte bestehen. So kann z.B. unerwünschte Risikoselektion am wirksamsten durch einen reinen Ausgabenausgleich verhindert werden, der jedoch keine Anreize mehr zu effizientem Verhalten belässt, weil Unwirtschaftlichkeiten in der Gesundheitsversorgung wie im Verwaltungshandeln der Kassen durch einen solchen Ausgleich – wie beim früheren KVdR-Ausgleich – vollständig refinanziert würden. Tendenziell kann davon ausgegangen werden, dass ein System, das die morbiditätsbedingten Ausgabenunterschiede der einzelnen Versicherten mit einer möglichst hohen statistischen Genauigkeit beschreibt und zugleich keine "zu große" Zahl an RSA-Zellen aufweist, die "Quadratur des Kreises" miteinander konfligierender Kriterien am ehesten erreicht: Durch die genaue Beschreibung der Ausgabenunterschiede werden einerseits die Anreize (und

Möglichkeiten) zur Risikoselektion herabgesetzt und zugleich Grundlagen für Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung geschaffen; wenn gleichzeitig die Zahl unterschiedlicher RSA-Zellen nicht "zu groß" ausfällt, wird andererseits die Gefahr der Annäherung an einen Ausgabenausgleich mit seinen negativen Anreizen im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit wirksam vermindert.

An diesen Kriterien muss sich ein Konzept zur Weiterentwicklung des RSA messen lassen. Nach Auffassung der Gutachter kann eine sachgerechte Weiterentwicklung des RSA, welche die oben beschriebenen offensichtlichen Defizite abbaut, nur darin liegen, einen deutlich stärkeren und direkteren Morbiditätsbezug bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben (und damit des kassenspezifischen Beitragsbedarfs) herzustellen. Alter und Geschlecht sowie der Bezug einer Invaliditätsrente sind zwar im gegenwärtigen RSA als indirekte Indikatoren für die Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Kasse angelegt; sie bilden jedoch, dies zeigen auch zahlreiche internationale Studien, das Morbiditätsrisiko nur vergleichsweise grob und unzuverlässig ab. Die direkte Morbiditätsorientierung steht somit im Mittelpunkt der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung des RSA. Sie wird ergänzt um die Einrichtung eines Hochrisikopools als Flankierung des direkt morbiditätsorientierten RSA sowie durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs.

#### **4.3 Direkte Morbiditätsorientierung bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs**

Wer von der generellen Notwendigkeit des RSA als einem zentralen Element der "solidarischen Wettbewerbsordnung" in der GKV überzeugt ist und die derzeitige Funktionsweise des RSA für grundsätzlich zweckmäßig hält, wird sich kaum der Attraktivität der Idee verschließen können, den Beitragsbedarf statt mit Hilfe der indirekten Indikatoren Alter, Geschlecht und Invalidität in Zukunft direkt morbiditätsorientiert zu ermitteln. Die entscheidende Frage ist deshalb auch nicht, ob diese Idee grundsätzlich richtig erscheint, sondern ob sie sich in der GKV mit vertretbarem Aufwand und hinreichend gesicherten Erfolgsaussichten umsetzen lässt.

Bei der Beantwortung dieser Frage scheinen die Einschätzungen derzeit noch vergleichsweise weit auseinander zu liegen: Einerseits wird die Auffassung vertreten, bei der Nichtberücksichtigung direkter Morbiditätsindikatoren handele es sich von Anfang an um einen "Geburtsfehler des RSA" – als hätten dem Gesetzgeber schon 1992 bei der mit dem GSG beschlossenen Einführung des RSA realisierbare Alternativen zu den indirekten Morbiditätsindikatoren Alter, Geschlecht und Invalidität zur Verfügung

gestanden; andererseits wird die praktische Machbarkeit eines direkt morbiditätsorientierten RSA grundsätzlich angezweifelt, wobei für diese Position unterschiedliche Begründungen angeführt werden, u.a. die unzureichende Validität und Manipulationsresistenz der erforderlichen Datengrundlagen, die Gefahr eines drohenden Übergangs zu einem effizienzmindernenden Ausgabenausgleich oder unlösbare Datenschutzprobleme.

Nach Auffassung der Gutachter basieren viele dieser aktuellen Einschätzungen zur Umsetzbarkeit eines direkt morbiditätsorientierten RSA auf unzulänglichen Informationen. Dabei ist die Frage, was bereits zum Zeitpunkt des GSG hätte umgesetzt werden können, aus heutiger Sicht naturgemäß weniger bedeutsam als die Frage nach der Machbarkeit eines direkt morbiditätsorientierten RSA in absehbarer Zukunft. Dazu erscheint es vor allem zweckmäßig, einen Blick über die Grenzen der GKV hinaus zu werfen. Dass sich dabei auch für die GKV hilfreiche Erkenntnisse gewinnen lassen können, unterstreicht nicht zuletzt das Beispiel der derzeit in Vorbereitung befindlichen Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems im Krankenhausbereich auf der Basis des australischen DRG-Systems.

Ein Blick über die Grenzen macht sehr schnell deutlich, dass sich viele Grundprobleme (z.B. Vermeidung von Risikoselektion gegen Kranke, Verstärkung der Anreize zur Erhöhung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung) in praktisch jedem Gesundheitssystem – bei allen Unterschieden ihrer spezifischen Ausgestaltung – in ähnlicher Form stellen. Gleichzeitig ist aber auch erkennbar, dass sich die verschiedenen Länder in Bezug auf die Suche nach praktikablen Lösungen für bestimmte Probleme in unterschiedlichen Entwicklungsstadien befinden. Dies gilt grundsätzlich auch für die direkte Morbiditätsorientierung des RSA.

In mehreren Ländern, insbesondere in den USA, aber z.B. auch in den Niederlanden, sind gerade im vergangenen Jahrzehnt intensive Entwicklungsarbeiten durchgeführt worden, um einen direkteren Morbiditätsbezug für Risikostrukturausgleiche bzw. dem RSA grundsätzlich vergleichbare Konzepte herzustellen. Ähnlich wie die DRGs, die als morbiditätsorientierte Vergütungssysteme für Krankenhausleistungen mittlerweile weltweit in zahlreichen Gesundheitssystemen – ab 2003 auch in Deutschland – eingesetzt werden, haben auch die periodenbezogenen Modelle zur direkten Morbiditätseinstufung von Versicherten inzwischen einen hohen Reifegrad erreicht, der sie dazu prädestiniert, bestehende Ausgleichssysteme zu ergänzen oder zu ersetzen. So verwendet z.B. die US-amerikanische Health Care Financing Administration im Rahmen von Medicare, der US-amerikanischen Krankenversicherung der Rentner, seit Anfang 2000 ein Modell der direkten Morbiditätseinstufung, um für die Managed Care-Organisationen ein dem Beitragsbedarf im deutschen RSA vergleichbares Finanz-

volumen zu ermitteln. Darüber hinaus werden ähnliche Modelle inzwischen auch in einer Reihe von einzelstaatlichen oder betrieblichen Krankenversicherungssystemen in den USA eingesetzt. In den Niederlanden haben sich Regierung und Krankenkassen darauf verständigt, im dortigen RSA von 2002 an auf ein Modell der direkten Morbiditätsorientierung bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs überzugehen.

Im Folgenden sollen zunächst drei international bereits eingeführte oder – wie im Fall der Niederlande – unmittelbar vor der Einführung stehende Modelle der direkten Morbiditätsorientierung vorgestellt werden, die die Gutachter grundsätzlich auch für die GKV für geeignet halten – selbstverständlich erst nach entsprechenden Anpassungen an das deutsche System. Es ist zutreffend, dass sich der jeweilige Entwicklungshintergrund bzw. Anwendungskontext dieser Modelle teilweise vom deutschen RSA unterscheiden. Hieraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass eine Übertragung auf die GKV grundsätzlich nicht möglich wäre, sondern lediglich, dass sich in diesem Fall spezifische Anpassungserfordernisse stellen würden.<sup>8</sup> Des Weiteren werden nach einer kurzen Behandlung von zwei eher ausgleichstechnischen Aspekten Beurteilungskriterien diskutiert, anhand derer eine Entscheidung für und zwischen unterschiedlichen Modellen der direkten Morbiditätsorientierung des RSA getroffen werden sollte.

Anschließend sollen die notwendigen Schritte zu einem morbiditätsorientierten RSA aufgezeigt werden. Zumindest ein umfassender morbiditätsorientierter RSA kann nicht sofort umgesetzt werden. Erforderlich ist es allerdings, möglichst zügig die Voraussetzungen für ihn zu schaffen. Es wird daher ein konkreter "Fahrplan" vorgeschlagen, den der Gesetzgeber nach Auffassung der Gutachter unverzüglich beschließen sollte, damit eine direkte Morbiditätsmessung beim Beitragsbedarf des RSA möglichst rasch realisiert werden kann. Ähnlich wie bei der Einführung der DRGs zur Vergütung der bundesdeutschen Krankenhäuser, kann der Gesetzgeber beim Übergang zu einer direkten Morbiditätsorientierung im RSA auf den international verfügbaren Modellen aufbauen. Diese müssen – auch hier eine Parallele zur Einführung der DRGs – an die spezifischen Verhältnisse in Deutschland angepasst werden. Die hierzu notwendigen Schritte werden aufgezeigt.

---

<sup>8</sup> So wurden z.B. auch die australischen DRGs keineswegs in erster Linie für den Zweck entwickelt, für den sie jetzt in Deutschland – in angepasster Form – verwendet werden sollen, nämlich für die Vergütung von Krankenhausleistungen; sie werden in Australien auch heute nicht im Rahmen eines Preissystems eingesetzt; vgl. Neubauer/Nowy (2000).

### 4.3.1 Internationale Beispiele für Klassifikationsmodelle der direkten Morbiditätsorientierung

Etwa seit Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts sind international zahlreiche Ansätze entwickelt worden, um die Morbidität einer bestimmten Personengruppe bei der Berechnung des Beitragsbedarfs – bzw. eines vergleichbaren Finanzvolumens – unmittelbar zu berücksichtigen. Ein Schwerpunkt dieser Entwicklungen fand in den USA statt, u.a. weil bei der von Präsident Clinton geplanten umfassenden Gesundheitsreform einem Risikostrukturausgleich zentrale Bedeutung zukommen sollte. In diesem Kontext hat insbesondere die zum US-Gesundheitsministerium gehörende Health Care Financing Administration die Weiterentwicklung entsprechender Modelle mit großem finanziellen Aufwand gefördert. Aber auch unabhängig davon haben sowohl große Versicherer (zum Beispiel Kaiser Permanente<sup>9</sup>), private Unternehmen (zum Beispiel 3M<sup>10</sup>) als auch universitäre Einrichtungen entsprechende Entwicklungsarbeiten geleistet<sup>11</sup>. Insgesamt werden Modelle der morbiditätsorientierten Risikoadjustierung in den USA mittlerweile in mehreren hundert Anwendungszusammenhängen verwendet – u.a. bei Medicare, bei zahlreichen Medicaid-Systemen in der Verantwortung der Bundesstaaten und bei zahlreichen großen Krankenversicherungssystemen für Erwerbstätige. In Europa sind bislang insbesondere in den Niederlanden<sup>12</sup> und in Belgien<sup>13</sup> entsprechende Entwicklungsarbeiten durchgeführt worden.

Im Folgenden werden aus der Gesamtheit dieser Entwicklungen drei Modellgruppen skizziert, die nach Auffassung der Gutachter in besonderer Weise als Anpassungsgrundlage für den deutschen RSA geeignet erscheinen, weil sie die zentralen Voraussetzungen erfüllen, die im Allgemeinen an solche Modelle gestellt werden, nämlich:

- eine gute Vorhersagekraft für Krankheitskosten zu haben, damit Risiko-selektion wirksam verhindert werden kann,
- positive Anreize zum wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen und zu einem aktiven Engagement für die Versorgung chronisch Kranker zu setzen,
- machbar, praktikabel und kontrollierbar zu sein und

---

<sup>9</sup> Vgl. Hornbrook et al. (1996)

<sup>10</sup> Vgl. Goldfield et al. (1999)

<sup>11</sup> Vgl. für einen Überblick über die Modelltypen z.B. Ingber (1998).

<sup>12</sup> Vgl. etwa Lamers (1998, 1999)

<sup>13</sup> Vgl. etwa Schokkaert u.a. (1998).



- von ihrer Anlage her sowohl für die einführende Anpassung an die Verhältnisse der GKV geeignet als auch für die laufende "Systempflege" in den Folgejahren anpassungsfähig zu sein.

Die Gutachter sehen es nicht als ihre Aufgabe an, bereits zum jetzigen Zeitpunkt ein konkretes Modell für einen morbiditätsorientierten RSA vorzuschlagen. Sie sind davon überzeugt, dass die Auswahl eines solchen Modells nur das Ergebnis eines intensiven Diskussionsprozesses der relevanten gesundheitspolitischen Akteure sein kann. Hierzu erscheint insbesondere auch eine empirische Analyse der jeweiligen Wirkungsweise der in Frage kommenden Modelle mit deutschen Daten erforderlich, die gegenwärtig nicht vorliegt. Die folgende Darstellung kann insoweit nur einen ersten Eindruck von möglichen "Kandidaten" eines morbiditätsorientierten RSA geben, wobei es vor allem darum geht, neben den jeweils spezifischen Herangehensweisen der Modelle die generelle Machbarkeit einer direkten Morbiditätsorientierung RSA-ähnlicher Systeme zu unterstreichen.

Die am häufigsten verbreiteten Ansätze morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleiche basieren auf der Erfassung und kostenmäßigen Bewertung von Diagnosen. Ausgangspunkt ist jeweils die Internationale Klassifikation von Krankheiten und Todesfällen (ICD), die auch in Deutschland verwendet wird. Weil die in den USA entwickelten Modelle allerdings im Allgemeinen die dort gebräuchliche ICD-Version, den ICD-9-CM, verwenden, würde ihre Anwendung in Deutschland entsprechende Anpassungsarbeiten erfordern. Mit dem ACG- und dem DCG/HCC-System werden im Folgenden zwei derartige diagnosebasierte Klassifikationssysteme skizziert. Außerdem wird als drittes Verfahren das demnächst in den Niederlanden eingeführte PCG-Verfahren vorgestellt, bei dem die Morbiditätseinstufung auf der Grundlage ausgewählter Arzneimittelverordnungen erfolgt.

### **Das ACG-System**

In diagnosebasierten Systemen wie den "Adjusted Clinical Groups" (ACGs) werden Kombinationen aufgetretener Behandlungsdiagnosen nach Gesichtspunkten von medizinischer Kohärenz und Ressourcenverbrauch zu möglichst homogenen Kostengruppen zusammengefasst. Im Unterschied zum DRG-Verfahren, das ebenfalls an Diagnosen ansetzt, werden allerdings keine isolierten Behandlungsfälle klassifiziert, sondern es werden Versicherte auf der Grundlage aller in einem Jahr aufgetretenen Diagnosen nach ihren durchschnittlichen Krankheitskosten gruppiert. Die Entwicklung der Zuordnungsregel von Diagnosen zu Kostengruppen erfolgt in diagnosebasierten Systemen jeweils anhand einer Stichprobe von Versicherten und

### **Das ACG-System**

Die Abkürzung ACG stand ursprünglich für "Ambulatory Care Groups", da zunächst ausschließlich ambulante Diagnosen berücksichtigt wurden. Weil in diesem Modell mittlerweile auch stationäre Diagnosen berücksichtigt werden, steht die Abkürzung ACG heute für "Adjusted Clinical Groups".

Bei den ACGs handelt es sich um sich wechselseitig ausschließende Kategorien für den Gesundheitszustand eines Versicherten auf der Grundlage von Diagnose-daten sowie Alter und Geschlecht. Die ACG-Kategorisierung beruht auf der Idee, dass die verbundene Darstellung des gesamten Gesundheitszustands einer Person eine bessere Beschreibung ihrer Morbidität darstellt als eine Aufspaltung nach einzelnen Krankheiten und dass die auf diese Weise abgebildete Morbidität einer Personengruppe hohe Erklärungskraft für den Ressourcenverbrauch besitzt, der für ihre Gesundheitsversorgung erforderlich ist.

Die Zuordnung der Versicherten zu den ACGs erfolgt in einem mehrstufigen Prozess. Zunächst werden die mehr als 14.000 ICD-9-CM Diagnosen zu 32 Diagnosegruppen – so genannten ADGs (Ambulatory Diagnostic Groups) – zusammengefasst. Diese Zuordnung ist eindeutig, d.h., jede Diagnose wird nur einer ADG zugewiesen. Unter den ADGs werden einige, die besonders schwere und behandlungsintensive Krankheiten enthalten, als "wichtig" gekennzeichnet. Die Zuordnung der ICD-9-CM-Codes zu den ADGs erfolgt auf der Grundlage von fünf Dimensionen:

- Dauer der Krankheit (akut, rezidiv, chronisch)
- Schwere der Krankheit (schwer - weniger schwer, stabil - instabil)
- Sicherheit der Diagnose (hoch, niedrig)
- Ätiologie (Infektion, Verletzung, anatomische Probleme, Schwangerschaft, psychosoziale Probleme, Neubildungen, "medical problems")
- Notwendigkeit von Spezialbehandlungen (unwahrscheinlich, möglich, wahrscheinlich – teilweise mit Angabe des Spezialisten).

Da ein Versicherter zwischen null und 32 ADGs aufweisen kann, sind theoretisch insgesamt fast 4,3 Milliarden Kombinationen von ADGs möglich. Um diese Zahl auf eine überschaubare Größenordnung zu verringern, werden in mehreren Schritten unter Einbeziehung von Alter und Geschlecht sowie der Zahl und Wichtigkeit der ADGs sich gegenseitig ausschließende Gruppen, die ACGs gebildet. Jeder Versicherte wird entsprechend seinem Diagnoseprofil genau einer der insgesamt – je nach Modellvariante – 53 bis 93 ACGs zugeordnet, denen – analog zum deutschen RSA – jeweils ein durchschnittlicher Pro-Kopf-Ausgabenbetrag entspricht.

stützt sich in der Regel auf diagnostische Informationen (ICD-Schlüssel) und Inanspruchnahmemuster (Leistungsausgaben).

Das ACG-System wurde an der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore entwickelt, zunächst von Barbara Starfield sowie im Weiteren insbesondere von Jonathan Weiner und Gerard Anderson. Es zählt zu den vergleichsweise weit verbreiteten Risikoadjustierungssystemen und wird in mehr als 150 Organisationen innerhalb und außerhalb der USA eingesetzt. Im ACG-

Klassifikationssystem wird jeder Versicherte genau einer von – je nach Modellvariante – 53 bis 93 Risikoklassen, den ACGs, zugeordnet. In einem mehrstufigen Verfahren gehen Alter, Geschlecht sowie Zahl und Art der Diagnosen, die ein Versicherter im Verlauf eines Jahres aufweist, in die Zuordnung zu einer ACG ein. Dabei spielen insbesondere Dauer und Schwere der Erkrankung eine Rolle. Im Ergebnis kann bei allen Versicherten, die derselben ACG zugeordnet werden, von einem in etwa vergleichbar großen Behandlungsaufwand ausgegangen werden. Entsprechend wird allen Versicherten einer ACG – analog zu den RSA-Zellen – ein durchschnittlicher Ausgabenbetrag zugerechnet.<sup>14</sup>

### Die DCG/HCC-Systeme

Die zweite hier vorgestellte Modellgruppe, die DCG/HCC-Systeme, geht im Kern auf ein Modell zurück, das Arlene Ash und andere Mitte der 80er Jahre an der Boston University entwickelt haben. Auch hier besteht die zentrale Grundlage für die Morbiditätseinstufung in einer Kombination von Diagnosen mit Ausgabendaten, wobei der Ausgangspunkt für die Entwicklung des Ursprungsmodells der "Diagnostic Cost Groups" (DCGs) – im Unterschied zum oben dargestellten ACG-System – im stationären Versorgungsbereich lag. Im ursprünglichen DCG-Modell werden die Versicherten in zehn Gruppen von stationären Diagnosen mit vergleichbaren Kosten eingestuft, wobei für jeden Patienten seine jeweils teuerste Diagnose maßgeblich ist.<sup>15</sup>

Ausgehend von diesem Ursprungsmodell sind zahlreiche Modifikationen entwickelt worden, z.B. die PIP-DCGs ("Principal Inpatient Diagnostic Cost Groups"), die die amerikanische Health Care Financing Administration seit Anfang 2000 für die Ermittlung des Finanzbedarfs der in Managed Care-Organisationen eingeschriebenen Medicare-Versicherten verwendet. Dabei werden die Patienten entsprechend ihrer stationären Hauptdiagnose einer von insgesamt 15 Ausgabengruppen zugeordnet.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Vgl. Weiner et al. (1991), Weiner/Abrams (2000).

<sup>15</sup> Vgl. Ash et al. (1989), Ellis et al. (1996), Ash et al. (1998), Ash/Byrne-Logan (1998).

<sup>16</sup> Vgl. Health Care Financing Administration (1999).

### **Das DCG-Modell und seine Weiterentwicklungen**

Beim DCG-Ansatz sind die rund 800 dreistelligen ICD-9-CM Klassifikationen nach medizinischen Gesichtspunkten zu 78 diagnostischen Untergruppen aggregiert. Die weitere Aggregation zu den 10 DCGs erfolgt in erster Linie aufgrund der durchschnittlichen Kosten der 78 medizinischen Untergruppen. Berücksichtigt werden nur stationäre Diagnosen, mit denen allerdings die Gesamtkosten der Versicherten geschätzt werden.

Von den DCGs werden gegenwärtig in unterschiedlichen Kontexten folgende Modifikationen verwendet:

- Eine Modifikation des oben beschriebenen Modells bilden die PIP-DCGs ("Principal Inpatient Diagnostic Cost Groups"). Dabei erfolgt die Eingruppierung der Versicherten nach der im DCG-System ranghöchsten Hauptdiagnose aus dem stationären Bereich. Die Versicherten werden einer von 15 Kategorien zugeordnet.
- Nach dem gleichen Verfahren wurden die ADDCGs ("All-Diagnoses Diagnostic Cost Groups") entwickelt. Sie berücksichtigen allerdings neben der Primär- auch die Sekundärdiagnosen der stationären Daten, die ambulanten Krankenhausdiagnosen sowie die Diagnosen der niedergelassenen Ärzte. Für die Eingruppierung eines Versicherten wird die im ADDCG-System am höchsten eingestufte Diagnose verwendet.
- Eine weitere Modifikation stellen die EDCGs ("Extended DCGs") dar, die wie die ADDCGs sowohl ambulante Daten als auch stationäre Daten in die Kategorisierung einbeziehen. Im Unterschied zu den ADDCGs werden ambulante und stationäre Diagnosen aber zunächst getrennt kategorisiert. Erst bei der Ermittlung der teuersten Kategorie werden das stationäre und das ambulante Kategorisierungssystem in einer gemeinsamen Rangliste zusammengeführt. Auf diese Weise wird in diesem System eine Unterscheidung von Krankenhausaufenthalt und Nicht-Krankenhausaufenthalt erreicht. Die *EDCGs* werden u.a. im Diagnose-basierten Risikoausgleich im Bundesstaat Washington verwendet.

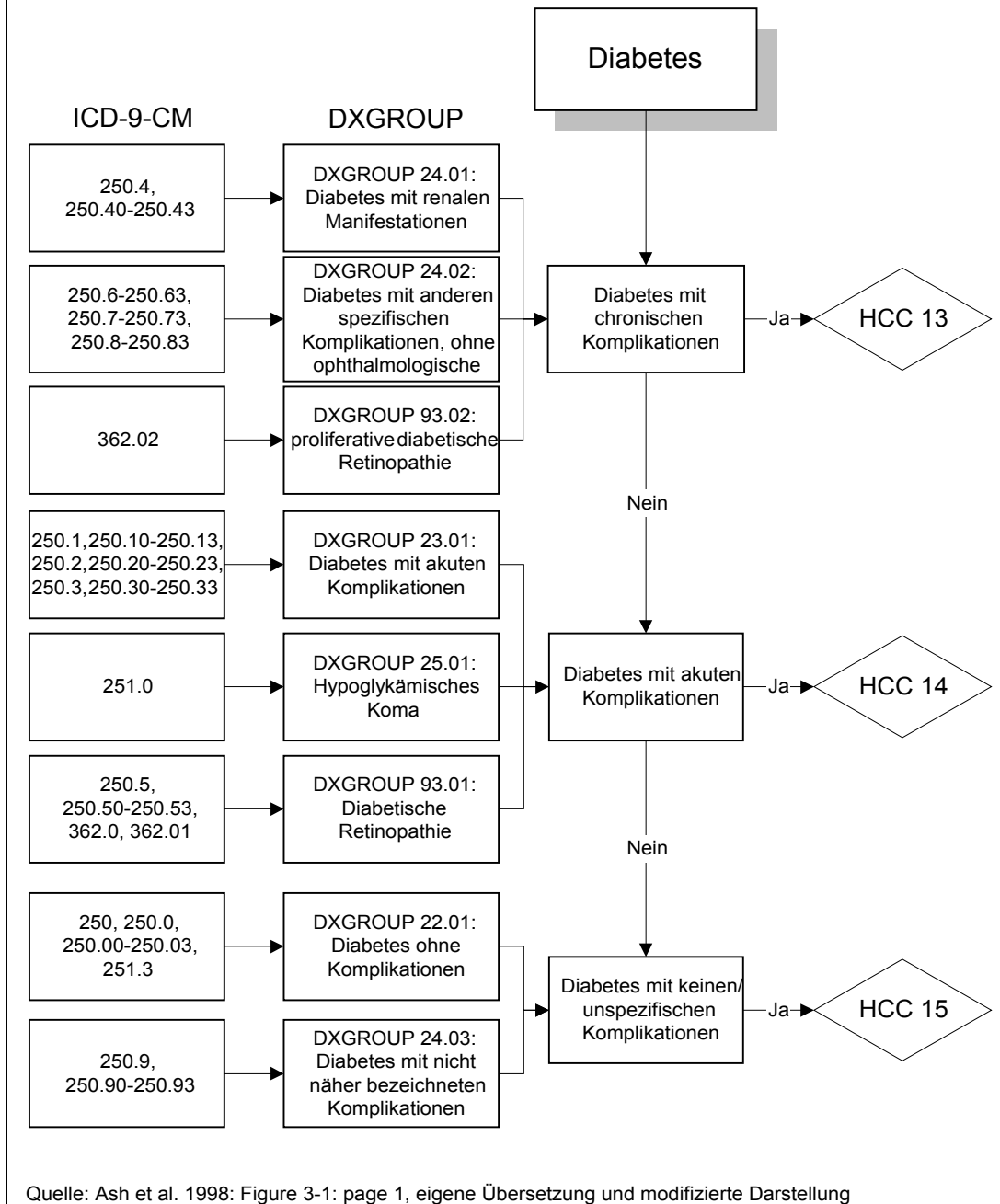
### **Das HCC-Modell**

Das HCC-System unterscheidet sich vom DCG-System dadurch, dass alle fünfstelligen ICD-9-CM-Einträge vollständig und eindeutig in den Diagnosegruppen (DXGROUPs) abgebildet sind, für die eine hierarchische Struktur definiert wurde. In der letzten Version des HCC-Systems sind die mehr als 14.000 Diagnosen des ICD-9-CM insgesamt in 545 solcher Diagnosegruppen eingeteilt. Ein weiterer methodischer Unterschied – vor allem auch gegenüber dem ACG-System – besteht darin, dass die Diagnosegruppen ohne weitere Zwischenschritte und ohne Zuhilfenahme weiterer Variablen direkt zu 118 klinisch abgegrenzten Gesundheitszuständen, den "Condition Categories" (CCs), zusammengefasst werden. Die medizinische Abgrenzung der Gesundheitszustände erlaubt die überschaubare Zusammenfassung zu 30 klinischen Hauptgruppen ("Aggregated Condition Categories" – ACCs). Innerhalb dieser Hauptgruppen sind die Gesundheitszustände hierarchisch (als HCCs) angeordnet.

Die Abbildung veranschaulicht die Klassifikationslogik am Beispiel von Diabetes. Dabei entsteht die Hierarchie entsprechend der Abstufung der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben.

Das HCC-Modell ist weiterhin dadurch gekennzeichnet, dass einer Person, die gleichzeitig an unterschiedlichen Krankheiten leidet, mehrere HCCs zugeordnet werden. Die standardisierten Ausgaben für eine solche Person werden im Rahmen eines Zuschlagmodells (Regressionsansatz) ermittelt, indem die jeweiligen HCC-spezifischen Zuschläge additiv zu einem alters- und geschlechtsabhängigen Basisbetrag hinzugerechnet werden.

Abbildung 2: Gruppierung und Hierarchiebildung von Krankheitszuständen am Beispiel von Diabetes



Gegenüber unmittelbaren DCG-Modifikationen wie den PIP-DCGs stellen die "Hierarchical Condition Categories" (HCCs), die in den 90er Jahren aus dem DCG-Ansatz entwickelt worden sind, eine echte Innovation dar. Das HCC-Modell definiert 30 klinische Hauptgruppen, die teilweise in Untergruppen hierarchisch aufgegliedert sind. Für jede dieser Gruppen werden Kostenzuschläge ermittelt, die zu den nach Alter und Geschlecht differenzierten Basis-Ausgabenwerten addiert werden. Dabei wird ein Versicherter nicht eindeutig einer bestimmten Krankheitskategorie zugeordnet, sondern multimorbide Versicherte, die gleichzeitig Krankheiten verschiedener Hauptgruppen aufweisen, bekommen die entsprechenden Ausgabenzuschläge mehrerer Kategorien zugerechnet. Technisch gesprochen, verbirgt sich hinter diesem Vorgehen – im Unterschied zu dem im deutschen RSA verwendeten Zellenansatz – ein Regressionsansatz.

### **Direkte Morbiditätsorientierung auf der Grundlage von Arzneimittelverordnungen für chronisch Kranke**

Im Unterschied zu den beiden Modellfamilien ACGs und DCG/HCCs basiert die Morbiditätseinstufung der "Pharmaceutical Cost Groups" (PCGs) nicht auf Diagnosen, sondern auf einer Erfassung und Bewertung der verordneten Medikamente für chronisch kranke Versicherte.

Das PCG-Modell in der hier vorgestellten Version ist in den Niederlanden in der Arbeitsgruppe von Wynand van de Ven (Universität Rotterdam) entwickelt worden. Es geht zurück auf mehrere Entwicklungen eines "Chronic Disease Score" durch Daniel Clark u.a. (Indianapolis) in der ersten Hälfte der 90er Jahre. Die niederländische Regierung hat sich im Rahmen einer Verständigung mit den Krankenkassen entschieden, ab 2002 bei der Durchführung des Risikostrukturausgleichs das PCG-Modell ergänzend zu berücksichtigen.<sup>17</sup>

Im PCG-Modell wird der Zusammenhang zwischen den verschriebenen Arzneimitteln und chronischen Beeinträchtigungen der Gesundheit durch den Zusammenhang der als chronisch eingestuften Krankheiten und den diesbezüglich eingesetzten pharmakologischen Wirkstoffgruppen (gemäß ATC-Codes) hergestellt. Dabei werden 28 als chronisch eingestufte Krankheiten mit Hilfe der zu ihrer Therapie eingesetzten ATC-Wirkstoffgruppen klassifiziert. Das bedeutet, dass nur ganz spezifische Arzneimittel berücksichtigt werden, während die Mehrzahl der verordneten Arzneimittel nicht in die Morbiditätsmessung einbezogen wird. Berücksichtigt werden außerdem nur Versicherte, die – in unterschiedlichen Varianten – mehr als drei

---

<sup>17</sup> Vgl. Clark et al. (1995), Lamers (1999).

bzw. vier Verschreibungen in einem Zeitraum von 12 Monaten erhalten. Damit sind – je nach Variante – ca. 18-22 Prozent der Versicherten einbezogen, auf die etwa 40 Prozent aller Arzneimittelverordnungen entfallen.

Die 28 Krankheitsgruppen werden zu acht PCGs zusammengefasst, ohne dass die Erklärungskraft dabei merklich abnimmt. Im Ergebnis ist die Erklärungskraft der individuellen Gesundheitsausgaben mit Hilfe der PCGs mehr als doppelt so hoch wie bei einer Risikoklassifikation, die nur auf den Faktoren Alter und Geschlecht basiert.<sup>18</sup> Es wird geschätzt, dass sich die Zahlungen für den Risikostrukturausgleich in den Niederlanden bei Einbezug der Informationen über die nach ihrem Arzneimittelverbrauch identifizierten chronisch Kranken für die einzelnen Krankenkassen – je nach Modellvariante – zwischen 10 und 20 Prozent verändern.

### **Prospektiver oder retrospektiver Ausgleich**

Die hier vorgestellten Modelle der direkten Morbiditätsabbildung werden in ihren jeweiligen Anwendungskontexten sämtlich "prospektiv" eingesetzt, d.h., das dem Beitragsbedarf entsprechende Finanzvolumen für einen Versicherten wird bereits zu Beginn eines Kalenderjahres auf Basis von Informationen aus vorangegangenen Perioden festgelegt. Im Prinzip ist dieses Vorgehen mit der Ermittlung der monatlichen Abschlagszahlungen im deutschen RSA vergleichbar. Der gravierende Unterschied besteht jedoch darin, dass es bei den prospektiven Verfahren – anders als im deutschen RSA – keinen nachträglichen (retrospektiven) Schlussausgleich gibt, mit dem die laufenden Abschlagszahlungen auf der Grundlage der für das jeweilige Ausgleichsjahr tatsächlich ermittelten standardisierten Ausgaben korrigiert werden.<sup>19</sup>

Die Tatsache, dass die hier vorgestellten Morbiditätsmodelle jeweils als prospektive Verfahren eingesetzt werden, hat für die Frage ihrer möglichen Übertragbarkeit auf die GKV insoweit keine unmittelbare Bedeutung, als alle diese Modelle grundsätzlich auch retrospektiv "gefahren" werden können. Umgekehrt könnte bei einem Übergang zu einem direkt morbiditäts-

---

<sup>18</sup> Vgl. Van de Vliet/Lamers (1999: Tabelle 13). Für die Übersetzung von ausgewählten Abschnitten des niederländischen Berichts bedanken sich die Gutachter bei Prof. Dr. Hans-Jürgen Wagener (Europa-Universität Viadrina, Frankfurt/Oder) und Dr. Stefan Groß (Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald).

<sup>19</sup> Diese Aussage muss in Bezug auf den niederländischen RSA allerdings insoweit relativiert werden, als es dort sehr wohl auch einen retrospektiven Schlussausgleich gibt; dieser stellt jedoch insoweit keine unmittelbare Korrektur der laufenden (ab 2002 morbiditätsbasierten) Abschlagszahlungen dar, weil er – als partieller Ausgabenausgleich – einer ganz anderen Berechnungslogik folgt.

orientierten RSA in Deutschland allerdings auch erwogen werden, zu einem prospektiven Verfahren überzugehen. Der maßgebliche Unterschied zwischen einem prospektiven und einem retrospektiven Ausgleichsverfahren liegt in dem Gewicht, das akuten Erkrankungen und Unfällen im Vergleich zu chronischen Erkrankungen zukommt. Bei chronischen Krankheiten sind die Ausgabenschwankungen über einen längeren Zeitraum vergleichsweise gering, während bei akuten Krankheiten und Unfällen zumeist im Jahr der Diagnosestellung beträchtliche Ausgaben anfallen, im Folgejahr aber häufig bereits keine ausgabenseitigen "Besonderheiten" mehr zu verzeichnen sind und sie daher prospektiv auch keinen entsprechenden Beitragsbedarf begründen.

In den beiden unterschiedlichen Ansätzen spiegeln sich vor allem unterschiedliche Zielvorstellungen wider: Bei einem prospektiven RSA steht vor allem der Ausgleich der Ausgabenbelastungen von Chronikern im Mittelpunkt, ohne den die Gefahr gesehen wird, dass eine Kasse Risikoselektion gegen chronisch erkrankte Versicherte betreiben könnte. Dagegen wird der Ausgleich unterschiedlicher Belastungen als Folge von Akuterkrankungen und Unfällen unter Anreizaspekten nicht für notwendig erachtet, weil derartige Belastungen grundsätzlich nicht vorhergesehen und entsprechend auch nicht durch gezielte Risikoselektion verhindert werden können. Bei einem retrospektiven Ansatz wird dagegen auch der Ausgleich unterschiedlicher Belastungen durch Akuterkrankungen und Unfälle für notwendig befunden. Neben grundsätzlichen verteilungspolitischen Erwägungen sprechen hierfür vor allem auch Zweifel an der Eindeutigkeit des Kriteriums der "Nicht-Vorhersehbarkeit" akuter Gesundheitsbeeinträchtigungen: Zwar lässt sich die Eintrittswahrscheinlichkeit von akuten Erkrankungen oder Unfällen nicht für eine bestimmte Person voraussagen, wohl aber u.U. für bestimmte Personengruppen (z.B. nach ihrer Regions- oder Berufsgruppenzugehörigkeit oder Einkommensklasse), gegen die dann "in Gänze" unerwünschte Risikoselektion betrieben werden könnte.

### **Zellen- oder Regressionsansatz**

Eine neben dem Aspekt "prospektiv oder retrospektiv" zweite grundsätzliche Ausgestaltungsoption für einen morbiditätsbezogenen RSA betrifft die Frage "Zellen- oder Regressionsansatz". Wie in Abschnitt 4.1 dargestellt, basiert die Durchführung des deutschen RSA auf einem Zellenansatz: Die Versicherten werden eindeutig einer der derzeit insgesamt 670 RSA-Zellen zugeordnet, für die jeweils ein durchschnittlicher Ausgabenbetrag ermittelt und den Kassen als Beitragsbedarf entsprechend der Anzahl ihrer Versicherten in den jeweiligen Zellen zugerechnet wird. Sowohl beim ACG- als auch beim DCG-Modell wird entsprechend verfahren: Jeder Versicherte ist eindeutig einer Morbiditätskategorie zugeordnet, für die jeweils ein middle-



rer (standardisierter) Ausgabenbetrag ermittelt und nach der Anzahl der jeweiligen "Zellenmitglieder" zugerechnet wird.

Beim HCC- sowie beim PCG-Modell – im Übrigen auch schon beim bislang ohne direkte Morbiditätsorientierung durchgeführten RSA der Niederlande – wird dagegen ein Regressionsverfahren verwendet, das den quantitativen Zusammenhang zwischen den Morbiditätskategorien und den entsprechenden durchschnittlichen Leistungsausgaben herstellt. Der Beitragsbedarf eines Versicherten ergibt sich aus seinem alters- und geschlechtsspezifischen Sockelbetrag, der um die spezifischen Zuschläge derjenigen Morbiditätskategorien erhöht wird, die dem Versicherten zugeordnet werden. Dieses Verfahren ist vor allem bei solchen Modellen zweckmäßig, bei denen keine eindeutige Zuordnung eines Versicherten zu einer bestimmten Morbiditätskategorie erfolgt, sondern das gleichzeitige Vorliegen unterschiedlicher Erkrankungen "additiv" berücksichtigt wird. Die Umsetzung eines solchen Modells mit Hilfe eines Zellenansatzes hätte zur Folge, dass die Anzahl der erforderlichen Zellen sehr schnell extrem groß würde, weil im Prinzip für jede auftretende Kombination unterschiedlicher Erkrankungen eine eigene Zelle gebildet werden müsste, ggf. noch einmal differenziert nach weiteren Merkmalen (z.B. alt/jung, männlich/weiblich, mit/ohne Krankengeldanspruch). Damit bestünde jedoch die Gefahr, dass die Besetzungszahlen einzelner Zellen sehr klein würden und damit tendenziell nicht mehr ein Ausgleich standardisierter, sondern tatsächlicher Ausgaben erfolgen würde. Bei einem Regressionsansatz würde dieses Problem nicht auftreten, sodass ein Regressionsansatz zumindest bei "additiven" Morbiditätsmodellen im Vergleich zu einem Zellenansatz zweckmäßiger erscheint.

#### **4.3.2 Beurteilungskriterien für ein RSA-Morbiditätsmodell**

Bei der Entscheidung für ein bestimmtes Modell des morbiditätsorientierten RSA in der GKV auf der Basis internationaler Erfahrungen und unter Berücksichtigung GKV-spezifischer Anpassungserfordernisse steht vor allem eine Abwägung zwischen den Zielen der Vermeidung von Risikoselektion auf der einen Seite und der gleichzeitigen Setzung von Wirtschaftlichkeitsanreizen auf der anderen Seite im Blickpunkt. Im Folgenden werden die zentralen Kriterien behandelt, die es bei dieser Entscheidung zu berücksichtigen gilt, damit im Ergebnis das in der GKV eingeführte morbiditätsorientierte Ausgleichsmodell das Prädikat wettbewerbs- und effizienz-sichernd verdient. Dabei wird neben den durch die Morbiditätsorientierung erzielten Anreizfortschritten auch auf die von Kritikern vermuteten kontraproduktiven Anreizwirkungen eingegangen, die es bei der Modellauswahl und -implementierung zu berücksichtigen gilt. Außerdem werden praktika-

bilitäts- sowie datenschutzrechtliche Aspekte behandelt, die bei der zu treffenden Entscheidung ebenfalls eine wichtige Rolle spielen.

### **Fähigkeit des Modells in Bezug auf die Verhinderung von Risikoselektion**

Die im Hinblick auf ihre wesentlichen Umsetzungsergebnisse exemplarisch vorgestellten Entwicklungsarbeiten in anderen Ländern haben ihren Ursprung im Wesentlichen aus der Erkenntnis genommen, dass die Faktoren Alter und Geschlecht die Streuung der Gesundheitsausgaben auf individueller Ebene nur zu einem äußerst geringen Anteil erklären können. Entsprechend bestehen bei einem RSA oder einem dem RSA grundsätzlich vergleichbaren Ausgleichssystem, bei dem der Beitragsbedarf im Wesentlichen auf der Grundlage von Informationen zur Alters- und Geschlechtsstruktur ermittelt wird, unerwünschte Anreize zur Risikoselektion gegen Kranke. Wenn der RSA dagegen auf einem Modell direkter Morbiditätsindikatoren basiert, haben die Kassen einen deutlich geringeren Anreiz, zielgerichtete Risikoselektion zu betreiben – und zwar besteht dieser Anreiz umso weniger, je besser das Modell in der Lage ist, Unterschiede in den Gesundheitsausgaben der Versicherten zu erklären. Als zentrales Beurteilungskriterium der Fähigkeit eines Morbiditätsmodells, Risikoselektion zu verhindern und damit die Voraussetzungen für aktives Versorgungsmanagement der Kassen zu schaffen, gilt daher im Allgemeinen der Anteil der individuellen Ausgabenunterschiede, den das jeweilige Modell erklären kann.

Dabei ist unmittelbar einsichtig, dass bei prospektiven Modellen von vornherein nur ein sehr viel geringerer Anteil von Ausgabenunterschieden erklärt werden kann als bei retrospektiven Modellen, bei denen auch alle auf individueller Ebene nicht vorhersehbaren Ausgaben für akute Erkrankungen und Unfälle mit einbezogen werden. In der internationalen wissenschaftlichen Literatur herrscht weithin Übereinstimmung in der Einschätzung, dass trotz der großen Bedeutung chronischer Erkrankungen für das Ausgabengeschehen bei prospektiven Modellen eine Erklärungskraft von 20 bis 25 Prozent bereits als Obergrenze gelten kann, weil rund drei Viertel der Unterschiede in den Gesundheitsausgaben zwischen Individuen als zufallsbedingt und damit als nicht vorhersehbar eingestuft werden. Wenn die oben dargestellten Modelle – die wie erwähnt alle prospektiv eingesetzt werden – empirischen Untersuchungen zufolge auf eine Erklärungskraft von 10 bis 15 Prozent kommen, können sie somit als ausgesprochen wirksam bezeichnet werden, weil sie die Erklärungskraft der Faktoren Alter und Geschlecht (1 bis 2 Prozent) selbst im ungünstigsten Fall noch immer um das fünffache übertreffen. Bei einem retrospektiven Ausgleichsverfahren analog zum der-

zeitigen RSA fällt die Erklärungskraft der morbiditätsbezogenen Modelle naturgemäß deutlich höher aus.<sup>20</sup>

Die Gutachter empfehlen, dass bei der Auswahl von Modellen der direkten Morbiditätsorientierung für den RSA ausschließlich solche Modelle in die engere Wahl gezogen werden, die sich in umfangreichen statistisch-empirischen Untersuchungen durch ihre hohe Erklärungskraft individueller Ausgabenunterschiede ausgewiesen haben. Dass die oben vorgestellten Modelle diese Anforderung erfüllen, beruht u.a. darauf, dass die Zuordnung unterschiedlicher Erkrankungen zu Morbiditätskategorien gerade auch im Hinblick auf zu erwartende Ausgabenunterschiede erfolgt ist. Chronisch kranke Versicherte stellen in diesen Systemen daher aus der Perspektive der Kassen nicht mehr systematisch "ungünstige Risiken" mit nachteiligen Beitragssatzwirkungen dar, womit eine zentrale Voraussetzung für aktives Versorgungsmanagement für chronisch Kranke geschaffen ist.

### **Mögliche Anreizprobleme bei einem morbiditätsorientierten RSA**

Neben den eindeutig positiven Anreizwirkungen eines morbiditätsorientierten RSA in Bezug auf die Vermeidung von Risikoselektion bzw. die Schaffung von Voraussetzungen zum aktiven Versorgungsmanagement ist es auch erforderlich, sich mit möglicherweise negativen Anreizen zu befassen, die mit einem morbiditätsorientierten RSA verbunden sein könnten. Dabei gilt es jeweils zu prüfen, inwieweit derartige negative Anreize überhaupt bestehen bzw. wie sie durch die Auswahl eines geeigneten Morbiditätsmodells in ihrem Ausmaß von vornherein möglichst gering gehalten werden können.

- **Gefahr eines Ausgabenausgleichs**

Vereinzelt wird in der gesundheitspolitischen Diskussion die Befürchtung geäußert, die Ermittlung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs auf der Grundlage direkter Morbiditätsindikatoren der Versicherten führe tendenziell zu einem Ausgabenausgleich – mit allen damit verbundenen negativen Anreizen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Diese Befürchtung wäre allerdings nur dann begründet, wenn ein morbiditätsorientierter RSA an den tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Kassen ansetzen würde. Bei allen international eingeführten Vorbildern wird jedoch – wie beim heutigen RSA in der GKV – im Allgemeinen an standardisierten Leistungsausgaben ange-

---

<sup>20</sup> Vgl. Newhouse et al. (1989), Buchner/Wasem (1999), Spycher (1999, 2000), van de Ven/Ellis (2000).

setzt. Es handelt sich daher genauso wenig um Ausgabenausgleiche wie der derzeitige RSA.

Die Gutachter empfehlen nachdrücklich, beim Übergang zu einer morbiditätsorientierten Berechnung des Beitragsbedarfs ein Modell auszuwählen, im dem grundsätzlich nur standardisierte Leistungsausgaben verwendet werden. Wie bereits oben ausgeführt, ist bei einem Zellenansatz darauf zu achten, dass die Gesamtzahl der RSA-Zellen nicht zu groß wird, damit nicht faktisch doch ein Ausgabenausgleich "durch die Hintertür" eingeführt wird. Bei Morbiditätsmodellen mit additiver Berücksichtigung gleichzeitiger Erkrankungen erscheint es deshalb zweckmäßig, den kassenspezifischen Beitragsbedarf mit Hilfe eines Regressionsansatzes zu ermitteln.

- **Gefahr der Bevorzugung bestimmter Versorgungsformen**

Ein morbiditätsorientierter RSA kann in unterschiedlichem Ausmaß Anreize zugunsten spezifischer Behandlungsformen bzw. Versorgungsstrukturen setzen und dementsprechend die Entwicklung des Versorgungsgeschehens beeinflussen. So ist z.B. in den USA kritisiert worden, dass die Health Care Financing Administration die Anfang 2000 begonnene direkte Morbiditätsorientierung des Medicare-Transfersystems zunächst nur mit Hilfe stationärer Diagnosen vornimmt und ambulante Diagnosen erst ab 2004 einbezieht. Damit werde, so die Kritik, tendenziell der Anreiz beim Versicherer gemindert, stationäre Aufenthalte so weit wie möglich über eine gezielte Förderung der ambulanten Versorgung zu vermeiden. Auch würden jene Health Maintenance Organisationen benachteiligt, die bei der Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte im Vergleich zu ihren Mitbewerbern in der Vergangenheit besonders erfolgreich waren. Vergleichbare Probleme könnten z.B. auch entstehen, wenn ein morbiditätsorientierter RSA einseitig auf Inanspruchnahmedaten aus bestimmten Versorgungsbereichen (z.B. nur auf verordneten Arzneimitteln) oder aus bestimmten Versorgungsprogrammen (z.B. bestimmte Disease Management-Programme) aufbaut.

Nach Auffassung der Gutachter sollte der morbiditätsorientierte RSA in Bezug auf Inhalt und Organisation des Versorgungsgeschehens möglichst neutral ausgestaltet sein, damit im Hinblick auf einen intensiven Such- und Entdeckungsprozess von Kassen und Leistungserbringern nach effektiven und effizienten Behandlungsformen und Versorgungsstrukturen so wenig Barrieren wie möglich errichtet und insbesondere Innovationen nicht von vornherein behindert werden.

- **Manipulationsgefahr durch "Upcoding"**

Verschiedentlich wird die Befürchtung geäußert, dass es bei einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA zu gleich gerichteten Interessen

von Kassen und Leistungserbringern kommen könnte mit dem Ziel, Patienten als möglichst krank und damit "ausgabenträchtig" einzustufen (Problem des so genannten "Upcoding").

Zunächst kann die Zunahme bestimmter Diagnosen bei der Einführung eines diagnosebasierten Morbiditätsmodells darauf zurückzuführen sein, dass die Aufzeichnung von Diagnosen zuvor vergleichsweise nachlässig erfolgte, weil den aufgezeichneten Diagnosen keinerlei unmittelbare Bedeutung zukam. Entsprechende Erfahrungen gibt es aus anderen Ländern auch im Zusammenhang mit der Einführung von DRGs. Dieser Effekt stellt jedoch kein Upcoding im eigentlichen Sinne dar, sondern ist lediglich die Folge einer erstmals "richtigen" Aufzeichnung von Diagnosen. Auch der Umstand, dass bestimmte Ermessensspielräume bei der Aufzeichnung von Diagnosen bis zur vertretbaren Grenze ausgeschöpft werden, ist kein Problem des Upcoding (zumal alle diagnosebasierten Morbiditätsmodelle ein solches Verhalten ohnehin i.d.R. als "normal" unterstellen). Mit Upcoding ist dagegen gemeint, dass mit betrügerischer Absicht gegen eindeutige Diagnosevorschriften verstoßen wird, und zwar sowohl von Kassen, die sich im Ergebnis einen höheren Beitragsbedarf im RSA versprechen, als auch von Leistungserbringern, die daran in Form einer erhöhten Vergütung partizipieren wollen – also eine vermeintlich typische "Win-win-Situation".

Zunächst gilt es zu beachten, dass das insgesamt zur Verfügung stehende Finanzvolumen der GKV auch bei einem morbiditätsorientierten RSA nicht beliebig vermehrbar ist. Unabhängig davon, ob das Gebot der Beitragssatzstabilität oder bestimmte Budgetierungsvorschriften in der heutigen oder einer ggf. "intelligenteren" Form bestehen bleiben – ganz sicher kann davon ausgegangen werden, dass auch in Zukunft versucht wird, einem unkontrollierten Wachstum der solidarisch finanzierten Gesundheitsausgaben mit geeigneten Maßnahmen entgegenzuwirken. Das bedeutet jedoch, dass sich ungerechtfertigtes Upcoding in der oben skizzierten Form unmittelbar zulasten anderer Kassen bzw. anderer Leistungserbringer auswirken würde. Das hieraus resultierende entsprechend hohe Interesse an gegenseitiger Kontrolle bei allen Beteiligten kann fast schon als Garant für das Erreichen einer hohen Kontrolleffizienz angesehen werden. Angesichts der Tatsache, dass mit der Morbiditätsorientierung des RSA als notwendiger Voraussetzung für die Vermeidung von Risikoselektion gegen Kranke bzw. für die Schaffung qualitäts- und wirtschaftlichkeitsorientierter Versorgungsstrukturen ein gleichermaßen anspruchsvolles wie wertvolles Ziel verfolgt wird, erscheint der erforderliche Kontrollaufwand gerechtfertigt.

Vor allem aber greift die Vorstellung von den vermeintlich gleich gerichteten Interessen der Kassen und Leistungserbringer entschieden zu

kurz. Sie unterschätzt die Robustheit bereits praktizierter Modelle der Morbiditätsorientierung, die ja nicht erst in einem möglichen deutschen Anwendungskontext mit dem Problem des Upcoding konfrontiert werden. Die Kassen wären schlecht beraten, würden sie die Diagnosen und Leistungsabrechnungen der Leistungserbringer nicht genau überprüfen oder sich in der Erwartung eines entsprechend höheren Beitragsbedarfs sogar über möglichst viele "schwere" Diagnosen freuen, denn es wäre keineswegs gesichert, dass der Beitragsbedarf nach erfolgter "Nach-adjustierung" der standardisierten Ausgaben für die entsprechende Morbiditätskategorie tatsächlich das erwartete Ausmaß erreicht. Außerdem wird bei einer derartigen Sichtweise völlig außer Acht gelassen, dass die aus der Grundlogik des RSA unmittelbar folgende Anreizwirkung unverändert zuallererst darin besteht, dass eine Kasse bestrebt ist, mit ihren tatsächlichen Ausgaben möglichst weit unter dem Beitragsbedarf zu bleiben, der ihr auf der Grundlage der standardisierten Leistungsausgaben zugerechnet wird, und nicht etwa alles daraufhin auszurichten, ihren Beitragsbedarf möglichst nah an ihr tatsächliches Ausgabenniveau "heraufzumanipulieren".

Schließlich darf ebenfalls nicht übersehen werden, dass weder heute noch aller Voraussicht nach in Zukunft eine derart weit reichende Kongruenz zwischen dem periodenbezogen ermittelten individuellen Beitragsbedarf und der aus einer wie auch immer konkret ausgestalteten Kombination aus mengen-, fall- oder episodensorientierten Elementen zusammengesetzten Leistungsvergütung besteht, die hinreichend sicher ausschließen könnte, dass ein "ungezügelter Upcoding-Verhalten" im Ergebnis nicht den eigenen Beitragssatzzielen gerade genau zuwiderlaufen würde. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: In dem gegenwärtig in den USA im Rahmen von Medicare verwendeten Modell der PIP-DCGs wird für jeden Versicherten die teuerste Diagnose berücksichtigt, die in einem Jahr aufgetreten ist. Erst am Ende eines Jahres steht jedoch fest, welche Diagnose eines Versicherten die teuerste war. Wenn sich die Krankenversicherung mit bestimmten Leistungserbringern im Laufe eines Jahres auf ein Upcoding bei einem Behandlungsanlass verständigen und die Leistungserbringer entsprechend vergüten würde, ginge sie das Risiko ein, dass im weiteren Verlauf des Jahres Behandlungsanlässe mit höheren standardisierten Leistungsausgaben auftreten und das zuvor vorgenommene Upcoding in Bezug auf ihren Beitragsbedarf keinen Effekt hätte – obwohl die höhere Leistungsvergütung in Verbindung mit dem zuvor erfolgten Upcoding entrichtet worden wäre.

Zusammenfassend sind die Gutachter im Hinblick auf das mögliche Anreizproblem des Upcoding der Auffassung, dass die Berücksichtigung

dieses Problems ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl eines für Deutschland geeigneten Morbiditätsmodells darstellen sollte, dass die Existenz dieses Problems jedoch kein hinreichender Ablehnungsgrund für die Einführung eines morbiditätsorientierten RSA sein kann.

- **Gefahr des Interesses der Kassen an möglichst kranken Versicherten**  
Ein weiterer Kritikpunkt gegenüber einer morbiditätsorientierten Weiterentwicklung des RSA geht teilweise in eine ähnliche Richtung wie das "Upcoding-Argument": Gelegentlich wird behauptet, ein morbiditätsorientierter RSA wecke bei den Kassen das Interesse, ihre kranken Versicherten möglichst noch kränker werden zu lassen, und mindere entsprechend jegliches Interesse der Kassen an wirkungsvoller Prävention, weil erst ein "richtig kranker" Versicherter bei einem morbiditätsorientierten RSA zu einem hohen Beitragsbedarf führt.

Abgesehen davon, dass diese Kritik ganz unverhohlen auf einem Menschenbild fußt, das allen Vorstellungen vom mündigen und eigenverantwortlichen Versicherten und Patienten Hohn spricht, wird auch hier der grundlegende Anreizmechanismus des RSA verkannt, sich im Interesse eines möglichst günstigen Beitragssatzes um möglichst niedrige Leistungsausgaben zu bemühen, anstatt alle Hebel in Bewegung zu setzen, um einen möglichst hohen Beitragsbedarf zu erzielen und im Übrigen den Ausgaben freien Lauf zu lassen und Fragen der Kundenzufriedenheit keine Aufmerksamkeit zu schenken.

Gleichwohl verkennen die Gutachter nicht, dass es im Hinblick auf die Durchführung gezielter Präventionsmaßnahmen – im Übrigen bereits heute, also auch ohne morbiditätsorientierten RSA – in einer infolge des individuellen Kassenwahlrechts wettbewerblich ausgerichteten GKV mit Umlagefinanzierung grundsätzliche Anreizprobleme gibt, weil die Zeitpunkte von Investitionen in zweckmäßige Präventionsmaßnahmen und von möglichen "Renditen" dieser Maßnahmen zwangsläufig in fast allen Fällen weit auseinander liegen und niemand garantieren kann, dass die "Rendite" – wenn es sie denn überhaupt gibt – mit hinreichend großer Wahrscheinlichkeit auch beim Investor "ankommt". Ein vergleichbares Problem hat im Übrigen weder die private Krankenversicherung (in der es – abgesehen vom Neukundengeschäft – praktisch keinen Wettbewerb gibt) noch hätte es eine (tatsächliche oder faktische) Einheitsversicherung. In Bezug auf die aus guten Gründen wettbewerblich ausgerichtete GKV ist eine Lösung dieses Problems intertemporaler externer Effekte nicht durch den RSA, sondern nur "jenseits des RSA" zu suchen.

### **Vollständigkeit und Differenzierungsgrad der Morbiditätseinstufung**

Wenn der RSA die Anreize so setzen soll, dass Risikoselektion zulasten chronisch Kranker vermieden und auch andere Versicherte mit teuren Erkrankungen für die Kassen nicht von vornherein "ungünstige Risiken" darstellen, ist eine möglichst vollständige Erfassung des Morbiditätsgeschehens anzustreben: Je mehr Versicherte systematisch auch "nach RSA" noch in merklichem Umfang "ungünstige" Risiken für die Kassen sind, umso stärker bleiben Anreize zur Risikoselektion gegen diese Versicherten bestehen.

Die in den USA praktizierten Systeme des morbiditätsorientierten RSA unterscheiden sich beträchtlich in ihrem jeweiligen Vollständigkeitsgrad, mit dem das gesamte Krankheitsgeschehen berücksichtigt wird. So werden z.B. im Health Insurance Plan of California, mit dem staatliche und private Arbeitgeber den "Beitragsbedarf" für die Versicherung ihrer Beschäftigten ermitteln, nur besonders teure Diagnosen gesondert berücksichtigt, während für die übrigen Versicherten nur nach Alter und Geschlecht differenziert wird. Dagegen werden z.B. im Rahmen des von der Health Care Authority im Bundesstaat Washington durchgeführten RSA chronische Erkrankungen umfassend berücksichtigt; auch bei dem im Rahmen von Medicare verwendeten Morbiditätsmodell werden die chronischen Erkrankungen weitgehend berücksichtigt. Allerdings werden teure Akuterkrankungen, die keine hohen Folgekosten über längere Zeit verursachen, in den beiden zuletzt genannten Modellen nur zum Teil berücksichtigt; die Möglichkeit einer entsprechenden Anpassung ist allerdings gegeben und erscheint insbesondere auch dann erforderlich, wenn die Modelle im Rahmen eines grundsätzlich retrospektiv ausgerichteten RSA verwendet werden sollen.

Generell erweist es sich als problematisch, nur einen ausgewählten Teil des gesamten Morbiditätsgeschehens zu berücksichtigen, weil dadurch die Versicherten mit nicht berücksichtigten Erkrankungen im Ergebnis noch "ungünstiger" werden. Dies zeigt eine einfache Überlegung: Wenn z.B. für ausgewählte chronische Erkrankungen gesonderte (im Ergebnis erhöhte) standardisierte Leistungsausgaben ermittelt und den Kassen zugerechnet werden, sinken zugleich die standardisierten Leistungsausgaben für die "Restgruppe" der Versicherten, die weiter allein aufgrund der Merkmale Alter und Geschlecht ermittelt werden. Für vergleichsweise gesunde Versicherte innerhalb dieser "Restgruppe" kann dies durchaus als "Schritt in die richtige Richtung" angesehen werden, denn für sie wurde den Kassen bislang ein "zu hoher" Beitragsbedarf zugerechnet. Die Versicherten mit ausgabenintensiven Erkrankungen, für die keine gesonderten standardisierten Leistungsausgaben ermittelt werden, werden durch die Absenkung des mittleren Beitragsbedarfs für die "Restgruppe" hingegen noch ein weiteres



Stück "ungünstiger", als sie es vorher ohnehin bereits waren. Aus Sicht der Gutachter sollte deshalb auf jeden Fall angestrebt werden, ein möglichst vollständiges System der Morbiditätsorientierung einzuführen.

Da ein vollständiger morbiditätsorientierter RSA nur mit einem mehrjährigen Vorlauf umgesetzt werden kann, wird in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte teilweise erwogen, für Versicherte mit ausgewählten chronischen Erkrankungen bereits "vorab" gesonderte standardisierte Leistungsausgaben zu ermitteln. Vor dem Hintergrund des soeben skizzierten Wirkungsmechanismus erscheint ein solches "Vorziehen" jedoch ambivalent. Auch wenn der Prozess der Auswahl der betreffenden Erkrankungen, die eindeutige Identifikation der entsprechenden Versicherten sowie die Ermittlung standardisierter Leistungsausgaben schneller umgesetzt werden könnte, bestünde die Gefahr einer "Diskriminierung" von Versicherten mit nicht ausgewählten Erkrankungen. Die möglichen Vorteile des "partiellen Vorziehens" der morbiditätsorientierten Ermittlung des Beitragsbedarfs müssten zumindest sorgfältig mit den hier skizzierten möglichen Nachteilen abgewogen werden. Auf längere Sicht bedeutet in jedem Fall nur ein vollständiges System der Morbiditätsorientierung eine sachgerechte Weiterentwicklung des RSA.

Neben der Vollständigkeit des im RSA berücksichtigten Morbiditätsgeschehens unterscheiden sich die unterschiedlichen Modelle auch darin, wie differenziert jeweils Morbiditätsunterschiede erfasst werden. Teilweise wird zwar das gesamte Morbiditätsgeschehen erfasst, jedoch nur sehr grob in Form vergleichsweise weniger Gruppen mit gesonderten standardisierten Leistungsausgaben abgebildet. So verwendet z.B. die amerikanische Health Care Financing Administration im Rahmen von Medicare ein Morbiditätsmodell, bei dem die chronischen Erkrankungen umfassend erfasst werden, jeder Versicherte aber – neben der Einteilung nach Alter und Geschlecht – einer von insgesamt nur 15 Morbiditätsgruppen zugeordnet wird. Dagegen werden in anderen Modellen die Versicherten einer deutlich größeren Zahl unterschiedlicher Morbiditätskategorien zugeordnet.

Generell gilt: Je stärker die Morbiditätsdifferenzierung, desto homogener die einzelnen Morbiditätskategorien. Hier gilt es bei der Auswahl eines geeigneten Morbiditätsmodells sorgfältig abzuwägen zwischen einer möglichst differenzierten Berücksichtigung von Ausgabenunterschieden zwischen und innerhalb von Morbiditätskategorien auf der einen Seite – insbesondere im Hinblick auf das Ziel, unerwünschte Risikoselektion zu vermeiden – und dem möglichst vollständigen Erhalt von Anreizen zur Wirtschaftlichkeit auf der anderen Seite. Damit bei der Entscheidung über die Auswahl und Anpassung eines Morbiditätsmodells für den deutschen RSA die richtige Balance zwischen hinreichender Differenzierung und Erhalt

von Wirtschaftlichkeitsanreizen gefunden werden kann, sollten auch empirische Analysen mit Datengrundlagen der GKV durchgeführt werden.

### **Datenverfügbarkeit, Erhebungs- und Erfassungsaufwand**

Ein unzweifelhafter Vorteil der derzeitigen RSA-Faktoren Alter, Geschlecht und BU/EU-Status liegt darin, dass diese Daten bereits eindeutig und "fehlerfrei" vorliegen und ohne größeren Aufwand im RSA genutzt werden können. Dem steht freilich der Nachteil gegenüber, dass diese Faktoren die Morbiditätsunterschiede der Versicherten nur unzureichend abbilden. Deshalb ist es zunächst nicht überraschend, dass bei einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA höhere Anforderungen an die Datengrundlagen gestellt werden, z.B. weil Diagnoseinformationen benötigt und mit durchschnittlichen Leistungsausgaben verknüpft werden müssen, um den morbiditätsbezogenen Beitragsbedarf eines Versicherten zu ermitteln. Dabei geht es keineswegs darum, neue Daten von den Versicherten zu erheben, sondern die in der GKV bereits vorhandenen Daten zu nutzen. So sind die Leistungserbringer bereits heute zur Kodierung der Diagnosen verpflichtet.

In erster Linie kommt es also darauf an, nach geeigneten Wegen zu suchen, wie die bereits vorhandenen Informationen zuverlässig und kostengünstig unter Wahrung des Patienten- und Datenschutzes bereitgestellt werden können. Wie das Beispiel der Einführung der DRGs in vielen Ländern gezeigt hat, kann dabei grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass sich die Qualität der Datengrundlagen in dem Maße verbessert, wie sie unmittelbar ökonomisch relevant werden. Eine Vorlaufphase vor der Einführung eines morbiditätsorientierten RSA wird dazu beitragen, die Genauigkeit der Dokumentation von Behandlungsanlässen im stationären wie insbesondere auch im ambulanten Bereich zu verbessern.

Unabhängig von den möglichen Modellen bei der Ausgestaltung des zukünftigen RSA gilt deshalb grundsätzlich, dass eine verbesserte Ausnutzung von Informationen über die Morbidität der Versicherten im Ergebnis dazu führen wird, dass sich die Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung verbessert, insbesondere auch im Hinblick auf die Versorgung von multimorbiden oder chronisch kranken Patienten. Dass in der gegenwärtig unzureichenden Transparenz des Leistungsgeschehens eine wesentliche Ursache für bestehende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite liegt, ist weithin unstrittig.

Oft wird allerdings auch behauptet, dass eine direkte Morbiditätsorientierung des RSA "technisch ungeheuer aufwendig" sei. Angesichts der bereits

bestehenden Praxis in anderen Ländern haben die Gutachter jedoch keine grundlegenden Zweifel, dass die Selbstverwaltung in Deutschland die technische Durchführbarkeit nach einer Anlaufphase reibungslos und mit vertretbarem Aufwand bewältigen kann. Außerdem darf der fraglos erforderliche technische Aufwand nicht nur "für sich" betrachtet, sondern muss dem erwarteten Nutzen für die gesamte GKV gegengestellt werden, der mit der morbiditätsorientierten Weiterentwicklung des RSA verbunden ist. Dies gilt auch, wenn die möglichen Alternativen eines RSA mit direktem Morbiditätsbezug hinsichtlich ihrer datentechnischen Durchführbarkeit beurteilt werden. Dabei ist vor allem auch zu berücksichtigen, dass sich der erforderliche Verwaltungsaufwand durch den anhaltenden technischen Fortschritt in der Informationsverarbeitung weiter verringern lassen dürfte.

### **Wahrung des Datenschutzes**

Ein wichtiger Aspekt beim Übergang zu einem morbiditätsorientierten RSA ist die Wahrung des Datenschutzes. Hier erscheint es den Gutachtern wichtig, Befürchtungen entgegenzutreten, dass es bei einem morbiditätsorientierten RSA bei den einzelnen Kassen notwendigerweise zu personenbezogenen Zusammenführungen von Diagnose- und Abrechnungsdaten kommen müsse, die datenschutzrechtlich als höchst problematisch zu gelten hätten. Diese Befürchtung ist jedoch unbegründet.

Für die Durchführung eines morbiditätsorientierten RSA ist zum einen die Information erforderlich, wie viele Versicherte eine Kasse in den jeweils unterschiedenen Morbiditätskategorien aufweist. Die für diese Einstufung je nach Modell erforderlichen statistischen Informationen werden für die Durchführung des RSA nur in pseudonymisierter Form benötigt. Die notwendigen Diagnose- oder Abrechnungsdaten sowie Stammdateninformationen zu den Versicherten (z.B. Informationen zu Alter, Geschlecht, Art des Krankengeldanspruchs) können bereits vor der Zusammenführung – bei der jeweiligen Kasse oder einer neutralen Stelle – pseudonymisiert werden. Auf diese Weise käme die für den RSA notwendige Information darüber zustande, wie viele Versicherte die einzelnen Kassen in welchen Morbiditätskategorien haben, aber es gäbe keine Information darüber – weder für die Kasse, noch für irgend jemanden sonst –, um welche konkreten Versicherten es sich jeweils handelt, die zu einzelnen Kategorien gehören.

Weiterhin werden für den RSA Informationen über die durchschnittlichen Ausgaben für einzelne Versichertengruppen bzw. – bei einem möglichen Regressionsmodell – einzelne Versicherte benötigt; sie dienen zur Berechnung der "standardisierten Leistungsausgaben", auf deren Grundlage den Kassen ihr jeweiliger Beitragsbedarf zugerechnet wird. Im derzeitigen RSA

werden die standardisierten Ausgabeninformationen für einzelne Leistungsbereiche zum Teil im Rahmen von Vollerhebungen und zum Teil im Rahmen von Stichprobenerhebungen ermittelt. Bei einem morbiditätsorientierten RSA könnte dies grundsätzlich analog erfolgen – ebenfalls auf pseudonymisierter Grundlage, sodass Ausgabeninformationen in keinem Fall einer bestimmten Person zugeordnet werden können. Alle zur Durchführung des RSA erforderlichen Informationen sind auch bei einem morbiditätsorientierten Modell grundsätzlich weder auf einzelne Leistungserbringer noch Versicherte beziehbar.

Vollständig zu trennen von den Datenerfordernissen des RSA sind andere Aufgabenbereiche, in denen die Kassen Informationen über einzelne Leistungserbringer oder Versicherte benötigen. Wenn z.B. die Kassen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung oder der Rechnungsstellung bestimmte Daten für einzelne Leistungserbringer zusammenführen, hat dies mit der Bereitstellung der statistischen Informationsgrundlagen für den RSA nichts zu tun. Entsprechend stellen sich hier grundsätzlich eigenständige datenschutzrechtliche Erfordernisse, die nicht mit denen des RSA vermengt werden dürfen.

Dasselbe gilt für Informationen, die die Kassen über einzelne Versicherte benötigen. So sind z.B. auf der Ebene einzelner Leistungen für Rechnungsprüfungen oder im Fall von genehmigungspflichtigen Leistungen personenbezogene Überprüfungen des Versicherungsanspruchs einer bestimmten Person erforderlich. Die Zusammenführung personenbezogener Einzeldaten ist z.B. für Aufgaben des Fallmanagements erforderlich, bei dem es um gezielte Interventionen in die Versorgung bestimmter Versicherter geht. Auch dies ist ein Aufgabenbereich, der einer völlig eigenständigen datenschutzrechtlichen Bewertung folgt und mit der Durchführung des RSA nichts zu tun hat. Auch für einen morbiditätsorientierten RSA sind derartige personenbezogenen Daten grundsätzlich nicht erforderlich.

### **4.3.3 Schritte auf dem Weg zum morbiditätsorientierten RSA**

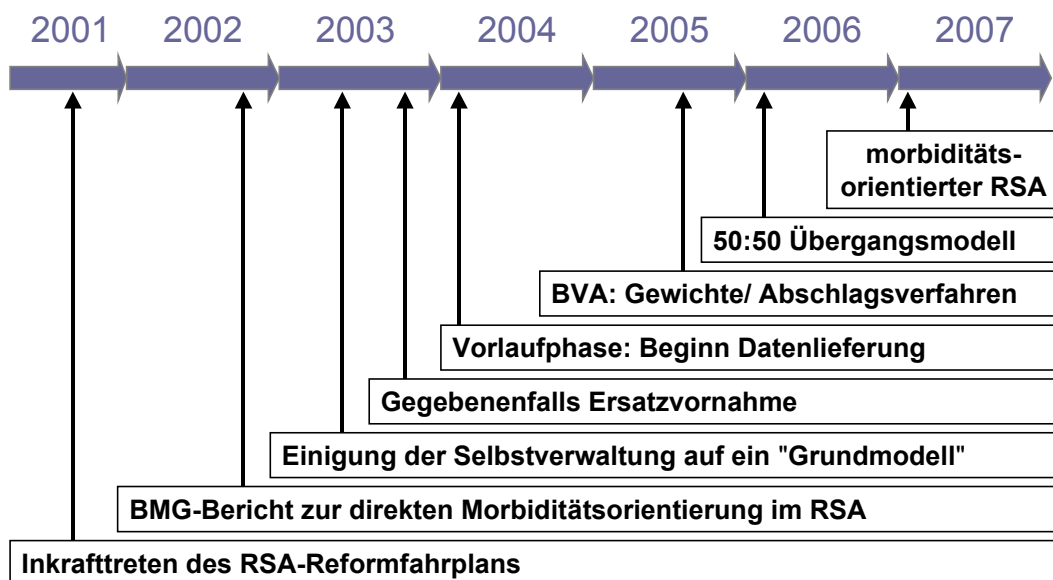
Die Berechnung des Beitragsbedarfs in einem morbiditätsorientierten RSA auf der Grundlage von Informationen über die durchschnittlichen Ausgabenwirkungen der Morbidität der Versicherten ist nicht sofort umsetzbar. Erforderlich ist es jedoch, möglichst umgehend die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass mit den Vorbereitungen für den Übergang zu einem morbiditätsorientierten RSA unverzüglich begonnen werden kann. Hierfür wird im Folgenden ein konkreter "Fahrplan" vorgeschlagen, der nach Auffassung der Gutachter gesetzlich verankert werden sollte. Dabei ist eine prozedurale Analogie zur Einführung der DRGs als Grundlage für die Vergütung von

Krankenhausleistungen unverkennbar. Dies gilt u.a. hinsichtlich der Vorgabe des Reformfahrplans durch den Gesetzgeber sowie der Verpflichtung der Selbstverwaltung (hier: der Spitzenverbände der Krankenkassen), zentrale Entscheidungen über die konkrete Modellauswahl gemeinsam zu treffen. Sollte zwischen den Spitzenverbänden keine entsprechende Verständigung möglich sein, muss das BMG diese Entscheidung auf dem Weg der Ersatzvornahme treffen.

Die Umstellung auf einen RSA mit direktem Morbiditätsbezug erfolgt in einer Reihe von Einzelschritten, für die jeweils ein genauer Zeitrahmen gesetzlich vorgegeben werden sollte (siehe Übersicht 2).

Übersicht 2: Fahrplan für die Umstellung des RSA

## Einführung des morbiditätsorientierten RSA



1. Das BMG wird beauftragt, bis zum 31.12.2002 einen Bericht zu den für die GKV geeigneten Klassifikationsverfahren der direkten Morbiditätsorientierung und dem dazu jeweils erforderlichen Anpassungsbedarf vorzulegen, der sich u.a. der Ergebnisse empirischer Analysen bedient, die auf der Grundlage einer repräsentativen anonymisierten Versichertenstichprobe vorgenommen werden. In dieser Stichprobe sind alle für die direkte Morbiditätsorientierung relevanten Informationen der Leistungsbereiche anonymisiert zusammenzuführen. Eine derartige Stichprobe zur Evaluation der alternativen Verfahren der direkten Morbiditätsorientierung im RSA ist gegenwärtig nicht verfügbar, erscheint je-

doch als Grundlage für die Entscheidung für ein konkretes Morbiditätsmodell erforderlich. Dabei können bereits vorhandene oder im Aufbau befindlichen Datenbestände in der GKV unter Einhaltung der maßgeblichen Rechtsvorschriften mit vertretbarem Aufwand nutzbar gemacht werden. Die Selbstverwaltung wird beauftragt, daran mitzuwirken, dass die Erstellung des Datensatzes der Stichprobe bis zum 31.3.2002 abgeschlossen ist. Ziel der empirischen Untersuchung ist die Beurteilung der Wirkungsweise der betrachteten Modelle für die GKV insgesamt, die Abschätzung von Anpassungserfordernissen sowie die prinzipielle Klärung von Durchführungsfragen. Aufgabe des Berichts kann es dagegen nicht sein, mögliche Beitragssatzeffekte alternativer morbiditätsorientierter Modelle auf Kassenebene abzuschätzen oder die Veränderung von Transfervolumina zu bestimmen.

Die Kriterien, die bei der Beurteilung und Darstellung der Verfahren zur direkten Morbiditätsorientierung zu beachten sind, betreffen die statistisch überprüfbare Relevanz, Validität und Robustheit der Ausgleichsfaktoren, die Angemessenheit ihrer Anreizwirkungen, die Gewährleistung ihrer Manipulationsresistenz, ihre Anpassungs- und Verbesserungsfähigkeit sowie den mit einem Routinebetrieb verbundenen Verwaltungsaufwand einschließlich der Überprüfung datenschutzrechtlicher Erfordernisse.

2. Nach der Vorlage des Berichts durch das BMG beraten die Spitzenverbände der Krankenkassen die verschiedenen untersuchten Modelle und Modellvarianten und entscheiden gemeinsam bis zum 30.06.2003, welches Grundmodell der direkten Morbiditätsorientierung im RSA für die GKV übernommen und an die spezifischen Erfordernisse angepasst werden soll. Im Fall der Nichteinigung erfolgt der Beschluss im Weg der Ersatzvornahme durch das BMG bis zum 30.09.2003.
3. Entsprechend den Anwendungs- und Anpassungserfordernissen des in Schritt 2 beschlossenen Grundmodells wird die Selbstverwaltung dazu verpflichtet zu gewährleisten, dass die erforderlichen Datenlieferungen mit dem 1.1.2004 beginnen.

Dabei ist bereits heute absehbar, dass bei einer Entscheidung für ein diagnosebasiertes oder für ein arzneimittelbasiertes Modell der Morbiditätseinstufung der Versicherten je Kasse und (pseudonymisiertem) Versicherten folgende Daten erforderlich sind:

- Für den Hauptleistungsbereich Vertragsärzte: Je Quartal die Diagnosen gemäß ICD 10, die vergüteten Punktzahlsummen, die Vergütungen zu festem Punktwert (mit Pauschale), die Sachkosten und EBM-

Gebührenpositionen (soweit auch Prozeduren zur Morbiditäts-einstufung herangezogen werden).

- Für den Hauptleistungsbereich Krankenhaus: Die Entlassungsdiagnose mit Datum, der Rechnungsbetrag der stationären Behandlung, ausgewählte Sonderentgelte (bzw. DRGs) und ggf. ausgewählte Operationsschlüssel.
- Für den Hauptleistungsbereich Arzneimittel: Die Pharmazentralnummern bzw. ATC-Codes und das Datum der verschriebenen Arzneimittel, der Bruttopreis, die Höhe der (fiktiven) Zuzahlung.
- Für den Hauptleistungsbereich Krankengeld: Die Arbeitsunfähigkeits-Diagnose mit Beginn- und Endedatum, die Dauer des Krankengeldbezugs (Krankengeldtage nach Ablauf von sechs Wochen), die geleisteten Zahlungen und die Erstattungen.

Das BVA oder eine andere geeignete Stelle wird beauftragt, die notwendigen Daten entgegenzunehmen und die erforderlichen Berechnungen zur Versichertengruppierung auf Stichprobenbasis vorzubereiten. Diese Vorlaufphase dient insbesondere auch dazu, die erforderliche Transparenz der Dokumentationsvorschriften herzustellen sowie allen Beteiligten ausreichend Zeit einzuräumen, sich frühzeitig und umfassend mit den Auswirkungen der Morbiditätsorientierung im RSA zu befassen.

4. Auf der Grundlage der vom BVA oder einer anderen geeigneten Stelle im Benehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durchgeführten Versichertengruppierung auf Stichprobenbasis bereitet das BVA bis zum 30.9.2005 ein entsprechendes Abschlagsverfahren der RSA-Zahlungen für das Jahr 2006 vor.
5. Die stufenweise Umstellung auf den RSA mit direkter Morbiditätsorientierung erfolgt im Jahr 2006, indem 50 Prozent des Beitragsbedarfs auf der Basis des bis dahin gültigen Ausgleichsverfahrens und 50 Prozent nach dem Verfahren mit direkter Morbiditätsorientierung ermittelt und zugerechnet werden.

Dem besonderen Umstand, dass im Jahr 2006 der geplante Übergang zum gesamtdeutschen RSA nach geltendem Recht noch nicht vollständig vollzogen ist, kann wie folgt Rechnung getragen werden: Für die 50 Prozent des Beitragsbedarfs, die nach dem alten RSA ermittelt werden, wird in Bezug auf den im Gesetz vorgesehenen schrittweisen Ost/West-Angleichungsprozess auf die ursprünglich für 2006 vorgesehene letzte Anpassungsstufe verzichtet, d.h., der 2005 erreichte Angleichungsstand wird für ein weiteres Jahr "eingefroren". Für die 50 Prozent des Bei-

tragsbedarfs, die nach dem neuen (morbidityorientierten) RSA ermittelt werden, wird bereits 2006 auf eine Unterscheidung zwischen Ost und West verzichtet.

6. Auf der Grundlage der zum 30.9.2006 zu aktualisierenden Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt die Einführung des gesamtdeutschen RSA mit (vollständiger) direkter Morbidityorientierung zum 1.1.2007.
7. Nach Einführung des morbidityorientierten RSA wird das Verfahren in einem regelmäßigen Abstand von zwei Jahren auf seinen Anpassungsbedarf hin überprüft. Dazu beruft das BMG ein eigenständiges Gremium ("RSA-Kommission") ein, das nach dem Muster der Monopolkommission als "Sachverständigenrat zur Begutachtung von RSA und GKV-Wettbewerb" gebildet werden könnte und dem Deutschen Bundestag alle zwei Jahre einen Bericht zur Wettbewerbsentwicklung in der GKV, einschließlich der Angemessenheit des verwendeten Morbiditymodells, vorzulegen hätte.

#### **4.4 Ergänzung der direkten Morbiditykomponente durch einen Hochrisikopool**

Auch bei einer direkten Morbidityorientierung zur Ermittlung des Beitragsbedarfs im RSA wird ein – mutmaßlich sehr kleiner – Teil der Versicherten mit seinen Ausgaben, z.B. aufgrund atypischer Krankheitsverläufe, extrem oberhalb der standardisierten Leistungsausgaben liegen. Dies kann z.B. der Fall sein, weil einzelne Versicherte in einer Weise multimorbid sind, die nicht im morbidityorientierten RSA abgebildet wird. Es erscheint deshalb sinnvoll, für diese Versicherten einen ergänzenden Hochrisikopool einzurichten.

Mit einem Hochrisikopool werden mehrere Ziele verfolgt:

- Die Belastung von Kassen, die überdurchschnittlich viele extrem teure Versicherte in ihrem Versichertenklientel haben, soll begrenzt werden.
- Trägt der Hochrisikopool Teile der Ausgaben der sehr teuren Versicherten, sind die Ausgabenunterschiede in den einzelnen RSA-Risikogruppen geringer, wodurch Anreize zur Risikoselektion vermindert werden.
- Bei einem prospektiven Modell des morbidityorientierten RSA werden in erster Linie chronische Erkrankungen berücksichtigt. In einem solchen Modell kommt dem Hochrisikopool auch die Aufgabe zu, die Belastungsspitzen durch sehr teure Akutfälle zu begrenzen. Damit



stellt der Hochrisikopool auch eine Art GKV-interne Rückversicherung dar.

Die konkrete Ausgestaltung des Hochrisikopools als Flankierung eines morbiditätsorientierten RSA ist von dessen Ausgestaltung abhängig und kann deshalb erst im Rahmen der Entscheidung für ein bestimmtes Modell des morbiditätsorientierten RSA festgelegt werden. Im Unterschied zum morbiditätsorientierten RSA kann die Einführung des Risikopools jedoch grundsätzlich auch schon kurzfristig in Ergänzung des bestehenden RSA erfolgen; hierauf wird in Abschnitt 5.4 gesondert eingegangen.

#### **4.5 Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs**

Wie die Skizze der Funktionsweise des gegenwärtigen RSA deutlich gemacht hat, werden die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten gegenwärtig zwar weit überwiegend (zu rund 92 Prozent) ausgeglichen. Durch die Ausklammerung der Satzungs- und Ermessensleistungen und der Verwaltungsausgaben der Kassen bei der Berechnung des ABS bleibt jedoch ein gewisser Einfluss der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten auf den Beitragssatz einer Kasse erhalten: Kassen mit vergleichsweise geringen beitragspflichtigen Einnahmen müssen unter sonst gleichen Umständen einen höheren Teil-Beitragssatz zur Finanzierung von Satzungsleistungen und Verwaltungskosten erheben als Kassen, denen höhere beitragspflichtige Einnahmen ihrer Versicherten zur Verfügung stehen. Dies trägt zu Beitragssatzverzerrungen bei und fördert tendenziell das Interesse an Risikoselektion gegen Versicherte mit geringen Einkommen.

Zur einer systematisch sinnvollen Weiterentwicklung des RSA gehört daher auch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs. Die Gutachter schlagen dazu vor, die Verwaltungsausgaben der Kassen in den RSA einzu beziehen. Selbstverständlich muss der Einbezug von Verwaltungsausgaben in den RSA so erfolgen, dass Anreize bei den Kassen zur Wirtschaftlichkeit in vollem Umfang erhalten bleiben, genauso wie dies bereits im gegenwärtigen RSA in Bezug auf die Leistungsausgaben der Fall ist; ein Ausgaben ausgleich tatsächlich entstandener Verwaltungskosten kann daher von vornherein nicht in Betracht kommen. Vielmehr sind standardisierte Verwaltungskosten zu verwenden.

Der Einbezug der Verwaltungskosten in den RSA zur teilweisen Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs kann kurzfristig erfolgen; hierauf wird in Abschnitt 6.1 ausführlich eingegangen.

Auch vom gegenwärtigen Nicht-Einbezug der Satzungs- und Ermessensleistungen in den RSA gehen verzerrte Beitragssatzsignale aus. Ein obligatorischer Einbezug dieser Leistungen in den RSA erscheint jedoch konzeptionell nicht gerechtfertigt, weil einerseits die Kassen wählen können, ob sie überhaupt bestimmte Satzungsleistungen anbieten wollen, und andererseits die Versicherten über ihre Kassenwahl entscheiden können, ob sie sich in Bezug auf diese Leistungen versichern wollen. Hier zeigen sich die grundsätzlichen konzeptionellen Probleme von Satzungsleistungen in der GKV, die in ihrer Bedeutung noch zunehmen würden, wenn – wie teilweise diskutiert – weitere Teile des gegenwärtigen Pflichtleistungskatalogs zu Wahlleistungen deklariert würden, die innerhalb der einzelnen Kassen einkommensproportional – in Form entsprechender Teil-Beitragssätze – finanziert würden.

## **5 Kurzfristig realisierbare Reformansätze zu einer besseren Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden im RSA**

Die nach Auffassung der Gutachter zentrale Schwachstelle im derzeitigen RSA liegt in der durch Alter, Geschlecht und Invalidität nicht hinreichend differenzierten Abbildung von Morbiditätsunterschieden zwischen den GKV-Versicherten. Hieraus leitet sich der zentrale Reformvorschlag ab, die Ermittlung des Beitragsbedarfs im RSA baldmöglichst auf eine direkt morbiditätsorientierte Grundlage zu stellen und mit der Vorbereitung dieses Reformschritts unverzüglich auf gesetzlicher Grundlage zu beginnen. "Baldmöglichst" bedeutet angesichts der derzeitigen Datenlage jedoch in jedem Fall einen Zeithorizont von einigen Jahren. Nach dem in Abschnitt 4.3.3 vorgeschlagenen Reform-Fahrplan kann von einer ersten Stufe der Einführung im Jahr 2006 und von der vollständigen Einführung im Jahr 2007 ausgegangen werden.

Vor dem Hintergrund dieses eher mittelfristigen Reformhorizonts stellt sich angesichts aktueller Wettbewerbsprobleme die Frage nach zweckmäßigen Übergangslösungen, die die bestehenden Defizite des derzeitigen RSA in Bezug auf die Abbildung von Morbiditätsunterschieden bzw. die daraus resultierenden Beitragssatz- und Anreizverzerrungen bereits in kürzerer Frist spürbar mindern können. Hierzu werden nachfolgend vier Reformansätze behandelt, die von unterschiedlichen Seiten in die deutsche Reformdiskussion eingebracht worden sind, die zum Teil aber seit längerem diskutiert bzw. praktiziert werden:

- erstens Modifikationen bei der bereits im gegenwärtigen RSA aufgrund ihrer signifikant überdurchschnittlich hohen Morbidität gesondert berücksichtigten Versichertengruppe der Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ("BU/EU-Rentner");
- zweitens die gesonderte Berücksichtigung der Härtefall-Versicherten (mit vollständiger oder partieller Befreiung von Patientenzuzahlungen) als Versichertengruppe, der – analog zu den BU/EU-Rentnern – ebenfalls ein systematisch überdurchschnittliches Morbiditätsrisiko nachgesagt wird;
- drittens die gesonderte Berücksichtigung von "Kassenwechslern" als einer Versichertengruppe, der im Durchschnitt ein systematisch unterdurchschnittliches Morbiditätsrisiko zugeschrieben wird; sowie
- viertens die Einrichtung eines obligatorischen GKV-weiten Risikopools für besonders aufwendige Leistungsfälle.

Nur solche Ansätze, die im Hinblick auf konzeptionelle Schlüssigkeit und praktische Durchführbarkeit Erfolg versprechend erscheinen, werden einer weitergehenden empirischen Analyse mit einer genauen Spezifikation ihrer zweckmäßigen Ausgestaltung unterzogen.

### **5.1 Modifizierte Berücksichtigung von BU/EU-Rentnern**

GKV-Versicherte, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen – d.h. eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder eine Rente für Bergleute (gemäß §§ 43-45 SGB VI in der bis 31.12.2000 gültigen Fassung<sup>21</sup>) –, werden im derzeitigen RSA gesondert berücksichtigt, indem für sie eigenständige standardisierte Leistungsausgaben festgestellt und bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs zugrunde gelegt werden.

Grundlage für die gesonderte Berücksichtigung dieser Versichertengruppe im RSA waren insbesondere

- empirische Ergebnisse aus Transparenzprojekten, aus denen eindeutig hervorging, dass GKV-versicherte Bezieher einer BU/EU-Rente im Vergleich zu den sonstigen Versicherten derselben Alters- und Geschlechtsgruppe im Mittel deutlich höhere Leistungsausgaben verursachen (wie sich im Übrigen im Rahmen der gemäß § 267 SGB V durchgeführten Datenerhebungen zum RSA Jahr für Jahr aufs Neue bestätigt);
- der Umstand, dass es sich (mit derzeit fast zwei Millionen Versicherten) um eine zahlenmäßig bedeutsame Versichertengruppe handelt, und zwar sowohl hinsichtlich der Beitragssatzwirkungen ihrer gesonderten Berücksichtigung bzw. Nicht-Berücksichtigung im RSA als auch hinsichtlich ihrer Identifizierbarkeit zum Zwecke "lohnender" Risikoselektion;
- die eindeutige, weithin zeitstabile und absolut manipulationsresistente Zuordnung von Versicherten zu dieser Gruppe; sowie nicht zuletzt
- die Tatsache, dass es sich explizit um nachgewiesene erhebliche Einschränkungen des Gesundheitszustands handelt, die eine unverzichtbare Voraussetzung für die individuelle Zuordnung von Versicherten zu dieser Gruppe ist.

Bei der verschiedentlich von Beginn an geäußerten Kritik an der gesonderten Berücksichtigung der BU/EU-Rentner im RSA ist keiner dieser vier Punkte jemals widerlegt, ja nicht einmal auch nur ansatzweise überhaupt in

---

<sup>21</sup> Vom 1.1.2001 an werden bei Vorliegen einer Erwerbsminderung nach dem neuen § 43 SGB VI nur noch Renten "wegen teilweiser Erwerbsminderung" bzw. "wegen voller Erwerbsminderung" zuerkannt.

Zweifel gezogen worden. Insofern entspringt die Kritik auch eher den vielfältigen Miss- und Fehlverständnissen zum RSA, die zum Teil bis heute kursieren, zum Teil aber auch bewusst gepflegt werden. Missverständnissen zum RSA ist insbesondere zuzuschreiben, wenn nach wie vor behauptet wird, dass der RSA vom Ansatz her gar kein Morbiditätsausgleich sei (weshalb die gesonderte Berücksichtigung einer bestimmten Versicherten-Gruppe wie der BU/EU-Rentner ein Fremdkörper im RSA-Konzept sei) oder dass der RSA "lediglich" die Aufgabe habe, Beitragssatzwirkungen unterschiedlicher Einkommens-, Familienlast-, Alters- und Geschlechtsstrukturen zu neutralisieren und entsprechend auf diese "vier Kernkomponenten" beschränkt werden müsse. Wie die ausführliche Darstellung von Funktion und Funktionsweise des RSA in diesem Bericht gezeigt hat (und wie mittlerweile weltweit anhand der einschlägigen gesundheitsökonomischen Literatur nachvollzogen werden kann), gehen derartige Beurteilungen fehl: Der RSA ist sehr wohl ein Morbiditätsausgleich, der sich an den – zugegebenermaßen unzureichenden – Morbiditätsindikatoren Alter, Geschlecht und Invalidität festmacht. In vielen Ländern gibt es einen analogen Morbiditätsausgleich – in einigen Fällen, wie z.B. in der Schweiz, sogar ausschließlich, weil in den dortigen Krankenversicherungssystemen im Unterschied zur GKV kein Einkommens- und Familienlastenausgleich erfolgt (der beim deutschen RSA neben dem Morbiditätsausgleich auch einen Finanzkraftausgleich erfordert).<sup>22</sup>

Dass Alter und Geschlecht Morbiditätsunterschiede nicht hinreichend differenziert abbilden können, kann mittlerweile als unstrittig gelten. Solange keine direkten Informationen zur Morbidität der Versicherten vorliegen, liegt es deshalb nahe, andere Informationen zu nutzen, die besondere Morbiditätsbelastungen bestimmter Versichertengruppen möglichst treffsicher abbilden können. Weil bei jedem einzelnen BU/EU-Rentner schwer wiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen "amtlich anerkannt" sind, erscheint diese Gruppe zur Kennzeichnung besonderer Morbiditätsbelastungen geeignet – dies im Übrigen nicht nur im deutschen RSA, sondern u.a. auch im RSA in den Niederlanden und in der Tschechischen Republik.

---

<sup>22</sup> Möglicherweise fußt die Skepsis gegenüber einem "genuinen" Morbiditätsausgleich auf der Befürchtung, damit in zu große Nähe zu einem Ausgabenausgleich zu geraten; hierfür spricht auch die bis heute verbreitete "Sprachregelung", wonach der RSA ein "einnahmenorientierter" und kein "ausgabenorientierter" Ausgleich sei, obwohl sich die Ermittlung des Beitragsbedarfs selbstverständlich auf Ausgaben bezieht. Entscheidend ist, dass es beim RSA keinen Ausgleich *tatsächlicher*, sondern *standardisierter* Ausgaben gibt, und zwar unabhängig davon, ob dies auf der Grundlage von Alter und Geschlecht, Invalidität oder direkten Morbiditätsindikatoren geschieht.

Somit stellt sich nach Auffassung der Gutachter nicht die Frage, ob es generell zweckmäßig ist, die Bezieher einer Invaliditätsrente im RSA gesondert zu berücksichtigen, solange es keine "bessere" Abbildung von Morbiditätsunterschieden gibt, sondern vielmehr, ob die gegenwärtige Form der gesonderten Berücksichtigung von BU/EU-Rentnern sachgerecht ist. In diesem Zusammenhang wird u.a. moniert, dass beim derzeitigen Verfahren nicht berücksichtigt wird, dass die BU/EU-Rentner auch schon im Zeitraum vor dem erstmaligen Rentenbezug sowie im Zeitraum nach der rentenrechtlichen Umwandlung zu Altersrentnern (in der Regel bei Erreichen der Altersgrenze von 65 Jahren) ein überdurchschnittliches Morbiditätsrisiko darstellen.

Dieser Einwand gegen die derzeitige Form der Berücksichtigung der BU/EU-Rentner im RSA ist sachlich grundsätzlich gerechtfertigt und auch empirisch belegt. Insbesondere ist zutreffend – und auch schon ohne Empirie unmittelbar plausibel –, dass BU/EU-Rentner nicht erst vom Zeitpunkt des Rentenbezugs an ein weit überdurchschnittliches Ausgabenrisiko für ihre Kasse darstellen, sondern bereits zum Teil deutlich früher bei Eintritt der erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, die schließlich zur Anerkennung der weit reichenden Erwerbsminderung und dem damit verbundenen Rentenbezug führt. Auch erscheint wenig plausibel, warum BU/EU-Versicherte, die im Alter von 64 Jahren ein systematisch höheres Morbiditätsrisiko aufweisen als gleichaltrige sonstige Versicherte, mit 65 Jahren ein "vollständig normales" Morbiditätsrisiko haben sollen, nur weil ihre Rente eine rententechnische Umwandlung erfahren hat.

Im Übrigen wird der erstgenannte Effekt durch die Neuregelung des Rechts der Erwerbsminderungsrenten zum 1. Januar 2001 noch verstärkt. Danach werden Erwerbsminderungsrenten grundsätzlich nur noch als Renten auf Zeit gewährt, sodass der Rentenbezug erst mit Beginn des siebten Monats nach dem Eintritt der Erwerbsminderung einsetzt (§ 101 Abs. 1 SGB VI). Dies hat zur Folge, dass der höhere Beitragsbedarf für Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erst von einem gegenüber dem bisher geltenden Recht entsprechend späteren Zeitpunkt an geltend gemacht werden kann, obwohl auch bereits in diesem Zeitraum die höheren Leistungsausgaben anfallen. Die durch diese Neuregelung hervorgerufenen zusätzlichen wettbewerblichen Verwerfungen zulasten von Kassen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an BU/EU-Rentnern könnten ohne erheblichen Aufwand und systemkonform rückgängig gemacht werden, indem die Betroffenen bereits vom Eintritt der Erwerbsminderung an der Versichertengruppe der BU/EU-Rentner zugeordnet werden. Die Gutachter schlagen eine solche Änderung vor, die in Bezug auf die Berücksichtigung der BU/EU-Rentner im RSA die Situation vor der rentenrechtlichen Neuregelung wiederherstellt.

Wenn die Gutachter gegenüber einer weiter gehenden Modifikation der derzeitigen Form der gesonderten Berücksichtigung von BU/EU-Rentnern im RSA insgesamt eher zurückhaltend sind, gründet sich dies vor allem auf die Einschätzung, dass die empirische Relevanz einer solchen Modifikation – auch im Verhältnis zu dem dazu erforderlichen Aufwand – eher gering erscheint. Zudem wäre in jedem Fall eine längere Einführungszeit erforderlich, die angesichts des voraussichtlichen Übergangscharakters eines gesonderten BU/EU-Modells im Hinblick auf das mittelfristig umsetzbare Reformkonzept der direkten Morbiditätsorientierung im RSA nicht gerechtfertigt erscheint.

## **5.2 Gesonderte Berücksichtigung von Härtefällen**

Ein bereits seit längerem diskutierter Vorschlag zur Modifikation des bestehenden RSA sieht vor, Härtefälle – d.h. GKV-Versicherte, die vollständig oder teilweise von Zuzahlungen befreit sind – ähnlich wie die BU/EU-Rentner als eigenständige Versichertengruppe im RSA zu berücksichtigen, indem für diese Versicherten auf der Grundlage spezifischer standardisierter Leistungsausgaben ein gesonderter Beitragsbedarf ermittelt wird. Hinter diesem Vorschlag verbirgt sich die Auffassung, dass die zuzahlungsbefreiten Versicherten gegenüber sonstigen Versicherten derselben Alters- und Geschlechtsgruppe eine signifikant höhere Morbidität aufweisen und Kassen mit einem vergleichsweise großen Anteil an Zuzahlungsbefreiten demzufolge eine überdurchschnittliche Morbiditätslast zu tragen haben, die im gegenwärtigen RSA nicht berücksichtigt wird.

Wer in der GKV als Härtefall von eigenen Zuzahlungen (außer im stationären Versorgungsbereich) befreit ist – abgesehen von den Versicherten unter 18 Jahren, die generell keine eigenen Zuzahlungen leisten müssen –, wird im SGB V wie folgt verbindlich geregelt:

- Versicherte, bei denen das Familieneinkommen unter einer bestimmten Grenze liegt sowie generell Empfänger von Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe, BAföG u.Ä. sind von eigenen Zuzahlungen vollständig befreit (§ 61: Sozialklausel);
- Wenn die Zuzahlungen eines Versicherten innerhalb eines Kalenderjahres 2 Prozent seiner Jahresbruttoeinnahmen übersteigen, werden die darüber hinausgehenden Ausgaben von der Kasse übernommen (§ 62: Überforderungsklausel);
- Chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 Prozent ihrer Jahresbruttoeinnahmen geleistet haben, sind für die weitere Dauer

der Behandlung vollständig von Zuzahlungen befreit (§ 62: chronisch Kranke).

Aufgrund des erheblichen Umfangs der Zuzahlungen sowie des ärztlichen Testats bei chronisch Kranken kann davon ausgegangen werden, dass bei den nach § 62 anerkannten Härtefällen eine deutlich erhöhte Morbidität gegenüber den sonstigen Versicherten vorliegt. Ob dies auch bei den nach § 61 anerkannten Härtefällen der Fall ist, ist angesichts der heterogenen Zusammensetzung dieser Gruppe weder a priori plausibel noch bis zum derzeitigen Zeitpunkt empirisch eindeutig nachgewiesen.

Die derzeitige Regelung führt zu Risikoselektionsanreizen insbesondere gegenüber den nach § 62 anerkannten Härtefällen. Die hohen Zuzahlungen, die bei diesen Versicherten u.a. zu ihrer Anerkennung als Härtefall führen, deuten bereits auf weit überdurchschnittlich hohe Ausgaben oberhalb der standardisierten Leistungsausgaben hin: Da sich in jeder RSA-Risikogruppe zugleich Härtefälle und "Nicht-Härtefälle" befinden, ergeben sich insgesamt standardisierte Leistungsausgaben, die tendenziell deutlich unter den mittleren Ausgaben für Härtefälle nach § 62 und leicht über den Ausgaben für die übrigen Versicherten liegen. Weil diese Ausgabendifferenz im derzeitigen RSA nicht ausgeglichen wird, hat demzufolge eine Kasse einen Anreiz, die Versicherung von Härtefall-Versicherten nach § 62 zu vermeiden, um damit einem unmittelbaren Beitragssatznachteil zu entgehen.

Vor diesem Hintergrund erscheint der Vorschlag, Härtefälle im RSA bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs gesondert zu berücksichtigen, zunächst durchaus plausibel. Technisch könnte dies geschehen durch

- ein eigenes "Härtefall-Profil" ähnlich wie für BU/EU-Rentner wegen der systematisch höheren Ausgaben dieser Versicherten,
- ein eigenes Profil nur für die Härtefälle nach § 62 aufgrund ihrer anerkannt höheren Morbidität oder
- jeweils eigene Profile aufgrund der starken Unterschiede zwischen den beiden Härtefall-Gruppen nach § 61 und § 62 SGB V.

Zusätzlich wäre bei einem solchen Modell zu entscheiden, ob für jede der bisherigen Versichertengruppen eigene Härtefallprofile ermittelt werden sollen. Dabei würde sich die Anzahl der RSA-Zellen im Vergleich zum Status quo verdoppeln oder aber bei einer jeweils gesonderten Profilbildung der Härtefall-Gruppen nach § 61 und § 62 sogar verdreifachen. Würden hierbei für BU/EU-Rentner keine eigenen Härtefallprofile gebildet, müsste eine Regelung gefunden werden, die die in Frage kommenden Versicherten entweder der Gruppe der BU/EU-Rentner oder aber der Gruppe der Härte-



fall-Versicherten adäquat zuordnet. In jedem Fall ergibt sich eine deutliche Zunahme der RSA-Zellen gegenüber heute; für sehr gering besetzte Gruppen kann dies eine Entwicklung in Richtung eines prinzipiell unerwünschten Ausgabenausgleichs bedeuten.

Die technische Umsetzung gesonderter Härtefallprofile setzt zudem voraus, das Merkmal "zuzahlungsbefreit" als weiteres Statuskennzeichen auf der Krankenversichertenkarte zu berücksichtigen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass dieses Merkmal bei vielen Versicherten im Zeitablauf sehr instabil sein dürfte, müsste es doch entsprechend oft neu vergeben bzw. aberkannt werden, sodass die Krankenversichertenkarten der betroffenen Versicherten entsprechend häufig ausgetauscht werden müssten. Weil die Anerkennung als Härtefall nach der Überforderungsklausel immer erst nach Ablauf eines Jahres erfolgen kann, würden bei der Identifizierung dieser Versicherten und der sachgerechten Zuordnung ihrer Ausgaben zusätzliche Probleme entstehen.

Zu beachten ist außerdem, dass die Verwendung eigenständiger Härtefallprofile zur Ermittlung eines spezifischen Beitragsbedarfs nicht unmittelbar zu verbesserten Anreizen in Bezug auf die Förderung effektiver und effizienter Versorgungsstrukturen führen dürfte:

- Bei der äußerst heterogen zusammengesetzten Gruppe der Härtefall-Versicherten nach § 61 ist ein spezifischer Morbiditätsbezug nicht erkennbar, effektivere und effizientere Versorgungsstrukturen versprechen daher keinen spezifischen Wettbewerbsvorteil.
- In Bezug auf die Härtefall-Versicherten nach § 62 könnte der Aufbau derartiger Strukturen dagegen finanziell interessant sein, wenn es einer Kasse damit gelänge, ihre Leistungsausgaben für diese Versichertengruppe im Schnitt unter den standardisierten Leistungsausgaben zu halten. Zwei Argumente sprechen jedoch gegen eine solche Entwicklung:
  - Versicherte anderer Kassen mit der gleichen Krankheit können zu einem Kassenwechsel bewegt werden, ohne dass jedoch gesichert ist, dass sie ebenfalls unter die Härtefallregelung fallen. Die Kasse erhält für diese Personen nur die normalen standardisierten Leistungsausgaben, die in der Regel auch bei besonders effizienten Versorgungsstrukturen noch immer deutlich unter den tatsächlichen Leistungsausgaben dieser Patientengruppen liegen. Hieraus erwächst sogar ein doppelter Wettbewerbsnachteil, da der Wechsel chronisch Kranker ohne Härtefallanerkennung nicht nur die eigenen finanziellen Belastungen einer Kasse erhöht, sondern auch die anderer Kassen senkt.

- Zum zweiten dürfte es sehr schwierig sein, eine effiziente Versorgung für Härtefallversicherte nach § 62 zu entwickeln, da sich die Härtefallregelung vorrangig auf finanzielle Parameter bezieht und das dahinter befindliche Morbiditätsspektrum entsprechend groß ist.

Die Identifizierung der § 62-Härtefälle durch eine Mixtur aus medizinischen und finanziellen Parametern führt auch zu anderen Verzerrungen:

- Dass bei Einkommensänderungen der individuelle Anspruch auf Zuzahlungsbefreiung verloren gehen kann, ist unmittelbar "sachlogisch"; dass eine Kasse aus demselben Grund jedoch automatisch einen geringeren Beitragsbedarf erhalten soll, erscheint weniger plausibel, weil sich an der morbiditätsbedingten Leistungsanspruchnahme durch den Versicherten allein als Folge der Änderung seiner Einkommensverhältnisse nichts Grundlegendes geändert haben dürfte.
- Eine Reihe von Versicherten mit Befreiungsansprüchen nach § 62 wird deshalb nicht berücksichtigt werden können, weil sie sich der Einfachheit halber bereits nach § 61 befreien lassen (z.B. Dialyse-Patienten mit Sozialhilfe-Bezug).
- Weil es keine Zuzahlungsbefreiung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung gibt, können Versicherte im RSA nur dann als Härtefälle gesondert berücksichtigt werden, wenn sie vor allem im ambulanten Bereich hohe Ausgaben verursachen und dabei von eigenen Zuzahlungen befreit werden. Fallen dagegen möglicherweise gleich hohe oder sogar noch höhere Ausgaben vor allem im stationären Versorgungsbereich an, kommt es über das Merkmal "zuzahlungsbefreit" nicht zu einer gesonderten Berücksichtigung dieser ausgabenintensiven Versicherten.

Ein weiteres Machbarkeits-Problem verbindet sich mit der Form der Anerkennung der Versicherten als Härtefälle. Bei den BU/EU-Rentnern liegt diese Aufgabe vollständig außerhalb des GKV-Einflussbereichs, bei den Härtefällen dagegen – zumindest derzeit – nicht. Wenn eine Kasse für Härtefall-Versicherte einen höheren Beitragsbedarf erhält, entstehen Anreize, möglichst viele Versicherte als Härtefälle anzuerkennen: erstens unter denjenigen, die die formale Voraussetzung erfüllen, aber z.B. aufgrund geringer Leistungsanspruchnahme von der für sie mit Aufwand verbundenen Ausstellung der Zuzahlungsbefreiung absehen, zweitens aber möglicherweise auch unter solchen Versicherten, die die Befreiungskriterien nicht gleichermaßen eindeutig erfüllen. Aufgrund der unzureichenden Manipulationsresistenz des derzeitigen Anerkennungsverfahrens erschiene es deshalb erforderlich, das Anerkennungsverfahren einer neutralen Stelle zuzuweisen, z.B. dem medizinischen Dienst der Krankenkassen oder den Sozialämtern,

sofern die Vergabe des Merkmals "zuzahlungsbefreit" im RSA unmittelbar finanzwirksam würde.

In der vorläufigen Gesamtschau der unterschiedlichen Gesichtspunkte erscheint gegenüber einer gesonderten Berücksichtigung von Härtefall-Versicherten im RSA Skepsis geboten. Ein wirksamer Ausgleich bisher nicht berücksichtigter Morbiditätsunterschiede zwischen kranken und gesunden Versicherten würde nicht erreicht, wohl aber würden zusätzliche unerwünschte Anreizwirkungen ausgelöst. Als unverzerrter Morbiditätsindikator erscheint das Merkmal "zuzahlungsbefreit" zudem nicht geeignet, da die Einkommensverhältnisse des Kassenmitglieds und die Bedeutung der derzeitigen Zuzahlungsregelungen für die Behandlung der einzelnen Krankheiten eine wesentliche Rolle bei der Eingruppierung als Härtefall spielen. Dabei wird keineswegs übersehen, dass zumindest die nach § 62 anerkannten Härtefälle eine signifikant überdurchschnittlich hohe Morbidität aufweisen, deren Ausgleich originäre Aufgabe des RSA ist. Bei der heutigen Ausgestaltung der Härtefallregelung scheint es jedoch – abgesehen von einer generellen adäquaten Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden nach dem Reformvorschlag der Gutachter – keinen sachgerechten Weg zu geben, die aus der erhöhten Morbidität der Härtefall-Versicherten nach § 62 resultierenden Beitragssatz- und Anreizverzerrungen gezielt zu vermindern.

Ein von seiner Grundstruktur anderes Wettbewerbsproblem stellen die Mehrausgaben dar, die einer Kasse unmittelbar dadurch entstehen, dass sie für zuzahlungsbefreite Versicherte eintreten muss, indem sie deren "entgangene Zuzahlungen" übernimmt. Eine Lösungsmöglichkeit für dieses Problem wird in Abschnitt 6.4 dieses Berichts vorgestellt.

### **5.3 Gesonderte Berücksichtigung von Kassenwechslern**

Ein anderer Reformvorschlag in Bezug auf die Ermittlung des Beitragsbedarfs setzt an der gesonderten Berücksichtigung einer Versichertengruppe an, bei der im Unterschied zu den BU/EU-Rentnern bzw. den Härtefall-Versicherten nicht von einem im Vergleich zu den jeweils sonstigen Versicherten überdurchschnittlich hohen Morbiditätsrisiko ausgegangen wird, sondern genau umgekehrt von einem relativ geringen Morbiditätsrisiko mit entsprechend unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben: der Gruppe der Kassenwechsler, d.h. derjenigen GKV-Versicherten, die von ihrem Kassenwahlrecht Gebrauch machen und die Kasse wechseln. Diese Versicherten – darauf verweisen Analysen des bisherigen Wechselgeschehens – , sind in ihrer Mehrheit vergleichsweise jung, gesund und einkommensstark. Dabei ist im Hinblick auf das bereits identifizierte Problem der unzureichenden Abbildung von Morbiditätsunterschieden im RSA insbesondere das

Merkmal "gesund" von Bedeutung sowie angesichts der Unvollständigkeit des Finanzkraftausgleichs in Grenzen auch das Merkmal "einkommensstark" (während das Merkmal "jung" bereits im heutigen RSA berücksichtigt wird und insoweit irrelevant ist).

Wenn überwiegend gesunde und einkommensstarke Versicherte die Kasse wechseln und es damit zu einer weiteren Risikoentmischung zwischen den Kassen in Bezug auf solche Risikofaktoren kommt, die im gegenwärtigen RSA nicht (Gesundheitszustand jenseits von Alter, Geschlecht und Invalidität) oder nicht vollständig (Einkommen) berücksichtigt werden, nehmen die aus der Unvollständigkeit des derzeitigen RSA resultierenden Beitragsatz- und Anreizverzerrungen damit zwangsläufig zu.

Um solchen zusätzlichen Verzerrungen infolge der Wechslerprozesse entgegenzuwirken, wird vorgeschlagen, die Kassenwechsler im RSA gesondert zu berücksichtigen.<sup>23</sup> Dies kann z.B. dadurch geschehen, dass – analog zu den BU/EU-Rentnern im gegenwärtigen RSA – für die Kassenwechsler ein eigenständiger Beitragsbedarf ermittelt wird. Wenn der Beitragsbedarf der Wechsler, wie erwartet, unter dem der sonstigen Versicherten (also der Nicht-Wechsler) liegt, erhalten die Kassen, die per Saldo wechselbedingte Versichertenzuwächse aufweisen, im Vergleich zum Status quo einen insgesamt geringeren Beitragsbedarf zugerechnet, die von Mitgliederverlusten betroffenen Kassen dagegen insgesamt einen entsprechend höheren Beitragsbedarf. Der rechnerische Beitragsatzabstand zwischen "Gewinnerkassen" und "Verliererkassen" würde sich somit tendenziell zugunsten Letzterer verändern. Als alternative Variante der gesonderten Berücksichtigung von Kassenwechslern wird vorgeschlagen (und offenbar von den Urhebern des Vorschlags präferiert), dass die aufnehmenden Kassen den Differenzbetrag zwischen den Durchschnittsausgaben gewechselter und nicht gewechselter Versicherter ("Wechslerkomponente") an die jeweils abgebenden Kassen abführen; die durchschnittliche Höhe dieser Zahlung wird auf der Grundlage erster empirischer Abschätzungen – die sich allerdings auf das Ausgabengeschehen vor (und nicht nach) einem Kassenwechsel beziehen – mit rund 600 DM pro Jahr beziffert. Der Vorschlag sieht vor, dass diese Wechslerkomponente fünf Jahre lang – vom Zeitpunkt des Kassenwechsels an – entrichtet werden soll.

Es ist unmittelbar ersichtlich, dass ein derartiges "reines" Wechsler-Modell erhebliche Anreizprobleme verursachen würde:

---

<sup>23</sup> Vgl. Lauterbach/Wille (2000).

- Die im gegenwärtigen RSA ohnehin schon unzureichend "geschärften" Anreize der Kassen, sich aktiv für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung einzusetzen, würden noch weiter gemindert: Eine Kasse hätte im Vergleich zu heute ein noch geringeres Interesse, für bestimmte Patientengruppen, z.B. Diabetes- oder Rheuma-Kranke, ein gezieltes Versorgungsmanagement zu betreiben, weil sie für die dadurch u.U. aus anderen Kassen "angelockten" Diabetes- oder Rheuma-Kranken – da zur Gruppe der Wechsler gehörig – einen noch geringeren Beitragsbedarf erhielte als im Status quo.
- Die im derzeitigen RSA ohnehin bereits unzureichend "entschärften" Anreize der Kassen zur Risikoselektion würden weiter verstärkt: Das Ringen um Gesunde würde von einem Ringen um "besonders Gesunde" abgelöst; kranke Wechsler müssten mit noch größerer Entschiedenheit von der Kasse ferngehalten werden.

Aufgrund dieser gravierenden Anreizprobleme ist als Ergänzung zur Wechslerkomponente vorgeschlagen worden, innerhalb der Gruppe der Wechsler die "chronisch erkrankten Wechsler" gesondert zu berücksichtigen. Dies soll wie folgt geschehen: Wenn sich ein chronisch erkrankter Wechsler bei seiner neuen Kasse freiwillig in ein spezielles Disease Management-Programm einschreibt, dessen Qualität durch eine Akkreditierung gesichert ist und das den Kriterien der "Evidenz-basierten Medizin" entspricht, soll die Kasse einen entsprechend höheren Beitragsbedarf erhalten. Damit, so die Argumentation, werde das bestehende Anreizproblem gelöst: Aktives Versorgungsmanagement in Gestalt der Installierung von Disease Management-Programmen lohne sich dann für eine Kasse in jedem Fall, weil es bei ihrem Bestand an entsprechenden chronisch erkrankten Versicherten tendenziell zu Ausgabenminderungen komme – in jedem Fall zu Qualitätsverbesserungen –, ohne dass sich die Kasse Zurückhaltung bei der Aufnahme oder Anwerbung teurer Patienten auferlegen müsste.

Auch diese Überlegung greift jedoch zu kurz: Indem bei den Kassenwechslern zwischen "normalen" und "kranken" unterschieden wird, erfolgt zugleich eine Unterscheidung bei den kranken Versicherten zwischen den "gewechselten" (mit einem aufgrund des Zuschlags vergleichsweise hohen Beitragsbedarf) und den "nicht gewechselten" (mit einem durchschnittlichen Beitragsbedarf, der in der Regel unter ihren Ausgaben liegt). Eine Kasse wird demzufolge nicht nur ein Interesse haben, dass alle neu zugewanderten Mitglieder als "krank" eingestuft werden, sondern vor allem auch daran, dass alle ihre kranken Versicherten zu "Wechslern" werden, weil dies jeweils den Beitragsbedarfs-Zuschlag für "kranke Wechsler" sichert. Man benötigt keine große Phantasie, um sich ausgefeilte "Satelliten-Konstruktionen" oder "Ringtausch-Praktiken" vorzustellen, mit deren Hilfe

Kassen versuchen könnten, für ihre kranken Versicherten den ursprünglich den "echten" Wechslern vorbehaltenen Krankheits-Zuschlag zu erhalten. Fünf Jahre nach einem Kassenwechsel müssten zudem alle Kalküle neu aufgestellt werden, wenn chronisch erkrankte Versicherte ihren "Krankheits-Zuschlag" im RSA verlieren (unabhängig von Veränderungen ihres Gesundheitszustands) und für ihre Kasse "per Stichtag" zum ungünstigen Risiko würden, es sei denn, die Einstufung als "kranker Wechsler" könnte erneuert bzw. verlängert werden. – Außerdem erscheint es fraglich, ob ein erhöhter Beitragsbedarf für chronisch erkrankte Wechsler allein ausreichen würde, damit Kassen mit einem großen Bestand an chronisch kranken Versicherten keine Zurückhaltung mehr verspüren würden, aktives Versorgungsmanagement für diese Patientengruppe zu betreiben. Vermutlich wäre es für solche Kassen nach wie vor vorteilhafter, ihren Bestand an "ungünstigen" Chronikern zu reduzieren, als sich aktiv um neue "günstige" Chroniker zu bemühen (und damit zugleich die Bindungswirkung der Chroniker in ihrem Bestand zu erhöhen).

Abgesehen von den noch ungelösten konzeptionellen Fragen im Zusammenhang mit dem Wechsler-Modell ist in der Fachdiskussion auch bereits auf viele offene technische Fragen zur praktischen Umsetzung eines solchen Vorschlags hingewiesen worden. Diese betreffen vor allem die bei jeder Modifikation des RSA zu beachtenden Aspekte

- der Abgrenzung der jeweils gesondert berücksichtigten Versichertengruppen,
- der eindeutigen Zuordnung von Versicherten zu diesen Gruppen sowie
- der Ermittlung standardisierter Ausgaben für diese Gruppen, auf deren Grundlage der kassenspezifische Beitragsbedarf zugerechnet wird.

Aus der Zeit der Einführung des RSA Mitte der 90er Jahre ist noch hinlänglich in Erinnerung, dass eine eindeutige ("gerichts-feste") Klärung dieser Fragen bereits im Hinblick auf die vergleichsweise "einfachen" Faktoren Anzahl, Alter und Geschlecht der Versicherten nicht im Schnellverfahren erfolgen konnte. U.a. erwies es sich als notwendig, ein Meldeverfahren für die mitversicherten Familienangehörigen einzuführen, das nach Ansicht von verschiedenen Praktikern bis heute mit gewissen Mängeln behaftet ist. Der Gesetzgeber hatte sich mit dem GSG entschieden, den RSA im Rahmen eines Stufenplans einzuführen, nach dem im Verlauf des Jahres 1993 erst standardisierte Leistungsausgaben geschätzt wurden, auf deren Grundlage dann 1994 zunächst nur im Bereich der AKV erstmalig RSA-Ab-schlagszahlungen erfolgten. Im Rückblick wird heute von vielen Beteiligten die Auffassung vertreten, dass es im Hinblick auf die Robustheit und die damit unmittelbar verbundene generelle Akzeptanz des RSA vermutlich

besser gewesen wäre, die Einführung des RSA etwas weniger "überstürzt" vorzunehmen.

Wenn erfahrene Praktiker die Auffassung äußern, dass im Hinblick auf die Erfassung der "unterjährigen" Wechsler ein neues Regelmeldeverfahren zwischen den Kassen erforderlich wäre, das nur mit zeitlichem Vorlauf und erheblichen rechtlichen und datenmäßigen Risiken machbar wäre<sup>24</sup>, sollte dies vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Einführung des RSA deshalb zumindest sehr ernst genommen werden, um die Akzeptanz des gesamten Ausgleichsinstruments nicht zu gefährden. Dabei dürften sich besondere Probleme vor allem auch in Bezug auf die Ermittlung hinreichend gesicherter und repräsentativer Datengrundlagen für das Ausgaben-geschehen der Wechsler stellen, denn die bislang vorliegenden Auswertungen beziehen sich sämtlich auf Ausgabeninformationen von Versicherten vor einem Kassenwechsel. Ein Jahr später – oder gar fünf Jahre später – sind die gewechselten Versicherten aber nicht nur zwangsläufig älter geworden, sondern haben sich vermutlich auch hinsichtlich ihrer durchschnittlichen Morbidität merklich verändert, denn "chronisch Gesunde" gibt es vermutlich nicht einmal unter den Kassenwechslern.

Schließlich soll noch auf zwei Aspekte hingewiesen werden, die mit dem vorgeschlagenen Modell der Gruppenabgrenzung und -zurechnung der chronisch erkrankten Wechsler verbunden sind (und im Übrigen auch dann Bedeutung behalten würden, wenn nicht nur chronisch kranke Wechsler, sondern alle chronisch kranken Versicherten im RSA auf diese Weise gesondert berücksichtigt werden sollten):

- Der Vorschlag, die freiwillige Einschreibung in akkreditierte Disease Management-Programme als Voraussetzung für die Zurechnung eines erhöhten Beitragsbedarfs heranzuziehen, bedeutet zwangsläufig, dass Versicherte ein entsprechendes "Krankheits-Label" erhalten. Dies würde auf jeden Fall für die GKV eine gravierende Neuerung darstellen, die zumindest sehr gründlich diskutiert werden sollte. Dabei ist zu beachten, dass es ja nicht um die Einschreibung in irgendein Ärztenetz oder Hausarztmodell geht, das grundsätzlich allen Versicherten offen steht, sondern um ein ganz bestimmtes "Krankheitsprogramm". Zumindest diskussionsbedürftig erscheint auch die Frage, wie "freiwillig" eine solche Einschreibung am Ende wirklich bleiben könnte, wenn von ihr unmittelbar abhinge, ob der Kasse ein erhöhter Beitragsbedarf zugerechnet wird oder nicht. Zumindest erscheint die Befürchtung keineswegs abwegig, dass eine Kasse versuchen könnte, Druck auf einen chronisch kranken

---

<sup>24</sup> Vgl. z.B. Schneider (2000), S. 21.

Versicherten auszuüben, der sich nicht in ein solches Modell einschreiben will – z.B. weil er mit seiner derzeitigen Versorgungssituation sehr zufrieden ist, weil er nicht hinreichend übersieht, auf was er sich mit der Einschreibung womöglich einlassen würde, oder warum auch immer.

- Wenn die Disease Management-Programme bei den Kassen akkreditiert werden sollen – ganz abgesehen von der Beantwortung der damit verbundenen Fragen: Welche Programme werden von wem nach welchen Kriterien akkreditiert und welcher zeitliche und organisatorische Vorlauf wäre hierzu erforderlich? – und das Disease Management von den Kassen nicht nur bei Leistungsanbietern "eingekauft", sondern auch von ihnen selbst durchgeführt werden kann, bedeutet dies möglicherweise einen weit reichenden Einschnitt in die bisher in der GKV relativ klar getrennten Zuständigkeiten für die Wahrnehmung von Finanzierungs- bzw. Versorgungsaufgaben. Auch dies erscheint selbstverständlich grundsätzlich diskussionsfähig, in jedem Fall aber auch in hohem Maße diskussionsbedürftig, und zwar nicht allein als ein Nebenaspekt in einer Debatte um die Modifikation des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen, sondern vor allem auch unter gebührender Beteiligung der Leistungserbringer.

Angesichts der skizzierten konzeptionellen und umsetzungstechnischen Probleme kommen die Gutachter insgesamt zu einer skeptischen Einschätzung des Wechsler-Modells. Aus ihrer Sicht erscheint vor allem bereits die Problemdiagnose verfehlt, die dem Reformansatz zugrunde liegt: Nicht in der unzureichenden Abbildung unterschiedlicher Morbiditätsrisiken von Wechslern und Nicht-Wechslern liegt das zentrale Defizit des derzeitigen RSA, sondern in der unzureichenden Abbildung von Morbiditätsunterschieden der Versicherten insgesamt – völlig unabhängig davon, ob, in welchem Ausmaß und in welcher strukturellen Zusammensetzung diese von ihrem Kassenwahlrecht Gebrauch machen. Wenn der RSA Morbiditätsunterschiede hinreichend differenziert berücksichtigen würde, gäbe es auch kein "Wechslerproblem" mehr. Zudem erscheinen gewisse Zweifel daran angebracht, ob die gegenwärtig weithin akzeptierte Vorstellung, wonach i.W. nur gesunde Versicherte ihre Kasse wechseln, als ein vergleichsweise zeitstabiles Phänomen aufgefasst werden kann. Erfahrungen aus anderen Dienstleistungsbranchen scheinen eher darauf hinzudeuten, dass sich neue Angebote und Bedürfnisse – und als solche könnte grundsätzlich auch das noch immer vergleichsweise "junge" Recht der freien Kassenwahl bzw. seine Ausübung eingestuft werden – vergleichsweise schnell von zunehmend breiteren und damit zwangsläufig in ihrer Zusammensetzung immer heterogener werdenden Kreisen angenommen werden. Dies gilt vor allem auch dann, wenn den Kassen im Wettbewerb zusätzliche Parameter an die Hand gegeben werden und damit die individuelle Kassenwahlentscheidung



voraussichtlich sehr viel stärker von Preis/Leistungs-Erwägungen anstelle von reinen Beitragssatzvergleichen abhängig gemacht werden dürfte.

## **5.4 Einrichtung eines GKV-weiten Risikopools**

### **5.4.1 Konzeptionelle Überlegungen zum Risikopool**

Aufgrund einer sehr ungleichen Ausgabenverteilung bei den Versicherten wird derzeit auch ein separates Verfahren zum Ausgleich extrem überdurchschnittlicher Ausgaben ("High Risk-Verfahren" oder "(Hoch-)Risikopool") diskutiert. Weil es im oder ergänzend zum derzeitigen RSA keinen derartigen GKV-weiten Ausgleichsmechanismus für extrem hohe Ausgaben einzelner Versicherter gibt, bestehen bei den Kassen grundsätzlich Anreize, gegen diese Versicherten Risikoselektion zu betreiben: Die Kassen können ihre Beitragssatzposition unmittelbar verbessern, wenn es ihnen gelingt, möglichst wenige Versicherte mit extrem hohen Ausgaben in ihrem Bestand zu haben.

Ein solcher Pool macht aber nicht nur als Einführung eines morbiditätsorientierten RSA Sinn, sondern kommt auch schon heute zur Abmilderung der Defizite des derzeitigen RSA in Betracht.

Gegenwärtig ist, u.a. aufgrund der Zuweisungshistorie vor der Einführung des Kassenwahlrechts, von deutlichen Morbiditätsunterschieden zwischen den Kassen auszugehen, die durch den zukünftigen morbiditätsorientierten RSA ausgeglichen werden sollen. Diese Unterschiede der Morbiditätslasten haben zwischen den Krankenkassen nach Einführung der Wahlfreiheit offenbar nicht abgenommen, sondern eher weiter zugenommen (siehe Abschnitt 3.1). Hiervon gehen insoweit fehlsteuernde Beitragssatzsignale im Kassenwettbewerb aus, als diese Morbiditätsunterschiede durch den bestehenden RSA mit seinen Risikofaktoren Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeitsrente nicht hinreichend abgebildet werden. Ein Pool, der nicht nur die extrem teuren Hochrisiken, sondern auf einer breiteren Basis teure Fälle einbezieht, eignet sich in dieser Situation insbesondere als schnell umsetzbare Übergangslösung für den Zeitraum bis zur Einführung eines RSA mit direkter Morbiditätsorientierung. Zur Unterscheidung von einem Hochrisikopool in einem RSA mit direkter Morbiditätsorientierung wird ein solcher Pool im Weiteren als Risikopool bezeichnet. Mit den Beitragssatzeffekten, die durch einen Risikopool bewirkt werden, können die fehlsteuernden Beitragssatzsignale von Risikoentmischungen begrenzt werden.

Die Einführung eines Risikopools in das GKV-System ist keine vollständig neue Konstruktion, denn bereits das geltende Recht sieht in § 265 SGB V

die Möglichkeit eines umlagefinanzierten vollständigen oder teilweisen Belastungsausgleichs aufwendiger Leistungsfälle vor, allerdings auf freiwilliger Basis innerhalb der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen. Diese Möglichkeit wird insbesondere von Betriebs- und Innungskrankenkassen wahrgenommen, die aufgrund ihrer teilweise relativ kleinen Mitgliederzahlen tendenziell stärker unter den Auswirkungen von extremen "Ausgaben-Ausreißern" leiden als mitgliederstärkere Kassen. Ergänzt ein GKV-weiter obligatorischer Risikopool den RSA, wird das Transfervolumen des klassischen RSA im gleichen Umfang herabgesetzt, da ein Teil des Ausgleichs von Risikostrukturunterschieden in einem solchen Modell über den Risikopool erfolgt. Die für die Durchführung eines GKV-weiten Risikopools erforderlichen gesetzlichen Grundlagen zur Festlegung der notwendigen Datengrundlagen sowie der konkreten Ausgleichsprozedur (durchführende Stelle, Datenflüsse, Datenprüfung usw.) sind zwar zurzeit noch nicht vorhanden, könnten aber mit vertretbarem Aufwand für die Kassen schnell geschaffen werden.

Bei einem Risikopool werden die Ausgaben von Versicherten mit hohen Ausgaben GKV-weit, also von allen Kassen gemeinsam, teilweise finanziert. Eine direkte Erweiterung des RSA um eine oder einige zusätzliche Risikogruppen (z.B. eine Risikogruppe für alle Versicherten mit Jahresausgaben zwischen 15.000 und 50.000 DM, eine weitere für alle Versicherten mit Jahresausgaben jenseits von 50.000 DM), für die jeweils Durchschnittsausgaben analog zu den jetzigen Risikogruppen berechnet werden müssten, bildet keine sinnvolle Alternative zu einem eigenständigen Risikopool, weil die Ausgaben innerhalb dieser Gruppe(n) noch immer sehr stark streuen würden und damit unerwünschte Anreize zur Risikoselektion unvermeidbar wären.

Überwiegend wird ein (Hoch-)Risikopool als Ergänzung des RSA angesehen; vereinzelt wird allerdings auch gefordert, einen (Hoch-)Risikopool an die Stelle des RSA treten zu lassen. Eine vollständige Substitution des RSA durch einen solchen Pool ist nach Auffassung der Gutachter jedoch nicht zielführend, da ein (Hoch-)Risikopool immer nur einen kleinen Teil der Versicherten erfassen würde (hohe und höchste Risiken), ansonsten aber dieselbe Situation wie in einer GKV ohne RSA bestünde: Es wäre lohnend, Gutverdiener, Kinderlose und Junge zu versichern, die Versicherung von Geringverdienern, Kinderreichen und Älteren dagegen nach Möglichkeit zu vermeiden, weil entsprechende Selektionserfolge einen deutlich stärkeren Einfluss auf den Beitragssatz einer Kasse hätten als engagiertes Versorgungs- und Kostenmanagement bei Kranken.

### **Mögliche Formen eines Risikopools**

Für die konkrete Ausgestaltung eines Risikopools gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Generell führen alle Ausgestaltungsformen tendenziell zu einer Herabsetzung unerwünschter Anreize zur Risikoselektion, weil einer Kasse zumindest ein Teil der Ausgaben für sehr teure Versicherte abgenommen wird. Damit nehmen tendenziell aber auch die erwünschten Anreize zu effektivem und effizientem Kassenshandeln ab. Es besteht somit ein Zielkonflikt, dessen Lösungsmaxime sein muss, unerwünschte Risikoselektion möglichst wirksam zu mindern, ohne dabei gleichzeitig unwirtschaftliches Verhalten zu fördern. Ob es gelingt, bei dieser Gratwanderung beiden Zielen hinreichend gerecht zu werden, entscheidet sich bei der konkreten Ausgestaltung des Pools. Dabei sind insbesondere drei Fragen zu beachten:

- Nach welchen Kriterien werden die Versicherten ausgewählt, deren Ausgaben in einem Risikopool berücksichtigt werden?
- Welche Ausgaben bzw. welche Ausgabenanteile werden im Risikopool berücksichtigt?
- Wie wird der Risikopool finanziert?

Als Kriterien für die Auswahl der Pool-Versicherten bieten sich tatsächliche Ausgaben, erwartete Ausgaben oder bestimmte Krankheiten bzw. Diagnosen an:

- Beim Ausgleich von tatsächlichen Ausgaben wird ein Grenzwert festgelegt, und alle Versicherten, deren Ausgaben diesen Wert überschreiten – unabhängig von der Art ihrer Krankheit bzw. Behandlung –, werden in den Risikopool aufgenommen. Bei diesem Verfahren steht erst nach Ablauf der Ausgleichsperiode fest, von welchen Versicherten Ausgaben im Pool berücksichtigt werden. Als "kritische Grenze" kann ein absoluter DM-Wert festgelegt werden, aber auch ein bestimmtes Vielfaches einer im GKV-Bereich häufig verwendeten Größe, z.B. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV oder eines im RSA verwendeten Werts, z.B. des sogenannten 100-Prozent-Werts. Die zweite Möglichkeit, die auch in den derzeitigen Satzungsregelungen nach § 265 SGB V vielfach angewandt wird, hat den Vorteil, dass der Grenzwert nicht in jedem Jahr neu festgelegt werden müsste. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, ein Vielfaches der standardisierten Leistungsausgaben jeder Versichertengruppe als Grenzwert zu definieren, sodass dieser etwa für AIDS-Kranke deutlich höher liegen würde als für Diabetes-Kranke<sup>25</sup> – ein Verfahren, das mit Blick auf das Ziel attraktiv erscheint, Risiko-

---

<sup>25</sup> Vgl. z.B. Ellis et al. (1996).

selektion durch die Einrichtung eines Risikopools zu vermeiden, von der Handhabung her allerdings deutlich aufwendiger und auch weniger transparent als die beiden anderen Möglichkeiten ist.

- In den Niederlanden ist ein "prospektives Verfahren" diskutiert, aber bis heute nicht eingeführt worden, bei dem nicht tatsächliche, sondern erwartete Ausgaben in den obligatorischen Risikopool eingehen<sup>26</sup>: Dabei bestimmt jede Kasse einen festgelegten Prozentsatz ihrer Versicherten zu Beginn eines Jahres, deren Ausgaben teilweise oder ganz durch den Pool finanziert werden sollen. Dieses Modell basiert auf der Überlegung, dass eine Kasse nur Risikoselektion gegen solche Versicherte betreiben kann, bei denen sie hohe Ausgaben erwartet; wenn gerade diese Versicherten in den Pool eingebracht werden können, verringern sich entsprechend die Selektionsanreize. Ein Problem dieses Verfahrens ist allerdings der große Verwaltungsaufwand, der mit der prospektiven Identifizierung der Pool-Versicherten verbunden ist.
- Als Auswahlkriterium können schließlich auch Krankheiten (Diagnosen) bestimmt werden, die regelmäßig mit extrem hohen Pro-Kopf-Ausgaben verbunden sind – ein Verfahren, das zum Teil in den derzeitigen Finanzausgleichen nach § 265 SGB V z.B. für Bluter oder Dialyse-Patienten verwendet wird. Ein solches Verfahren vermindert Selektionsanreize gegenüber diesen Versicherten deutlich und kann Anreize setzen, auf ihre effizientere Versorgung hinzuwirken.

Bei jedem der drei skizzierten Auswahlverfahren stellt sich zudem die Frage, welcher Anteil der GKV-Versicherten im Risikopool berücksichtigt werden sollte. In der internationalen Diskussion wird hierbei zwischen der Situation unterschieden, in der der Pool einen RSA mit direkter Morbiditätsorientierung flankieren soll, und einem Pool als Ergänzung zu einem RSA, in dem Alter und Geschlecht die wesentlichen Ausgleichsvariablen sind. In letzterem Fall, der für die Übergangssituation in der GKV bis zur Einführung eines morbiditätsorientierten RSA relevant ist, werden etwa für die Schweiz und die Niederlande Anteile von etwa 2 bis 4 Prozent der Versicherten diskutiert.<sup>27</sup> Diese Größenordnung erscheint auch für die GKV sinnvoll. Für einen Hochrisikopool zu Ergänzung eines morbiditätsorientierten RSA wäre nach der internationalen Diskussion ein Anteil von weniger als 1 Prozent der Versicherten ausreichend, um die Ziele des Pools zu erreichen, da der Einbezug weiterer Versicherter in den Pool im RSA die Erklärungskraft individueller Ausgaben kaum verbessert.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> Vgl. z.B. van Barneveld et al. (1998). – Vgl. auch Breyer/Kifmann (2001), S. 27f.

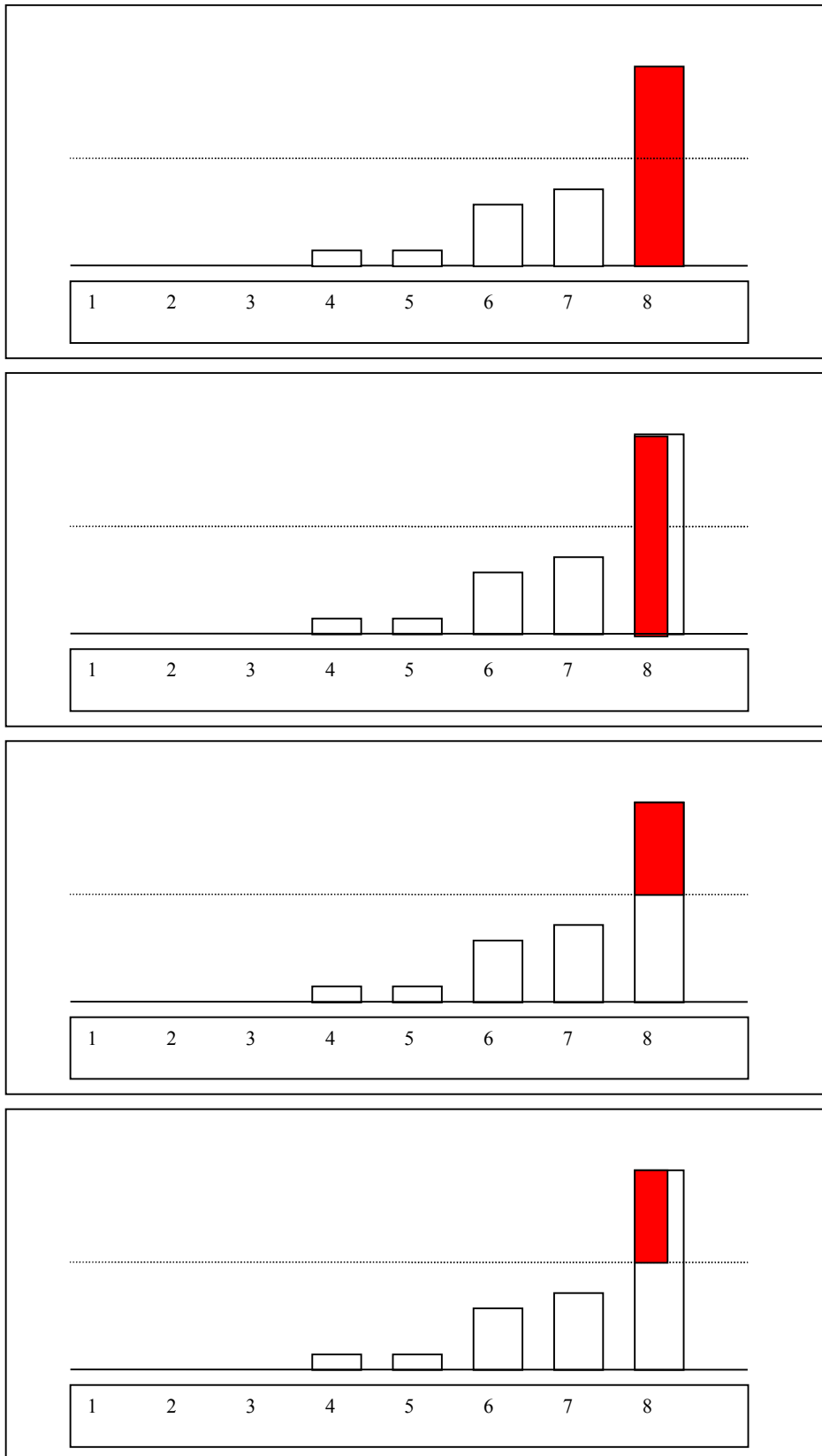
<sup>27</sup> Vgl. z.B. Spycher (2000) und van Barneveld et al. (1998).

<sup>28</sup> Vgl. z.B. Averill et al. (1997).

Die konkrete Bestimmung, welche Ausgaben bzw. welche Ausgabenteile im Risikopool finanziert werden, hat naturgemäß starken Einfluss darauf, in welche Richtung der Risikopool im skizzierten Spannungsfeld zwischen der gewünschten Minderung von Risikoselektion auf der einen Seite und der erwünschten Stärkung des Interesses an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverbesserungen auf der anderen Seite tendiert. Hier sind insbesondere vier Modelle denkbar, die jeweils durch Abbildung 3 illustriert werden. (Die Balken stellen jeweils die Ausgaben von acht Versicherten einer Kasse dar, die gestrichelte Linie stellt die Höhe des Schwellenwerts dar und die dunkle Fläche die Ausgaben, die jeweils durch den Pool übernommen werden.)

- Eine erste Möglichkeit liegt darin, sämtliche Ausgaben der ausgewählten Versicherten durch den Pool zu finanzieren (vgl. den obersten Teil der Abbildung). In diesem Fall werden die vom Risikopool erfassten unterschiedlichen Ausgabenrisiken vollständig ausgeglichen und entsprechende Selektionsanreize vollständig beseitigt. Gleichzeitig handelt es sich jedoch um einen vollständigen Ausgabenausgleich mit seinen bekanntermaßen unerwünschten Anreizen zu Unwirtschaftlichkeit, weshalb dieses Modell grundsätzlich nicht empfehlenswert erscheint. Ist das Kriterium für die Aufnahme von Versicherten in den Pool das Überschreiten eines bestimmten Schwellenwerts, so entstehen bei der Finanzierung sämtlicher Ausgaben der Pool-Versicherten sogar starke Anreize zur Ausgabenmehrung: Bei allen Versicherten, die bislang unterhalb des Schwellenwerts liegen, jedoch mit gewissen Mehrausgaben den Schwellenwert übersteigen würden, muss die Krankenkasse nämlich ein Interesse haben, dass der Schwellenwert überschritten wird, weil sie dann sämtliche Ausgaben dieser Versicherten in den Pool einbringen kann.
- Eine weitere Möglichkeit sieht vor, dass die Kassen einen Eigenanteil an den gesamten Ausgaben der Pool-Versicherten weiterhin zu tragen haben. Je größer dieser Anteil ist, desto stärker ist das Interesse an effektivem Kostenmanagement, desto größer sind jedoch auch die verbleibenden Selektionsanreize. Zudem ergibt sich auch bei diesem Modell der Anreiz, zusätzliche Ausgaben zu erzeugen, falls sich ein Versicherter mit seinen Ausgaben knapp unter dem Schwellenwert befindet, der Voraussetzung dafür ist, überhaupt Ausgaben in den Pool einbringen zu können.
- Werden nicht sämtliche Ausgaben der Pool-Versicherten (ganz oder teilweise) ausgeglichen, sondern nur sämtliche Ausgaben jenseits eines Schwellenwerts ("Stop-loss-Modell"), so hat die Kasse zwar kein Interesse mehr daran, einen Versicherten, der mit seinen Ausgaben knapp unter der Stop-loss-Grenze liegt, aufgrund zusätzlicher Ausgaben zu

Abbildung 3: Unterschiedliche Formen eines Risikopools mit Schwellenwert



einem Pool-Versicherten zu machen. In diesem Fall hat die Kasse auch solange ein Interesse an Wirtschaftlichkeit, wie der Schwellenwert nicht erreicht ist. Danach fällt dieses Interesse jedoch vollständig weg, was auch diesen Ansatz wenig überzeugend erscheinen lässt.

- Eine Kombination der beiden vorhergehenden Modelle erhält die Anreize zu effektivem Kostenmanagement und zeigt bei keiner Ausgabenkonstellation ein echtes Interesse der Kasse an zusätzlichen Ausgaben. Bei diesem Modell (es kann als "Stop-loss mit Selbstbeteiligung" charakterisiert werden) haben die Kassen alle Ausgaben der Pool-Versicherten bis zu einem Schwellenwert selbst zu tragen. Bei Ausgaben jenseits des Schwellenwerts trägt der Pool zwar den überwiegenden Teil der Ausgaben, die Kassen werden jedoch mit einer prozentualen Selbstbeteiligung nach wie vor an diesen Ausgaben beteiligt. Dieses Modell zeigt nach Auffassung der Gutachter insgesamt die günstigsten finanziellen Anreizstrukturen. Die Anreize zur Risikoselektion werden allerdings in geringerem Maße abgebaut als z.B. im ersten Modell.

Nachträgliche Erstattungen von Dritten, z.B. bei einer Anerkennung als BU/EU-Rentner durch die Rentenversicherung, haben im Fall einer Übernahme von Ausgaben des betroffenen Versicherten durch den Risikopool Rückzahlungen an den Pool zur Folge. Die Kasse muss in den Fällen, in denen nachträgliche Erstattungen für einen Pool-Versicherten erfolgen, die Pool-Ansprüche für diesen Versicherten neu berechnen, eine entsprechende Korrekturmeldung abgeben und Geld an den Pool zurückzahlen.

Drei fiktive Szenarien sollen zur Illustration der Wirkungsweise des letzten der vier beschriebenen Modelle dienen (vgl. Tabelle 8).

In allen drei Szenarien wird angenommen, dass die Leistungsaufwendungen für einen Versicherten in einem Jahr 50.000 DM betragen und damit im Risikopool berücksichtigt werden. In Szenario 1 liegt der kritische Grenzwert, bis zu dem die Kasse die Aufwendungen auf jeden Fall vollständig selbst tragen muss, bei 10.000 DM. Weil sie von den darüber liegenden Aufwendungen 20 Prozent selbst finanzieren muss, trägt die Kasse im Ergebnis von den 50.000 DM einen Betrag von 18.000 DM selbst, und die verbleibenden 32.000 DM werden über den Risikopool finanziert. In Szenario 2 liegt der Schwellenwert erst bei 20.000 DM, während der Selbstbeteiligungsanteil der Krankenkasse unverändert 20 Prozent beträgt; die Kasse zahlt in diesem Fall von den 50.000 DM den Betrag von 26.000 DM selbst, und aus dem Pool werden die restlichen 24.000 DM getragen. Schließlich liegt in Szenario 3 der Schwellenwert ebenfalls bei 20.000 DM, nun aber beträgt die Selbstbeteiligung der Kasse an den darüber liegenden Ausgaben

30 Prozent, sodass die Kasse insgesamt 29.000 DM selbst trägt und aus dem Pool 21.000 DM finanziert werden.

Tabelle 8: Szenarien zur Wirkung eines Risikopools vom Typ "Stop-loss mit Selbstbeteiligung"

	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3
jährl. Leistungsausgaben für einen Versicherten	50.000 DM	50.000 DM	50.000 DM
Schwellenwert	10.000 DM	20.000 DM	20.000 DM
Selbstbeteiligungsanteil der Kasse bei Ausgaben jenseits des Grenzwerts	20 %	20 %	30 %
Finanzierung durch den Pool	32.000 DM	24.000 DM	21.000 DM
Finanzierung durch die Kasse	18.000 DM	26.000 DM	29.000 DM

Schließlich gilt es, die Art und Weise der Finanzierung des Risikopools festzulegen. Für die Schweiz ist erst kürzlich im Hinblick auf die zweckmäßige Weiterentwicklung des dortigen RSA empfohlen worden, einen Risikopool einzurichten und diesen aus Steuermitteln zu finanzieren. Dabei ist jedoch zu beachten, dass es in der schweizerischen Krankenversicherung keinen Einkommensausgleich in Form einkommensproportionaler Beiträge, sondern fixe Kopfprämien gibt. Für die GKV erscheint eine solche Lösung von vornherein weder realistisch noch sachlich geboten. Bei einer Finanzierung des Risikopools durch die Kassen bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten, durch Umlage oder durch Rückversicherung:

- Eine "echte" Rückversicherung bei Rückversicherern würde für jede Kasse risikoäquivalente Rückversicherungsprämien bedingen, die jeweils das spezifische Risiko ihrer Versichertenstruktur widerspiegeln. Dies erscheint deshalb wenig zielführend, weil Selektionsanreize nicht vermindert werden: Eine Kasse kann ihre Rückversicherungsprämien dadurch senken, dass sie ihre Risikostruktur durch Risikoselektion verbessert.
- Sachgerecht erscheint dagegen die Finanzierung eines Risikopools im Umlageverfahren auf der Grundlage eines einheitlichen Hebesatzes. Dabei wird bei allen Kassen – analog zum Ausgleichsbedarfssatz im RSA oder zum Hebesatz im früheren KVdR-Finanzausgleich – ein Be-



darfssatz für den Risikopool erhoben, der dem Verhältnis zwischen den Gesamtausgaben des Risikopools und der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder entspricht. Dieser GKV-weit einheitliche Hebesatz wird auf die beitragspflichtigen Einnahmen der jeweiligen Kasse bezogen. Eine Aufteilung der Ausgaben eines Risikopools auf die einzelnen Kassen nach der Zahl ihrer Mitglieder oder Versicherten, wie dies in den Finanzausgleichen nach § 265 SGB V gegenwärtig praktiziert wird, erscheint dagegen nicht angebracht, weil dabei grundlohnstarke Kassen deutlich bevorzugt und entsprechend Selektionsanreize gegen Geringverdiener gesetzt werden.

Insgesamt zeigt sich, dass das Kriterium für die Aufnahme der Versicherten in den Risikopool das Überschreiten eines bestimmten Schwellenwerts sein sollte. Im Risikopool stellt die Finanzierung der Ausgaben nach dem Stop-loss-Prinzip mit einem automatisch aktualisierten Schwellenwert und einer spürbaren Selbstbeteiligung jeder Kasse ein geeignetes Instrument zum Ausgleich von Ausgaben-Ausreißern dar. Der Risikopool sollte durch einen eigenen, GKV-weit einheitlichen Hebesatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen finanziert werden.

Die Erstattungen aus dem Risikopool mindern die Summe der im RSA berücksichtigungsfähigen Ausgaben. Die vom Risikopool finanzierten Ausgaben gehen in die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nicht ein, wodurch die standardisierten Leistungsausgaben in den einzelnen Versichertenzellen entsprechend sinken. Der Ausgleichsbedarfssatz setzt sich aus dem Hebesatz zur Finanzierung des Risikopools und aus dem Hebesatz zur Finanzierung der standardisierten Leistungsausgaben im RSA zusammen. Das über den Ausgleichsbedarfssatz insgesamt verteilte Finanzvolumen bleibt gegenüber der Situation ohne Risikopool gleich; die Wirkungen auf die einzelnen Kassen ändern sich hingegen.

Die Gutachter halten die möglichst umgehende Einführung eines Risikopools für eine notwendige und sinnvolle Ergänzung des derzeitigen RSA. Dieser Vorschlag ist zudem kompatibel mit dem kurzfristig nicht umsetzbaren zentralen Reformvorschlag einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA, weil auch bei diesem Reformmodell ein Hochrisikopool notwendig erscheint. Für eine Übergangsphase bis zur Umsetzung des morbiditätsorientierten RSA sollte dieser Risikopool auf eine größere Zahl von Versicherten ausgedehnt werden, als es bei einem direkt morbiditätsorientierten RSA erforderlich sein wird.

Die Auswirkungen eines Risikopools hängen sehr stark von seiner Ausgestaltung ab, insbesondere von der Bestimmung der Parameter. Die zentralen Parameter sind bei Verwendung eines Stop-loss-Modells mit Selbstbehalt

die Höhe der Stop-loss-Grenze sowie die Höhe des Eigenanteils. Die Bestimmung dieser Parameter hat auch großen Einfluss darauf, wo ein solcher Risikopool im Zielkonflikt zwischen verstärkter Risikoselektionsvermeidung und Bewahrung der Effizienz- und Effektivitätsanreize einzuordnen ist. Eine quantitative Festlegung der einzelnen Parameter sollte erst nach einer entsprechenden Wirkungsanalyse erfolgen.

#### **5.4.2 Konkrete Ausgestaltung des Risikopools**

Die Gutachter schlagen vor, den Risikopool bereits kurzfristig einzuführen, um ihn später mit dem Übergang zum morbiditätsorientierten RSA in einen "echten" Hochrisikopool umzugestalten. Aus Praktikabilitätsgründen kann ein Risikopool kurzfristig sinnvoll nur auf drei Hauptleistungsbereiche angewendet werden:

- Krankenhaus,
- Arzneimittel und
- Krankengeld,

da nur in diesen Bereichen bei den Kassen die datentechnischen Voraussetzungen entweder bereits vorliegen oder umgehend geschaffen werden können, um die Höhe der Leistungsausgaben versichertenbezogen bestimmen zu können.

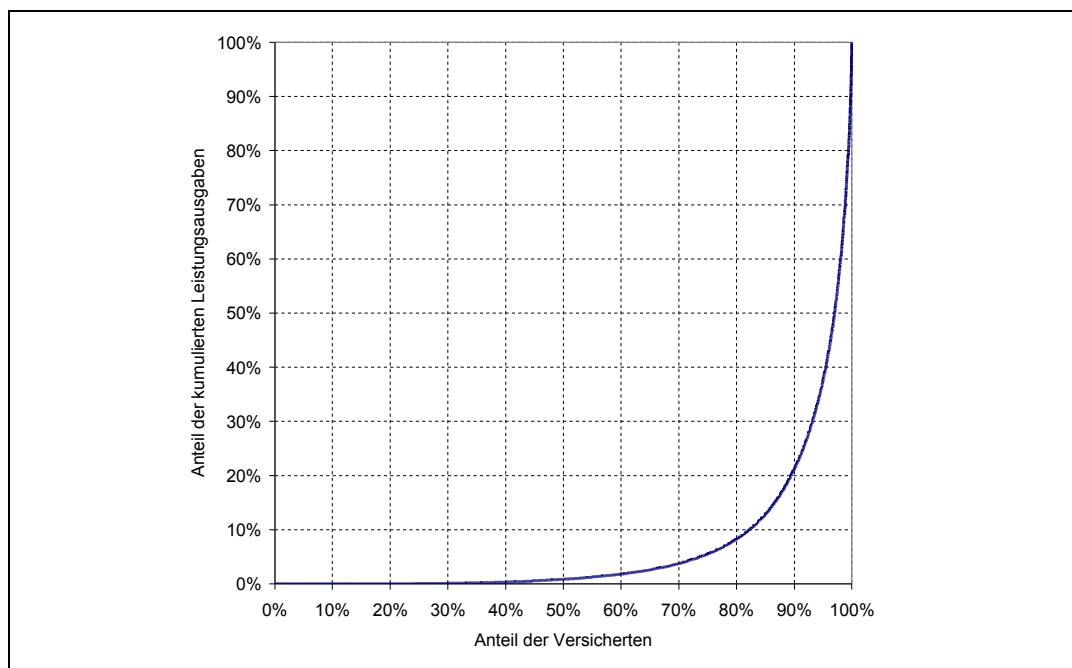
Um eine zu starke Zersplitterung zu vermeiden, sollte eine gemeinsame Stop-loss-Grenze (additiver Schwellenwert) für die drei Hauptleistungsbereiche verwendet und nicht auf drei einzelne Grenzwerte abgestellt werden. Falls eine dazu notwendige Zusammenführung der Daten nicht möglich sein sollte, kann auf die etwas weniger überzeugende Form von hauptleistungsbereichs-spezifischen Pools ausgewichen werden.

Bei der Einbeziehung des ambulanten Sektors in den Pool ergeben sich unter den derzeitigen Bedingungen besondere Probleme: Es stellt sich nämlich die Frage, welche Daten in die Berechnung der Gesamtausgaben eines Versicherten einbezogen werden sollten. Die Kassen zahlen an die Leistungserbringer in diesem Bereich – die zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Vertreterin der Vertragsärzte – eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung, welche entsprechend der Entwicklung der Mitgliederzahl der Kasse fortgeschrieben wird (§ 85 SGB V). Ein Mitglieder- oder Versichertenbezug dieser Ausgaben ist nur als rechnerischer Mittelwert vorstellbar. Im jetzigen System sind die Leistungsausgaben für den vertragsärztlichen Bereich mit einem individuellen Ausgleich von Ausgaben Spitzen, wie er im Risikopool vorgesehen ist, nicht vereinbar.

Gleichwohl ist unverkennbar, dass sich die Zeichen mehren, an diesem überholten und unflexiblen System der vertragsärztlichen Vergütung Änderungen vorzunehmen und einen stärkeren Versicherten- und Morbiditätsbezug herzustellen (siehe hierzu Abschnitt 3.3.3). Es ist denkbar, dass bei einer Weiterentwicklung der Vergütungssysteme auch dieser Bereich die Abbildung versichertenbezogener Ausgaben ermöglicht und dann in den Risikopool einbezogen werden sollte.

Da der auf einer breiteren Grundlage arbeitende Risikopool nur übergangsweise bis zur Umstellung auf einen Hochrisikopool (im Zusammenhang mit der Einführung des morbiditätsorientierten RSA) eingesetzt werden soll und kurzfristig eine Erweiterung auf andere Leistungsbereiche nicht zu erwarten ist, schlagen die Gutachter vor, den Pool zunächst auf die drei genannten Leistungsbereiche zu beschränken. Sollte sich jedoch eine Änderung in der Verfügbarkeit relevanter Daten oder die genannte Veränderung in der Vergütungsstruktur im ambulanten Bereich ergeben, die eine Berücksichtigung dieser Ausgaben im Risikopool nahe legt, und ist die Aufbereitung dieser Daten für den RSA mit einem vertretbaren Aufwand möglich, so wäre eine Ausweitung des Risikopools auf weitere Leistungsbereiche aus Sicht der Gutachter zu begrüßen.

Abbildung 4: Lorenzkurve der Summe aus Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld (Rechtskreise Ost und West zusammen, 1999)

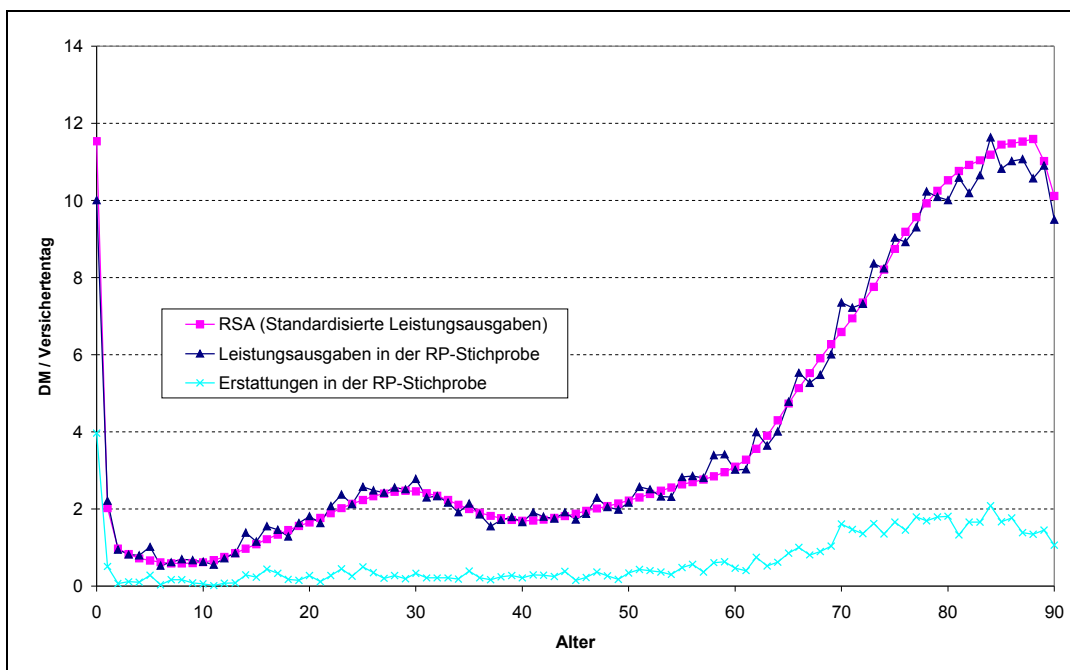


Quelle: IGES nach Sondererhebungen von Einzelkassen dreier Kassenarten

Für die Modellrechnungen zum Risikopool haben umfangreiche Sondererhebungen aus drei Kassenarten vorgelegen, die in Form einer geschichteten Stichprobe zu einem weitgehend repräsentativen, knapp eine Million Datensätze umfassenden Testdatensatz zusammengefasst wurden. Mit diesem Testdatensatz können die erwarteten Effekte verschiedener Ausgestaltungsformen des Risikopools überprüft werden, und zwar begrenzt auf die Leistungssektoren Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld. Abbildung 4 zeigt die extrem schiefe Verteilung der Ausgaben für die Summe der drei in den Risikopool einbezogenen Hauptleistungsbereiche in Form einer Lorenzkurve: Die 3 Prozent der Versicherten mit den höchsten Leistungsausgaben in den Bereichen Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld machen 50 Prozent des gesamten Umsatzes dieser Bereiche aus.

Wie Abbildung 5 zeigt, stimmen die aus den Daten dieser Stichprobe abgeleiteten RSA-Profile fast vollständig mit den tatsächlichen RSA-Profilen des Jahres 1999 überein (hier gezeigt am Beispiel des Krankenhausprofils

Abbildung 5: Vergleich von Ausgabenprofil im RSA 1999, Ausgabenprofil in der verwendeten Risikopool-Stichprobe sowie durchschnittliche Zahlungen aus dem Risikopool<sup>29</sup>



Quelle: IGES nach Sondererhebungen von Einzelkassen dreier Kassenarten

<sup>29</sup> Hier am Beispiel der Ausgaben im Leistungsbereich Stationäre Behandlung, für Frauen im Rechtskreis West 1999, ohne BU/EU-Rentner.

1999 der Frauen im Rechtskreis West). Die gute Übereinstimmung wurde ohne die Anwendung von Glättungsverfahren erzielt; bei entsprechender Glättung wäre sie noch größer. Die dritte Linie dieser Abbildung zeigt für die einzelnen Altersgruppen die Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben, die durch den Risikopool<sup>30</sup> erstattet werden. Bezugsgröße dieses Pro-Versicherten-Werts sind *alle* Versicherten, also nicht nur diejenigen, die aufgrund ihrer hohen Ausgaben in den Risikopool kommen. Die standardisierten Leistungsausgaben sinken gegenüber dem heutigen Modell in einem solchen Modell genau um diese durchschnittlichen vom Risikopool erstatteten Ausgaben. (Grafisch sind die standardisierten Leistungsausgaben des Modells *mit* Risikopool damit als Abstand zwischen der Linie der durchschnittlichen Risikopool-Erstattungen und den standardisierten Leistungsausgaben des Modells ohne Risikopool abzulesen.)

Die konkrete Ausgestaltung des Risikopools erfordert die Festlegung des Schwellenwerts und des von den Kassen aufzubringenden Prozentsatzes an den Ausgaben jenseits des Schwellenwerts (Selbstbeteiligung). In Tabelle 9 sind einige mögliche Kombinationen und die sich daraus ergebenden durchschnittlichen Hebesätze für den Risikopool zusammengestellt. Zur Berechnung der Werte dieser Tabelle wurde die oben beschriebene Stichprobe verwendet.

Sowohl bei der Festlegung des Schwellenwerts als auch bei der Festlegung des Eigenanteils der Kassen werden jeweils drei Alternativen verwendet, sodass sich insgesamt neun verschiedene Modell-Kombinationen ergeben (Spalten 1 und 2).

Welchen Anteil eine Kasse an den Ausgaben eines Versicherten tatsächlich selbst zu tragen hat, also bei Berücksichtigung der Ausgaben unterhalb des Schwellenwerts sowie der Selbstbeteiligung an den Ausgaben jenseits des Schwellenwerts, hängt vom jeweiligen Einzelfall ab. Der durchschnittliche Prozentsatz der von der Kasse zu tragenden Ausgaben kann aber berechnet werden; er ist der dritten Spalte zu entnehmen. Hier wird deutlich, dass die Kassen einen deutlichen Anteil der Ausgaben auch bei den Versicherten zu tragen haben, die unter die Poolregelung fallen. Abgesehen vom Extremfall des niedrigsten Schwellenwerts in Kombination mit der niedrigsten Selbstbeteiligung liegt der Anteil, den die Kasse im Schnitt bei diesen Versicherten selbst zu tragen hat, über 50 Prozent. Der Unterschied zu einem reinen Ausgabenausgleich wird hier sehr deutlich.

---

<sup>30</sup> Für die Grafik wurde das von den Gutachtern empfohlene und im weiteren genauer beschriebene Modell (10facher 100 Prozent-Wert als Schwellenwert und 20 Prozent Selbstbeteiligung) verwendet.

Tabelle 9: Unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten für den Risikopool<sup>31</sup>

"Stop-loss"-Modell		Mittlerer Eigenanteil der Kasse je Fall in %	Anteil der Versicherten im Risikopool	erforderlicher durchschnittlicher Hebesatz
Schwellenwert: Vielfaches der RSA-Durchschnittsausgaben AM, KH und KG	Selbstbeteiligungssatz der Kassen in %			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	10%	45%	4,8%	2,6%
5	20%	51%	4,8%	2,3%
5	30%	57%	4,8%	2,0%
10	10%	56%	2,2%	1,5%
10	20%	61%	2,2%	1,3%
10	30%	66%	2,2%	1,1%
20	10%	64%	0,7%	0,6%
20	20%	68%	0,7%	0,5%
20	30%	72%	0,7%	0,5%

Quelle: IGES nach Sondererhebungen von Einzelkassen dreier Kassenarten

Der in Spalte 4 wiedergegebene Anteil der Versicherten, die von der Pool-Regelung betroffen sind, hängt nur vom Schwellenwert ab. Der durchschnittliche Hebesatz in Spalte 5 zeigt, welcher Anteil des Ausgleichsbedarfssatzes im jeweiligen Modell nicht mehr durch den Beitragsbedarf aufgrund der standardisierten Leistungsausgaben auf die einzelnen Kassen verteilt wird, sondern über den Risikopool. Er stellt damit auch ein Maß dafür dar, um wie viel Prozent die standardisierten Leistungsausgaben im Schnitt sinken.

In der internationalen Diskussion wird vorgeschlagen, dass ein Risikopool zur Flankierung eines RSA mit den Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht der Versicherten etwa 2-4 Prozent aller Versicherten erfassen soll. Die Gutachter schlagen vor, dass sich der in der GKV bis zur Einführung des morbiditätsorientierten RSA einzuführende Risikopool an der unteren

<sup>31</sup> Hinweis: Alle verwendeten Ausgaben, auch das Krankengeld, sind Brutto-Werte (Erstattungen nicht abgezogen). Die Angaben sind dadurch ceteris paribus etwas zu hoch.

Grenze dieser Spannbreite orientiert und der Schwellenwert des Risikopools entsprechend festgelegt wird. Im Interesse einer regelgebundenen Dynamisierung des Schwellenwerts empfiehlt es sich, den Schwellenwert als ein Vielfaches der 100-Prozent-Werte der einbezogenen Hauptleistungsbereiche Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld festzulegen. In Tabelle 9 werden das 5fache, das 10fache und das 20fache der Summe dieser partiellen 100-Prozent-Werte ausgewiesen. Es zeigt sich, dass die Verwendung des Faktors 10 dazu führt, dass gut 2 Prozent der Versicherten in den Pool einbezogen sind. Die Gutachter sehen deshalb die Verwendung des Faktors 10 für sinnvoll an. Für das Jahr 1999 hätte dies zu einem Schwellenwert der Jahresausgaben eines Versicherten von 19.110 DM geführt. Im ersten Jahr der Durchführung des Risikopools (2002) wäre das 10fache der Summe der partiellen 100-Prozent-Werte aus den drei berücksichtigten Hauptleistungsbereichen im Jahr 2001 maßgebend.

Mit der Orientierung des Schwellenwerts an den 100-Prozent-Werten ist eine geeignete Dynamisierung sichergestellt. Aufgrund der Tatsache, dass der Risikopool eine Übergangslösung zum RSA mit direkter Morbiditätskomponente darstellt und nur für einen Zeitraum von vier bis fünf Jahren konzipiert ist, beschränkt sich die Ausgestaltung des Pools auf das kurzfristig Machbare. Eine Modifizierung des Risikopools während dieser Übergangszeit ist zunächst nicht vorgesehen. Falls sich jedoch, wie oben beschrieben, die Voraussetzungen kurzfristig ändern sollten, so ist mit der Orientierung des Grenzwerts an den 100-Prozent-Werten der Hauptleistungsbereiche eine Ausdehnung des Risikopools auf weitere Bereiche aus systematischer Sicht unproblematisch. Bei der Berechnung des Schwellenwerts kann ein zusätzlicher 100-Prozent-Wert berücksichtigt werden, der Prozentsatz der Selbstbeteiligung bleibt davon unberührt.

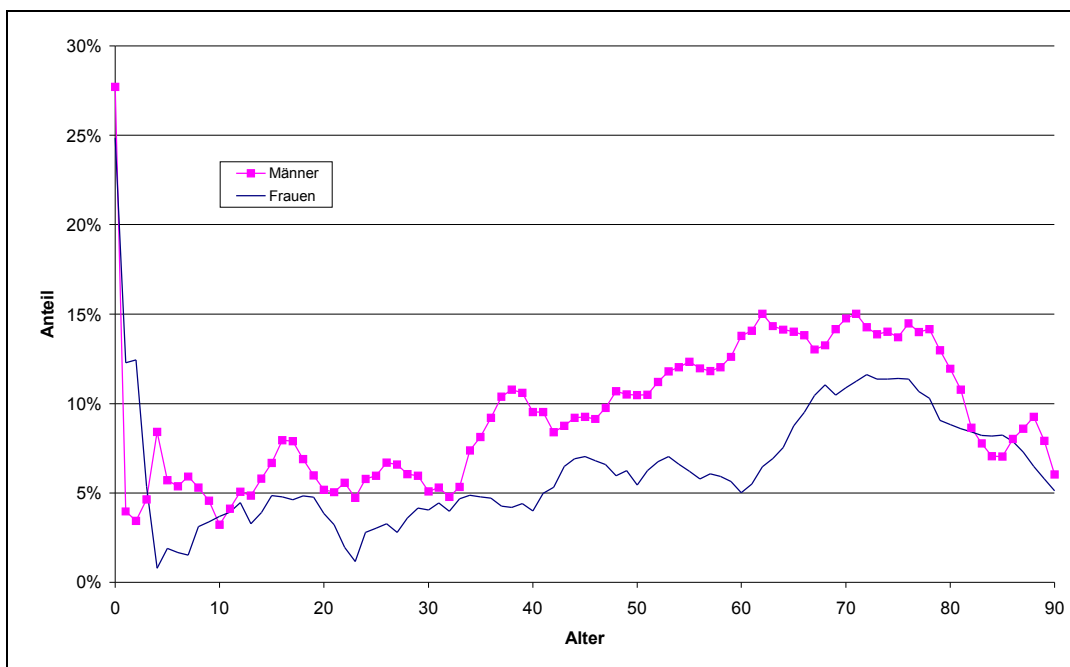
Die Orientierung des Schwellenwerts an den 100-Prozent-Werten der einbezogenen Hauptleistungsbereiche bedeutet nach Auffassung der Gutachter keine Vorentscheidung für die dauerhafte Ausgestaltung eines auf erheblich weniger Fälle begrenzten Hochrisikopools nach Übergang zum morbiditätsorientierten RSA. Über dessen Ausgestaltung ist vielmehr zu entscheiden, wenn die Einzelheiten zur Ausgestaltung des morbiditätsorientierten RSA vereinbart sind. Dies gilt auch für die Frage des Einbezugs weiterer oder aller Hauptleistungsbereiche in den Hochrisikopool auf Basis der dann verfügbaren Datenlage.

Bei der Festlegung des Prozentsatzes für den Eigenanteil, den die Kassen an den Ausgaben jenseits des Schwellenwerts selbst zu tragen haben, geht es darum, einerseits Auswirkungen zu vermeiden, die in Richtung Ausgabenungleich gehen, und andererseits die Wirksamkeit des Risikopools sicherzustellen, Morbiditätsunterschiede auszugleichen. Die Gutachter empfehlen

einen Prozentsatz von 20 Prozent, da eine Selbstbeteiligung in dieser Höhe nach den internationalen Erfahrungen sicherstellt, dass bei den Kassen ausreichende Wirtschaftlichkeitsanreize verbleiben.

Eine genaue Aussage über die Beitragssatzwirkung der einzelnen Risikopool-Varianten auf eine bestimmte Kasse kann allein auf der Grundlage der gemeldeten Routinedaten nicht getroffen werden, da sie sowohl von der Versichertenstruktur der jeweiligen Kasse als auch von den individuellen Ausgaben für jeden einzelnen Versicherten dieser Kasse in den drei genannten Leistungsbereichen abhängt: Wie oben beschrieben, werden die standardisierten Leistungsausgaben in den einzelnen Risikozellen aufgrund der Einführung des Risikopools in unterschiedlicher Weise reduziert – dadurch ergibt sich ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Risikostruktur der Einzelkasse und der Wirkung des Risikopools. Zur Ableitung der Beitragssatzwirkung des Risikopools aus der Sicht einer Kasse müssen der herabgesetzte Beitragsbedarf bei den standardisierten Leistungsausgaben und die Zahlungen, die eine Kasse aus dem Risikopool erhält, gegenübergestellt werden.

Abbildung 6: Anteil der im Risikopool erstattungsfähigen Ausgaben (Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld) an den RSA-Ausgaben insgesamt (alle Leistungsbereiche) nach Alter und Geschlecht VG 01 im Rechtskreis West; Glättung nach RSA-Vereinbarung



Quelle: IGES nach Sondererhebungen von Einzelkassen dreier Kassenarten

Anm.: Die in der Abbildung ausgewiesenen Werte sind insgesamt etwas überschätzt, weil bei den erstattungsfähigen Ausgaben im Risikopool noch keine Bereinigung von Erstattungen erfolgt ist.



Abbildung 6 zeigt, welcher Prozentsatz der durchschnittlichen Leistungsausgaben in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen durch den Risikopool erstattet wird. Entsprechend werden die standardisierten Leistungsausgaben im RSA gemindert und der Beitragsbedarf herabgesetzt. Die Abbildung macht deutlich, dass die Minderung des Beitragsbedarfs bei den unter 30-Jährigen um rund 5 Prozent schwankt, in den nächsthöheren Altersgruppen – insbesondere bei den Männern – 10 und 15 Prozent erreicht und jenseits des 80. Lebensjahrs wieder auf unter 10 Prozent sinkt. Diese Ergebnisse widerlegen gelegentlich geäußerte Erwartungen, dass bei Kassen mit einer durchgängig sehr jungen Klientel unterhalb des Rentenalters überhaupt keine merkliche Minderung des Beitragsbedarfs im RSA bewirkt würde. Dass die Minderung des Beitragsbedarfs bei den Frauen im erwerbsfähigen Alter deutlich niedriger ausfällt als bei den Männern, liegt u.a. an der geringeren Erwerbsbeteiligung von Frauen mit einem entsprechend geringeren Anteil von Frauen mit Anspruch auf Krankengeld.

Anhand der Daten einer konkreten Kasse aus dem Jahr 1999 und der vorgeschlagenen Ausgestaltung des Risikopools (Schwellenwert beim 10fachen der 100-Prozent-Werte bei einem Eigenanteil der Kassen von 20 Prozent) sei dies kurz beispielhaft dargestellt: Aufgrund der Reduktion der standardisierten Leistungsausgaben ergibt sich auf der Belastungsseite für die Kasse ein um rund 1,8 Beitragssatzpunkte geringerer Beitragsbedarf. Gleichzeitig ergeben sich für diese Kasse aufgrund der bei ihr überdurchschnittlich hohen Anzahl von teuren Leistungsfällen Zahlungsansprüche an den Risikopool, welche einer rechnerischen Entlastung von rund 2,3 Beitragssatzpunkten entsprechen. Durch die Einführung des Risikopools wird diese Kasse also per Saldo um 0,5 Beitragssatzpunkte entlastet. Da diese Berechnungen anhand von Brutto-Ausgabenwerten, also ohne Abzug der Erstattungen erfolgten, diese aber wie oben beschrieben zu Rückzahlungen an den Risikopool führen, sind sowohl die berechneten Belastungen durch den Hebesatz des Pools als auch die Entlastungen durch die Zahlungen aus dem Pool tendenziell zu hoch. Beide Verzerrungen wirken in dieselbe Richtung, die Größenordnung des Gesamteffektes von 0,5 Beitragssatzpunkten bleibt also im Saldo in etwa erhalten.

Für die Berechnungen im Abschlagsverfahren des Jahres 2002, für das keine Erfahrungen mit dem Risikopool aus dem Vorjahr vorliegen, ist die Berechnung eines Index notwendig. Es gibt eine Reihe von Daten, die als Grundlage dazu dienen können, wie z.B. Sterbegeldfälle, Krankenhaustage oder Krankenhausfälle, neue BU/EU-Fälle (Rentenzugänge), BU/EU-Fälle im Bestand usw. Sinnvollerweise wird eine Kombination aus einigen dieser Größen zu einem Index zusammengefügt, um die durch den Risikopool ausgelösten Zahlungen zu modellieren.

Der Risikopool berücksichtigt auch unterjährige Versicherungsverläufe, also insbesondere Kassenwechsler und Todesfälle. Dazu wird die Stop-loss-Grenze jeweils auf den Versicherungszeitraum angepasst, indem die Jahres-stop-loss-Grenze durch 365 geteilt und mit der Anzahl der Versicherungstage des betrachteten Falls multipliziert wird. Damit ergibt sich bei einem unterjährigem Versicherungswechsel sowohl für die abgebende Kasse als auch für die aufnehmende Kasse eine jeweils geeignet adjustierte Stop-loss-Grenze, oberhalb welcher der festgelegte Anteil der Ausgaben durch den Pool übernommen wird. Dieses Verfahren ist kompatibel mit der tagesgenauen Logik des bestehenden RSA-Verfahrens.

Beim Übergang zum morbiditätsorientierten RSA würde der Risikopool in einen ("echten") Hochrisikopool überführt (vgl. Abschnitt 4.4). Im Übergangsjahr 2006, in dem der morbiditätsorientierte RSA nach dem Vorschlag der Gutachter bereits zu 50 Prozent "gefahren" werden soll – parallel zum auf 50 Prozent des Beitragsbedarfs reduzierten bisherigen RSA – (vgl. Abschnitt 4.3.3), müsste für die Ausgestaltung des Risikopools ebenfalls eine geeignete Übergangslösung zwischen dem Risikopool-Modell in der bis einschließlich 2005 gültigen Ausgestaltungsform und dem ab 2007 den vollständigen morbiditätsorientierten RSA flankierenden Hochrisikopool gefunden werden. Diese allein für das Jahr 2006 erforderliche Übergangslösung hängt unmittelbar von dem konkreten Modell des morbiditätsorientierten RSA und des Hochrisikopools ab und kann deshalb erst im Rahmen der Entscheidung über das ausgewählte Modell des morbiditätsorientierten RSA spezifiziert werden.

## **5.5 Gesamtsicht**

Die zentrale Empfehlung der Gutachter zur Weiterentwicklung des RSA, die Ermittlung des Beitragsbedarfs baldmöglichst auf eine direkt morbiditätsorientierte Grundlage zu stellen, kann erst auf mittlere Sicht realisiert werden. Hierfür wurde in Abschnitt 4.3.3 ein konkreter Zeitplan vorgelegt, den der Gesetzgeber nach Auffassung der Gutachter umgehend beschließen sollte, um die Voraussetzungen zur Umsetzung dieses zentralen Reformvorschlages zu schaffen. Vor dem Hintergrund aktueller Wettbewerbsprobleme wurde in diesem Abschnitt die Frage nach zweckmäßigen Übergangslösungen untersucht, um bestehende Defizite des derzeitigen RSA in Bezug auf die Abbildung von Morbiditätsunterschieden bzw. daraus resultierende Beitragssatz- und Anreizverzerrungen bereits in kürzerer Frist spürbar mindern zu können.

Als wesentliche Ergebnisse lassen sich festhalten:

- Die Gutachter halten die schnelle Einführung eines obligatorischen GKV-weiten Risikopools, finanziert über einen für alle Kassen einheitlichen Hebesatz, für eine notwendige und sinnvolle Ergänzung des derzeitigen RSA, die kurzfristig realisierbar ist. Da ein solches Instrument auch nach Umstellung auf den morbiditätsorientierten RSA als Hochrisikopool – mit einem geringeren Umfang einbezogener Versicherter – sinnvoll ist, wird mit der Einführung eines Risikopools keineswegs nur eine Übergangsregelung geschaffen. Der Risikopool sollte als "Stop-loss-Modell mit Selbstbeteiligung" eingeführt werden. Konkret schlagen die Gutachter vor, die Leistungsbereiche Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld in den Risikopool einzubeziehen, da dies unmittelbar realisierbar ist. Sofern mit vertretbarem Aufwand machbar, ist auch der spätere Einbezug weiterer Leistungsbereiche möglich. Die Gutachter schlagen vor, als Schwellenwert des Stop-loss-Modells das 10fache des 100-Prozent-Werts der einbezogenen Leistungsbereiche vorzusehen; 1999 waren dies rund 19.100 DM. Zugleich sollte oberhalb des Schwellenwerts eine Selbstbeteiligung der Krankenkassen von 20 Prozent verbleiben.
- Grundsätzlich ließe sich eine bessere Abbildung von Morbiditätsunterschieden auch durch eine veränderte Berücksichtigung von BU/EU-Rentnern erreichen, indem gesonderte Profile schon für die Zeiträume vor dem erstmaligen Rentenbezug bzw. nach der rentenrechtlichen Umwandlung zu Altersrentnern ermittelt werden. Die Gutachter sprechen sich jedoch nicht für eine solche Modifikation aus, weil deren empirische Relevanz vermutlich eher gering ist und der Aufwand zur Umsetzung dieser Regelung angesichts des voraussichtlichen Fortfallens der Kategorie "BU/EU-Rente" beim Übergang auf das Konzept der direkten Morbiditätsorientierung im RSA nicht gerechtfertigt erscheint. Sie halten es jedoch für sinnvoll, Beitragssatzverzerrungen von Kassen mit überdurchschnittlich hohen Anteilen an BU/EU-Versicherten, die sich aus der jüngsten Änderung im Rentenrecht ergeben, dadurch rückgängig zu machen, dass die betroffenen Versicherten bereits mit Eintritt der Erwerbsminderung der Versichertengruppe der BU/EU-Rentner zugeordnet werden.
- Gegenüber einer gesonderten Berücksichtigung von Härtefall-Versicherten im RSA erscheint nach Auffassung der Gutachter ebenfalls Zurückhaltung geboten. Es ist unstrittig, dass die nach § 62 anerkannten Härtefälle eine signifikant überdurchschnittlich hohe Morbidität aufweisen. Gleichwohl kann ein wirksamer Ausgleich bisher nicht berücksichtigter Morbiditätsunterschiede zwischen kranken und gesunden Versicherten

durch einen solchen Reformvorschlag nicht erreicht werden; zudem würden zusätzliche unerwünschte Anreizwirkungen ausgelöst.

- Nicht zielführend erscheint schließlich auch der Vorschlag, für die Gruppe der "Kassenwechsler" – als vermeintlich systematisch "gute Risiken" – eigene Ausgabenprofile zu ermitteln. Zum einen ist die diesem Vorschlag zugrunde liegende Problemdiagnose schon vom Ansatz her fragwürdig, da das zentrale Defizit des derzeitigen RSA nicht in der unzureichenden Abbildung unterschiedlicher Morbiditätsrisiken von Wechslern und Nicht-Wechslern besteht, sondern hinsichtlich des gesamten Versichertenbestands der Kassen. Zum anderen würde dieser Reformansatz darüber hinaus vielfältige unerwünschte Anreizwirkungen auslösen und ist mit erheblichen Realisierungsproblemen verbunden. Auch bei einem Modell, bei dem zwischen "gesunden" und "kranken" Wechslern unterschieden wird, stellen sich nach Auffassung der Gutachter vielfältige systematische wie pragmatische Probleme.

## **6 Weitere Reformdimensionen und -vorschläge**

Während im fünften Kapitel dieses Berichts kurzfristig realisierbare Übergangsregelungen auf dem Weg zu einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA behandelt wurden, sollen in diesem Kapitel weitere Reformvorschläge zum RSA, die sich nicht auf das Ziel der besseren Abbildung von Morbiditätsunterschieden beziehen, thematisiert werden. Im Einzelnen geht es dabei um

- die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs,
- die Berücksichtigung der Regionaldimensionen Hochversorgungsregionen und gesamtdeutscher RSA,
- die modifizierte Berücksichtigung der Leistungsart Krankengeld im RSA sowie
- die gesonderte Behandlung von grundsätzlich nicht managementfähigen Leistungsausgaben außerhalb des RSA im Rahmen eines GKV-weiten Erstattungspools.

### **6.1 Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs**

Da Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten gegenwärtig nur zu rund 92 Prozent ausgeglichen werden, bestehen nach wie vor Anreize zur Risikoselektion in Bezug auf das Einkommen. Auch entstehen hierdurch Beitragssatzverzerrungen. Diese verstärken sich auch, wenn bei einer Selbstselektion im Zuge der Ausübung des Kassenwahlrechts Versicherte mit höheren Einkommen häufiger die Kasse wechseln – und hierbei zu stark wachsenden, vor Einführung des Kassenwahlrechts eher kleinen Krankenkassen gehen – als Versicherte mit niedrigen Einkommen. Die Gutachter sehen es daher als erforderlich an, den Finanzkraftausgleich im RSA zu vervollständigen. Sie schlagen außerdem vor zu prüfen, ob die Berechnung der Finanzkraft künftig so modifiziert werden sollte, dass die Wirkungen von Mehr- und Minderausgaben einer Kasse auf ihren Beitragssatz nicht mehr von der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten abhängen.

### **6.1.1 Einbezug der Verwaltungskosten in die berücksichtigungsfähigen Leistungen**

Der Finanzausgleich ist gegenwärtig deswegen unvollständig, weil Verwaltungskosten sowie Satzungs- und Ermessensleistungen nicht zu den im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungen gehören und daher nicht bei der Berechnung des Ausgleichsbedarfssatzes Eingang finden, mit dessen Hilfe die Finanzkraft einer Kasse ermittelt wird. Da jedoch teilweise erhebliche Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten zwischen den Kassen bestehen (sie liegen in einem Bereich von unter 20.000 DM je Versicherten bis über 40.000 DM), bedeutet dies, dass Kassen mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten ihre Verwaltungskosten und Satzungsleistungen mit günstigeren Teil-Beitragssätzen finanzieren können als Kassen, deren Versicherte niedrigere beitragspflichtige Einnahmen haben. In Abschnitt 3.1 ist dieser Zusammenhang in Tabelle 2 aufgezeigt: Kassen mit vergleichsweise hohen beitragspflichtigen Einnahmen mussten 1999 im Mittel knapp 0,7 Beitragssatzpunkte für Verwaltungskosten und Satzungsleistungen kalkulieren, bei Kassen mit mittleren beitragspflichtigen Einnahmen waren es dagegen im Durchschnitt 1,1 Beitragssatzpunkte und bei Kassen mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen sogar 1,3 Beitragssatzpunkte.

Um die falschen Beitragssatzsignale, die gegenwärtig noch von der Einkommenshöhe der Versicherten einer Kasse ausgehen, und die daraus resultierenden Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden, sehen es die Gutachter als erforderlich an, die Verwaltungsausgaben in die im RSA berücksichtigungsfähigen Ausgaben einzubeziehen. Die vielfach vertretene Auffassung, die offenbar auch bei der Einführung des RSA eine gewisse Rolle spielte, wonach Verwaltungsausgaben etwas grundsätzlich anderes seien als Leistungsausgaben, weil die Kassen zu Letzteren verpflichtet seien, während die Verwaltungsausgaben vollständig gestaltet werden könnten, wird von den Gutachtern nicht geteilt: Auf der einen Seite sollen die Kassen im Wettbewerb gerade bei den Leistungsausgaben direkte Steuerungsaufgaben im Hinblick auf Mengen, Preise und Strukturen von Versorgungsleistungen wahrnehmen, und auf der anderen Seite ist Verwaltungshandeln vom Grundsatz her ein unverzichtbarer Bestandteil der gesetzlichen Aufgaben einer Kasse, und zwar gerade auch dann, wenn sie aktiv Versorgungsmanagement betreibt und damit Leistungsausgaben steuert. Die gegenwärtig unterschiedliche Behandlung von funktional und ggf. sogar faktisch identischen Aufgaben, z.B. eines gezielten Disease Managements für chronisch Kranke, die sich allein darin unterscheiden, ob sie von der Kasse von externen Leistungserbringern eingekauft werden ("Leistungsausgaben") oder aber selbst wahrgenommen werden ("Verwaltungsausgaben"), erscheint sachlich nicht begründet.

In der Diskussion wird teilweise auch der Eindruck erweckt, dass ein Einbezug von Verwaltungsausgaben in den RSA Anreize zur Unwirtschaftlichkeit bewirke bzw. die direkte Subventionierung von unwirtschaftlichem Verwaltungsaufwand ("Glaspaläste der Kassen") bedeute. Dies ist jedoch keineswegs notwendigerweise der Fall. Es wäre nur dann der Fall, wenn die tatsächlichen Verwaltungsausgaben einer Kasse erstattet würden und ein Anstieg der Verwaltungsausgaben einer Kasse zu einer Minderung ihrer Transferverpflichtungen bzw. zu einer Zunahme ihrer Transferansprüche im RSA führen würde. Ein solches Modell eines Finanzausgleichs der Verwaltungsausgaben scheidet jedoch nach Auffassung der Gutachter von vornherein aus. Vielmehr kann es auch bei den Verwaltungsausgaben nur darum gehen, standardisierte Größen zu verwenden, sodass Wirtschaftlichkeitsanreize vollständig erhalten bleiben. Beim Einbezug von Verwaltungsausgaben in die Berechnung des ABS geht es nicht darum (und resultiert auch nicht als faktisches Ergebnis), dass eine Kasse die Verwaltungsausgaben einer anderen "mitbezahlt"; Beitragssatzvorteile, die eine Kasse aus vergleichsweise geringeren Verwaltungsausgaben hat, müssen ihr bzw. ihren Beitragszahlern im vollen Umfang erhalten bleiben, dürfen aber auch nicht verstärkt werden. Vielmehr geht es ausschließlich darum, den wettbewerbsverzerrenden Effekt zu beseitigen, dass Kassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen zur Finanzierung gleich hoher Verwaltungsausgaben einen höheren Teil-Beitragssatz erheben müssen als Kassen mit überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Wirkung der heutigen Situation wird im oberen Teil von Tabelle 10 an einem Beispiel von zwei gleich großen Kassen A und B vorgestellt. Dabei weist Kasse A annahmegemäß höhere Leistungsausgaben je Versicherten auf als Kasse B (Zeile 1), wobei die mittleren Leistungsausgaben je Versicherten in beiden Kassen jeweils (zufällig) ihrem Beitragsbedarf entsprechen sollen; dass die Leistungsausgaben bei Kasse A höher liegen als bei B, ist somit z.B. auf ein höheres Durchschnittsalter ihrer Versicherten zurückzuführen. Zugleich hat Kasse A niedrigere beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten als Kasse B (Zeile 3). Durch den RSA wird die Beitragssatzwirkung von Unterschieden in der Altersstruktur und in den beitragspflichtigen Einnahmen für den Bereich der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ausgeglichen: Beide Kassen haben nach RSA einen rechnerischen Teil-Beitragssatz für die im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in Höhe von 12,0 Prozent (Zeile 8). Bei den Verwaltungsausgaben bleiben dagegen Beitragssatzunterschiede bestehen, obwohl beide Kassen gleich hohe Verwaltungsausgaben von 200 DM je Versicherten aufweisen (Zeile 2). Kasse A benötigt zur Finanzierung dieser Verwaltungsausgaben einen rechnerischen Teil-Beitragssatz von 1,0 Prozent, Kasse B wegen ihrer höheren Finanzierungsbasis dagegen nur von 0,67 Prozent (Zeile 9).

Durch einen Einbezug standardisierter Verwaltungsausgaben in den RSA würde der Einfluss der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen auf den erforderlichen Teil-Beitragssatz einer Kasse zur Finanzierung der Verwaltungsausgaben neutralisiert. Den Kassen würde auch für ihren Verwaltungsaufwand ein Beitragsbedarf zugerechnet, sodass die Summe der Beitragsbedarfe aller Kassen, der ABS und die Finanzkraft der Kassen im Vergleich zum Status quo steigen würden. Kassen mit einer überdurchschnittlichen Einnahmenposition würden entsprechend stärker belastet als Kassen mit einer unterdurchschnittlichen Einnahmenposition, sodass sie ihren gegenwärtig bestehenden Beitragssatzvorteil bei der Finanzierung ihrer Verwaltungsausgaben verlören.

Zur sachgerechten Bestimmung des Beitragsbedarfs für Verwaltungsausgaben bestehen drei Möglichkeiten, die im Folgenden knapp skizziert werden. Gemeinsam ist allen drei Alternativen, dass Verwaltungskosten als typische Gemeinkosten nur im Wege pauschalierender Verfahren zugerechnet werden können.

#### **Modell I:**

Ein erster Ansatz besteht darin, für jeden Versicherten gleich hohe GKV-durchschnittliche Verwaltungsausgaben pro Kopf als Beitragsbedarf anzusetzen. Dahinter steht die Annahme, dass jeder Versicherte "im Prinzip" gleich hohe Verwaltungsaufwendungen verursacht. Das Modell bewirkt, dass alle Kassen, die gerade genau durchschnittliche Verwaltungsausgaben je Versicherten aufwenden, unabhängig von ihrer jeweiligen Einnahmenposition denselben Teil-Beitragssatz für Verwaltungsausgaben kalkulieren müssten. Kassen mit überdurchschnittlich hohen Verwaltungsausgaben müssten entsprechend einen höheren Teil-Beitragssatz erheben. Die Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten wären somit "richtig" gesetzt.

Tabelle 10 zeigt im zweiten Teil beispielhaft die Wirkung dieses Vorschlags: Der ABS erhöht sich durch den Einbezug der Verwaltungsausgaben von 12,00 Prozent auf 12,80 Prozent, und die finanzkraftstärkere Kasse B muss mit 840 DM einen um 40 DM höheren Transfer je Versicherten zahlen (Zeile 15). Nach RSA weisen beide Krankenkassen denselben rechnerischen Beitragssatz von 12,80 Prozent auf (Zeile 16).



Tabelle 10: Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch Einbezug standardisierter Verwaltungsausgaben – 2-Kassen-Beispiel

	Kasse A	Kasse B	"GKV"	
1	berücks.fähige Leistungsausgaben je Vers.	3.200	2.800	3.000
2	Verwaltungsausgaben je Versicherten	200	200	200
3	beitragspflichtige Einnahmen je Vers.	20.000	30.000	25.000
<b>1. Status quo: keine Verwaltungsausgaben im RSA</b>				
4	Beitragsbedarf je Versicherten	3.200	2.800	
5	Ausgleichsbedarfssatz (ABS)			12,00 %
6	Finanzkraft je Versicherten	2.400	3.600	
7	RSA-Transfer je Versicherten	-800	+800	
8	rechn. Teil-Beitragssatz für RSA-Leistungen	12,00 %	12,00 %	
9	rechn. Teil-Beitragssatz für Verw.ausgaben	1,00 %	0,67 %	
10	rechnerischer Beitragssatz insgesamt	13,00 %	12,67 %	
<b>2. Durchschnittliche Verwaltungsausgaben je Versicherten als Teil-Beitragsbedarf im RSA (Modell I)</b>				
11	Teil-Beitragsbedarf für Verw.ausg. je Vers.	200	200	200
12	Beitragsbedarf insgesamt je Versicherten	3.400	3.000	3.200
13	ABS			12,80 %
14	Finanzkraft je Versicherten	2.560	3.840	
15	RSA-Transfer je Versicherten	-840	+840	
16	Rechnerischer Beitragssatz	12,80 %	12,80 %	
<b>3. Durchschnittlicher Anteil der Verwaltungsausgaben an den standardisierten Leistungsausgaben als Teil-Beitragsbedarf im RSA (Modell II)</b>				
17	Anteil der Verw.ausg. an der Summe der standardisierten Leistungsausgaben	6,25 %	7,14 %	6,67 %
18	Teil-Beitragsbedarf für Verw.ausg. je Vers.	213	187	200
19	Beitragsbedarf insgesamt je Versicherten	3413	2987	3200
20	ABS			12,80 %
21	Finanzkraft je Versicherten	2.560	3.840	
22	RSA-Transfer je Versicherten	-853	+853	
23	Rechnerischer Beitragssatz	12,73 %	12,84 %	
<b>4. Kombiniertes Modell: 70 % Teil-Beitragsbedarf für Verwaltungsausgaben nach standardisierten Leistungsausgaben, 30 % je Versicherten (Modell III)</b>				
24	Anteil von 70 % der Verwaltungsausgaben an der Summe der standardisierten Leistungsausgaben			4,67 %
25	Prozentual zugerechnete stand. Verw.-Ausgaben (4,67 % d. stand. Leistungsausgaben)	149	131	140
26	Je Versicherten zugerechnete stand. Verw.-Ausgaben (30 % der durchschn. Verw.-Ausg.)	60	60	60
27	Teil-Beitragsbedarf für Verw.ausg. je Vers.	209	191	200
28	Beitragsbedarf insgesamt je Versicherten	3409	2991	3200
29	ABS			12,80 %
30	Finanzkraft je Versicherten	2560	3840	
31	RSA-Transfer je Versicherten	-849	849	
32	rechnerischer Beitragssatz	12,75 %	12,83 %	

Anmerkungen: ohne Berücksichtigung von Satzungsleistungen;  
negativer RSA-Transfer bedeutet: Ausgleichsanspruch,  
positiver RSA-Transfer bedeutet: Ausgleichsverpflichtung

**Modell II:**

Bei einem zweiten Ansatz wird davon ausgegangen, dass zwischen den standardisierten Leistungsausgaben einer Kasse und der Höhe ihrer Verwaltungsausgaben ein direkter Zusammenhang besteht: Insoweit ein wesentlicher (und unvermeidlicher) Teil des Verwaltungshandelns einer Kasse Leistungsabrechnung und -management betrifft, verursachen Versicherte mit geringen standardisierten Leistungsausgaben im Mittel geringere Verwaltungsausgaben als Versicherte mit höheren standardisierten Leistungsausgaben. Wie in Abschnitt 3.1 gesehen, waren die rechnerisch ausgabenbedeckenden Teil-Beitragssätze für Verwaltungskosten- und Satzungsleistungen bei Kassen mit gleicher Finanzkraft umso höher, je größer ihr Beitragsbedarf ausfiel – dies deutet darauf hin, dass ein solcher Zusammenhang tatsächlich besteht: Kassen mit überwiegend jungen und gesunden Versicherten müssen weniger Leistungsprüfung, -abrechnung und -management betreiben als Kassen mit überwiegend älteren und morbidem Versicherten; entsprechend benötigen sie auch nur einen geringeren Teil-Beitragssatz für Verwaltungsausgaben. Modell II sieht daher vor, die Höhe der standardisierten Verwaltungsausgaben an die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben zu koppeln. Dazu wird jeder Kasse der gleiche GKV-durchschnittliche Prozentsatz, den die Verwaltungsausgaben an der Summe aller standardisierten Leistungsausgaben ausmachen, als zusätzlicher Beitragsbedarf für die standardisierten Verwaltungsausgaben zugerechnet.

Das Modell bewirkt, dass Kassen mit höheren standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten (z.B. weil sie besonders viele ältere Versicherte oder BU/EU-Versicherte haben) höhere standardisierte Verwaltungsausgaben zugerechnet erhalten als Kassen mit geringen standardisierten Leistungsausgaben. Alle Kassen, die genau diesen GKV-durchschnittlichen Anteil der Verwaltungsausgaben an den Leistungsausgaben aufwenden müssen, unabhängig von ihrer jeweiligen Einnahmenposition, müssten in diesem Modell denselben Teil-Beitragssatz für Verwaltungsausgaben kalkulieren. Kassen mit einem höheren Anteil für Verwaltungsausgaben müssten dies entsprechend durch einen höheren Teil-Beitragssatz finanzieren, sodass auch hier die Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten "richtig" gesetzt sind.

Tabelle 10 zeigt im dritten Teil beispielhaft die Wirkungen dieses Modells: Im GKV-Durchschnitt des Beispiels werden 6,67 Prozent der standardisierten Leistungsausgaben für Verwaltungskosten ausgegeben (Zeile 17), sodass jede Kasse zusätzlich 6,67 Prozent ihrer standardisierten Leistungsausgaben als Teil-Beitragsbedarf für Verwaltungsausgaben zugerechnet erhält – bei Kasse A sind dies 213 DM je Versicherten, bei Kasse B 187 DM (Zeile 18). Der Teil-Beitragsbedarf für Verwaltungsausgaben für Kasse A ist also höher als in dem zuvor skizzierten Modell, da sie (wegen ihrer

durchschnittlich älteren Versicherten) überdurchschnittliche standardisierte Leistungsausgaben je Versicherten zugerechnet erhält; bei Kasse B verhält es sich genau umgekehrt. Weil bei Kasse B die tatsächlichen Verwaltungsausgaben über dem Beitragsbedarf für Verwaltungsausgaben liegen, bei Kasse A aber darunter, fällt der erforderliche Beitragssatz von Kasse B nach RSA überdurchschnittlich, von Kasse A dagegen unterdurchschnittlich aus (Zeile 23).

### **Modell III**

Beim dritten Ansatz werden schließlich die beiden bislang vorgestellten Modelle miteinander kombiniert. Dieses Modell ist nach Auffassung der Gutachter in besonderer Weise sachgerecht. Es geht davon aus, dass Teile des Verwaltungshandelns der Kassen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stehen, andere Teile – z.B. auch der Beitragseinzug – dagegen nicht. Daher werden die standardisierten Verwaltungsausgaben in diesem Modell zum Teil nach der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben einer Kasse ermittelt und zum Teil nach der Zahl ihrer Versicherten. Die Gutachter schlagen vor, sich an der Grundlogik der pauschalierten Erstattung der Verwaltungskosten der Pflegekassen an die Krankenkassen zu orientieren, wo nach dem Erstattungschlüssel 70 Prozent des ermittelten Verwaltungsaufwands an den Leistungsausgaben angesetzt werden. Entsprechend sieht das hier vorgestellte Modell vor, dass 70 Prozent der standardisierten Verwaltungsausgaben dadurch ermittelt werden, dass sie an die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben gekoppelt werden. Die übrigen 30 Prozent werden dagegen nach der Zahl der Versicherten (auf der Basis von 30 Prozent der GKV-durchschnittlichen Verwaltungsausgaben je Versicherten) zugerechnet.

Tabelle 10 zeigt im vierten Teil beispielhaft die Wirkung dieses Modells: Der Teil-Beitragsbedarf für Verwaltungsausgaben (Zeile 27) ergibt sich aus der Summe des nach dem als Anteil der standardisierten Leistungsausgaben ermittelten Teils (Zeilen 24 und 25) und des nach der Versichertenzahl ermittelten Teils (Zeile 26). Da das Modell eine Kombination der beiden zuerst skizzierten Modelle darstellt, liegt es in seinen Wirkungen auf Beitragsbedarfe, RSA-Transfers und rechnerische Beitragssätze ebenfalls zwischen den beiden anderen Modellen (vgl. Zeilen 28, 31 und 32).

In Tabelle 11 werden die Wirkungen des Status quo (unvollständiger Finanzkraftausgleich) und der drei beschriebenen Modelle der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch Einbezug standardisierter Verwaltungsausgaben in die berücksichtigungsfähigen Ausgaben für neun Kassen-

typen im Jahr 1999 beschrieben.<sup>32</sup> Im Ergebnis zeigt sich, dass Kassen mit einer vergleichsweise geringen Finanzkraft in jedem der drei Modelle entlastet werden – dies ist der gewollte Effekt der Modelle, da diese Kassen heute durch den Nicht-Einbezug der Verwaltungskosten in den RSA ungerichtfertigte Beitragssatznachteile erleiden. Zugleich zeigt sich, dass Kassen mit höherem Beitragsbedarf stärker entlastet bzw. weniger belastet werden als solche mit geringem Beitragsbedarf. Auch dieser Effekt ist gewollt, da mit dem höheren Beitragsbedarf typischerweise auch ein höherer Verwaltungsaufwand einhergeht.

Sofern die Kassen mit geringer Finanzkraft zugleich einen mittleren Beitragsbedarf<sup>33</sup> aufweisen, liegt die durchschnittliche Entlastung zwischen 0,17 Beitragssatzpunkten in Modell I und 0,28 Beitragssatzpunkten in Modell II; bei dem von den Gutachtern empfohlenen Modell III beträgt die Entlastung dieser Kassen im Durchschnitt 0,24 Beitragssatzpunkte. Bei Kassen mit niedriger Finanzkraft und hohem Beitragsbedarf fällt die Entlastung durchweg höher aus und liegt zwischen 0,21 Beitragssatzpunkten in Modell I und 0,42 Beitragssatzpunkten in Modell II; in dem von den Gutachtern empfohlenen Modell III beträgt sie im Mittel 0,36 Beitragssatzpunkte. Die deutlich höhere Entlastung dieser Kassen in den Modellen II und III im Vergleich zu den Kassen mit niedriger Finanzkraft und nur mittlerem Beitragsbedarf ist darin begründet, dass Modelle II und III dem höheren Beitragsbedarf Rechnung tragen.

Bei Kassen mit mittlerer Finanzkraft ergeben sich heute naturgemäß vergleichsweise wenig Verzerrungen infolge der Unvollständigkeit des Finanzkraftausgleichs. Entsprechend fallen die Veränderungen durch die Reformmodelle bei ihnen auch eher gering aus. Der Umfang variiert mit der Höhe des Beitragsbedarfs und liegt zumeist unter 0,1 Beitragssatzpunkten. Größere Entlastungseffekte ergeben sich nur bei denjenigen Kassen mit mittlerer Finanzkraft, die zugleich einen hohen Beitragsbedarf haben – in Modell II betragen diese 0,23 Beitragssatzpunkte, in Modell III 0,17 Beitragssatzpunkte.

---

<sup>32</sup> Krankenkassen, bei denen der Arbeitgeber die Personalkosten trägt, sind bei dieser Auswertung nicht einbezogen. Ihr Beitragssatzvorteil, der durch die Personalkostenübernahme durch den Arbeitgeber entsteht, bleibt im vollen Umfang erhalten.

<sup>33</sup> Unter den hier auswertbaren Krankenkassen mit geringer Finanzkraft waren keine Kassen mit zugleich niedrigem Beitragsbedarf.

Tabelle 11: Beitragssatzwirkungen einer Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch Einbezug standardisierter Verwaltungsausgaben in den RSA nach Typen von Krankenkassen 1999

Nr	Kassentyp		Ausgabendeckender Teil-Beitragssatz für Verwaltungsausgaben				Beitragssatzdifferenz zwischen Modell III und Status quo
	Finanzkraft in bpE je Vers.	Beitragsbedarf je Vers.	Status quo (nicht im RSA)	Modell I (nach Versicherungszahl)	Modell II (nach standard. Leistungsausg.)	Modell III (I/II im Verhältnis 30 : 70)	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	niedrig	mittel	1,01 %	0,85 %	0,74 %	0,77 %	-0,24 %
2	niedrig	hoch	1,16 %	0,96 %	0,74 %	0,80 %	-0,36 %
3	mittel	niedrig	0,70 %	0,65 %	0,83 %	0,78 %	+0,07 %
4	mittel	mittel	0,81 %	0,82 %	0,81 %	0,82 %	+0,01 %
5	mittel	hoch	0,82 %	0,78 %	0,59 %	0,65 %	-0,17 %
6	hoch	niedrig	0,41 %	0,56 %	0,72 %	0,67 %	+0,26 %
7	hoch	mittel	0,58 %	0,70 %	0,81 %	0,78 %	+0,20 %
8	hoch	hoch	0,65 %	0,76 %	0,64 %	0,68 %	+0,03 %
271 ausgewert. Kassen*)			0,79 %				
RSA-Kassen insgesamt			0,77 %				

Anm.: (1) bpE niedrig/hoch: 15 Prozent unter/über dem GKV-Durchschnitt der beitragspflichtigen Einnahmen von 25.690,71 DM je Vers.  
 (2) Beitragsbedarf niedrig: unter 2.600,-, hoch: über 3.800,- DM je VJ  
 (3) Fusionsstand 01.07.2000; Kassen mit Ost- und Westkasse zählen als zwei Einheiten  
 \*) ohne Kassen mit Arbeitgeber-finanzierten Personalkosten

Quelle: siehe Tabelle 2

Kassen mit hoher Finanzkraft werden bei der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch Einbezug standardisierter Verwaltungsausgaben in den RSA in aller Regel belastet. Dies ist plausibel und sachgerecht, da durch die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs gerade die noch bestehenden ungerechtfertigten Beitragssatzvorteile dieser Kassen und entsprechende Anreize zur Risikoselektion zugunsten Einkommensstarker abgebaut werden sollen. Das Ausmaß der Belastungen variiert wiederum mit dem Beitragsbedarf, den die Kassen haben: Bei einem niedrigen Beitrags-

bedarf liegt der belastende Effekt durchschnittlich zwischen 0,15 Beitragsatzpunkten in Modell I und 0,31 Beitragssatzpunkten in Modell II; bei dem von den Gutachtern empfohlenen Modell III beträgt er 0,26 Beitragssatzpunkte. Haben die Kassen mit hoher Finanzkraft dagegen einen mittleren oder hohen Beitragsbedarf, fallen die Belastungen erwartungsgemäß geringer aus. Bei den Kassen mit mittlerem Beitragsbedarf liegen sie – jeweils im Vergleich zum Status quo – zwischen 0,13 Beitragssatzpunkten (in Modell I) und 0,23 Beitragssatzpunkten (in Modell II) und bei Kassen mit hohem Beitragsbedarf zwischen 0,11 Beitragsatzpunkten (in Modell I) und praktisch keiner Veränderung (in Modell II).

Im Ergebnis schlagen die Gutachter vor, den Finanzkraftausgleich zu vervollständigen, indem standardisierte Verwaltungsausgaben bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs in den RSA einbezogen werden. Konkret wird vorgeschlagen, die standardisierten Verwaltungsausgaben nach einem Index zu ermitteln, der sich zu 70 Prozent nach dem Beitragsbedarf der standardisierten Leistungsausgaben einer Kasse und zu 30 Prozent nach ihrer Versichertenzahl richtet. Die Gutachter weisen ausdrücklich darauf hin, dass dieser Vorschlag auch nach Übergang zu einer direkten Morbiditätsorientierung bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs sachgerecht bleibt; aufgrund der zielgenaueren Bestimmung des Beitragsbedarfs ist dann sogar in besonderer Weise davon auszugehen, dass die aufgrund des Leistungsmanagements notwendigen Verwaltungsausgaben bei Krankenkassen mit höherer Morbidität damit angemessen im RSA berücksichtigt werden, ohne dass hierdurch Anreize zur Unwirtschaftlichkeit ausgelöst werden.

### **6.1.2 Satzungs- und Ermessensleistungen und RSA**

Neben den Verwaltungsausgaben sind gegenwärtig auch die Satzungs- und Ermessensleistungen nicht in den RSA einbezogen. Auch deshalb ist der derzeitige Finanzkraftausgleich unvollständig: Kassen mit relativ hohen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied können dieselben Satzungs- und Ermessensleistungen zu relativ günstigeren Teil-Beitragssätzen anbieten als Kassen mit vergleichsweise ungünstiger Einnahmenposition. Da die Inanspruchnahme von Satzungs- und Ermessensleistungen teilweise auch alters- und geschlechtsabhängig ist, bedeutet ihr Nicht-Einbezug in den RSA zugleich auch, dass der hierfür erforderliche rechnerische Teil-Beitragssatz je nach Versichertenstruktur unterschiedlich ist – so können Kassen mit einer überwiegend erwerbstätigen Klientel Präventions- und Rehabilitationskuren zu relativ niedrigeren Teil-Beitragssätzen finanzieren als Kassen mit überwiegender Rentnerklientel – u.a. auch, weil im ersten Fall die Rentenversicherungsträger das Gros entsprechender Maßnahmen finanzieren.

Allerdings wäre auch der Einbezug von Satzungs- und Ermessensleistungen in den RSA durch die Ermittlung eines entsprechenden Beitragsbedarfs über standardisierte Leistungsausgaben nicht problemfrei: Entscheidet sich z.B. eine finanzkraftstarke Krankenkasse, bewusst keine Satzungsleistungen anzubieten, würde ihre Transferverpflichtung bei einem undifferenzierten Einbezug der Satzungsleistungen in den RSA gleichwohl steigen. Hier wird eine grundsätzliche Problematik offenbar: Mit der Einführung des RSA hat sich der Gesetzgeber dafür entschieden, dass die GKV-Solidaraufgaben gemeinsam von allen Kassen finanziert werden. Diese gemeinsame solidarische Finanzierung setzt jedoch einen einheitlichen Leistungskatalog voraus. Leistungen, bei denen eine Kasse wählen kann, ob sie sie überhaupt anbieten will, und Versicherte (über die Kassenwahl) entscheiden können, ob sie diese Leistung überhaupt versichern wollen, sind mit dem Prinzip der GKV-weiten Finanzierung von Solidaraufgaben nicht vereinbar.

Dieses prinzipielle Problem würde weiter an Bedeutung zunehmen, wenn – wie derzeit mit Begriffen wie "Grundleistungen" und "Zusatzleistungen" diskutiert wird – weitere Teile des bisherigen Pflichtleistungskatalogs der GKV in die satzungsmäßige Gestaltungskompetenz der Kassen übergehen würden. Deshalb sollten Leistungen, die der Gesetzgeber für nicht notwendig hält, grundsätzlich nicht einkommensabhängig finanziert werden, damit es nicht zu entsprechend verursachten Beitragssatz- und Wettbewerbsverzerrungen kommt. Vielmehr müssen solche Leistungen letztlich risikoäquivalent finanziert werden – wobei die Beschäftigung mit der Frage, ob die gesetzlichen Krankenkassen risikoäquivalent finanzierte Zusatzversicherungen in Zukunft selbst anbieten können sollten oder nicht, den Auftrag dieses Gutachtens sprengen würde.

Sollte sich der Gesetzgeber jedoch nicht entschließen können, die einkommensabhängige Finanzierung nur allgemeinen Pflichtleistungen vorzubehalten, sondern weiterhin Raum für solidarisch finanzierte Satzungs- und Ermessensleistungen zu belassen, stellt sich die Aufgabe, diese Leistungen grundsätzlich mit in den RSA einzubeziehen, um Risikoselektion nach dem Einkommen und anderen ausgabenrelevanten Merkmalen zu vermeiden, ohne jedoch das RSA-Transfervolumen derjenigen Kassen zu beeinflussen, die sich bewusst dafür entscheiden, derartige Leistungen nur reduziert oder überhaupt nicht anzubieten. Eine verzerrungsfreie, beiden Zielsetzungen gerecht werdende Lösung dieser Aufgabe bestünde darin, für jede Gruppe von Satzungsleistungen jeweils eigene standardisierte Leistungsausgaben zu ermitteln und zu ihrer Finanzierung eigenständige Ausgleichsbedarfssätze festzulegen, die nur auf diejenigen Kassen angewendet würden, die die jeweiligen Satzungsleistungen anbieten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt würde dies etwa bedeuten, dass für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

(einschließlich der entsprechenden Leistungen für Mütter) jeweils eigene Ausgleichsbedarfssätze ermittelt würden, die danach differenziert werden müssten, ob die Kassen die Kosten der Maßnahme übernehmen oder ihren Versicherten einen entsprechenden Zuschuss zahlen. Kassen, die diese Leistungen nicht anbieten, würden an diesem eigenständigen Teil-RSA nicht beteiligt.

### **6.1.3 Beitragssatzeffekte von Mehr- und Minderausgaben gegenüber dem Beitragsbedarf**

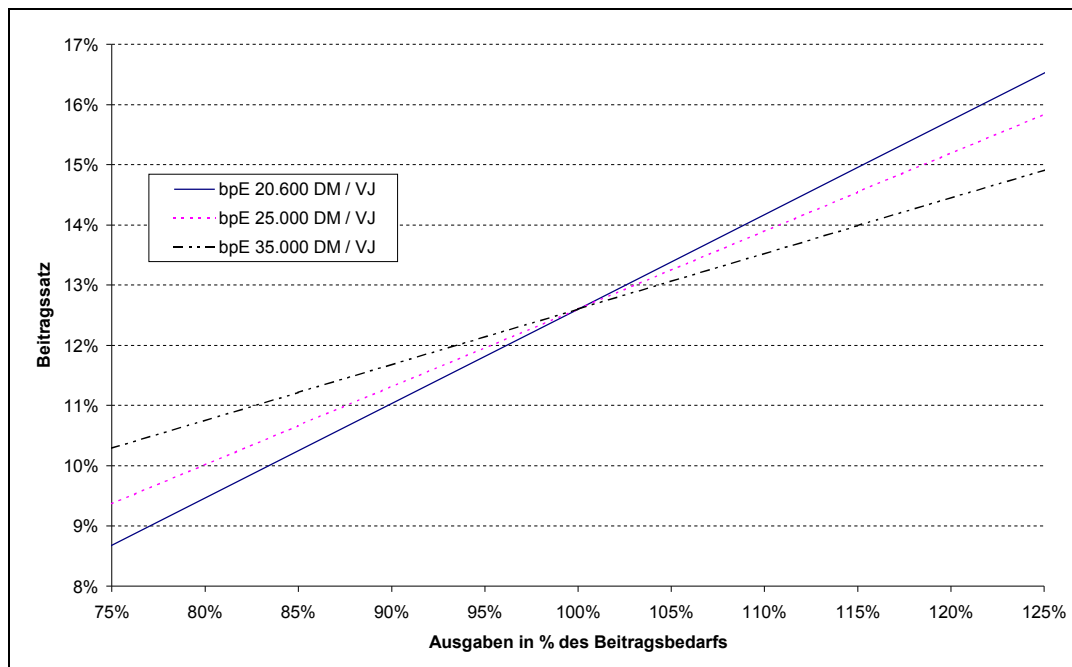
Mehrausgaben einer Kasse im Vergleich zu ihrem Beitragsbedarf, der auf der Grundlage standardisierter Leistungsausgaben ermittelt wird, müssen gegenwärtig auf der Grundlage der kassenspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen finanziert werden. Daraus folgt, dass Kassen mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten für gleich hohe Mehrausgaben einen relativ geringeren "Mehr-Beitragssatz" erheben müssen als Kassen mit geringen beitragspflichtigen Einnahmen. So haben z.B. in einer vergleichsweise ausgabenintensiven Region, in der alle Kassen mit ihren Leistungsausgaben über den bundesweiten standardisierten Leistungsausgaben liegen, finanzstarke Regionalkassen einen entsprechenden Beitragssatzvorteil gegenüber finanzschwächeren Regionalkassen. Der umgekehrte Effekt tritt bei Kassen auf, deren Ausgaben unterhalb der standardisierten Leistungsausgaben liegen: Hier wirkt der Beitragssatzvorteil der Minderausgaben umso stärker, je geringer die Finanzkraft der Kasse ist. Daraus folgt z.B., dass in einer vergleichsweise ausgabengünstigen Region Kassen mit relativ niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten einen Beitragssatzvorteil gegenüber finanzstarken Kassen haben.

Abbildung 7 veranschaulicht diesen Effekt: Es wird für drei Kassen mit unterschiedlicher Finanzkraft gezeigt, welchen rechnerisch ausgaben-deckenden Beitragssatz (unter Vernachlässigung von Verwaltungsausgaben und Satzungsleistungen) sie jeweils erheben müssen, wenn sie Mehr- bzw. Minderausgaben gegenüber den standardisierten Leistungsausgaben haben. Es gibt durchaus eine Reihe von Kassen mit beitragspflichtigen Einnahmen in der Größenordnung von rund 20.600 DM je Versicherten, die damit am "unteren Ende" der abgebildeten Skala liegen. Liegen die tatsächlichen Ausgaben dieser Kassen um 10 Prozent über ihrem Beitragsbedarf, beträgt ihr rechnerischer Beitragssatz rund 14,3 Beitragssatzpunkte. Eine Kasse mit beitragspflichtigen Einnahmen von rund 35.000 DM je Versicherten, deren tatsächliche Ausgaben ebenfalls 10 Prozent über dem Beitragsbedarf liegen, hätte dagegen nur einen rechnerischen Beitragssatz von rund 13,5 Prozent, also einen rein finanzkraftbedingten Beitragssatzvorteil von 0,8 Beitragssatzpunkten. Bei einem noch größeren Abstand zwischen den tatsächlichen



Ausgaben und dem Beitragsbedarf vergrößert sich entsprechend auch der Beitragssatzabstand zwischen Kassen mit hoher und niedriger Finanzkraft, obwohl sie jeweils dieselben relativen Ausgabenpositionen aufweisen.

Abbildung 7: Ausgabenelastizität des ausgabendeckenden Beitragssatzes einer Krankenkasse unter RSA-Bedingungen für verschieden hohe beitragspflichtige Einnahmen (ABS = 12,6%)



Quelle: IGES

Umgekehrt verhält es sich bei ausgabengünstigen Kassen, die tatsächliche Minderausgaben gegenüber ihrem Beitragsbedarf haben. Je geringer die Finanzkraft, desto größer ist der daraus resultierende Beitragssatzvorteil, den die Kasse an ihre Beitragszahler weitergeben kann. Wie die Abbildung zeigt, hat die finanzkraftschwache Krankenkasse (mit 20.600 DM beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten) bei tatsächlichen Ausgaben in Höhe von 90 Prozent ihres Beitragsbedarfs einen rechnerischen Beitragssatz von nur 11,1 Prozent; eine finanzkraftstarke Kasse (35.000 DM beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten) muss bei derselben relativen Ausgabenposition dagegen einen Beitragssatz von 11,8 Prozent kalkulieren, hat also einen Nachteil von 0,7 Beitragssatzpunkten. Auch hier vergrößert sich diese Schere weiter, wenn die relative Ausgabenposition noch günstiger ausfällt.

In der Wissenschaft und unter den Beteiligten in der GKV ist – insbesondere vor der Beschlussfassung zur Einführung des RSA im GSG – neben

dem schließlich verwendeten Modell ("Hühne-Hofmann-Modell") auch ein alternatives Modell des Finanzkraftausgleichs ("Leber-Wasem-Modell") diskutiert worden.<sup>34</sup> Bei Letzterem würden Kassen bei gleichen Mehr- oder Minderausgaben je Versicherten immer denselben Beitragssatzeffekt unabhängig von ihrer jeweiligen Finanzkraftposition aufweisen. Dies wird dadurch erreicht, dass bei Mehrausgaben finanzkraftstarke Kassen im Vergleich zu finanzkraftschwachen Kassen einen überproportionalen RSA-Transfer je Versicherten leisten müssen. Umgekehrt müssen finanzkraftstarke Kassen bei Minderausgaben nur einen unterproportionalen RSA-Transfer im Vergleich zu finanzkraftschwachen Krankenkassen leisten. Eine Kasse mit höheren Mehrausgaben je Versicherten im Vergleich zum Beitragsbedarf könnte bei diesem Verfahren nie zu einem günstigeren rechnerischen Beitragssatz kommen als eine Kasse mit niedrigeren Mehrausgaben je Versicherten. Umgekehrt würde gelten: Je deutlicher die Ausgaben je Versicherten unter den standardisierten Leistungsausgaben liegen, desto niedriger wäre der Beitragssatz. Dadurch würde die Signalwirkung der Beitragssätze treffgenauer die jeweiligen Mehr- oder Minderausgaben abbilden, als dies beim gegenwärtigen RSA-Modell der Fall ist.

Wenn dieses Modell so viele Vorzüge aufweist, warum ist es dann nicht Grundlage des derzeitigen RSA? Die Antwort auf diese Frage wurde bereits gegeben: Das Transfervolumen einer Kasse ist bei diesem Modell nicht mehr unabhängig von den eigenen tatsächlichen Ausgaben. Dies wurde bei der Einführung des RSA als entscheidendes Manko aufgefasst, weil damit – nach Auffassung der Gutachter fälschlicherweise – unerwünschte Anreizwirkungen vermutet wurden.

Beim Übergang zum gesamtdeutschen RSA werden insbesondere in den insgesamt ausgabengünstigen bzw. -ungünstigen Regionen die Unterschiede zwischen dem jeweils regionalen Ausgabenniveau und den standardisierten Leistungsausgaben weiter zunehmen: Eine Region, die bereits heute innerhalb des Rechtskreises West vergleichsweise "teuer" ist, ist im Vergleich zu gesamtdeutschen Durchschnittswerten "erst recht teuer", und eine Region, die bereits heute innerhalb des Rechtskreises Ost vergleichsweise "billig" ist, ist dies in gesamtdeutscher Perspektive "erst recht". In den "Extremregionen" wird damit der Einfluss der kassenspezifischen Finanzkraft auf den Beitragssatz von Regionalkassen bei einem Übergang zum gesamtdeutschen RSA tendenziell noch ausgeprägter, ohne dass dies jedoch dem Übergang zum gesamtdeutschen RSA "anzulasten" wäre.

---

<sup>34</sup> Vgl. Hühne/Hofmann (1988), Leber/Wasem (1989), Leber (1991).

Vor diesem Hintergrund erscheint der Übergang zu dem oben skizzierten Alternativverfahren ("Leber-Wasem-Modell") zur Berechnung der finanzkraftbezogenen RSA-Transfers durchaus diskussionswürdig. Allerdings wirkt auf der anderen Seite der von den Gutachtern nachdrücklich empfohlene Übergang zu einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA insoweit in Richtung eines Abbaus regionalspezifischer Ausgabenunterschiede, wie diese in regionalen Morbiditätsunterschieden begründet sind. Damit würde auch das skizzierte derzeitige Verzerrungsproblem in besonders ausgabenintensiven bzw. -günstigen Regionen tendenziell gemindert. Die Gutachter empfehlen, die Notwendigkeit eines Übergangs zu dem skizzierten Alternativmodell der Ermittlung der finanzkraftbezogenen Transfers nach Einführung des morbiditätsorientierten RSA erneut zu prüfen.

## **6.2 Berücksichtigung von Regionaldimensionen**

### **6.2.1 Vorbemerkungen zum Thema "Regionalisierung in der GKV"**

Für diese Untersuchung waren mit der Frage nach einer besonderen Komponente zur Berücksichtigung von Hochversorgungsregionen im RSA sowie mit den Auswirkungen der schrittweisen Einführung des gesamtdeutschen RSA zwischen 2001 und 2007 explizit zwei regionalspezifische Themen vorgegeben worden. Beide Varianten haben – bei allen politischen, rechtlichen und konzeptionellen Unterschieden – im Hinblick auf die Ausgestaltung eines zweckmäßigen RSA-Ausgleichskonzepts grundsätzlich gemein, dass aus der Zugehörigkeit einer Kasse bzw. ihrer Versicherten zu einer bestimmten Region (Beitrittsgebiet) bzw. zu einem bestimmten Typ von Region (Ballungszentrum) bestimmte Folgerungen für die Ermittlung des Beitragsbedarfs abgeleitet werden können – im Unterschied zum gegenwärtigen "Grundmodell" des RSA mit bundesdurchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben als Basis für die Berechnung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs.

Die Gutachter sind sich bewusst – nicht zuletzt aus eigener Erfahrung<sup>35</sup> –, dass jeder, der sich im Kontext von Kassenwettbewerb und RSA mit der Berücksichtigung bestimmter Regionaldimensionen befasst, fast zwangsläufig auf "vermintes Gelände" gerät. Kaum ein Begriff in der GKV ist derart emotional besetzt wie der Begriff der "Regionalisierung", mit dem freilich viele Beteiligte ganz unterschiedliche Vorstellungen verbinden. Vor

---

<sup>35</sup> U.a. im Rahmen der im Auftrag des Landes Baden-Württemberg durch IGES/Wasem erstellten Untersuchung "Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung", vgl. Jacobs/Reschke/Wasem (1998).

diesem Hintergrund erscheinen drei grundsätzliche Anmerkungen angebracht.

1. Keineswegs erst im Zusammenhang mit dem Ende 1999 beschlossenen Übergang zum gesamtdeutschen RSA – in diesem Kontext jedoch noch einmal deutlich verstärkt – wird verschiedentlich die Frage nach den vermeintlichen Belastungsgrenzen für interregionale Solidarleistungen im Rahmen der GKV aufgeworfen. Vor diesem Hintergrund sehen manche Beteiligte bereits in der Diskussion bestimmter Regionaldimensionen eine mögliche Gefährdung der überregionalen Geltung des Solidarprinzips in der GKV, und zwar nicht nur im Hinblick auf die Ost/West-Perspektive, sondern auch hinsichtlich der GKV-internen Solidarität zwischen GKV-Versicherten mit Wohnsitz in unterschiedlichen Ländern oder noch kleinräumigeren Regionen unterhalb der Länderebene.

Die Entschließung des Deutschen Bundestages vom 16.12.1999 (Drucksache 14/2356), die Grundlage der Beauftragung dieser Untersuchung war, geht von der deutschlandweiten Gültigkeit des Solidarprinzips in der GKV aus, die sich in einem prinzipiell bundesweiten RSA niederschlägt. Diese politische Grundsatzentscheidung, die im Übrigen nicht nur für die GKV, sondern für alle Zweige der Sozialversicherung gilt, wird von den Gutachtern nicht in Frage gestellt; sie stellt damit eine zentrale Rahmenbedingung für die Untersuchung der gesonderten Berücksichtigung von Regionaldimensionen dar.

2. Historisch bedingt weisen die gesetzlichen Krankenkassen unterschiedliche Regionalbezüge auf, die hinsichtlich der damit verbundenen Frage der Aufsichtszuständigkeit sogar Verfassungsrang haben.<sup>36</sup> Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Bestrebungen einzelner Länder, das Organisationsgefüge der gesetzlichen Rentenversicherungsträger zugunsten der Bedeutung der Landesversicherungsanstalten zu reformieren, besteht insbesondere bei den überregionalen Krankenkassen die Befürchtung, jedwede Form einer stärkeren Ausprägung von Regionalkomponenten in der GKV könne im Ergebnis zu Einschränkungen ihrer Autonomie bis

---

<sup>36</sup> Art. 87 Abs. 2 Grundgesetz lautet: "Als bundesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechtes werden diejenigen sozialen Versicherungsträger geführt, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt. Soziale Versicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes, aber nicht über mehr als drei Länder hinaus erstreckt, werden abweichend von Satz 1 als landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechtes geführt, wenn das aufsichtsführende Land durch die beteiligten Länder bestimmt ist." – Auf die problematischen Wettbewerbswirkungen unterschiedlicher Aufsichtszuständigkeiten für unmittelbar miteinander konkurrierende Kassen wurde bereits in Abschnitt 3.2 dieses Berichts hingewiesen.

hin zu einer Zerschlagung ihrer derzeitigen Unternehmensorganisation führen.

Die Gutachter vertreten in dieser Frage die Auffassung, dass die allein historisch bedingten (unterschiedlichen) Vorschriften in Bezug auf das Organisationsgefüge einzelner Kassen bis hin zu der grundgesetzlichen Regelung der Aufsichtszuständigkeit ein Relikt aus der vor-wettbewerblichen (Zuweisungs-)Zeit der GKV sind, in der die gesetzlichen Krankenkassen nicht nur formal, sondern auch nach den Inhalten ihrer Tätigkeit – einschließlich ihres grundlegenden Selbstverständnisses – parastaatliche Finanzverwaltungen waren. Spätestens seit der Einführung der individuellen Kassenwahl ist jedoch – und zwar politisch ausdrücklich gewünscht – ein unübersehbarer Wandel der Kassen hin zu kundenorientierten Dienstleistungsunternehmen eingeleitet worden. Dieser Wandel hätte sich mutmaßlich noch deutlich schneller und umfassender vollziehen können, würde er nicht bis heute durch vielfältige organisationsrechtliche Barrieren behindert. Diese Barrieren gilt es im Interesse einer verstärkten Versicherten- und Patientenorientierung der GKV im Rahmen eines funktionalen Kassenwettbewerbs weiter abzubauen.<sup>37</sup> Dagegen wären zusätzliche Beschränkungen der unternehmenspolitischen Freiheitsgrade der Kassen zur Ausgestaltung ihrer internen Organisationsstrukturen – z.B. in Form einer wie auch immer verordneten "Organisations-Regionalisierung" – ein klarer Rückschritt im Prozess der wettbewerblichen Orientierung der GKV und in dieser Perspektive als dysfunktional abzulehnen.

3. Die Datenlage zur Beantwortung einer Reihe vermeintlich einfacher regionalbezogener Fragen, z.B. nach der regionalspezifischen Leistungsinanspruchnahme durch GKV-Versicherte oder nach intra- bzw. interregionalen Finanzströmen in der GKV, ist weitgehend desolat. Gegenwärtig gibt es keine auch nur einigermaßen gesicherten Informationen darüber, wie hoch überhaupt die Ausgaben der GKV – insgesamt bzw. in einzelnen Leistungsbereichen – auf Landesebene sind (von tiefer gehenden Regionalgliederungen ganz zu schweigen). Entsprechend ungesichert sind zwangsläufig alle Schätzungen über das Ausmaß GKV-interner Regionaltransfers sowie der dadurch ausgelösten Beitragssatzwirkungen.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Vgl. dazu die entsprechenden Ausführungen in Abschnitt 3.3.1.

<sup>38</sup> Die Ende 1998 im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) vorgenommene Streichung des Anfang 1998 im GKV-Finanzstärkungsgesetz formulierten Auftrags an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, ein Gutachten u.a. zur Regionalisierung von Beitragssatzkalkulation, Risikostrukturausgleich und Organisationsstrukturen zu erstellen, wurde u.a. damit begründet, dass hierzu eine "ver-

Die Gutachter verstehen diesen Hinweis auf die völlig unzureichenden Datengrundlagen in Bezug auf regionalbezogene Analysen in der GKV nicht allein als Begründung dafür, dass im Rahmen dieser Untersuchung keine detaillierten eigenständigen Regionalanalysen durchgeführt werden können – abgesehen von der Ost/West-Perspektive, für die es als Folge der Rechtskreistrennung noch entsprechend regional differenzierte Informationen gibt. Vielmehr soll zugleich mit Deutlichkeit darauf hingewiesen werden, wie wichtig es für die Bereitstellung informationeller Grundlagen für Steuerungszwecke ist, dass im Rahmen der aktuellen Bemühungen um mehr Transparenz im Leistungs-, Ausgaben- und Finanzierungsgeschehen in der GKV durchgängig für einen einheitlichen Regionalbezug der entsprechenden Informationen nach dem Wohnort der Versicherten gesorgt wird – und zwar unabhängig vom Sitz oder regionalen Zuschnitt der jeweiligen Krankenkasse sowie vom Ort der Leistungsanspruchnahme. Anderenfalls würden gravierende Informationsdefizite weiter fortgeschrieben. Dies gilt z.B. im Hinblick auf Regionalvergleiche der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und des damit verbundenen Ausgabengeschehens – etwa im Kontext von Benchmark-Analysen, für die entsprechend regional differenzierte Informationsgrundlagen derzeit entweder von vornherein nur grob verzerrt vorliegen oder sich nur mühsam und mit unverträglich hohem Aufwand beschaffen lassen. Dies gilt auch in Bezug auf bestimmte Aufgaben der Länder als Träger staatlicher Gesundheitspolitik. So haben z.B. die für die Krankenhausplanung verantwortlichen Länder auf der Grundlage der derzeitigen GKV-Statistik keine Informationen über die Ausgaben, die innerhalb der GKV für die Krankenhausbehandlung ihrer Einwohner getätigt werden.

## **6.2.2 Berücksichtigung von Regionaldimensionen am Beispiel von "Hochversorgungsregionen"**

### **Die interregionale Perspektive**

Der Beitragsbedarf, der den Kassen im RSA entsprechend der Anzahl und Struktur ihrer Versicherten zugerechnet wird, basiert auf bundesdurchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben.<sup>39</sup> Das tatsächliche Ausgabenniveau in der GKV liegt jedoch keineswegs überall in mehr oder weniger unmittelbarer Nähe des Bundesdurchschnitts; vielmehr gibt es insbesondere Regionen,

---

waltungsaufwendige Datenerhebung" erforderlich sei (vgl. Begründung zum GKV-SolG, BT-Drucksache 14/24).

<sup>39</sup> Vom historisch bedingten "Sonderfall" der Ost/West-Trennung wird hier zunächst abgesehen; vgl. dazu den folgenden Abschnitt.

die – unter Berücksichtigung der jeweiligen Versichertenstrukturen – durch ein weit überdurchschnittliches Ausgabenniveau gekennzeichnet sind. Entsprechenden Untersuchungen auf Landesebene zufolge gilt dies für die beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg: Nach Schätzungen auf der Grundlage von Daten aus dem Jahr 1995 lag das regionale GKV-Ausgabenniveau für Sachleistungen in Hamburg strukturbereinigt um rund 11 Prozent und in Berlin sogar um rund 14 Prozent über dem Durchschnitt der GKV/West.<sup>40</sup>

Auch wenn diese regionalen Schätzergebnisse angesichts der unzureichenden Datengrundlagen mit gewissen Unsicherheiten behaftet sind, können sie im Grundsatz als weithin unumstritten gelten. Umstritten ist dagegen eine Forderung, die gelegentlich aus den zum Teil deutlichen interregionalen Ausgabenunterschieden abgeleitet wird, nämlich den Kassen im RSA für ihre Versicherten in Ballungszentren einen gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöhten Beitragsbedarf zuzurechnen. Für einen derartigen "Ballungsraum-" oder "Metropolen-Zuschlag" gibt es durchaus Vorbilder: So wird z.B. im niederländischen RSA bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs ein so genannter "Urbanisierungs-Faktor" verwendet, mit dem die landesdurchschnittlichen Ausgabenwerte nach dem jeweiligen "Wohnort-Typ" eines Versicherten gewichtet werden, und zwar derzeit mit fünf unterschiedlichen Regionalfaktoren von 0,95 für den niedrigsten bis 1,02 für den höchsten "Urbanisierungsgrad".

Ist die Forderung nach der Zurechnung eines erhöhten Beitragsbedarfs für Versicherte in Ballungszentren gerechtfertigt? Nach der Grundlogik des RSA hängt die Beantwortung dieser Frage im Wesentlichen davon ab, auf welche zentralen Ursachen Abweichungen im regionalen Ausgabenniveau gegenüber dem Bundesdurchschnitt zurückzuführen sind, denn der RSA ist kein pauschaler Beitragssatzausgleich, sondern kompensiert allein diejenigen Beitragssatzwirkungen, die aus der spezifischen Teilhabe einer Kasse an den GKV-weiten Solidaraufgaben resultieren. Dies gilt grundsätzlich auch in regionaler Perspektive: Sofern unterschiedliche regionale Ausgabenniveaus aus unterschiedlichen Risikobelastungen resultieren, sind sie "ausgleichsrelevant"; sind sie demgegenüber Ausdruck von Unterschieden in der Versorgungslandschaft (in Bezug auf Mengen, Preise und Strukturen)

---

<sup>40</sup> In allen übrigen westdeutschen Ländern lag das mittlere GKV-Ausgabenniveau in einem Intervall von –3 bis +3 Prozent Abweichung gegenüber dem Durchschnitt der GKV/West. Dies gilt auch für den Stadtstaat Bremen mit einer nur geringfügigen Abweichung des regionalen Ausgabenniveaus von +1 Prozent gegenüber dem Durchschnitt der GKV/West. In der GKV/Ost waren zwischen den Ländern größere Unterschiede mit Abweichungen zwischen –6 Prozent (in Sachsen) und +7 Prozent (in Mecklenburg-Vorpommern) gegenüber den ostdeutschen Durchschnittsausgaben zu beobachten; vgl. Jacobs/Reschke/Wasem (1998), S. 160.

bzw. im Inanspruchnahmeverhalten, sind sie kein Gegenstand des Solidar-  
ausgleichs, weil derartige Unterschiede als prinzipiell beeinflussbar gelten.

Angesichts der Tatsache, dass derzeit nicht einmal die Leistungsausgaben  
der GKV nach dem Wohnort der Versicherten zugeordnet werden können,  
bleibt eine Analyse unterschiedlicher Bestimmungsfaktoren von Ausgaben-  
differenzen zwischen einzelnen Regionen naturgemäß reines Wunschden-  
ken. Gleichwohl liegen aus verschiedenen Untersuchungen Informationen  
über regionale Unterschiede im Auftreten bestimmter Krankheiten vor. So  
ist etwa belegt, dass gerade die großstädtischen Ballungszentren deutlich  
stärker von AIDS betroffen sind als andere Regionen.<sup>41</sup> Es ist unmittelbar  
plausibel, dass hieraus ceteris paribus entsprechend höhere Leistungsausga-  
ben der Kassen in diesen Regionen resultieren.

Für eine gesonderte Berücksichtigung der Versicherten in Ballungszentren  
im RSA reichen derartige Einzelinformationen jedoch nicht aus. Weder ge-  
ben sie Aufschluss über eine systematisch höhere Gesamtbelastung dieses  
Regionstyps im Vergleich zum Bundesdurchschnitt – hierfür wäre eine hin-  
reichend geschlossene Erfassung des gesamten Krankheitsspektrums erfor-  
derlich –, noch lassen sie Aussagen über die Betroffenheit einzelner Kassen  
in einer Region zu, denn wären z.B. alle AIDS-Patienten einer Region in  
derselben Kasse versichert, hätten die anderen dort operierenden Kassen  
überhaupt keine entsprechenden Lasten zu tragen. Dieses Beispiel macht  
deutlich, dass die zweckmäßige Berücksichtigung unterschiedlicher Risiko-  
lasten im RSA nicht über deren Regions-, sondern allein über die Kassen-  
zuordnung zu erfolgen hat, denn nicht einzelne Regionen, sondern Kassen  
sind die maßgeblichen Bezugseinheiten in der GKV, insbesondere in einer  
GKV, die durch individuelle Kassenwahlrechte gekennzeichnet ist. Sofern  
die Berücksichtigung kassenspezifischer Risikobelastungen im RSA sach-  
gerecht erfolgt – und hierauf zielt die direkte Morbiditätsorientierung des  
RSA als Kernvorschlag dieses Gutachtens ab –, wirkt sich dies zugleich  
auch auf alle regionsspezifischen Risikokonzentrationen aus. Im genannten  
Beispiel: Wenn Kassen mit vergleichsweise hohen Anteilen an AIDS-Pa-  
tienten in einem morbiditätsorientierten RSA einen entsprechend höheren  
Beitragsbedarf zugerechnet erhalten, wirkt sich dies automatisch auch auf  
die Regionen aus, in denen diese Patienten überwiegend versichert sind.

Die direkte Morbiditätsorientierung des RSA löst also implizit auch das  
Problem unterschiedlicher regionaler Krankheitshäufigkeiten, ohne dass

---

<sup>41</sup> Auf West-Berlin, Frankfurt/Main einschließlich Offenbach, München, Hamburg, Düs-  
seldorf und Köln mit zusammen rund 10 Prozent der Einwohner Deutschlands entfallen  
nach Angaben des Robert Koch Instituts mehr als die Hälfte aller gemeldeten AIDS-  
Fälle (Information zum Stand 30.06.2000 aus dem Internet: [www.rki.de](http://www.rki.de)).



hierzu ein gesonderter Regionalfaktor im RSA erforderlich wäre.<sup>42</sup> Weil sich die direkte Berücksichtigung von Morbidität im RSA – bei welcher konkreten Umsetzung auch immer – stets auf behandelte Morbidität bezieht, würden gleichzeitig indirekt auch solche Einflussfaktoren mit einbezogen, die im weiteren Sinne als "nachfragestrukturelle" Bestimmungsgründe der Leistungsanspruchnahme bezeichnet werden können und deren Ausprägungen – ohne dass hierzu jedoch eindeutige empirische Belege vorliegen – ebenfalls gewisse regionale Unterschiede aufweisen dürften. Dazu zählt z.B. der Sachverhalt, dass in Großstädten (Ballungszentren) der Anteil an allein Stehenden mit eher geringem familiären Unterstützungspotenzial vergleichsweise groß ist – mit möglichen Folgewirkungen für die Inanspruchnahmehäufigkeit stationärer Versorgungsleistungen.

Keine (implizite) Berücksichtigung im morbiditätsorientierten RSA sollten nach Auffassung der Gutachter dagegen regionale Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der Versorgung finden. Dies würde der zentralen Intention des RSA, Wirtschaftlichkeitsanreize bei den Kassen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten zu fördern, diametral entgegenstehen. Insofern ist gegenüber dem niederländischen Modell unterschiedlicher Regionalfaktoren bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs auch grundsätzliche Skepsis geboten, weil darin tendenziell die Gefahr der Subventionierung von regionalen Unwirtschaftlichkeiten und damit deren Verfestigung liegt. Die sachgerechte Finanzierung überregionaler Versorgungsfunktionen, die speziell in Ballungszentren auch für die Versorgung von Versicherten aus dem unmittelbaren Umland oder anderen weniger versorgungsintensiven Regionen wahrgenommen wird, sollte grundsätzlich über leistungsorientierte Vergütungssysteme erfolgen, wie sie vor allem bei der hinsichtlich regionsüberschreitender Leistungsanspruchnahme besonders wichtigen Krankenhausversorgung<sup>43</sup> mit der Einführung der DRG-basierten Vergütung unmittelbar bevorsteht. Das Ende der "Querfinanzierung" im Rahmen der auf tagesgleichen Pflegesätzen basierenden Krankenhausvergütung führt im Ergebnis auch zur Beseitigung einer wichtigen Ursache für

---

<sup>42</sup> Nach Berechnungen in den Niederlanden führt die direkte Berücksichtigung von Morbiditätskomponenten im RSA (mit Hilfe eines PCG-Modells; vgl. Abschnitt 4.3.1) im Ergebnis u.a. dazu, dass sich die Spanne zwischen den nach fünf "Urbanitätsgraden" gestaffelten regionalen Gewichtungsfaktoren bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs voraussichtlich bereits mehr als halbieren kann; vgl. van de Vliet/Lamers (1999), Tabelle 21. Das heißt, mehr als die Hälfte der dort beobachtbaren Unterschiede in den nach Alter und Geschlecht standardisierten Pro-Kopf-Ausgaben zwischen den Regionen ist auf Morbiditätsunterschiede zurückzuführen. Würde dies in ähnlicher Größenordnung auch in Deutschland gelten, käme es mit der Einführung eines morbiditätsorientierten RSA zu einer wesentlichen Entschärfung des Problems interregionaler Ausgabendisparitäten.

<sup>43</sup> So betrug z.B. in Hamburger Krankenhäusern der Anteil an Patienten von außerhalb Hamburgs 1998 rund 26 Prozent; vgl. IGES (2000), S. 10.

eine derzeit tendenziell noch bestehende "interregionale Schieflage" zulasten der Versicherten in Ballungsräumen (bzw. ihrer Kassen).<sup>44</sup>

Bei durchgängig leistungsorientierter Vergütung gibt es nach Auffassung der Gutachter a priori keine überzeugende Begründung dafür, dass Versorgungsleistungen in hochverdichteten Ballungszentren vom Grundsatz her notwendigerweise teurer erbracht werden müssen als auf dem "platten Land" und deshalb ein entsprechender Regionalfaktor im RSA begründet sein könnte.<sup>45</sup> Vielmehr erscheint es sogar unmittelbar plausibel, dass bestimmte Wirtschaftlichkeitspotenziale der Gesundheitsversorgung überhaupt nur in bevölkerungsreichen Ballungsräumen erschlossen werden können – etwa weil sich der Aufbau bestimmter Versorgungsangebote betriebswirtschaftlich nur rechnet, wenn gewisse Mindestzahlen an Patienten (u.U. mit spezifischen Indikationen) versorgt werden, oder weil die Grundvoraussetzungen für effizienzsteigernden Anbieterwettbewerb, z.B. in Bezug auf den Preis, desto besser sind, je größer die Anbietervielfalt vor Ort ist. Voraussetzung zur Erschließung dieser Wirtschaftlichkeitspotenziale wäre allerdings die konsequente Fortsetzung der wettbewerblichen Orientierung der GKV mitsamt einer stärkeren Eigenverantwortlichkeit der einzelnen Kassen in der Vertragspolitik.

### **Die Wettbewerbsperspektive**

Aus den aufgeführten Gründen sehen die Gutachter keine Veranlassung, von der grundsätzlich bundesweiten Ausrichtung des RSA abzugehen: Auf der einen Seite stünde die Abkehr vom bundesweiten Finanzkraftausgleich nicht im Einklang mit der politischen Grundsatzentscheidung zugunsten der prinzipiell deutschlandweiten Gültigkeit des GKV-Solidarprinzips; auf der anderen Seite lässt sich aus dem Solidarprinzip der GKV keine Begründung für die Zurechnung spezifischer Regionalfaktoren, z.B. für Ballungszentren, ableiten – insbesondere dann nicht, wenn zusätzlich zu der beschlossenen

---

<sup>44</sup> Gelegentlich wird auch behauptet, von dem aufgrund der überregionalen Versorgungsfunktion in Ballungszentren besonders ausgebauten Krankenhausangebot gehe eine "Sogwirkung" auf die einheimische Bevölkerung aus, die zwangsläufig zu entsprechend höheren Ausgaben führe. Zumindest auf Hamburg trifft diese Behauptung jedoch offenbar nicht zu: Die Gesamtzahl der Krankenhausfälle der Einwohner Hamburgs lag 1998 (mit 17.431 Fällen je 100.000 Einwohner) fast 10 Prozent unter dem entsprechenden bundesdurchschnittlichen Vergleichswert von 19.336 Fällen je 100.000 Einwohner; vgl. ebenda, S. 58.

<sup>45</sup> Sollte es bei der Einführung der DRGs z.B. zu spürbaren Unterschieden zwischen landesweiten Basisfallwerten kommen – mit entsprechenden Auswirkungen für das jeweilige regionale Ausgabenniveau bei vergleichbarem Behandlungsgeschehen, wäre dies nach Auffassung der Gutachter ein deutliches Signal für Unterschiede in der regionalen Versorgungseffizienz, aber sicher kein Anlass für überregionale "Solidartransfers".

Einführung eines durchgängig leistungsorientierten Systems der Krankenhausvergütung dem Kernvorschlag dieses Gutachtens gefolgt wird, den Beitragsbedarf in Zukunft direkt morbiditätsorientiert zu ermitteln.

Inwieweit der "Regionalisierungs-Komplex" damit jedoch als "abgehakt" betrachtet werden kann, lässt sich derzeit nicht abschließend beurteilen. So gibt es zumindest beim derzeitigen RSA zwei unübersehbare Wettbewerbsprobleme im unmittelbaren "Regionalkontext":

- Innerhalb von Regionen mit einem Ausgabenniveau, das insgesamt deutlich vom Bundesdurchschnitt abweicht, bestehen auch nach (bundesweitem) RSA systematische Beitragssatzverzerrungen in Abhängigkeit von den im RSA "eigentlich" berücksichtigten Risikofaktoren. So haben z.B. in einer Region mit überdurchschnittlich hohem Ausgabenniveau in allen RSA-Zellen Kassen mit vergleichsweise vielen älteren Versicherten einen unmittelbaren Beitragssatznachteil, der sich bei gleichzeitig unterdurchschnittlicher Finanzkraft noch verstärkt.<sup>46</sup> Damit bestehen in einer solchen Region – z.B. derzeit in Berlin und Hamburg – nach wie vor unerwünschte Anreize zur Selektion gegen ältere und einkommensschwache Versicherte.
- Die derzeit für alle Kassen gesetzlich vorgeschriebene Identität von Tätigkeitsgebiet und Beitragssatzregion führt in Regionen mit einem vom Bundesdurchschnitt deutlich abweichenden Ausgabenniveau zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen regionalen und überregionalen Kassen. Im Ergebnis sind Regionalkassen in besonders ausgabenintensiven Regionen aus eigener Kraft gegenüber bundesweit operierenden Kassen und deren überregionaler Mischkalkulation letztlich nicht konkurrenzfähig, während umgekehrt überregionale Kassen in besonders ausgaben günstigen Regionen erhebliche Schwierigkeiten haben, mit den niedrigen Beitragssätzen der dortigen Regionalkassen zu konkurrieren. Die Folgen des Nebeneinanders regionaler und überregionaler Beitragssatzregionen auf den Kassenwettbewerb sind eindeutig negativ: Anreize zur regionalen Versichertenselektion sind schon heute unübersehbar, denn

---

<sup>46</sup> Zur Illustration dieses Sachverhalts: Angenommen, die für Berlin geschätzten 14 Prozent Mehrausgaben, ließen sich in allen Altersgruppen beobachten und zwei Berliner Kassen wiesen bei ihren Versicherten jeweils gerade genau Berlin-durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben auf. Die Kasse mit dem höheren Anteil an älteren Versicherten müsste in diesem Fall – ceteris paribus – einen höheren ausgabendeckenden Beitragssatz erheben, denn sie hätte insgesamt ein größeres "Mehrausgaben-Volumen" zu finanzieren – 14 Prozent vom (bundesdurchschnittlichen) Beitragsbedarf eines älteren Versicherten bedeuten ein höheres Geldvolumen als 14 Prozent vom Beitragsbedarf eines jüngeren Versicherten. Unterschiede in der Finanzkraft der beiden Kassen als Basis der Finanzierung ihrer regionalspezifischen Mehrausgaben würden sich auf den Beitragssatzunterschied noch einmal zusätzlich auswirken.

überregionale Kassen können ihren Beitragssatz mutmaßlich leichter verbessern, wenn sie sich aus besonders ausgabenintensiven Regionen zurückziehen, anstatt dort mit besonderem Engagement gezielte Aktivitäten des Versorgungsmanagements zu entfalten.

Beim gegenwärtigen RSA würden die beiden genannten Wettbewerbsprobleme nach Auffassung der Gutachter gesetzgeberischen Handlungsbedarf auslösen.<sup>47</sup> Beim Übergang zu einem morbiditätsorientierten RSA muss diese Einschätzung jedoch relativiert werden. Wie bereits oben im Zusammenhang mit der Beurteilung interregionaler Ausgabenunterschiede ausgeführt, bedeutet ein morbiditätsorientierter RSA eine spürbare Minderung regionaler Disparitäten in der Leistungsanspruchnahme und schließlich auch im Ausgabengeschehen, insoweit diese sich auf unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten und deren Behandlung gründen. Zudem bedeutet die mittlerweile beschlossene und derzeit mit Hochdruck vorbereitete Einführung der DRGs im Krankenhaus das Ende interregionaler Querfinanzierung in diesem Versorgungsbereich. Damit würden (bei der Einführung des morbiditätsorientierten RSA) bzw. werden (aufgrund der DRG-Einführung) aber nicht nur interregionale, sondern auch intraregionale, d.h. unmittelbar wettbewerbsbezogene Wirkungen neu beurteilt werden müssen.

Schließlich darf in diesem Kontext auch nicht übersehen werden, dass der Gesetzgeber mit der Einführung der integrierten Versorgung (§§140a ff. SGB V) einen ersten wichtigen Schritt zu mehr Vertragswettbewerb auf der einzelwirtschaftlichen Ebene getan hat, der die einzelnen Kassen zumindest ein Stück weit vom bislang weithin dominierenden Prinzip des "gemeinsam und einheitlich" entbindet. Wo dies allerdings nicht der Fall ist – und z.B. im Krankenhausbereich erscheint es zumindest noch lange nicht ausgemacht, dass Verhandlungen über Preise und Leistungsmengen in der künftigen DRG-Welt direkt zwischen einzelnen Krankenhäusern und Kassen geführt werden –, sind intraregionale Beitragssatzverzerrungen auch beim morbiditätsorientierten RSA nicht vollständig auszuschließen<sup>48</sup> und könn-

---

<sup>47</sup> Vgl. die Vorschläge zu einem zweistufigen RSA mit einer (nur in weit über- oder unterdurchschnittlich ausgabenintensiven Regionen erforderlichen) intraregionalen Ergänzung des bundesweiten RSA sowie zur Regionalisierung der Beitragssatzkalkulation aller Kassen in Jacobs/Reschke/Wasem (1998). Insoweit nach bundesweitem RSA bestehende intraregionale Beitragssatzverzerrungen auf Finanzkraftunterschieden basieren, könnten sie bereits durch einen modifizierten Finanzkraftausgleich behoben werden; vgl. Abschnitt 6.1.3.

<sup>48</sup> Würden z.B. bei den DRGs "gemeinsam und einheitlich" vergleichsweise hohe regionale Basisfallwerte festgelegt, müssten Kassen mit vielen Krankenhausfällen ihrer Versicherten in dieser Region auch bei einem morbiditätsorientierten RSA ceteris paribus höhere Beitragssätze erheben als Kassen, bei denen die Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten vergleichsweise wenig stationäre Versorgungsleistungen erfordert. Denn auch bei einem

ten durchaus die Notwendigkeit einer geeigneten intraregionalen Ergänzung des bundesweiten RSA begründen. Eine endgültige Aussage hierzu lässt sich nach heutigem Kenntnisstand jedoch nicht treffen.

Auch das Problem des Nebeneinanders regionaler und überregional operierender Kassen mit ihren jeweils regional und überregional kalkulierten Beitragssätzen wird sich in der Perspektive eines morbiditätsorientierten RSA, der Einführung DRG-basierter Krankenhausvergütung sowie erweiterter vertragspolitischer Freiräume auf einzelwirtschaftlicher Ebene tendenziell deutlich entschärfen. Weil diese Entwicklungen jedoch in jedem Fall noch geraume Zeit in Anspruch nehmen werden, weil sich ihre konkreten Auswirkungen aus heutiger Sicht nur grob abschätzen lassen, vor allem aber auch, weil die derzeitigen Rechtsvorschriften in dieser Frage im Hinblick auf einen funktionalen Kassenwettbewerb ohnehin zu rigide erscheinen, halten es die Gutachter für geboten, die bestehende gesetzliche Vorschrift in Bezug auf die Identität von Tätigkeitsgebiet und Beitragssatzregion aller Kassen aufzugeben. Stattdessen sollte den Kassen gestattet werden, regional differenzierte Beitragssätze zu erheben ("optionale Regionalisierung der Beitragssatzkalkulation").<sup>49</sup> Damit würde insbesondere für die überregionalen Kassen eine Art Gegengewicht – im Sinne "gleich langer Spieße im Wettbewerb" – zu den Möglichkeiten von kassenarteninternen Finanzausgleichen nach § 265a SGB V ("Finanzielle Hilfe in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit") geschaffen, die faktisch zu nichts anderem als zur Durchführung von kassenarteninternen Regionaltransfers genutzt werden. Kassenarten mit grundsätzlich oder überwiegend regionaler Ausprägung ihrer Mitgliedskassen – also insbesondere AOK und IKK – haben mit diesem Instrument im Prinzip die Möglichkeit, jede denkbare Zwischenstufe auf dem Kontinuum zwischen rein regional kalkulierten Beitragssätzen aller Mitgliedskassen auf der einen Seite und einem bundesweit einheitlichen Beitragssatz der gesamten Kassenart auf der anderen Seite zu realisieren und entsprechend wettbewerbsstrategisch zu nutzen. Dagegen steht den überregionalen Kassen eine "spiegelbildlich analoge" Möglichkeit der regionalen Beitragssatzdifferenzierung nicht zur Verfügung. Aufgrund der Verpflichtung zur Kalkulation eines überregional einheitlichen Beitragssatzes sind sie – solange sich die regionalen Ausgaben-niveaus in der GKV weiterhin teilweise deutlich unterscheiden – im eige-

---

morbiditätsorientierten RSA wird allen Kassen ein Beitragsbedarf auf der Grundlage bundesdurchschnittlicher Pro-Kopf-Ausgaben zugerechnet, bei denen regionalspezifische "Zuschläge" jedoch unberücksichtigt bleiben und in den jeweiligen Regionen entsprechende Beitragssatzwirkungen auslösen.

<sup>49</sup> Vgl. hierzu auch Wille/Schneider (1997) und Felder (2000).

nen Wettbewerbsinteresse fast zwangsläufig auf Aktivitäten der regionalen Mitgliederselektion verwiesen.

Die Option zur regionalen Beitragssatzdifferenzierung würde grundsätzlich eine Erweiterung der unternehmenspolitischen Freiheitsgrade der Kassen bedeuten und damit im eingeschlagenen Trend der wettbewerblichen Orientierung der GKV liegen. Dabei folgt aus den Anmerkungen zu Beginn dieses Abschnitts unmittelbar, dass mit der Wahrnehmung dieser Option keine aufsichts- oder organisationsrechtlichen Folgen verbunden sein dürften, die im Ergebnis das Ziel der Erweiterung der Handlungsspielräume der Kassen geradezu konterkarieren würden. Die Gutachter halten es im Interesse eines funktionalen Wettbewerbs grundsätzlich auch für zweckmäßig, wenn die Option der regionalen Beitragssatzdifferenzierung nicht auf die Länderebene begrenzt bliebe, weil die Länder im Hinblick auf das Versorgungs- und Ausgabengeschehen selbst vielfach ausgesprochen heterogen sind. Wenn z.B. innerhalb von Baden-Württemberg der Rhein-Neckar-Raum im Vergleich zum Landesdurchschnitt eine im Prinzip durchaus vergleichbar erscheinende überdurchschnittliche Ausgabensituation aufweist wie die Stadtstaaten Berlin oder Hamburg im Vergleich zum Bundesdurchschnitt<sup>50</sup>, ist die Wettbewerbsposition der landesweit operierenden Kassen gegenüber Kassen, die faktisch lediglich in "ausgewählten" Teilregionen des Landes vertreten sind, vom Grundsatz her ähnlich zu beurteilen wie die oben skizzierte Position überregionaler Kassen auf Bundesebene: In besonders ausgabengünstigen Teil-Regionen kann ein "Mithalten" mit den allein dort operierenden Kassen ernsthaft gefährdet sein, weil der – in diesem Fall landeseinheitliche – Beitragssatz der landesweiten Kassen durch das höhere Ausgabenniveau in den anderen Landesteilen insgesamt "nach oben gehoben" wird. Die Option der regionalen Beitragssatzdifferenzierung würde dagegen die Wettbewerbsfähigkeit dieser Kassen in allen Landesteilen erhöhen und ansonsten unvermeidliche Anreize zu regionaler Versicherterselektion beseitigen.

### **6.2.3 Zur Einführung des gesamtdeutschen RSA**

#### **Rückblick**

Als die GKV auf der Grundlage des Einigungsvertrages zum 1. Januar 1991 in den neuen Ländern eingeführt wurde, gab es im Unterschied zu allen übrigen Zweigen der Sozialversicherung von Beginn an eine strikte Haushalts- und Rechtskreistrennung zwischen der früheren Bundesrepublik und dem

---

<sup>50</sup> Vgl. entsprechende Ergebnisse auf der Basis von AOK- und IKK-Auswertungen 1995 bei Jacobs/Reschke/Wasem (1998), S. 167.

Beitragsgebiet. Dies hatte u.a. zur Folge, dass im Rahmen der GKV kein Geld über die ehemalige innerdeutsche Staatsgrenze fließen durfte, und zwar weder kassenintern bei deutschlandweit operierenden Kassen, noch innerhalb von Kassenverbänden im Rahmen freiwilliger Finanzhilfen oder im Rahmen kassenübergreifender Ausgleichsverfahren (KVdR-Ausgleich, später RSA). Grundsätzlich blieb die strikte Ost/West-Trennung auch im GSG unangetastet, allerdings wurde beschlossen, den Ostteil Berlins – zeitgleich mit der 1995 erfolgten Ablösung des KVdR-Ausgleichs durch den RSA – vom GKV-Rechtskreis Ost in den Rechtskreis West zu "überführen" – mit der Folge für die GKV-Mitglieder in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, dass innerhalb des separat durchgeführten "Ost-RSA" die vergleichsweise einkommensstarken Ost-Berliner als "Netto-Zahler" ausfielen.

1996 hatte der mittlere GKV-Beitragssatz im Osten mit 13,5 Prozent erstmals "Westniveau" erreicht und dieses 1997 mit 13,9 Prozent um 0,4 Beitragssatzpunkte überschritten. Anzeichen für die insgesamt zugespitzte Finanzlage der GKV/Ost sowie insbesondere für eine gravierende Schieflage innerhalb der GKV/Ost hatte es jedoch bereits viel früher gegeben: Schon 1995, als die Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslose um 20 Prozent wirksam wurde, lag der zur Deckung der laufenden Ausgaben rechnerisch erforderliche Beitragssatz der GKV/Ost im Durchschnitt bereits bei knapp 14 Prozent und damit rund einen vollen Prozentpunkt über dem tatsächlich erhobenen Beitragssatz. Während einzelne Ost-Kassen zu diesem Zeitpunkt noch von zuvor gebildetem Vermögen zehren konnten, hatten andere Kassen bereits damit begonnen, ihren erhobenen Beitragssatz zum Teil mit Bankkrediten zu finanzieren, eine Praxis, die – befristet bis zum 31.12.1998 – mit dem Anfang 1998 verabschiedeten GKV-Finanzstärkungsgesetz (GKVFG) nachträglich legitimiert wurde.

Mit dem GKVFG wurden zudem erste "Durchlässe" in Bezug auf die bis dahin strikte Ost/West-Trennung der GKV geschaffen, und zwar durch die Möglichkeit zu kassen- bzw. kassenverbandsinternen West/Ost-Transfers sowie durch die Einführung des zunächst auf drei Jahre (1999-2001) befristeten und im ersten Jahr hinsichtlich des Transfervolumens auf 1,2 Mrd. DM begrenzten deutschlandweiten Finanzkraftausgleichs. Die dreijährige Befristung des Finanzkraftausgleichs wurde Ende 1998 mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) aufgehoben; zudem wurde mit diesem Gesetz die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, im Jahr 1999 einen Teil der Gesamtvergütungen der westdeutschen Kassenärztlichen Vereinigungen an die ostdeutschen KVen zu transferieren, um damit im Ergebnis zu gleich hohen Zuwachsraten bei der vertragsärztlichen Vergütung in Ost und West zu kommen. Indem im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 festgelegt wurde, dass die Vergütungsvereinbarungen des Jah-

res 2000 nicht von den für 1999 vereinbarten Vergütungen, sondern von den nach Durchführung der KV-internen West/Ost-Transfers effektiv zur Verfügung stehenden Beträgen ausgehen sollten, wurde im Ergebnis der 1999 zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgte West/Ost-Vergütungstransfer ab 2000 in den zwischen den Kassen durchgeführten Finanzkraftausgleich überführt.

Schließlich wurde Ende 1999 im Rahmen des GKV-Rechtsangleichungsgesetzes die schrittweise Einführung des deutschlandweit ungeteilten RSA im Zeitraum von 2001 bis 2007 beschlossen. Das Gesetz sieht allerdings vor, dass – nach Prüfung der Regelung im Jahr 2002 – für die Jahre 2003 bis 2007, d.h. für die Übergangsschritte 3 bis 7, eine Veränderung der derzeit vorgesehenen "Schrittlänge" erfolgen kann. Von den ebenfalls im Rechtsangleichungsgesetz vorgenommenen Neuregelungen ist im hier betrachteten Kontext vor allem von Bedeutung, dass die in Ost und West operierenden Kassen keine unterschiedlichen Beitragssätze mehr erheben dürfen. Die aufgrund der bisherigen Ost/West-Haushalts- und Rechtskreistrennung zunächst bestehende Verpflichtung zur Kalkulation getrennter Beitragssätze in Ost und West ("obligatorische Beitragssatz-Regionalisierung"), die mit dem GKVFG faktisch zu einer – im übrigen von der Mehrheit der Kassen nicht genutzten – optionalen Ost/West-Beitragssatzdifferenzierung transformiert wurde, ist somit von einem faktischen Verbot differenzierter Beitragssätze abgelöst worden.

Zur Beurteilung der Angemessenheit der gesetzlichen Regelungen, die den Übergang zur deutschlandweit ungeteilten GKV betreffen, werden üblicherweise vor allem zwei Indikatoren herangezogen: das gesamte West/Ost-Transfervolumen im Rahmen des RSA sowie der jeweils mittlere Beitragssatz in Ost und West. Beide Indikatoren sind nach Auffassung der Gutachter jedoch in hohem Maße problematisch und können zu falschen Schlussfolgerungen verleiten.

### **West/Ost-Transfervolumen**

Auf die grundsätzliche Problematik, die Höhe des RSA-Transfervolumens als Indikator zur Beurteilung der Wirksamkeit des RSA heranzuziehen, wurde bereits im zweiten Berichtsabschnitt hingewiesen. Das Transfervolumen im RSA ergibt sich als unmittelbares Resultat aus der Definition des GKV-Solidarprinzips sowie dem "Mischungsverhältnis" in Bezug auf die jeweilige Teilhabe einzelner Versichertenkollektive an der Wahrnehmung der GKV-weiten Solidaraufgaben. Das jeweilige "Mischungsverhältnis" ist selbst wiederum Ergebnis der individuellen Kassenwahl bzw. – in regionaler Perspektive – der Wohnortentscheidungen der Versicherten. Sofern individuelle Wahlrechte nicht beschnitten werden sollen, bedeutet eine



Begrenzung des RSA-Transfervolumens demzufolge automatisch eine faktische Einschränkung des GKV-Solidarprinzips. Dies gilt nicht nur in Bezug auf RSA-Transfers zwischen Kassen, sondern im übertragenen Sinne auch auf gedanklich gebildete "Regionalkollektive" von GKV-Versicherten.

Rechnerische "Regionaltransfers" fließen in der GKV nicht nur zwischen den Rechtskreisen Ost und West, sondern auch innerhalb der Rechtskreise. Obwohl die Regionaltransfers innerhalb der Rechtskreise vom Volumen je Versicherten her teilweise ebenfalls nicht unbedeutend sind, werden sie zumindest von den grundsätzlichen Befürwortern der deutschlandweiten Gültigkeit des GKV-Solidarprinzips jedoch nicht zum Anlass genommen, von einer "zu hohen" Solidarbelastung einzelner Versicherter zu sprechen. Dies gilt umso mehr, als die allein im Rahmen des RSA ausgelösten Regionaltransfers in der Realität durch weitere interregionale Zahlungsflüsse "flankiert" werden, die auf der Einzelkassenebene bei den überregionalen Kassen als direktes Resultat ihrer einheitlichen Beitragssatzgestaltung bzw. auf der Kassenartenebene im Rahmen von verbandsinternen Finanzausgleichen erfolgen – und zwar teilweise im Vergleich zu den RSA-Transfers gerade in umgekehrter Richtung. Dies gilt im Übrigen auch für die Regionaltransfers zwischen den beiden Rechtskreisen Ost und West: Den für den Fall eines vollständigen gesamtdeutschen RSA errechneten West/Ost-Transfers von knapp 5,1 Mrd. DM im Rahmen des RSA<sup>51</sup> stünden allein im Rahmen der kasseneinheitlichen Beitragssatzkalkulation der in Ost und West tätigen Kassen "Rückflüsse" von Ost nach West in geschätzter Höhe von rund 1,7 Mrd. gegenüber.

Wer isoliert den West/Ost-Transfer im Rahmen des RSA für "zu hoch" erachtet und hinsichtlich seines Volumens begrenzen will, spricht sich damit zugleich für unterschiedliche "Intensitätsgrade" in Bezug auf die Gültigkeit des GKV-Solidarprinzips zwischen Ost- und Westdeutschland aus. Auch wenn sich die Frage nach der Opportunität einer derartigen "Abstufung" des Solidarausgleichs in der GKV naturgemäß einer wissenschaftlichen Beurteilung entzieht, so ist doch zumindest darauf hinzuweisen, dass es aus konzeptioneller Sicht – also abgesehen von allen historischen und politischen Beurteilungen – (fast) keine Rechtfertigung für eine derartige Sonderbehandlung von Teilregionen innerhalb eines grundsätzlich überregional aus-

---

<sup>51</sup> Dieser Wert fällt etwas niedriger aus als in früheren Schätzungen (z.B. Dudey/Jacobs/Reschke 2000), weil es zwischenzeitlich zu einigen Gesetzesänderungen gekommen ist, die insgesamt eine tendenzielle Senkung des West/Ost-Transfers in einem vollständigen gesamtdeutschen RSA-Szenario gegenüber der mit dem GKVFG bewirkten Situation bewirken, u.a. die im GKV-SolG erfolgte Minderung der Zuzahlungsbeträge sowie die 2001 wirksam gewordene Rechtsangleichung in Bezug auf die Beitragsbemessungsgrenze und die Einkommensgrenze für Zuzahlungsbefreiungen.

gestalteten RSA gibt, die sich nicht ebenso auf andere Teilregionen übertragen ließe und damit die Grundprämisse der deutschlandweiten Gültigkeit des GKV-Solidarprinzips "endgültig" in Frage stellen würde.

Die oben erfolgte Relativierung ("fast" keine konzeptionell begründbare Rechtfertigung für eine Ost/West-Sonderbehandlung) basiert insbesondere auf den noch immer bestehenden Unterschieden im Tarifgefüge der Gesundheitsberufe in Ost und West, aus denen sich unmittelbare Folgen für das jeweilige Niveau der Leistungsausgaben ergeben<sup>52</sup> und für die es keine vergleichbare Entsprechung bezüglich anderer Teilregionen innerhalb Deutschlands gibt. Allerdings erschien es dem Gesetzgeber vertretbar, diesen – zumal in seiner Bedeutung ständig abnehmenden und 2007 gegenüber heute vermutlich spürbar verminderten – Ost/West-Unterschied bei der Ausgestaltung des Übergangs zum gesamtdeutschen RSA unberücksichtigt zu lassen, dies wohl auch angesichts von zwei anderen Ost/West-Unterschieden mit umgekehrter Wirkungsrichtung:

- Im Osten sind verhältnismäßig deutlich mehr Versicherte zuzahlungsbefreit. Dies führt nicht nur bei ansonsten identischer Leistungsanspruchnahme durch "entgangene Zuzahlungen" zu höheren Leistungsausgaben der ostdeutschen Kassen, sondern schlägt sich auch tendenziell in indirekten Mehrausgaben als Folge "entgangener Steuerungswirkungen" von Patientenzuzahlungen nieder. Der erste Nachteil würde bei der vorgeschlagenen Einrichtung eines Erstattungspools für nicht managementfähige Leistungsausgaben beseitigt (vgl. Abschnitt 6.4), der zweite bliebe auch bei der Einrichtung des Erstattungspools in vollem Umfang bestehen.
- Aktuellen Untersuchungen zu Morbiditätsunterschieden zwischen Ost und West zufolge scheint es zumindest begründete Anhaltspunkte für höhere Krankheitshäufigkeiten bei vielen, insbesondere chronischen Erkrankungen in Ostdeutschland zu geben<sup>53</sup>, deren Folgen für die Ausgaben der ostdeutschen Kassen zwar bei der Beitragsbedarfsermittlung im

---

<sup>52</sup> Aus diesem Grund war als Alternativmodell zum zeitlich gestuften Modell der Einführung des gesamtdeutschen RSA – wie es im Wesentlichen im GKV-Rechtsangleichungsgesetz berücksichtigt worden ist – ein plakativ so genanntes "BAT-Modell" entwickelt worden, dass eine Verknüpfung der endgültigen Angleichung der standardisierten Leistungsausgaben in Ost und West mit dem Wegfall entsprechender Tarifunterschiede bei den Gesundheitsberufen vorsah; vgl. Dudey/Jacobs/Reschke (2000).

<sup>53</sup> Vgl. z.B. Bundesministerium für Gesundheit (o.J.; 2000), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2000).

vorgeschlagenen morbiditätsorientierten RSA, aber nicht im gegenwärtigen RSA berücksichtigt werden.<sup>54</sup>

Der Vollständigkeit halber sei hier noch auf einen Aspekt hingewiesen, der beim gesamtdeutschen RSA zu einer gewissen "Übersteuerung" bei den West/Ost-Transfers führt: die rentenrechtlich bedingt etwas unterschiedliche Abgrenzung von Beziehern einer Erwerbsminderungsrente (BU/EU-Rentner) in Ost- und Westdeutschland.<sup>55</sup> Vor dem Hintergrund der hier unterbreiteten Reformvorschläge erscheint den Gutachtern eine gesonderte Berücksichtigung dieses speziellen Sachverhalts jedoch verzichtbar: So führt die kurzfristige Einrichtung des Risikopools aller Voraussicht nach zu einer spürbaren Entschärfung des Problems, weil sich unter denjenigen Versicherten, deren hohe Leistungsausgaben zum Teil aus dem Risikopool finanziert werden, insbesondere auch alle besonders ausgabenintensiven jüngeren BU/EU-Rentner befinden dürften und es damit – zumindest bei den im Pool berücksichtigten Leistungsbereichen Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und Krankengeld – zu einer spürbaren "Absenkung" der westdeutschen Ausgabenprofile für BU/EU-Rentner in diesem Altersbereich und damit zu einer tendenziellen Angleichung der BU/EU-Profile zwischen Ost und West kommen dürfte. Beim Übergang zu einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA wäre ohnehin davon auszugehen, dass das Merkmal "Invalidität" bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs nicht mehr benötigt wird.

---

<sup>54</sup> Sofern eine höhere Morbidität im Osten beim Übergang zum gesamtdeutschen RSA zu höheren Transfers von West nach Ost führt, erscheint den Gutachtern die Regelung des Rechtsangleichungsgesetzes (§ 313a Abs. 3 SGB V), dass diese Transfers nicht zu einer Veränderung der Vereinbarungen über Vergütungen oder Preise führen dürfen, nicht sachgerecht.

<sup>55</sup> Behinderte Jugendliche hatten in der DDR einen Rentenanspruch ab Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn sie wegen Invalidität keine Erwerbstätigkeit aufnehmen konnten ("Invalidenrente für Behinderte"). Aufgrund des im Rentenüberleitungsgesetz (RÜG Art. 2 § 1) verankerten Vertrauensschutzes blieben nicht nur die zum 1.1.1992 bereits bestehenden Rentenansprüche unangetastet, sondern darüber hinaus konnten auch Jugendliche, die zwischen dem 1.1.1992 und dem 31.12.1996 das 18. Lebensjahr vollendeten und wegen Invalidität keine Erwerbstätigkeit aufnehmen konnten, eine "Invalidenrente für Behinderte" in Anspruch nehmen. Aus diesem Grund ist nicht nur die Anzahl von BU/EU-Rentnern im unteren Altersbereich im Osten vergleichsweise deutlich höher als im Westen, sondern die unterschiedliche Zusammensetzung dieser Gruppe findet auch in den jeweiligen Durchschnittsausgaben der einzelnen Altersgruppen ihren Niederschlag. Die beim Übergang zum gesamtdeutschen RSA erfolgende gesamtdeutsche Durchschnittsbildung führt damit insbesondere bei den jüngeren BU/EU-Rentnern zu Verzerrungen zugunsten der Kassen im Osten und zuungunsten der Kassen im Westen.

### **Mittlerer Beitragssatz**

Mindestens ebenso problematisch wie der Indikator "Transfervolumen" im Hinblick auf die Beurteilung der Angemessenheit des RSA in Ost/West-Perspektive erscheinen Vergleiche der durchschnittlichen Beitragssätze aus den beiden deutschen Teilregionen. Dies aus mindestens drei Gründen:

- Der Rechtskreis Ost ist wie der Westen ein ausgesprochen heterogenes Gebiet, bei dem die Betrachtung auf der Ebene des Rechtskreises für einzelne Teilregionen zu falschen Schlussfolgerungen führt. Für die Krankenkassen und ihre Versicherten sind aber die jeweils spezifischen Verhältnisse in ihrer Region und nicht die durchschnittlichen Verhältnisse im Rechtskreis von Bedeutung.
- Rechtskreisübergreifend tätige Krankenkassen sind seit Anfang 2001 zur Kalkulation eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes verpflichtet. Bei diesen Kassen ist der Beitragssatz ein "Misch-Beitragssatz" zwischen den Regionen und Rechtskreisen, der über die Verhältnisse in einer Region nichts aussagt. Ist bei einer in beiden Rechtskreisen tätigen Kasse etwa der rechnerisch ausgabendeckende Beitragssatz im Osten niedriger als im Westen, fließen als Folge der Kalkulation eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes (im Unterschied zu den sichtbaren RSA-Transfers "versteckte") Mittel von Ost nach West. Liegt der Mischbeitragssatz dieser Kasse unter dem Durchschnittsbeitragssatz regionaler Kassen in Ostdeutschland, tritt nun folgender Effekt ein: Entscheidet sich aufgrund des günstigen Beitragssatzes dieser Kasse eine wachsende Zahl ostdeutscher Versicherter, der Kasse beizutreten, nehmen die Abflüsse aus dem Osten in den Westen über den Mischbeitragssatz zu, während sich am RSA-Transfer zwischen den Rechtskreisen nichts ändert. (Dies gilt zumindest solange der ausgabendeckende Beitragssatz Ost der betrachteten überregionalen Kasse unter dem entsprechenden West-Wert bleibt.) Bleibt der gesamtdeutsch einheitliche Beitragssatz dieser Kasse ebenso konstant wie die höheren Beitragssätze der abgebenden ostdeutschen Regionalkassen, so sinkt aufgrund der Verschiebungen der Mitgliederzahlen der mittlere Beitragssatz, der für die Region Ost insgesamt ermittelt wird. Ist nun der durch die Kassenwahlentscheidungen gesunkene Beitragssatz im Osten ein Signal, die Vollendung des gesamtdeutschen RSA zu verschieben? Oder ist der über den Mischbeitragssatz gestiegene Abfluss von Mitteln aus dem Osten in den Westen ein Argument, den Rücktransfer über den RSA zu beschleunigen und den gesamtdeutschen RSA vorzeitig einzuführen?
- Generell gilt schließlich, dass der RSA nicht beitragsatz-, sondern risikostrukturorientiert ist. Sein Ziel ist es nicht, Beitragssatzunter-

schiede pauschal anzugleichen, sondern die finanziellen Wirkungen unterschiedlicher Risikostrukturen zu neutralisieren und die weitgehend gleiche Teilhabe der Versicherten an der Finanzierung der GKV-weiten Solidaraufgaben zu sichern. Die Entscheidung über die Geschwindigkeit der Vollendung des gesamtdeutschen RSA an Beitragssatzdifferenzen festzumachen, wäre nicht sachgerecht.

### **Schlussfolgerungen**

Einerseits haben die voranstehenden Überlegungen deutlich gemacht, dass aus konzeptioneller Sicht wenig Gründe für eine "Sonderbehandlung" der Teilregionen Ost und West im RSA sprechen. Bestehende ostdeutsche Sonderfaktoren wirken – wie das Tarifgefüge der Gesundheitsberufe einerseits und die mutmaßlich höhere Ausgabenwirksamkeit der Morbidität andererseits – in gegenläufige Richtungen. Andererseits erweisen sich die Indikatoren, die zur Beurteilung der Angemessenheit der Geschwindigkeit der Vollendung des gesamtdeutschen RSA üblicherweise herangezogen werden – Transfervolumen und Beitragssatzdifferenzen – als diesbezüglich wenig aussagekräftig.

Die Bundesregierung ist durch das Rechtsangleichungsgesetz aufgefordert worden, im Jahr 2002 den weiteren Zeitplan der Vollendung des gesamtdeutschen RSA aufgrund der bis dahin eingetretenen Entwicklung zu bewerten. Die Gutachter sehen es in jedem Fall als sinnvoll an, bei der Einführung des morbiditätsorientierten RSA die Beitragsbedarfe in Ost und West nach einheitlichen Kriterien zu ermitteln und darauf zu verzichten, rechtskreisspezifische Morbiditätsprofile zu berechnen. In Abschnitt 4.3.3 ist ein Übergangsmodell für die Einführung des morbiditätsorientierten RSA vorgestellt worden, das mit dem gegenwärtig geltenden Zeitplan für den Übergang zum gesamtdeutschen RSA kompatibel ist.

Bereits heute ist vorhersehbar, dass intraregionale Wettbewerbsverzerrungen zwischen regional und bundesweit kalkulierenden Kassen mit dem Übergang zum gesamtdeutschen RSA deutlich zunehmen werden, und zwar in einzelnen Regionen in beiden Rechtskreisen: Ausgabengünstige Regionen, in denen reine Regionalkassen schon heute einen Beitragssatzvorteil haben, werden beim Übergang zum gesamtdeutschen RSA – mit gesamtdeutschen standardisierten Leistungsausgaben – noch einmal etwas günstiger gegenüber dem GKV-Durchschnitt, ausgabenintensive Regionen, in denen die überregionalen Kassen bereits heute einen Beitragssatzvorteil haben, vergleichsweise noch einmal etwas teurer. Vor diesem Hintergrund gewinnt der Vorschlag, allen Kassen eine optionale Kalkulation regionaler Beitragssätze zu gestatten, an Dringlichkeit.

### **6.3 Modifizierte Berücksichtigung von Krankengeld im RSA**

An der Art der Berücksichtigung des Krankengelds im RSA ist bereits bei der Vorlage des ersten Entwurfes der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Frühjahr 1993 Kritik geübt worden, weil der besonderen Eigenart des Krankengelds als einer einkommensabhängigen Leistung nicht hinreichend Rechnung getragen werde. In der jüngeren Zeit sind die finanziellen Schwierigkeiten einzelner Krankenkassen (z.B. der HZK) erstmals auch explizit mit der Art der Berücksichtigung des Krankengelds im RSA in Verbindung gebracht worden. Zu einer umfassenden Evaluation des RSA gehört nach Auffassung der Gutachter daher auch eine Diskussion unterschiedlicher Formen einer sachgerechten Berücksichtigung des Krankengelds im RSA. Dabei bestehen insgesamt vier Problemfelder, die im Folgenden untersucht werden.

#### **6.3.1 Abhängigkeit des Krankengelds von Grundlohn und anderen Parametern**

Der RSA berücksichtigt das Krankengeld gegenwärtig wie eine Sachleistung. In den einzelnen RSA-Zellen werden differenzierte Krankengeld-Durchschnittsausgaben als standardisierte Leistungsausgaben ermittelt, auf deren Grundlage den Kassen ein entsprechender Beitragsbedarf zugerechnet wird. Krankengeldausgaben sind im Gegensatz zu den Sachleistungsausgaben jedoch einkommensabhängig: Vergleichsweise hohe Einkommen von Mitgliedern mit Krankengeldanspruch bedeuten je Krankengeld-Bezugstag auch entsprechend höhere Leistungsverpflichtungen der Kasse. Zugleich stehen den höheren Leistungsverpflichtungen aufgrund der Einkommensabhängigkeit der Beiträge grundsätzlich auch höhere beitragspflichtige Einnahmen und damit höhere Beitragseinnahmen der Kassen gegenüber. Dabei ist der Zusammenhang zwischen höheren Beitragseinnahmen und höheren Leistungsverpflichtungen je Krankengeldtag wegen der Berechnungsvorschriften für das Krankengeld allerdings nicht linear, da entweder 70 Prozent des letzten Bruttoeinkommens oder 90 Prozent des letzten Nettoeinkommens für die Leistungsverpflichtung relevant sind.

Im RSA werden Unterschiede in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen zwischen den Kassen zu rund 92 Prozent ausgeglichen; nach dem Vorschlag der Gutachter zum Finanzkraftausgleich soll dieser weiter vervollständigt werden. Damit entsteht in Bezug auf das Krankengeld die Situation, dass grundlohnstarke Krankenkassen auf der einen Seite wegen der höheren beitragspflichtigen Einnahmen ihrer erwerbstätigen Mitglieder relativ höhere Krankengeldzahlungen leisten müssen; auf der anderen Seite aber werden diese höheren beitragspflichtigen Einnahmen im RSA weitgehend nivelliert und stehen insoweit nicht mehr zur Finanzierung der hö-

heren Krankengeldzahlungen zur Verfügung. Bei Kassen mit einer unterdurchschnittlichen Einnahmenposition stellt sich die Situation gerade umgekehrt dar.

Je nach Krankengeldhäufigkeit sind die Kassen hiervon unterschiedlich betroffen. Im Ergebnis müssen Kassen mit höheren Grundlöhnen unter sonst gleichen Umständen nach RSA einen höheren Teil-Beitragssatz zur Finanzierung ihrer Krankengeldausgaben erheben als Krankenkassen mit niedrigeren Grundlöhnen. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass dieser Effekt zwischen Kassen mit deutlich unterschiedlich hohen Grundlöhnen durchaus zu Beitragssatzunterschieden von bis zu einem Beitragssatzpunkt führen kann.

In der wissenschaftlichen Diskussion und von den Vertretern aus Kassen und Kassenverbänden sind in den vergangenen Jahren mehrere Modelle für eine alternative Form der Berücksichtigung von Krankengeld im RSA vorgelegt worden. Diese Modelle, die sämtlich darauf ausgerichtet sind, die aufgezeigten Inkonsistenzen der geltenden Regelung zu vermeiden, werden im folgenden knapp vorgestellt und diskutiert. Auch die Möglichkeit, das Krankengeld ganz aus dem RSA herauszunehmen, wird erörtert.

### **Modell "Gewichtung der standardisierten Leistungsausgaben im Bereich Krankengeld mit einem Grundlohnfaktor"**

Der BKK-Bundesverband hat 1993 ein Modell vorgelegt<sup>56</sup>, das vorsieht, die standardisierten Leistungsausgaben beim Krankengeld für die einzelnen Versichertengruppen zunächst wie im geltenden Recht anhand von Durchschnittsausgaben zu ermitteln. Die sich daraus ergebenden Beitragsbedarfe bei jeder einzelnen Kasse sollen anschließend jedoch mit einem Faktor gewichtet werden, der die relative Stärke der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit Krankengeldanspruch im Vergleich zum GKV-Durchschnitt repräsentiert (Grundlohnfaktor). Der mit dem Grundlohnfaktor gewichtete Beitragsbedarf geht sodann in die Berechnungen des RSA ein.

Das Modell bewirkt, dass Kassen mit überdurchschnittlichen Grundlöhnen nicht mehr durch die RSA-Krankengeld-Komponente systematisch benachteiligt werden, da ihr Krankengeld-Beitragsbedarf hochgewichtet (und der der Kassen mit unterdurchschnittlichem Beitragsbedarf herabgewichtet) wird. Das Modell bewirkt allerdings umgekehrt in aller Regel eine Bevorzugung grundlohnstarker Kassen: Je größer die Grundlohnunterschiede sind,

---

<sup>56</sup> Vgl. Zoike u.a. (1993).

umso höher fallen unter sonst gleichen Umständen die Transfers an grundlohnstarke Kassen aus und ermöglichen diesen im Ergebnis einen durch den Grundlohnfaktor bedingten unterdurchschnittlichen Beitragssatz.

Dieses Modell kann damit zwar die nicht sachgerechte systematische Benachteiligung grundlohnstarker Kassen beim Krankengeld im gegenwärtigen RSA vermeiden, bewirkt allerdings in vielen Fällen umgekehrte Beitragssatzverzerrungen zugunsten grundlohnstarker Kassen; es kann daher nicht empfohlen werden.

### **Modell "Ausgleich krankengeldbezogener Bedarfssätze"**

Auch dieses Modell wurde bereits 1993 vorgestellt.<sup>57</sup> Es sieht vor, dass für jede nach Alter, Geschlecht und BU/EU-Bezug differenzierte Versichertengruppe ein GKV-durchschnittlicher versichertengruppenspezifischer Bedarfssatz für das Krankengeld berechnet wird. Dieser ergibt sich, indem die Krankengeldausgaben einer Versichertengruppe in Relation zu ihren beitragspflichtigen Einnahmen gesetzt werden. Bei jeder Kasse werden in jeder Versichertengruppe die GKV-durchschnittlichen gruppenspezifischen Bedarfssätze mit den beitragspflichtigen Einnahmen der jeweiligen Versichertengruppe multipliziert; die Summe dieser Produkte ergibt den Beitragsbedarf einer Krankenkasse im Bereich Krankengeld.

Wie das zuvor vorgestellte Modell trägt auch dieses Modell der Einkommensabhängigkeit der Krankengeldausgaben Rechnung, vermeidet aber, dass grundlohnstarke Kassen tendenziell Beitragssatzvorteile erlangen können. Das Modell unterstellt allerdings implizit, dass eine strikte Linearität zwischen Grundlohn und Krankengeld besteht. Dies ist deshalb jedoch nicht der Fall, weil bei den Versicherten je nach individueller Konstellation entweder das letzte Brutto- oder das letzte Nettoentgelt Anknüpfungspunkt für die Berechnung des Krankengelds ist. Auch in diesem Modell kann es daher zu – allerdings vergleichsweise geringen – Beitragssatzverzerrungen zwischen den Kassen kommen.

Problematischer als die vergleichsweise geringen Beitragssatzverzerrungen erscheint allerdings die Frage der Realisierbarkeit dieses Konzepts, das voraussetzt, dass die Kassen die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder den jeweiligen nach Alter, Geschlecht und BU/EU-Bezug differenzierten Versichertengruppen zuordnen können. Dies ist gegenwärtig nicht möglich. Es bedürfte erheblicher Aktivitäten bei den Kassen, um Meldun-

---

<sup>57</sup> Vgl. Reschke (1993).



gen von Arbeitgebern, Arbeitsamt und der eigenen Beitragsabteilung personenbezogen zusammenzuführen, damit dieser Vorschlag realisiert werden könnte. Zugleich würde die Fehleranfälligkeit der Datenlieferungen für das RSA-Verfahren erhöht. Schon deshalb kann auch dieses Modell nicht empfohlen werden.

### **Modell "Ausgleich mittels Standardisierung von Krankengeldtagen"**

Ein drittes Modell<sup>58</sup> geht schließlich davon aus, dass die Kassen zwar die Krankengeldtage ihrer Versicherten steuern können (und entsprechende Anreize auch erhalten bleiben sollen), nicht jedoch die aufgrund der Rechtsvorschriften zur Krankengeldberechnung eindeutig festliegenden Zahlungsbeträge je Krankengeld-Bezugstag. In diesem Modell werden daher in den nach Alter, Geschlecht und BU/EU-Bezug differenzierten Versichertengruppen die GKV-durchschnittlichen Krankengeld-Bezugstage je Versicherten festgestellt; bei Übergang zu einem RSA mit direkter Morbiditätsmessung würde dies entsprechend für die dann relevanten Versichertengruppen gelten. Die durchschnittlichen Krankengeld-Bezugstage in den einzelnen Versichertengruppen werden als standardisierte Krankengeldtage verwendet. Der Beitragsbedarf einer Krankenkasse im Bereich Krankengeld ergibt sich, indem die standardisierten Krankengeldtage einer Versichertengruppe mit der entsprechenden Versichertenzahl und dem durchschnittlichen Krankengeldzahlungsbetrag der Versichertengruppe multipliziert werden. Diese Beträge werden anschließend über alle Versichertengruppen summiert.

Das Modell vermeidet den systematischen Fehler, den das gegenwärtige Recht bei der Berechnung des Teil-Beitragsbedarfs für Krankengeld macht: Indem die Kassen die tatsächlichen Zahlungsverpflichtungen je Krankengeldtag in den RSA einbringen können, werden grundlohnstarke Kassen mit ihren überdurchschnittlichen Zahlungsverpflichtungen nicht mehr systematisch benachteiligt. Das Modell geht auch, anders als die zuvor skizzierten Modelle, nicht mehr davon aus, dass zwischen Grundlohn und Krankengeldanspruch eine strikt lineare Beziehung besteht. Zugleich bleiben im Bereich Krankengeld alle Anreize erhalten, durch Krankengeld-Fallmanagement die Zahl der Krankengeld-Bezugstage zu reduzieren.

---

<sup>58</sup> Vgl. Wasem (1993).

### **Modell "Herausnahme des Krankengelds aus dem RSA"**

Der Großteil des gesamten Transfervolumens im RSA ist auf den Finanzausgleich zurückzuführen. Im Bereich des Krankengelds spielt der Finanzausgleich aber keine Rolle, vielmehr liegt sogar umgekehrt im Einbezug der Krankengeldausgaben in den Finanzausgleich des RSA ein Konstruktionsfehler. Da mit dem Finanzausgleich eine wesentliche Komponente des RSA beim Krankengeld sachgerechterweise nicht zum Einsatz kommen sollte, könnte diskutiert werden, das Krankengeld vollständig aus dem RSA herauszunehmen.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Krankengeld-Bezugstage auch von der Morbidität der Versicherten abhängt. So ist die durchschnittlichen Anzahl der Krankengeld-Bezugstage bei jungen Versicherten deutlich geringer als bei älteren. Auch kann davon ausgegangen werden, dass bei einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA in den Kategorien mit sehr hoher Morbidität vielfach deutlich höhere Krankengeldtage anfallen werden als in den Kategorien mit geringer Morbidität. Bei einer vollständigen Herausnahme des Krankengelds aus dem RSA würden diese Unterschiede nicht mehr ausgeglichen. Es bestünden daher auch bei einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA bei den Sachleistungen wegen der nicht berücksichtigten Morbiditätsabhängigkeit des Krankengelds weiterhin Anreize zur Risikoselektion. Deshalb kann die völlige Herausnahme des Krankengelds aus dem RSA nicht empfohlen werden.

Ein noch weiter gehender Schritt als die Herausnahme der Krankengelds aus dem RSA wäre seine vollständige Verlagerung aus der GKV heraus, z.B. in die Finanzierungsverantwortung der Arbeitgeber. Eine solche Regelung ist in den Niederlanden in den 90er Jahren realisiert worden. Bei einem solchen Schritt könnte auch ein Übergang zu stärker risikoäquivalenten Beiträgen, ähnlich wie bei den Berufsgenossenschaften, realisiert werden, um verstärkte Anreize für betriebliche Gesundheitsförderung zu setzen. Die Analyse eines solchen Ansatzes würde allerdings den Rahmen dieses Gutachtens sprengen.

### **Weitere Einflussparameter**

Neben dem Grundlohn ist die Höhe der Krankengeldzahlungen auch von einer Reihe weiterer Parameter abhängig, die von der Kasse nicht beeinflusst werden können:

- Die Möglichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer langen Arbeitsunfähigkeit hängt auch bei gleicher Krankheit und gleichem Krankheitsverlauf (und erreichtem Zustand der "Wiedergenesung") auch

von bestimmten arbeitsbedingten Kriterien ab, wie z.B. der Art der Berufstätigkeit eines Versicherten oder der Branche, in der er tätig ist.<sup>59</sup> Die jeweilige Ausprägung dieser Kriterien in Bezug auf ihre krankengeldberechtigten Mitglieder beeinflusst vermutlich in merklichem Umfang die Ausgaben- und Wettbewerbssituation der Kassen. So sind etwa die empirisch gut belegten Unterschieden in den Krankengeldtagen von Arbeitern und Angestellten vermutlich zum Teil auf diesen Effekt zurückzuführen. Die Verteilung von Arbeitern und Angestellten auf die einzelnen Kassen ist jedoch – auch als Folge des früheren Zuweisungssystems – sehr unterschiedlich.

- Auch eine unterschiedliche Morbiditätsverteilung zwischen den Kassen führt zu unterschiedlichen Belastungen mit Krankengeld-Bezugstagen. Zugleich sind Tätigkeiten in verschiedenen Branchen in unterschiedlicher Weise unfallträchtig und führen mit unterschiedlicher Häufigkeit und Ausprägung zu körperlichen Verschleißerscheinungen, die zu Divergenzen in den Belastungen von Krankenkassen bezüglich ihres Krankengeldgeschehens je nach ihrem spezifischen Berufsgruppen- und Branchenmix führen. Aufgrund des bis Mitte der 90er Jahre bestehenden Zuweisungssystems dürften diese Unterschiede auch heute noch stark ausgeprägt sein – mit der Folge einer ungleichen Belastung der Kassen mit Krankengeldtagen, die jenseits ihres unmittelbaren Einflussbereichs liegt.
- Ein tarifvertraglich geregelter Entgeltfortzahlungsanspruch von mehr als sechs Wochen (zum Teil bis zu 26 Wochen) durch den Arbeitgeber, der sich vor allem auf bestimmte Regelungen im öffentlichen Dienst beschränkt, verringert deutlich die Krankengeldbelastung von Kassen mit überdurchschnittlich vielen Mitgliedern, für die derartige Regelungen bestehen. Auch hier ist von einer sehr ungleichen Verteilung solcher Mitglieder auf die Krankenkassen auszugehen.

In der Regel führen alle diese Einflussfaktoren dazu, dass grundlohnstarke Kassen in Bezug auf die Krankengeldtage-Häufigkeit ihrer Mitglieder tendenziell entlastet werden. Diese Faktoren wirken somit dem Effekt der systematisch falschen Berücksichtigung des Krankengelds im RSA in Analogie zu den Sachleistungen entgegen.

In der nachfolgenden Tabelle 12 werden die einschlägigen Effekte quantifiziert. Die Tabelle unterscheidet zwischen "Arbeiterkassen", "Angestellten-

---

<sup>59</sup> Ein plastisches Beispiel: Mit einem Gipsbein kann eine Schreibtisch­tätigkeit zumindest mit gewissen Einschränkungen durchaus ausgeübt werden, die Arbeit eines Dachdeckers oder Bauarbeiters dagegen auf keinen Fall.

kassen" sowie sonstigen Kassen, die keiner dieser beiden Kategorien hinreichend sicher zugeordnet werden können. Zwar gibt es seit Einführung der freien Kassenwahl kaum noch rein berufsständische Kassen – und auch in der Zeit der Zuweisung waren Arbeiter und Anstellte nicht vollständig zwischen einzelnen Kassen "separiert" –, doch kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere in AOKn, IKKn und Ersatzkassen für Arbeiter auch heute noch überwiegend Arbeiter versichert sind, während bei den Angestellten-Ersatzkassen nach wie vor in der großen Mehrzahl Angestellte versichert sind.

Tabelle 12 weist die relative AKV-Grundlohnposition der Kassen (Spalte 3) sowie ihre relative Ausgabenposition im Leistungsbereich Krankengeld (Spalte 4) aus. Die AKV-Grundlohnposition der "Arbeiterkassen" liegt 9 Prozent unter dem GKV-Durchschnitt. Zu erwarten wäre daher aufgrund der systematisch falschen Berücksichtigung des Krankengelds im RSA, dass diese Kassen angesichts ihres "überhöhten" Teil-Beitragsbedarfs eine unterdurchschnittliche Ausgabenposition in diesem Leistungsbereich aufweisen. Das Gegenteil ist jedoch der Fall: Ihre tatsächlichen Krankengeldausgaben liegen im Durchschnitt 10 Prozent über dem Beitragsbedarf. Genau umgekehrt fällt das Ergebnis bei den "Angestelltenkassen" aus: Sie weisen eine leicht überdurchschnittliche AKV-Grundlohnposition auf, jedoch eine deutlich unterdurchschnittliche relative Ausgabenposition beim Krankengeld. Auch bei den sonstigen Kassen fällt auf, dass sie zwar einen deutlich überdurchschnittlichen Grundlohn je AKV-Mitglied aufweisen (durchschnittlich 22 Prozent), aber trotzdem eine leicht unterdurchschnittliche relative Ausgabenposition beim Krankengeld.

Angesichts der mittlerweile in nahezu allen Kassen zu beobachtenden intensiven Anstrengungen des gezielten Krankengeld-Fallmanagements kann nicht davon ausgegangen werden, dass vergleichsweise günstige relative Ausgabenpositionen beim Krankengeld in erster Linie auf besondere Effizienzerfolge zurückzuführen sind. Naheliegender erscheint vielmehr, dass die Nachteile grundlohnstarker Kassen durch die systematisch falsche (weil sachleistungsanaloge) Berücksichtigung des Krankengelds im RSA von den oben skizzierten "weiteren Einflussparametern" deutlich überkompensiert werden.

Tabelle 12: Ausgabenposition Krankengeld und AKV-Grundlohnposition nach Arbeiter- und Angestelltenkassen 1999

Gruppe	Anzahl Kassen	Anzahl AKV-Mitglieder (Mio.)	AKV-Grundlohn je AKV-Mitglied, rel. zum GKV-Durchschnitt	Ausgabenposition im Leistungsbereich Krankengeld
	(1)	(2)	(3)	(4)
Arbeiterkassen, darunter:	55	15,8	-9 %	+10 %
AOKn	17	12,4	-10 %	+7 %
IKKn	31	2,6	-11 %	+28%
Ek-Arb	7	0,9	10 %	+3%
Angestelltenkassen	13	14,6	+3 %	-12%
Sonstige Kassen, darunter:	432	4,7	+22 %	-1%
BKK	428	4,5	+22 %	-2%
Knappschaft, Seekasse	4	0,3	+19 %	+21%
alle ausgewerteten Kassen	500	35,2	0 %	0%

Quelle: IGES nach Daten von BMG und BVA (Satzart 40) sowie Stamm- und Veränderungsdaten der Kassen (BMG, BVA, BfA, Spitzenverbände)

Anm.: Abweichungen rundungsbedingt

- (1) Fusionsstand 01.07.2000; Krankenkassen mit Ost- und West-Rechtskreis zählen als zwei Kassen
- (2) AKV-Mitglieder im Jahresdurchschnitt (nach KM 1)
- (3) Beitragspflichtiges Einkommen von AKV-Mitgliedern im Sinne der RSAV nach KJ 1
- (4) Ausgabenposition: Abweichung der tatsächlichen Ausgaben für Krankengeld (abzüglich der Erstattungen) vom Teil-Beitragsbedarf für Krankengeld beim Status quo des RSA
- (3/4) Da der Zähler (Grundlohnsumme) nicht nach der Anspruchsberechtigung für Krankengeld differenziert werden kann, ist auch der Nenner (Zahl der Mitglieder) nicht auf die KG-anspruchsberechtigten Mitglieder eingegrenzt

### **Zwischenergebnis**

Nach Abwägung der Konsequenzen der unterschiedlichen Alternativen erachten die Gutachter es nicht für sachgerecht, die gegenwärtige Beitragsbedarfsermittlung im Bereich des Krankengelds kurzfristig zu ändern. Zwar ist die sachleistungsanaloge Behandlung des Krankengelds systematisch eindeutig falsch; sie wird in ihrer finanziellen Wirksamkeit aber ganz offensichtlich von anderen Faktoren überkompensiert. Würde man den systematisch falschen Einkommensbezug durch eines der aufgeführten Modelle isoliert beseitigen, die anderen Wirkungsfaktoren jedoch unberücksichtigt lassen, würden sich die bereits jetzt bestehenden Unterschiede in Bezug auf die relative Krankengeld-Ausgabenposition und die daraus resultierenden Beitragssatzverzerrungen tendenziell noch vergrößern. Für die übrigen Einflussfaktoren fehlt jedoch gegenwärtig entweder hinreichendes empirisches Wissen oder das vorliegende Wissen (etwa die höheren Krankengeld-Bezugstage bei Arbeitern) eignet sich nicht unmittelbar zur Berücksichtigung im RSA.

Die Beibehaltung der gegenwärtigen Regelung erscheint vor allem auch deshalb gerechtfertigt, weil durch die vorgeschlagene Einführung eines Risikopools, der den Leistungsbereich Krankengeld mit einbezieht, mögliche Verzerrungen in diesem Bereich – in welche Richtung auch immer – abgemildert werden.

Die Gutachter empfehlen zudem, dass bei der Weiterentwicklung des RSA in Richtung einer direkten Morbiditätsorientierung auch überprüft wird, inwieweit in diesem Kontext die berufs- und branchenspezifischen Einflussfaktoren auf die durchschnittlichen Krankengeld-Bezugstage berücksichtigt werden können. In diesem Kontext würde sich auch die Frage einer Reform der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben beim Krankengeld neu stellen.

#### **6.3.2 Unterschiedlicher Beginn des Krankengeldanspruchs vor Ablauf von sechs Wochen**

Beim derzeitigen RSA werden bei den Versicherten mit Krankengeldansprüchen (und ohne Bezug einer BU/EU-Rente) zwei Gruppen unterschieden:

- Versicherte mit Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen und damit Anspruch gegenüber der Kasse auf Krankengeld frühestens ab der 7. Woche einer Arbeitsunfähigkeit ("Versichertengruppe 01") und

- Versicherte ohne Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen und damit Anspruch auf Krankengeld vor Ablauf der 6. Woche ("VG 02").

Für beide Versichertengruppen werden jeweils getrennte standardisierte Leistungsausgaben im Bereich des Krankengelds ermittelt, womit den unterschiedlichen Krankengeldbelastungen der Kassen in den beiden Versichertengruppen Rechnung getragen werden soll.

Allerdings beginnt innerhalb der VG 02 der Krankengeldanspruch der Versicherten je nach Satzungsregelung der Kasse sehr unterschiedlich: Fällen, in denen der Krankengeldanspruch mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt, stehen Fälle gegenüber, bei denen der Krankengeldanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der sechswöchigen Zeitspanne beginnt. Der unterschiedliche Beginn des Krankengeldanspruchs hat jedoch erhebliche Auswirkungen auf den zur Deckung dieser Ausgaben erforderlichen rechnerischen Teil-Beitragssatz.

Dies veranschaulicht Tabelle 13, die die rechnerisch erforderlichen Beitragssatzpunkte zur Finanzierung der Krankengeldausgaben in Abhängigkeit von der Dauer der Entgeltfortzahlung für zwei Kassenarten ausweist. Während die rechnerisch erforderlichen Beitragssatzpunkte je nach Beginn des Krankengeldanspruchs der Versicherten deutlich unterschiedlich sind, erhalten alle Kassen für diese Versicherten im RSA Beitragsbedarfe zugerechnet, die von einem durchschnittlichen Beginn des Krankengeldanspruchs ausgehen.

Bei freiwillig Versicherten (in der Regel: Selbständigen), die den weit überwiegenden Teil der Versicherten mit Krankengeldanspruch vor Ablauf von 6 Wochen ausmachen, können die Kassen den Beginn des Entgeltfortzahlungsanspruchs durch entsprechende Satzungsbestimmungen selbst festsetzen; dabei können sie einen Krankengeldanspruch vor Ablauf von 6 Wochen auch ganz ausschließen (§ 44 Abs. 2 SGB V). Einzelne Aufsichtsbehörden lassen offenbar auch mehrere Beginnzeitpunkte zu, zwischen denen die Versicherten wählen können und denen unterschiedliche erhöhte Beitragssätze entsprechen.

Da die Frage, ob ein Krankengeldanspruch vor Ablauf von sechs Wochen entsteht, für den weitaus größten Teil der betroffenen Versicherten dem Satzungsrecht der Krankenkassen überlassen ist und die bestehende undifferenzierte Behandlung dieser Krankengeldansprüche im RSA tendenziell zu Beitragssatzverzerrungen führt, schlagen die Gutachter vor, Krankengeldansprüche im RSA grundsätzlich erst mit Ablauf von 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen.

Tabelle 13: Deckende Beitragssatzpunkte für Krankengeldausgaben in Abhängigkeit von der Dauer der Entgeltfortzahlung (bei durchschnittlicher Altersstruktur und mittlerem Frauenanteil)

Dauer der Entgeltfortzahlung		Beitragssatzpunkte für Krankengeld	
In Tagen	in Wochen	AOKn/West 1992	BKKn 1993
0	0	3,29	3,56
7	1	2,21	2,35
14	2	1,70	1,76
21	3	1,41	1,45
28	4	1,23	1,24
35	5	1,10	1,10
<b>42</b>	<b>6</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
49	7	0,92	0,92
63	9	0,80	0,80
84	12	0,67	--
105	15	0,57	--
126	18	0,49	--
147	21	0,43	--
182	26	0,34	--
365	52	0,08	--

Anm. Der Beitragssatz für den Regelfall (Krankengeldbezug nach sechs Wochen Entgeltfortzahlung ist hier normativ auf den Durchschnitt des Jahres 1994, nämlich 1,0 Punkte gesetzt.

Quelle: Bohm/Jacobs/Reschke (1996), S. 71

Technisch bedeutet dies, dass die Versichertengruppe 02 nicht mehr gesondert berücksichtigt würde, die bislang hier eingestufteten Versicherten künftig der VG 01 "zugeschlagen" würden und die bisherige VG 02 damit aufgelöst würde. Im RSA wären bei den Versicherten der bisherigen VG 02 nur die nach Ablauf von 6 Wochen anfallenden Krankengeldtage mit den entsprechenden Zahlungen berücksichtigungsfähig. Entsprechend würde auch bei den Versicherten mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente verfahren: Bei Versicherten der VG 04 mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld wären ebenfalls nur die Krankengeldtage nach Ablauf von 6 Wochen mit den entsprechenden Zahlungen berücksichtigungsfähig. Wegen des Wegfalls einer Versichertengruppe bedeutet die vorgeschlagene Regelung zugleich eine Verwaltungsvereinfachung.



### 6.3.3 Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bei erhöhtem und ermäßigtem Beitragssatz

Angesichts der unterschiedlichen Anspruchsberechtigung für Krankengeld sind die Kassen verpflichtet, für Pflichtversicherte drei unterschiedliche Beitragssätze zu erheben: den allgemeinen Beitragssatz für Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf von 6 Wochen (§ 241 SGB V), den erhöhten Beitragssatz für Versicherte mit Anspruch vor Ablauf von 6 Wochen (§ 242) und den ermäßigten Beitragssatz für Versicherte ohne Krankengeldanspruch (§ 243).<sup>60</sup> Nach der gesetzlichen Vorschrift sollen der erhöhte und der ermäßigte Beitragssatz den unterschiedlichen Ansprüchen auf Krankengeld "entsprechend" festgesetzt werden, also das jeweils unterschiedliche Versicherungsrisiko der Kassen im Vergleich zu Versicherten mit Krankengeldanspruch nach Ablauf von 6 Wochen widerspiegeln.

Im Kontext des RSA gehen von der Erhebung der Beiträge unter Anwendung des erhöhten bzw. des ermäßigten Beitragssatzes fehlsteuernde Anreize aus: Bei einer Heraufsetzung des erhöhten bzw. ermäßigten Beitragssatzes kommt der weit überwiegende Teil der hieraus resultierenden Mehreinnahmen nicht der jeweiligen Kasse zugute, sondern muss an den RSA abgeführt werden; umgekehrt muss eine Kasse bei einer Senkung des erhöhten bzw. ermäßigten Beitragssatzes Mindereinnahmen zum weit überwiegenden Teil nicht selbst tragen, sondern bekommt diese durch entsprechende Transfers aus dem RSA finanziert. In spezifischen Situationen kann es sogar sein, dass die Veränderung der Transferposition im RSA die Veränderung der Beitragseinnahmen der Krankenkasse überkompensiert. Dieser Effekt rührt daher, dass laut Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zur Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen auch die Beitragseinnahmen aus Anwendung des erhöhten bzw. des ermäßigten Beitragssatzes durch den allgemeinen Beitragssatz einer Krankenkasse dividiert werden und gleichzeitig für alle drei Versichertengruppen ein einheitlicher Ausgleichsbedarfsatz angewendet wird.

Insgesamt kann der beschriebene Effekt bei den Kassen die Strategie auslösen, den erhöhten bzw. den ermäßigten Beitragssatz möglichst gering zu halten, da jede Erhöhung ohnehin weit überwiegend an den RSA abgeführt werden muss. Somit besteht tendenziell ein Anreiz, die Versicherten, die diese Beitragssätze zahlen, durch die übrigen Versicherten (anderer Kassen) zu subventionieren, indem der gesetzlichen Vorgabe, die erhöhten bzw. ermäßigten Beitragssätze "entsprechend" gegenüber dem allgemeinen Beitragssatz zu differenzieren, nur unzureichend nachgekommen wird. Die

---

<sup>60</sup> Bei freiwillig Versicherten können nach Rechtsauffassung einiger Aufsichtsbehörden auch verschiedene erhöhte Beitragssätze erhoben werden.

Gutachter haben insbesondere Hinweise darauf, dass in Bezug auf Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld (also auf Mitglieder mit ermäßigtem Beitragssatz) Wettbewerb über die Erhebung nicht kostendeckender, aus dem RSA subventionierter Beitragssätze stattfindet.

Eine mögliche Lösung könnte zunächst darin liegen, künftig die beitragspflichtigen Einnahmen für den RSA dadurch zu errechnen, dass die Beitragseinnahmen durch den jeweiligen (allgemeinen bzw. erhöhten bzw. ermäßigten) Beitragssatz dividiert werden, aus dessen Anwendung sie erzielt worden sind. Für die Sachleistungen<sup>61</sup>, bei denen alle Versicherte einheitliche Leistungsansprüche haben, wäre sodann auf der Grundlage der sich hieraus ergebenden beitragspflichtigen Einnahmen ein Ausgleichsbedarfssatz für Sachleistungen zu kalkulieren. Im Bereich des Krankengelds würde im Rahmen dieses Lösungsansatzes die jeweils sachgerechte Ausgestaltung davon abhängen, ob der Gesetzgeber den in Abschnitt 6.3.2 unterbreiteten Vorschlag aufgreift, dass künftig nur noch Krankengeldtage und -ausgaben nach Ablauf von 6 Wochen im RSA berücksichtigungsfähig wären. In diesem Fall wäre im Rahmen dieses Lösungsansatzes ein einheitlicher Ausgleichsbedarfssatz für Krankengeld für alle Versicherten mit Krankengeldanspruch zu kalkulieren, in dessen Berechnung nur die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten mit Krankengeldansprüchen eingingen. Behielte der Gesetzgeber hingegen die bisherige Differenzierung im RSA bei, sodass auch die Krankengeldausgaben vor Ablauf von sechs Wochen berücksichtigungsfähig wären, müsste für beide Krankengeldanspruchsgruppen jeweils ein gesonderter Krankengeld-Ausgleichsbedarfssatz ermittelt werden, in dessen Berechnung jeweils die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten mit den entsprechenden Krankengeldansprüchen eingingen.

Allerdings ergeben sich bei diesem Lösungsansatz dadurch Komplikationen, dass pflichtversicherte Rentner zwar keinen Anspruch auf Krankengeld haben, aber dennoch der allgemeine Beitragssatz auf ihre beitragspflichtigen Einnahmen angewendet wird. Während im Status quo des RSA die Beiträge der pflichtversicherten Rentner weitgehend abgeschöpft werden, verbleiben den Kassen bei dem skizzierten Reformvorschlag positive Deckungsbeiträge aus Renten. Kassen mit überdurchschnittlichen Rentneranteilen könnten dann einen günstigeren allgemeinen Beitragssatz anbieten

---

<sup>61</sup> Die übrigen Geldleistungen neben dem Krankengeld sollten nach Auffassung der Gutachter aus dem RSA herausgenommen und in einem gesonderten Erstattungspool für nicht steuerbare Leistungen abgewickelt werden (vgl. dazu Abschnitt 6.4). Sollte der Gesetzgeber diesen Vorschlag nicht aufgreifen, wären Sterbegeld sowie Mutterschafts- und Entbindungsgeld im hier diskutierten Vorschlag im Rahmen des Sachleistungs-RSA zu berücksichtigen.

als derzeit, während Kassen mit unterdurchschnittlichen Rentneranteilen einen höheren Beitragssatz als im Status quo erheben müssten.

Sollte der Ordnungsgeber der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung daher an der bisherigen Regelung festhalten, bei der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen auch die Beitragseinnahmen aus Anwendung des erhöhten bzw. des ermäßigten Beitragssatzes durch den allgemeinen Beitragssatz einer Kasse zu dividieren und einen einheitlichen Ausgleichsbedarfssatz anzuwenden, schlagen die Gutachter als "Minimallösung" vor, die Aufsichtsbehörden klarstellend zu verpflichten, bei der Genehmigung der Beitragssätze in besonderer Weise zu beachten, dass Unterkalkulationen des ermäßigten und des erhöhten Beitragssatzes unzulässig sind.

#### **6.4 Einrichtung eines GKV-weiten Erstattungspools für nicht managementfähige Leistungsausgaben**

Wegen der grundsätzlichen Orientierung an standardisierten Leistungsausgaben gewährleistet der RSA, dass Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten bei den Kassen gewahrt sind: Die Kassen haben ein unmittelbares Interesse, ihre Leistungsausgaben zu steuern, weil ihnen der RSA keinen Anspruch auf den Ausgleich ihrer tatsächlichen Leistungsausgaben sichert. In einigen Bereichen ist diese im Grundsatz "gute Idee" jedoch realitätsfern, weil die betreffenden Ausgaben in keiner Weise managementfähig, sondern für die Kassen praktisch fix sind: Im Unterschied zu den sonstigen Versorgungsleistungen lassen sich weder Mengen noch Preise noch Angebots- bzw. Nachfragestrukturen in irgendeiner Weise beeinflussen. Dies gilt insbesondere für die folgenden GKV-Leistungen:

- **Sterbegeld:**  
Bei Tod eines Versicherten ist das Sterbegeld in der gesetzlich vorgeschriebenen Höhe zu leisten, sofern der Gestorbene am 1.1.1989 versichert war. Für Mitglieder beträgt das Sterbegeld 2.100 DM, für mitversicherte Familienangehörige 1.050 DM (§§ 58, 59 SGB V).
- **Mutterschaftsgeld und Entbindungsgeld:**  
Während schwangerschaftsbedingter Arbeitsunfähigkeit oder innerhalb der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz ist das Mutterschaftsgeld in der gesetzlich vorgeschriebenen Höhe zu zahlen (§ 200 RVO). Gleiches gilt für das Entbindungsgeld in Höhe von einmalig 150 DM für Versicherte ohne Anspruch auf Mutterschaftsgeld (§ 200b RVO).

- Aufwendungen für Familienangehörige im Ausland:  
Zur Abgeltung der Leistungsansprüche von im Ausland lebenden Familienangehörigen der Mitglieder zahlen die Kassen – unabhängig von Zahl, Alter und Geschlecht der Familienangehörigen – Pauschalbeträge, die von der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland mit den ausländischen Verbindungsstellen vereinbart werden (§ 219 a SGB V).
- "Entgangene Patientenzuzahlungen" bei Härtefällen:  
Bei so genannten Härtefällen haben die Kassen die vom Gesetz vorgeschriebenen Zuzahlungen, die von den Versicherten ohne Zuzahlungsbefreiung von diesen selbst entrichtet werden, vollständig oder teilweise zu tragen (§§ 61, 62 SGB V).

In den genannten Fällen macht es keinen Sinn, durch die Zurechnung standardisierter Leistungsausgaben bei den Kassen Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten in Richtung einer Begrenzung der Ausgaben setzen zu wollen. Vielmehr führt der Einbezug der genannten Fix-Ausgaben in die standardisierten Leistungsausgaben zum Teil sogar zu direkten Beitragssatzverzerrungen:

- Den unterschiedlichen Sterbegeldzahlungen für Mitglieder und Mitversicherte wird bei der Ermittlung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs keine Rechnung getragen, weil die Versichertengruppen im RSA nicht entsprechend differenziert sind. Damit bekommen Kassen mit unterdurchschnittlichen Anteilen an Mitversicherten, insbesondere in den oberen Altersgruppen, im Ergebnis einen zu geringen Beitragsbedarf, Kassen mit vergleichsweise vielen Mitversicherten in diesem Altersbereich dagegen einen zu hohen Beitragsbedarf für Sterbegeld-Ausgaben zugerechnet.
- Mutterschafts- und Entbindungsgeld werden ebenfalls ohne Berücksichtigung der jeweiligen Anspruchsberechtigung (beschäftigt ja/nein) innerhalb des so genannten RSA-Hauptleistungsbereichs "Sonstige Leistungen" allen weiblichen Versicherten im gebärfähigen Alter zugerechnet. Damit bekommen Kassen mit vergleichsweise hohen Anteilen erwerbstätiger Frauen in diesem Altersbereich im Ergebnis einen zu geringen Beitragsbedarf im Verhältnis zu ihren tatsächlichen Ausgaben für Mutterschaftsgeld zugerechnet, Kassen mit relativ vielen nichterwerbstätigen (einschließlich arbeitslosen) Frauen dagegen einen zu hohen Beitragsbedarf im Vergleich zu ihren deutlich geringeren Ausgaben für Entbindungsgeld – von möglichen Unterschieden bei der tatsächlichen Geburtenhäufigkeit der weiblichen Versicherten ganz abgesehen.

- Die Pauschalen, die die Kassen für im Ausland lebende Familienangehörige entrichten, liegen in den meisten Fällen deutlich unter, in einigen Fällen u.U. aber auch über dem Beitragsbedarf, der ihnen für diese Personen im RSA zugerechnet wird. So wird z.B. für Mitversicherte mit Wohnsitz in der Türkei pro Mitversicherten-Familie – ohne weitere Differenzierung nach der Kopfzahl – ein monatlicher Betrag von 18,10 DM gezahlt bzw. entsprechend maximal 217,20 DM pro Jahr (1998). Selbst wenn die in der Türkei lebende "Mitversicherten-Familie" nur aus einem Kind besteht, liegt der Beitragsbedarf, den die jeweilige Kasse im RSA erhält, bereits mindestens in der Größenordnung des 5fachen der tatsächlich angefallenen Ausgaben – bei mehreren Mitversicherten, für die der Kasse im RSA jeweils ein eigenständiger Beitragsbedarf zugerechnet wird, entsprechend noch weit höher. Bei Mitversicherten mit Wohnsitz in anderen Ländern, in denen – wie z.B. in Österreich mit etwas mehr als 200 DM pro Monat je Mitversicherten-Familie – ein deutlich höherer Pauschalbetrag gezahlt wird, kann es dagegen im Einzelfall auch dazu kommen, dass die Kasse tatsächlich mehr bezahlt, als sie im RSA als Beitragsbedarf erhält. Beeinflussbar ("managementfähig") ist der jeweils zu zahlende Betrag jedoch in keinem Fall.
- Besonderes Augenmerk verdienen schließlich die Ausgaben der Kassen für "entgangene Patientenzuzahlungen" von Härtefall-Versicherten. Die gesetzlich bestimmte Zuzahlungsbefreiung bestimmter Versicherten-Gruppen ist eine "klassische" Solidarleistung der GKV, um einzelne Versicherte vor finanzieller Überforderung im Fall der Leistungsanspruchnahme zu schützen. Damit soll insbesondere verhindert werden, dass medizinisch notwendige Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, weil die damit verbundene Zuzahlung als zu hohe Hürde empfunden werden könnte. Die Finanzierung dieser GKV-Solidarleistung erfolgt jedoch – im Unterschied zu den sonstigen Solidaraufgaben des Einkommens-, Familienlasten-, Generationen-, Geschlechter- und Morbiditätsausgleichs – nicht GKV-weit, sondern innerhalb der einzelnen Kassen. Dies erscheint in zweifacher Hinsicht problematisch:
  - Zum einen sind unmittelbare Beitragssatzverzerrungen zwischen Kassen mit unterschiedlichen Anteilen an zuzahlungsbefreiten Versicherten vorgezeichnet: Es ist im Hinblick auf die Funktionsweise des RSA offenkundig, dass ein Ausgleich von Mehrausgaben der Kassen als Folge von Zuzahlungsbefreiungen ihrer Versicherten an der Ermittlung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs anzusetzen hätte. Dagegen ist die Behauptung unzutreffend, wonach unterschiedliche Finanzbelastungen zwischen den Kassen durch Mehrausgaben für "entgangene Zuzahlungen" bereits im RSA im Rahmen des Finanzkraftausgleichs ausgeglichen würden.

- Zum anderen besteht die Gefahr, dass die Solidaraufgabe, bestimmte Versichertengruppen vor unzumutbaren Belastungen durch Patientenzuzahlungen zu schützen, "ausgehebelt" wird: Wenn in Kassen der Großteil der Versicherten zuzahlungsbefreit ist – und solche Kassen gibt es bereits –, zahlen diese ihre eigene Zuzahlungsbefreiung in Form eines entsprechend höheren Beitragssatzes letztlich faktisch selbst – das mit der Zuzahlungsbefreiung verbundene sozialpolitische Ziel wird damit verfehlt.

Sterbegeld und Mutterschaftsgeld werden vielfach als so genannte "versicherungsfremde Leistungen" der GKV eingestuft, deren Finanzierung folglich nicht über Krankenversicherungsbeträge, sondern aus allgemeinen Steuermitteln erfolgen müsste. Streng genommen könnte auch in Bezug auf die Finanzierung der "entgangenen Zuzahlungen" für Härtefall-Versicherte vergleichbar argumentiert werden, denn das für die GKV konstitutive Prinzip "Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit, Leistungen nach dem medizinischen Bedarf" wird hier – wenngleich sozialpolitisch wohl begründet – durchbrochen: Je nachdem, ob Versicherte zuzahlungsbefreit sind oder nicht, haben sie auch bei gleichem medizinischem Bedarf unterschiedliche Leistungsansprüche gegenüber ihrer Kasse.

Angesichts bisheriger Erfahrungen erscheinen den Gutachtern die Aussichten eher gering, dass die Leistungen Sterbegeld sowie Mutterschafts- und Entbindungsgeld und ggf. auch die "entgangenen Zuzahlungen" für Härtefälle künftig aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden. Deshalb schlagen sie vor, die genannten Ausgabenbereiche vollständig aus dem RSA herauszunehmen und die entsprechenden Ausgaben stattdessen direkt über einen GKV-weiten Erstattungspool zu finanzieren. Für diesen Erstattungspool ist ein GKV-einheitlicher Hebesatz – als separater Bestandteil des ABS – festzusetzen, sodass alle Kassen mit gleichem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder an der Finanzierung dieser Ausgaben beteiligt sind. Es sei noch einmal ausdrücklich betont, dass es sich bei dem Erstattungspool ganz bewusst um einen vollständigen Ausgabenausgleich handelt, weil die Kassen keinerlei Möglichkeiten haben, die entsprechenden Ausgaben in irgendeiner Weise in ihre jeweiligen Höhe zu beeinflussen. Der mögliche Einwand, mit dem Ausgabenausgleich des Erstattungspools werde – wie z.B. beim früheren KVdR-Finanzausgleich – ein Anreiz zu unwirtschaftlichem Verhalten gesetzt, geht deshalb fehl.

Die Herausnahme der durch den Erstattungspool finanzierten Leistungen aus dem RSA bedeutet, dass die entsprechenden Ausgaben nicht mehr bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben berücksichtigt werden dürfen. In Bezug auf die Familienversicherten mit Wohnsitz im Ausland bedeutet die Herausnahme aus dem RSA zudem, dass diese Ver-

sicherten nicht mehr bei der Ermittlung der gesamten Versichertenzeiten einer Kasse berücksichtigt werden dürfen.

Die Gutachter schlagen vor, dass der Erstattungspool für die grundsätzlich nicht managementfähigen Leistungen möglichst zum 1.1.2003 eingerichtet wird. Ein früherer Zeitpunkt ist deshalb nicht realisierbar, weil erst noch folgende Voraussetzungen geschaffen werden müssen:

1. Derzeit sind die Kassen für die Ausstellung von Bescheiden zur Befreiung von Zuzahlungen zuständig. Um möglichen Vorwürfen einer vermeintlich allzu großzügigen Befreiungspraxis durch einzelne Kassen von vornherein vorzubeugen, halten es die Gutachter für unbedingt erforderlich, dass die Ausstellung von Befreiungsbescheiden bei einer GKV-weiten Finanzierung der "entgangenen Zuzahlungen" künftig durch eine neutrale Stelle vorgenommen werden, z.B. durch den Medizinischen Dienst.
2. Außerdem muss sichergestellt werden, dass auf den Rechnungen der Leistungserbringer die Teilbeträge für entgangene Zuzahlungen bei Befreiungskennzeichnung separat ausgewiesen werden, damit der Erstattungsumfang effizient bestimmt werden kann. Entgangene Zuzahlungen sollten nur erstattet werden, wenn ein zeitgleicher Befreiungsbescheid vorliegt.

Die Höhe des einheitlichen Hebesatzes zur Finanzierung des Erstattungspools und seine Zusammensetzung kann aus Tabelle 14 abgelesen werden: Der Hebesatz beträgt – auf der Datenbasis des Jahres 1999 – 0,3 Beitragsatzpunkte, die die Mitglieder aller Kassen zur GKV-weiten Finanzierung der im Erstattungspool berücksichtigungsfähigen Ausgaben entrichten müssen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich die Validität der einzelnen Ausgabeninformationen erheblich unterscheidet. Die Angaben zu den Geldleistungen Sterbegeld sowie Mutterschafts- und Entbindungsgeld stammen aus den Jahresrechnungen der Kassen, die Angabe zu den Ausgaben für Familienmitversicherte mit Wohnsitz im Ausland<sup>62</sup> von der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland. Dagegen stellt die Angabe zum Gesamtvolumen der "entgangenen Zuzahlungen" für Härtefälle mangels entsprechender Informationen in der GKV-Statistik eine eigene

---

<sup>62</sup> Dabei ist die in Tabelle 14 erfolgte Zuordnung der erfolgten Ausgaben zum Jahr 1999 streng genommen lediglich für Slowenien korrekt, weil das jeweils zuletzt abgerechnete Jahr für alle übrigen Länder tatsächlich etwas weiter zurückliegt, und zwar im Fall von Italien sogar um vier Jahre (1995). Angesichts des insgesamt vergleichsweise geringen Ausgabenvolumens sowie der voraussichtlich nur relativ geringfügigen jährlichen Zuwachsraten der Pauschalbeträge hat dies jedoch keine merklichen Auswirkungen.

(vorsichtige) Schätzung aus unterschiedlichen Datenquellen der GKV dar, die aus drei Gründen eher als Untergrenze aufgefasst werden sollte:

- Zur Abschätzung der entgangenen Zuzahlungen beim Zahnersatz lagen keine hinreichend gesicherten Informationen vor; dieser Leistungsbe- reich konnte deshalb in die Schätzung nicht mit einbezogen werden.
- Aufgrund der im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz erfolgten Auswei- tung der Zuzahlungsbefreiungen für chronisch Kranke<sup>63</sup> muss im Jahr 2000 von einem etwas erhöhten Anteil der entgangenen Zuzahlungen an den gesamten Leistungsausgaben ausgegangen werden.
- Infolge der zum 1.1.2001 erfolgten Rechtsangleichung in den neuen Ländern haben sich die dortigen Zumutbarkeitsgrenzen für die vollstän- dige Befreiung nach § 61 SGB V erhöht – mit der Folge einer Zunahme der Anzahl potenziell zuzahlungsbefreiter Versicherter.

Für das Jahr 1999 wurden insgesamt 11,1 Mio. Befreiungsbescheide nach §§ 61/62 SGB V in der GKV-Statistik ausgewiesen. Die aus den genannten Gründen als eher vorsichtig einzustufende Schätzung der entgangenen Zu- zahlungen je Befreiungsfall beläuft sich auf 234 DM.

Tabelle 14: Erforderlicher Hebesatz zur Finanzierung des Erstattungspools

Leistungen	Ausgaben 1999	in Prozent der bpE
Sterbegeld sowie Mutterschafts- und Entbindungsgeld	2.809 Mio. DM	0,156
"entgangene Zuzahlungen" von Härtefall- Versicherten nach §§ 61, 62 SGB V	2.599 Mio. DM	0,144
Pauschalüberweisungen für Familienmit- versicherte mit Wohnsitz im Ausland	36 Mio DM	0,002
Zusammen	5.444 Mio. DM	0,301

Quelle: BMG, Einzelkassendaten, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversi- cherung-Ausland; eigene Berechnungen

<sup>63</sup> Vollständiger Wegfall von Zuzahlungen im zweiten Jahr einer Dauerbehandlung wegen derselben Krankheit, wenn die Versicherten im ersten Jahr mindestens ein Prozent ihrer Jahresbruttoeinnahmen als Zuzahlungen geleistet haben; § 62 Abs. 1 SGB V.



Eine Abschätzung der Beitragssatzkonsequenzen aus der Einführung des Erstattungspools für einzelne Kassen bzw. Typen von Kassen ist nur in engen Grenzen möglich, weil die insbesondere beim Sterbegeld sowie beim Mutterschafts- und Entbindungsgeld im derzeitigen RSA bestehenden Beitragssatzverzerrungen kaum abgeschätzt werden können – und gerade diese Verzerrungen würden bei der Einrichtung des Erstattungspools und der Herausnahme dieser Leistungen aus dem RSA beseitigt.

Zur Komplexität der derzeitigen Verzerrungen am Beispiel Sterbegeld:

- Eine Kasse mit überdurchschnittlich vielen Sterbegeldfällen bei ihren Mitgliedern (2.100 DM pro Fall) und relativ wenigen Sterbegeldfällen bei Mitversicherten (1.050 DM pro Fall) würde – bei insgesamt durchschnittlicher Sterblichkeit ihrer Versicherten – beim Erstattungspool besser gestellt, weil sie derzeit im Vergleich zu ihren tatsächlichen – nicht managementfähigen – Sterbegeldausgaben einen zu geringen Beitragsbedarf zugerechnet erhält. Dasselbe würde für Kassen gelten, die als Folge einer überdurchschnittlichen (alters- und geschlechtsstrukturbereinigten) Sterblichkeit ihrer Versicherten beim derzeitigen RSA ebenfalls benachteiligt werden.
- Umgekehrt würde eine Kasse mit vergleichsweise vielen Sterbegeldfällen bei ihren Mitversicherten im Vergleich zum Status quo schlechter gestellt, denn ihre derzeitige (ungerechtfertigte) Bevorzugung in Form eines überhöhten Beitragsbedarfs würde entfallen – genauso wie die derzeitige Bevorteilung von Kassen mit unterdurchschnittlicher (alters- und geschlechtsstrukturbereinigter) Sterblichkeit ihrer Versicherten, unabhängig von deren Status als Mitglieder bzw. Mitversicherte.
- Bei Kassen mit überwiegend jungen Versicherten und entsprechend wenig Sterbefällen bzw. Sterbegeldausgaben würde sich durch die Einführung des Erstattungspools dagegen im Ergebnis nichts Wesentliches verändern: Diese Kassen erhalten weder im derzeitigen RSA eine "Gutschrift für Sterbegeldausgaben" (weil die Sterbegeldausgaben fast vollständig im Beitragsbedarf für ältere Versicherten enthalten sind), noch würden sie künftig entsprechende Erstattungen aus dem Erstattungspool erhalten. Auf der Finanzierungsseite ändert sich für diese Kassen auch nichts, da der Ausgleichsbedarfssatz durch die Einrichtung des Erstattungspools insgesamt unverändert bleibt.

Ähnlich komplex sind die derzeitigen Verzerrungen aufgrund der Berücksichtigung von Mutterschafts- und Entbindungsgeld im RSA. Für ihre Quantifizierung wären nicht nur kassenspezifische Informationen zu den jeweiligen Anteilen erwerbstätiger und damit potenziell mutterschaftsgeldberechtigter bzw. nichterwerbstätiger (u.a. mitversicherter oder arbeitsloser) und damit entbindungsgeldberechtigter Frauen im gebärfähigen Alter erfor-

derlich, sondern darüber hinaus auch Informationen zur tatsächlichen altersspezifischen Geburtenhäufigkeit, die sich zwischen erwerbstätigen und nichterwerbstätigen Frauen durchaus spürbar unterscheiden dürfte, ohne damit jedoch in irgendeiner Form als "managementfähig" gelten zu können.

Anders als für die Geldleistungen Sterbegeld sowie Mutterschafts- und Entbindungsgeld können für die "entgangenen Zuzahlungen" empirische Abschätzungen zu den Auswirkungen der Einrichtung eines GKV-weiten Erstattungspools vorgelegt werden. Allerdings ist die Schätzung der Beitragssatzwirkungen noch unvollständig, weil es aufgrund unzureichender Informationen zur Zuordnung der zuzahlungsbefreiten Versicherten zu den einzelnen RSA-Zellen nicht möglich ist, die standardisierten Ausgaben im RSA um die "entgangenen Zuzahlungen" zu bereinigen. Die Ergebnisse in Tabelle 15 beziehen sich demnach nur auf die rechnerische Beitragssatzwirkung, die daraus resultiert, dass bei Einführung eines Erstattungspools alle Kassen über einen einheitlichen Hebesatz (als Bestandteil des Ausgleichsbedarfssatzes) an der Finanzierung des Erstattungspools beteiligt werden, aber in unterschiedlichem Umfang – entsprechend der Höhe der entgangenen Zuzahlungen ihrer Versicherten – Erstattungsleistungen aus dem Pool erhalten.

In Tabelle 15 werden zu Vergleichszwecken auch die Beitragssatzwirkungen einer vollständigen Herausnahme der Finanzierung der entgangenen Zuzahlungen aus der GKV genannt ("Steuerfinanzierung"; Spalte 5). Diese Option führt insgesamt zu einer Entlastung des mittleren GKV-Beitragssatzes von rund 0,14 Prozentpunkten (vgl. Tabelle 14), wobei noch einmal in Erinnerung gerufen sei, dass dieses Ergebnis für das Jahr 1999 aus den oben genannten Gründen mittlerweile als etwas zu niedrig gelten muss.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass unterschiedliche Typen von Kassen derzeit in unterschiedlichem Ausmaß von der Finanzierung entgangener Zuzahlungen ihrer Versicherten betroffen sind und entsprechend unterschiedlich auch von einer modifizierten Finanzierung betroffen wären. Von einer GKV-externen, steuerfinanzierten Lösung würden naturgemäß alle Kassentypen profitieren, und zwar in einer Spanne zwischen 0,06 bis 0,25 Punkten Beitragssatzentlastung im Durchschnitt der betrachteten Kassentypen, wobei die Entlastungen für einzelne Kassen bis zu 0,4 Beitragssatzpunkten reichen.

Tabelle 15: Beitragssatzwirkungen einer modifizierten Finanzierung der "entgangenen Zuzahlungen" bei Härtefällen nach unterschiedlichen Typen von Krankenkassen 1999

Nr.	Finanzkraft in bpE je Vers.	Beitrags- bedarf je Vers.	Anzahl Kassen	Anzahl Versicherte	Beitragssatzveränderung bei	
	(1)	(2)	(3)	(4)	Steuer- finanzierung	GKV-weitem Erstattungs- pool
1	niedrig	mittel	13	14.417.957	-0,25 %	-0,11 %
2	mittel	niedrig	52	6.491.459	-0,15 %	-0,01 %
3	mittel	mittel	147	33.767.382	-0,13 %	+0,02 %
4	mittel	hoch	19	3.016.624	-0,20 %	-0,06 %
5	hoch	niedrig	104	8.255.868	-0,07 %	+0,07 %
6	hoch	mittel	78	2.782.225	-0,06 %	+0,08 %
	alle RSA-Kassen		413		-0,14 %	0,0 %

Anm.: In der Tabelle sind nur die Kombinationen von Finanzkraft und Beitragsbedarf aufgeführt, die hinreichend große Besetzungen aufweisen.

Bei der GKV-internen Lösung in Form des von allen Kassen gemeinsam finanzierten Erstattungspools können sich logischerweise nicht alle im Vergleich zum Status quo verbessern. Eine Entlastung in einer durchschnittlichen Größenordnung von gut einem Zehntel Beitragssatzpunkt erfahren vor allem die Kassen mit niedriger Finanzkraftposition und mittlerem Pro-Kopf-Beitragsbedarf, denen insgesamt gut 20 Prozent aller Versicherten angehören (Zeile 1). Die maximale Entlastung einer Kasse innerhalb dieser Gruppe beträgt sogar 0,26 Beitragssatzpunkte. Eine andere große Gruppe von "durchschnittlichen" Kassen hinsichtlich ihrer Finanzkraftposition und ihres mittleren Beitragsbedarfs mit zusammen fast der Hälfte aller Versicherten hätte bei der Einführung des Erstattungspools – zumindest im Hinblick auf die Einbeziehung der entgangenen Zuzahlungen – im Durchschnitt keine merklichen Beitragssatzveränderungen zu erwarten (Zeile 3). Geringfügige Beitragssatzerhöhungen würden dagegen bei Kassen mit einer überdurchschnittlich hohen Finanzkraft ausgelöst (Zeilen 5/6), weil diese Kassen vergleichsweise geringe Anteile an zuzahlungsbefreiten Versicherten aufweisen; im Gruppendurchschnitt dieser Kassen beträgt die zusätzliche Belastung 0,08 und im Extremfall 0,14 Beitragssatzpunkte. Insgesamt wür-

de rund ein Fünftel aller Kassen mit zusammen gut der Hälfte aller Versicherten durch die GKV-weite Finanzierung der entgangenen Zuzahlungen entlastet; ein weiteres Fünftel aller Kassen mit zusammen jedoch lediglich rund 2 Prozent aller Versicherten würde dagegen um mindestens ein Zehntel Beitragssatzpunkt belastet.

Um möglichen Fehlinterpretationen dieser Ergebnisse von vornherein vorzubeugen, sei noch einmal ausdrücklich betont, dass die hier ebenfalls vorgeschlagene Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs (Abschnitt 6.1) keine Beseitigung der derzeitigen Beitragssatzverzerrungen bewirkt, die zwischen Kassen mit relativ vielen bzw. wenigen zuzahlungsbefreiten Versicherten bestehen. Entgangene Zuzahlungen sind ein ausgabenseitiges Problem, das bei der derzeitigen Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben bzw. der darauf basierenden Zurechnung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs nicht berücksichtigt wird und deshalb nach Auffassung der Gutachter – gemeinsam mit einer sachgerechten Finanzierung der Geldleistungen Sterbegeld sowie Mutterschafts- und Entbindungsgeld sowie der Pauschalausgaben für Familienmitversicherte mit Wohnsitz im Ausland – einer eigenständigen Lösung bedarf.

## 7 Literatur

- Ash, Arlene S.; Byrne-Logan, Susan (1998): How Well do Models Work? Predicting Health Care Costs. Proceedings of the Section on Statistics in Epidemiology, American Statistical Association, 42-49.
- Ash, Arlene S.; Ellis, Randall P.; Yu, Wei; MacKay, Elizabeth A.; Iezzoni, Lisa I.; Ayanian, John Z.; Bates, David W.; Burstin, Helen; Byrne-Logan, Susan; Pope, Gregory C. (1998): Risk Adjustment for the Non-Elderly. Report, Contract No 18-C-90462/1-02, prepared for the Health Care Financing Administration. Boston University and Health Economics Research, Boston.
- Ash, Arlene S.; Porell, Frank; Gruenberg, Leonard; Sawitz, Eric; Beiser, Alexa (1989): Adjusting Medicare Capitation Payments using prior Hospitalization Data. Health Care Financing Review, 10(4), 17-29.
- Averill, Richard F. et al. (1997): Evaluation of a Prospective Payment System, in: Journal of Ambulatory Care Management, 20, 31-48.
- Barneveld, Erik M. van; Lamers, Leida M.; van Vliet, René C.J.A.; van de Ven, Wynand P.M.M. (1998): Mandatory Pooling as a Supplement to Risk Adjusted Capitation Payments in a Competitive Health Insurance Market. Social Science and Medicine, 47, 223-232.
- Bohm, Steffen; Jacobs, Klaus; Reschke, Peter (1996): Notwendigkeiten und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Konzeptionelle und empirische Analysen in wettbewerblicher Perspektive. Graue Reihe der Hans-Böckler-Stiftung – N.F. 111, Düsseldorf.
- Buchner, Florian; Wasem, Jürgen (1999): Morbidität und der Ausgleich von Risikostrukturen – was kann die USA uns lehren? Arbeit und Sozialpolitik, 53 (11-12), 21-29.
- Breyer, Friedrich; Kifmann, Mathias (2001): Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV. DIW-Diskussionspapier Nr. 236, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (o.J.; 2000): Gesundheitliche Lage 10 Jahre nach der Wiedervereinigung, o.O., <http://www.bmggesundheits.de/themen/gkv/laender/start.htm>
- Cassel, Dieter (1992): Wirtschaftliche und soziale Auswirkungen von Wahlmodellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos.
- Clark, Daniel O.; von Korff, Michael; Saunders, Kathleen; Baluch, William M.; Simon, Gregory E. (1995): A Chronic Disease Score with Empirically Derived Weights. Medical Care, 33(8), 783-795.

- Dudey, Stefan; Jacobs, Klaus; Reschke, Peter (2000): Auf dem Weg zu einem ungeteilten gesamtdeutschen RSA. Konzeptionelle Grundlagen und empirische Konsequenzen möglicher regelgebundener Übergangsmo-  
delle. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Berlin.
- Ellis, Randall P.; Pope, Gregory C.; Iezzoni, Lisa I.; Ayanian, John Z.; Bates, David W.; Burstin, Helen; Dayhoff, Debra A.; Rensko, Amy; Dawes, Tim; Ash, Arlene S. (1996): Diagnostic Cost Group (DCG) and Hierarchical Coexisting Conditions (HCC) Models for Medicare Risk Adjustment. Volume I, Final Report, Contract No 500-92-0020, Delivery Order No. 6. Prepared for the Health Care Financing Administration. Health Economics Research, Waltham.
- Ellis, Randall P.; Pope, Gregory C.; Iezzoni, Lisa I.; Ayanian, John Z.; Bates, David W.; Burstin, Helen; Ash, Arlene S. (1996): Diagnosis-Based Risk Adjustment for Medicare Capitation Payments. *Health Care Financing Review*, 17(3), 101-128.
- Felder, Stefan (2000): Anmerkungen zum Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*, 120(2), 187-206.
- Goldfield, Norbert et al. (1999): The Prospective Risk Adjustment System. *Journal of Ambulatory Care Management*, 22(2), 41-52.
- Health Care Financing Administration (1999): Report to Congress: Proposed Method of Incorporating Health Status Risk Adjusters into Medicare + Choice Payments, Baltimore.
- Hornbrook, Mark C.; Goodman, Michael J. (1996): Chronic Disease, Functional Health Status, and Demographics: A Multi-Dimensional Approach to Risk Adjustment. *Health Services Research*, 17, 283-307.
- Hühne, Peter; Hofmann, Jürgen (1988): Wettbewerb erfordert Finanzausgleich – aber nicht jeder Finanzausgleich fördert Wettbewerb. *Arbeit und Sozialpolitik*, 42, 58-62.
- IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2000): Gutachten zum Krankenhausplan 2005. Erstellt im Auftrag der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, Berlin.
- Ingber, Melvin J. (1998): The Current State of Risk Adjustment Technology for Capitation. *Journal of Ambulatory Care Management*, 21(4), 1-28.
- Jacobs, Klaus; Reschke, Peter (1992): Freie Wahl der Krankenkasse. Baden-Baden: Nomos.
- Jacobs, Klaus; Reschke, Peter; Wasem, Jürgen (1998): Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos.

- Lamers, Leida M. (1998): Risk-adjusted Capitation Payments: Developing a Diagnostic Cost Groups Classification for the Dutch Situation. *Health Policy*, 45, 15-32.
- Lamers, Leida M. (1999): Pharmacy Cost Groups. *Medical Care*, 37(8), 824-830.
- Lauterbach, Karl; Wille, Eberhard (2000): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich: Sofortprogramm "Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung" unter der Berücksichtigung der Morbidität. Gutachten im Auftrag von VdAK, AEV, AOK-BV und IKK-BV, Zwischenbericht zum Gutachten 1.11.2000.
- Leber, Wulf-Dietrich (1991): Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Konzept zur Neuordnung des Kassenwettbewerbs. Baden-Baden: Nomos.
- Leber, Wulf-Dietrich; Wasem, Jürgen (1989): Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst*, 69(2), 87-93.
- Neubauer, Günter; Nowy, Roland (2000): Analyse der DRG-Fallkostenkalkulation, der Vergütungsfindung und der Zu- und Abschläge in Australien. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Institut für Gesundheitsökonomik, München.
- Newhouse, Joseph E.; Manning, Willard G.; Keeler, Emmett B.; Sloss Elizabeth M. (1989): Adjusting Capitation Rates Using Objective Health Measures and Prior Utilization. *Health Care Financing Review*, 10(3), 41-54.
- Reschke, Peter (1993): Berücksichtigung des Krankengelds im Risikostrukturausgleich: Diskussionsbeitrag. In: Paquet, Robert; König, Wolfgang (Hrsg.): *Der Risikostrukturausgleich und die Konsequenzen für den Wettbewerb*, Essen, 66-69.
- Schneider, Werner (2001): Risikostrukturausgleich: Wissenschaft in Vielem einig. *Gesundheit und Gesellschaft*, 4(2), 20-21.
- Schokkaert, Erik; Dhaene, Geert; van de Voorde, Carine (1998): Risk Adjustment and the Trade-off between Efficiency and Risk Selection: An Application of the Theory of Fair Competition. *Health Economics*, 7, 465-480.
- Spycher, Stefan (1999): Ausgestaltungsmöglichkeiten für den Risikoausgleich in der Schweiz. Zwischenbericht über die internationale wissenschaftliche Literatur zum Risikoausgleich und die in der Schweiz sowie im Ausland vorliegenden Reformvorschläge im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS), Bern.
- Spycher, Stefan (2000): Reform des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung? Studie 2: Empirische Prüfung von Vorschlägen zur Optimierung der heutigen Ausgestaltung. Im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS), Bern.

- Ven, Wynand P.M.M. van de; Ellis, Randall P. (2000): Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: Culyer, Anthony J.; Newhouse, Joseph P., (Hrsg.): Handbook of Health Economics, Vol. 1A, Amsterdam: Elsevier North-Holland, 755-845.
- Vliet, René C.J.A. van; Lamers, Leida M. (1999): Verdeelkenmerken voor het ZFW-verdeelmodel gebaseerd op chronische aandoeningen afgeleid uit medicijnvoorschriften in het verleden: een eerste verkenning op WOVM-data. Eindrapport. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Wasem, Jürgen (1993): Berücksichtigung des Krankengelds im Risikostrukturausgleich: Statement. In: Paquet, Robert; König, Wolfgang (Hrsg.): Der Risikostrukturausgleich und die Konsequenzen für den Wettbewerb, Essen, 58-65.
- Weiner, Jonathan P.; Abrams, Chad (2000): The Johns Hopkins ACG Case-Mix System Documentation. The Johns Hopkins University, Baltimore.
- Weiner, Jonathan P.; Starfield, Barbara H.; Steinwachs, Donald M.; Mumford, Laura M. (1991): Development and Application of a Population-oriented Measure of Ambulatory Care Case-Mix. Medical Care, 29, 452-472.
- Wille, Eberhard; Schneider, Udo (1997): Zur Regionalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Recht und Politik im Gesundheitswesen, 3(4), 141-158.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Bundesvereinigung (2000): Gesundheitszustand und ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung im Ost-West-Vergleich. Wissenschaftliche Reihe des ZI – Bd. 56, Köln.
- Zoike, Erika; König, Wolfgang; Dahm, A.; Paquet, Robert (1993): Zur Berücksichtigung des Krankengeldes beim Risikostrukturausgleich. Die Betriebskrankenkasse, 81(6), 406-414.



**Übersichten:**

Übersicht 1: Zeitplan der RSA-Reform 2001-2007 .....	11
Übersicht 2: Fahrplan für die Umstellung des RSA .....	93

**Tabellen:**

Tabelle 1: Solidartransfers innerhalb der GKV 1997 .....	20
Tabelle 2: Rechnerisch ausgabendeckende Beitragssätze mit und ohne RSA nach Typen von Krankenkassen 1999.....	32
Tabelle 3: Krankenkassen nach der Wachstumsrate 1995 / 1999.....	35
Tabelle 4: Veränderungen in der Altersstruktur der Kassen nach deren Wachstumsrate 1995/1999 .....	39
Tabelle 5: Ausgewählte Ausgabenpositionen von Krankenkassen nach ihrer Wachstumsrate 1995 / 1999 .....	40
Tabelle 6: Ausgabendeckende Teil-Beitragssätze für vertragsärztliche Behandlung nach Typen von Krankenkassen für 1999 .....	56
Tabelle 7: Exemplarische Auswirkungen einer Ausgabenveränderung auf Beitragssatz und Transfervolumen .....	65
Tabelle 8: Szenarien zur Wirkung eines Risikopools vom Typ "Stop-loss mit Selbstbeteiligung" .....	120
Tabelle 9: Unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten für den Risikopool .....	126
Tabelle 10: Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch Einbezug standardisierter Verwaltungsausgaben – 2-Kassen-Beispiel .....	137
Tabelle 11: Beitragssatzwirkungen einer Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs durch Einbezug standardisierter Verwaltungsausgaben in den RSA nach Typen von Krankenkassen 1999 .....	141
Tabelle 12: Ausgabenposition Krankengeld und AKV-Grundlohnposition nach Arbeiter- und Angestelltenkassen 1999 .....	173
Tabelle 13: Deckende Beitragssatzpunkte für Krankengeldausgaben in Abhängigkeit von der Dauer der Entgeltfortzahlung (bei durchschnittlicher Altersstruktur und mittlerem Frauenanteil).....	176
Tabelle 14: Erforderlicher Hebesatz zur Finanzierung des Erstattungspools .....	184
Tabelle 15: Beitragssatzwirkungen einer modifizierten Finanzierung der "entgangenen Zuzahlungen" bei Härtefällen nach unterschiedlichen Typen von Krankenkassen 1999.....	187

**Abbildungen:**

Abbildung 1:	Verteilung der ausgabendeckenden Beitragssätze ohne RSA in den Jahren 1995 und 1999 .....	37
Abbildung 2:	Gruppierung und Hierarchiebildung von Krankheitszuständen am Beispiel von Diabetes .....	77
Abbildung 3:	Unterschiedliche Formen eines Risikopools mit Schwellenwert.....	118
Abbildung 4:	Lorenzkurve der Summe aus Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld (Rechtskreise Ost und West zusammen, 1999).....	123
Abbildung 5:	Vergleich von Ausgabenprofil im RSA 1999, Ausgabenprofil in der verwendeten Risikopool-Stichprobe sowie durchschnittliche Zahlungen aus dem Risikopool .....	124
Abbildung 6:	Anteil der im Risikopool erstattungsfähigen Ausgaben (Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld) an den RSA-Ausgaben insgesamt (alle Leistungsbereiche) nach Alter und Geschlecht VG 01 im Rechtskreis West; Glättung nach RSA-Vereinbarung.....	128
Abbildung 7:	Ausgabenelastizität des ausgabendeckenden Beitragssatzes einer Krankenkasse unter RSA-Bedingungen für verschiedenen hohe beitragspflichtige Einnahmen (ABS = 12,6%).....	145