

Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie
und Berufsakademie Göttingen
Dipl.-Kfm. Heinz-Otto Nagorny

**Auswirkungen der Gesundheitsreform zum
01.01.2009 auf die Finanzierung der gesetzli-
chen Krankenversicherung**

Thesis

Christopher Löw
Danziger Str. 14
37431 Bad Lauterberg

GBW09.W.001

05.04.2012

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
1 Einleitung.....	1
2 Grundlagen.....	2
2.1 Begriffserklärung: Gesundheitsreform.....	2
2.2 Ausgangslage der gesetzlichen Krankenversicherung.....	4
3 Der Gesundheitsfonds.....	5
3.1 Finanzierungsmodell bis zur Einführung des Gesundheitsfonds.....	6
3.2 Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009.....	7
3.2.1 Der Gesundheitsfonds.....	7
3.2.2 Zusatzbeiträge, Sozialausgleich und Prämienausschüttung.....	10
3.3 Der Gesundheitsfonds als Kompromiss zwischen Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung.....	12
4 Der Risikostrukturausgleich.....	14
4.1 Historisches und Zielsetzung des Risikostrukturausgleichs.....	14
4.2 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.....	17
4.2.1 Der Risikopool.....	18
4.2.2 Disease-Management-Programme.....	19
4.3 Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs bis zum 31.12.2008.....	22
4.4 Transfervolumen im Risikostrukturausgleich.....	25
4.5 Analyse des Risikostrukturausgleichs anhand der Beitragsatzentwicklung.....	27
4.6 Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich.....	29
5 Kritische Analyse.....	34
5.1 Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträge.....	34
5.2 Morbiditätsbedingter Risikostrukturausgleich.....	40
6 Schlussbetrachtung/Ausblick.....	42
Literaturverzeichnis.....	45
Rechtsquellenverzeichnis.....	51

Abkürzungsverzeichnis

<u>Abkürzung</u>	<u>Bedeutung</u>
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BEK	Barmer Ersatzkasse
BKK	Betriebskrankenkasse
BKN	Bundesknappschaft
BVA	Bundesversicherungsamt
bzw.	beziehungsweise
CDU	Christlich Demokratische Union
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CSU	Christlich Soziale Union
d.h.	das heißt
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DM-Programme	Disease-Management-Programme
EAN	Ersatzkasse für Angestellte
EAR	Ersatzkasse für Arbeiter
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	Gesetz zur nachhaltigen und ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
IKK	Innungskrankenkasse
KHK	Koronare Herzkrankheit
Morbi-RSA	Morbiditätsbedingter Risikostrukturausgleich
Mrd.	Milliarden
o.g.	oben genannte
RP	Risikopool
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte
TK	Techniker Krankenkasse
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV.....	4
Abb. 2: Einnahmen des Gesundheitsfonds 2009 bis 2011.....	10
Abb. 3: Eingeschriebene DM-Programm Teilnehmer.....	21
Abb. 4: Ausgleichsmechanismus.....	24
Abb. 5: Entwicklung Transfervolumen 1994 bis 2008.....	25
Abb. 6: Finanztransfer im RSA 2008.....	26
Abb. 7: Entwicklung der GKV-Beitragssätze und Beitragssatzspannen.....	28
Abb. 8: Zuweisung für Pflichtleistungen.....	31
Abb. 9: Entwicklung der Anzahl der Krankenkassen.....	35
Abb. 10: Abhängigkeit der Höhe des Zusatzbeitrages von der Familienstruktur...	38

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht wichtiger Gesundheitsreformen seit 1984.....	3
Tab. 2: Übersicht der Beitragssätze.....	6
Tab. 3: Entwicklung der Schwellenwerte für den Risikopool.....	18
Tab. 4: Strukturierte Behandlungsprogramme.....	20
Tab. 5: Differenzierung der Risikofaktoren.....	23

Einleitung

In keinem anderen Politikfeld, wie dem der Gesundheitspolitik, gab es in den vergangenen Jahren bzw. Jahrzehnten so viele Veränderungen. Fast in jeder Legislaturperiode war die Rede von weiteren „Gesundheitsreformen“ im Gesundheitswesen, um der Problematik der ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen Herr zu werden. Das von der Großen Koalition im Jahr 2007 verabschiedete „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ oder auch Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) genannt, konnte auch als eine solche Gesundheitsreform bezeichnet werden. Anstatt wie in vorhergehenden Reformen im Gesundheitswesen blieben bei dieser Reform Leistungskürzungen außen vor. Das GKV-WSG führte zu wesentlichen Strukturveränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die noch lange nachwirken werden.¹

Kernpunkt des am 01. April 2007 verabschiedeten GKV-WSG ist die Finanzierung über ein Fondsmodell, den sogenannten Gesundheitsfonds. So wurde mit Einführung des Finanzierungssystem der GKV grundlegend geändert. Neben den Änderungen im Finanzierungssystem der GKV ist auch der morbiditätsbedingte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) als Weiterentwicklung des bisherigen Risikostrukturausgleichs (RSA) eingeführt worden. Der RSA war von Beginn an als Wettbewerbsinstrument zwischen den Krankenkassen gedacht, hat jedoch aufgrund des Gesundheitsfonds eine gewichtige Rolle in der Verteilung der Gelder erhalten. Ziel dieser Arbeit ist es, vor allem die Auswirkungen auf die Finanzierung der GKV durch die Einführung des Gesundheitsfonds und der damit einhergehenden Weiterentwicklung des RSA hin zum Morbi-RSA darzustellen.

Im Kapitel zwei dieser Arbeit wird auf die Grundlagen eingegangen, wie z. B. die Ausgangslage der GKV. Das dritte und vierte Kapitel befassen sich mit dem Gesundheitsfonds und dem Morbi-RSA. Die Untersuchung der Einführung der beiden genannten Elemente kommt jedoch nicht ohne eine Befassung mit dem Zustand vor Inkrafttreten des GKV-WSG aus. Daher wird in den beiden Kapiteln auf die jeweilige Ausgangslage vor dem 01.01.2009 und somit vor Einführung des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA zurückgegriffen.

¹ Schroeder, Wolfgang/Paquet, Robert: Nach der Reform ist vor der Reform, S. 11.

Anschließend erfolgt im fünften Kapitel eine kritische Analyse des Gesundheitsfonds, der Zusatzbeiträge und des Morbi-RSA. In diesem Kapitel werden verschiedene Kritikpunkte aufgegriffen und analysiert.

Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse sowie einem kurzen Ausblick ab.

2. Grundlagen

2.1. Begriffserklärung: Gesundheitsreform

Das Wirtschaftslexikon vom Gabler Verlag bietet für den Begriff Gesundheitsreform folgende Definition an:

„Die Gesundheitsreform umfasst gesetzgeberische Maßnahmen zur Änderung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung. Das Hauptziel der Gesundheitsreformen in Deutschland war die Kostendämpfung bei den Gesundheitsausgaben sowie die Stärkung von Wettbewerb“.²

Folglich sind Gesundheitsreformen dadurch gekennzeichnet, dass das Gesundheitswesen eines Staates auf gesetzlicher Basis umstrukturiert wird, was wiederum bestimmte Gründe bzw. Ursachen für eine solche Neuordnung erahnen lässt.

Der Begriff „Gesundheitsreform“ wird weiterhin seit 1989 durch eine Kette von Reformen des Gesundheitssystems, insbesondere jedoch der GKV gekennzeichnet.³ Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die wichtigsten Gesundheitsreformen seit 1984:

² Gabler Verlag (Hrsg.): Gabler Wirtschaftslexikon.

³ Vgl. Preusker, Uwe K.: Lexikon, S. 193f.

Jahr	Gesundheitsreform
1989	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)
1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
1997	Beitragsentlastungsgesetz
1997	1. GKV – Neuordnungsgesetz
1997	2. GKV – Neuordnungsgesetz
1998	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
2000	GKV-Reformgesetz 2000
2003	Beitragssatzsicherungsgesetz
2004	GKV-Modernisierungsgesetz
2006	Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Tabelle 1: Übersicht wichtiger Gesundheitsreformen seit 1984⁴

Für die Gesundheitsreform zum 01.01.2009 mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ gab es mehrere nachvollziehbare Gründe bzw. Ursachen. Dazu gehörten, dass die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, sodass es teilweise zu Über- und Unterversorgung kommt, die Qualität der Versorgung erheblich variiert und Ressourcen nicht nur an Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden.⁵

⁴ Vgl. Preusker, Uwe K.: Lexikon, S. 193f.

⁵ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 16/3100, Seite 2.

2.2 Ausgangslage der gesetzlichen Krankenversicherung

Das grundsätzliche Finanzierungsproblem der GKV basiert einerseits auf zu hohen Ausgaben und andererseits zu geringen Einnahmen. Die folgende Grafik stellt die Entwicklung der jährlichen Einnahmen und Ausgaben (in Mrd. Euro) seit dem Jahr 2000 gegenüber.

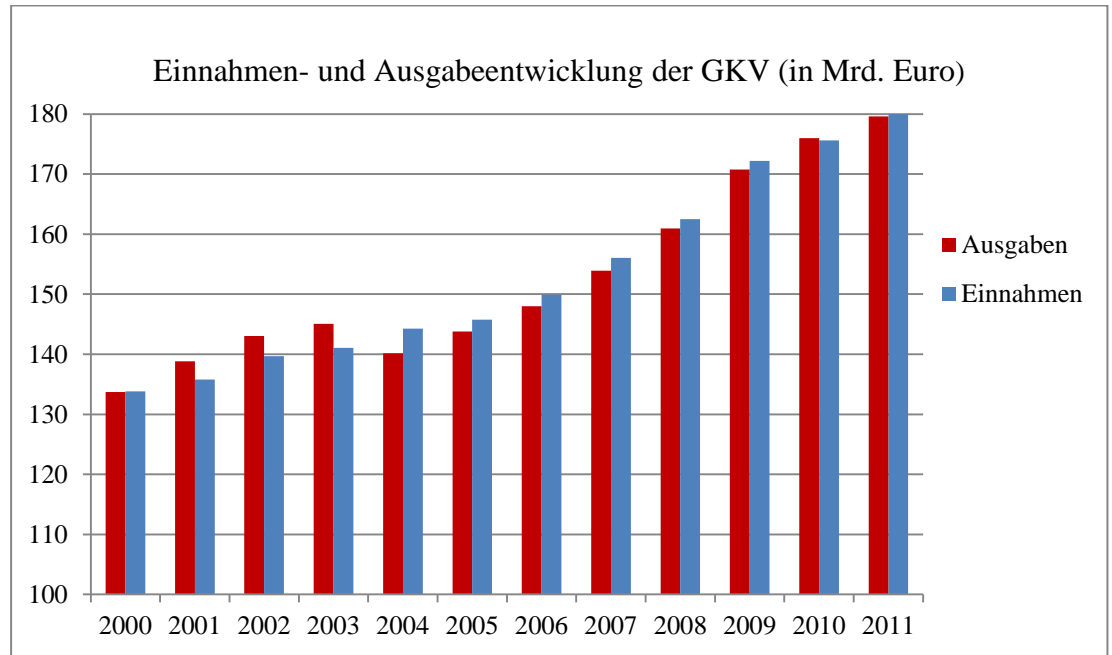


Abbildung 1: Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV; eigene Darstellung⁶

Einkommensabhängige Beiträge zur GKV stellen neben zu hohen Lohnnebenkosten sowie dem Rückgang der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten den überwiegenden Grund für zu geringe Einnahmen seitens der Krankenkassen dar.⁷

Auch die hohe Arbeitslosigkeit sowie die Beitragskürzungen für Langzeitarbeitslose durch die Hartz-Reformen sind verantwortlich für die Probleme auf der Einnahmeseite.⁸

Die Gründe für die steigenden Ausgaben der GKV sind vielfältig. Einer der Hauptgründe ist die demografische Entwicklung in Deutschland. Durch die Überalterung

⁶ Vgl. Bundesgesundheitsministerium: Kennzahlen der GKV, S. 1.

⁷ Vgl. Drebes, Sven: Wettbewerbliche Gestaltung, S. 73f.

⁸ Vgl. Pimpertz, Jochen: Wettbewerb, S. 10.

der Bevölkerung und den medizinisch-technischen Fortschritt ist die Ausgabenentwicklung in Zukunft nicht absehbar. Es führt zu der Situation, dass die Finanzierung der GKV niemals nachhaltig sein kann, schon zuletzt aus dem Grund, dass es sich um ein umlagefinanziertes und somit staatsfernes System handelt.⁹

Als demografische Entwicklung oder auch als Demografieeffekt wird die Wirkung der Veränderung in der Bevölkerungspyramide bezeichnet. Die Demografie wirkt ebenfalls auf die Einnahmenseite der GKV. Auf der Einnahmenseite macht sich vor allem bemerkbar, dass beim Übergang von der Erwerbstätigenphase zur Rentenphase die Beitragszahlung einer Person deutlich sinkt. Der Grund dafür ist, dass die Beiträge sowohl vom Erwerbseinkommen als auch von der Rente prozentual erhoben werden, die Rentenzahlung jedoch deutlich geringer ist, im Vergleich zum letzten Einkommen aus unselbständiger Arbeit.¹⁰

Die dargestellte Problematik mit sinkenden Einnahmen auf der einen Seite und steigenden Ausgaben auf der anderen Seite führt dazu, dass der Gesetzgeber zu Reformen des Systems gezwungen ist. Ein erster Schritt dahingehend war das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG).

3. Der Gesundheitsfonds

Im folgenden Kapitel werden die grundlegenden Änderungen des GKV-WSG mit Einführung des Gesundheitsfonds erläutert. Zuerst wird jedoch, zur besseren Darstellung der erheblichen Änderungen durch das GKV-WSG, auf das bis zum 31.12.2008 geltende Finanzierungsmodell der GKV eingegangen.

⁹ Vgl. Beske, F.: Verschiebepbahnhof, S. 183.

¹⁰ Vgl. Niehaus, Frank: Prognose, S. 37-39.

3.1 Finanzierungsmodell bis zur Einführung des Gesundheitsfonds

Bis zur Einführung des Gesundheitsfonds zahlten Mitglieder der GKV bzw. die an der Beitragstragung beteiligten (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger und Arbeitsagenturen) die Beiträge an die jeweilige gesetzliche Krankenkasse, bei der das Mitglied versichert war.¹¹

Die rechtliche Grundlage zur Mittelaufbringung war in der Altfassung bis 31.12.2008 im § 220 Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. Demnach werden die Mittel der GKV durch Beiträge und sonstige Einnahmen (z. B. Einnahmen aus Kapitalvermögen) erbracht. Die Beiträge sind durch die gesetzliche Krankenkasse so zu bemessen, dass diese zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan vorgesehenen Ausgaben und die Auffüllung der Rücklage decken.¹²

Zu den festzulegenden Beitragssätzen der GKV gehörten bis zum 31.12.2008 der allgemeine Beitragssatz (§ 241 SGB V), der erhöhte Beitragssatz (§ 242 SGB V) und der ermäßigte Beitragssatz (§ 243 SGB V). Aus der folgenden Tabelle ist die Anwendung der unterschiedlichen Beitragssätze ersichtlich:

Beitragssatz	Beschreibung
Allgemein	Gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung ihres Arbeitsentgelts haben.
Erhöht	Gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung Ihres Arbeitsentgelts haben.
Ermäßigt	Gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder die Krankenkasse den Leistungsanspruch beschränkt.

Tabelle 2: Übersicht der Beitragssätze¹³

¹¹ Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 31.

¹² Vgl. § 220 SGB V.

¹³ Vgl. § 241 bis 243 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2008.

In die Beitragssatzkalkulation müssen die Krankenkassen die zu erwartenden Leistungs- und Verwaltungsausgaben sowie sonstige Einnahmen und Ausgaben mit einfließen lassen und letztlich die über die Beitragssätze zu finanzierenden Mittel den beitragspflichtigen Einnahmen Ihrer Mitglieder gegenüberstellen. Zu den sonstigen Einnahmen und Ausgaben zählt auch der finanzielle Einbezug in den RSA.¹⁴

Das Thema des RSA wird im 4. Kapitel dieser Arbeit erneut aufgegriffen und detaillierter dargestellt.

Das bisherige Finanzierungsmodell der GKV ist autonom erfolgt, das heißt, jede Krankenkasse konnte für sich die Beiträge für Ihren Bedarf festlegen. Dieser Beschluss der Beitragsfestsetzung bedurfte jedoch die Zustimmung der obersten Aufsichtsbehörde.¹⁵

3.2 Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009

3.2.1 Der Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds ist ein Sondervermögen, welches mit Einführung des GKV-WSG zum 01.01.2009, durch das Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Dieses Sondervermögen enthält die eingehenden Beiträge der GKV.¹⁶

Die Beiträge werden durch die Beitragszahler, zu denen neben Arbeitgebern, der deutschen Rentenversicherung und den Arbeitsagenturen auch die in der GKV freiwillig versicherten Mitglieder zählen, nach wie vor an Ihre alte Krankenkasse entrichtet. Die Krankenkasse leitet jedoch kalendertäglich die Beitragseinnahmen an den Gesundheitsfonds weiter. Dieser ist somit der eigentliche „Empfänger“ der Beitragseinnahmen.¹⁷

Die Grundlage für die Berechnung der Beiträge bilden der allgemeine und der ermäßigte Beitragssatz. Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 werden die o. g. Beitragssätze von der Bundesregierung per Rechtsverordnung für alle Kran-

¹⁴ Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 32.

¹⁵ Vgl. Preusker, Uwe K.: Gesundheitswesen, S. 9f.

¹⁶ Vgl. § 271 SGB V.

¹⁷ Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 34.

kenkassen einheitlich festgelegt. Grundlage für die Festlegung der einheitlichen Beitragssätze ist die Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises.¹⁸ Dieser Schätzerkreis umfasst Vertreter der GKV, des Statistischen Bundesamtes und der Bundesregierung. Die vorgenommene Einschätzung dieser Arbeitsgruppe ist jedoch nicht bindend für die Bundesregierung. Es kann durchaus vorkommen, dass sich die Bundesregierung nicht an die Empfehlung des Schätzerkreises hält.¹⁹

Nach dem bislang geltenden Recht hat jede Krankenkasse neben dem allgemeinen und ermäßigten Beitragssatz auch einen erhöhten Beitragssatz festzulegen. Mit Einführung des Gesundheitsfonds ist dieser erhöhte Beitragssatz weggefallen. Die Krankenkasse hat nun entsprechende Krankengeldansprüche durch eine Prämienzahlung des Mitglieds im Rahmen von Wahltarifen gemäß § 53 Abs. 6 SGB V zu finanzieren.²⁰

Dieser bundeseinheitliche Beitragssatz ist von der Bundesregierung am Ende eines Kalenderjahres für das Folgejahr festzulegen. Für die Startphase des Gesundheitsfonds war dieser so festzulegen, dass die Summe der Beitragseinnahmen die Summe der Leistungsausgaben, die sich in Regelleistungen und Satzungsleistungen aufteilt, und Verwaltungsausgaben finanziert werden können. Für die erstmalige Festsetzung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes war dieser so festzusetzen, dass die für die GKV voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit dem Bundeszuschuss und den voraussichtlichen sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds ausreichen, die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds zu decken. Man spricht daher bei der erstmaligen Beitragsfestsetzung zum 01.01.2009 von einer Deckungsquote von 100 Prozent.²¹

In den Folgejahren muss eine Deckungsquote von mindestens 95 Prozent erreicht werden, d. h., die Leistungs- und Verwaltungsausgaben müssen immer zu mindestens 95 Prozent durch die Einnahmen des Gesundheitsfonds finanziert werden. Damit dieser Wert erreicht wird, muss die Bundesregierung ggf. die Beitragssätze dement-

¹⁸ Vgl. Marburger, Horst: SGB V, S. 39.

¹⁹ Vgl. Busse, Reinhard/Schreyögg, Jonas/Tiemann, Oliver: Management, S. 222 f.

²⁰ Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 39.

²¹ Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 36-38.

sprechend anheben. Umgekehrt bei einer Überdeckung bzw. einer Deckungsquote von mehr als 100 % ist der Beitragssatz durch die Bundesregierung dementsprechend zu mindern.²²

Diese sog. Deckungsquote bedeutet jedoch nicht, dass die Einnahmen der einzelnen Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds ausreichen, um die Ausgaben zu decken. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds risikoadjustierte Zuweisungen. Diese reichen genau dann zur Finanzierung der Leistungsausgaben, wenn die Ausgaben in den einzelnen Risikogruppen den standardisierten risikoadjustierten Zuweisungen entsprechen.²³

Neben den Beiträgen, die wie bisher auf Grundlage der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet werden, gehören ebenso noch Bundeszuschüsse aus Steuermitteln, die mit in den Gesundheitsfonds fließen. Es handelt sich dabei um Beteiligungen des Bundes an Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen.²⁴ Bei diesen versicherungsfremden Leistungen handelt es sich hauptsächlich um Leistungen,

- anlässlich Schwangerschaft und Mutterschaft,
- bei Schwangerschaftsabbruch und
- der beitragsfreien Familienversicherung für Angehörige.²⁵

In der seit 01.07.2008 geltenden Fassung bestimmt § 221 SGB V, dass für das Jahr 2007 und 2008 jeweils 2,5 Milliarden Euro zu zahlen sind. In den Folgejahren erhöht sich die Leistung des Bundes um jährlich 1,5 Milliarden Euro, bis zu einer jährlichen Gesamtsumme in Höhe von 14 Milliarden Euro. Ab dem Jahr 2009 erfolgen die Leistungen des Bundes in monatlich zu überweisenden Teilbeträgen zum ersten Bankarbeitstag an den Gesundheitsfonds.²⁶

Die folgende Darstellung fasst die Zusammensetzung des Gesundheitsfonds mit den Einnahmen aus den Jahren 2009 bis 2011 abschließend zusammen. Die Bundeszu-

²² Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 34.

²³ Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 36-38.

²⁴ Vgl. § 221 SGB V.

²⁵ Vgl. Marburger, Horst: SGB V, S. 38-39.

²⁶ Vgl. § 221 SGB V.

schüsse im Gesundheitsfonds sind seit Einführung im Jahr 2009 von 7,2 Mrd. Euro auf 15,3 Mrd. Euro angestiegen. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten betragen im Jahr 2009 165 Mrd. Euro, im darauffolgenden Jahr aufgrund konjunktureller Probleme lediglich 159,9 Mrd. Euro und im Jahr 2011 168,34 Mrd. Euro.

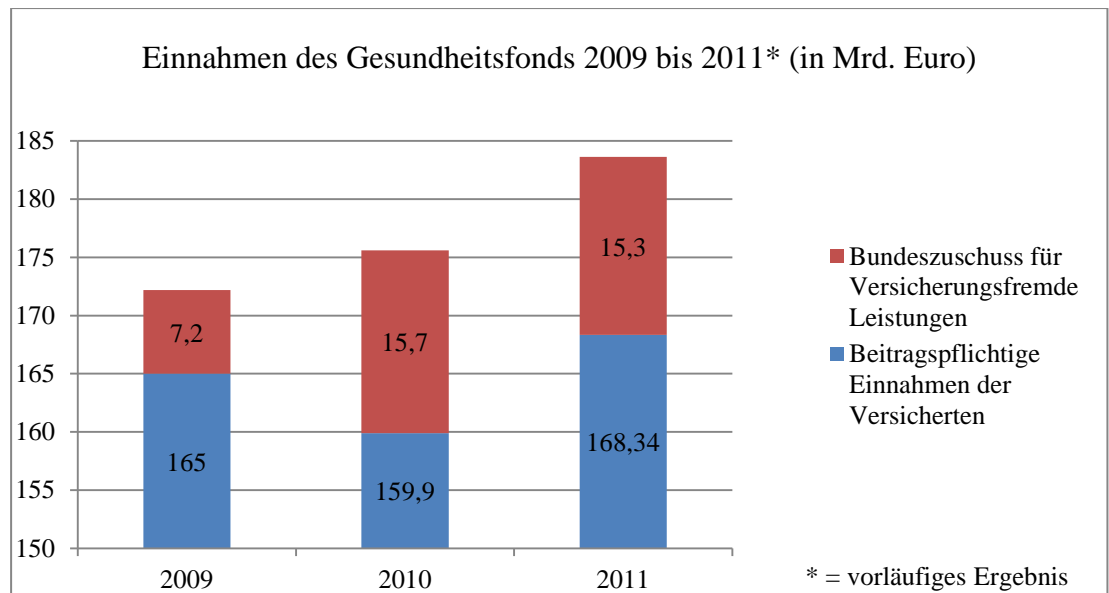


Abbildung 2: Einnahmen des Gesundheitsfonds 2009 bis 2011, eigene Darstellung²⁷

3.2.2 Zusatzbeiträge, Sozialausgleich und Prämienausschüttung

Wenn eine Krankenkasse Ihre Leistungs- und Verwaltungsausgaben aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds nicht decken kann, muss diese einen Zusatzbeitrag erheben. In der ersten Fassung des § 242 SGB V gab es dazu zwei alternative Modelle. Das erste Modell sah vor, dass der Zusatzbeitrag auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder begrenzt ist. Das zweite Modell sah einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag vor. Sofern der Zusatzbeitrag nicht einen Betrag von 8 Euro monatlich übersteigt, kann von einer Einkommensprüfung abgesehen werden und der Zusatzbeitrag pauschal festgelegt werden.²⁸

Mit dem „Gesetz zur nachhaltigen und ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FinG) wurde der einkommensabhängige Zusatzbeitrag abgeschafft und der einkommensunabhängige bzw. pauschale Zusatzbeitrag modifi-

²⁷ Vgl. Bundesgesundheitsministerium (2012): Kennzahlen der GKV, S.1.

²⁸ Vgl. § 242 SGB V in der Fassung bis zum 31.12.2010.

ziert. Durch die Weiterentwicklung erhalten die Krankenkassen wieder mehr Finanzautonomie. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wirkt als transparentes Preissignal und die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsflexibilität wird dadurch gewährleistet.²⁹

Durch die Modifizierung ist die bisherige Begrenzung für den Zusatzbeitrag auf maximal 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen ebenfalls entfallen und somit hinsichtlich der Höhe nicht mehr limitiert. Zusätzlich wurden durch die Änderung zum 01.01.2011 noch bestimmte Personenkreise von der Erhebung des Zusatzbeitrages ausgeschlossen. Dazu zählen u. a. Bezieher von Krankengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld, sofern neben diesen Leistungen keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen erhalten oder gezahlt werden.³⁰

Zum Ausgleich sozialer Härtefälle wurde im Rahmen des GKV-FinG zusätzlich ein Sozialausgleich beschlossen.³¹ Hierbei wird überprüft, ob der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten übersteigt. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten, besteht insoweit ein Anspruch auf Sozialausgleich.³²

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird durch den Schätzerkreis beim BVA ermittelt und durch Rechtsverordnung für das jeweilige Jahr festgelegt. Da für das Jahr 2012 der durchschnittliche Zusatzbeitrag 0,00 Euro beträgt, erfolgt in diesem Jahr kein Sozialausgleich.³³

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Regelungen für den Sozialausgleich folgt eine Beispielrechnung:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag:	20 Euro
Tatsächlicher Zusatzbeitrag der Krankenkasse XY:	22 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen des Versicherten:	800 Euro
Davon zwei Prozent:	16 Euro

²⁹ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/3040 S.3 f.

³⁰ Vgl. § 242 Absatz 5 SGB V.

³¹ Vgl. § 242 b SGB V.

³² Vgl. Fischer, Birgit/Schlenker, Rolf-Ulrich/Rothmaier, Jürgen: Krankenkassenmanagement S. 174.

³³ Vgl. Bundesministerium für Justiz: Bundesanzeiger vom 28.10.2011 Nummer 164, S. 3810.

Das Ergebnis von dieser Berechnung des Sozialausgleichs ist, dass das Mitglied einen sozialen Ausgleich in Höhe von 4,00 Euro monatlich (20,00 Euro – 16,00 Euro) erhält. Dieser Sozialausgleich erfolgt aus Bundesmitteln. Für die Jahre 2011 bis 2014 wird der Sozialausgleich aus den Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds gedeckt.³⁴

Im umgekehrten Fall, wenn die erhaltenen Mittel aus dem Gesundheitsfonds die Leistungs- und Verwaltungsausgaben, also den Finanzbedarf überschreiten, besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen durch eine Satzungsregelung an ihre Mitglieder Prämien auszahlen können.

Im Jahr 2011 erwirtschaftete die GKV einen Überschuss von knapp 10 Mrd. Euro. In einem Interview nahm der stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Johann-Magnus v. Stackelberg dazu Stellung und verweist darauf, dass es sich lediglich um fünf Prozent der Jahresausgaben handelt. Er habe großes Verständnis für die Krankenkassen, die jetzt auf langfristige Stabilität setzen, anstatt kurzfristig Prämien auszuschütten. Bereits mehrere Politiker forderten von den Krankenkassen, Ihre Versicherten an den Überschüssen teilhaben zu lassen. „Wer heute nur auf die aktuelle Situation schaut und die Einnahmen kürzt, organisiert das Defizit von morgen“, so Stackelberg gegenüber der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.³⁵

3.3 Der Gesundheitsfonds als Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie

Im Bundestagswahlkampf 2005 bezogen die SPD und die Grünen deutlich Stellung für die Bürgerversicherung, während die CDU/CSU die Durchsetzung für die Gesundheitsprämie auf Ihre Wahlplakate schrieb. Im Folgenden werden die Grundprinzipien beider Finanzierungsmodelle dargestellt.

Zu den Grundprinzipien der Bürgerversicherung gehört unter anderem, dass alle Bürger unter Berücksichtigung aller Einkommensarten in das System einzahlen.

³⁴ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/3040 S.3 f.

³⁵ Vgl. Sucker-Sket, Kirsten: Langfristige Stabilität, S. 1.

Wenn neben den bisher Versicherten der GKV auch die Gutverdiener, Beamten und Selbständigen einzahlen und zudem noch neben den Löhnen auch andere Einkommensarten, wie z.B. Mieteinkünfte oder Zinsen berücksichtigt werden, flösse mehr Geld in die Krankenversicherung und neue Beitragserhöhung könnten vermieden oder hinausgezögert werden. Des Weiteren besteht ein Bestandsschutz für Besserverdiener, die sich privat versichert haben. Diese können nach alten Konditionen bei Ihren alten Anbietern bleiben. Zukünftig sollen alle Neuabschlüsse in die Bürgerversicherung, auch Besserverdiener.³⁶

Eine Beitragsbemessungsgrenze soll in diesem System auch weiterhin Bestand haben, da ansonsten bei den Einkommensmillionären Krankenkassenbeiträge in Höhe von 100.000 Euro und mehr anfallen würde. Ohne eine Beitragsbemessungsgrenze würde die Solidarität der Einkommensmillionäre womöglich überfordern, die Solidarität der Sozialkasse verhindern und auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sollen ebenfalls verpflichtet werden, einen Bürgerversicherungstarif anzubieten, der sich genau wie in der GKV nicht am Krankheitsrisiko, sondern am Einkommen der Versicherten orientiert.³⁷

Die Grundprinzipien der Gesundheitsprämie/Kopfpauschale sehen vor, dass jeder Bürger ein und denselben Betrag an die Krankenkasse zahlt. Die damalige Diskussion umfasste pauschale Prämien, die zwischen 100,00 und 200,00 Euro liegen. Die Arbeitgeber zahlen auch einen Beitrag in die Krankenversicherung ein. Dieser Beitrag soll festgeschrieben werden, damit die Erhöhung der Gesundheitskosten nicht weiter die Arbeitgeber belastet. Jeder, der nicht in der Lage ist, die Prämie eigenständig selbst zu finanzieren, erhält einen Zuschuss aus Steuermitteln, den sogenannten Solidarausgleich.³⁸

Mit Ausgang der Bundestagswahl und Bildung der Großen Koalition wurde mit dem GKV-WSG der Gesundheitsfonds beschlossen. Dieser Gesundheitsfonds wurde zunächst als Übergangslösung angesehen, welche die Optionen einer Bürgerversicherung bzw. Gesundheitsprämie für die Zukunft offen lässt. Durch die Einbeziehung der privaten Versicherung ließe sich der Gesundheitsfonds in die Richtung der Bür-

³⁶ Vgl. Hinrichs, Ulrike/Nowak, Dana: Gesundheitssystem, S. 146 f.

³⁷ Vgl. Hinrichs, Ulrike/Nowak, Dana: Gesundheitssystem, S. 146 f.

³⁸ Vgl. Hinrichs, Ulrike/Nowak, Dana: Gesundheitssystem, S. 132 f.

gerversicherung weiterentwickeln. Auf der anderen Seite könnte der Gesundheitsfonds auch in die Richtung der Gesundheitsprämie weiterentwickelt werden, in dem die Deckung des Fonds, wie gesetzlich festgeschrieben, nicht mehr zu 95 % erfolgt, sondern zu einem geringeren Teil. Folge dieser Änderung wäre die Erhebung von Zusatzprämien, welche die Funktionen von der Gesundheitsprämie erfüllen würde. Unabhängig der Überlegungen der Parteien könnten somit weitere Reformoptionen des Gesundheitsfonds diskutiert werden.³⁹

Mit dem GKV–FinG wurden zwei strategische Entscheidungen getroffen. Die erste Entscheidung ist, dass der allgemeine Beitragssatz von 15,5 Prozent eingefroren und somit auch der Finanzierungsanteil durch den Arbeitgeber in Höhe von 7,3 Prozent bestehen bleibt. Die Arbeitgeber sollen damit bewusst von künftigen Kostensteigerungen, soweit sie nicht durch den allgemeinen Beitragssatz gedeckt werden können, komplett verschont bleiben. Die zweite strategische Entscheidung besteht darin, dass die zu erwartenden Kostensteigerungen alleine von den Versicherten übernommen werden sollen im Rahmen einer Kopfpauschale – im Gesetz als „kassenindividuelle einkommensunabhängige Zusatzbeiträge“ beschrieben.⁴⁰

4. Der Risikostrukturausgleich

4.1 Historie und Zielsetzung des Risikostrukturausgleichs

Im vorliegenden Kapitel soll dargestellt werden, aus welchen Gründen der Gesetzgeber die Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beschlossen hat. Darüber hinaus sollen die Aufgaben und Ziele des RSA beschrieben werden.

Der RSA wurde im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 zusammen mit dem Recht auf freie Krankenkassenwahl für alle Versicherten eingeführt.⁴¹ Das GSG sollte die notwendigen Voraussetzungen für einen

³⁹ Vgl. Lauterbach, Karl W./Lüngen, Markus/Schrappe, Matthias: Gesundheitsökonomie, S. 211.

⁴⁰ Vgl. Buntentbach, Annelie: Privatisierung, S. 78.

⁴¹ Vgl. Beyer, Friedrich/Buchholz, Wolfgang: Ökonomie, S. 238.

intensiveren Wettbewerb schaffen, um eine effektive, effiziente und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.⁴²

Hintergrund der weitreichenden Reformen der GKV waren Wettbewerbsverzerrungen, die auf das berufs- und betriebsorientierte Zuweisungssystem zurückzuführen sind, das sich faktisch noch in der Tradition der Gesetzgebung des Kaiserreichs befand (Krankenversicherungsgesetz von 1883 und Reichsversicherungsordnung von 1911). Bis zur Umsetzung des GSG war das System der GKV durch eine prinzipielle Bindung der Mitglieder an eine gesetzliche Krankenkasse gekennzeichnet. Die Zuordnung erfolgte nach Berufsstatus, Betriebs- oder Innungszugehörigkeit. Wahlmöglichkeiten zwischen den Kassen bestanden nur in beschränktem Umfang, insbesondere Arbeiter hatten kaum eine Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln.⁴³

Für die Zuordnung der Pflichtversicherten zu den Krankenkassen galten im Wesentlichen folgende Kriterien. In erster Linie mussten die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) alle von der GKV erfassten Personen einer Region versichern. Sofern im Betrieb des Versicherungspflichtigen eine Betriebskrankenkasse bestand, so trat diese als Pflichtkasse an die Stelle der AOK. Für Handwerksbetriebe, die einer Innung angehörten, übernahmen die Innungskrankenkassen (IKK) diese Funktion. Im Gegensatz zu den bisher genannten Kassenarten erfolgte keine gesetzliche Zuweisung von Versicherten an die Ersatzkassen für Angestellte (EAN) und Arbeiter (EAR). Ein Zutrittsrecht erfolgte nur für bestimmte berufsrechtlich definierte Versicherten-
gruppen. Alle Angestellten konnten daher Mitglied der Barmer Ersatzkasse (BEK) und der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) werden, während z. B. die Gmünder Ersatzkasse (GEK) nur für bestimmte Metallfacharbeiter und die Techniker Krankenkasse (TK) nur für technische Angestelltenberufe zugänglich waren. Die Bundesknappschaft (BKN), See – Krankenkasse und die landwirtschaftlichen Krankenkassen bildeten spezifische Sonderformen der Pflichtkasse.⁴⁴

Dieses System mit Wahl- und Pflichtkassen hatte schwerwiegende Verwerfungen innerhalb des Systems der GKV hervorgerufen. Es ist durch das Zuweisungsprinzip zu einer Beitragssatzspanne von 8 Prozent bis hin zu 16 Prozent gekommen. Die erheblichen Beitragssatzdifferenzen waren das Resultat ungleicher Versicherten-

⁴² Vgl. Cassel, Dieter/Janßen, Johannes: Risikostrukturausgleich, S. 11.

⁴³ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 14/5681, S. 3.

⁴⁴ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 14/5681, S. 3.

strukturen und nicht etwa Ergebnis unterschiedliche Effizienz der Krankenkassen. Unterschiede bestanden hauptsächlich in der Zahl der beitragsfrei mitversicherten Angehörigen, der beitragspflichtigen Einnahmen und des Morbiditätsgeschehens ihrer Versicherten. Es konnte nicht mehr gerechtfertigt werden, dass Versicherte für im Prinzip gleiche Leistungen unterschiedliche Beitragssätze zahlen, da sie weniger Kassenwahlmöglichkeiten zugewiesen bekommen hatten.⁴⁵

Aus diesen Gründen entschied sich der Gesetzgeber, mit der freien Kassenwahl ab 1996, mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen zu erreichen. Gleichzeitig sollte jedoch das Prinzip der Solidarität gewahrt bleiben, welches durch folgende Merkmale gekennzeichnet war. Dazu gehörten die Erhebung einkommensproportionaler Beiträge und die beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Familienmitglieder, die Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen nach dem Bedarfsprinzip in ausreichender und wirtschaftlicher Form sowie keine Beitragsdifferenzierung nach Alter, Geschlecht und gesundheitlichen Risiken. Für diesen Zweck wurde die GKV im § 1 SGB V als eine Solidargemeinschaft definiert.⁴⁶

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen kann jedoch nur funktionieren, wenn maßgebliche Unterschiede in der Verteilung der Risiken von Versicherten zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden. Ohne einen solchen Ausgleich hätte der Wettbewerb in zweierlei Hinsicht unerwünschte Konsequenzen. Einerseits würden Beitragssatzunterschiede zwischen Krankenkassen nicht deren unterschiedliche Leistungsfähigkeit widerspiegeln, sondern lediglich die unterschiedlichen Risikostrukturen. Andererseits würde sich eine Konzentration im Kassenwettbewerb auf das Anwerben von Versicherten mit günstiger Risikostruktur ergeben, jedoch nicht auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung von Kranken.⁴⁷

Die ordnungspolitische Aufgabe des RSA ist, die von den unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen ausgehenden Effekte auf die Festlegung des Beitragssatzes auszugleichen und jeder Krankenkasse die Finanzmittel zukommen zu lassen, die ihren risikobedingten Ausgaben entsprechen.⁴⁸

⁴⁵ Vgl. Pfaff, Martin: Zeitzeuge, S. 37 f.

⁴⁶ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 14/5681, S. 4 f.

⁴⁷ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 14/5681, S. 5.

⁴⁸ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 14/5681, S. 5.

Die folgenden Risikofaktoren wurden bei der Schaffung des RSA zur Einführung berücksichtigt:

- die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen,
- die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der jeweiligen Krankenkassen sowie
- die Morbidität, die erfasst wird über die Geschlechts- und Altersstruktur und den Bezug von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.⁴⁹

4.2 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum 31.12.2008

In den Jahren 2000 und 2001 wurde auf Beschluss des Deutschen Bundestages im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform 2000 vom IGES-Institut, Dieter Cassel und Jürgen Wasem für das Bundesministerium für Gesundheit ein Gutachten erstellt. Dieses Gutachten enthielt eine Bestandsaufnahme und Vorschläge zur Weiterentwicklung des RSA. Parallel dazu beauftragten die Spitzenverbände der Krankenkassen Karl Lauterbach und Eberhard Wille, ein Gutachten zu erstellen.⁵⁰ Aus den dargestellten Vorschlägen für die Weiterentwicklung in beiden Gutachten entwickelten die Gutachtergruppen ein gemeinsames Konsenspapier.

Daraus entwickelte das Bundesministerium für Gesundheit einen Gesetzentwurf für eine RSA-Reform (Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung). Dieses Gesetz trat zum 1. Januar 2002 in Kraft, welches

- die Einführung eines Risikopools für überdurchschnittliche hohe Leistungsausgaben,
- die finanzielle Förderung der Durchführung von Disease-Management Programmen über den RSA und
- die Weiterentwicklung des RSA durch eine direkte Erfassung der Morbiditätsunterschiede der Versicherten der einzelnen Krankenkassen, was folglich

⁴⁹ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 14/5681, S. 5.

⁵⁰ Beide Gutachten sind auf der beiliegenden CD enthalten.

mit einem gezielteren Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen einhergeht, umfasste.⁵¹

Die Elemente des Risikopools und der Disease-Managements Programme werden nachfolgend erläutert. Das letzte Element der Weiterentwicklung des RSA mit Morbiditätsfaktoren wird ab Kapitel 4.6 aufgegriffen.

4.2.1 Der Risikopool

Zum 01.01.2002 wurde der Risikostrukturausgleich um einen Risikopool (RP) erweitert. Ziel war es, fehlsteuernde Beitragssatzsignale von Risikoentmischungen zu begrenzen. Jede Krankenkasse erhält daher für jeden Versicherten, dessen ausgleichsfähige Leistungen einen bestimmten Schwellenwert übersteigen, von diesem Schwellenwert überschreitende Leistungsausgaben zu 60 Prozent erstattet.⁵² Dieser Schwellenwert wurde erstmalig für die Jahre 2002 und 2003 in Höhe von 20.450,00 Euro festgesetzt und für die Folgejahre an die prozentuale Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV angedockt.⁵³

Daraus ergeben sich für die Jahre 2002 bis 2008 folgende Schwellenwerte:

Jahr	Monatliche Bezugsgröße	Schwellenwert
2002	2.345,00 Euro	20.450,00 Euro
2003	2.380,00 Euro	20.450,00 Euro
2004	2.415,00 Euro	20.750,74 Euro
2005	2.415,00 Euro	20.750,74 Euro
2006	2.450,00 Euro	21.051,48 Euro
2007	2.450,00 Euro	21.051,48 Euro
2008	2.485,00 Euro	21.352,21 Euro

Tabelle 3: Entwicklung der Schwellenwerte für den Risikopool, eigene Darstellung⁵⁴

⁵¹ Vgl. Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs vom 10. Dezember 2001; Bundesgesetzblatt I S. 3465.

⁵² Vgl. Otto, Frank/Göpfarth, Dirk: Jahresausgleich 2007, S. 184 f.

⁵³ Vgl. § 269 Absatz 1 Satz 3 SGB V (in der Fassung bis zum 31.12.2008)

⁵⁴ Vgl. Rauser Towers Perrin: Entwicklung der Bezugsgröße, S. 1.

Ausgleichsfähig sind im Risikopool die Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, das Krankengeld sowie seit dem Jahresausgleich 2003 auch die nichtärztlichen Leistungen der ambulanten Dialyse.⁵⁵

Im Vergleich zum RSA, der nur auf durchschnittlichen Ausgabengrößen basiert, werden im Risikopool tatsächliche angefallene, individuelle Ausgaben ausgeglichen. Für sich gesehen ist der Risikopool ein eigenständiges Ausgleichsinstrument, jedoch ist er dennoch sehr eng mit dem RSA verknüpft. Die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben müssen aus dem RSA heraus gerechnet werden. Mit der Ergänzung des RSA um den Risikopool wurde das bisherige Ausgleichskonzept dahingehend durchbrochen, dass nicht mehr nur durchschnittliche Ausgaben dem kassenübergreifenden Finanztransfer unterworfen sind, sondern auch zumindest teilweise tatsächlich anfallende Ausgaben.⁵⁶

Auch wenn der Risikopool nur etwa ein Prozent der Versicherten betraf, so wurden doch insgesamt ca. vier Prozent der Ausgaben der GKV über den Risikopool jährlich gegenfinanziert.⁵⁷

4.2.2 Disease Management Programme (DM-Programme)

Mit Beginn des Jahres 2002 rückten die chronisch Kranken in den Fokus. Für diesen Kreis der Versicherten sollte die Versorgung besonders gefördert werden. Durch die Krankenkassen eigens akkreditierte und evaluierte DM-Programme für ihre Versicherten, die unter chronischen Erkrankungen litten und in ein solches DM-Programm eingeordnet sind, wurde den Krankenkassen erhöhte standardisierte Leistungsausgaben zugeschrieben.⁵⁸

Bei den DM-Programmen handelt es sich um strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Erkrankte. Der gesamte Behandlungs- und Betreuungsprozess wird in einem DM-Programm über den gesamten Verlauf einer chronischen Krankheit hin-

⁵⁵ Vgl. Otto, Frank/Göpffarth, Dirk: Jahresausgleich 2007, S. 184 f.

⁵⁶ Vgl. Minn, Norbert: ordnungspolitische Begründung, S. 315-316.

⁵⁷ Vgl. Kaestner, Rolf/Kruse, Gerhard: Strategische Lenkung, S. 128.

⁵⁸ Vgl. Oberender, Peter O./Hebborn, Ansgar/Zerth, Jürgen: Wachstumsmarkt, S. 99.

weg koordiniert und optimiert. Das Bundesversicherungsamt ist zuständig für die Zulassung der DM-Programme. Dieses prüft, ob die von der Krankenkasse eingereichten Programme sowie die zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträge zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern den rechtlichen Anforderungen entsprechen.⁵⁹

Für die in der folgenden Tabelle dargestellten chronischen Erkrankungen besteht die Möglichkeit von strukturierten Behandlungsprogrammen:

Indikation	DM-Programm möglich seit
Diabetes mellitus Typ 1	1. März 2004
Diabetes mellitus Typ 2	1. Juli 2002
Brustkrebs	1. Juli 2002
Koronare Herzkrankheit (KHK)	1. Mai 2003
Asthma bronchiale	1. Januar 2005
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	1. Januar 2005

Tabelle 4: Strukturierte Behandlungsprogramme.⁶⁰

Aktuell sind durch das Bundesversicherungsamt insgesamt 10.915 Programme zugelassen, in denen insgesamt fast sieben Millionen Versicherte eingeschrieben sind. Nahezu sechs Millionen Versicherte sind in mehr als einem DM-Programm eingeschrieben.⁶¹

Die folgende Abbildung zeigt die Aufteilung der eingeschriebenen Versicherten in den unterschiedlichen DM-Programmen. Beispielsweise mehr als die Hälfte der DM-Programm-Teilnehmer sind in das DM-Programm Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben.

⁵⁹ Vgl. Bundesversicherungsamt: Broschüre DMP, S. 2.

⁶⁰ Vgl. Bundesversicherungsamt: Broschüre DMP, S. 2.

⁶¹ Vgl. Bundesversicherungsamt: Broschüre DMP, S. 2.

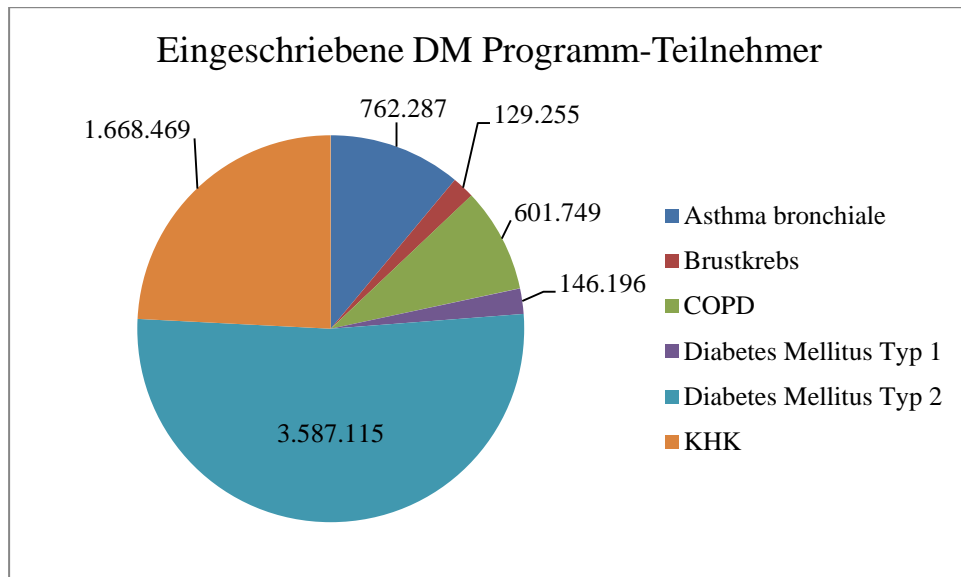


Abb. 3: Eingeschriebene DM-Programm Teilnehmer, eigene Darstellung⁶²

Die durch die DM-Programme verbundene Absicht bestand darin, dass die Versorgung bei einer Reihe ausgewählter chronischer Erkrankungen verbessert werden sollte. Geling es einer Krankenkasse, Patienten für DM-Programme zu gewinnen, so wurde dieses mit zusätzlichen Zahlungen aus dem RSA belohnt. Dies führte dazu, dass Krankenkassen die Ärzte massiv unter Druck setzten, Ihre Patienten zur Teilnahme an solchen Programmen zu bewegen. In einigen Fällen erhielten die Ärzte dafür sogar Prämienzahlungen von den Krankenkassen. Die erhoffte Verbesserung der Versorgung blieb aus, da sich an der tatsächlichen Gesundheitsversorgung teilweise wenig verändert hat, während der Dokumentationsaufwand deutlich gestiegen ist.⁶³

Außerdem hat die Verknüpfung von DM-Programmen mit dem RSA zu einer deutlichen Verkomplizierung und Bürokratisierung des Ausgleichsinstruments geführt. Die damit verbundenen finanziellen Anreizwirkungen haben dazu geführt, dass strikte und enge Vorgaben an die Akkreditierung und die Einschreibung der Versicherten in die Programme erfordern, damit Manipulationsanfälligkeiten so weit wie möglich ausgeschlossen werden konnten.⁶⁴

⁶² Vgl. Bundesversicherungsamt: Broschüre DMP S. 2.

⁶³ Vgl. Porter, Michael E./Guth, Clemens: Chancen, S. 121f.

⁶⁴ Vgl. Minn, Norbert: Ordnungspolitische Begründung, S. 315.

4.3 Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs bis zum 31.12.2008

Die Kernelemente für die Ermittlung waren die Finanzkraft, die das Potential der Kasse bezeichnete, einkommensabhängige Beiträge zu erheben und der Beitragsbedarf, der die finanziellen Ressourcen wiedergibt, die eine Krankenkasse durchschnittlich zur Versorgung ihrer Ausgabenrisiken benötigte. Demnach konnte der Beitragsbedarf auch als die benötigte Finanzkraft bezeichnet werden.⁶⁵ Grundsätzlich bedeutete dies für den Finanzausgleich:

Beitragsbedarf	>	Finanzkraft	→ <u>Ausgleichsanspruch</u>
Beitragsbedarf	<	Finanzkraft	→ <u>Ausgleichsverpflichtung</u> ⁶⁶

Für die Bestimmung der Finanzkraft einer Krankenkasse ermittelte das Bundesversicherungsamt den sog. Ausgleichsbedarfssatz. Dieser Ausgleichsbedarfssatz wurde berechnet, in dem die Summe der RSA-fähigen Leistungsausgaben ins Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen gesetzt worden.⁶⁷ Dabei handelte es sich um einen durchschnittlichen Beitragssatz, der in der GKV erforderlich war, um die RSA-fähigen Leistungsausgaben zu finanzieren. Die Ermittlung der Finanzkraft ergab sich aus dem Produkt der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkasse und dem Ausgleichsbedarfssatz.⁶⁸

Der Beitragsbedarf ergab sich als Summe der standardisierten Leistungsausgaben einer Krankenkasse für Ihre Versicherten. Die Versicherten wurden daher in Risikogruppen aufgeteilt, für die bundesdurchschnittliche Ausgaben als standardisierte Leistungsausgaben ermittelt wurden. Die Differenzierung dieser Risikogruppen erfolgte nach bestimmten Risikofaktoren: Dazu zählten das Alter und Geschlecht des Versicherten, der Bezug bzw. Nicht-Bezug einer Erwerbsminderungsrente, die Anspruchsberechtigung beim Krankengeld und abschließend, ob ein Versicherter in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DM-Programm) eingeschrieben war und wenn ja, in welches.⁶⁹

⁶⁵ Vgl. Bundesversicherungsamt: So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, S. 4.

⁶⁶ Vgl. Bundesversicherungsamt: So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, S. 4f.

⁶⁷ Vgl. Bundesversicherungsamt: So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, S. 8.

⁶⁸ Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 32.

⁶⁹ Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 33.

Der Risikostrukturausgleich verfolgte den sogenannten Zellenansatz. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben wurden RSA-Zellen zugeordnet, die sich nach den oben genannten Kriterien bilden.⁷⁰ Jeder Versicherte ließ sich genau einer Zelle zuordnen. Die Anzahl der Zellen ergab sich als Produkt der Anzahl der einzelnen Kriterien und der Differenzierung der Risikofaktoren. Wenn es beispielweise 15 Altersgruppen, 2 Geschlechtergruppen und 4 Einkommensgruppen gibt, dann definieren diese $15 \times 2 \times 4 = 120$ RSA-Zellen. Der große Vorteil des Zell-Ansatzes war, dass dieser sich leicht berechnen ließ.⁷¹ Die Differenzierung der Risikofaktoren erfolgte in den RSA-Zellen nach den folgenden Kriterien:

Risikofaktor	Differenzierung
Krankengeldanspruch	<ul style="list-style-type: none"> - Kein Krankengeldanspruch - Krankengeldanspruch nach sechs Wochen - Krankengeldanspruch nach weniger als sechs Wochen
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> - Männlich - Weiblich
Alter:	<ul style="list-style-type: none"> - 0 Jahre - 1 Jahr - - 90 Jahre (90 und älter)
Erwerbsminderungsrentner	<ul style="list-style-type: none"> - Ja - Nein
Einschreibung in DM-Programm	<ul style="list-style-type: none"> - Nein - Diabetes mellitus Typ 1 - Diabetes mellitus Typ 2 - Brustkrebs - Koronare Herzkrankheit - COPD - Asthma bronchial

Tab. 5: Differenzierung der Risikofaktoren⁷²

⁷⁰ Vgl. Bundesversicherungsamt: So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, S. 6.

⁷¹ Vgl. Beyer, Friedrich/Zweifel, Dieter/Kifmann, Mathias: Gesundheitsökonomik, S. 305-306.

⁷² Vgl. Bundesversicherungsamt: So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, S. 6.

Ohne eine Berücksichtigung der DM-Programme ergaben sich somit insgesamt $3 \times 2 \times 91 \times 2 = 1.092$ theoretisch mögliche RSA-Zellen. Da jedoch noch Einschränkungen vorgenommen werden mussten, verringerte sich die Zahl abschließend auf 670 RSA-Zellen. Für die Versichertengruppe der Erwerbsminderungsrentner wurde nur die Altersgruppe 35 – 65 berücksichtigt und die Kombination „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ und „erhöhter Krankengeldanspruch“ war nicht zu berechnen. Seit dem Jahr 2003 erfolgte die Berücksichtigung der DM-Programme.⁷³

Für jedes berücksichtigungsfähige DM-Programm wurden jeweils 670 weitere RSA-Zellen gebildet. Für das DM-Programm Brustkrebs ergaben sich jedoch nur 375 RSA-Zellen, da eine Einschreibung von Männern in dieses DM-Programm nicht erfolgen durfte. Insgesamt ergeben sich somit 4.395 RSA-Zellen, innerhalb derer die Leistungsausgaben einer Krankenkasse zu erfassen waren.⁷⁴

Für die Berechnung des kassenindividuellen Beitragsbedarfs waren über alle Versichertengruppen hinweg die Versicherungszeiten mit den durchschnittlichen standardisierten Leistungsausgaben der einzelnen Zelle zu multiplizieren. Das Produkt ergab den Beitragsbedarf, den die jeweilige Krankenkasse aus dem Risikostrukturausgleich zugewiesen bekam.⁷⁵

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht abschließend zu diesem Kapitel das System des Finanzausgleichs bis zum 31.12.2008.

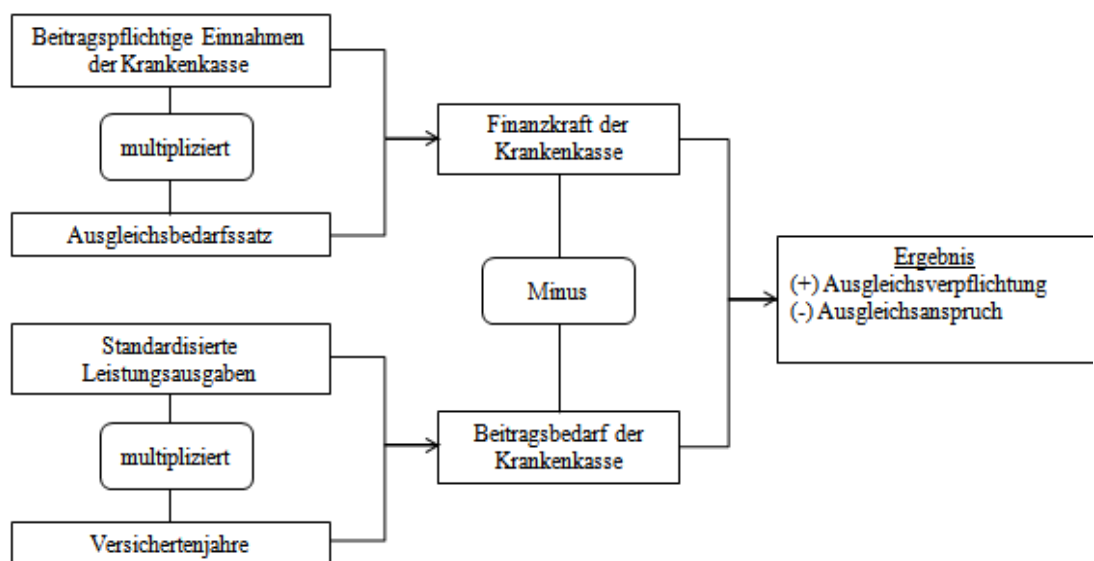


Abb. 4: Ausgleichsmechanismus, eigene Darstellung.

⁷³ Vgl. Bundesversicherungsamt: So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, S. 6 -7.

⁷⁴ Vgl. Bundesversicherungsamt: So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, S. 6 -7.

⁷⁵ Vgl. Bundesversicherungsamt: So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, S. 4ff.

4.4 Transfervolumen im Risikostrukturausgleich

Die Ausgleichszahlungen im RSA haben seit dessen Einführung, bei gleichbleibender Zahler- und Empfängerposition zwischen den AOKn und der BKN einerseits und den BKKn, IKK und Ersatzkassen andererseits, deutlich und regelmäßig zugenommen. Von Beginn des RSA im Jahre 1994 (Finanzausgleich erfolgte in diesem Jahr noch ohne die Krankenversicherung der Rentner) ist das Transfervolumen von 2,09 Mrd. Euro auf 19,65 Mrd. Euro im Jahr 2008 angestiegen. Die folgende Abbildung zeigt die Transferentwicklung seit dem Jahr 1994. Mitberücksichtigt wurde ebenfalls das Transfervolumen des Risikopools.⁷⁶

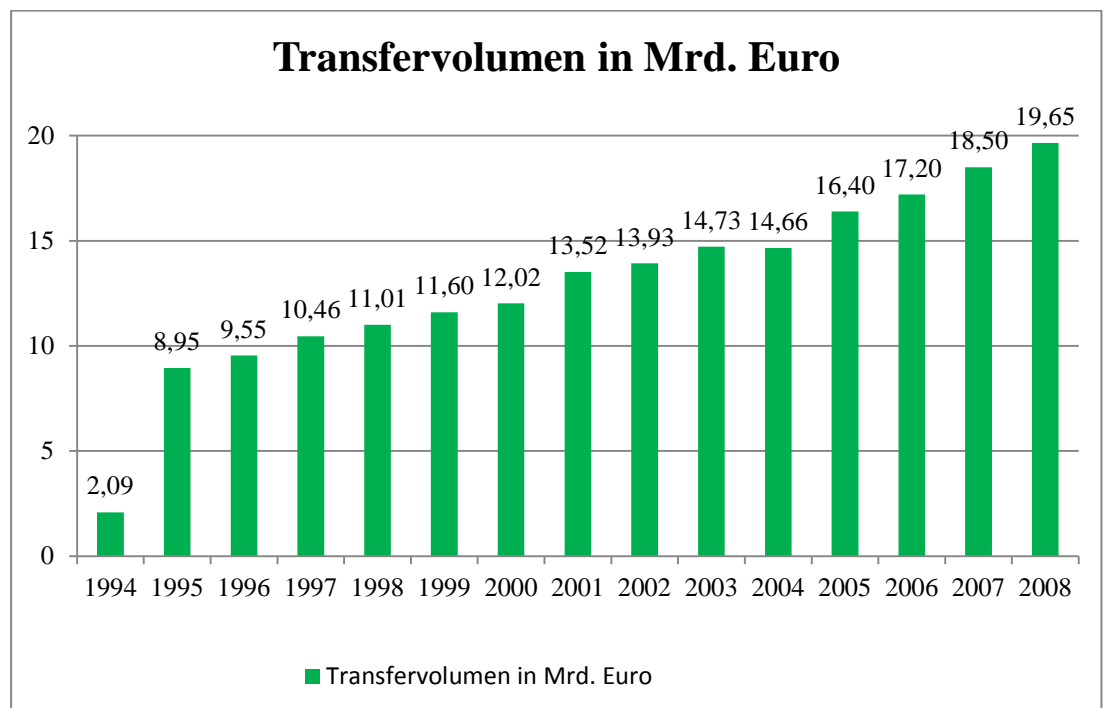


Abb.5: Entwicklung Transfervolumen 1994 bis 2008, eigene Darstellung⁷⁷

Vor allem die AOKn profitierten vom RSA. Zugunsten dieser wurden im Jahr 2008 15,1 Mrd. Euro umverteilt. Gemessen an den Leistungsausgaben der AOKn im Bundesgebiet in Höhe von 57,02 Mrd. Euro⁷⁸ stellte der RSA mit einer Finanzierungsquote von 26,48 % (15,1 Mrd. Euro: 57,02 Mrd. Euro x 100) der Leistungsausgaben

⁷⁶ Vgl. Bundesversicherungsamt: Übersicht über die Ausgleichsbeträge und Transfers aus den Jahresausgleichen 1994 – 2004, Presseerklärungen zum Jahresausgleich für die Jahre 2005, 2006, 2007 und 2008.

⁷⁷ Vgl. Bundesversicherungsamt: Übersicht über die Ausgleichsbeträge und Transfers aus den Jahresausgleichen 1994 – 2004, Presseerklärungen zum Jahresausgleich für die Jahre 2005, 2006, 2007 und 2008.

⁷⁸ Vgl. AOK Bundesverband: Zahlen und Fakten 2008, S. 2.

eine wesentliche Finanzierungsgrundlage der Leistungsausgaben dar. Neben den AOKn profitierte die BKN von den RSA-Zahlungen. Diese erhielt aus dem Risikostrukturausgleich für das Jahr 2008 1,7 Mrd. Euro. Gemessen an den Leistungsausgaben der BKN aus dem Jahr 2008 in Höhe von 5,2 Mrd. Euro⁷⁹ lag die Finanzierungsquote der Leistungsausgaben aus dem RSA bei 32,69 %. Absolut gesehen erhielt die BKN eine geringere Zuwendung aus dem RSA im Vergleich zu den AOKn. Gemessen an den Leistungsausgaben erhielt die BKN höhere Zuwendungen. Bei diesen Krankenkassen handelte es sich um sogenannte Empfängerkrankenkassen.

Zu den Zahlerkrankenkassen gehörten neben den Ersatzkrankenkassen (EKn), die IKKn und die BKKn, wobei Letztere mit einer Zahlungsverpflichtung gegenüber dem RSA in Höhe von 8,3 Mrd. Euro den größten Anteil der Finanzierung des RSA trug. Demgegenüber erhielten jedoch einzelne Krankenkassen der EKn, IKKn und der BKKn Zuweisungen aus dem RSA. Neben den genannten Zahlern flossen auch 2,8 Mrd. Euro über die pauschalen Beiträge, die der Arbeitgeber für geringfügige Beschäftigungen, den sog. Mini-Jobs, mit in den Jahresausgleich ein.

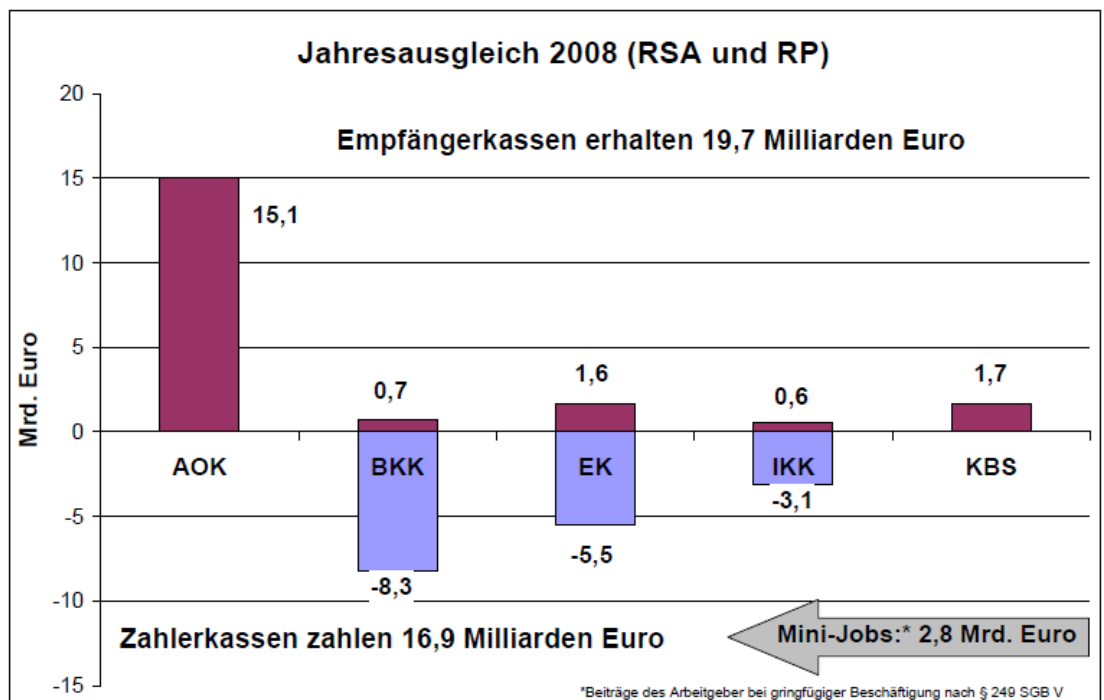


Abb. 6: Finanztransfer im RSA 2008⁸⁰

⁷⁹ Vgl. Knappschafft-Bahn-See: Geschäftsbericht 2008, S. 131.

⁸⁰ Bundesversicherungsamt: Pressemitteilung 9/2009 zum Jahresausgleich für RSA und Risikopool, Seite 2.

4.5. Analyse des Risikostrukturausgleichs anhand der Beitragssatzentwicklung

Der RSA sollte die finanziellen Wirkungen der versichertenstrukturbedingten Unterschiede zwischen den Krankenkassen ausgleichen, sodass keine verzerrenden Effekte auf die Beitragssätze ausgingen. Wenn es keinen RSA gegeben hätte, müsste jede Krankenkasse ihren Beitragssatz entsprechend ihrer Risikostrukturen kalkulieren. Bezüglich der Ausgleichsmerkmale im RSA bis 2001 (siehe Kapitel 4.3) hätten Krankenkassen mit ungünstiger Risikostruktur höhere Beitragssätze zu kalkulieren als Krankenkassen mit einer vergleichsweise günstigen Risikostruktur. Ebenfalls könnten Krankenkassen mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Versicherten niedrigere Beitragssätze kalkulieren als Krankenkassen mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen. In diesem Fall wären die Krankenkassen nicht im gleichen Umfang an der Finanzierung der GKV-weiten Solidaraufgaben beteiligt, wie dies durch den RSA erreicht werden sollte.⁸¹

Nach vorgenommenen Berechnungen der Gutachtergruppe IGES/Wasem/Cassel auf Grundlage der Werte des Jahres 1999 hätte es eine erhebliche Beitragssatzspanne ohne den Risikostrukturausgleich gegeben. Krankenkassen mit einer niedrigen Finanzkraft lägen nicht bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 13,9 Prozent, sondern deutlich über 18 Prozent. Krankenkassen mit einer durchschnittlichen Finanzkraft müssten je nach Beitragsbedarf einen Beitragssatz zwischen 11 und 20 Prozent erheben. Die tatsächlichen Beitragssätze lagen jedoch zwischen 13,8 und 14,5 Prozent. Krankenkassen mit einer hohen Finanzkraft kämen im Durchschnitt mit einem Beitragssatz zwischen 7,5 und 9,4 Prozent aus. In zwei extremen Einzelfällen sogar weniger als 3 Prozent. Tatsächlich lagen die Beitragssätze dieser Krankenkassen zwischen 12,6 und 13,0 Prozent.⁸²

Wie die Berechnungen der Gutachtergruppe zeigen, hatte der RSA wesentlich dazu beigetragen, die versichertenstrukturbedingten Beitragssätze anzugleichen. Tatsächlich näherten sich die Beitragssätze an. Während 1992, also vor Einführung des RSA, der Unterschied der günstigsten und teuersten Krankenkasse noch bei acht Prozentpunkten lag (siehe Kapitel 4.1), so bestand zum 31.12.2008 zwischen der teuersten und der günstigsten Krankenkasse nur noch ein Unterschied in Höhe von vier Pro-

⁸¹Vgl. IGES-Institut/Wasem, Jürgen/Cassel, Dieter: Wirkung, S.31.

⁸²Vgl. IGES-Institut/Wasem, Jürgen/Cassel, Dieter: Wirkung, S.32.

zentpunkten. Die günstigste Krankenkasse bot einen Beitragssatz von 13,4 Prozent an und die teuerste von 17,4 Prozent.⁸³

Bei Betrachtung der Entwicklung der Beitragssatzspanne in der GKV in den alten Bundesländern im Hinblick auf den allgemeinen Beitragssatz ließ sich ein Zusammenhang zwischen den politischen Entscheidungen und der Entwicklung der Beitragssätze erkennen. Während es im Jahr 1992 mit der Einführung des RSA noch keine nennenswerte Annäherung gab, so folgte diese ein Jahr später durch die Hinzunahme des Ausgleichsverfahrens für die Krankenversicherung der Rentner in den RSA. Die nächste nennenswerte Annäherung entstand durch die Weiterentwicklung des RSA im Jahr 2002. Durch die Einbindung des Risikopools und der DM-Programme ist eine weitere deutliche Annäherung zu erkennen.⁸⁴

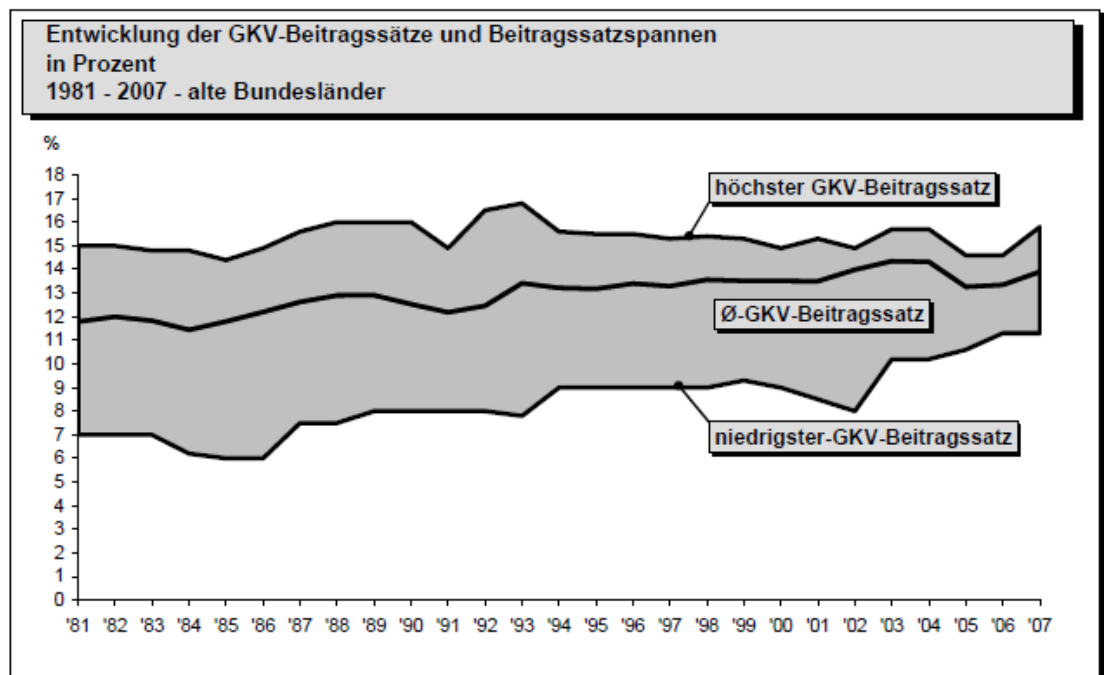


Abb. 7: Entwicklung der GKV-Beitragssätze und Beitragssatzspannen⁸⁵

Insgesamt lässt sich feststellen, dass der RSA das Ziel, Strukturunterschiede in den Versichertenbeständen und die daraus resultierenden Beitragssatzunterschiede zu verringern und somit für eine gewisse Chancengleichheit im Wettbewerb herzustellen, tendenziell erreicht.

⁸³ Vgl. Bundesversicherungsamt: Tätigkeitsbericht 2008, S. 36.

⁸⁴ Vgl. Verband der Ersatzkassen: Basisdaten 2007, S. 1.

⁸⁵ Verband der Ersatzkassen: Basisdaten 2007, S. 1.

4.6 Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds

Bereits im Jahr 2001 hat der Gesetzgeber mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ beschlossen, den RSA durch eine direkte Erfassung der Morbiditätsunterschiede der Versicherten der einzelnen Krankenkassen weiter zu entwickeln. Ursprünglich war die Weiterentwicklung ab dem Jahr 2007 geplant.⁸⁶ Letztendlich wurde der morbiditätsbedingte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zusammen mit dem Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 eingeführt.

Der Grund für die Weiterentwicklung liegt vor allem in der Erkenntnis, dass der bisherige Finanzausgleich nach sozioökonomischen Aspekten nicht ausgereicht hat, die Risikoentmischung durch die Wanderungsbewegung von jungen und gesunden Versicherten zwischen den Krankenkassen auszugleichen. Daraus resultierte, dass die Krankenkassen junge Menschen in ihrem Versichertenbestand bevorzugten, um sich im Wettbewerb einen Vorteil zu verschaffen sowie fehlende Anreize zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit.⁸⁷

Nachfolgend soll zunächst die grundsätzliche Funktionsweise des Morbi-RSA dargestellt werden.

Der RSA bis 2008 beschränkte sich lediglich auf die Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbsminderungsrente, Krankengeldanspruch und die Teilnahme an einem DM-Programm. Die Morbidität des Versicherten wurde dadurch nur indirekt abgebildet. Der Morbi-RSA soll dieses Defizit beseitigen, in dem eine Unterscheidung zwischen „gesund“ und „krank“ in stärkerem Maße berücksichtigt wird. Dadurch soll unter anderem erreicht werden, dass die Konzentration kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherter bei einer bestimmten Krankenkasse nicht zwangsläufig mit Wettbewerbsnachteilen verbunden ist.⁸⁸

⁸⁶ Vgl. Orłowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007, S. 44.

⁸⁷ Vgl. Nagel, Eckhard (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland, S. 245.

⁸⁸ Vgl. Bundesversicherungsamt: Der neue Risikostrukturausgleich S.2-3f.

Neben der Einführung des Morbi-RSA wurde der Risikopool (vgl. Kapitel 4.2.1) wieder abgeschafft. Bei dem Risikopool handelte es sich um eine Übergangsregelung für den sozioökonomischen Risikostrukturausgleich hin zum Morbi-RSA.⁸⁹

Die finanzielle Grundlage für den Morbi-RSA bildet der Gesundheitsfonds (vgl. Kapitel 3), in dem alle Mittel für die Finanzierung der GKV gesammelt werden. Aus diesem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen zur Finanzierung ihrer Ausgaben. Dabei ist zwischen Zuweisungen zur Deckung der Pflichtleistungen einer Krankenkasse, für Satzungs- und Mehrleistungen, für Aufwendungen zur Entwicklung der DM-Programme sowie zur Deckung von Verwaltungskosten zu differenzieren.⁹⁰

In der öffentlichen Wahrnehmung wurden der Gesundheitsfonds und der Morbi-RSA als siamesische Zwillinge dargestellt. Obwohl beide zeitgleich eingeführt wurden, so haben diese unterschiedliche Vorgeschichten. Der Gesundheitsfonds war das Ergebnis der Diskussion um die nachhaltige Finanzierung der GKV, demgegenüber ist der Morbi-RSA das Ergebnis der Diskussion über die Funktionalität des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen.⁹¹

Im Folgenden wird im ersten Schritt auf die Zuweisungen zur Deckung der Pflichtleistungen eingegangen. Anschließend erfolgt eine kurze Erläuterung zu den weiteren Zuweisungen. Die Zuweisungen zur Deckung der Pflichtleistungen werden im Morbi-RSA angepasst, um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen. Jede Krankenkasse erhält zunächst eine Grundpauschale, welche nach den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV bemessen wird. Da diese Grundpauschale für eine Krankenkasse mit vielen alten und kranken Versicherten nicht ausreicht und eine Krankenkasse mit vielen jungen und gesunden Versicherten zu viel Geld erhalten würde, erfolgt eine Anpassung dieser Grundpauschale noch durch Zu- bzw. Abschlägen.⁹²

⁸⁹ Vgl. Drösler, Saskia/Hasford, Jörg/Kurth, Bärbel-Maria/Schaefer, Marion/Wasem, Jürgen/Wille, Eberhard: Evaluationsbericht, S. 90.

⁹⁰ Vgl. Bundesversicherungsamt: Der neue Risikostrukturausgleich S.3.

⁹¹ Vgl. Göppfarth, Dirk: Weiterentwicklung, S. 30-31.

⁹² Vgl. Bundesversicherungsamt: Der neue Risikostrukturausgleich S.3.

Neben den bisher berücksichtigten Risikofaktoren wird dabei auch die anhand von 80 Krankheiten ausgewählte Krankheitslast der Krankenkassen berücksichtigt, für die es Morbiditätszuschläge gibt, die die erhöhten Ausgaben widerspiegeln, welche im Durchschnitt von der jeweiligen Krankheit verursacht werden.⁹³

Die Zu- und Abschläge nach Alter und Geschlecht passen die Zahlung auf einen Betrag an, den ein ansonsten gesunder Versicherter, der nicht an einer der 80 ausgewählten Krankheiten leidet, gleichen Alters und Geschlechts durchschnittlich benötigt. Bei diesen Risikomerkmale wird es im Regelfall einen Abschlag geben, außer bei Neugeborenen und sehr alten Menschen. Für kranke Versicherte erhalten die Krankenkassen weitere Morbiditätszuschläge, sofern diese an einer der 80 Krankheiten leiden.

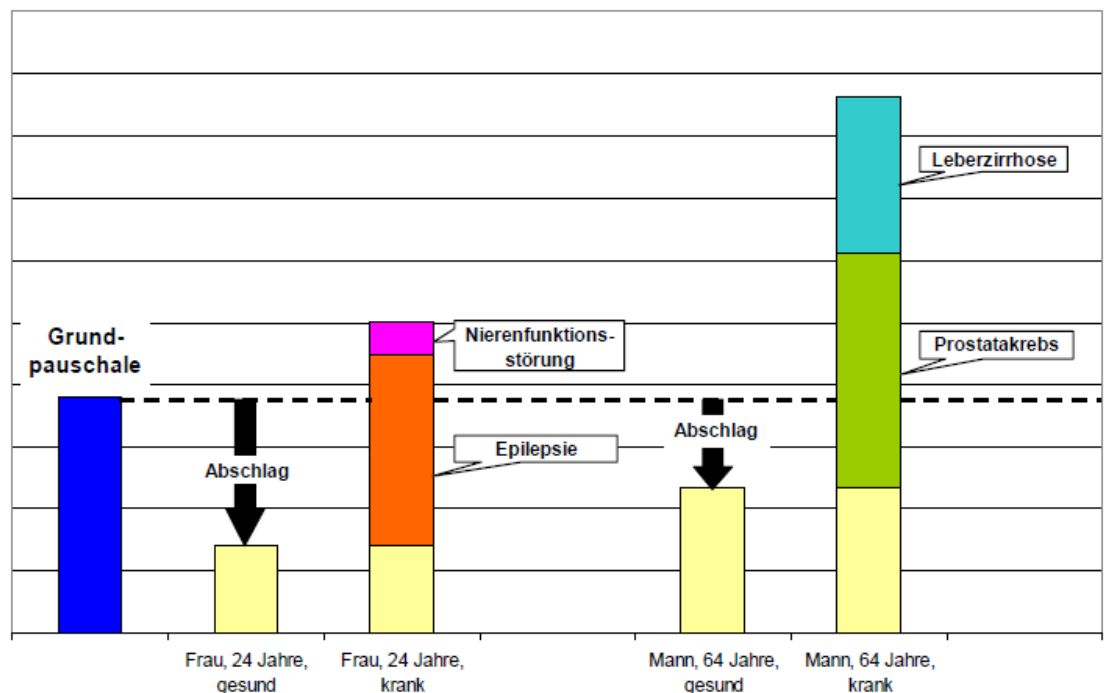


Abb. 8: Zuweisung für Pflichtleistungen⁹⁴

Die Abbildung zeigt die Systematik der Zuweisungen anhand der Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zuschlägen. Für eine 24-jährige, gesunde Frau werden Abschläge aufgrund des Geschlechtes und des Alters von der Grundpauschale vorgenommen. Daraus ergibt sich die Zuweisung der zur Deckung der Leistungsausgaben. Liegen jedoch relevante Krankheiten vor, ergeben sich, wie dargestellt risikoadjustierte Zuschläge. Anhand der obigen Darstellung sieht man,

⁹³ Vgl. Amshoff, Bernhard: Strategisches Krankenkassenmanagement, S. 100.

⁹⁴ Vgl. Bundesversicherungsamt: Der neue Risikostrukturausgleich S.3.

dass die Krankenkasse für eine 24-jährige, kranke Frau aufgrund Ihrer Epilepsie und Nierenfunktionsstörung risikoadjustierte Zuschläge erhält. Ähnliches gilt ebenso für einen 64-jährigen Mann, allerdings ist in so einem Fall der Alters- und Geschlechtsabschlag geringer. Des Weiteren sind neben den Zuschlägen für die 80 Erkrankungen noch Zuschläge vorgesehen, wenn der Versicherte eine Erwerbsminderungsrente bezieht.⁹⁵

Der Morbi-RSA besteht somit aus drei Säulen, den Zu- und Abschlägen bei Alter und Geschlecht, den Zuschlägen bei Erwerbsminderung und den Krankheitszuschlägen.

Für diese drei „Säulen“ werden vom Bundesversicherungsamt Risikogruppen festgelegt, in denen die Anpassung der Grundpauschale vorgenommen wird. Diese Säulen umfassen 40 Gruppen für die Zuordnung nach Alter und Geschlecht, 6 Gruppen für die Erwerbsminderungsrentner und 106 Morbiditätsgruppen, also insgesamt 152 Risikogruppen. Jeder Versicherte wird genau einer Alters-Geschlecht-Gruppe zugeordnet. Für rund ein Drittel der Versicherten erhalten die Krankenkasse zusätzliche Zuschläge aus den Erwerbsminderungsgruppen und/oder Morbiditätsgruppen.⁹⁶

Die Ermittlung der Zuschlagshöhen erfolgt „prospektiv“. Das bedeutet, dass die Zuschläge nicht die laufenden Behandlungskosten abdecken sollen, sondern die mit diesen Krankheiten verbundenen Folgekosten. Falls unter den ausgewählten Krankheiten z. B. die Blinddarmentzündung wäre, so läge der Zuschlagssatz bei 0 Euro. Im Normalfall ist eine Blinddarmentzündung im nächsten Jahr verheilt. Bei schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen, die ausgewählt wurden, stellt sich dieses anders dar. Der Zuschlag richtet sich z. B. für einen akuten Herzinfarkt nicht etwa nach den Kosten der notwendigen Krankenhausbehandlung, sondern danach, was die Nachsorge durchschnittlich kostet. Es sind jedoch nicht alle Folgekosten ursächlich durch die Vorerkrankung bestimmt. Wenn sich der Herzinfarktpatient im Folgejahr z. B. ein Bein bricht, werden diese mittels einer statistischen Methode herausgerechnet, da diese Erkrankung nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Grunderkrankung steht.⁹⁷ Für das Ausgleichsjahr 2009 betrug die Grundpauschale 6,10 Euro

⁹⁵ Vgl. Bundesversicherungsamt: Der neue Risikostrukturausgleich S.4f.

⁹⁶ Vgl. Bundesversicherungsamt: Der neue Risikostrukturausgleich S.5-6.

⁹⁷ Vgl. Bundesversicherungsamt: Der neue Risikostrukturausgleich S.8-9.

je Versichertentag bzw. 2.227,76 Euro je Versichertenjahr. Mit den oben beschriebenen Ab- und Zuschlägen wird die Grundpauschale der Höhe nach auf das konkrete Ausgabenrisiko des jeweiligen Versicherten angepasst.⁹⁸

Weitere Zuweisungen erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds, unter anderem zur Deckung der Verwaltungskosten. Bei der Ermittlung der Zuweisungen werden zwei unterschiedliche Schlüssel herangezogen. Dabei erfolgt zum einen eine Aufteilung nach der Zahl der Versicherten und zum Anderen nach der Morbiditätslast der Krankenkasse, jeweils zu 50 %. Die Morbiditätslast ergibt sich aus den Ermittlungen der Zuweisung zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben.⁹⁹

Für den Jahresausgleich 2009 bedeutet dies konkret, dass jede Krankenkasse Verwaltungskostenzuweisungen in Höhe von 0,17 Euro je Versichertentag, also insgesamt 62,44 Euro für ein Versichertenjahr erhält. Zu diesen 62,44 Euro erhält jede Krankenkasse zusätzlich weitere 0,028 Euro für jeden Euro, den diese an Zuweisung zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben erhält. Für die Deckung der Satzungs- und Mehrleistungen erhalten die Krankenkassen pauschal je Versichertentag 0,05 Euro, also pro Versichertenjahr 17,80 Euro. Für die Deckung der Aufwendungen zur Entwicklung von DM-Programmen noch weitere Zuweisungen in Höhe von 180,00 Euro je eingeschriebenen Versicherten in einem DM-Programm. Davon entfallen 125,00 Euro auf die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und 55,00 Euro auf die Verwaltungsausgaben.¹⁰⁰

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen in Höhe der erwarteten Einnahmen, auch wenn die tatsächlichen Einnahmen geringer sind. Im Jahr 2009 betrugen die erwarteten Einnahmen 166,8 Mrd. Euro, die tatsächlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds 164,5 Mrd. Euro und die Ausgaben der Krankenkassen 166,2 Mrd. Euro. Die Krankenkassen erhielten Zuweisungen in Höhe von 0,6 Mrd. Euro, denen keine Ausgaben gegenüberstanden. Diese Zuweisung erfolgte in

⁹⁸ Vgl. Drösler, Saskia/Hasford, Jörg/Kurth, Bärbel-Maria/Schaefer, Marion/Wasem, Jürgen/Wille, Eberhard: Evaluationsbericht, S. 14.

⁹⁹ Vgl. Drösler, Saskia/Hasford, Jörg/Kurth, Bärbel-Maria/Schaefer, Marion/Wasem, Jürgen/Wille, Eberhard: Evaluationsbericht, S. 14-15.

¹⁰⁰ Vgl. Drösler, Saskia/Hasford, Jörg/Kurth, Bärbel-Maria/Schaefer, Marion/Wasem, Jürgen/Wille, Eberhard: Evaluationsbericht, S. 15-16.

Abhängigkeit zu den Mitgliederzahlen jeder einzelnen Krankenkasse. Je Mitglied erhielt eine Krankenkasse zusätzlich noch einen Betrag in Höhe von 13,16 Euro.¹⁰¹

5. Kritische Analyse

5.1. Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich

Bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds wurde dieser durch die Verbände der Krankenkassen nahezu geschlossen abgelehnt. Kernelemente der Kritik am Gesundheitsfonds waren und sind, dass die Finanzierung der GKV nicht nachhaltig stabilisiert wird und der Gesundheitsfonds in Verbindung mit den einheitlichen Beitragssätzen und Zusatzbeiträgen nicht zur Lösung des Problems führt, sondern neue schafft.¹⁰²

Nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen sind die dafür vorgesehenen Maßnahmen der Bundesregierung nicht geeignet, die Finanzen der GKV nachhaltig zu stabilisieren. Bis zum Jahr 2009 betrug die erwartete Finanzierungslücke mindestens 16 Mrd. Euro. Die in Aussicht gestellten Bundeszuschüsse stellen nach Ansicht der Verbände, aufgrund der fehlenden Gegenfinanzierung der angekündigten Bundeszuschüsse, erhebliche Zweifel an dieser Finanzierungssäule zu. Auch nach Berücksichtigung der in Aussicht gestellten Bundeszuschüsse verbleibt es bei einem Defizit in der GKV.¹⁰³ Die aktuell diskutierte Kürzung der Bundeszuschüsse um 2 Mrd. Euro bestätigt im Nachhinein die Ansicht der Spitzenverbände, dass es sich bei den Bundeszuschüssen um eine eher zweifelhafte Finanzierungssäule handelt.¹⁰⁴

¹⁰¹ Vgl. Drösler, Saskia/Hasford, Jörg/Kurth, Bärbel-Maria/Schaefer, Marion/Wasem, Jürgen/Wille, Eberhard: Evaluationsbericht, S. 16-17.

¹⁰² Vgl. GKV-Spitzenverband: Stellungnahme, S. 2.

¹⁰³ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen: Eckpunkten einer Gesundheitsreform 2006, S. 1.

¹⁰⁴ Vgl. Arbeitnehmerkammer Bremen: Die Bundeszuschüsse, S. 4.

Weitere Kritikpunkte sind ebenfalls der weitestgehende Verlust der Finanzautonomie der Krankenkassen, in dem die Beitragssätze künftig vom Schätzerkreis des Bundesversicherungsamtes festgelegt werden. Der finanzpolitische Spielraum der GKV beschränkt sich lediglich noch darauf, ob Zusatzbeiträge zu erheben sind oder nicht.¹⁰⁵

Mit dem Wegfall der Finanzautonomie wird ein folgenschwerer Systemwechsel im Gesundheitswesen eingeleitet. Zusammen mit einem staatlich angeordneten Dachverband und dem zu einer Regulierungsbehörde umgewandelten gemeinsamen Bundesausschuss wird der Weg zu einem verstaatlichten Gesundheitssystem beschrieben.¹⁰⁶

Hinzu kommt, dass Krankenkassen auf freiwillige und Service-Leistungen verzichten müssen, damit die Erhebung von Zusatzbeiträgen verhindert werden kann. Sollte es jedoch zur Erhebung von Zusatzbeiträgen kommen, wird die zusätzliche Administration von diesen Beitragskonten bei der jeweiligen Krankenkasse den bürokratischen Aufwand erhöhen statt verringern.¹⁰⁷

Im Krankenkassenmarkt ist weiterhin, auch durch die Einführung des Gesundheitsfonds, eine weitere Fortsetzung des Konzentrationsprozesses zu erwarten.¹⁰⁸ Waren es im Jahr 1970 noch 1.815 Krankenkassen, so sank die Zahl bis 2008 auf 221 Krankenkassen. Seit Einführung des Gesundheitsfonds konnte man eine weitere „Fusionswelle“ erkennen. Gab es zu Beginn des Jahres 2009 noch 202 Krankenkassen, ging die Zahl zum 01.01.2012 um ca. 27 Prozent auf 146 Krankenkassen zurück.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Vgl. GKV-Spitzenverband: Stellungnahme, S. 2.

¹⁰⁶ Vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen: Eckpunkten einer Gesundheitsreform 2006, S. 1.

¹⁰⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband: Stellungnahme, S. 2.

¹⁰⁸ Vgl. Pfeiffer, Doris: Politische Entwicklungen, S. 55.

¹⁰⁹ Vgl. GKV-Spitzenverband: Fusionsverlauf Krankenkassen 1970 – 2012.

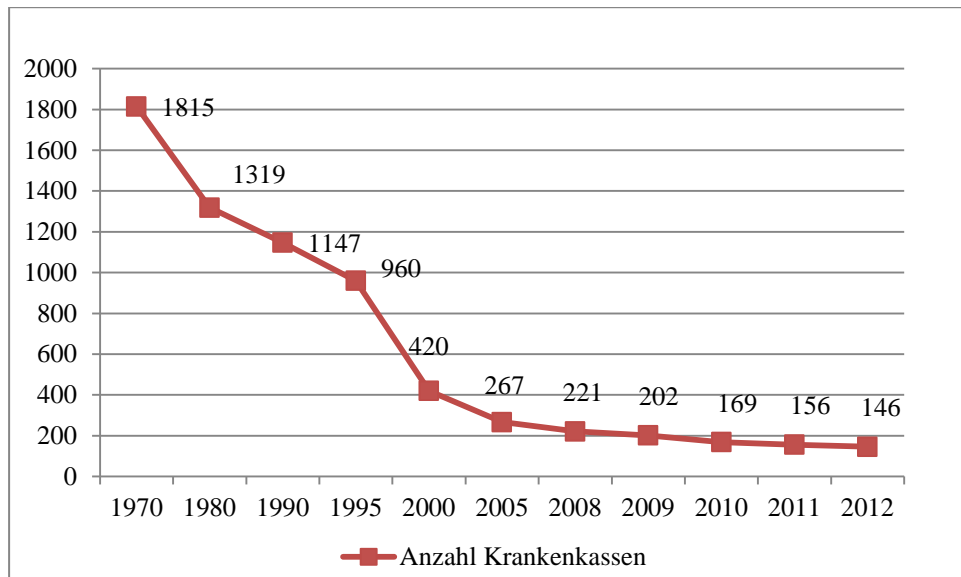


Abb. 9: Entwicklung der Krankenkassen (Stichtag 01.01.), eigene Darstellung.¹¹⁰

Es gab jedoch nicht nur ein fusionsbedingtes Absinken in der GKV. Erstmals wurde zum 01.07.2011 eine Krankenkasse geschlossen. Dabei handelte es sich um die City BKK. Der Präsident des BVA, Dr. Maximilian Gaßler, erklärte dazu, dass die Schließung der City BKK eine bedauerliche Entscheidung, jedoch unvermeidlich war. Auf Dauer hätte die City BKK die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht mehr sichern können. Gleichzeitig betonte Herr Dr. Gaßler, dass die finanziellen Probleme nicht auf den Gesundheitsfonds zurückzuführen seien, sondern aufgrund der ungünstigen Risikostruktur mit einem großen Anteil an Versicherten mit überdurchschnittlich hohen Leistungsausgaben und das die finanziellen Schwierigkeiten bereits vor Einführung des Gesundheitsfonds bestanden haben.¹¹¹

Die Folgen der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse sind horrenden Kosten. So wurden mit Schließungskosten der City BKK zwischen 150 und 260 Millionen Euro gerechnet. Diese Kosten müssten vorerst von allen kassenartgleichen, also den BKKn jeweils anteilig übernommen werden. Der Maximalbetrag der Kostenübernahme innerhalb des BKK-Systems lag bei 800 Millionen Euro. Erst bei Überschreiten dieser dreistelligen Millionensumme hätten auch die anderen Kassenarten, beispielsweise die AOKn oder EKn Kosten übernehmen müssen.¹¹²

¹¹⁰ Vgl. GKV-Spitzenverband: Fusionsverlauf Krankenkassen 1970 – 2012.

¹¹¹ Vgl. Bundesversicherungsamt: Schließung der City BKK, S. 1.

¹¹² Vgl. Deutsche BKK: Dialog, S. 2.

Die Schließungskosten betragen nach den letzten Angaben bisher 109 Millionen Euro (Stand 21.12.2011), die der GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt hat. Diese Summe ist alleine durch die BKKn zu refinanzieren.¹¹³ Neben der City BKK wurde auch die BKK für Heilberufe zum 31.12.2011 durch das Bundesversicherungsamt geschlossen. Genauere Zahlen zu den Schließungskosten waren nicht zu ermitteln. Die Schließungskosten betragen nach Schätzungen des BKK Bundesverbandes 53 Millionen Euro, die ebenfalls zulasten der anderen BKKn gehen.¹¹⁴

Es erfolgt somit eine einseitige Belastung des GKV-Systems, in dem lediglich die BKKn für die Schließungskosten aufkommen müssen – obwohl diese zum Teil selbst finanzielle Probleme haben und Zusatzbeiträge erheben müssen. Die Deutsche BKK beispielsweise zählt mit rund 750.000 Versicherten zu den größten Betriebskrankenkassen. Der Anteil an den Schließungs- oder Rettungskosten ist dementsprechend hoch. Gleichzeitig erhebt die Deutsche BKK jedoch schon einen Zusatzbeitrag in Höhe von 8 Euro, was seit Anfang 2010 bereits zu einem Mitgliederverlust von rund 150.000 Versicherten geführt hat. Ein Verbandsfunktionär befürchtet, dass die Zusatzbelastungen der Deutschen BKK durch die Kosten für die City BKK und BKK für Heilberufe zu einem sehr ungünstigen Zeitpunkt kommen. Wenn auch die Deutsche BKK kippt, so wird befürchtet, dass das ganze System ins Wanken gerät.¹¹⁵

Kann eine Krankenkasse mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds Ihre Ausgaben nicht decken, muss sie gegenüber Ihren Versicherten Zusatzbeiträge erheben. Krankenkassen, die jedoch mit den Zuweisungen auskommen und Überschüsse erwirtschaften, dürfen diese Überschüsse als Bonuszahlungen an Ihre Versicherten auszahlen. Der zu erhebende Zusatzbeitrag ist von der Risikostruktur abhängig. Im Einführungsjahr 2009 sind die Leistungsausgaben zu 100 % durch den Gesundheitsfonds gedeckt worden. Seit dem Jahr 2010 ist nur noch eine Deckung von 95 % der Leistungsausgaben vorgesehen. Die Differenz in Höhe von 5 % soll folglich über Zusatzbeiträge finanziert werden. Für diese Ausgaben ist kein Risikostrukturausgleich vorgesehen, wodurch weiterhin Anreize der Krankenkassen bestehen, Risiko-selektion zu betreiben.¹¹⁶

¹¹³ Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/8279, S. 113.

¹¹⁴ Vgl. BKK Bundesverband: BKK für Heilberufe, S. 1.

¹¹⁵ Vgl. Lange, Kai: Pleite-Domino, S. 2.

¹¹⁶ Vgl. Sachverständigenrat: Jahrgutachten 2006/2007, S. 221-222.

Weiterhin besteht eine Abhängigkeit des Zusatzbeitrags durch die Familienstruktur. Kinder und nicht erwerbstätige Ehepartner des GKV-Mitglieds werden beitragsfrei mitversichert. Somit wird die Höhe des Zusatzbeitrags von dem Anteil der kostenfrei mitversicherten Familienangehörigen beeinflusst. Zur Verdeutlichung soll die folgende Abbildung beitragen.¹¹⁷

Abhängigkeit des Zusatzbeitrags von der Familienstruktur: Beispielrechnung		
	Kasse A	Kasse B
	Mrd Euro	
Durch Zusatzbeiträge aufzubringendes Finanzvolumen	1	1
	Millionen Personen	
Versicherte	10	10
Mitglieder	5	7
Mitversicherte	5	3
	Euro	
Monatlicher Zusatzbeitrag		
pro Versicherten	8,33	8,33
pro Mitglied	16,67	11,90

Abb. 10: Abhängigkeit der Höhe des Zusatzbeitrags von der Familienstruktur¹¹⁸

Die Abbildung zeigt die Abhängigkeit des Zusatzbeitrags von der Familienstruktur. Während Kasse A und Kasse B ein gleiches aufzubringendes Finanzvolumen durch den Zusatzbeitrag benötigen, so ist die Versichertenstruktur unterschiedlich. Die Mitglieder der GKV haben die Zusatzbeiträge zu zahlen. Die Kassen A und B haben die gleiche Anzahl an Versicherten, jeweils 10 Millionen. Von der Struktur her unterscheiden sich diese Kassen jedoch erheblich. Während Kasse A 5 Millionen Mitglieder hat, sind bei Kasse B 7 Millionen Mitglieder versichert. Ein monatlicher Zusatzbeitrag wäre bei beiden Kassen gleich hoch, wenn alle Versicherten diesen zu zahlen hätten. Da die Zusatzbeiträge jedoch nur durch die Mitglieder zu zahlen sind, ergibt sich bei der Ermittlung eine nicht unerhebliche Differenz von 4,77 Euro monatlich, die die Mitglieder bei Kasse A monatlich mehr aufbringen müssen. Jährlich ergibt sich dadurch ein Differenzbetrag von 57,24 Euro.

Der Gesundheitsfonds wurde in seiner geplanten Ausgestaltung durchweg abgelehnt, da dieser den Kassenwettbewerb nicht nur nicht erhöht, sondern verzerrt wird. Die

¹¹⁷ Vgl. Sachverständigenrat: Jahresgutachten 2006/2007, S. 221-222.

¹¹⁸ Sachverständigenrat: Jahresgutachten 2006/2007, S. 223.

oben beschriebene Problematik der Familienstruktur ist nur eines vom Sachverständigenrat untersuchten und dargestellten Problematiken des Zusatzbeitrags. Der Sachverständigenrat kam zu dem Ergebnis, dass sich zu dem bisherigen Modell keine Verbesserung ergeben hatte.¹¹⁹

Der Grund zur Erhebung eines Zusatzbeitrages der einzelnen Krankenkasse ist es, dass diese mit den erhaltenen Mitteln aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen. Im Jahr 2010 erhoben insgesamt 13 Krankenkassen Zusatzbeiträge. Die Wellen, die die Erhebung von Zusatzbeiträgen geschlagen hat, war enorm. Alleine im Jahr 2010 machten ca. 600.000 Versicherte von Ihrem Sonderkündigungsrecht gebrauch. Wenige Versicherte kennen die Beitragssätze der Krankenkassen, jedoch die Höhe der Zusatzbeiträge wurde von den meisten Versicherten realistisch eingeschätzt. Die Signalwirkung, die daher von der Erhebung von Zusatzbeiträgen ausgeht, ist enorm. Vor allem eher Jüngere und Gesunde sowie Besserverdienende und Gebildete wechseln nach wie vor ihre Krankenkasse. Solange es im System immer noch Krankenkassen ohne Zusatzbeiträge gibt, werden die Krankenkassen mit Zusatzbeitrag erhebliche Abwanderungen verkraften müssen.¹²⁰

Meines Erachtens nach handelt es sich bei der Erhebung der Zusatzbeiträge um ein System, welches in der jetzigen Form nicht ausgereift ist. Dass ein Beitrag, der z. B. auf 8,00 Euro festgelegt wird, solche Wellen schlägt, war nicht abzusehen. Es handelt sich lediglich um eine Entwicklung in die richtige Richtung. So ist vielleicht denkbar, dass über den Gesundheitsfonds nur noch die festgelegten Beitragssatzanteile der Arbeitgeber sowie die Steuerzuschüsse verteilt werden. Dies hätte zur Folge, dass jede Krankenkasse aufgrund Ihrer finanziellen Situation einen nicht so engen Finanzspielraum hat und auch wieder mehr Finanzautonomie gewinnt. Durch die Festlegung einer Prämie, die der Versicherte zu zahlen hat, entsteht im System eine Signalfunktion über den Preis. Es würden in diesem Fall jedoch nicht nur eine Handvoll Krankenkassen an den Pranger gestellt, nur weil diese Zusatzbeiträge erheben. In diesem Szenario müssten alle Krankenkassen diese Prämien erheben. Der Sozialausgleich könnte dann in der jetzigen Form ohne Weiteres auf diese Prämien angewandt werden, sodass es keine Ungerechtigkeiten bei der Belastung der Versicherten

¹¹⁹ Vgl. Sachverständigenrat: Jahresgutachten 2006/2007, S. 223.

¹²⁰ Vgl. AOK Bundesverband: WIdO-Monitor, S. 1-8.

gibt. Was den Verwaltungsaufwand betrifft, wären ebenfalls alle Krankenkassen gleichgestellt, da alle zeitgleich die Erhebung von Prämien durchführen müssten.

5.2 Morbiditätsbedingter Risikostrukturausgleich

Die Intention des RSA war es, den Kassenwettbewerb im GKV-System gerechter zu gestalten und für alle Krankenkassen gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Die Weiterentwicklung des Morbi-RSA wurde sehr kritisch diskutiert. Mit der Einführung des Morbi-RSA lägen massive Fehlanreize im System vor. Darunter fällt unter anderem die latente Gefahr des „up-coding“. Diese sog. up-coding beschreibt das Risiko der Manipulation der Datenbestände durch die Krankenkassen. Ziel sei es, durch die Manipulation die Versicherten auf dem Papier krank zu halten und somit erhöhte Zuweisungen zu erhalten.¹²¹

Es bestehen demnach Anreize, den Gesundheitszustand der betroffenen Versicherten nur insoweit zu verbessern, dass diese eine im Morbi-RSA berücksichtigte Diagnose gerade noch behalten. Das bedeutet, dass Anreize zur Primärprävention (Verhinderung der Entstehung von Krankheiten) geschwächt werden. Demgegenüber werden jedoch die Anreize zur Sekundärprävention, welches die Vermeidung einer Verschlechterung des Gesundheitszustands einer Krankheit umfasst, im Morbi-RSA gestärkt. Bei der Wirksamkeit dieser Anreize bleibt jedoch zu bedenken, dass die Krankenkassen keinen unmittelbaren Einfluss auf die Diagnosestellung von Ärzten haben.¹²²

Jedoch haben durch die Einführung der Morbiditätsberücksichtigung die bisherigen Konstanten Alter und Geschlecht der Versicherten durch beeinflussbare Faktoren, wie z. B. die Diagnosestellung im ambulanten Bereich, an Bedeutung verloren.¹²³

Außerdem bietet der Morbi-RSA weitere Anreize, Risikoselektion zu betreiben. Der Wettbewerb wird sich nun auf die sog. Gesunden Chroniker fokussieren. Kranke

¹²¹ Vgl. Amshoff, Bernhard: Strategisches Krankenkassenmanagement, S. 113-114.

¹²² Vgl. Sachverständigenrat: Jahresgutachten 2008/2009, S. 392-393.

¹²³ Vgl. BKK Bundesverband: BKK Vorschläge, S. 2.

Versicherte mit der richtigen Krankheit werden dementsprechend im Morbi-RSA berücksichtigt und die Krankenkassen erhalten dafür Zuweisungen. Ist jetzt jedoch der Behandlungsaufwand für diesen chronisch kranken Versicherten sehr viel geringer, wie im Durchschnitt des GKV-Systems, erwirtschaftet die jeweilige Krankenkasse mit dieser Person einen positiven Deckungsbeitrag.¹²⁴

Durch die Einführung des Morbi-RSA wurde der Finanzausgleich im GKV-System erheblich verkompliziert. Die Verwaltung des Morbi-RSA ist aufwendiger und teurer geworden, ohne dass sich der Effekt einer erhöhten Verteilungsgerechtigkeit eingestellt hätte. Der Morbi-RSA führt auch nicht zu einer nachhaltigen und planbaren Finanzausstattung der Krankenkassen und gerechte Wettbewerbsbedingungen werden ebenfalls nicht erreicht. Die Abschaffung des Risikopools (vgl. Kapitel 4.2.1) mit Einführung des Morbi-RSA war ebenfalls ein großer Kritikpunkt.¹²⁵

In einem solidarischen Gesundheitssystem ist ein RSA ohne risikoäquivalente Beiträge unabdingbar. Im Optimalfall sollte der RSA dafür sorgen, dass die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Zentrum wettbewerblichen Handelns der Akteure steht. Damit dieser Optimalfall eintritt, muss ein Morbi-RSA einige Kriterien erfüllen. Der RSA muss neben der ausreichenden Reduzierung der Anreize zur Risikoselektion auch die Manipulationsmöglichkeiten und – anreize, z. B. durch die Krankenkassen, hinreichend reduzieren. Des Weiteren muss der Morbi-RSA verhindern, dass durch eine Maximierung und Optimierung in der Dokumentation der Diagnoselast eine lohnende Strategie entsteht, um durch höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Diese Zuweisungssystematik muss gewährleisten, dass Investitionen der Krankenkassen in primärpräventive Maßnahmen bestehen bleiben oder zumindest nicht gemindert werden. Letztendlich muss der Morbi-RSA den Kriterien der Praktikabilität, Verwaltungseffizienz und Transparenz gerecht werden.¹²⁶

Diese beschriebenen fünf Kriterien stehen jedoch zum Teil in einem Zielkonflikt. So würde beispielsweise die Ausweitung des Morbi-RSA auf alle Krankheiten zwar noch bestehende Anreize zur Risikoselektion reduzieren, zugleich aber dazu führen,

¹²⁴ Vgl. Amshoff, Bernhard: Strategisches Krankenkassenmanagement, S. 113-114.

¹²⁵ Vgl. BKK Bundesverband: BKK Vorschläge, S. 2.

¹²⁶ Vgl. IKK e.V.: Reform des Morbi-RSA, S. 6-7.

dass Manipulationsmöglichkeiten steigen, Anreize zur Primärprävention sinken und letztendlich der Morbi-RSA noch komplizierter, bürokratischer und intransparenter ausgestaltet wäre.¹²⁷

Insgesamt lässt sich abschließend festhalten, dass der Morbi-RSA aufgrund der vorliegenden Kritikpunkte noch nicht optimal ausgestaltet ist. Um den Morbi-RSA so auszugestalten, um sein übergeordnetes Ziel, die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Zentrum wettbewerblichen Handelns zu erreichen, bedarf es noch weitreichender Änderungen der Morbi-RSA. Abschließend sei jedoch gesagt, dass der Morbi-RSA ein notwendiges Instrument in der GKV ist, um einen einigermaßen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen.

6. Schlussbetrachtung/Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, darzustellen, welche Auswirkungen sich durch das GKV-WSG auf die Finanzierung der GKV ergeben haben. Die vorgenommenen Änderungen im System der GKV waren und sind erheblich. Zu den Gründen der Gesundheitsreform gehörten u. a., dass der Mitteleinsatz zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient war. Die Folgen davon waren, dass es teilweise zu Über- und Unterversorgung kam, die Qualität der Versorgung erheblich variierte und Ressourcen nicht nur an Schnittstellen nicht optimal eingesetzt wurden. Zum 01.01.2009 verlor die GKV die Finanzhoheit über die eingehenden Beitragszahlungen der Mitglieder. Seit diesem Zeitpunkt muss die GKV die Einnahmen aus den Beiträgen taggleich an den Gesundheitsfonds weiterleiten. Durch den Wegfall der Beitragssatzautonomie wurde außerdem den einzelnen Krankenkassen das Mittel genommen, bei steigenden Ausgaben die Beitragssätze dementsprechend anzupassen, sodass die Ausgaben durch die Beitragseinnahmen gedeckt werden können. Seit dem 01.01.2009 erfolgt diese Beitragssatzfestlegung durch den Schätzerkreis beim BVA. Die Gelder erhält die GKV nun ausschließlich aus dem Gesundheitsfonds, um Ihre Leistungsausgaben zu decken. Neben den Beitragseinnahmen der GKV umfasst der Gesundheitsfonds auch einen Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen, wie z. B. die kostenfreie Familienversicherung.

¹²⁷ Vgl. IKK e.V.: Reform des Morbi-RSA, S. 6-7.

Grundlage für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bildet der zum 01.01.2009 weiterentwickelte und eingeführte Morbi-RSA. Bis zum 31.12.2008 erfolgte die Verteilung im RSA nach sozioökonomischen Gesichtspunkten (z. B. Alter und Geschlecht). Dazu wurde durch Ermittlung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft der einzelnen Krankenkassen der Ausgleichsbedarf bzw. Ausgleichsanspruch ermittelt und danach das Transfervolumen des RSA bestimmt. Es erfolgte somit die Verteilung über einen bestimmten Anteil der Einnahmen der GKV und nicht der gesamten Beitragseinnahmen. Der Morbi-RSA berücksichtigt zusätzlich zu den sozioökonomischen Faktoren auch noch die Morbiditätsunterschiede der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse. Demnach erhält eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds eine Zuweisung auf Grundlage des Morbi-RSA, die individuell für jeden Versicherten durch Zu- oder Abschläge gebildet wird. Abschläge werden bei jungen und gesunden Versicherten vorgenommen. Zuschläge erhalten die Krankenkassen z. B. für alte und kranke Versicherte. Der Abschlag erhöht sich ebenfalls noch, wenn der Versicherte an einer der 80 festgelegten Krankheiten leidet.

Wenn die erhaltenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichend sind, ist die Krankenkasse gezwungen, Zusatzbeiträge zu erheben. Die Auswirkungen auf die einzelnen Krankenkassen, die Zusatzbeiträge erhoben haben, waren verheerend. Die 13 Krankenkassen, u. a. auch die DAK, verloren alleine im Jahr 2010 ca. 600.000 Mitglieder. Unter den Krankenkassen befanden sich auch die City BKK, die aufgrund der finanziellen Schieflage zum 30.06.2011 geschlossen wurde und auch die BKK für Heilberufe, die zum 31.12.2011 geschlossen wurde. Die durch die Schließung angefallenen Kosten müssen bis zu einer bestimmten Höhe alleine durch die anderen BKKn aufgefangen werden. Dieses System führt zu dem Risiko, dass ein drohender Domino-Effekt auftreten kann, wenn es größere BKKn trifft, wie z. B. die Deutsche BKK. Dieses gilt jedoch auch für die anderen großen Krankenkassen.

Letztendlich gibt es immer noch eine Vielzahl an Kritikpunkten an den Änderungen des Gesetzgebers durch die Einführung des GKV-WSG. So ist einer der Hauptkritikpunkte des Gesundheitsfonds und der Zusatzbeiträge, dass die Finanzierung der GKV nicht nachhaltig stabilisiert wird und der Gesundheitsfonds in Verbindung mit den einheitlichen Beitragssätzen und Zusatzbeiträgen nicht zur Lösung der Probleme

führen, sondern neue Probleme schaffen. Alleine das Erheben von Zusatzbeiträgen wird durch die zusätzliche Administration der Beitragskonten zu erheblichen Mehrkosten und einem erhöhten bürokratischen Aufwand führen.

Auch der Morbi-RSA weist noch einige Kritikpunkte auf. So bestehen noch immer Anreize für eine Risikoselektion in der GKV, indem die Krankenkassen noch immer versuchen werden, Junge und gesunde Versicherte zu werben. Ebenso besteht ebenfalls noch ein gewisses Risiko der Manipulation durch die Krankenkassen, in dem Versicherte auf dem Papier krank gehalten bzw. gemacht werden.

Alleine an diesen einzelnen Kritikpunkten lässt sich der notwendige Handlungsbedarf erahnen, der auf die zukünftigen Regierungen zukommt, um eine nachhaltige Finanzierung der GKV zu ermöglichen. Jedoch sei auch gesagt, dass alleine die Reform der Einnahmeseite der GKV ohne Berücksichtigung der Ausgabenseite nur sehr schwer zu einer nachhaltigen Finanzierung der GKV führen kann. Inwiefern eine Weiterentwicklung der verschiedenen Faktoren oder eine Abkehr von diesem System vorgenommen wird ist nicht abzusehen. Dieses ist alleine davon abhängig, welche Parteien zukünftig die Regierungskoalition bilden. Sollte die SPD demnächst die Regierung stellen, lässt sich einerseits vermuten, dass die GKV hin zu einem Modell der Bürgerversicherung entwickelt wird und andererseits bei der CDU, dass eine Weiterentwicklung hin zur Gesundheitsprämie vorgenommen wird. Es ist jedoch zu erwarten, dass es zukünftig zu weiteren einschneidenden Reformen im Gesundheitswesen kommen wird. In welchem Umfang und welcher Art diese vom Gesetzgeber vorgenommen werden, ist nicht abzuschätzen. Es bleibt jedoch auch abzuwarten, ob das jetzige System der Finanzierung der GKV weiterhin Bestand haben kann, wenn es nicht zu weiteren Leistungskürzungen und somit einer Reduzierung der Ausgaben kommt.

Literaturverzeichnis

Bücher/Monographien:

Beyer, Friedrich/Buchholz, Wolfgang: Ökonomie des Sozialstaats, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg 2009.

Beyer, Friedrich/Zweifel, Dieter/Kifmann, Mathias: Gesundheitsökonomik, 5. Überarbeitete Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 2005.

Busse, Reinhard/Schreyögg, Jonas/Tiemann, Oliver: Management im Gesundheitswesen, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg 2010.

Drebes, Sven: Ein Vorschlag zur wettbewerblichen Gestaltung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, Bayreuth 2008.

Hinrichs, Ulrike/Nowak, Dana: Auf dem Rücken der Patienten – Selbstbedienungsladen Gesundheitssystem, Berlin 2005.

Lauterbach, Karl W./Lüngen, Markus/Schrappé, Matthias: Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine – Handbuch für Praxis, Politik und Studium, 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 2010.

Marburger, Horst: SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung vor und nach der Gesundheitsreform 2007 – Textsynopse mit Einführung zum GKV-WSG, Stuttgart, Hannover, Berlin u.a. 2007.

Nagel, Eckhard (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland, 4. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage, Köln 2007.

Niehaus, Frank: Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 2008.

Oberender, Peter O./Hebborn, Ansgar/Zerth, Jürgen: Wachstumsmarkt Gesundheit, 2. Auflage, Stuttgart 2006.

Orlowski, Ulrich/Wasem, Jürgen: Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) – Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick, Heidelberg, München, Landsberg u.a. 2007.

Pimpertz, Jochen: Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen Vorgaben, Köln 2007.

Porter, Michael E./Guth, Clemens: Chancen für das deutsche Gesundheitswesen – Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen, Berlin, Heidelberg 2012.

Preusker, Uwe K.: Das deutsche Gesundheitswesen in 100 Stichworten, Heidelberg 2011.

Preusker, Uwe K.: Lexikon des deutschen Gesundheitssystems, 3. Neu bearbeitete Auflage, Heidelberg 2010.

Sammelwerke:

Amshoff, Bernhard: Strategisches Krankenkassenmanagement unter Bedingungen (morbidityorientierter) Risikostrukturausgleichssysteme in Deutschland und in der Schweiz in: Rebscher, Herbert/Kaufmann, Stefan (Hrsg.): Gesundheitssysteme im Wandel, Heidelberg u.a. 2009, Seite 91 – 118.

Beske, Fritz: Verschiebepark – die Finanzierung der GKV im Griff politischer Entscheidungen, in: Rebscher, Herbert (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik – Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Heidelberg 2006, S. 181 – 190.

Buntenbach, Amelie: Privatisierung von Lasten und Risiken – gefährlicher Irrweg in der deutschen Sozialpolitik, in: Bispinck, Reinhard/Bosch, Gerhard/Hofmann, Klaus/Naegele, Gerhard (Hrsg.): Sozialpolitik und Sozialstaat, Wiesbaden 2012, S. 73 – 86.

Cassel, Dieter/Janßen, Johannes: GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? – Zur Wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Knappe, Eckhard (Hrsg.): Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung – Tagungsband des Gesundheitsökonomischen Ausschusses, Baden-Baden 1999, S. 11 – 50.

Fischer, Birgit/Schlemker, Rolf/Rothmaier, Jürgen: Krankenkassenmanagement unter den besonderen Bedingungen der GKV, in: Thielscher, Christian (Hrsg.): Medizinökonomie – Band 2: Unternehmerische Praxis und Methodik, Wiesbaden 2012, S. 169 – 196.

Göppfarth, Dirk: Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in: Wille, Eberhard/ Knabner, Klaus (Hrsg.): Reformkonzepte im Gesundheitswesen nach der Wahl/ 14. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen, 12. – 13. November 2009, Frankfurt, M. u.a. 2011, Seite 25 – 42.

Kaestner, Rolf/Kruse, Gerhard: Strategische Lenkung ab 2009, in: Deimel, Dominik/Henke, André/ Jersch, Norbert/ Kaestner, Rolf/ Lägél, Ralph/ Weatherly, John N. (Hrsg.): Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft – Perspektiven erkennen, Chancen ergreifen, Strategien umsetzen, Berlin 2009, S. 125 – 136.

Minn, Norbert: Risikostrukturausgleich – ordnungspolitische Begründung eines umstrittenen Instrumentes, in: Rebscher, Herbert (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik – im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Heidelberg 2006, S. 307 – 326.

Otto, Frank/Göppfarth, Dirk: RSA-Jahresausgleich 2007 – Daten und Fakten, in: Göppfarth, Dirk/Greß, Stefan/Jacobs, Klaus/Wasem, Jürgen (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010 – Von der Selektion zur Manipulation, Heidelberg 2010, S. 169 – 210.

Pfaff, Martin: Ein Zeitzeuge aus Wissenschaft und Politik berichtet: Zur historischen Genese und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – Lehren für Gesundheitsreformer?, in: Göppfarth, Dirk/Greß, Stefan/Jacobs, Klaus/Wasem, Jürgen (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006, Stuttgart 2006, S. 35 – 54.

Pfeiffer, Doris: Politische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen in: Rebscher, Herbert/ Kaufmann, Stefan (Hrsg.): Gesundheitssysteme im Wandel, Heidelberg u.a. 2009, Seite 47 – 60.

Schroeder, Wolfgang/Paquet, Robert: Gesundheitsreform 2007 – Akteure, Interessen und Prozesse in: Schroeder, Wolfgang/Paquet, Robert (Hrsg.): Gesundheitsreform 2007: Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden 2009, Seite 11-29.

Internet:

AOK Bundesverband: Zahlen und Fakten

2008. http://www.aok.de/assets/media/bundesweit/aok_zahlen_fakten.pdf eingesehen am 08.03.2012, 52 Seiten.

AOK Bundesverband: WIdO-Monitor Ausgabe 1/2011 – Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der

GKV. http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_zusatzb_0511.pdf, eingesehen am 29.03.2012, 8 Seiten.

Arbeitnehmerkammer Bremen: Die Bundeszuschüsse zur Renten- und Krankenversicherung. <http://www.ak-sozialpolitik.de/dukumente/2012/2012-02-22%20Bundeszuschuesse.pdf>, eingesehen am 13.04.2012, 4 Seiten.

BKK Bundesverband: BKK für Heilberufe wird geschlossen – dpa Meldung vom 02.11.2011. <http://www.bkk.de/presse-politik/presse/aktuelle-dpa-meldungen/itemId/682>, eingesehen am 26.03.2012, eine Seite.

BKK Bundesverband: BKK Vorschläge für eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Presse/Positionspapier_BKK_BV_Morbi-RSA.pdf, eingesehen am 30.03.2012, 8 Seiten.

Bundesgesundheitsministerium: Kennzahlen der GKV 2000 bis 2011. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/Kennzahlen_und_Faustformeln_GKV_2000-2011_120313.pdf eingesehen am 19.03.2012, 2 Seiten.

Bundesministerium für Justiz: Bundesanzeiger vom 28.10.2011 Nummer 164 – Bekanntmachung des durchschnittlichen trags. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Ministerium/Bekanntmachungen/Zusatzbeitrag_Kassem_BAnz_164_Amtlich_BMG.pdf eingesehen am 09.04.2012, 2 Seiten.

Bundesversicherungsamt: So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, online im
net: [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046748/DE/Risikostruktur
aus-
gleich/Risikostrukturausgleich__bis__2008/So_funktioniert_RSA_bis_2008,te
mplateId=raw,property=publicationFile.pdf/So_funktioniert_RSA_bis_2008.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046748/DE/Risikostruktur
aus-
gleich/Risikostrukturausgleich__bis__2008/So_funktioniert_RSA_bis_2008,te
mplateId=raw,property=publicationFile.pdf/So_funktioniert_RSA_bis_2008.pdf) ein-
gesehen am 08.03.2012, 12 Seiten.

Bundesversicherungsamt: Übersicht über die Ausgleichsbeträge und Transfers aus
den Jahresausgleichen 1994 – 2004.
[http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046748/DE/Risikostrukturausg
leich/Risikostrukturausgleich__bis__2008/Jahresausgleich__1994-
2004,templateId=raw,property=publicationFile.xls/Jahresausgleich_1994-2004.xls](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046748/DE/Risikostrukturausg
leich/Risikostrukturausgleich__bis__2008/Jahresausgleich__1994-
2004,templateId=raw,property=publicationFile.xls/Jahresausgleich_1994-2004.xls),
eingesehen am 08.03.2012, eine Seite.

Bundesversicherungsamt: Presseerklärungen zum Jahresausgleich 2005, 2006, 2007
und
2008. [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046668/DE/Risikostrukt
uraus-
gleich/Risikostrukturausgleich__bis__2008/RSA__bis__2008__node.html?__nnn=tr
ue](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046668/DE/Risikostrukt
uraus-
gleich/Risikostrukturausgleich__bis__2008/RSA__bis__2008__node.html?__nnn=tr
ue), mehrseitig, eingesehen am 08.03.2012.

Bundesversicherungsamt: So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Ge-
sundheits-
fonds. [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046668/DE/Risikostrukt
uraus-
gleich/Wie__funktioniert__Morbi__RSA,templateId=raw,property=publicationFile.p
df/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046668/DE/Risikostrukt
uraus-
gleich/Wie__funktioniert__Morbi__RSA,templateId=raw,property=publicationFile.p
df/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf), eingesehen am 11.03.2012, 12 Seiten.

Bundesversicherungsamt: Tätigkeitsbericht
2008. [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046648/DE/Publikatione
n/Taetigkeitsbericht/TB__2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/TB_20
08.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046648/DE/Publikatione
n/Taetigkeitsbericht/TB__2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/TB_20
08.pdf) eingesehen am 11.03.2012, 163 Seiten.

Bundesversicherungsamt: Pressemitteilung 9/2009 zum Jahresausgleich für RSA und
Risikopool. [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046748/DE/Presse
l.](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046748/DE/Presse
l.) [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046748/DE/Presse/Archiv__
Down-
loads/PE__09.11.2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/PE_09.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046748/DE/Presse/Archiv__
Down-
loads/PE__09.11.2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/PE_09.pdf) ,
eingesehen am 08.03.2012, 3 Seiten.

Bundesversicherungsamt: Broschüre
DMP. [http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046154/DE/DMP/Down
loads/Broschuere__DMP,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Broschuere_
DMP.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046154/DE/DMP/Down
loads/Broschuere__DMP,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Broschuere_
DMP.pdf) eingesehen am 07.03.2012, 2 Seiten.

Bundesversicherungsamt: Pressemitteilung zur Schließung der City BKK. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2011-05-04__PE_City_BKK_16351.pdf eingesehen am 24.03.2012, 2 Seiten.

Deutsche BKK: Dialog – Denkanstöße von der Deutsche BKK. http://www.deutschebkk.de/fileadmin/user_upload/Service/Download-Center/11_03_dialog__final.pdf, eingesehen am 24.03.2012, 8 Seiten.

Drösler, Saskia/Hasford, Jörg/Kurth, Bärbel-Maria/Schaefer, Marion/Wasem, Jürgen/Wille, Eberhard: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Endfassung vom 22.09.2011
in: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Evaluationsbericht_morbi-rsa.pdf eingesehen am 16.03.2012, 393 Seiten.

Gabler Verlag (Hrsg.), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Gesundheitsreform, online im
net: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/57136/gesundheitsreform-v11.html>
eingesehen am 05.03.2012, 3 Seiten.

GKV-Spitzenverband: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.10.2008 zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV-Spitzenverband_Stellungnahme_3358.pdf eingesehen am 18.03.2012, 5 Seiten.

GKV-Spitzenverband: Fusionsverlauf Krankenkassen 1970 – 2012. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Grafik_Krankenkassen_Fusionenverlauf_1970-2012_600_2012-01-04_18682.jpg eingesehen am 18.03.2012, eine Seite.

IGES-Institut/Wasem, Jürgen/Cassel, Dieter: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. http://www.ak-sozialpolitik.de/doku/05_soziales/sgb_v/2001/2001_03_28_gkv_reschke.pdf eingesehen am 09.03.2012, 194 Seiten.

IKK e.V.: Vorschlag der IKK e.V. für eine Reform des Morbi-RSA. http://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Broschueren/Vorschlag_Reform_Morbi-RSA_IKKeV.pdf eingesehen am 01.04.2012, 19 Seiten.

Knappschaft-Bahn-See: Geschäftsbericht 2008. http://www.kbs.de/DE/00_ueber_uns/27_presse/7_geschaeftsbericht/pdf_2008.pdf?__blob=publicationFile&v=4 eingesehen am 08.03.2012, 166 Seiten.

Lange, Kai: Angst vor dem Pleite-Domino - 3. Teil: "Eine Schließung ist die teuerste Variante". <http://www.manager-magazin.de/politik/deutschland/0,2828,763179-3,00.html>, eingesehen am 02.04.2012, 3 Seiten.

Rausser Towers Perrin: Entwicklung der Bezugsgröße (§ 18 SGB IV). http://www.towersperrin.com/hcg/deu/442_Monatliche_Bezugsgrösse.pdf, eingesehen am 06.04.2012, eine Seite.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2006/2007. http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga06_ges.pdf, eingesehen am 30.03.2012, 619 Seiten.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2008/2009. http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga08_ges.pdf, eingesehen am 30.03.2012, 605 Seiten.

Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen: Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den „Eckpunkten einer Gesundheitsreform 2006“ vom 04.07.2006 – Endfassung vom 18.08.2006. http://www.g-k-v.de/gkv/fileadmin/user_upload/Positionen/bewertungeckpunkte.pdf eingesehen am 18.03.2012, 15 Seiten.

Sucker-Sket, Kirsten: Langfristige Stabilität statt Prämienausschüttungen, Deutsche Apotheker Zeitung online. <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2012/03/06/langfristige-stabilitaet-statt-praemien-ausschuettungen/6680.html> eingesehen am 06.03.2012, 2 Seiten.

Verband der Ersatzkassen: Basisdaten 2007. http://www.vdek.com/presse/daten/basisdaten-2007/basis_2007_kap_e/seite_61_2007_unten.pdf, eingesehen am 12.03.2012, eine Seite.

Spezielle Quellen

Deutscher Bundestag: Drucksache 14/5681 vom 28.03.2001: Bericht der Bundesregierung über die Untersuchungen zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Deutscher Bundestag: Drucksache 14/6432 vom 26.06.2001: Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Deutscher Bundestag: Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG).

Deutscher Bundestag: Drucksache 17/8279 vom 30.12.2011: Schriftliche Fragen mit den in der Zeit vom 19. bis 30. Dezember 2011 eingegangenen Antworten der Bundesregierung.

Rechtsquellenverzeichnis

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378).

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG) vom 22.12.2010 (BGBl. I S. 2309 Nr. 68).

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477, 2482); zuletzt geändert durch Artikel 3 G. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 3057), ebenso die gültige Fassung bis zum 31.12.2008.

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Ich versichere auch, dass ich bei allen Gedanken, Befunden und anderen Inhalten, die nicht von mir stammen, direkt vor Ort auf die entsprechenden Quellen verwiesen habe. Alle wörtlichen Zitate sind als solche kenntlich gemacht.

Bad Lauterberg, den 16.04.2012

Christopher Löw