

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Vorbemerkung	3
II. Ausgangssituation	3
1. Die gegliederte gesetzliche Krankenversicherung bis 1993: Berufsständisches Zuweisungsprinzip und Strukturverwerfungen	3
2. Die Organisationsreform im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG): Wettbewerb und Solidarität	4
III. Gutachten der Gutachtergruppe IGES/Cassel/Wasem	5
1. Bestandsaufnahme durch die Gutachter	5
2. Nach Auffassung der Gutachter bestehende Defizite im Risikostrukturausgleich und Kassenwettbewerb	6
3. Vorschläge der Gutachter zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	7
3.1 Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs	7
3.2 Ergänzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs durch einen Hochrisikopool	8
3.3 Vervollständigung des Finanzkraftausgleiches	8
3.4 Gesonderte Berücksichtigung nicht-managementfähiger Leistungen	9
3.5 Befristete Einführung eines Risikopools	9
IV. Gutachten der Gutachtergruppe Lauterbach/Wille	10
1. Bestandsaufnahme der Gutachter	10
2. Vorschläge der Gutachter	11

2.1 Einführung einer Wechslerkomponente	11
2.2 Einführung einer „solidarischen Rückversicherung“	12
V. Gutachten des Gutachters Breyer	13
1. Bestandsaufnahme durch den Gutachter	13
2. Vorschläge des Gutachters	13
VI. Diskussion	13

I. Vorbemerkung

Im Zusammenhang mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung (vom 22. Dezember 1999, BGBl. I S. 2657), in dem die stufenweise Einführung des vollständigen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs in die gesetzliche Krankenversicherung geregelt worden ist, hat der Deutsche Bundestag in einer Entschließung vom 16. Dezember 1999 (Bundestagsdrucksache 14/2356) die Bundesregierung aufgefordert, eine Untersuchung über die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in Auftrag zu geben, ihm bis zum 31. März 2001 über die Ergebnisse dieser Untersuchung zu berichten und gegebenenfalls Änderungen den den Risikostrukturausgleich betreffenden Vorschriften vorzuschlagen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 31. Mai 2000 eine Gutachtergruppe, bestehend aus dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin sowie den Professoren Dr. Dieter Cassel (Gerhard-Mercator-Universität Duisburg) und Dr. Jürgen Wasem (Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald), mit der Durchführung dieser Untersuchung beauftragt.

Etwa zeitgleich haben die Spitzenverbände der Krankenkassen ebenfalls Gutachten zum Risikostrukturausgleich vergeben. Der Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV) hat zusammen mit dem Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen und dem Bundesverband der Innungskrankenkassen die Professoren Dr. Dr. Karl Lauterbach (Universität Köln) und Dr. Eberhard Wille (Universität Mannheim) beauftragt, auf der Basis einer Analyse der Wechslerströme in der gesetzlichen Krankenversicherung Vorschläge zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu unterbreiten.

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen beauftragte Prof. Dr. Friedrich Breyer (Universität Konstanz) mit einem Gutachten über Modelle im Finanzausgleich und zur Rückversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Im Folgenden wird zunächst die Ausgangssituation bei der Einführung des Risikostrukturausgleichs erläutert. Im Anschluss hieran werden jeweils die Analyse des Risikostrukturausgleichs sowie die Vorschläge zu seiner Weiterentwicklung durch die einzelnen Gutachtergruppen dargestellt, die abschließend einer Diskussion unterzogen werden.

II. Ausgangssituation

1. Die gegliederte gesetzliche Krankenversicherung bis 1993: Berufsständisches Zuweisungsprinzip und Strukturverwerfungen

Der Risikostrukturausgleich wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I

S. 2266) im Zusammenhang mit dem Recht auf freie Kassenwahl für alle Versicherten in das System der gesetzlichen Krankenversicherung stufenweise eingeführt, zunächst ab dem 1. Januar 1994 in der Allgemeinen Krankenversicherung. Ab dem 1. Januar 1995 wurde der seit 1978 durchgeführte Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Finanzausgleich) in den Risikostrukturausgleich integriert. Die Neueinführung des Risikostrukturausgleichs wurde von einem parteiübergreifenden Konsens getragen.

Die gegliederte Struktur des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung basierte auf einem rechtlichem Zuweisungssystem, das sich faktisch noch in der Tradition der Gesetzgebung des Kaiserreichs befand (Krankenversicherungsgesetz von 1883, Reichsversicherungsordnung von 1911). Dieses System sah prinzipiell eine strikte Bindung der Mitglieder an eine gesetzliche Krankenkasse vor und ließ Wahlmöglichkeiten zwischen den Kassen(arten) nur in beschränktem Umfang zu. Insbesondere für fast alle Arbeiter war die Versicherungspflicht gleichbedeutend mit der Zwangsmitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse. Für die Zuordnung der Pflichtversicherten zu einer Krankenkasse galt im Wesentlichen Folgendes:

- Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) versicherten grundsätzlich alle von der gesetzlichen Krankenversicherung erfassten Personen einer Region, es sei denn, es bestand eine gesetzlich anders geregelte Kassenzuständigkeit (so genannte Basis-kassenfunktion der AOK).
- Existierte im Betrieb der Versicherungspflichtigen eine Betriebskrankenkasse (BKK), trat diese als Pflichtkasse an die Stelle der AOK. In Handwerksbetrieben, die einer Innung angehörten, übernahmen die Innungskrankenkassen (IKK) diese Funktion.
- Bundesknappschaft, See-Krankenkasse und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen bildeten (und bilden noch) spezifische Sonderformen der Pflichtkasse.
- Im Unterschied zu den o. g. Kassenarten waren den Ersatzkassen für Angestellte und Arbeiter keine Versicherten gesetzlich zugewiesen. Vielmehr hatten bestimmte berufsrechtlich definierte Versicherungengruppen ein Zutrittsrecht zu den Ersatzkassen, das sich je nach Krankenkasse unterschiedlich gestaltete. So konnten etwa alle Angestellten Mitglieder der Barmer Ersatzkasse (BEK) und der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) werden, während z. B. die Techniker-Krankenkasse (TK) nur für technische Angestelltenberufe und die Gmünder Ersatzkasse (GEK) nur für bestimmte Metallfacharbeiter zugänglich waren.

Dieses Mischsystem von Pflicht- und Wahlkassen hatte schwerwiegende Verwerfungen innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung hervorgerufen. Das für die gesetzliche Krankenversicherung konstitutive Solidaritätsprinzip war durch zunehmend

ungleiche Risikoverteilung zwischen den Kassenarten geschwächt worden. Sichtbares Zeichen dieses Erosionsprozesses waren enorme Beitragssatzunterschiede sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt, als auch innerhalb der Kassenarten. Das berufsständische Zuweisungsprinzip und die hieraus folgende Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten entsprach nicht mehr den Bedingungen einer modernen Zivilgesellschaft und dem verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgebot.

Vor allem die Allgemeinen Ortskrankenkassen mit ihrem im Wesentlichen gesetzlich zugewiesenen Versichertenbestand mussten wegen ihrer ungünstigen Mitgliederstruktur besonders hohe Beitragssätze erheben, verloren dadurch die risikogünstigeren Mitglieder insbesondere an die beitragsgünstigeren Ersatzkassen, was ihre Position noch weiter verschlechterte. Diese Wettbewerbsverzerrungen blockierten die Selbststeuerungspotenziale des gegliederten und selbstverwalteten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Signalfunktion des Beitragssatzes einer Krankenkasse als Ausdruck einer wirtschaftlichen und effektiven Unternehmenspolitik (effiziente Verwaltung, günstige Verträge mit den Leistungserbringern) konnte nicht zum Tragen kommen.

Diese strukturellen Verwerfungen in der gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung konnten durch den KVdR-Finanzausgleich nicht entscheidend abgemildert werden. Dieser ausgabenorientierte Ausgleich war schon deswegen nicht zukunftsfähig, weil er falsche Anreize setzte und sich als kostentreibend erwiesen hatte. Im KVdR-Finanzausgleich wurden alle Leistungsausgaben für Rentner zusammengeführt und die durch die Beiträge der versicherungspflichtigen Rentner nicht gedeckten Ausgaben durch einen für alle Krankenkassen einheitlichen Vomhundertsatz der beitragspflichtigen Einnahmen finanziert. Es fehlte dadurch der Anreiz, die diesbezüglichen Ausgaben zu begrenzen, da über dem Durchschnitt liegende Beträge ausgeglichen wurden, unterdurchschnittliche Ausgaben aber nicht zu einer Entlastung der betreffenden Krankenkasse führten.

Ende der Achtzigerjahre verstärkte sich die bereits seit längerem geführte Diskussion über eine Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der die Forderungen nach einer erweiterten Wahlfreiheit und einer modernen, dem Solidaritätsprinzip verpflichteten Wettbewerbsordnung im Mittelpunkt standen. Eine wichtige Rolle spielten dabei die Berichte des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ des Deutschen Bundestages.¹ Beide Gremien ka-

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung. Jahresgutachten 1988; ders.: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1989; Enquete-Kommission „Strukturreform der GKV“ des Deutschen Bundestages. Endbericht, Bundestagsdrucksache 11/6380

men zu in weiten Teilen deckungsgleichen Reformvorschlägen, die im Kern in einer Erweiterung der Wahlfreiheit für die Versicherten und einer Neuordnung der Finanzausgleiche zwischen den Krankenkassen bestanden.

Bei den Klausurverhandlungen vom 1. bis 4. Oktober 1992 in Lahnstein wurde schließlich ein Konsens zwischen der damaligen Bundesregierung sowie den sie tragenden Koalitionsparteien auf der einen, der SPD-Bundestagsfraktion und den SPD-geführten Ländern auf der anderen Seite erzielt, dessen Kernelemente in der Einführung des freien Wahlrechts der Versicherten bei striktem Kontrahierungszwang, in der Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen allen Krankenkassen sowie der Abschaffung des KVdR-Finanzausgleichs bestanden und der im Gesundheitsstrukturgesetz vom 22. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) umgesetzt wurde.

2. Die Organisationsreform im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG): Wettbewerb und Solidarität

Zentrales Element der Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung im Gesundheitsstrukturgesetz bildete das ab dem 1. Januar 1996 geltende Recht auf freie Kassenwahl für alle Versicherten². Damit wurde nicht nur die gesellschaftspolitisch überfällige Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten auch in der Krankenversicherung vollzogen. Dieser Schritt bedeutete zugleich eine Überführung der berufsständisch gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung in ein wettbewerbliches System. Seitdem wird den Krankenkassen nicht mehr ein mehr oder weniger fest umrissener Mitgliederkreis zugewiesen, sondern sie müssen sich im Wettbewerb um Mitglieder behaupten. Der Wettbewerb wurde vom Gesetzgeber bewusst als Ergänzung zur administrativen und kollektivrechtlichen Steuerung, die es nach wie vor gibt, in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt, um eine bedarfsgerechtere, effektivere und wirtschaftlichere medizinische Versorgung der Bevölkerung zu erreichen.

Allerdings ist die gesetzliche Krankenversicherung kein Markt wie jeder andere. Konstitutives Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Solidaritätsprinzip. Dieses ist derzeit durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Erhebung einkommensproportionaler Beiträge und beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Familienmitglieder,
- Erbringung der medizinisch notwendigen Leistungen nach dem Bedarfsprinzip in ausreichender und wirtschaftlicher Form sowie

² Von diesem Recht wurden nur die Versicherten der Bundesknappschaft, der See- und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen ausgenommen, da es sich bei diesen Kassen um Sondersysteme mit zum Teil eigenen Finanzierungs- und Organisationsmechanismen handelt.

- keine Beitragssatzdifferenzierungen nach Alter, Geschlecht und gesundheitlichen Risiken.

Dementsprechend wird im § 1 SGB V die gesetzliche Krankenversicherung als eine Solidargemeinschaft definiert. Auf dieser Basis kann ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen den o. g. Zwecken nur genügen, wenn maßgebliche Unterschiede in der Verteilung der Risiken von Versicherten zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden. Gäbe es einen solchen Ausgleich nicht, hätte der Wettbewerb in zweierlei Hinsicht unerwünschte Konsequenzen:

- Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen würden nicht ihre unterschiedliche Leistungsfähigkeit, z. B. im Leistungs- und Kostenmanagement, widerspiegeln, sondern ihre divergenten Risikostrukturen.
- Der Kassenwettbewerb würde sich vor allem auf das Anwerben von Versicherten mit günstiger Risikostruktur konzentrieren, nicht aber auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung von Kranken.

In diesem Sinn ist es die zentrale ordnungspolitische Aufgabe des Risikostrukturausgleichs, die von den unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen ausgehenden Effekte auf die Höhe des Beitragssatzes auszugleichen und jeder Krankenkasse die Finanzmittel zukommen zu lassen, die ihren risikobedingten Ausgaben (Beitragsbedarf) entsprechen. Die Risikofaktoren, die aufgrund dieser Zielsetzung durch die gegenwärtige Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs berücksichtigt werden, sind:

- die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der jeweiligen Krankenkassen,
- die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen sowie
- die Morbidität, die erfasst wird über die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten sowie den Bezug von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Der Risikostrukturausgleich wird auf zwei verschiedenen, in ihrer faktischen Wirkung jedoch zusammengehörenden Ebenen vollzogen: dem Ausgleich von Unterschieden im Beitragsbedarf und in der Finanzkraft. Das Ausgleichsverfahren orientiert sich an dem Ziel, für jede Krankenkasse eine möglichst risikostrukturunabhängige Finanzsituation zu schaffen. Sein Ablauf gestaltet sich gegenwärtig wie folgt:

- Der Beitragsbedarf gibt die Höhe der Risikobelastung einer Krankenkasse wieder, die sie aufgrund ihrer spezifischen, nach den o. g. Kriterien ermittelten Versichertenstruktur zu tragen hat. Zu diesem Zweck werden nach Alter (90 Altersgruppen) und Geschlecht differenzierte Versichertengruppen gebildet (die nochmals differenziert werden nach Versicherten mit und ohne Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie nach dem Beginn des Krankengeldanspruchs). Daraus ergeben

sich zurzeit 670 „Risikozeilen“ und jeder Versicherte wird für jeden Tag seiner Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse jeweils einer dieser Zeilen zugeordnet. Für jede dieser Zeilen werden für die im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Leistungsbereiche³ durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben ermittelt. Die Summe dieser so standardisierten Leistungsausgaben ihrer Versicherten ergibt den Beitragsbedarf einer Krankenkasse.

- Werden die Beitragsbedarfe aller Krankenkassen addiert und durch die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung dividiert, erhält man den Ausgleichsbedarfssatz. Der Ausgleichsbedarfssatz gibt an, wie hoch der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen im Durchschnitt aller Krankenkassen sein muss, um die im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Leistungsausgaben zu finanzieren.
- Die Finanzkraft einer Krankenkasse wird ermittelt, indem der Ausgleichsbedarfssatz auf die Summe ihrer beitragspflichtigen Einnahmen bezogen wird.

Der Transfer im Risikostrukturausgleich ergibt sich durch die Gegenüberstellung von Finanzkraft und Beitragsbedarf: Übersteigt der Beitragsbedarf einer Krankenkasse ihre Finanzkraft, erhält sie die Differenz aus dem Risikostrukturausgleich; ist die Finanzkraft höher als der Beitragsbedarf, muss sie den entsprechenden Betrag abführen.

III. Gutachten der Gutachtergruppe IGES/ Cassel/Wasem

1. Bestandsaufnahme durch die Gutachter

Die Gutachter kommen zu dem Ergebnis, dass der Risikostrukturausgleich in den sieben Jahre nach seiner Einführung die ihm gesetzten Ziele tendenziell erreicht habe. Er habe erheblich dazu beigetragen, die versichertenstrukturbedingten Unterschiede in den Beitragssätzen der Krankenkassen anzugleichen. Nach den Berechnungen, die die Gutachter auf der Grundlage der Werte des Jahres 1999 durchgeführt haben, würden die Beitragssätze der Krankenkassen ohne Risikostrukturausgleich weit auseinander klaffen:

- Die Beitragssätze von Krankenkassen mit einer niedrigen Finanzkraft (= 15 % unter dem Durchschnitt aller Krankenkassen) lägen nicht bei durchschnittlich 13,9 %, sondern bei deutlich über 18 %.
- Krankenkassen mit einer durchschnittlichen Finanzkraft müssten je nach Beitragsbedarf einen Beitragssatz zwischen 11 und 20 % erheben.

³ Berücksichtigungsfähig sind die Leistungsausgaben für ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Krankenhaus, Arzneimittel, sonstige Leistungen (insbesondere Heil- und Hilfsmittel) und Krankengeld.

Tatsächlich liegen die Beitragssätze dieser Krankenkassen zwischen 13,8 und 14,5 %.

- Krankenkassen mit einer hohen Finanzkraft (= 15 % über dem Durchschnitt aller Krankenkassen) kämen im Durchschnitt mit einem Beitragssatz zwischen 7,5 und 9,4 %, in einzelnen Fällen sogar mit einem Beitragssatz von unter 4 % aus. Tatsächlich liegen die Beitragssätze dieser Krankenkassen zwischen 12,6 und 13,0 %.

Auch der durch die freie Kassenwahl intensivierte Wettbewerb habe die vom Gesetzgeber gewünschten Effekte gehabt:

- Innerhalb der Krankenkassen hätten die Bereiche Kundenbetreuung, Controlling, Fallmanagement und Vertragspolitik einen deutlich höheren Stellenwert bekommen.
- Diese Aufgaben erforderten organisatorische und personelle Voraussetzungen, die nur ab einer bestimmten Unternehmensgröße betriebswirtschaftlich realisierbar seien. Insbesondere die Allgemeinen Ortskrankenkassen hätten ihre Kräfte gebündelt und sich auf Landesebene zusammengeschlossen. Anstelle von 235 Ortskrankenkassen im Jahre 1994 gibt es heute nur noch 17.
- Das Krankenkassenpersonal sei höher qualifiziert. Während noch vor etwa zehn Jahren Akademiker in Krankenkassen eher einen Ausnahmestatus gehabt hätten, würden heute in wachsender Zahl Ökonomen, Informatiker, Ärzte und Pharmakologen beschäftigt.

Demgegenüber halten die Gutachter die vielfach am Risikostrukturausgleich geäußerte Kritik nicht für überzeugend. Insbesondere werde unwirtschaftliches Handeln der Krankenkassen nicht durch den Risikostrukturausgleich gefördert. Da der Beitragsbedarf einer Krankenkasse anhand standardisierter Leistungsausgaben ermittelt werde, führten überdurchschnittliche Ausgaben einer Krankenkasse, etwa aufgrund überdurchschnittlicher Anhebungen der Vergütungen für Leistungserbringer, nicht zu einer Erhöhung ihres Ausgleichsanspruchs. Die über dem Durchschnitt liegenden Ausgaben müssten vielmehr ausschließlich aus dem Beitragsaufkommen der Krankenkasse aufgebracht werden. Umgekehrt könnten unterdurchschnittlich hohe Ausgaben durch Beitragssatzsenkungen an die Mitglieder der Krankenkasse weitergegeben werden.

Auch die Kritik am Transfervolumen des Risikostrukturausgleichs sei nicht zutreffend. Die Höhe der geleisteten bzw. empfangenen Ausgleichszahlungen stehe in unmittelbarem Zusammenhang mit der Risikomischung bzw. -entmischung zwischen den Krankenkassen. Das Transfervolumen im Risikostrukturausgleich sei umso geringer, je ausgeglichener die Risikostrukturen seien bzw. umso größer, je mehr sich die kassenspezifischen Risikostrukturen unterschieden. Pauschale Forderungen nach einem Abbau oder einer Begrenzung des Transfervolumens im Risiko-

strukturausgleich seien daher sachfremd und zielten auf eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit des Risikostrukturausgleichs.

2. Nach Auffassung der Gutachter bestehende Defizite im Risikostrukturausgleich und Kassenwettbewerb

Nach Auffassung der Gutachter soll der Risikostrukturausgleich einen funktionalen Kassenwettbewerb im Rahmen der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen. Er verfolge das Ziel, Anreize für die Krankenkassen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung zu setzen und die volkswirtschaftlich ineffektive sowie gesellschafts- und sozialpolitisch unerwünschte Risikoselektion so weit wie möglich zu beseitigen. Die Gutachter betonen, dass es eine jede Fehlentwicklung von vorneherein ausschließende Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso wenig geben könne wie den vollkommenen Wettbewerb auf anderen Märkten. Entscheidend sei vielmehr die Frage, ob die Unvollkommenheit ein Ausmaß erreicht habe, das Handlungsbedarf signalisiere. Diese Frage sei grundsätzlich zu bejahen. Auch unter der Geltung des derzeitigen Risikostrukturausgleichs bestünden gravierende Wettbewerbsverzerrungen fort, die gesetzliche Änderungen erforderlich machten.

Diese Wettbewerbsverzerrungen haben nach Ansicht der Gutachter ihre Ursache vor allem in der unzulänglichen Erfassung der Morbiditätsrisiken durch den Risikostrukturausgleich. Zwar könne eine Krankenkasse – anders als in der Zeit vor der Einführung des Risikostrukturausgleichs – ihre Wettbewerbsposition kaum mehr alleine dadurch verbessern, dass sie sich um junge, kinderlose und einkommensstarke Mitglieder bemühe. Dies sei Folge des Risikostrukturausgleichs, auch wenn aufgrund der Unvollständigkeit des Finanzausgleichs Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder immer noch in gewissem Umfang beitragsatzrelevant seien (vgl. Abschnitt III 3.3). Beitragssatzvorteile entstünden jedoch, wenn eine Krankenkasse innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen besonders viele gesunde bzw. wenige kranke, vor allem wenige chronisch kranke Versicherte aufweise, weil der Risikostrukturausgleich entsprechende Morbiditätsunterschiede nicht berücksichtige. Umgekehrt seien Krankenkassen, die überdurchschnittlich viele chronisch bzw. schwer Kranke zu betreuen hätten, zusätzlich benachteiligt.

Dieser Sachverhalt mache nach wie vor Risikoselektion attraktiv, zumal sie sich von der Beitragssatzwirkung her mehr lohne als das Bemühen um mehr Wirtschaftlichkeit über das in der Regel mühsame Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern oder Anstrengungen im Qualitäts- und Versorgungsmanagement. Dabei sei es im Ergebnis unerheblich, wie dieser Selektionsprozess funktioniere: ob er von Krankenkassen

sen aktiv gefördert werde, indem gesundheitlich beeinträchtigten Versicherten mehr oder weniger subtil der Eindruck vermittelt werde, unerwünscht oder in einer anderen Krankenkasse besser versorgt zu sein, oder ob Risikoentmischung durch spezifische Wanderungsbewegungen der Versicherten bzw. Kassenwechsler erfolge. Entscheidend sei, dass die Krankenkassen Anreize hätten, sich mehr um die Pflege „guter Risiken“ zu bemühen als um die Sicherung einer hochwertigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung.

Das Ergebnis seien nicht nur Wettbewerbsverzerrungen, sondern auch gravierende Hemmnisse bei der Erschließung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenzialen. Krankenkassen, die aktives Versorgungsmanagement für chronisch Kranke betrieben, liefen Gefahr, dass sie insbesondere für solche Versicherte an Attraktivität gewinnen, die auch noch unter den Bedingungen des bestehenden Risikostrukturausgleichs „ungünstige Versicherungsrisiken“ mit negativen Beitragssatzwirkungen darstellten. Die Krankenkassen befänden sich in einem objektiven Dilemma und eine differenzierte Betreuung chronisch Kranker finde deshalb nicht in dem wünschenswerten und auch möglichen Maße statt. Die Gutachter weisen in diesem Zusammenhang aber auch ausdrücklich darauf hin, dass das Ausmaß der beschriebenen Wettbewerbsverzerrungen ohne Risikostrukturausgleich beträchtlich größer sei. Behauptungen, der Risikostrukturausgleich verursache die genannten Probleme, seien falsch, wohl aber seien die Anreizwirkungen des Risikostrukturausgleichs noch nicht hinreichend „geschärft“, um die gewünschte Einflussnahme der Krankenkassen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erzielen.

3. Vorschläge der Gutachter zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Auf der Grundlage dieser Analyse haben die Gutachter eine Reihe von sowohl kurz- als auch mittelfristig wirkenden Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs unterbreitet. Diese Vorschläge können außerdem danach unterschieden werden, ob sie dauerhaft zur Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs gehören, oder ob sie nur vorübergehend eingeführt werden sollen.

3.1 Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

Nach Auffassung der Gutachter kann die Lösung der aufgezeigten Probleme mittel- bis langfristig nur in der Entwicklung eines Risikostrukturausgleichs liegen, der die Risikobelastung der Krankenkassen, d. h. die Morbidität ihrer Versicherten, unmittelbar erfasst. Ein solcher direkt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich sei nicht nur sinnvoll, sondern auch machbar, auch wenn hierfür noch erhebliche Vorarbeiten geleistet werden müssten. Insbesondere in den USA und den

Niederlanden seien in den letzten Jahren entsprechende Konzepte entwickelt worden. Ähnlich wie bei den DRGs, die als morbiditätsorientierte Vergütungssysteme für Krankenhausleistungen mittlerweile weltweit – ab 2003 auch in Deutschland – eingesetzt würden, hätten diese Modelle zur direkten Morbiditätseinstufung von Versicherten einen umsetzbaren Reifegrad erhalten:

So verende die Regierung der USA im Rahmen ihres Medicare-Programms, einer Art Krankenversicherung der Rentner, seit Anfang 2000 ein Modell der direkten Morbiditätseinstufung der Versicherten, um ein dem Beitragsbedarf im deutschen Risikostrukturausgleich vergleichbares Finanzvolumen für die Managed-Care-Organisationen zu ermitteln, die für medizinische Versorgung der Rentner verantwortlich seien. Ähnliche Modelle würden in den USA auch in einer Reihe von einzelstaatlichen oder betrieblichen Krankenversicherungssystemen eingesetzt. In den Niederlanden werde der dortige Risikostrukturausgleich ab 2002 ergänzt durch Faktoren der direkten Morbiditätsorientierung mit dem Ziel einer langfristigen Veränderung.

Die Gutachter stellen drei Grundmodelle vor: Zwei davon wurden in den USA entwickelt und eingesetzt, die „Adjusted Clinical Groups/ACGs“ und die „Diagnostic Cost Groups/DCGs“ (auch in der Variante der „Hierarchical Condition Categories/HCGs“). Die beiden amerikanischen Modelle zielen darauf ab, Versicherte entsprechend ihrer Diagnose(n) einer möglichst homogenen Kostengruppe zuzuordnen. Grundlage der Gruppenbildung ist die Internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD), wobei die Modelle die Diagnosen im ambulanten und stationären Bereich z. T. unterschiedlich berücksichtigen und die Gruppenbildung unterschiedlich differenziert vorgenommen wird. Das dritte, in den Niederlanden entwickelte Modell, zielt auf die Bestimmung von Versichertengruppen für Patienten mit chronischen Krankheiten und nimmt statt der Diagnose die verschriebenen Arzneimittel bzw. deren Wirkstoffe zum Ausgangspunkt. Das Modell soll in Kürze in den Niederlanden zur zielgenaueren Mittelzuweisungen an die Krankenkassen angewendet werden („Pharmaceutical Cost Groups/PCGs“).

Die Gutachter betonen, dass diese Modelle nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar sind. Wie bei der Einführung der DRGs in der Krankenhausvergütung bedürfe es der Weiterentwicklung dieser Modelle in ein für die gesetzliche Krankenversicherung passfähiges System, wobei insbesondere folgende Kriterien zu beachten seien:

Das Ausgleichskonzept dürfe nicht zu einem unwirtschaftlichen Ausgabenausgleich führen. Dieser Gefahr könne jedoch dadurch begegnet werden, dass der Ausgleich nicht an den tatsächlichen Ausgaben der einzelnen Krankenkassen, sondern – wie beim gegenwärtigen Risikostrukturausgleich auch – an standardisierten Ausgaben ansetzen würde. Des Weiteren solle das Ausgleichskonzept nicht bestimmte Versorgungsformen bevorzugen. Diese Gefahr sei z. B. dann gegeben,

wenn das gewählte Modell des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nur ausgewählte Leistungsbereiche berücksichtige oder auf konkreten Versorgungsprogrammen aufbaue. Daher sollte das umzusetzende Modell möglichst neutral bezüglich Inhalt und Organisation des Versorgungsgeschehens gestaltet werden. Eine Manipulationsgefahr durch so genanntes Upcoding müsse durch geeignete Kontrollmaßnahmen verhindert werden. Upcoding meint ein mögliches gemeinsames Interesse von Krankenkassen und Leistungserbringern, Patienten in höhere Krankheitsgruppen und damit möglichst ausgabenträchtig einzustufen. Schließlich seien die Datenverfügbarkeit, der Erhebungs- und Erfassungsaufwand sowie die Belange des Datenschutzes zu berücksichtigen.

Für die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs haben die Gutachter einen Zeitplan entwickelt, den sie selber als „ehrgeizig“, aber realisierbar ansehen. Im Einzelnen sieht dieser Zeitplan folgende Stufen vor:

- Im Jahr 2002 erstellt das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht, der umsetzbare Modelle eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs entwickeln und bewerten soll. Als Grundlage hierfür führen die Krankenkassen bis zum 31. März 2002 eine repräsentative, anonyme Versichertenstichprobe durch. In diesem Bericht sollen die für die gesetzliche Krankenversicherung geeigneten Klassifikationsverfahren der direkten Morbiditätsmessung im Risikostrukturausgleich dargelegt sowie die Wirkungsweise von Modellen der direkten Morbiditätserfassung für die gesetzliche Krankenversicherung beurteilt, Anpassungserfordernisse abgeschätzt sowie prinzipielle Umsetzungsfragen (Datenbedarf usw.) geklärt werden.
- Bis 30. Juni 2003 erhalten die Spitzenverbände der Krankenkassen Gelegenheit, sich auf der Grundlage dieses Berichts auf ein Grundmodell des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu einigen. Bei Nichteinigung soll das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2003 die Entscheidung für ein konkretes Modell im Wege der Ersatzvornahme treffen.
- Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden verpflichtet, die für dieses Modell erforderlichen Datenlieferungen vom 1. Januar 2004 an zu gewährleisten. Das Bundesversicherungsamt wird beauftragt, die erforderlichen Berechnungen zur Versichertengruppierung auf Stichprobenbasis vorzubereiten.
- Bis zum 30. September 2005 bereitet das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit den Krankenkassen ein dem Grundmodell entsprechendes Abschlagsverfahren der Zahlungen im Risikostrukturausgleich für das Jahr 2006 vor.
- Im Jahr 2006 erfolgt eine stufenweise Umstellung auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Ermittlung des Beitragsbedarfs zu je 50 %

auf der Grundlage des bisherigen und des neuen Verfahrens).

- Vom 1. Januar 2007 ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eingeführt auf der Grundlage einer zum 30. September 2006 aktualisierten Berechnung der vorgenommenen Abschlagszahlungen.

3.2 Ergänzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs durch einen Hochrisikopool

Auch bei einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird ein – wenn auch kleiner – Teil der Versicherten mit seinen Ausgaben extrem über den standardisierten Leistungsausgaben liegen. Um die hierdurch hervorgerufenen Belastungen der betroffenen Krankenkassen auszugleichen, schlagen die Gutachter vor, für diese Versicherten einen so genannten Hochrisikopool zu bilden, aus dem die Ausgaben für diese Versicherten, soweit sie einen festzulegenden Schwellenwert überschreiten, teilweise erstattet werden. Da ein solcher Pool als Flankierung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gedacht ist, ist seine konkrete Ausgestaltung von dem noch festzulegenden Modell eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abhängig (vgl. grundsätzlich zur Ausgestaltung eines Risikopools unter III 3.5).

3.3 Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs

Aufgrund der Technik des im Risikostrukturausgleich gewählten Ausgleichsverfahrens wird nur der Teil der beitragspflichtigen Einnahmen ausgeglichen, der auf die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben – das sind rund 92 % der durchschnittlichen Gesamtausgaben der Krankenkassen ohne Satzungsleistungen und Verwaltungskosten – entfällt. Damit werden aber auch die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder im Finanzkraftausgleich nicht vollständig, sondern nur zu ca. 92 % ausgeglichen. Als Folge können Krankenkassen mit hohem Grundlohnniveau im Vergleich zu Krankenkassen mit geringerem Grundlohnniveau gleich hohe Verwaltungskosten und Satzungsleistungen über einen geringeren Beitragssatz finanzieren. Die Gutachter kommen zu dem Ergebnis, dass grundlohnstarke Krankenkassen hierdurch einen relevanten Wettbewerbsvorteil erfahren. Zur Angleichung der Wettbewerbsbedingungen zwischen grundlohnstarken und grundlohnschwachen Krankenkassen sollten daher die Verwaltungsausgaben zur Vervollständigung des Grundlohnenausgleichs im Risikostrukturausgleich in standardisierter Form, d. h. der Systematik des Risikostrukturausgleichs entsprechend mit Durchschnittswerten, berücksichtigt werden. Die Standardisierung der Verwaltungsausgaben könne in der Weise erfolgen, dass die Verwaltungsausgaben nach der Zahl der Versicherten pauschaliert werde. Alternativ könn-

ten die standardisierten Verwaltungsausgaben proportional zum Beitragsbedarf einer Krankenkasse im Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden. Dies würde dem Umstand Rechnung tragen, dass die Höhe der Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse auch risikostrukturbedingt sei: Multimorbide Versicherte mit hoher Leistungsanspruchnahme hätten i. d. R. einen höheren Betreuungsbedarf und verursachten daher höhere Verwaltungsausgaben als Versicherte mit geringer oder keiner Leistungsanspruchnahme. Die Gutachter schlagen ein Mischmodell aus beiden Varianten vor, in das die Alternative 1 zu 30 % und die Alternative 2 zu 70 % eingehen.

3.4 Gesonderte Berücksichtigung nicht-managementfähiger Leistungen

Die Gutachter haben bestimmte Leistungsausgaben identifiziert, die die Krankenkassen nach ihrer Auffassung – anders als den weit überwiegenden Teil der Leistungsausgaben – weder der Höhe noch dem Umfang nach beeinflussen können. Gleichwohl würden diese Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich in standardisierter Form berücksichtigt. Diese Standardisierung führe wiederum zu einer Reihe von Verwerfungen. Dies gelte für die folgenden Leistungsausgaben:

- Beim Sterbegeld werden für Mitglieder und Mitversicherte – soweit Leistungsansprüche bestehen⁴ – gesetzlich festgelegte Beträge gezahlt (2 100 DM für Mitglieder bzw. 1 050 DM für mitversicherte Familienangehörige). Der Differenzbetrag werde bei der Ermittlung des kassenspezifischen Beitragsbedarfs nicht berücksichtigt, weil die Versicherten im Risikostrukturausgleich nicht entsprechend eingruppiert seien. Krankenkassen mit einem unterdurchschnittlichen Anteil Mitversicherter, insbesondere in den oberen Altersgruppen, erhielten hierdurch einen zu geringen, Krankenkassen mit relativ vielen Mitversicherten einen zu hohen Beitragsbedarf für Sterbegeld-Ausgaben.
- Ähnlich verhalte es sich beim Mutterschafts- und Entbindungsgeld, die im Risikostrukturausgleich als sonstige Leistungen ohne Berücksichtigung des Versichertenstatus berücksichtigt würden. Aufgrund dessen erhielten Krankenkassen mit einem hohen Anteil erwerbstätiger Frauen im gebärfähigen Alter einen zu geringen, die mit einem hohen Anteil nicht-erwerbstätiger Frauen dieser Altersgruppe einen im Verhältnis zu den tatsächlichen Ausgaben zu hohen Beitragsbedarf.
- Aufwendungen für Familienangehörige im Ausland werden als Pauschalbeträge gezahlt, die je nach Land teilweise über, teilweise aber auch unter den tatsächlichen Kosten liegen. In jedem Fall seien diese Ausgaben von den Krankenkassen nicht beeinflussbar. Die Größenordnung der entspre-

chenden Beträge sei allerdings relativ gering (ca. 35 Mio. DM).

- Von besonderer Bedeutung seien dagegen die entgangenen Patientenzuzahlungen von Härtefall-Versicherten. Deren Finanzierung erfolge nicht kassenübergreifend, wie bei den sonstigen Solidaraufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Einkommens-, Familienlasten- und Generationenausgleich, sondern durch die jeweiligen Krankenkassen selber. Dies könne – je nach der Zahl der Härtefälle einer Krankenkasse – zu spürbaren Beitragssatzeffekten und damit zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Außerdem zahlten von Zuzahlungen befreite Versicherte in Krankenkassen mit einem sehr hohen Anteil an Härtefällen über den höheren Beitragssatz diese Zuzahlungen letztlich zumindest teilweise selbst.

Die Gutachter schlagen vor, diese nicht-managementfähigen Leistungen aus praktischen Erwägungen nicht über den Risikostrukturausgleich, sondern durch einen gesonderten, für alle Krankenkassen einheitlichen Bestandteil des Ausgleichsbedarfssatzes zu finanzieren, der zurzeit ca. 0,3 Beitragssatzpunkte betragen würde.

Besondere Probleme werfe dabei die Einbeziehung der entgangenen Zuzahlungen für Härtefälle auf. Solange die Krankenkassen die Bescheide für eine Zuzahlungsbefreiung selbst ausstellten, sei eine Manipulationsgefahr nicht von der Hand zu weisen, da die Krankenkassen geneigt sein könnten, aus Wettbewerbsgründen diese Bescheide großzügig auszustellen. Um dies zu vermeiden, sollte diese Aufgabe nach Auffassung der Gutachter von einer neutralen Instanz wahrgenommen werden, z. B. vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Voraussetzung für die Umsetzung dieses Vorschlags sei außerdem, dass auf den Rechnungen der Leistungserbringer die Teilbeträge für entgangene Zuzahlungen separat ausgewiesen würden, um den Erstattungsumfang exakt erfassen zu können. Wegen der hierfür erforderlichen verwaltungsmäßigen Vorarbeiten sei die Einführung eines solchen Erstattungspools nicht vor dem 1. Januar 2003 möglich.

3.5 Befristete Einführung eines Risikopools

Vor dem Hintergrund, dass die Einführung bzw. praktische Wirksamkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs einen auf mehrere Jahre veranschlagten Zeitraum beanspruchen wird, schlagen die Gutachter als kurzfristig zu realisierende Maßnahme für den Übergangszeitraum die Bildung eines Risikopools vor. Mit einem solchen Risikopool werde dabei der langfristig als Ergänzung zum Risikostrukturausgleich mit direkter Morbiditätserfassung einzuführende Hochrisikopool bereits vorgezogen und den aktuellen Ausgleichserfordernissen angepasst. Durch den Risikopool soll ein Ausgleich für die finanziellen Belastungen hergestellt werden, die Versicherte mit überdurchschnittlich hohen Krankheitskosten verursachen. Vorgeschlagen wird folgendes Modell:

⁴ Sterbegeld wird nur für am 1. Januar 1989 Versicherte gezahlt.

- Berücksichtigungsfähig sind die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und Krankengeld. Soweit diese Ausgaben für einen Versicherten im Jahr einen bestimmten Schwellenwert überschreiten, erhält die Krankenkasse einen Teil der über dem Schwellenwert liegenden Ausgaben erstattet. Als Schwellenwert wird das Zehnfache der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen je Versicherten in diesen Leistungsbereichen vorgeschlagen, was zurzeit einem Betrag von ca. 20 000 DM entspricht.
- Der von den Krankenkassen zu tragende Eigenanteil soll 20 % der über dem Schwellenwert liegenden Ausgaben betragen. Dies soll einen hinreichenden Anreiz für die Krankenkassen bieten, trotz des Ausgleichs Kostenmanagement zu betreiben.

Nach der Berechnung der Gutachter wären in einen derart ausgestalteten Risikopool ca. 2 % der gesetzlich Krankenversicherten einbezogen, was auch den internationalen Standards für vergleichbare Risikopools entspreche.

Für die Finanzierung eines solchen Pools empfiehlt sich nach Auffassung der Gutachter eine Finanzierung auf der Basis eines für alle Krankenkassen einheitlichen Bestandteils des Ausgleichsbedarfssatzes.

Die von den Gutachtern vorgeschlagene Beschränkung des Risikopools auf die drei Hauptleistungsbereiche Krankenhaus, Arzneimittel und Krankengeld wird insbesondere mit der aktuellen Datenlage bei den Krankenkassen begründet, da die Ausgaben im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung derzeit nicht versichertenbezogen vorliegen. Zudem erfolgt die Vergütung der ärztlichen Leistungen durch die Krankenkassen über eine mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlte Gesamtvergütung, wobei die Gesamtvergütung i. d. R. auf der Grundlage von mitgliederbezogenen Kopfpauschalen festgelegt wird. Ein Bezug zu den tatsächlich erbrachten Leistungen, wie ihn der Risikopool erfordert, ist damit auch hier nicht gegeben. Sollten sich die Vergütungssysteme jedoch kurzfristig in diese Richtung weiterentwickeln, ist eine Einbeziehung der Ausgaben für die ambulante Versorgung in den Risikopool nach Ansicht der Gutachter denkbar.

Die konkreten Beitragssatzwirkungen der einzelnen Poolvarianten auf einzelne Kassen hängen sowohl von der Versichertenstruktur der jeweiligen Krankenkasse als auch von den kassenindividuellen Ausgaben in den drei relevanten Bereichen ab. Da durch die Einführung eines Risikopools die standardisierten Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich in den einzelnen Risikozellen in unterschiedlicher Weise reduziert werden, besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Risikostruktur der jeweiligen Krankenkasse und der Ausgleichswirkung des Risikopools. Zur Berechnung der realen Beitragssatzwirkung des Risikopools für eine Krankenkasse müssen der abgesenkte Beitragsbedarf bei den standardisierten Leistungsausgaben und

die aus dem Risikopool erhaltenen Zahlungen gegenübergestellt werden. Die Berechnungen der Gutachter zeigen, dass die durch den Pool bewirkte Minderung des Beitragsbedarfs

- bei den unter 30-Jährigen bei ca. 5 % liegt,
- in den nächsthöheren Altersgruppen 10 bis 15 % erreicht,
- jenseits des 80. Lebensjahres wieder auf unter 10 % sinkt und
- bei Frauen im erwerbsfähigen Alter wegen der niedrigeren Krankengeldzahlungen geringer ausfällt als bei den gleichaltrigen Männern.

Ein solcher Pool, der zum 1. Januar 2002 eingeführt werden könnte, sollte nach Auffassung der Gutachter bei Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ab 2006/2007 zu einem Hochrisikopool umgestaltet werden, bei dem der Schwellenwert entsprechend anzuheben wäre (vgl. oben III 3.2).

IV. Gutachten der Gutachtergruppe Lauterbach/Wille

1. Bestandsaufnahme der Gutachter

Dieses Gutachten konzentriert sich auftragsgemäß auf die Analyse von Wechslerströmen in der gesetzlichen Krankenversicherung und leitet hieraus Vorschläge zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab. Auch diese Gutachter sehen – ebenso wie die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Gutachter – den Risikostrukturausgleich als geeignetes Instrument an, um die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen auszugleichen. Er schaffe die Bedingungen, die einen Wettbewerb um eine effiziente und gleichzeitig hochwertige Versorgung erst ermöglichen. Ohne Risikostrukturausgleich komme es dagegen zu einem Wettbewerb um gesunde und junge Versicherte zulasten von sozial Schwachen und Kranken.

Die zentralen Defizite des Risikostrukturausgleichs bestehen nach Auffassung der Gutachter darin, dass der Risikostrukturausgleich nicht alle strukturellen Parameter berücksichtige, die die Morbiditätsbelastung einer Krankenkasse ausmachen und keine Anreize für eine Verbesserung der Versorgungsqualität biete.

Die unzureichende Erfassung der Morbidität der Versicherten durch den Risikostrukturausgleich sei deswegen ein Problem, weil signifikante Morbiditätsunterschiede zwischen Bestandsversicherten und den Versicherten bestünden, die ihre Krankenkasse wechselten. Empirische Untersuchungen hätten gezeigt, dass Kassenwechsler geringere Leistungsausgaben verursachten als vergleichbare Nichtwechsler. Daher sei feststellbar, dass kranke Versicherte von ihrer Wahlfreiheit kaum Gebrauch machten. Kassenwechsler verursachten vor dem Kassenwechsel nur etwa 55 % der

durchschnittlichen Leistungsausgaben in den Bereichen Arzneimittel, Krankenhaus und Krankengeld und etwa 65 % bei den sonstigen Leistungsausgaben (insbesondere Heil- und Hilfsmittel).

Da die Wanderungsbewegungen der Versicherten überwiegend zu beitragsgünstigen geöffneten Betriebskrankenkassen erfolgten, führe dies zu einer Risikomischung zugunsten dieser Krankenkassen, die im Risikostrukturausgleich keine Berücksichtigung finde. Wie Daten von Einzelkassen des Verbands der Angestelltenkrankenkassen zeigten, erfolgten 70 % der aktuellen Kassenwechsel zu Betriebskrankenkassen. Dies werde auch von Daten des Sozioökonomischen Panel (SOEP) bestätigt, die für 1998 bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen einen Nettoverlust von 103 117, bei den Ersatzkassen von 148 876 und bei den Innungskrankenkassen von 8 177 Mitgliedern auswiesen, während für die Betriebskrankenkassen ein Nettozuwachs von 248 822 registriert werde. Der Zuwachs bei den Betriebskrankenkassen stehe in einem unmittelbaren Zusammenhang zu dem Umstand, dass eine Vielzahl dieser Krankenkassen Beitragssätze von unter 12 % erhoben habe. Die Beitragssatzhöhe sei der entscheidende Grund für einen Kassenwechsel, wie die SOEP-Erhebungen deutlich zeigten. Demnach seien für 90,6 % der Versicherten, die von einer Ersatzkasse zu einer Betriebskrankenkasse wechselten, die niedrigeren Beiträge der entscheidende Grund für diesen Schritt.

2. Vorschläge der Gutachter

Aufgrund dieser Analyse schlagen die Gutachter vor, in den Risikostrukturausgleich eine so genannte Wechslerkomponente einzuführen. Außerdem soll mit einer „solidarischen Rückversicherung“ für Versicherte, die in qualitätsgesicherten Disease-Management-Programmen eingeschrieben seien, die Versorgungsqualität bei chronischen Erkrankungen über finanzielle Anreize im Risikostrukturausgleich verbessert werden.

2.1 Einführung einer Wechslerkomponente

Aufgrund der Differenz zwischen den im Risikostrukturausgleich angerechneten standardisierten Leistungsausgaben und den für Kassenwechsler tatsächlich entstehenden Leistungsausgaben gehe den abgebenden Krankenkassen ein „positiver Deckungsbeitrag“ in Höhe der genannten Differenz zur Versorgung ihrer kranken Versicherten verloren. Die aufnehmende Krankenkasse könne diesen Deckungsbeitrag nutzen, um ihren Beitragssatz zu senken oder zu stabilisieren.

Daher wird im Gutachten vorgeschlagen, neben den im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Kriterien Einkommen, Alter, Geschlecht und Invalidität (Erwerbsminderungsrentner) zusätzlich den Wechslerstatus einzubeziehen. Kassenwechsler behalten diesen Status für fünf Jahre. Als Wechsler soll gelten, wer als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse einschließ-

lich der dazugehörigen Familienversicherten freiwillig sein Wahlrecht zugunsten einer anderen gesetzlichen Krankenkasse ausübt.

Nicht als Wechsel sollen u. a. gewertet werden:

- Wechsel in oder aus der privaten Krankenversicherung,
- Zuzug aus dem Ausland,
- Mitgliederzugänge der neu entstehenden Krankenkassen infolge einer Fusion,
- Übertritte aufgrund der Schließung der bisherigen Krankenkasse,
- Status der Arbeitslosigkeit bei Aufnahme in die neue Krankenkasse und
- Status des Sozialhilfebezugs bei Aufnahme in die neue Krankenkasse.

Bei den beiden zuletzt genannten Ausnahmen entfalle der Anreiz niedrigerer Beitragssätze für die Wechselentscheidung, da diese Versichertengruppen ihren Beitrag nicht selber tragen müssten. Außerdem zeige die empirische Überprüfung, dass sie sogar teurer seien als Bestandsversicherte. Eine Wechslerkomponente solle daher für diese Versicherten nicht ausgelöst werden. Der Wechsel innerhalb der regional organisierten Allgemeinen Ortskrankenkassen und Innungskrankenkassen soll nach mündlicher Erläuterung der Gutachter ebenfalls ausgenommen bleiben, d. h. keine Konsequenzen auslösen. (Im Zwischenbericht haben sich die Gutachter dagegen ausgesprochen, so auch auf Seite 55 des Endberichts. Bei der Aufzählung der Ausnahmen auf Seite 50 fehlt dieses Kriterium jedoch.)

Damit Kassenwechsler entsprechend dieser Definition im Risikostrukturausgleich korrekt erfasst werden, haben die Gutachter ein detailliertes Meldeverfahren zwischen aufnehmenden und abgebenden Kassen entwickelt.

Die Wechslerkomponente soll den Unterschied im Beitragsbedarf von Wechslern und Nicht-Wechslern innerhalb vergleichbarer Versichertengruppen über alle Krankenkassen hinweg messen. Dieser pro Versichertengruppe gemessene Unterschied wird im Rahmen des Risikostrukturausgleichs verrechnet. Die Gutachter sehen im Wesentlichen zwei Alternativen zur Berechnung:

- Für Wechsler und Nicht-Wechsler werden eigenständige Ausgabenprofile im Risikostrukturausgleich ermittelt. Da die durchschnittlichen Ausgaben für Wechsler in der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppe niedriger liegen als für Bestandsversicherte, wird für alle Nicht-Wechsler ein höherer Beitragsbedarf angerechnet als im heutigen Risikostrukturausgleich. Nach Ansicht der Gutachter ist dies von Nachteil, weil auch Krankenkassen, die keine Wechslerbewegungen haben, von den Ausschüttungen der Wechslerkomponente profitieren.

- Die Wechslerkomponente wird als Differenz zwischen Wechslern und Nicht-Wechslern berechnet und nur an solche Krankenkassen rücktransferiert, die Versicherte verloren haben. Der Rücktransfer bemisst sich nach der Zahl der abgegebenen Versicherten. Dieses Verfahren wird von den Gutachtern bevorzugt, da die Transfers zielgerichtet erfolgten. Die Krankenkassen mit den größten Nachteilen durch abgehende Wechsler erhielten den größten Zugewinn durch die Wechslerkomponente.

Anhand einer Simulation am Beispiel einer fiktiven Allgemeinen Ortskrankenkasse mit einem Beitragssatz von 13,9 % und einer fiktiven Betriebskrankenkasse mit Beitragssatz von 11,9 % untersuchen die Gutachter die Beitragssatzwirkungen der Risikoentmischung durch Kassenwechsel. Würde der Risikostrukturausgleich unverändert bestehen bleiben, käme es bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse demzufolge bis zum Jahr 2008 zu einem Beitragssatzanstieg auf 15,3 %, der Beitragssatz der Betriebskrankenkasse könnte auf 11,3 % sinken. Dass diese Ergebnisse von konkreten Annahmen über bestimmte Parameter abhängig sind, zeigen die Gutachter anhand von Sensitivitätsanalysen. Unter den Annahmen des Basisszenarios könnte die Einführung der Wechslerkomponente den Beitragssatzanstieg der Allgemeinen Ortskrankenkasse auf 14,2 % begrenzen, die Betriebskrankenkasse müsste eine Anhebung auf 12,3 % vornehmen.

Die Gutachter weisen darauf hin, dass das Transfer volumen im Risikostrukturausgleich durch die Wechslerkomponente kurzfristig ansteigen wird. Langfristig sei mit einer Reduzierung zu rechnen, da die Risikoentmischung gestoppt würde.

2.2 Einführung einer „solidarischen Rückversicherung“

In der Versorgung chronisch Kranker sind nach Auffassung der Gutachter in Deutschland Versorgungsdefizite für verschiedene Erkrankungen nachgewiesen. Über-, Unter- und Fehlversorgung stünden nebeneinander. Der heutige Risikostrukturausgleich trage zur Unterversorgung bei, da Krankenkassen, die Programme zur Versorgungsverbesserung aufbauten, mit einem Zustrom teurer Versicherter rechnen müssten, deren durchschnittliche Mehrkosten im Risikostrukturausgleich nicht ausgeglichen würden. Die durchschnittlichen Kosten von Versicherten, die sich freiwillig in qualitätsgesicherte Disease-Management-Programme eingeschrieben hätten, sollten deshalb im Risikostrukturausgleich ersetzt werden. Damit werde das schlechte Risiko neutralisiert und zugleich ein Anreiz zur Verbesserung der Versorgungsqualität geschaffen. Da nur die durchschnittlichen Kosten ersetzt würden, verblieben Anreize zur Effizienzsteigerung.

Disease-Management wird von den Gutachtern als förderungswürdig angesehen, weil die Versorgungsqualität durch koordinierte Versorgung und durch Einsatz von Leitlinien auf dem Boden evidenz-basierter Medi-

zin gesteigert werden könne. Insgesamt leiste Disease-Management einen Beitrag zur Steigerung der Systemeffizienz und Kostenstabilisierung bei gleichzeitiger Verbesserung von Lebensqualität und Prognose chronisch Kranker.

Bei der Auswahl der rückversicherungsfähigen Erkrankungen seien nur irreversible chronische Erkrankungen mit einem hohen Verbreitungsgrad, hohen Kosten, chronischem Verlauf und definierten Krankheitsstadien zu berücksichtigen, bei denen Versorgungsmängel in Deutschland nachgewiesen seien. Insgesamt gelte dies für sieben Erkrankungen: Diabetes Mellitus, Asthma, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und Brustkrebs.

Damit im Rahmen der solidarischen Rückversicherung keine untauglichen Disease-Management-Programme gefördert werden, müssen diese nach Ansicht der Gutachter von einer unabhängigen Institution akkreditiert und alle zwei Jahre reakkreditiert werden. Um die Manipulationsgefahr im Risikostrukturausgleich zu vermindern, sollen nur Versicherte mit irreversiblen Stadien der genannten Erkrankungen an den Programmen teilnehmen können. Hierbei sei die Einholung einer Zweitmeinung zur Bestätigung der Diagnose verbindlich vorzuschreiben. Die Gutachter stellen ein Einschreibeverfahren vor, das nach ihren Ausführungen diesen Anforderungen genügt. Die Einschreibung solle freiwillig erfolgen, damit chronisch Kranke vor einer Stigmatisierung geschützt würden. Die Gutachter rechnen mit einer Einschreibequote von etwa einem Drittel der chronisch Kranken in irreversiblen Stadium der Krankheit.

Eine Begrenzung des Chroniker-Bonus auf eingeschriebene chronisch kranke Wechsler (Modell 1) wäre nach Ansicht der Gutachter unter allokativen Gesichtspunkten vorteilhaft. Aus epidemiologischer Sicht hingegen sollten Wechsler und Bestandsversicherte jedoch gleichermaßen die Möglichkeit haben, in Disease-Management-Programmen versorgt zu werden (Modell 2). In Modell 1 wären etwa 0,6 Promille aller gesetzlich Krankenversicherten betroffen. Würden Bestandsversicherte mit einbezogen, stiege der Anteil auf etwa 2,5 % der Versicherten.

In beiden Modellen wird für die sieben rückversicherungsfähigen Erkrankungen jeweils ein eigenes Ausgabenprofil ermittelt. Der erhöhte Beitragsbedarf für eingeschriebene chronisch kranke Versicherte mindert den Beitragsbedarf aller nicht eingeschriebenen Versicherten. Transfers fließen demnach zwischen Krankenkassen mit hohem und geringen Anteil an eingeschriebenen chronisch Kranken. Für eingeschriebene chronisch kranke Wechsler entfällt in beiden Modellen die Zahlung einer Wechslerkomponente. Statt „Wechsler-Malus“ erhält die Krankenkasse einen „Chroniker-Bonus“.

Modell 1 hat wegen der geringen Anzahl chronisch kranker Wechsler kein nennenswertes Umverteilungsvolumen zur Folge. Im Modell 2 (Einbeziehung der

Bestandsversicherten) würde das AOK-System nach den Berechnungen der Gutachter unter der Annahme, dass es 10 % mehr Versicherte als der Durchschnitt einschreiben kann, jährlich zwischen 400 und 500 Mio. DM mehr aus dem Risikostrukturausgleich erhalten als bisher. Diese zusätzlichen Transfers müssten überwiegend vom BKK-System aufgebracht werden.

Zwar stiege somit das Transfervolumen im Risikostrukturausgleich an (nach Schätzungen der Gutachter maximal um 1 Mrd. DM), die Gesundheitskosten würden aber auch kurzfristig nicht ausgeweitet. Die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker würde finanziert durch die Senkung des Beitragsbedarfs für gesunde Wechsler und Bestandsversicherte. Mittel- bis langfristig erwarten die Gutachter eine Stabilisierung oder Absenkung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Aufbau von Disease-Management-Programmen.

V. Gutachten des Gutachters Breyer

1. Bestandsaufnahme durch den Gutachter

Der Gutachter schließt sich internationalen empirischen Untersuchungen an, nach denen eine Unterscheidung im Risikostrukturausgleich allein nach Alter und Geschlecht nicht ausreicht, die Unterschiede im Leistungsrisiko der Krankenkassen adäquat zu erfassen. Inwieweit dies durch die Einbeziehung des EU/BU-Rentnerstatus im deutschen Risikostrukturausgleich verbessert werde, sei unklar, da diese Unterscheidung im Ausland nicht gemacht werde.

Die empirische Analyse anhand von Daten für rd. 75 000 Versicherte von Betriebskrankenkassen habe ergeben, dass die Gesundheitsausgaben mit steigendem Einkommen des Mitgliedes sanken und alleinstehende ältere Versicherte im Durchschnitt höhere Gesundheitsausgaben verursachten als Verheiratete. Krankenkassen mit vielen gut Verdienenden hätten demnach ein niedrigeres Leistungsrisiko als Krankenkassen, die eine große Zahl sozial Schwacher versicherten. Die zugrunde gelegten Daten gäben jedoch keine Auskunft über die Verteilung dieser Risikofaktoren auf Kassen und Kassenarten.

2. Vorschläge des Gutachters

Auf der Grundlage dieser Analyse werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Mittelfristig Einführung einer direkten Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs,
- Zwischenzeitliche Entwicklung eines Systems nicht zu heterogener Hochrisiko-Gruppen und
- kurzfristige Ergänzung des Risikostrukturausgleichs um die Risikofaktoren „Einkommen“ und „Familienstand“.

Der Gutachter hat aus den ihm vorliegenden Versichertenaten zwei fiktive Betriebskrankenkassen mit unterschiedlicher Versichertenstruktur gebildet, deren Beitragssatzunterschied durch eine direkte Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs von 7,95 Beitragssatzpunkten im bestehenden Risikostrukturausgleich auf 5,13 Beitragssatzpunkte verringert würde. Würden zusätzlich die beiden demographischen Faktoren einbezogen, verringerte sich die Beitragsspanne weiter auf 4,81 Beitragssatzpunkte.

Der Gutachter weist darauf hin, dass die Berechnungen der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen im Risikostrukturausgleich vom bisherigen Verfahren – Standardisierung der Leistungsausgaben für nach Geschlecht und Alter getrennte Risikogruppen unter Berücksichtigung von Krankengeldanspruch und Erwerbsunfähigkeit (sog. Risikozellen-Ansatz) – auf Regressionsberechnungen umgestellt werden müssten. Hierbei wird für jeden einzelnen Versicherten festgestellt, welche Risikomerkmale im Einzelnen vorliegen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Einkommenshöhe, Krankengeldanspruch, Erwerbsunfähigkeit), um diese mit DM-Beträgen zu bewerten, die sich aus statistischen Regressionsberechnungen ergeben (jedes einzelne Merkmal ergibt einen bestimmten Beitragsbedarf, der dann über alle Merkmale aufaddiert wird).

Zwar lägen für die zusätzlichen Risikofaktoren „Familienstand“ und „Einkommen“ bereits Informationen bei den Krankenkassen vor, die für einen entsprechend modifizierten Risikostrukturausgleich verwendet werden könnten, jedoch müsste die Verfahrensweise der Beitragsbedarfsberechnungen grundlegend geändert werden. Der Gutachter hält die Einführung innerhalb von zwei Jahren für realisierbar.

VI. Diskussion

Nach übereinstimmender Auffassung aller Gutachter ist die dauerhafte Durchführung des Risikostrukturausgleichs unverzichtbare Voraussetzung für den Wettbewerb der Krankenkassen in einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung. Sie stimmen ebenfalls darin überein, dass eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs notwendig ist. Zentraler Vorschlag ist dabei die mittelfristige Einführung einer direkten Morbiditätsorientierung in den Risikostrukturausgleich.

Aufgrund dieser Gemeinsamkeit der Problemanalyse hat die Bundesministerin für Gesundheit die Gutachtergruppen IGES/Cassel/Wasem und Lauterbach/Wille gebeten, die Möglichkeiten eines gemeinsamen Lösungsvorschlags auszuloten. Das Gespräch der Gutachtergruppen hat zu folgendem Ergebnis geführt: Beide Gutachtergruppen betonen übereinstimmend, dass der Risikostrukturausgleich mittelfristig auf ein vollständiges direkt morbiditätsorientiertes Modell zur Ermittlung des Beitragsbedarfs umgestellt werden solle. Alle hierzu erforderlichen Schritte sollten bereits jetzt verbindlich gesetzlich geregelt werden.

Bereits vor der Einführung dieses vollständigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs könne eine gesonderte Berücksichtigung bestimmter chronischer Erkrankungen im Risikostrukturausgleich erfolgen, indem für die Versicherten, die in akkreditierten Disease-Management-Programmen eingeschrieben seien, ein gesonderter Beitragsbedarf angerechnet werde.

Für den Übergangszeitraum bis zur Einführung des vollständigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs halten die Gutachtergruppen dagegen an ihren unterschiedlichen Vorschlägen fest: Die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Gutachtergruppe präferiert neben ihren Vorschlägen zur Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und der Einführung eines Erstattungspools für nichtmanagementfähige Leistungen die Bildung eines Risikopools (vgl. Abschnitt III 3.5). Die Gutachtergruppe Lauterbach/Wille hat sich dagegen für die Einführung einer Wechslerkomponente im Risikostrukturausgleich ausgesprochen (vgl. Abschnitt IV 2.1).

Vor diesem Hintergrund stellt sich für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs eine Reihe offener Fragen:

Die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, die von allen Gutachtern für erforderlich gehalten wird, bedarf erheblicher Vorarbeiten insbesondere in Form von Datenerhebungen und wissenschaftlichen Untersuchungen. Hier sind die Einzelheiten dieses Verfahrens und die Umsetzbarkeit des von der Gutachtergruppe IGES/Cassel/Wasem vorgeschlagenen Zeitplans in enger Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem den Risikostrukturausgleich durchführenden Bundesversicherungsamt zu erörtern.

Nach übereinstimmender Einschätzung der Gutachtergruppen IGES/Cassel/Wasem und Lauterbach/Wille müssen die finanziellen Anreize für die Versorgung chronisch Kranker verbessert werden. Im Rahmen der anstehenden Reform des Risikostrukturausgleichs kann dies auf verschiedene Weise erfolgen: Zum einen können abgegrenzte Gruppen chronisch Kranker, die in akkreditierten Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, als weitere Versichertengruppen in den Risikostrukturausgleich einbezogen werden. Daneben können diese Versicherten aber auch in einem Risikopool gesondert berücksichtigt werden, etwa durch Festlegung abweichender Schwellenwerte und Selbstbehalte der Krankenkassen.

Da ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich erst mittelfristig finanzwirksam werden kann, stellt sich darüber hinaus die zentrale Frage, welche Maßnahmen kurzfristig ergriffen werden können, um Wettbewerbsverwerfungen zwischen den Krankenkassen abzubauen. Die hierzu diskutierten Vorschläge werden zurzeit von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt einer eingehenden Wirkungsanalyse unterzogen. Bei der Entscheidung werden neben dem Ergebnis dieser Wirkungsanalyse auch die Gesichtspunkte der Rechtssicherheit der Umsetzung und der verwaltungsmäßigen Umsetzbarkeit zu berücksichtigen sein.

Schließlich ist die Frage zu beantworten, welche gesetzlichen Maßnahmen außerhalb des Risikostrukturausgleichs, insbesondere im Organisationsrecht der Krankenkassen, erforderlich sind, um die Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen anzugleichen. Auch hierzu wird die Bundesregierung in Kürze Vorschläge unterbreiten.

