

Florian Buchner, Jürgen Wasem:

## Die Einführung des Gesundheitsfonds im deutschen Gesundheitssystem: Mehr freier Wettbewerb oder mehr zentrale Regulierung?

---

**Anfang des Jahres 2009 trat in Deutschland der sogenannte Gesundheitsfonds in Kraft. Mit ihm erhalten die einzelnen Kassen je nach Krankheitszustand ihrer Versicherten Mittel aus einem zentralen Fonds, dieser wird aus einem durch die Bundesregierung zentral festgelegten Beitragssatz, den alle gesetzlich Versicherten zu zahlen haben, und durch zunehmende Steuermittel finanziert. Die Kassen können darüber hinaus Zusatzbeiträge erheben, welche die Mitglieder<sup>1</sup> dann direkt an die Kasse zu zahlen haben.**

Dies alles klang für das deutsche Gesundheitssystem zunächst wie ein mittleres Erdbeben. Die Presse bedachte das Vorhaben auch nicht unbedingt mit Vorschusslorbeeren: „Perverses System“ überschrieb der *Spiegel* einen Artikel im September 2008 und fuhr fort „Die Koalition vollendet den Gesundheitsfonds – auf Kosten der Versicherten“, „Einfach krank“ titelte Elisabeth Niejahr in *Die Zeit* am 9. Oktober 2009 „Die Bundesregierung setzt eine Gesundheitsreform durch, die keiner will – nicht einmal diejenigen, die von ihr profitieren“ und in der *Süddeutschen Zeitung* hieß es am 4./5. Oktober 2008 „Der Gesundheitsfonds: Merkels Montagsauto – Siebzig Millionen Menschen, die damit fahren sollen, schauen bei der chaotischen Montage zu“. Alles sprach über den Gesundheitsfonds, ob ihn alle verstanden hatten, blieb unklar, über eins war man sich einig: alle fanden ihn schlecht. Überraschend geräuschlos vollzog sich dann im Verhältnis dazu die Einführung des Systems im Januar 2009 – es kam zu keinen größeren verwaltungstechnischen Pannen oder Komplikationen, was bei der Einführung eines solch komplexen Systems durchaus nicht selbstverständlich ist, der Aufschrei der Akteure hielt sich in Grenzen. Wie funktioniert er nun, dieser Gesundheitsfonds?

### Historisches

Um zu verstehen, was im deutschen Gesundheitssystem durch den Gesundheitsfonds passiert ist, müssen wir zunächst ein wenig in die Vergangenheit gehen. Mitte der 90-er Jahre wurde im vergangenen Jahrhundert Wettbewerb im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in dem rund 90 % der

---

<sup>1</sup> In Deutschland werden in der gesetzlichen Krankenversicherung die Mitglieder - beitragszahlende Versicherte - von den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen unterschieden.

deutschen Bevölkerung versichert sind, eingeführt. Zuvor waren rund die Hälfte der Mitglieder – ähnlich wie in Österreich – unmittelbar einer der damals noch über 1.000 Kassen zugewiesen worden, die Anderen hatten eine Wahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Kassen, allerdings nur zwischen ganz wenigen der vorhandenen Kassen<sup>2</sup>. Dies erschien ungerecht, da es im System bei weitgehend gleichem Leistungskatalog zwar sehr unterschiedliche Beitragssätze gab, aber keine Möglichkeit für die Mitglieder die Kasse zu wechseln.

Als Mitte der 90-er Jahre nun eine weitgehende Wahlfreiheit für die Mitglieder eingeführt wurde, musste für den Wettbewerb zwischen den Kassen ein entsprechender Wettbewerbsrahmen geschaffen werden. Dabei haben die Kassen wie zuvor einen kassenintern einheitlichen Beitragssatz von allen Mitgliedern zu erheben<sup>3</sup>, es dürfen also keine einkommensunabhängigen Prämien erhoben oder die Beiträge dem jeweiligen Risiko angepasst werden. Eine Krankenkasse kann auch niemandem die Aufnahme verwehren, sondern muss jeden aufnehmen, der sich versichern will (Kontrahierungszwang). So blieben auch weiterhin, trotz Wettbewerb, zentrale Parameter einer sozialen Krankenversicherung erhalten. Zentrales Wettbewerbsinstrument war (bis zur Einführung des Gesundheitsfonds) der Beitragssatz, der zwar für alle Mitglieder einer Krankenkasse gleich war, der aber zwischen den Krankenkassen stark variierte. Der Leistungskatalog war dagegen bei allen Kassen weitgehend einheitlich – bis auf den Bereich der sogenannten Satzungs- und Ermessensleistungen, für die jede Kasse entscheiden kann, ob diese in ihrem Leistungskatalog enthalten sein sollen oder nicht. Diese Satzungsleistungen machen aber weniger als 5 % der Gesamtausgaben der Kassen aus<sup>4</sup>.

Für einen solidarischen Wettbewerbsrahmen im Wettbewerb zwischen Krankenkassen spielt ein Ausgleichsmechanismus eine ganz zentrale Rolle. Würde man das System in der oben beschriebenen Weise installieren, ohne einen entsprechenden Ausgleichsmechanismus einzuführen, würden die Kassen versuchen, möglichst viel Mitglieder mit niedrigem Alter, ohne chronische Krankheiten, ohne beitragsfrei mitversicherte Kinder (also mit geringen zu erwartenden Ausgaben) und mit hohem Einkommen (also mit hohen Beitragszahlungen) in ihre Versichertengemeinschaft aufzunehmen und gleichzeitig möglichst wenige alte, chronisch Kranke und Mitglieder mit geringem Einkommen. Zwar besteht Kontrahierungszwang und die Mitglieder können in die Kasse

---

<sup>2</sup> Smigielski (1982)

<sup>3</sup> § 241 des Sozialgesetzbuch V, in dem das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung geregelt ist.

<sup>4</sup> Der Gesetzgeber schafft zunehmend Möglichkeiten, dass Krankenkassen sich durch Verträge mit Leistungserbringern voneinander differenzieren können. Zwar gibt es grundsätzlich Kollektivverträge, aber daneben werden mehr und mehr Einzelgestaltungsmöglichkeiten gewährt. So gab es Ende 2008 mehr als 6.000 Verträge zur Integrierten Versorgung, welche jeweils von einzelnen mit speziellen Anbietergemeinschaften abgeschlossen werden.

wechseln, in die sie wollen – unabhängig von Alter, Gesundheitszustand und Einkommen, aber die Kassen können durchaus wirksame Instrumente der sogenannten Risikoselektion entwickeln, welche die beschriebenen Selektionsstrategien unterstützen. So hat sich eine Reihe von Krankenkassen in den ersten Jahren nach Einführung des Wettbewerbs auf Internet-Auftritte beschränkt, was zu einem Zugang vor allem von jungen, gesunden Versicherten geführt hat. Aus diesen Gründen wird mit der Einführung von Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung in aller Regel ein Ausgleichsmechanismus eingeführt, welcher die Anreize zu Risikoselektion weitgehend ausschalten soll. So sind neben Deutschland z.B. auch die Niederlande, die Schweiz, Belgien oder Israel vorgegangen<sup>5</sup>.

Wichtig für einen solchen Ausgleichsmechanismus ist, dass er einerseits die Risikoselektionsanreize nivelliert. Dazu werden die einkommensabhängigen Beiträge quasi in risikoangepasste Prämien umgewandelt: es soll keinen verstärkten Anreiz geben, Mitglieder mit hohem Einkommen zu versichern bzw. Versicherte mit erhöhtem Erkrankungsrisiko nicht zu versichern. Andererseits dürfen die Anreize zu Effizienz, einer der Hauptgründe für die Einführung von Wettbewerb, nicht verloren gehen. So würde ein einfacher Ausgleichspool, in den alle Kassen ihre Gesamtausgaben einbringen, welche anschließend auf die Mitglieder gleichmäßig aufgeteilt werden, zwar jegliche Risikoselektionsanreize nivellieren, aber gleichzeitig auch alle Anreize zu effizientem Handeln aufheben, da die gesamten Ausgaben auf alle Kassen umgelegt würden. Einsparungen einer Kasse – etwa durch gutes Leistungsmanagement – würden in einem solchen System nicht der jeweiligen Kasse zugute kommen. Daher sollen nicht die Ausgaben ausgeglichen werden, sondern die Risikostrukturen. Wie das aussehen kann soll am Beispiel des deutschen Systems gezeigt werden<sup>6</sup>.

In seiner ursprünglichen Version hat der in Deutschland als Risikostrukturausgleich (RSA) bezeichnete Mechanismus die Einkommensunterschiede ausgeglichen, indem die Kassen jeweils den bundesdurchschnittlichen Beitragssatz für die Leistungsausgaben (der sogenannte Ausgleichsbedarfssatz) angewendet auf die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder an den Ausgleichsmechanismus zahlen mussten – bei hohen Einnahmen der Mitglieder also mehr als bei niedrigen Einnahmen. Dieser Teil wurde als Finanzkraftausgleich bezeichnet. Aus dem Pool bekamen die Kassen dann für jeden Versicherten eine Zahlung, die den bundesweit durchschnittlichen jährlichen Ausgaben aller Versicherten mit dem gleichen Alter und

---

<sup>5</sup> Diese Ausgleichsmechanismen sind allerdings in ihrem Konzept und ihrer Wirkungsweise jeweils sehr unterschiedlich. Vgl. van de Ven et al. (2003)

<sup>6</sup> Solche Ausgleichsmechanismen wurden beispielsweise auch in den Niederlanden, der Schweiz, Belgien und Israel eingeführt.

Geschlecht entsprach. Diese Darstellung ist etwas vereinfacht, da die Durchschnittsbildung auch den Bezug einer Erwerbsunfähigkeits- bzw. einer Berufsunfähigkeitsrente sowie nach der ersten Reform des RSA auch die Einschreibung in ein akkreditiertes Disease-Management-Programm für fünf vom Gesetzgeber vorgegebenen Krankheitsbilder (Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ I und Typ II, Koronare Herzkrankheit (KHK), Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD), Asthma bronchiale) berücksichtigte. So können Kassen, welche ihre Versicherten kostengünstiger versorgen als dies im bundesweiten GKV-Durchschnitt erfolgt, Mittel einsparen, während Kassen bei Versicherten, für die sie mehr als die bundesdurchschnittlichen Mittel aufwenden, diese Mittel aus anderen Quellen – wie etwa einem höheren Beitragssatz – aufbringen müssen. Dieser auf die Ausgaben bezogene Teil des RSA wurde als Beitragsbedarfsausgleich bezeichnet. Insgesamt mussten Kassen mit überdurchschnittlich guter Risikostruktur per saldo Zahlungen an den RSA leisten (sogenannte Zahlerkassen) während Kassen mit unterdurchschnittlich guter Risikostruktur Zahlungen aus dem RSA erhielten (sogenannte Empfänger-Kassen) (Buchner und Wasem 2003).

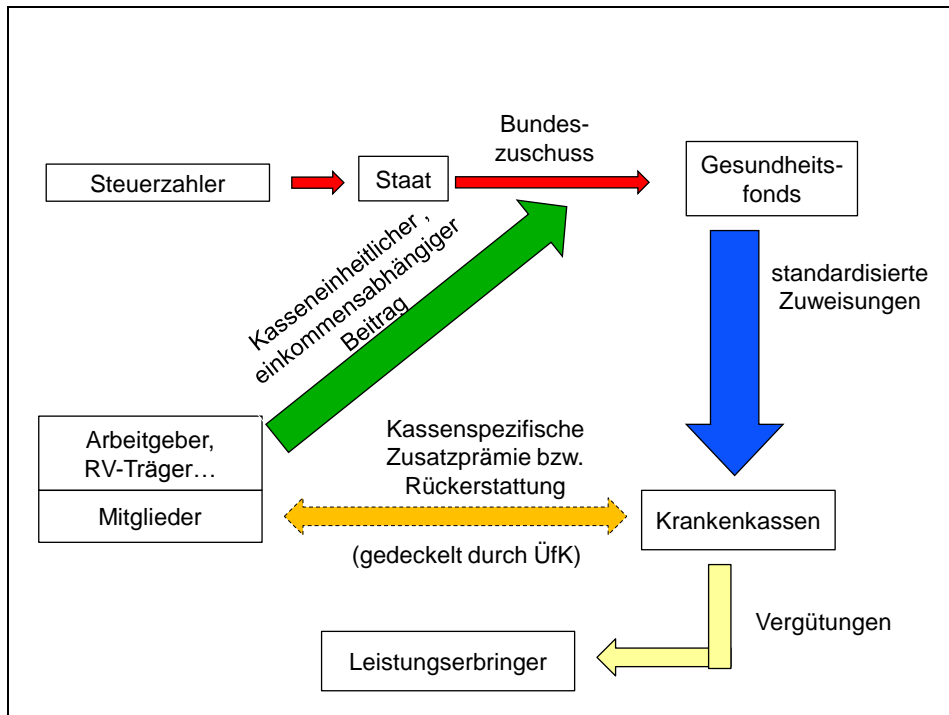
Auf diese Weise konnte sich im deutschen Krankenversicherungssystem ein Wettbewerb zwischen den Kassen entwickeln, bei dem die solidarischen Elemente einer Sozialversicherung gewahrt bleiben. Anfang dieses Jahrzehntes gab es eine erste Reform der Rahmenbedingungen, welche bereits die Verfeinerung des Ausgleichsmechanismus in Form einer Morbiditätsorientierung des RSA einleitete, was durch die Einführung des Gesundheitsfonds jetzt umgesetzt wird. Gleichzeitig wurden in dieser Reform einige Übergangselemente eingeführt wie etwa die oben erwähnten DMPs als Elemente des RSA sowie ein Risikopool für besonders teure Fälle, auf den hier nicht näher eingegangen werden soll. Von einem Zurückfahren des Wettbewerbs oder einer Abschaffung des Risikostrukturausgleichs – letzteres wurde anfangs durchaus diskutiert – war keine Rede mehr.

### **Kernelemente des Gesundheitsfonds**

Die drei Kernelemente der Einführung des Gesundheitsfonds sind die zentrale Bestimmung eines einheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung bei gleichzeitiger Möglichkeit, Zusatzprämien zu erheben bzw. auszuzahlen sowie der zunehmende Anteil von Mitteln aus dem Steuertopf an der Finanzierung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die morbiditätsorientierte Ausrichtung des RSA. Abbildung 1 zeigt – etwas vereinfacht – dieses Schema der Finanzverfassung der GKV seit Einführung des Gesundheitsfonds.

## Beschreibung: Langfassung

Abbildung 1: Finanzierung im deutschen Krankenkassensystem nach Einführung des Gesundheitsfonds



Quelle: Eigene Darstellung

Zur Festlegung des **einheitlichen Beitragssatzes** wurde beim Bundesversicherungsamt (BVA), das für die Durchführung des RSA zuständig ist, ein Schätzerkreis zur fachlichen Unterstützung der Entscheidung der Bundesregierung über die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes eingerichtet, an dessen Empfehlung die Bundesregierung allerdings nicht gebunden ist. Dieser Schätzerkreis konnte sich in seiner ersten Empfehlung nicht auf einen Wert einigen. Die Bundesregierung hat den Beitragssatz auf 15,5 % festgelegt und ist dabei den Empfehlungen von BVA und BMG innerhalb des Schätzerkreises gefolgt und nicht den Empfehlungen der Vertreter des Spitzenverbandes der Krankenkassen mit 15,8 %. Damit setzt sich in Deutschland der Beitragssatz im Jahr 2009 zusammen aus 14,6 % paritätisch finanziert durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer und 0,9 % vom Arbeitnehmer allein finanziert. Zuvor lagen die Beitragssätze zwischen 11,3 % und 16,5 %. 92 % der Mitglieder zahlten damit 2009 einen höheren Beitragssatz als im Jahr zuvor, im Schnitt bedeutet das rund 100 EUR zusätzlich pro Jahr. Dies hat sicher zur geringen Popularität des Gesundheitsfonds beigetragen, obwohl es in keiner Weise der Konstruktion Gesundheitsfonds geschuldet ist, sondern vielmehr deutlich durch erhöhte Zahlungen an Leistungserbringer beeinflusst ist (so werden für die neue

Vergütungsregelung der niedergelassenen Ärzte rund 2,5 Mrd. EUR zusätzlich veranschlagt<sup>7</sup>).

Im Lauf des erste Halbjahres 2009 wurde im Zuge der Reaktionen auf die Finanzkrise im Konjunkturpaket 2 beschlossen, den Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung um 0,6 Beitragssatzpunkte zu senken und die entstehende Lücke, 3,2 Mrd. EUR für das 2. Halbjahr 2009, aus Steuermitteln zu finanzieren (Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland Artikel 13).

Da für eine Kasse nun auf der einen Seite der Leistungskatalog von außen und damit auch bis zu einem gewissen Grad die Ausgaben weitgehend festgelegt sind und auf der anderen Seite der Beitragssatz bzw. die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und damit die Einnahmen ebenfalls extern festgelegt sind, wird aus betriebswirtschaftlicher Sicht ein Ausgleichsventil notwendig, für den Fall, dass die – weitgehend extern bestimmten – Einnahmen und Ausgaben einer Kasse nicht übereinstimmen. Dafür ist die Möglichkeit eingeräumt worden, dass Kassen über den einheitlichen Beitragssatz hinaus eine einkommensunabhängige Zusatzprämie oder einen einkommensabhängigen Zusatzbeitragssatz erheben können bzw. eine entsprechende Erstattung auszahlen können. Diese sind für alle Mitglieder einer Kasse einheitlich, können sich aber zwischen den Kassen unterscheiden. Zusatzprämie oder Zusatzbeitrag bzw. entsprechende Auszahlungen betreffen jeweils nur die Mitglieder, werden also nicht paritätisch finanziert bzw. abgeschöpft. Damit kommt der Unterschied zwischen den Kassen nun vollständig dort an, wo auch die Kassenwahl tatsächlich entschieden wird, nämlich beim beitragszahlenden Mitglied. Früher wurde dagegen der unterschiedliche Beitragssatz paritätisch zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber geteilt. Damit kam auch der Unterschied zwischen den Beitragssätzen unterschiedlicher Kassen nur zu 50 % beim beitragszahlenden Mitglied an – insofern kann durchaus von einer Wettbewerbsverstärkung durch den Gesundheitsfonds gesprochen werden. Die meisten Beobachter rechnen außerdem damit, dass sich einkommensunabhängige Zusatzbeiträge bei den Krankenkassen durchsetzen werden (und nicht entsprechende Beitragssätze) – schon alleine deswegen, weil bei einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen die einkommensstärkeren Versicherten, die versicherungstechnisch als „bessere Risiken“ gelten, stärker belastet werden und darauf mit Kassenwechsel reagieren könnten. Es wird davon ausgegangen, dass die Preissignale von absoluten Prämienunterschieden sensibler wahrgenommen werden als die Unterschiede in prozentualen Beitragssätzen – wiederum ein Argument für einen verstärkten Wettbewerb.

---

<sup>7</sup> *Wasem und Walendzik (2008).*

Derzeit hat erst eine kleine Betriebskrankenkasse einen Zusatzbeitrag (in Höhe von 8 Euro je Monat) eingeführt. Keine Kasse will hier wohl die Erste sein, die mit der Einführung einer Zusatzprämie ihre Mitglieder „vor den Kopf stößt“. Es wird aber damit gerechnet, dass spätestens im kommenden Jahr Zusatzprämien eingeführt werden, möglicherweise auf „breiter Front“.

Die **Erhöhung des Anteils an Steuermitteln** bis ins Jahr 2014, in dem 14 Mrd. EUR erreicht werden sollen, wird politisch als Ausgleich für sog. „versicherungsfremde Leistungen“ begründet, wie etwa die beitragsfreie Mitversicherung nichterwerbstätiger Familienangehöriger. Den im Gesetz (§ 221 SGB V) festgelegten Beträgen liegen allerdings keine realen Kalkulationen der entsprechenden Leistungen zugrunde.

Der RSA wird so verändert, dass die Mittel des Gesundheitsfonds entsprechend der **Morbidität**, also dem Gesundheits- bzw. Krankheitszustand, an die Krankenkassen verteilt werden. Der Grundgedanke hierbei ist: Die Krankenkassen sollen für „Gesunde“ weniger Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten als für „Kranke“ (Alter und Geschlecht im alten RSA dienten als Proxi, also eine Art Hilfsmittel zur Messung des Krankheitszustandes). Es bedarf dazu eines Meßsystems der Kostenintensität der Erkrankungen. Insbesondere in den USA sind dazu in den beiden vergangenen Jahrzehnten eine ganze Reihe unterschiedlicher Klassifizierungsmodelle, sogenannte Grouper, entwickelt worden. Diese teilen Diagnosen oder auch verschriebene Arzneimittel (bzw. deren Wirkstoffe) aufgrund von medizinischen Kriterien und Kostenkriterien auf eine überschaubare Anzahl von Gruppen auf. In einem Auswahlprozess hat man sich entschieden den in Boston entwickelten Grouper HCC – Hierarchical Condition Categories – für die Morbiditätskomponente im deutschen RSA zu verwenden. Dieser teilt die rund 15.000 ICD 10-Diagnosen in 100 bis 200 Gruppen ein<sup>8</sup>. Zur Verwendung dieses Groupers im deutschen Zusammenhang ist allerdings eine Anpassung notwendig gewesen.

### **Auswahl von 80 Krankheiten**

Im Gesetz zum Gesundheitsfonds wurde vorgegeben, dass im RSA 50-80 Krankheiten mit schwerwiegendem Krankheitsverlauf oder kostenintensive chronische Erkrankungen aufgenommen werden sollen, deren durchschnittliche Ausgaben jeweils höher sind als das 1,5-fache der Durchschnittsausgaben über alle Versicherten.

---

<sup>8</sup> Diese Zahl schwankt zwischen den Versionen, die es von diesem Grouper gibt.

Der Auswahlprozess der Krankheiten erfolgte nach einem Verfahren, das von einem wissenschaftlichen Expertenkreis<sup>9</sup> vorgeschlagen und vom BVA an einigen wesentlichen Stellen modifiziert wurde. Dabei tauchten schon erste Definitionsprobleme auf, was als Krankheit aufzufassen ist. Unter Verwendung der ersten Aggregationsstufe des amerikanischen Groupers wurden knapp 400 Krankheiten identifiziert. Um eine dieser Krankheiten als kostenintensiv chronisch zu identifizieren, musste bei mindestens 50 % der Fälle in zwei Quartalen eine Diagnose dieser Krankheit auftreten. Um eine Krankheit als Krankheit mit schwerwiegendem Verlauf zu identifizieren, musste in mindestens 10 % der Fälle ein Krankenhausaufenthalt vorliegen. Die Kosten für die einzelnen Krankheiten, genauer die durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Krankheitsfall, wurden anhand einer multiplen Regression errechnet. Bei der Auswahl der 50 – 80 teuersten Krankheiten besteht nun ein Zielkonflikt zwischen Krankheiten, welche volkswirtschaftlich sehr teuer sind aufgrund ihrer starken Verbreitung und Krankheiten, die zwar im Einzelfall teuer sind, aber möglicherweise aus volkswirtschaftlicher Sicht keine große Rolle spielen. Hier hat man sich für einen Mittelweg entschieden zwischen den beiden extremen Vorgehensweisen, das Ranking anhand der reinen Kostenergebnisse der Regression durchzuführen (Betonung der Kosten des einzelnen Krankheitsfalls) oder Ranking anhand der Kostenergebnisse multipliziert mit der Anzahl der Erkrankten (Betonung der volkswirtschaftlichen Komponente). Dieser Mittelweg sieht ein Ranking der Krankheiten nach ihren Einzelfallkosten multipliziert mit der Wurzel aus der Anzahl von Krankheitsfällen vor. Diese Gewichtung ist deutlich geringer als eine volle Gewichtung der Fallzahlen. Aus diesem Ranking wurden die 80 teuersten Krankheiten verwendet<sup>10</sup>.

Die dadurch ausgewählten Krankheiten umfassen knapp 4000 ICD-Codes. Diese ICD-Codes werden mit Hilfe des adaptierten amerikanischen Groupers auf rund 100 sogenannte „Homogene Krankheitsgruppen“ (HMG) aggregiert. Das bedeutet, dass eine Krankheit durchaus in mehrere HMGs untergruppiert sein kann, welche dann auch unterschiedliche Zahlungen innerhalb des RSA auslösen können. Die 10 HMGs, welche innerhalb des RSA die höchsten Zahlungen auslösen, sind in Tabelle 1 aufgeführt.

---

<sup>9</sup> Vgl. Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007)

<sup>10</sup> Genaugenommen wurden diese Krankheiten noch daraufhin geprüft, ob Durchschnittskosten der Erkrankten höher als das 1,5-fache der Gesamtdurchschnittskosten liegt. Dabei fiel eine Krankheit heraus und im Ranking rückte eine Krankheit nach.



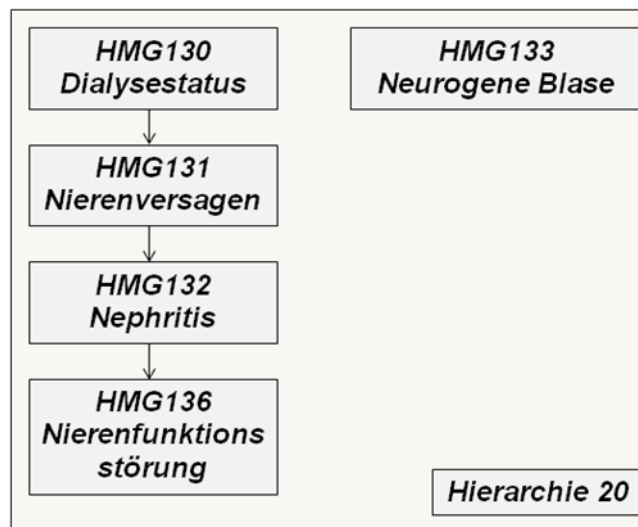
Tabelle 1: Die 10 Morbiditätsgruppen mit den höchsten monatlichen Zuschlägen

Risikogruppe	Krankheit	Zuschlag (EUR)
HMG043	Hämophilie	5.064,71
HMG130	Dialysestatus	4.080,55
HMG107	Mukoviszidose	1.840,20
HMG004	Myeloische Leukämie	1.491,34
HMG008	Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	1.430,56
HMG009	Metastasen sonstiger Lokalisation, Kaposi-Sarkom	1.042,20
HMG174	Transplantation eines wichtigen Organs, Status des Empfängers	923,23
HMG001	HIV/AIDS	879,07
HMG021	Sehr schwere Stoffwechselstörungen (Hypopituitarismus, alpha-1-Antitrypsinmangel, näher bezeichnete Sphingolipidosen)	814,67
HMG067	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen	778,62

*Quelle: Vorabinformation Zuschlag 2009 aus dem Gesundheitsfonds, BVA, 2008*

Es sei an dieser Stelle noch auf eine Besonderheit des verwendeten Groupers hingewiesen: Die Hierarchien. Bei Krankheiten, welche aus mehreren HMGs bestehen und bei welchen die unterschiedlichen HMGs einen unterschiedlichen Schweregrad der Krankheit darstellen, gibt es innerhalb des Groupers folgende Regel: Es löst jeweils nur der höchste Schweregrad – oder eben die höchste Hierarchiestufe – eine Zahlung aus. Wenn also ein Versicherter Diagnosen aus mehreren unterschiedlichen HMGs innerhalb einer solchen Hierarchie aufweist, wird für die Krankenkasse nur der Zuschlag für die HMG der höchsten Hierarchiestufe ausgelöst. Die Abbildung 2 zeigt dies am Beispiel der Nierenerkrankung: Für einen Versicherten kann von den HMGs 130, 131, 132 und 136 nur eine einen Zuschlag auslösen. Die HMG 133 kann dagegen zu jeder dieser HMGs zusätzlich einen Zuschlag auslösen.

Abbildung 2: Hierarchiebildung bei Nierenerkrankung



Quelle: Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt, BVA, 2008

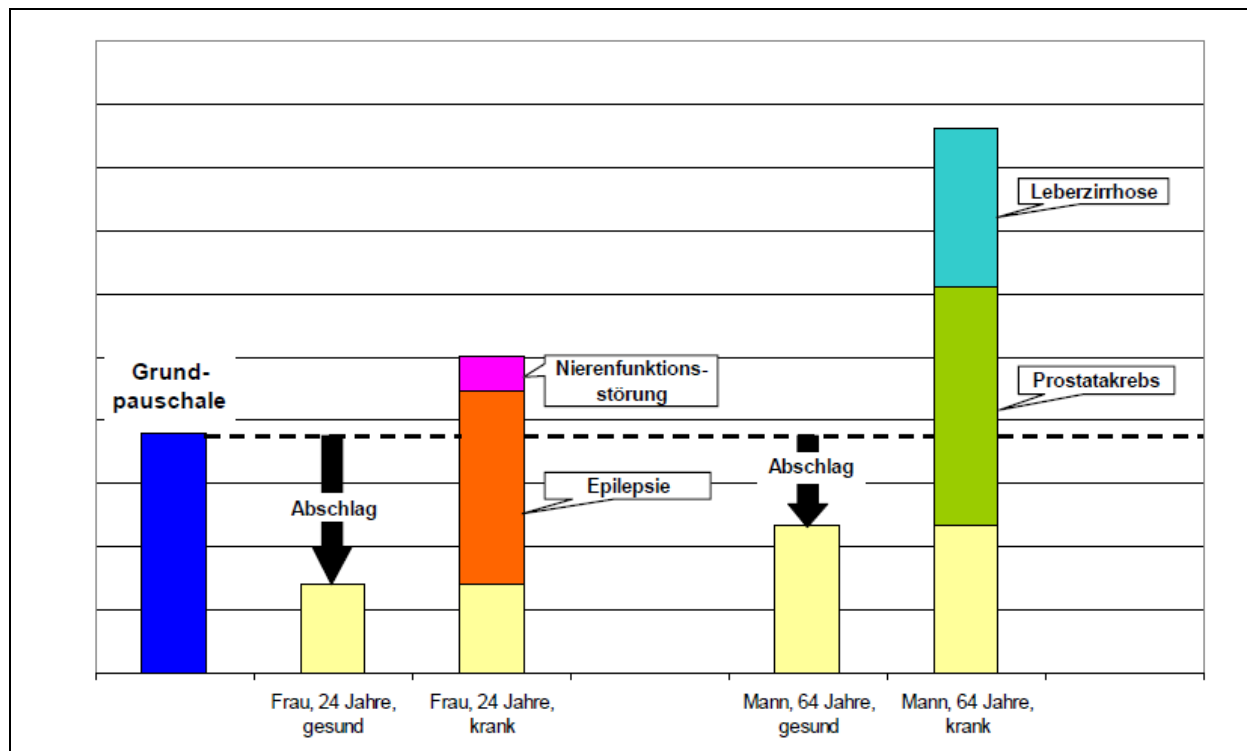
## Ein morbiditätsadjustierter Risikostrukturausgleich

Zurück zum Gesamt RSA. Welche Zahlungen erhält eine Kasse für einen Versicherten aus dem Gesundheitsfonds? Die Zuweisung für einen Versicherten zur Finanzierung der Pflichtleistungen setzt sich zusammen aus

- einer Grundpauschale (im Jahr 2009 liegt diese bei 185,64 EUR)
- Zu- oder Abschlag für Alter und Geschlecht
- Gegebenenfalls Zuschlag für Erwerbsminderungsrentner (EMR)
- Gegebenenfalls Zuschlag für ausgewählte Krankheiten

Die Funktionsweise kann anhand der Abbildung 3 nachvollzogen werden. Von der Grundpauschale werden je nach Zugehörigkeit zu einer Alters/Geschlechtsgruppe ein Abschlag abgezogen und bei Kranken kommen je nach Diagnosen des Versicherten und den entsprechenden HMGs Zuschläge dazu – so berechnet sich die morbiditätsadjustierte Zahlung, welche die Kasse aus dem Gesundheitsfonds erhält.

Abbildung 3: Berechnung der Zuweisungen für Pflicht-Leistungsausgaben

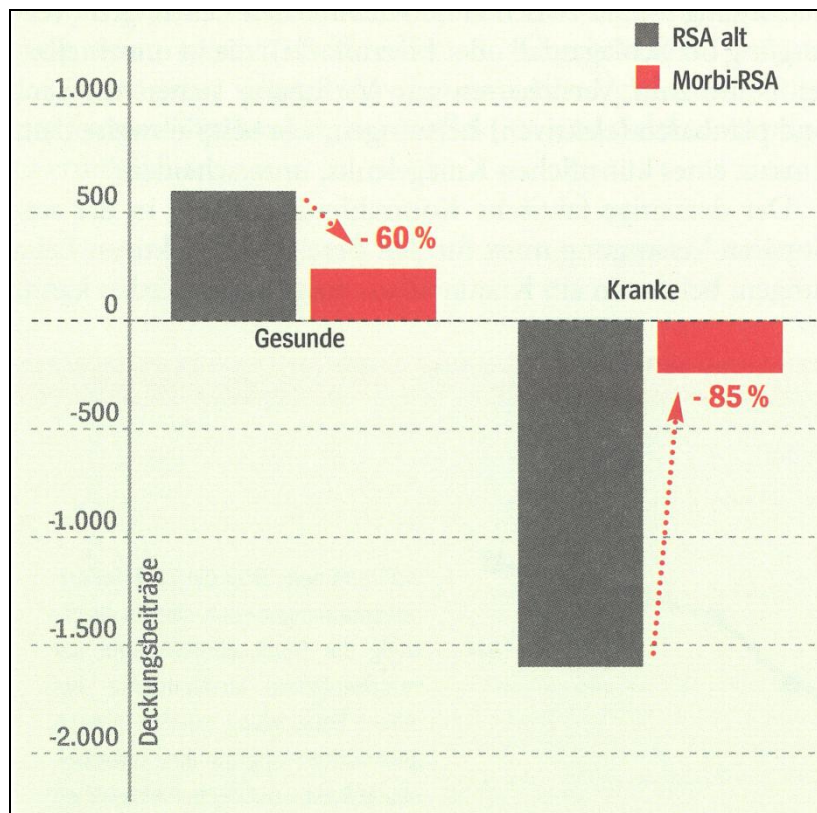


Quelle: Vorabinformation Zuschlag 2009 aus dem Gesundheitsfonds, BVA, 2008

Die Berechnung von Grundpauschale sowie Zu- und Abschlägen erfolgt aufgrund einer multivariaten Regressionsanalyse. Dabei bilden Alter, Geschlecht, Bezug von EMR sowie die ausgewählten Krankheiten (HMGs) der Versicherten die unabhängigen Variablen und die Ausgaben die abhängige Variable. Zur Durchführung dieser Regressionsanalyse steht dem Bundesversicherungsamt ein über alle Krankenkassen und Regionen repräsentativer Datensatz von rd. 4,5 Mio. Versicherten der GKV zur Verfügung.

Insgesamt werden die Mittel durch einen solchen morbiditätsorientierten RSA deutlich zielgenauer verteilt als durch einen RSA, der weitgehend nur aufgrund der soziodemographischen Faktoren Alter und Geschlecht aufbaut, wie dies der frühere RSA tat. Dies macht Abbildung 4 deutlich, die auf Berechnungen der AOK beruht.

Abbildung 4: Über- und Unterfinanzierung von gesunden und kranken Versicherten vor und nach Einführung der Morbiditätskomponente im RSA



Quelle: Reichelt (2009)

### Einige technische Details

Der **Morbiditätsansatz** ist **prospektiv** ausgestaltet; das heißt, die Zuweisungen eines Jahres werden durch die Diagnosen des Versicherten aus dem Vorjahr ausgelöst.<sup>11</sup> In der praktischen Konsequenz bedeutet dies, dass Akuterkrankungen ein vergleichsweise geringes Gewicht in den Morbiditätszuschlägen aufweisen; sie werden weitgehend in den Sockelzuweisungen nach Alter und Geschlecht pauschal abgegolten. Die chronischen Krankheiten dagegen führen vielfach zu hohen Morbiditätszuschlägen (siehe Tabelle 1). Dieser Ansatz wird deshalb häufig in Ausgleichsmechanismen der sozialen Krankenversicherung gewählt, da der Sinn des Ausgleichsmechanismus vor allem darin besteht, die Anreize zu Risikoselektion zu nivellieren. Solche Anreize ergeben sich in erster Linie bei chronischen Krankheiten, bei denen erhöhte Ausgaben über einen längeren Zeitraum vorhersehbar sind. Dies gilt z.B. bei Unfällen, wenn überhaupt, in deutlich geringerem Maße: Versicherte, die im folgenden Jahr einen Autounfall haben werden, sind wesentlich schwieriger zu identifizieren als Versicherte, die im folgenden Jahr Dialyse in Anspruch nehmen werden, entsprechend verhält es sich mit den Ansätzen für Risikoselektion.

<sup>11</sup> Vgl. Reschke et al. (2005)

Neben der Grundpauschale und den oben beschriebenen Zu- und Abschlägen, welche alle die Ausgaben für die Pflichtleistungsausgaben ausgleichen sollen, erhalten die Kassen noch **Zuschläge für Verwaltungskosten**<sup>12</sup>. Dazu wird allen Kassen für jeden Versicherten ein Pauschalbetrag (im Jahr 2009 5,45 EUR pro Monat) sowie ein von den pauschalisierten Leistungsausgaben abhängiger Teil (3 % der Pauschale für Pflicht-Leistungsausgaben) zugewiesen. Dabei wird einerseits davon ausgegangen, dass jeder Versicherte ein gewisses Maß an Verwaltungsausgaben verursacht, andererseits die Verwaltungsausgaben für kranke Versicherte aber entsprechend höher sind.<sup>13</sup> Damit werden nicht – wie vielfach behauptet – Ineffizienzen im System finanziert. Vielmehr ist es ganz offensichtlich, dass Krankenkassen auch ihre Verwaltungskosten aus den Beiträgen der Versicherten zu finanzieren haben. Kassen, die mit geringeren Verwaltungskosten auskommen, können diese unmittelbar an anderer Stelle einsetzen, z.B. bei der Auszahlung von Erstattungen, während Kassen mit überproportionalen Verwaltungskosten, diese nicht vollständig über die Pauschalen finanzieren können und die Mittel an anderer Stelle aufbringen müssen, z.B. durch Zusatzbeiträge.

### **Einige zusätzliche Rahmenbedingungen**

Zur sozialen Abfederung bei der Erhebung der Zusatzprämien wurde die **Überforderungsklausel** (§ 242 (1) 2. Satz SGB V) eingeführt, die besagt, dass die Zusatzprämie 1 % des Einkommens nicht übersteigen darf. Dies gilt allerdings erst ab einer Zusatzprämie von 8 EUR, bei darunterliegenden Zusatzprämien gilt die 1 %-Einkommens-Grenze nicht. Mittel, die einer Kasse durch diese Beschränkung entgehen, müssen von den übrigen Mitgliedern dieser Kasse finanziert werden.

Eine knifflige Frage ist die nach der **Anpassung des Beitragssatzes**. Nach der gegenwärtig geltenden Gesetzeslage ist der Beitragssatz von der Bundesregierung in den Folgejahren erst dann wieder zu erhöhen, *„wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen ... im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 von Hundert decken.“* D.d., das Gesetz sieht die Entstehung einer Unterdeckung über alle Kassen bis zu 5 Prozent der Ausgaben vor, bevor der „Einstiegsbeitragssatz“ erhöht werden soll. In diesem Umfang sollen sich bei den Krankenkassen Zusatzbeiträge aufbauen.

Auch wenn in der Startphase des Gesundheitsfonds die Zuweisungen an die Krankenkassen in der Summe über die gesamte gesetzliche Krankenversicherung

---

<sup>12</sup> Es werden darüber hinaus noch Zuschläge für die Verwaltungskosten von DMPs sowie für Satzungsleistungen geleistet, auf die hier aber nicht näher eingegangen werden soll.

<sup>13</sup> Vgl. Jacobs et al. (2002)

(GKV) ausreichen, deren Ausgaben zu finanzieren, gilt dies nicht für jede einzelne Krankenkasse. Denn die Krankenkassen erhalten standardisierte Zuweisungen, die sich an der Risikostruktur der Versicherten orientieren, die im Regelfall nicht mit den tatsächlichen Ausgaben einer Krankenkasse übereinstimmen. Daher muss eine Krankenkasse auch bereits im ersten Jahr nach dem Start des Gesundheitsfonds kalkulieren, ob sie einen Zusatzbeitrag erheben muss; umgekehrt ist aber auch möglich, dass sie eventuell eine Prämienausschüttung vornehmen kann.

Auf Betreiben der südlichen Bundesländer, insbesondere von Bayern und Baden-Württemberg wurde im Gesetz die sogenannte **Konvergenzklausel** (§272 SGB V) aufgenommen. Diese Klausel stellt sicher, dass die Mehr-Belastungen für die in einem Bundesland tätigen Kassen durch die Einführung des Gesundheitsfonds 100 Mio. EUR pro Jahr nicht übersteigen.<sup>14</sup> Die Konvergenzklausel wird wohl zumindest im ersten Jahr greifen. Das zeigt zumindest, dass es durch die Veränderung des RSA und die Einführung des Gesundheitsfonds an einigen Stellen auch finanziell zu substantziellen Veränderungen gekommen ist.

## Einige Baustellen

Mit der **Überforderungsklausel** sind gleich zwei Problembereiche verbunden: Zunächst führt die Tatsache, dass die Mittel zur Finanzierung von den Mitgliedern der jeweiligen Kasse aufzubringen sind, dazu, dass das Einkommen der Versicherten einer Kasse eine Rolle spielt: Falls eine Zusatzprämie erhoben wird, haben Kassen mit hohen Mitgliedseinkommen durch die Überforderungsklausel nur einen geringen Umverteilungseffekt innerhalb ihrer Mitglieder, während Kassen, bei denen mehr Mitglieder unter die Überforderungsklausel fallen, einen höheren Umverteilungsbedarf haben und von Ihren besser verdienenden Mitgliedern eine Zusatzprämie verlangen müssen, welche um eine entsprechende Solidarkomponente erhöht ist. Dies führt zu Verzerrungen im Wettbewerb und bietet Anreize für Risikoselektion nach Einkommen.<sup>15</sup> Möglichkeiten diese Verzerrungen aufzuheben wurden bereits aufgezeigt. So wurde etwa von Bert Rürup vorgeschlagen die Mittel zur Finanzierung der Überforderungsklausel aus den Mitteln des Gesundheitsfonds oder aus Steuermitteln zu finanzieren.

Ein weiteres Problem der Überforderungsklausel besteht darin, dass einerseits bis zu etwa 5 % der Gesamtausgaben der GKV über Zusatzprämien finanziert werden sollen (siehe vorheriger Abschnitt) – bei einzelnen Kassen kann dies natürlich durchaus auch einen größeren Anteil ausmachen. Andererseits wird die

---

<sup>14</sup> Auf die Messung der „Mehr-Belastungen“, die die Einführung des Fonds auslöst, kann hier nicht näher eingegangen werden. Vgl. dazu Wasem et al. (2008).

<sup>15</sup> Schawo (2007).

Zusatzprämie auf maximal 1 % des Einkommens gedeckelt. Damit ist bei einer Unterdeckung des Gesundheitsfonds von 96 % oder 97 % damit zu rechnen, dass ein erheblicher Anteil der Versicherten unter diese Klausel fällt. Die dadurch entstehende Lücke in den Mitteln ist von den nicht betroffenen Versicherten der jeweiligen Kasse über die Zusatzprämie zu tragen, was diese wieder erhöht und zusätzliche Fälle für die Überforderungsklausel schafft. Ein Fall in dem die Zusatzprämien für einen Großteil der Versicherten bei 1 % des Einkommens oder knapp darunter liegt, ist daher nicht unwahrscheinlich. Der höchste zulässige Zusatzbeitrag beträgt 1 % der Beitragsbemessungsgrenze (und beläuft sich 2009 auf 36,75 Euro monatlich); sofern eine Krankenkasse einen höheren Zusatzbeitrag benötigen würde, muss sie Insolvenz anmelden (oder vorher mit einer anderen Krankenkasse fusionieren).

Probleme können sich bei **Krankheiten** ergeben, **die nicht unter den 80 ausgewählten Krankheiten sind**. Für solche Krankheiten sind zumindest die Anreize für eine Risikoselektion gegenüber der Situation vor Einführung des Gesundheitsfonds erhöht: Krankenkassen erhalten für Versicherte mit diesen Krankheiten die gleichen Pauschalzahlungen wie für Gesunde – und diese sind geringer als die Pauschalzahlungen für Gesunde vor der Einführung der Morbiditätsadjustierung, bei welchen noch Mischpauschalen für Gesunde und Kranke kalkuliert wurden. Ob dies in der Praxis tatsächlich zu Problemen führt bleibt abzuwarten. Aus Systemsicht ist dies auf jeden Fall eine deutliche Unzulänglichkeit.

Ob die politische Absicht, mit einer Beschränkung auf 50-80 Krankheiten die Veränderungen im Vergleich zu einer kompletten Abbildung der Morbidität im Gesundheitsfonds zu dämpfen aufgeht, darf zumindest bezweifelt werden. Eine schrittweise Einführung einer Morbiditätskomponente, welche die gesamte Morbidität abdeckt, deren Wirkung aber schrittweise von Jahr zu Jahr verstärkt wird, hätte diesen Effekt wohl transparenter und zielgenauer erreicht.

### **Schlussfolgerungen und Blick in die Zukunft**

Zunächst soll an dieser Stelle eine Antwort auf die im Titel aufgeworfene Frage versucht werden: Mehr zentrale Regulierung hat sich durch die zentrale Festlegung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung sicherlich ergeben. Gleichzeitig ist durch die Möglichkeit Zusatzprämien zu erheben bzw. auszuzahlen, welche direkt bei den Mitgliedern ankommen und nicht paritätisch durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert werden, das (bzw. eines der) entscheidende(n) Wettbewerbskriterium(n) stärker auf diejenigen fokussiert, die die Wahl der Kasse treffen, nämlich die Mitglieder. Man kann also sagen, dass beides gleichzeitig der Fall ist: **mehr zentrale Regulierung und mehr Wettbewerb** im System.

Durch die **Zunahme der Steuerfinanzierung** ergeben sich insbesondere zwei Effekte: Einerseits wird die Zugangsgerechtigkeit erhöht, da das Steuersystem in der Regel progressiv angelegt ist, also Menschen mit höherem Einkommen auch einen höheren Anteil ihres Einkommens abgeben, während das Beitragssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung (in Deutschland wie in Österreich) leicht degressiv ist: Bis zur Beitragsbemessungsgrenze zahlen alle einen gleich hohen Anteil ihres Einkommens an die Krankenversicherung, wer mit seinem (Arbeits-)einkommen über dieser Grenze liegt, zahlt einen zunehmend geringeren Anteil in die Krankenversicherung ein. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass in Deutschland an den Steuermitteln auch die rund 10 % privat Vollversicherten mitfinanzieren, die ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben als die gesetzlich Versicherten. Andererseits wird das System durch diesen Mischansatz zunehmend intransparenter. Umverteilungen können nicht mehr klar dargestellt werden, die Konstanz von Zahlungen aus dem Steuertopf ist fraglich und in gewissem Maße von den jeweils gegebenen politischen Konstellationen abhängig.<sup>16</sup>

Insgesamt ist im deutschen System ein Trend zu **Zentralisierung und Vereinheitlichung** zu beobachten. So soll die Vergütung im stationären Sektor durch Diagnoses related groups (DRGs) in einer Konvergenzphase bis 2014 auf bundesweit einheitlich Pauschalen umgestellt werden. Auch bei Vergütung der niedergelassenen Ärzte im ambulanten Sektor wird ein bundesweit einheitliches Bewertungssystem eingeführt, bei der Ausgestaltung der Vergütung werden zunehmend weniger regionale Ausnahmen zugelassen. Auf dieser Linie liegt auch die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes in der GKV und dessen Festlegung durch die Bundesregierung. Der zunehmende Anteil von Steuermitteln bei der Finanzierung des Gesundheitsfonds spielt in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Rolle. Durch beide Maßnahmen übernimmt die Politik zumindest einen erheblichen Anteil an der Finanzverantwortung. Es wird sich zeigen, welche Akteure im Gesundheitswesen in Zukunft noch das Interesse an einem niedrigen einheitlichen Beitragssatz hat, nachdem der kassenspezifische Beitragssatz als Wettbewerbsparameter abgeschafft worden ist.

Wie sich der Gesundheitsfonds weiterentwickelt hängt stark davon ab, was die Koalitionsverhandlungen nach den Bundestagswahlen vom September ergeben. Die Spanne von Möglichkeiten geht hier von einer kompletten Abschaffung des Gesundheitsfonds – was durch das weitgehend reibungslose Funktionieren des Fonds bis dato möglicherweise etwas unwahrscheinlicher geworden ist – bis hin zu einem Ausbau der Morbiditätskomponente im Risikostrukturausgleich auf das gesamte Krankheitsspektrum.

---

<sup>16</sup> Vgl. Greß et al. (2007).



Zusammenfassend hat der Gesundheitsfonds sowohl einen verstärkten staatlichen Einfluss als auch einen verstärkten Wettbewerb gebracht. Es lässt sich insgesamt eine verstärkte Morbiditätsorientierung der Finanzflüsse (Einführung der Diagnoses related groups in der Vergütung des stationären Bereichs, die Einführung einer Morbiditätsorientierung bei der Entwicklung des Gesamtvolumens in der Vergütung der niedergelassenen Ärzte) im System feststellen, die nun auch den RSA erreicht hat. Das morbiditätsgestützte Ausgleichssystem ist im internationalen Vergleich ein deutlicher Schritt nach vorn und bildet einen wichtigen Schritt (als Voraussetzung) für mehr Wettbewerb unterschiedlicher Versorgungskonzepte. Ein klares Verbesserungspotential in einer ganzen Reihe von Bereichen des Gesundheitsfonds bleibt. Mit seiner weitgehend reibungslosen Einführung hat er aber schon eine wichtige Hürde genommen, die künftigen Entscheidungen werden bestimmen, ob und wohin es mit dem Gesundheitsfonds weitergeht.

#### **Literatur:**

- Buchner, F. und Wasem, J. (2003): Needs for further Improvement: Risk Adjustment in the German health insurance system. *Health Policy*. 77, 1. 21-35.
- Greß, S., Staudt, S. und Wasem, J. (2007): Weg von der Beitrags- und hin zur Steuerfinanzierung? Konsequenzen einer Strukturreform aus ökonomischer Sicht. In: D. Felix (Hrsg.): *Die Finanzierung der Sozialversicherung*. LitVerlag. Münster. 5-24.
- Jacobs, K., Reschke, P., Cassel, D. und Wasem, J. (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos. Baden-Baden.
- Reichelt, H. (2009): Rezepte für mehr Wettbewerb. *Gesundheit und Gesellschaft* 12, Ausgabe 7-8/09, S. 23 - 29.
- Reschke, P., Sehlen, S., Schiffhorst, G., Schröder, W. F., Lauterbach, K. W. und Wasem, J. (2005): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat Information, Publikation, Redaktion. Bonn.
- Schawo, D. (2007): Gesundheitsfonds und Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen. In: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs und J. Wasem (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds*. Asgard. St. Augustin. 97-114.
- Smigielski, E. (1982): Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung. *Sozialer Fortschritt*. 31, 234-243.

- Van de Ven, W. P., Beck, K., Buchner, F., Chernichovsky, D., Gardiol, L., Holly, A., Lamers, L. M., Schokkaert, E., Shmueli, A., Spycher, S., Van de Voorde, C., van Vliet, R. C., Wasem, J. und Zmora, I. (2003): Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*. 77, 1. 75-98.
- Wasem, J., Buchner, F. und Wille, E. (2008): Umsetzung und empirische Abschätzung der Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds. *Diskussionsbeiträge*. Essen.
- Wasem, J. und Walendzik, A. (2008): Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung: Mehr Rationalität durch stärkere Zentralisierung? *Wirtschaftsdienst*. 88, 10. 640-647.
- Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007) *Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Erkrankungen zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich*. o.O.