

Überblick

Wettbewerb zum Wohl der Kranken

von Werner Schneider 4

RÜCKBLICK

Ein System lernt dazu

von Klaus Jacobs 6

AUSGLEICHSSHEMA

Der Risikostrukturausgleich im Schaubild 8

GUTACHTEN

Das Verfahren steht

von Dorothee Schawo 10

INTERVIEW MIT WILHELM F. SCHRÄDER, JÜRGEN WASEM
UND KARL W. LAUTERBACH

Geringer Aufwand, großer Nutzen 12

ARGUMENTE

Die Herausforderung annehmen

von Boris M. Velter 14

BEISPIELE

Krankheit auf die Rechnung setzen 15

FÜNF FRAGEN, FÜNF ANTWORTEN

zum Risikostrukturausgleich 16

■ Beitragsbedarf

Der Beitragsbedarf ist der Betrag, den eine Krankenkasse im Risikostrukturausgleich (RSA) zur Deckung ihrer Gesundheitsausgaben zugewiesen bekommt. Im derzeit angewandten Verfahren werden GKV-durchschnittliche Versorgungskosten in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente, Krankengeldansprüchen und Teilnahme an einem Disease-Management-Programm ermittelt. Verwaltungskosten sowie Satzungs- und Ermessensleistungen werden nicht berücksichtigt. Weil der heutige RSA und der Morbi-RSA auf GKV-durchschnittlichen Versorgungskosten beruhen, gleicht er keine Mehrausgaben aus, die durch unwirtschaftliches Handeln verursacht werden.

■ Finanzkraft

Die Finanzkraft einer Krankenkasse ergibt sich aus den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder. Um dem Solidaritätsprinzip Geltung zu verschaffen, werden Unterschiede in der Finanzkraft der Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich verrechnet. Dabei spielt die Morbidität der Versicherten keine Rolle – daher ändert sich auch mit Einführung des Morbi-RSA am Finanzausgleich nichts. Der Ausgleich der Finanzkraft soll verhindern, dass den Kassen, die einkommensschwächere Versicherte haben, gegenüber Kassen mit einkommensstärkeren Versicherten Nachteile im Wettbewerb entstehen.

■ Grouper

Klassifikationsmodell zur Erfassung des Gesundheitszustands der Versicherten. Der für den Morbi-RSA von wissenschaftlichen Gutachtern empfohlene Grouper ist ein amerikanisches Modell, das die Morbidität auf Ba-

sis von Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen klassifiziert. Das Modell wird für den Morbi-RSA an die deutschen Verhältnisse angepasst. Im Morbi-RSA werden GKV-durchschnittliche Kosten je Morbiditätsklasse ermittelt.

■ Morbidität

Vom lateinischen „morbidus“ für „krank“. Die Morbidität gibt die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe zu einem Zeitpunkt oder in einem Zeitraum an. Die Morbidität soll ab 2007 im Risikostrukturausgleich ein entscheidender Faktor werden. Der RSA wird dann die unterschiedliche Morbidität der Versicherten bei der Berechnung des Beitragsbedarfs der einzelnen Kassen direkt berücksichtigen.

■ RSA-Transfervolumen

Die Menge Geldes, die im Risikostrukturausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen fließt. Die Höhe des Transfervolumens hängt von der Zahl der Krankenkassen und dem Grad der Entmischung der Risikostrukturen ab. Das Volumen ist umso geringer, je ausgeglichener die Einkommens- und Risikostrukturen sind. Die Höhe des Transfervolumens ist kein Maßstab zur Beurteilung der Wirksamkeit des RSA. Würden z.B. sämtliche Versicherten, die älter als 60 Jahre sind, zu einer Krankenkasse wechseln, so würde das RSA-Transfervolumen – schon unter den Bedingungen des heutigen RSA – automatisch steigen.

■ Risikoselektion

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 führte mit dem Recht auf freie Kassenwahl den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Im Wettbewerb konkurrieren die Kassen um Mitglieder und

Marktanteile. Ohne eine solidarische Wettbewerbsordnung besteht für die Kassen ein wirtschaftlicher Anreiz, insbesondere gut verdienende, junge und gesunde Versicherte anzuwerben. Diese Risikoselektion soll durch den Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV als zentrales Element einer solidarischen Wettbewerbsordnung verhindert werden. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass ein RSA, der auf indirekten Morbiditätsmerkmalen wie Alter und Geschlecht basiert und nicht zwischen gesund und krank unterscheidet, Risikoselektionen nur unzureichend verhindert. Ab 2007 sollen daher direkte Krankheitsmerkmale beim Ausgleich berücksichtigt werden.

■ Solidaritätsprinzip

Zum Wesen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört das Solidaritätsprinzip. Die Beiträge für den Krankenversicherungsschutz richten sich nach dem Einkommen des Versicherten. Der Anspruch auf medizinische Leistungen ist unabhängig von der jeweiligen Beitragshöhe. Die Leistungen richten sich also nach der individuellen Bedürftigkeit, die Beitragslast nach der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit – darin unterscheidet sich die GKV von privaten Kassen. Solidarität in der GKV heißt: Gesunde stehen für Kranke ein, Einkommensstarke für Einkommensschwache, Junge für Alte, Kinderlose für Familien.

Quellen: „Stichwort: Gesundheitswesen“, Stephanie Becker-Berke und Birgit Lautwein-Reinhard, KomPart-Verlag, Bonn 2004. „Dem Wettbewerb die richtige Richtung geben“ von Klaus Jacobs, in: Festschrift für Peter Kirch, KomPart-Verlag 2003. „Wider den Wildwuchs im Wettbewerb“, G+G-Spezial zum Risikostrukturausgleich, Februar 2004. www.das-glossar-zur-gesundheitsreform.de, BMGS 2004.