

## Hintergrund

Den RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es seit 1994. Er steht im Zusammenhang mit der 1997 eingeführten freien Kassenwahl für die Versicherten. Die freie Kassenwahl schuf bei den Kassen das Interesse und die Möglichkeit, vorzugsweise solche Versicherte zu umwerben, die gesund waren und daher geringe Behandlungskosten verursachten („gute Risiken“). Ein solches Vorgehen würde den Kassen helfen, ihre Ausgaben gering zu halten, einen niedrigen Beitragssatz anzubieten und damit Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Kassen zu erzielen. Angesichts dieser Anreizkonstellation sollte der Risikostrukturausgleich dazu beitragen, das Kasseninteresse an einer Selektion guter Risiken zu verringern, nach Möglichkeit sogar zu beseitigen: Für Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko sollten die Krankenkassen durch eine entsprechende Umverteilung von Finanzmitteln zwischen den Krankenkassen einen Ausgleich erhalten, denn die entsprechenden Ausgabenrisiken waren von der einzelnen Krankenkasse nicht zu verantworten. Zu diesem Zweck wurden solche Versichertenmerkmale herangezogen, die – im Durchschnitt aller Versicherten – einen Rückschluss auf das Erkrankungsrisiko und die Höhe der Behandlungskosten zuließen.

Dazu zählten folgende Merkmale:

- Alter,
- Geschlecht,
- Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen,
- Bezug und Nicht-Bezug einer Erwerbsminderungsrente.

Diese Merkmale werden auch „indirekte Merkmale“ genannt, weil sie unmittelbar nichts über die Erkrankung des einzelnen Versicherten und seinen Behandlungsbedarf aussagen, sondern lediglich einen allgemeinen Rückschluss auf die Wahrscheinlichkeit individuell entstehender Behandlungskosten zulassen. Jedoch verzichtete man darauf, die Erkrankungen, an denen der betreffende Versicherte selbst litt („Morbidity“), zu erheben. Somit hatten die Krankenkassen weiterhin ein Interesse daran, möglichst gesunde Versicherte zu umwerben.

Dies führte u.a. dazu, dass die Krankenkassen nicht in erhofftem Maße die Versorgung für chronisch Kranke verbesserten, denn sie mussten dann befürchten, dass bei der Entwicklung entsprechender Angebote diese

Patienten zu ihnen strömen und hohe Behandlungskosten verursachen würden, die im RSA nicht ausgeglichen wurden. Der RSA erfüllte die ihm zugeordnete Funktion, den Anreiz der Krankenkassen, im Wettbewerb möglichst gute Risiken zu umwerben, also nur höchst unzureichend. Daher war seit der Einrichtung des RSA die Nicht-Berücksichtigung der Morbidity Gegenstand beständiger und heftiger Kritik. Zwischen 1994 und 2007 ist das Ausgleichsverfahren mehrmals korrigiert worden, aber erst das GKV-WSG sah mit Wirkung vom 1.1.2009 verbindlich vor, die Morbidity der Versicherten direkt bei der Finanzmittelzuweisung an die Krankenkassen zu berücksichtigen.

Der RSA ist ein wichtiges Instrument zur Begrenzung von Fehlanreizen des Kassenwettbewerbs. Dies hat auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2005 bestätigt (Bundesverfassungsgericht 2005 – Anhang 1, siehe auch nachfolgenden Kasten). Wie unterschiedlich die Versichertenstrukturen der Krankenkassen und damit ihre Ausgangspositionen im Wettbewerb nach wie vor sind, zeigt am Beispiel der AOK-Gemeinschaft und der Techniker Krankenkasse Tabelle 2.

**Das durch den RSA herbeigeführte Umverteilungsvolumen ist erheblich. Gewinner und Verlierer der Umverteilung gehen aus Tabelle 3 hervor.**

Das Bundesverfassungsgericht zum Risikostrukturausgleich (siehe auch Anhang 1):

„Es bestehen Anreize zur Risikoselektion und damit zu einem Risikoselektionswettbewerb (...), was eine Verfehlung der gesetzlichen Hauptziele erwarten lässt.“ (Rz. 235)

„Der gegenwärtige RSA ist wegen seiner mittelbaren Morbiditätsorientierung nur bedingt in der Lage, den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken zu gewährleisten.“ (Rz. 262)

„Nach weit verbreiteter Auffassung im nationalen wie internationalen Schrifttum lassen sich mit einem Finanzierungskonzept mit direkter Morbiditätsorientierung die gesetzten Ziele am besten erreichen.“ (Rz. 263)

Bundesverfassungsgericht: Beschluss vom 18.07.2005 – 2 BvF 2/01 –