

R wie Risikostrukturausgleich

Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen

Der Krankenkassenmarkt ist geprägt durch eine heterogene Versichertenstruktur. So finden sich etwa Krankenkassen, deren Versicherte eher jung und vergleichsweise gesund sind und damit typischerweise eher niedrige Versorgungsausgaben verursachen. Versicherte anderer Kassen gehören etwa eher gering entlohnten Berufsgruppen an, sind berufsbedingt hohen körperlichen Belastungen und Risiken ausgesetzt, sodass höhere Versorgungsausgaben anfallen. Dies wirkt sich direkt auf die erwirtschafteten Beiträge und anfallenden Kosten für die Erbringung der Kassenleistungen aus. Zur Harmonisierung dieser Ungleichheiten wurde 1994

durch das Bundesversicherungsamt der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, der als eine Art Geldverteilungsmechanismus fungiert. Anders als bei Privaten Krankenversicherungen hängt die Höhe der gezahlten Beiträge zur Krankenversicherung nicht vom Krankheitsrisiko des Einzelnen ab, sondern ist einkommensabhängig, sodass Mitglieder mit einem hohen Einkommen, Mitglieder mit niedrigerem Einkommen solidarisch tragen.

Hintergrund des so genannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ist es demnach, die Risikounterschiede zwischen den Versicherten durch den RSA zu kompensieren und so einen Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen zu erzielen.

2009 wurde der RSA erneuert, indem die Morbidität der Versicherten Berücksichtigung fand. Dabei wurden Merkmale wie Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungen sowie der unterschiedlich hohe Versorgungsbedarf durch chronische oder schwerwiegende Erkrankungen miteinbezogen. Es wurde ein Katalog mit 80 relevanten Krankheiten erstellt. Wenn ein Patient eine dieser Erkrankungen hat, kann die Krankenkasse über mehr Zuweisungen für den jeweiligen Versicherten verfügen. Der RSA soll hauptsächlich Nachteile der Krankenkassen mit einer ungünstigen Versicherungsstruktur ausgleichen. Durch die demnach höher zugeteilten Zuweisungen soll der RSA einen faireren und solidarischen Wettbewerb schaffen.

Weiterentwicklung nötig

Um einen Ausgleich zwischen den Krankenkassen nachhaltig zu schaffen sowie den ständigen Marktge-

benheiten Folge zu leisten, muss auch in Zukunft der RSA weiterentwickelt werden. Aktuell wurde durch das Wissenschaftliche Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung ein Gutachten zu den Anreizen für Präventionen im morbiditätsorientierten RSA veröffentlicht. Darin wird kritisiert, dass es im so genannten Morbi-RSA aus 2009 keine Präventionsanreize für Versicherte gibt. Eine Lösung könnte die Korrektur der Prävalenzgewichtung bei der Krankheitsauswahl im Morbi-RSA-Katalog sein. Ob dies in der Zukunft umgesetzt wird, bleibt abzuwarten. ■

Literatur beim Verfasser.

Stefan Friedrich
 KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
 Ganghoferstraße 29
 80339 München

Die Gesundheitswirtschaft zählt zu den größten Wirtschaftsbranchen in Deutschland. Das Spektrum der Tätigkeiten in diesem Feld ist breit gefächert und ebenso vielfältig ist die Palette an Fachtermini und Begriffen. Um Berufseinsteigern, aber auch Profis ihres Metiers einen Überblick zu verschaffen, hat die KU Gesundheitsmanagement zusammen mit den Experten der KPMG eine neue Rubrik entwickelt: „Kurz erklärt“. Hier wollen wir die gängigsten und wichtigsten Begriffe der Gesundheitswirtschaft beleuchten.



Stefan Friedrich
 Senior Manager, KPMG AG
 München

Laut einer RSA-Übersicht des Bundesversicherungsamtes, konnte der GKV aufgrund der Gesetzesänderung in 2009 mit der neuen Berechnungsweise 528,8 Millionen Euro mehr an Gesamtzuweisungen an die Krankenkassen verteilen. Der vdek (mit 380,1 Millionen Euro mehr), die BKK (mit 275,1 Millionen Euro mehr) sowie die IKK (mit 166,7 Millionen Euro mehr) profitierten am meisten von dem Ausgleich. Die AOK (mit 209,7 Millionen Euro) sowie die KB (mit 83,4 Millionen Euro) mussten nach der neuen Berechnungsweise sogar Zuweisungen zurückzahlen.