

Prof. Dr. Volker Ulrich

Lehrstuhl für VWL III – Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth

Kennzahlen für den Wettbewerb zwischen Krankenkassen und die Erfahrungen über den deutschen Risikostrukturausgleich: eine Bestandsaufnahme

1. Einleitung	130
2. Solidarischer Wettbewerb in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung	132
3. Wettbewerbskennzahlen	138
4. Morbi-RSA	141
Literatur	147

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland orientiert sich am Konzept eines solidarischen Wettbewerbs. Die Krankenkassen stehen untereinander im Wettbewerb um Versicherte, die einmal im Jahr ihre Krankenkasse wechseln können. Grundsätzlich sollte dabei weniger ein Preiswettbewerb stattfinden, sondern die Krankenkassen sollten um eine hochwertige Versorgung konkurrieren. Hier liegen die Hoffnungen auf einer stärkeren Qualitätsorientierung des Systems, das insbesondere über den Abschluss von Selektivverträgen erfolgen soll, mit denen sich die Kassen voneinander unterscheiden können. Um Wettbewerbselemente in das deutsche System hineinragen zu können, bedarf es eines Risikostrukturausgleichs, der Nachteile einzelner Krankenkassen bei der Risikostruktur ihrer Versicherten korrigiert. Der gegenwärtig praktizierte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich steht unter permanentem Reformdruck, da er komplex ist und eine gewisse Strategieanfälligkeit besitzt. Das gesamte System steht aber nicht zur Disposition, sondern wird permanent im Sinne eines lernenden Systems weiterentwickelt.

1. Einleitung

Deutschland kennt ein Zwei-Säulen-Gesundheitssystem, bestehend aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV, PKV). Als einziges Land in Europa bedient die PKV nicht nur den Zusatzversicherungsmarkt, sondern bietet, substitutiv zur GKV, einen vollständigen Krankenversicherungsschutz an. Aus der GKV in die PKV optieren können Versicherte, die über ein höheres Einkommen (mehr als 60.000 Euro im Jahr) verfügen oder bestimmten Berufsgruppen angehören (Beamte, Selbständige). Gegenwärtig sind 90 % der Versicherten in der GKV, etwa 8 % besitzen einen privaten Versicherungsschutz und für die restlichen 2 % gelten gesonderte Versicherungswerke (Polizei, Bundeswehr). Da die PKV mit Risikoorientierung bei den Prämien arbeitet, bleiben Gutverdiener zuweilen auch in der GKV, die keine Vorerkrankungen berücksichtigt und eine Familienversicherung kennt, bei der Kinder und nicht berufstätige Partner beitragsfrei mitversichert sind. Zwischen den beiden Versicherungszweigen besteht durch gesetzliche Regulierungen eher wenig Wettbewerb, am ehesten noch ein gewisser Systemwettbewerb. Da die PKV innovationsoffene Tarife anbietet, setzt sie auch die GKV unter Druck, den Abstand bei den zu erstattenden Leistungen nicht zu groß werden zu lassen und die freiwillig Versicherten nicht an die PKV zu verlieren. In diesem Zwei-Säulen-System kommt es zu einer Quersubventionierung der GKV durch die PKV, da die PKV im Durchschnitt die gleiche Leistung doppelt so hoch vergütet wie die GKV.¹ Durch die Budgets und Mengenbegrenzungen in der GKV stellt diese Querfinanzierung gegenwärtig ein stabilisierendes Element im deutschen Gesundheitswesen dar. Alle Versuche, einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt herzustellen, sind bislang auch an der Frage gescheitert, wer den Leistungserbringern die Vergütungsausfälle kompensieren soll, wenn die GKV für alle gelten würde.

Während der Systemwettbewerb unter dem Begriff der Bürgerversicherung nicht immer sehr intensiv oder zielorientiert diskutiert wird, stehen vor allem Versuche im Mittelpunkt, Wettbewerb in das GKV-System zu transportieren. Bei der PKV entsteht lediglich ein Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherten und der Versicherung, die privaten Versicherer schließen selbst keine Verträge mit den Leistungserbringern ab, so dass ein modernes Vertragsmanagement bzw. Managed-Care-Ansätze in der PKV bislang weitgehend fehlen.

Vor gut 25 Jahren, im Herbst 1992, verständigten sich die damalige christlich-liberale Bundesregierung, die SPD und die Bundesländer auf eine grundlegende

¹ Vgl. Hess et al. 2018.

Organisationsreform der GKV in Deutschland. Sie trat am 1. Januar 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz in Kraft. Kern der Reform war die Einführung des Wettbewerbs in das System der gesetzlichen Krankenversicherung mit freier Kassenwahl und dem Risikostrukturausgleich. Die grundlegenden Ideen hatte Alain Enthoven im Jahr 1993 mit seinen Ausführungen zu Managed Competition veröffentlicht: „The History and Principles of Managed Competition“.² Krankenkassen müssen sich aktiv darum bemühen, ihre Mitglieder zu halten und neue Mitglieder zu gewinnen. Die wettbewerbliche Ausgestaltung des Systems der GKV hat sich nach Einschätzung vieler Experten im Wesentlichen bewährt, verkrustete Verwaltungsstrukturen wurden aufgebrochen, die Versorgung der Versicherten wurde verbessert und Wirtschaftlichkeitsreserven wurden gehoben. Bis zum Jahr 1993 war das deutsche Gesundheitswesen dagegen ein von Monopolen gekennzeichneter Markt.³ Mit der Umorientierung setzte auch ein Ideenwettbewerb in den Kassen ein, der bis dahin undenkbar war. Erstmals wurden die Begriffe Kosten- und Leistungsmanagement in die Tat umgesetzt. Eine notwendige Voraussetzung einer wettbewerblichen Ausrichtung stellt die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen dar, da er die unterschiedlichen Versichertenrisiken einzelner Krankenkassen auszugleichen versucht, die sich in Deutschland insbesondere historisch ergeben haben. Krankenkassen sollen aus dem Markt ausscheiden, aber nicht aufgrund einer ungünstigen Versichertenstruktur, welche die Krankenkasse nicht zu verantworten hat, sondern wenn sie schlechte Management- und Leistungskennzahlen aufweisen oder eine schlechte Versorgung anbieten. Wie nicht anders zu erwarten, hat der Morbi-RSA allerdings auch Begehrlichkeiten bei den Krankenkassen geweckt, da der Topf über 200 Mrd. Euro zwischen den Krankenkassen umverteilt. Im Sinne der Rent-Seeking-Theorie⁴ ist es für Krankenkassen unter Umständen lohnender, nach Geldern aus dem RSA-Topf zu streben, anstatt gute Versorgung anzubieten. Dennoch wird in Deutschland der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nicht grundsätzlich in Frage gestellt, sondern der eingeschlagene Weg soll im Sinne eines lernenden Systems weitergegangen und -entwickelt werden.

2 Vgl. Enthoven 1993.

3 Vgl. Nachtigal 2015.

4 Eine politische Rente ist ein Einkommen, das man vom Staat oder bürokratischen Institutionen erhält, ohne eine Gegenleistung zu erbringen. Das Phänomen wurde zuerst von Gordon Tullock 1967 beschrieben. Der Terminus Rent-Seeking wurde später von Anne Krueger 1974 geprägt.

2. Solidarischer Wettbewerb in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wettbewerb beinhaltet die Suche nach den besten Ideen, Versorgungspfaden und Qualitäten, die zunächst niemand kennt, und ist somit ein dezentraler Such- und Entdeckungsprozess, um Innovationen und damit eine medizinisch optimale und ökonomisch sinnvolle Versorgung der Patienten zu erreichen. Der Wettbewerb und die mit ihm verbundenen Allokationsmechanismen stellen im Gesundheitswesen keinen Selbstzweck dar, sondern dienen daher instrumental zur Verwirklichung höherrangiger Gesundheitsziele. Ohne expliziten Bezug zu validen operationalen Gesundheitszielen fehlen der Gesundheitspolitik sowohl eine adäquate Orientierung für die zu ergreifenden Maßnahmen als auch funktionale Kriterien für eine Ex-post-Evaluation der Aktivitäten bzw. Projekte. Im Zentrum der Gesundheitsversorgung steht unter Zielaspekten die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und damit einhergehend eine bedarfsgerechte Versorgung⁵.

Abbildung 1 zeigt Ansatzpunkte für Wettbewerb in einem solidarischen Krankenversicherungssystem. Auf dem Behandlungsmarkt treffen die Leistungserbringer mit ihrem Angebot auf die Patienten. Dabei entsteht ein Wettbewerb um die Patienten mit der Besonderheit, dass die Leistungsempfänger nicht gleichzeitig auch die Leistungsfinanzierer sind. Dies ist vielmehr nur dann der Fall, wenn die Patienten die Leistungen aus der eigenen Tasche bezahlen. Der Behandlungsmarkt steht gegenwärtig aber nicht in der Kritik, da es auf diesem Markt auch um ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem Patienten geht, denn der Arzt ist gleichzeitig auch der Agent des Patienten.

5 Vgl. Cassel et al. 2006; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012;



Abbildung 1: Ansatzpunkte für Wettbewerb

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cassel und Jacobs 2006, S.285.

1

Abbildung 1: Ansatzpunkte für Wettbewerb⁶

Auf dem Versicherungsmarkt treffen die Versicherten und die Krankenkassen aufeinander. Auf diesem Markt gibt es also einen Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte. Durch die Wahlmöglichkeit einer Krankenkasse hat der Versicherte heute zwar die Freiheit, auf dem Versicherungsmarkt über das Angebot der zur Wahl stehenden Krankenkassen zu entscheiden. Aus den dreiseitigen Marktbeziehungen im Gesundheitswesen wird jedoch deutlich, dass der Wettbewerb der Kassen auf dem Versicherungsmarkt, isoliert betrachtet, nur geringe Auswirkungen auf die Effizienz des Gesamtsystems hat⁷.

Vielmehr sind die Interdependenzen zwischen den Märkten zu beachten. Nur soweit die Kassen auch das Leistungsangebot kontrollieren, d.h. sie aktiv auf dem Leistungsmarkt tätig sind, können sich Anreize, die vom Wettbewerb um Patienten ausgehen, auf die Effizienz der Leistungserbringung übertragen. Ein Wettbewerb entsteht auf dem Leistungsmarkt dann, wenn die beiden Seiten nicht im Rahmen von Kontrahierungszwängen zum gegenseitigen Vertragsabschluss verpflichtet sind, sondern Selektivverträge abschließen können, bei denen beiden Seiten die Wahl des Vertragspartners freigestellt ist. Lässt der gesetzliche

⁶ Darstellung in Anlehnung an Cassel und Jacobs 2006, S. 285.

⁷ Vgl. Monopolkommission 2010, S. 366.

Rahmen den Kassen hingegen nur die individuelle Kontrolle über originäre Verwaltungs- und Serviceleistungen, kann nicht von Wettbewerb und Effizienz bei der Leistungserbringung gesprochen werden.

Hierin zeigt sich die grundsätzliche Problematik von Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitssektor. Je stärker der individuelle Handlungsspielraum der Krankenkassen beschränkt bleibt und kollektive Mechanismen individuelle Handlungsspielräume ersetzen, desto begrenzter sind auch Effizienzanreize, die sich aus dem Wettbewerb der Kassen auf dem Versicherungsmarkt ableiten. Es bleibt deshalb genau zu untersuchen, an welcher Stelle kollektive Steuerungsmechanismen notwendig sind und wo Spielräume für mehr Wettbewerb und kassenindividuelles Handeln in der GKV verbleiben. Insbesondere durch die sogenannten besonderen Versorgungsformen haben inzwischen zahlreiche Managed-Care-Elemente in die GKV Einzug erhalten und ermöglichen viel stärker als früher selektivvertragliche Regelungen in der GKV (vgl. Abbildung 2).

Die demografische Entwicklung und die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts werden mittel- bis langfristig zu steigenden Gesundheitsausgaben führen. Zugleich kann die abnehmende Zahl an Personen im erwerbsfähigen Alter bei gleichzeitig steigender Zahl an Rentnern zu sinkenden Einnahmen führen. Das bedeutet, dass mit begrenzten finanziellen Mitteln ein permanentes Mehr an Gesundheitsleistungen finanziert werden muss. Wettbewerb, der auch die Produktivität erhöht, wird als ein geeignetes Instrument angesehen, um auch bei begrenzten finanziellen Mitteln eine hohe Qualität der Versorgung zu garantieren. Eine solidarische Rahmenordnung stellt hierbei sicher, dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten orientiert.

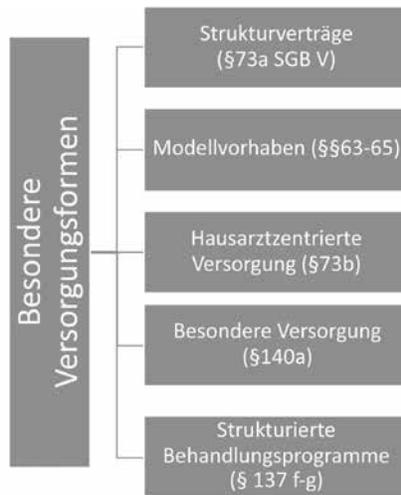


Abbildung 2: Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wille 2013.

Abbildung 2: Managed-Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen⁸

Die Krankenkassen in Deutschland können ihre Beiträge selbst gestalten. Jede Krankenkasse kann einen kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag (Prozentsatz in Ergänzung zum allgemeinen Beitragsatz, der für alle gleich ist) erheben. Wie hoch der Zusatzbeitrag ausfällt, hängt insbesondere davon ab, wie wirtschaftlich eine Krankenkasse arbeitet und welche Leistungen sie anbietet. Wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt oder ihren Zusatzbeitrag anhebt, haben die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht.

Idealer werden die Versicherten bei der Wahl ihrer Krankenkasse sowohl das Leistungsangebot der Krankenkassen als auch die Höhe der Zusatzbeiträge vergleichen. Durch Preis-Leistungs-Vergleiche haben die Krankenkassen ein Interesse daran, eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten und dafür gute Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen und innovative Versorgungsangebote zu machen. Die Wechselwirkungen zwischen dem Versicherungs- und dem Vertragsmarkt enthält Abbildung 3.

⁸ Eigene Darstellung in Anlehnung an Wille 2013.

Insgesamt verfolgt der Gesetzgeber mit dieser wettbewerblichen Ausrichtung das Ziel, die Krankenkassen in ein Konkurrenzverhältnis untereinander zu stellen, um Innovationen im Gesundheitswesen und Serviceorientierung gegenüber den Versicherten zu fördern. Dies führt zwangsläufig zu einem Spannungsfeld zwischen öffentlich-rechtlichem Versorgungs- und Verwaltungsauftrag und kassenindividuellen Marketingstrategien zur Positionierung im Wettbewerb.



Abbildung 3: Wettbewerb in der GKV

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an IGES 2015.

Abbildung 3: Wettbewerb in der GKV⁹

Abbildung 4 illustriert zentrale Steuerungsprobleme in der GKV. Die 80/20-Regel besagt, dass 20 % der Versicherten 80 % der Leistungen beanspruchen. Das sind die älteren, multimorbiden chronisch kranken Patienten, die von ihrer Krankenkasse eine gute Versorgung erwarten. Im Umkehrschluss heißt das aber auch, dass 80 % der Versicherten weitgehend gesund sind und ihre Krankenkasse nicht nach Versorgungsaspekten, sondern ausschließlich nach dem Preis beurteilen. Unter den geltenden Finanzierungsbedingungen kann es sich eine Krankenkasse nicht

⁹ Eigene Darstellung in Anlehnung an IGES 2015.

leisten, nur Versorgung für die 20 % der „Kranken“ anzubieten, sie würde wirtschaftlich nicht am Markt bestehen bleiben, da die „Gesunden“ zu einer preiswerteren Kasse wechseln. Sie muss daher immer auch ihren Preis (allgemeiner Beitragssatz und Zusatzbeitragssatz) im Auge behalten, um die preisbewussten Versicherten nicht zu verlieren.

Unter diesen Rahmenbedingungen scheitern gute Versorgungsangebote auch daran, dass sie als zusatzbeitragssatzrelevant angesehen werden. Aus dieser Situation wird es nur ein Entkommen geben, wenn sich die GKV stärker in Richtung eines Qualitätswettbewerbs bewegt und Preis-Leistungs-Vergleiche von individualisierten Versorgungsangeboten stattfinden können. Zurzeit findet eine intensive Diskussion über planungsrelevante Qualitätsindikatoren im Bereich der GKV statt.

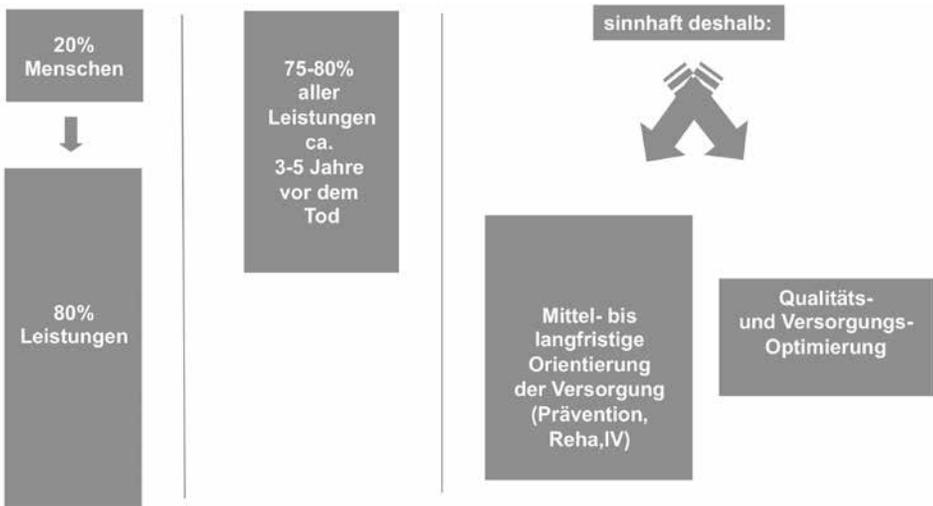


Abbildung 4: Solidarischer Wettbewerb in der GKV

Quelle: Rebscher 2017.

4

Abbildung 4: Solidarischer Wettbewerb in der GKV¹⁰

¹⁰ Vgl. Rebscher und Walzik 2015.

3. Wettbewerbskennzahlen

Gegenwärtig sind 86,1 % der Bevölkerung in der GKV versichert, 10,7 % in der PKV, die verbleibenden 3,2 % verfügen über einen sonstigen Versicherungsschutz (vgl. Abbildung 5). Innerhalb der GKV vereinen die Ersatzkassen (vdek: Verband der Ersatzkrankenkassen) 37,4 % der GKV-Versicherten. Die Ersatzkassen bieten ihre Verträge bundesweit an und können daher eine Mischkalkulation zwischen günstigen und teuren Regionen vornehmen. Auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) entfallen 35,3 % der GKV-Versicherten. Unter dem Namen AOK bestehen derzeit in Deutschland elf rechtlich selbständige Krankenkassen, die sich keine Konkurrenz machen, bei denen insgesamt mehr als 26,3 Mio. Menschen, also rund ein Drittel der deutschen Bevölkerung, versichert sind. An dritter und vierter Stelle liegen die Betriebskrankenkassen (BKK) und die Innungskrankenkassen (IKK), die überwiegend regional oder sogar lokal tätig sind und weniger Möglichkeiten für eine Mischkalkulation besitzen.¹¹

Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung Versicherte in der GKV Zahl der Krankenkassen

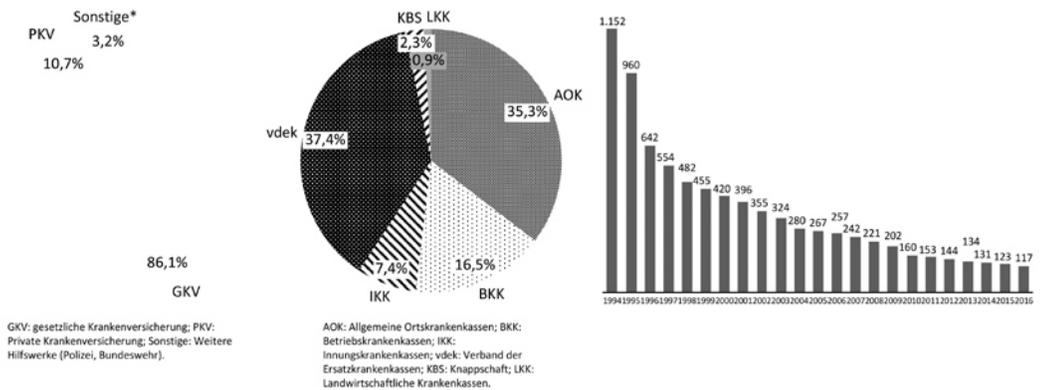


Abbildung 5: Versicherungsschutz der Bevölkerung in Deutschland 2016

Quelle: vdek 2018.

Abbildung 5: Versicherungsschutz der Bevölkerung in Deutschland 2016¹²

11 Auf die Knappschaft (Bergleute) und die Landwirtschaftliche Krankenkasse sei an dieser Stelle nur verwiesen. Da die vorherrschenden Bedingungen sich deutlich von den anderen Kassenarten unterscheiden, werden sie nicht weiter untersucht.

12 Vgl. vdek 2018.

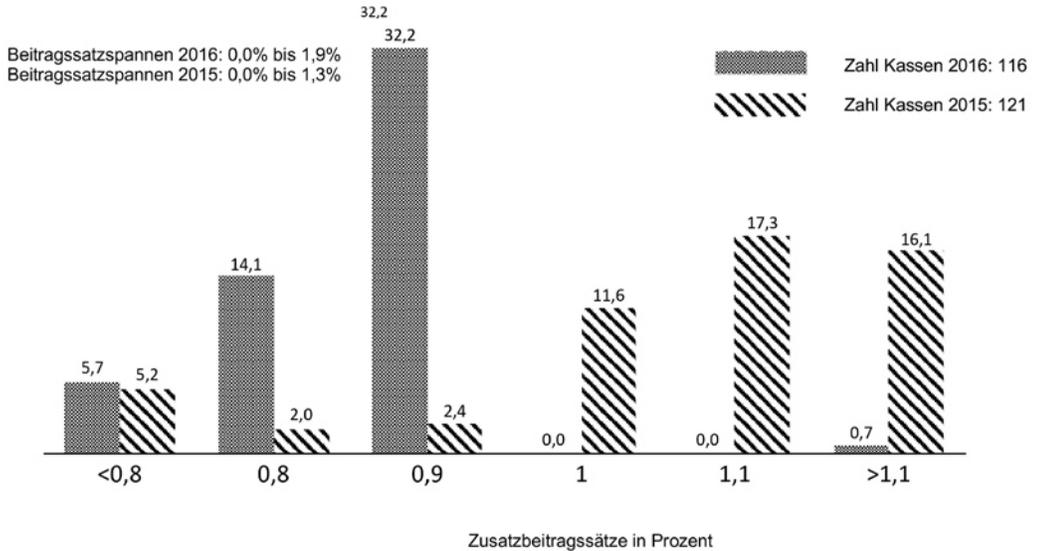
In der GKV findet seit 14 Jahren ein signifikanter Konzentrationsprozess statt. Im Jahr 1994 gab es noch 1.152 Krankenkassen, 2016 waren es noch 117. In vielen Fällen sind durch die Zusammenschlüsse kleine Krankenkassen vom Markt verschwunden, so dass die Auswirkungen auf die Marktkonzentration nicht immer eindeutig ausfallen. Zur Bewertung der Marktkonzentration kann der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) herangezogen werden, für den folgende Richtwerte gelten:

- $20 \text{ HHI} < 15 \%$: unkonzentrierter Markt
- $15 \% < \text{HHI} < 25 \%$: moderate Konzentration
- $\text{HHI} > 25 \%$: hohe Konzentration.

Im Jahr 2009 lag der HHI für die gesetzlichen Krankenkassen bei 4,62 %, er stieg bis zum Jahr 2015 auf 6,10 % an und sank im Jahr 2016 auf 6,01 %. Damit wäre der GKV-Markt als unkonzentrierter Markt zu bezeichnen. Ursächlich für den Anstieg bis zum Jahr 2015 dürfte der Rückgang der Zahl der Krankenkassen gewesen sein, der Anstieg im Jahr 2016 dürfte auf die Zunahme der Versichertenzahlen zurückzuführen sein.

Für die Bewertung kommt es allerdings auch auf die Betrachtung der Länderebene an. In den Ländern sind überwiegend die AOKen führend. Betrachtet man daher den HHI auf Länderebene, zeigt sich, dass der HHI in keinem Land unter 10 % liegt, die geringste Konzentration weisen Länder wie Hamburg, Rheinland-Pfalz und das Saarland mit einem HHI unter 14 % auf, die höchste Werte finden sich in Sachsen mit einem HHI von über 30 %. Diese Werte deuten auf eine hohe Konzentration und damit auch auf Marktmacht, insbesondere der Ortskrankenkassen, bei einer stärker regionalen Analyse hin.

Als Wettbewerbsparameter dient auch der Zusatzbeitrag, den eine Kasse individuell erheben muss. Falls die morbiditätsadjustierten Durchschnittszuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, muss eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz erheben, um ihre Bilanz auszugleichen. Über den Zusatzbeitragssatz stehen die Krankenkassen im Wettbewerb. Das gilt zumindest für die guten Risiken, d.h. die Versicherten ohne größere Erkrankungen, die preissensitiv sind. Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Krankenkassen auf die unterschiedlichen Zusatzbeitragssätze für die Jahre 2015 und 2016. Im Jahr 2015 reichte die Beitragssatzspanne von 0 % bis 1,9 %, 2016 nur noch bis 1,3 %. Wenn eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz von 1,9 % erhebt, erscheint sie am Markt mit einem Beitragssatz in Höhe von 16,5 %, da der Zusatzbeitragssatz von 1,9 % auf den allgemeinen Beitragssatz addiert wird, der für alle gleich ist (14,6 %). Entsprechend wird ein Zusatzbeitragssatz von 1,3 % zu einem Beitragssatz am Markt in Höhe von 15,9 %.



Quelle: vdek 2018.

Abbildung 6: GKV-Zusatzbeitragssätze nach Zahl der Krankenkassen in Prozent, 2015 und 2016¹³

Eine intensiv diskutierte Frage lautet in diesem Zusammenhang, ob die Beitragssatzunterschiede auf Unterschiede in der Qualität des Managements beruhen oder ob sie nicht überwiegend durch die Ausgestaltung des Morbi-RSA bedingt sind, die möglicherweise einzelne Kassenarten privilegiert und andere diskriminiert.

¹³ Vgl. vdek 2018.

4. Morbi-RSA

Eine zentrale Rolle in der wettbewerblichen Ausrichtung der GKV spielt die Sicherstellung fairer und gleicher Chancen im Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen und die Vermeidung von Risikoselektion zu Lasten der Versicherten. Dies erfolgt durch einen Risikostrukturausgleich (RSA), der die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen ausgleichen soll. Im Jahr 1993 führte der Gesetzgeber mit dem RSA einen umfassenden Ausgleich der Risikostrukturen von Versicherten in unterschiedlichen Krankenkassen ein, allerdings noch ohne eine direkte Morbiditätsorientierung.

Die direkte Morbiditätsorientierung (Morbi-RSA) erfolgte im Jahr 2009 zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds. Der Morbi-RSA gleicht aktuell neben den bereits im ersten RSA vorhandenen Merkmalen Einkommen, Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung auch die Einstufung in gesund und krank aus, d.h., er besitzt nun einen direkten Morbiditätsbezug durch die Berücksichtigung von 80 Krankheiten, für deren Auswahl aus den insgesamt rund 360 Krankheiten die Kriterien schwerwiegender Verlauf, chronisch, kostenintensiv und Überschreiten eines Schwellenwerts dienen.¹⁴ Die Zuordnung eines Versicherten zu einer Morbiditätsgruppe stützt sich im Klassifikationsmodell in erster Linie auf ambulante und stationäre Diagnosen. Zu ihrer Validierung können Arzneimittelverordnungen dienen. Während die Krankenhausdiagnosen unmittelbar zu einer Zuordnung führen, gilt für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung das sogenannte M2Q-Kriterium. Es setzt für die Zuordnung zu einer Morbiditätsgruppe voraus, dass zwei Diagnosen derselben Krankheit aus mindestens zwei unterschiedlichen Abrechnungsquartalen vorliegen müssen.

Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Finanzierung ihrer Ausgaben. Dabei ist zwischen

- Zuweisungen zur Deckung von Pflichtleistungen einer Krankenkasse,
- Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen,
- Zuweisungen für Aufwendungen zur Entwicklung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme und
- Zuweisungen zur Deckung von Verwaltungskosten

¹⁴ Im Sinne des Morbi-RSA werden Krankheiten über Einzeldiagnosen von Ärzten definiert. Eine Krankheit setzt sich dabei aus mehreren Einzeldiagnosen zusammen, die sich aus medizinischer Sicht ähneln. Auf diesem Wege werden rund 16.000 mögliche Einzeldiagnosen der International Classification of Diseases (ICD-10-GM) zu insgesamt mehr als 360 Krankheiten zusammengefasst. Aus diesen werden 80 Krankheiten ausgewählt. Ursprünglich sah der Gesetzgeber für eine Übergangsphase 50 bis 80 Krankheiten in der Auswahl vor, es waren jedoch von Anfang an schon 80 Krankheiten.

zu unterscheiden. Die Zuweisungen für Pflichtleistungen werden dabei durch den Morbi-RSA angepasst, um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen. Sie bilden den Kern des Morbi-RSA. Der Morbi-RSA stellt auf indirektem Weg somit die für den Wettbewerb erforderliche Risikoäquivalenz her. Um einen Finanzausgleich mit seinen Ineffizienzen zu vermeiden, erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds nicht ihre tatsächlichen Ausgaben, sondern standardisierte Zuweisungen in Höhe des Bundesdurchschnitts. Der angestrebte Wettbewerb in der GKV dient insbesondere der Suche nach besseren Versorgungslösungen und sollte daher vor allem ein Vertragswettbewerb und Qualitätswettbewerb, aber kein Preiswettbewerb sein¹⁵. Ohne einen Risikostrukturausgleich bleibt der Beitragssatz- und damit der Preiswettbewerb in der GKV das dominierende Wettbewerbskriterium, und der Wettbewerb um Qualität hat letztlich keine Chance.

Der technische Kern der Wahlfreiheit ist dabei der Morbi-RSA¹⁶. Um einen zielorientierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, benötigt man den Morbi-RSA. Hätte man unmittelbar nach dem GSG im Jahr 1994 den Versicherten Wechselmöglichkeiten eröffnet, wären viele Krankenkassen vom Markt verschwunden, ohne dass man ihr Ausscheiden auf Ineffizienzen bei der Leistungsgewährung oder bei der Verwaltung hätte zurückführen können. Hauptgrund für das Ausscheiden wären die unterschiedlichen Risikostrukturen gewesen, die von den Krankenkassen aber nicht zu verantworten sind, sondern überwiegend historische Wurzeln besitzen.

Bei einem Blick auf die Kennzahlen für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen dominiert im deutschen GKV-System eine negative Abgrenzung von Wettbewerb im Sinne der „Vermeidung von Risikoselektion“ und eines „unfairen Wettbewerbs“.

Damit die unterschiedliche Versichertenstruktur (Alter, Geschlecht, Morbidität, beitragspflichtige Einnahmen, Anzahl der beitragsfrei Mitversicherten) zwischen den verschiedenen Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führt, sorgt der Morbi-RSA dafür, dass für die Krankenkassen annähernd gleiche Wettbewerbsbedingungen hergestellt werden.¹⁷

Die Bewertung der Güte des Morbi-RSA erfolgt daher überwiegend über individuelle und kollektive Gütekriterien wie Bestimmtheitsmaße (R2, adj. R2), mittlerer

15 Vgl. Rebscher 2015.

16 Vgl. Jacobs et al. 2002, Cassel et al. 2014.

17 Der Morbi-RSA wird auf der Finanzierungsseite durch einen vollständigen Ausgleich der Finanzkraft einer Krankenkasse ergänzt, so dass Lohn- und Gehaltsunterschiede zwischen den versicherten von Krankenkassen keine Rolle mehr spielen.

absoluter Vorhersagefehler (MAPE), Cummings-Vorhersagemaß (CPM) oder Deckungsbeiträge für Subgruppen als Messinstrumente für Risikoselektionsanreize und Chancengleichheit (vgl. Abbildung 7).

Versichertenindividuelle Kennzahlen

Bezeichnung	Ausgleichsjahr 2015
R ²	24,63%
CPM	23,94%
MAPE	2.201,24 €

Kassenbezogene Kennzahlen

Bezeichnung	Ausgleichsjahr 2015
MAPE _{KK_abs.}	49,28 €
MAPE _{KK_abs_gew}	39,73 €

Quelle: Drösler et al. 2018.

Abbildung 7: Kennzahlen Morbi-RSA Status quo (2015)¹⁸

Das entspricht der Annahme, dass Krankenkassen Risikoselektion über relevante Versicherte und Versichertengruppen betreiben. Der gegenwärtige RSA erklärt 24,6 % der Varianz im System; das ist im internationalen Vergleich ein hoher Wert und deutet darauf hin, dass Deutschland über einen sehr ausdifferenzierten Risikoausgleich verfügt. Aufgrund des hohen Einflusses von Zufallsprozessen bei den Gesundheitsausgaben ist man lange davon ausgegangen, dass ein Wert von 20 % eine hohe Erklärungskraft widerspiegelt. Das CPM-Maß (Cumming's Predictive Measure) erlaubt eine vergleichbare Interpretation, ihm liegen aber absolute Abweichungen zugrunde. Da das CPM-Maß wiederum ein standardisiertes Maß ist, liegt es ebenfalls zwischen 0 und 1. Das dritte Gütemaß ist der mittlere absolute Prognosefehler (MAPE), der weniger stark auf Ausreißer reagiert und in Euro angegeben wird. Der mittlere absolute Prognosefehler gibt den durch-

¹⁸ Vgl. Drösler et al. 2018.

schnittlichen Abstand zwischen dem durch das Klassifikationsmodell geschätzten und dem tatsächlichen Wert an. Beim Morbi-RSA beläuft er sich auf 2.201,24 €.

Auf der Ebene der Krankenkassen zeigt sich ein höherer MAPE-Wert, da das Modell grundsätzlich für die Ebene der Versicherten und Versichertengruppen konzipiert ist und eine Aggregation auf der Ebene der Krankenkassen den Prognosefehler erhöht. Eine Gewichtung anhand der Versichertenzahlen einer Kasse verbessert die Güte des Modells, d.h., sie senkt den MAPE-Wert etwas ab.

In jüngster Zeit werden die Rufe nach einer umfassenden Reform des Morbi-RSA lauter. Insbesondere die verschiedenen Verbände der Krankenkassen und auch einzelne Bundesländer haben mittels Gutachten umfangreichen Reformbedarf vorgebracht.¹⁹ Die Kritiker des gegenwärtigen Ausgleichssystems bemängeln, dass der heutige Morbi-RSA es nicht schafft, für faire Wettbewerbsbedingungen in der GKV zu sorgen, und betonen, dass die Verteilungswirkungen des Morbi-RSA zu einer Ungleichbehandlung der Kassenarten führen.

Die AOK-Gemeinschaft (2016) betont in ihrem Positionspapier den Beitrag des Morbi-RSA zu sozialpolitischen Zielen und findet eine Änderung des Morbi-RSA nur dann angemessen, wenn die messbare Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen steigt, das heißt, dass Risiko-selektionsanreize zu Lasten bestimmter Versichertengruppen weiter reduziert bzw. idealerweise ausgeschlossen und Wirtschaftlichkeitsanreize gestärkt werden.

Von anderen Akteuren wird in Frage gestellt, ob alle Krankenkassen in diesem Wettbewerb faire Ausgangsvoraussetzungen haben. Als Hintergrund dieser Kritik sind uneinheitliche Rahmenbedingungen zu nennen. So sind die Erstreckungsbereiche der einzelnen Krankenkassen unterschiedlich groß. Die Marktkonzentration der AOKen ist in den einzelnen Bundesländern sehr hoch. Ob es zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs einer stärkeren Berücksichtigung regionaler Unterschiede bedarf, wurde in verschiedenen Gutachten, auch zwei Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, untersucht.²⁰ Das System ist höchst fordernd, wie allein die komplexen Regelungen der Diagnose-Auswahl, -Gruppierung und -Validierung bei den einbezogenen Krankheiten zeigen.

19 Vgl. SVR-G 2015; IGES/Glaeske 2016; Wasem et al. 2016,1 und 2016,2; IGES/Glaeske/Greiner 2015; Häckl et al. 2016; Ulrich/Wille 2014 und Ulrich/Wille/Thüsing 2016.

20 Vgl. Drösler et al 2017 und 2018.

Die zentralen Ergebnisse dieser Gutachten können an dieser Stelle nur stichwortartig erwähnt werden, es liegen entsprechende Kurz- und Langfassungen zur intensiveren Lektüre vor. Hier die wichtigsten Stichwörter des ersten Gutachtens zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA:

- Maßnahmen gegen Risikoselektion, Kodieranreize und Manipulation
- Änderungen bei Aufsicht und Haftung
- Übergang von einem Modell mit 80 zu einem Vollmodell mit 360 Krankheiten
- Einführung von Altersinteraktionstermen zur besseren Abbildung der Morbidität.

Im Mittelpunkt des zweiten Gutachtens stehen regionale Versorgungsunterschiede und die Frage, ob und in welchem Ausmaß diese im Morbi-RSA berücksichtigt werden sollen. Die Versorgung der Versicherten ist innerhalb Deutschlands unterschiedlich teuer. Gerade in Ballungszentren, wo es beispielsweise Universitätskliniken und eine hohe Facharztdichte gibt, zahlen die Krankenkassen für die Behandlung deutlich mehr als auf dem Land. Der Beirat bestätigt in seinen empirischen Analysen, dass der Morbi-RSA die regionalen Kostenunterschiede bislang nicht ausreichend berücksichtigt, da er nur 60 % der regionalen Unterschiede in der Morbidität ausgleicht. So bestehen Deckungsunterschiede von bis zu 600 Euro pro Versicherten. Damit besteht sicherlich Handlungsbedarf, da es zu regionaler Risikoselektion und Wettbewerbsverzerrungen kommen kann. Die Aufnahme einer Regionalkomponente in den Morbi-RSA könnte die vom Bundesdurchschnitt abweichenden regionalen Kostenniveaus ausgleichen. Das wäre ein geeignetes Instrument in den Fällen, in denen die Krankenkassen die Einflussgrößen nicht selbst steuern können. Als Alternative wird diskutiert, den Krankenkassen eine regionale Differenzierung der Zusatzbeiträge vorzuschreiben, falls die Einflussgrößen von den Krankenkassen gestaltet werden können. Da die regionale Komponente keinen Ist-Ausgleich darstellt, ist auch das Gegenargument der Zementierung teurer städtischer Strukturen nicht überzeugend. Das soll durch die Aufnahme von zehn Regionalmerkmalen erfolgen, die direkt in den bestehenden Morbi-RSA integriert werden. Damit ließen sich 75 % der regionalen Ausgabenvarianz erfassen.

Wenn man mit einer Reformmaßnahme im RSA über die Ebene der Versicherten hinausgeht und auch die Effekte auf die Krankenkassen oder sogar die Kassenarten untersucht, kommt man politisch aber nicht umhin abzuwägen, ob man nicht auch kompensierende Maßnahmen im Sinne eines Reformpakets ergreifen sollte. Das Ganze ist weniger ein Problem mangelnder wissenschaftlicher Erkenntnisse als vielmehr den Schwierigkeiten der politischen Umsetzung im föderalen

System unterschiedlicher Interessenslagen geschuldet. Wer durch die geplanten Reformen gewinnt bzw. verliert, ist allen Beteiligten hinreichend bekannt, entsprechend schwierig und komplex ist die Zerschlagung des gordischen Knotens „Morbi-RSA-Reform“, auch wenn sie isoliert betrachtet Zustimmung erfährt.

Allerdings hängen nicht alle aktuellen Probleme der Krankenkassen ausschließlich mit dem Morbi-RSA zusammen. Selbst ein perfekter Morbi-RSA stößt an Grenzen, wenn der Gesetzgeber den Krankenkassen nicht genügend Handlungsparameter an die Hand gibt, insbesondere im Vertragsgeschäft auf dem Versicherungs- und Leistungsmarkt. Das IGES Institut schlug in einem Gutachten das Konzept der „ergänzenden Selektivität“ vor.²¹ Die Ausgestaltung des Vertragskontextes harmonisiert wettbewerbliche Freiheitsgrade mit einer Kultur der Evaluation und der Weiterentwicklung der GKV-Zielsetzung, die populationsorientierte Versorgung zu verbessern. Das Konzept setzt auf einen zielgenauen Morbi-RSA, um den heutigen, in erster Linie preisgesteuerten Krankenkassenwettbewerb durch einen Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen zu ersetzen.²²

Insgesamt gesehen gibt es nicht die eine Reform, die alle Probleme, Fehlstellungen und Ungerechtigkeiten löst. Der Morbi-RSA ist ein lernendes System, eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Letztlich ist er kein Selbstzweck, sondern muss sich umsetzen lassen in eine bessere Versorgung der Patienten/Versicherten. Auch in Zukunft muss der Finanzausgleich ständig weiterentwickelt werden, wenn die Politik das Thema Wettbewerb in der GKV weiterverfolgen möchte. Dann müssen weitere Schritte erfolgen, auch außerhalb des Morbi-RSA (Aufsicht, Manipulationsanfälligkeit, Haftung, Kodierrichtlinien). Alleine kann der Risikostrukturausgleich einen solidarischen Wettbewerb im System der GKV nicht absichern bzw. ermöglichen. Auch wenn die Gesundheitspolitik vor schwierigen Entscheidungen steht, wird der eingeschlagene wettbewerbliche Weg im deutschen Gesundheitswesen nicht ernsthaft in Zweifel gezogen. Dazu bringt er seit seiner Einführung im Jahr 1993 doch eine starke Dynamik in ein verkrustetes System.

21 Vgl. Albrecht et al. 2015.

22 Vgl. Rebscher und Walzik 2015.

Literatur

- Albrecht, M., Neumann, K. und Nolting, H.-D. (2015): IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 14-54.
- AOK Gemeinschaft (2016): Vorschläge für eine systematische Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, Positionen der AOK-Gemeinschaft, Berlin, Oktober 2016.
- BKK DV – Dachverband der Betriebskrankenkassen (2016): Finanzausgleich neu justieren, Stellschrauben im Morbi-RSA, Sondergruppen im Fokus, Berlin, www.bkk-dachverband.de.
- Blenk, T., Knötig, N. und Wüstrich, T. (2016): Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO Diskurs), Bonn, www.fes.de/wiso.
- Bundesversicherungsamt (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn, www.bundesversicherungsamt.de.
- Cassel, D., Jacobs, K. (2006): Reformoption Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst 86, S. 285.
- Cassel D et al. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK, www.wido.de.
- Cassel, D. et al. (Hrsg.) (2014): Solidarische Wettbewerbsordnung - Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, medhochzwei, Heidelberg.
- Cassel D, Jacobs K (2015): Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Jg. 21, Heft 3, 55–68.
- Drösler et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, www.bundesversicherungsamt.de.
- Drösler et al. (2018): Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, www.bundesversicherungsamt.de.
- Enthoven AC (1993): The History and Principles of Managed Competition. Health Affairs, Vol. 12, Suppl. 1, 24–48.
- Fink, U. et al. (Hrsg.) (2014): Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen - ein Suchprozess, medhochzwei, Heidelberg.

- Häckl, D. et al. (2016): Verbesserung der Deckungsquoten im Krankengeld Eine Analyse auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten WIG2, IGES, Berlin, www.wig2.de.
- Hess, R. et al. (2018): Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO), in: Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Band 24(2), S. 27-38.
- Jacobs, K. et al. (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – Endbericht, www.iges.com.
- Knieps, F. (2016): Gesundheitspolitik zwischen Wettbewerb, Selbstverwaltung und staatlicher Steuerung – Versuch einer Bilanz der Gesundheitsreformen seit 1989, Spreestadtforum, Berlin, www.bkk-dachverband.de.
- Krueger, A. (1974): The Political Economy of the Rent-Seeking Society. In: American Economic Review (AER), 64(3), S. 291–303.
- Monopolkommission (2017): Sondergutachten Nr. 75: Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, www.monopolkommission.de.
- Nachtigal, G. (2008): Chancen und Grenzen des Wettbewerbs, in: Schumpelick, V. und Vogel, B. (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb: Probleme, Trends und Perspektiven; Beiträge des Symposiums vom 27. bis 30. September 2007 in Cadenabbia im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Herder, Freiburg et al., S. 201-205.
- Paquet, R. (2011): Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge. Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive, Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs); Bonn, www.fes.de/wiso.
- Rebscher, H. und Walzik, E. (2015): Solidarische Wettbewerbsordnung – Der Diskussionsprozess um ein Allokationsinstrument für die Gesundheitsversorgung, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 1-13.
- SVR-G - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationäre Gesundheitsversorgung, www.svr-gesundheit.de.
- SVR-G - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015): Krankengeld-Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015, Bonn/Berlin, im Dezember 2015, www.svr-gesundheit.de.
- Tullock, G. (1967): The Welfare Costs of Tariffs, Monopolies, and Theft, in: Western Economic Journal, 5(3), S. 224–232.
- Wasem, J. und Höfinghoff, K. (2013): Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen – Potenziale, Ansatzpunkte, Fallstricke, Universität Duisburg-Essen, Working Paper 2, Stiftung Marktwirtschaft, Duisburg-Essen, Berlin, www.stiftung-marktwirtschaft.de.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018): Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern. Gründe und Reformoptionen, www.bundesfinanzministerium.de.

- Ulrich, V. und Wille, E. (2014): Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP), Bayreuth und Mannheim, im September 2014.
- Ulrich; V., Wille, E. und Thüsing, G. (2016): Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbspolitischen und regionalen Aspekten, Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP), Bayreuth, Mannheim und Bonn, im Juni 2016.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2016): vdek-Positionen „Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen“, beschlossen in der Mitgliederversammlung des vdek am 20.07.2016, aktualisiert 09.02.2017, Berlin.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2018): Basisdaten zum Gesundheitswesen, Berlin, www.vdek.com.
- Wasem, J. et al. (2016,1): Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV, Endbericht, Universität Duisburg Essen.
- Wasem, J. et al. (2016,2): Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 3 RSAV, Endbericht, Universität Duisburg Essen.