
Erste Erfahrungen mit Gesundheitsfonds und Morbi-RSA in Deutschland

Rolf Stuppardt

	Rn.
1 Kurze Entstehungsgeschichte	1
2 Abgrenzung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA	7
3 Die Funktionsweise des Gesundheitsfonds	8
4 Das Konstrukt des Morbi-RSA	11
4.1 Bisherige Auswirkungen des Morbi-RSA und des Gesundheitsfonds	16
5 Kritische Würdigung	22
6 Maßnahmen zur Qualitätssicherung	30
7 Zusammenfassung und Fazit	31
Literatur	



Rolf Stuppardt

Jahrgang: 1948; Studium Betriebswirtschaft und Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum; bis 1992 Abteilungsleiter Wirtschaft, Statistik und Gesundheit beim BKK-Bundesverband; bis 1995 Geschäftsführer des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen; 1996–2008 Vorstandsvorsitzender des IKK-BV; seit 2008 Geschäftsführer des IKK e. V. Berlin; *ausgewählte Funktionen*: Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss; Mitglied im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenkassen; Mitglied im Vorstand der Association Internationale Mutualité (AIM), Brüssel und dort Präsident der Arbeitsgruppe Arzneimittelpolitik in Europa.

Abstract: Der Gesundheitsfonds ändert nichts an der Knappheit der Ressourcen in der GKV, das Finanzierungsproblem bleibt ungelöst. Er führt in logischer ordnungspolitischer Konsequenz zu mehr Zentralisierung und Staatsorientierung im deutschen Gesundheitswesen, das im Grunde eine dezentrale, föderative und selbst verwaltete Tradition hat. Dies ist längst noch nicht bei den Bürgern angekommen. Beide, Fonds und Morbi-RSA, bergen letztendlich eine inhärente Tendenz zur Vereinheitlichung des Versicherungssystems in sich. Er verlagert schließlich das Risiko von Ausgabensteigerungen ausschließlich auf Versicherte. Mit der Wiederherstellung der dezentralen Beitragsautonomie wäre dem ein wenig entgegen zu wirken.

1 Kurze Entstehungsgeschichte

Schon lange wird politisch um eine dringend erforderliche, nachhaltige Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung gerungen. Die derzeitige Koalition war im Rahmen der letzten Koalitionsverhandlungen wegen der unterschiedlichen Grundlagenkonzepte nicht dazu in der Lage, sich auf ein nachhaltiges Finanzierungskonzept zu einigen. So entstand als ordnungspolitischer „Zwischenschritt“ die Einführung des Gesundheitsfonds im Jahre 2009 als Kompromiss zweier gegensätzlicher Finanzierungsvorstellungen: Der Bürgerversicherung auf Seiten der SPD einerseits und des Gesundheitsprämienmodells der CDU/CSU andererseits. **1**

Der Gesundheitsfonds ist letztlich als strategische Ausgangsposition für einen neuen Anlauf einer grundlegenden Finanzierungsreform nach den kommenden Bundestagswahlen anzusehen, der beide Konzepte flankieren kann. Er ist ordnungspolitisch einerseits als operative Basis für die Finanzströme einzuordnen andererseits ein gewichtiges Element staatlichen Einflusses in das Finanzierungsgeschehen der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Nicht zuletzt wurde mit seiner Einführung das Selbstverwaltungsprinzip der Bismarckschen Sozialpolitik auch im Bereich der Krankenkassen massiv eingeschränkt, so dass die Entscheidungshoheiten faktisch auf Satzungsfragen und Beschlussfassungen über etwaige Zusatzbeiträge zurückgefahren und die Selbstverwaltungen entgegen allen Beteuerungen deutlich entmachtet wurden. **2**

Die Geschichte des morbiditätsorientierten Risikostruktur-Ausgleichs (Morbi-RSA), der ebenfalls mit dem Gesundheitsfonds eingeführt wurde, hat dagegen schon eine langjährige Stufenentwicklung hinter sich. Sie geht auf das Jahr 1992 zurück, wo im Rahmen des gesundheitspolitischen Konsenses von Lahnstein mit dem Gesundheitsstrukturgesetz Bundesregierung (CDU-CSU-FDP) und SPD-Opposition **3**

den Grundstein für eine neue Wettbewerbsordnung für die GKV legten. Kernelemente waren damals die Einführung der freien Kassenwahl und eines GKV-weiten Risikostrukturausgleichs (RSA), der 1994 zunächst in die allgemeine Krankenversicherung eingeführt und 1995 auf die gesamte GKV einschließlich Rentner ausgeweitet wurde. Die freie Kassenwahl hat die Einführung des RSA als *conditio sine qua non* erforderlich gemacht, weil die Solidarversicherung einerseits keine risikobezogenen Prämien erhebt und weil die Wahlfreiheiten der Versicherten in etwa gleiche Startbedingungen für die Krankenkassen im Wettbewerb erforderlich machten, wobei Unterschiede ausgeglichen werden sollten, die sich allein durch die differente Versichertenstruktur bei den einzelnen Krankenkassen ergaben.

- 4 Seither hat sich der RSA in 3 Stufen weiterentwickelt:
- 5 1994 als „einfacher RSA“ eingeführt mit den Ausgleichskriterien Einkommen (in Form der durchschnittlich beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied), Alter und Geschlecht der Versicherten sowie der Bezug einer Erwerbsminderungsrente (EU/BU-Rentner), wurde der RSA ab 2003 schließlich erweitert um erste „Morbiditätskriterien“ in Form der Einschreibung der Versicherten in DMP-Programme und durch die Berücksichtigung eines Risikopools für besonders aufwendige Leistungsfälle. Während das Ausgleichsvolumen im Jahre 2004 noch rund 16,1 Mrd Euro umfasste, ist es bis heute auf ca. 19 Mrd. angestiegen. Mit der Einführung der 3. Stufe, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, mit dem risikoadjustierte Zuweisungen orientiert an bestimmten Krankheiten den Risikobezug simulieren, wird das Ausgleichsvolumen kalkulatorisch sicher noch ansteigen, wobei es wegen der neuen Fondskonstruktion aber keine Zahlen mehr gibt, da alle Kassen durch die Zuweisungen zu „Empfängerkassen“ werden.
- 6 Die Entwicklung des RSA ist stets von unterschiedlichen kritischen Diskussionen begleitet gewesen. Nach Auffassung des eher liberalen ordnungspolitischen Spektrums sollte der RSA im Laufe der Zeit eigentlich abgebaut werden. Auf Basis eines erweiterten Wettbewerbs sozusagen nach den „Startbedingungen“ müsse sich das Krankenversicherungs-Management auch ohne weitere Umverteilungen bewähren. Dagegen unterstützte das Bundesverfassungsgericht den RSA als ausgleichendes Element und Teil des Solidarsystems gegen eine Klage der Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Hessen, da ansonsten der gegebene Wettbewerbsrahmen der Kassen nicht gewährleistet sei. Es sah eine Weiterentwicklung im Rahmen einer RSA-Reform als geboten und als durchaus verfassungskonform an. Tatsäch-

lich waren die Wettbewerbs- und Ausgleichsbedingungen auch nie so angelegt, dass etwa ein noch so effizientes Kassenmanagement die ökonomischen Folgen der unterschiedlichen Strukturen der Versicherungsgemeinschaften, die sich ja auch mit relevant niedrigeren Beitragssätzen neu gründen konnten, im Wettbewerb hätte ausgleichen können. Die Risikostrukturunterschiede zwischen den Kassen waren und sind so groß, dass die Beitragssatzspanne ohne Risikostrukturausgleich durchaus 10–15 Prozentpunkte ausmachen würde.

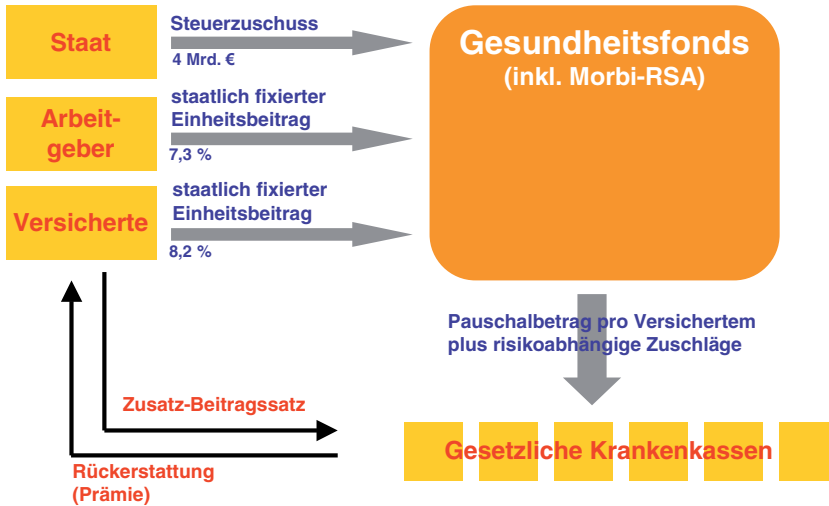
2 Abgrenzung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

Entgegen der allgemeinen Wahrnehmung sind Gesundheitsfonds und Morbi-RSA voneinander unabhängige Elemente in der Finanzierung der GKV. Die Funktionsweise und -fähigkeit des Risikostrukturausgleichs ist keinesfalls auf eine Geldsammelstelle wie den Gesundheitsfonds angewiesen. Der Gesundheitsfonds ist nichts anderes als eine zentrale Verwaltungsstelle der Finanzmittel der Sozialen Krankenversicherung, mit dem der allgemein gültige Beitragssatz gesteuert wird und die Mitteleinnahmen und Zuweisungen an die Krankenkassen organisiert werden. Der Fonds hat die Beitragsautonomie der Kassen nahezu abgeschafft und auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen und Auszahlungen von Prämien reduziert. Die Distribution der Finanzmittel an die Krankenkassen erfolgt gemäß den Berechnungen im morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich. Es ist keinesfalls ausgemacht, dass dadurch die Ökonomie der Kassen und auch das damit verbundene Leistungs- und Versorgungsgeschehen besser gestellt werden.

3 Die Funktionsweise des Gesundheitsfonds

Auf Basis des vom Parlament festgelegten einheitlichen Beitragssatzes fließt ein prozentualer Beitrag sowohl seitens der Versicherten als auch der Arbeitgeber über die Krankenkassen in den Gesundheitsfonds. Dieser weist den Krankenkassen unter Berücksichtigung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches die für deren Ausgabenverpflichtungen erforderlichen Mittel „vergangenheitsbezogen“ zu. Kommen die Krankenkassen mit den Mittelzuweisungen nicht aus, müssen sie künftig einen Zusatzbeitrag erheben. Sind die Mittelzuweisungen höher als die Verpflichtungen können die Krankenkassen den Mitgliedern Beiträge/Prämien zurückerstatten.

- 9 Grundsätzlich erhalten die Krankenkassen die Zuweisungen zur Deckung Ihrer Pflichtleistungen, für Aufwendungen zur Entwicklung und Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme, zur Deckung von Verwaltungskosten und für Satzungs- und Mehrleistungen. Das ganze organisiert das Bundesversicherungsamt (siehe Abb. 1).



10 Abb. 1: Finanzierungsströme im Gesundheitsfonds ab 1.1.2009
Quelle: BKK – Bundesverband

4 Das Konstrukt des Morbi-RSA

- 11 Die Rechenbasis der Zuweisungen nach dem Morbi-RSA orientiert sich zum einen an einer Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV und zum anderen werden risikoadjustierte Zu- und Abschläge nach Alter und Geschlecht, nach Morbidität und nach Erwerbsminderungsrente ermittelt. Auf Basis der Datenmeldungen der Kassen gibt es dementsprechend derzeit 152 Risikogruppen, für die Zu- und Abschläge ermittelt werden. Diese bestehen aus
- 40 Alters-Geschlechts-Gruppen in 5-Jahres-Abständen, getrennt nach Männern und Frauen und separierten Neugeborenen,
 - 6 Erwerbsminderungsgruppen, differenziert nach Alter und Geschlecht und unter Berücksichtigung einer Erwerbsminderungsrente im Vorjahr für mehr als 183 Tage und schließlich

- 106 hierarchisierte Morbiditätsgruppen, wobei die Zuordnung nach Diagnosen ggf. validiert durch Arzneimittel erfolgt (siehe Abb. 2).

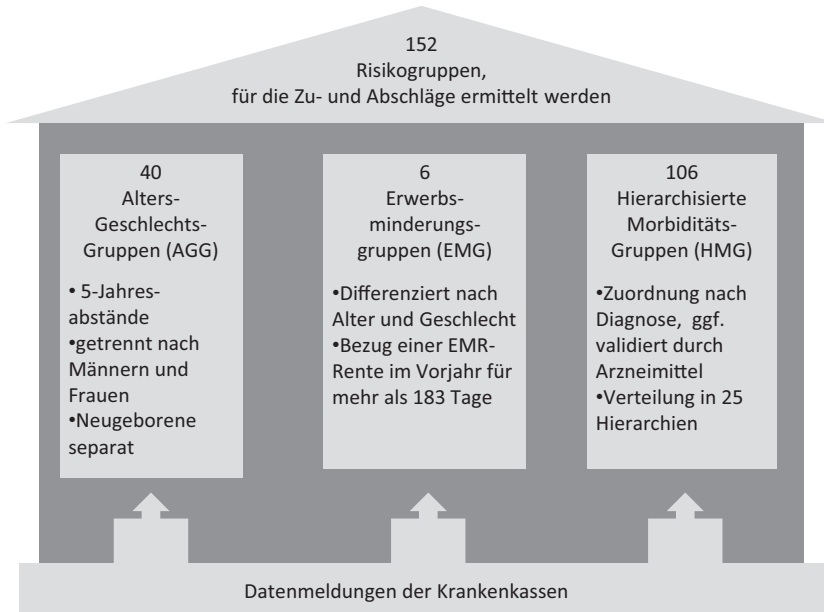


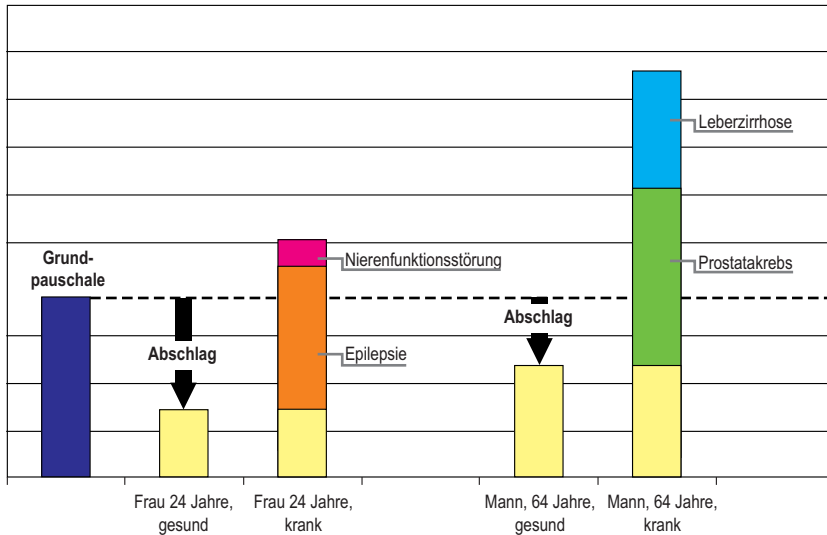
Abb. 2: Risikogruppen des Morbi-RSA

Quelle: BVA

12

Die Kriterien für die morbiditätsbezogenen Zuschläge sind einerseits die Eingruppierung in eine der 80 vom Bundesversicherungsamt (BVA) festgelegten Erkrankungen auf Grundlage des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats beim BVA. Hierbei führt jede morbi-relevante stationäre Diagnose zum Zuschlag. Ambulante Diagnosen müssen hingegen in mindestens zwei aufeinander folgenden Quartalen gestellt und z. T. mit Arzneimittelverordnungen validiert worden sein. Das Ganze wird als „prospektives Modell“ verstanden, da die Zuschläge nicht die laufenden Behandlungskosten sondern die Folgekosten einer Krankheit abdecken sollen. Basis der Fondszuweisungen ist die Morbidität des Vorjahres, die Leistungsausgaben aber werden natürlich durch die Morbidität des laufenden Jahres bestimmt. Anhand der Schaubilder 3 und 4 werden zur besseren Anschauung das Prinzip der Zu- und Abschläge nach dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einerseits und Beispiele für Zuschläge nach den hierarchisierten Morbiditätsgruppen dargestellt. (siehe Abb. 3 und 4)

13



14 *Abb. 3: Zu- und Abschläge nach dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich*
Quelle: BVA

Hierarchisierte Morbiditätsgruppen		BVA +/-
HMG001	HIV/AIDS	879,07 €
HMG002	Sepsis/Schock	225,57 €
HMG003	Nicht virale Infektionen des Zentral- Nervensystems	227,33 €
HMG004	Myeloische Leukämie	1.491,34 €
HMG005	Infektionen durch opportunistische Erreger	431,55 €
HMG006	Multiples Myelom, akute lymphatische Leukämie	729,93 €
HMG007	Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie	314,08 €
HMG008	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	1.430,56 €
HMG009	Metastasen sonstiger Lokalisation, Kaposi-Sarkom	1.042,20 €
HMG010	Lymphknotenmetastasen	773,27 €
HMG011	Bösartige Neubildung des Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas	634,21 €
HMG012	Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen	445,94 €
HMG013	Sonstige ernste bösartige Neubildungen	200,30 €
HMG014	Andere Neubildungen	66,64 €
HMG015	Diabetes mit renalen Manifestationen	240,62 €

HMG016	Diabetes mit neurologischen oder peripheren zirkulatorischen Manifestationen	180,05 €
HMG017	Diabetes mit akuten Komplikationen	168,54 €
HMG018	Diabetes mit ophthalmologischen Manifestationen	152,07 €
HMG019	Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen	66,18 €
HMG020	Typ I Diabetes mellitus	193,43 €

Abb. 4: Beispiele für Zuschläge im Morbi-RSA

Quelle: Datenübernahme BVA (2008)

15

4.1 Bisherige Auswirkungen des Morbi-RSA und des Gesundheitsfonds

Eine abschließende Beurteilung der finanziellen Auswirkungen ist nach wenigen Zuwendungsbescheiden bislang noch nicht möglich. Die Tendenzen sind aber erkennbar. 16

So darf man das AOK-System sicherlich vor dem Hintergrund des status quo der Finanzverteilungen als absoluten „Gewinner“ des neuen Morbi-RSA bezeichnen. Kassen mit überdurchschnittlicher Morbiditäts-Struktur profitieren ebenfalls vom neuen Ausgleichssystem, wohingegen Kassen mit unterdurchschnittlicher Ausgabenstruktur vorsichtig als „relative Verlierer“, die jungen Direktkassen jedoch als „absolute Verlierer“ auszumachen sind. 17

Im Übrigen melden die Mehrzahl der Krankenkassen für das erste Quartal 2009 Einnahmeüberschüsse von GKV-weit ca. 1 Mrd. Euro. Dies ist aber keinesfalls als Entwarnung für die durch den Einheitsbeitrag bedingte kritische Finanzsituation der Kassen anzusehen. So ist das erste Quartal jedes Jahres traditionell ausgabenschwächer als die anderen Quartale und weitere Kostensteigerungen sind zu erwarten. Außerdem sind die kommenden Belastungen für die verpflichtenden Hausarztverträge noch völlig offen und schließlich müssen die Darlehen des Bundes zur Überbrückung der Fondsunterdeckung in 2009 im Jahre 2011 nach geltendem Recht zurückgezahlt werden, die Mehrbelastungen für die Honorarreform der Ärzte noch nicht einbezogen. 18

Der Schätzerkreis beim BVA geht von einer erwarteten Unterdeckung im Jahre 2009 von 2,9 Mrd. aus. Trotz des garantierten Steuerzuschusses zur Deckung des Defizits in 2009 ist dies höchst relevant, müssen die Gelder doch im Jahr 2011 zurückgezahlt werden. Das derzeit erwartete Defizit des Fonds bei Ausgabensteigerungen von etwa 19

konservativ geschätzten 3,5 % und weiterer konjunkturbedingter Einnahmerückgänge aufgrund Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit wird im Jahre 2010 etwa 7 Mrd. Euro betragen, was einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 11,60 Euro im Monat je GKV-Mitglied entspricht. In 2011 ist schließlich von einem Ausgabenüberschuss von 11 Mrd. auszugehen. Dies bedeutet, dass es ab 2010 für die Versicherten der Krankenkassen auf breiter Front Zusatzbeiträge geben kann.

- 20 Dementsprechend hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 4.6.2009 eine Forderung an die Politik gerichtet und beschlossen, „noch in dieser Legislaturperiode sicherzustellen, dass die durch die Finanz- und Wirtschaftskrise bedingten Einnahmeausfälle der gesetzlichen Krankenversicherung 2009 und 2010 durch Bundesmittel ausgeglichen“ werden sollen. Da das Darlehen lediglich der Sicherung der Liquidität des Gesundheitsfonds im Jahresverlauf dient und die Bewältigung der Finanzkrise gerade im GKV-Bereich als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen ist, ist dies nur folgerichtig.
- 21 Während das BVA zunächst bei 16 Krankenkassen mit Zusatzbeiträgen zum 1.7.2009 rechnete, hat es mittlerweile seine Prognosen auf 4-5 Kassen korrigiert. Zugleich werden Prämienausschüttungen bei zunächst wenigen kleinen Krankenkassen erwartet. Tatsächlich sind es derzeit drei Kassen die Prämien ausschütten, wohingegen bislang keine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt.

5 Kritische Würdigung

- 22 An der Knappheit der Ressourcen ändert der Gesundheitsfonds nichts. Die GKV-Finanzierungsprobleme bleiben ungelöst. Mittel- bis langfristige Investitionen der Krankenkassen werden im Gesundheitsfonds nicht berücksichtigt. Dies macht eine permanente Unterdeckung von 1 % aus. Auch werden Innovationsaufschläge für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder entsprechende Produkte, Prozesse und Dienstleistungen bislang nicht berücksichtigt. Diese sind erfahrungsgemäß im Gesundheitswesen aber nicht substitutiv zu sehen und erfordern zusätzliche Investitionskraft. Wenn die Versicherten vom medizinischen Fortschritt nicht abgekoppelt werden sollen, bedarf es hier entsprechender Lösungen.
- 23 Die gleichzeitige Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA führt tendenziell zur Neutralisierung von Preis und Produkt, denn die Kassen sind fokussiert auf die Vermeidung von Zusatzbeiträgen und die Investitionen in Qualität und Wirtschaftlichkeit werden eher zurückhal-

tend gehandhabt, verstärkt auch noch durch das Auslaufen der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung. Während der RSA der vorangegangenen Stufen noch zu starke positive Anreize zur Risikoselektion mit sich brachte und durch die Orientierung auf „gesunde Versicherte“ im Grunde geringe Anreize zur Versorgungsorientierung enthielt, stellt sich nun die Frage nach dem gesundheitlichen Versorgungsmanagement aus dem Blickwinkel einer instrumentenimmanenten Pathologisierung und einer latenten Abwehr investiver Neuerungen bei gleichzeitiger Zurückhaltung im Ausbau präventiver Maßnahmen.

Erforderlich werden auch Maßnahmen sein, die Wettbewerbsverzerrungen durch die Überforderungsklausel mit sich bringen, wobei Kassen mit einkommensschwächeren Mitgliedern benachteiligt sind, so dass eine Reform der Überforderungsklausel im Sinne einer systemimmanenten Betrachtung in Frage kommen wird. **24**

Der Fonds verlagert auf Basis der einkommensabhängigen Beiträge sowie der möglichen Zusatzbeiträge im Übrigen das Risiko von Ausgabensteigerungen ausschließlich auf die Versicherten, was mit dem allgemeinen sozialpolitischen Anspruch in keiner Weise konform geht. Diese Schwächung der Einkommenssolidarität wäre durch Abschaffung des Zusatzbeitrages und die Rückkehr zur dezentralen Beitragsautonomie behebbar. Es kann des Weiteren davon ausgegangen werden, dass die gesamte Finanzierungsfrage bzw. die Einnahmenseite der GKV durch die staatliche Festsetzung des Beitragssatzes in den Sog kurzfristiger haushalts- und fiskalpolitischer Erwägungen des föderativen Staates gerät. Das Parlament muss sich nun regelmäßig mit der Festsetzung des Beitragssatzes auch politisch befassen und dieser wird sicherlich nicht das Ergebnis schlichter Mathematik sein. **25**

Was den Morbi-RSA anbelangt, so liegen die aktuellen Kritik- und Diskussionspunkte darin begründet, dass entgegen der Auffassung von Experten und Wissenschaftlern einige kostengünstig zu behandelnde Krankheiten aufgrund ihrer hohen Prävalenz in den Ausgleich einbezogen worden sind. Dies birgt die Gefahr der „Pathologisierung“ der GKV mit einer Risikoselektion zugunsten chronisch Kranker möglichst leichter Ausprägungen. Auch die aktuelle Diskussion über Codierrichtlinien zur einheitlichen Anwendung der Dokumentation der Differentialdiagnostik und das Bemühen von Ärzten und Krankenkassen, die Diagnosen und Befunde im Sinne der Anforderungen des Morbi-RSA nachträglich zu korrigieren und zu kontrollieren, zeigt ein kritisches Problemfeld auf, bei dem der Manipulations- und „Strategieanfälligkeit“ des Morbi RSA in geeigneter Weise begegnet werden muss. So haben einzelne Kassen in diesem Zusammenhang **26**

versucht, temporäre Wettbewerbsvorteile durch Nacherfassen von Diagnosen zu generieren. Daher ist es richtig, wenn zum 1.1.2010 eine einheitliche ambulante Codierrichtlinie in Kraft treten soll, um diesen unsäglichen „Diagnosewettbewerb“ weitgehend auszuschalten.

- 27 Ist schließlich die Auswahl der 80 Krankheiten nachvollziehbar? Führt dies nicht letztendlich zu Anreizen, zwischen RSA-profitablen und unprofitablen chronisch Kranken in der Versorgung zu Unterschieden? Als gesundheitspolitisch brisant und kontraproduktiv – und diese neue „Krankheitsorientierung“ stützend – ist auch die inhärente Tendenz anzusehen, wonach zu geringe Präventionsanreize auszumachen sind.
- 28 All dies kann auf eine Konzentration der Kassen auf Optimierung der diagnosebezogenen Dokumentationsprozesse zur Auslösung von Morbi-RSA-Zuschlägen führen und den Fokus auf die Verbesserung der Versorgungsqualitäten und Prävention ins Hintertreffen bringen.
- 29 Schließlich bleibt als methodenkritischer Gesichtspunkt die Komplexität und Intransparenz der Berechnungen und Zuweisungen, ihre mangelhafte Planbarkeit hervorzuheben, was die Forderung nach Nutzung einfacherer Verfahren mit sich bringt.

6 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- 30 Im Rahmen der 15. AMG-Novelle hat das Parlament einige Änderungsanträge der Regierungsfractionen beschlossen, die der Qualitätsverbesserung des Verfahrens dienen. So wurden die zulässigen Datengrundlagen für den RSA im SGB V konkretisiert und dem BVA erweiterte Prüfbefugnisse im Zusammenhang der Datenmeldung und bezüglich der Einhaltung der Datenübermittlungsvorschriften eingeräumt. Die Prüfung soll als kassenartübergreifende Vergleichsanalyse mithilfe geeigneter Vergleichskenngrößen und -zeitpunkten erfolgen. Dem BVA wurde hierbei die Kompetenz zugesprochen, Verstöße gegen die Einhaltung der Datenübermittlungsvorschriften zu konstatieren und einen Korrekturbetrag festzustellen.

7 Zusammenfassung und Fazit

- 31 Die Notwendigkeit eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist unter den gegebenen Rahmenbedingungen unabhängig vom Gesundheitsfonds eine Grundbedingung für den Wettbewerb der Krankenkassen. Der Fonds ist dafür nicht erforderlich.

Der Wettbewerb um gute Versorgung – politisch mit reichlichen Ankündigungen versehen – ist bislang durch beide Instrumente nicht signifikant verbessert worden. Stattdessen steht zu Befürchten, dass es einen Wettbewerb um kostengünstige Kranke geben könnte. Im Übrigen macht der Kassenwettbewerb aus gesundheitsökonomischer Betrachtung erst dann wirklich Sinn, wenn damit auch ein Innovationswettbewerb in der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung einhergehen kann, was nicht absehbar ist.

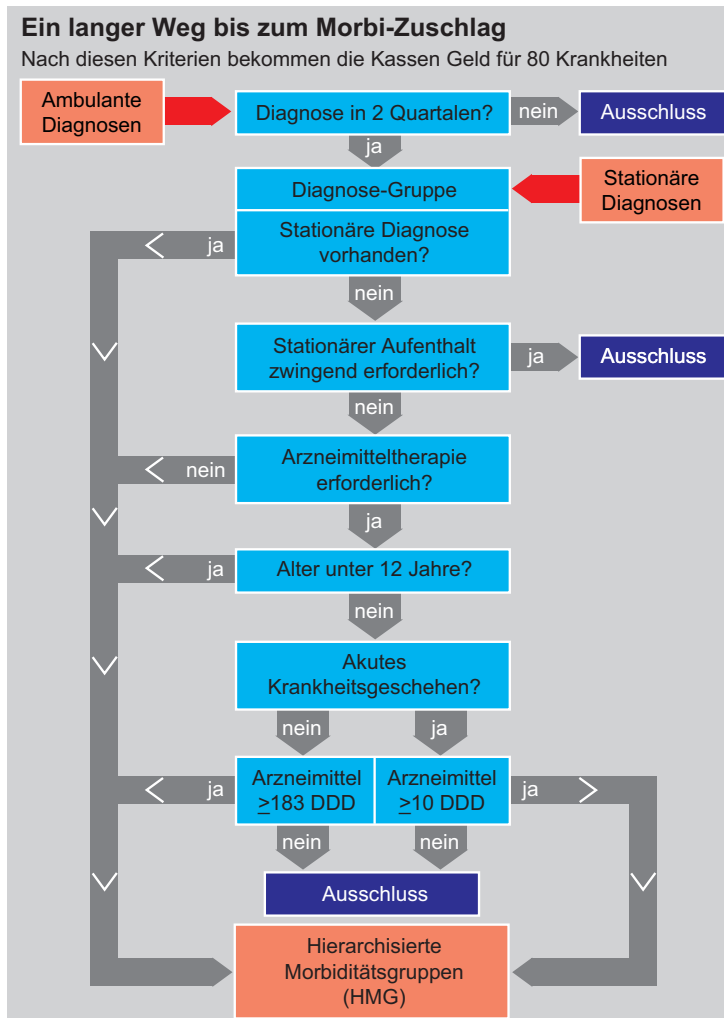


Abb. 5: Morbi-RSA

Quelle: Ärztezeitung

- 34** Was den Morbi-RSA anbelangt, so ist eine Optimierung hinsichtlich der Prognosesubstanz des RSA, der Neutralisierung von Selektionsanreizen, der Resistenz gegen Manipulation, natürlich auch der Abbau von Bürokratie und schließlich die Verbesserung der Praktikabilität erforderlich. Den immanenten Strategieanfälligkeiten durch Right- und Upcoding der Diagnosestellungen müssen Standards und Routinen zur Minimierung dieser Risiken entwickelt werden. Auch beim Morbi-RSA wird es unterschiedliche Anreizwirkungen geben. Die Zuweisungen für die „Gesunden“ sind geringer als bei den vorangegangenen Stufen des RSA. Die „guten Versicherten“ sind diejenigen mit den Morbi-RSA-Krankheiten. Andere schlechte Risiken und Versicherte ohne oder mit anderen als Morbi-RSA-Krankheiten sind weniger „attraktiv“, da deren „Gutschriften“ deutlich geringer ausfallen als zuvor. Im Zuge der Veränderbarkeit der Prävalenzen von Krankheiten muss das geltende Klassifikationsverfahren stets angepasst werden.
- 35** Im Zusammenhang von Morbi-RSA und Gesundheitsfonds verändern sich die strategischen Anforderungen an die Steuerung und das Management der Krankenkassen in Deutschland enorm. Beide ordnungspolitischen Elemente erfordern für viele Krankenkassen neue Geschäftsmodelle. Sie werden sich nicht nur in der betriebswirtschaftlicher Hinsicht und in der operativen Bewältigung der neuen Aufgaben investiv und inhaltlich neu ausrichten müssen (Bestimmung der vergleichenden Morbiditätsbelastung, Simulationen für die Krankheitszuweisungen, Bestreben unter die standardisierten Zuweisungen zu kommen etc). Sie werden auch in der Versicherten- bzw. Kundenorientierung bisher weniger vorgehaltene Kompetenzen im Bereich der Kundenbindung, der Information und Transparenz, der Datenqualität und Analysegrundlagen, des Managements möglicher Zusatzbeiträge auf Basis von Versichertenkonten relativ rasch entwickeln müssen. Vor diesem Hintergrund wird der Konzentrationsprozess in der Kassenlandschaft durch Fusionen und Geschäftspartner-Kooperationen erheblich zunehmen. Dieser Prozess ist in vollem Gange und er macht vor den Kassenartengrenzen nicht halt.
- 36** Auf der „Einkaufsseite“ kommt es stärker als in der Vergangenheit ebenfalls auf effiziente Prozess-Steuerung an, auf eine kluge Vertragspolitik verbunden mit einem Versorgungsmanagement, das letztendlich auf drei Seiten zu „Win-Win-Effekten“ führen muss: Bei den Versicherten, den Leistungsanbietern und damit nolens volens auch bei den Kassen selbst.
- 37** Im Zusammenhang der bisherigen Erkenntnisse mit dem Gesundheitsfonds stehen die legislativ und exekutiv Verantwortlichen in der

neuen Regierungsperiode vor dem interdependenten Problemkomplex, die Beitragssätze realistisch anzuheben, mehr Steuermittel zur Verfügung zu stellen oder auf das Element der Zusatzbeiträge zu setzen. Letztere könnten entfallen, dies würde die Bürokratiekosten verringern und etwas mehr Bewegung an der Preisfront bringen.

Literatur

- Ballast, T.:* Was hat der Gesundheitsfonds verändert? Eine Zwischenbilanz, Vortragsfolien vdek, 2009.
- BVA: So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich, Broschur, 2008.
- Diekmann, F.:* Mutiert das Gesundheitssystem zum Krankheitssystem?, in: Patienten Rechte Nr. 4, 2008, S. 74 ff.
- Etgeton, S.:* Was bedeutet der Gesundheitsfonds für Patienten und Versicherte? Vortragsfolien, 2009.
- Glaeske, G.:* Auswirkungen des Morbi RSA auf die Krankenkassen, 2008.
- Greß, S.:* Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich als Voraussetzung eines funktionierenden Wettbewerbs, 2008.
- Greß, S./Wasem, J.:* Auswirkungen des Gesundheitsfonds und Optionen zur Weiterentwicklung. Policy Paper für die Hans Böckler Stiftung, 2008.
- Göpffarth, D./Greß, S./Jacobs, K./Wasem, J.:* Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA, Asgard, 2008.
- O.V.: Sechs Monate Gesundheitsfonds und Morbi-RSA: Ängste, Prophezeiungen und Realität, zugänglich über Abgeordneten-Websites des Bundestages, 2009.
- Platzer, H.:* Sind Gesundheitsfonds und Morbi-RSA siamesische Zwillinge?, Rede auf dem Wissenschaftlichen Symposium „Der Gesundheitsfonds als Grundlage alternativer gesundheitspolitischer Wege“ der GRPG, Berlin, 2008.
- Schmidt, K.:* Morbi-RSA macht der AOK richtig Freude, in: Der Kassenarzt, 2009.
- VFA: Bedeutung des Morbi-RSA für eine innovative Arzneimittelversorgung, 2009.
- Wasem, J.:* Chancen des Morbi-RSA nutzen – Status Quo und Perspektiven, Fachtagung zum Versorgungsmanagement der Spektrum K GmbH, Berlin 2009.