

Risikostrukturausgleich

Der Bundestag hat vor mehreren Jahren den Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Möglichkeit eingeräumt, für ihre Mitgliedschaft zwischen allen gesetzlichen Krankenkassen frei zu wählen. Als Begründung wurde angegeben, es solle damit ein lebhafter Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen induziert werden. Es zeigten sich schon sehr bald die negativen Auswirkungen. Kleinere Kassen mit einem Sitz irgendwo im Bundesgebiet wurden gegründet und begannen, den großen Kassen durch das Angebot niedriger Beitragssätze junge Versicherte mit geringer Morbidität ab-zuzugewinnen. Die Verluste an jungen Beitragszahlern führten bei den großen Kassen, vor allem bei der AOK, zu finanziellen Schwierigkeiten mit der Folge, dass Beitragserhöhungen nicht vermieden werden konnten. In Kenntnis dieser gefährlichen Entwicklung entschloss sich der Gesetzgeber ab 1. Januar 1994 zur Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA) mit der Folge, dass Kassen mit günstiger Struktur Zahlungen an stark belastete Kassen leisten mussten. Schon 1995 erhielten die Allgemeinen Ortskrankenkassen Ausgleichszahlungen in Höhe von 7,8 Milliarden, von denen allein die Ersatzkassen über 7 Milliarden aufzubringen hatten. Die Zahlungen an die AOK erhöhten sich bis 2002 auf fast 12 Milliarden, von denen rund 5 Milliarden von den Ersatzkassen, aber über 7 Milliarden von den Betriebskrankenkassen aufgebracht werden mussten. Diese Entwicklung zeigt, dass im Verlauf der Zeit von 1995 bis 2002 auch bei den großen Ersatzkassen fühlbare Verluste durch Weggang junger Mitglieder eingetreten sind. Die Notwendigkeit dieser Zahlungen kann wohl niemand in Abrede stellen. Es zeigt sich damit aber, dass marktwirtschaftliche Überlegungen von Wettbewerb nicht einfach auf die gesetzliche (soziale!) Krankenversicherung übertragen werden können.

Für die Ermittlung der Zahlungsbeträge wurden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in Bezug auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten, die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen und die Zahl der Bezieher einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit herangezogen. Inzwischen wurde die Forderung erhoben, den RSA auch auf die unterschiedliche Belastung durch die Zahl der chronisch Kranken auszudehnen.

Um dies belegen zu können, benötigen die Krankenkassen aber umfangreiche Morbiditätsdaten, die ihnen bisher nicht zur Verfügung stehen. Hier entstand der Vorschlag, den Ärzten „strukturierte Behandlungsprogramme“ anzubieten, mit der Maßgabe, dass besondere Honorare bezahlt werden, wenn die Ärzte dafür ausführliche Morbiditätsdaten liefern. Hier zeigt sich eindeutig, dass nicht der Wunsch nach besserer Qualität der Behandlung im Vordergrund stand, sondern allein die Notwendigkeit zur Sammlung von Morbiditätsdaten, gewissermaßen auf indirektem Wege. Bis heute sind lediglich in einigen Bundesländern Verträge über Behandlungsprogramme für Diabetes II zustande gekommen. Nach den Stellungnahmen der wissenschaftlichen Gremien, die sich mit Diabetes beschäftigen, entsprechen sie durchwegs nicht den heutigen Anforderungen. Dies ist verständlich, denn die Krankenkassen wollen natürlich möglichst preiswerte Behandlungsprogramme, mit denen sie die notwendigen Morbiditätsdaten einkaufen können. Bundesregierung und Krankenkassen genügt diese „indirekte Morbiditätserfassung“ nicht. Sie wollen eine „direkte Morbiditätserfassung“ einführen.

Aus dem Bericht der Bundesregierung zu Stand, Entwicklung und Perspektiven des RSA vom 14. Januar 2004 kann entnommen werden: „Schließlich wird zum 1. Januar 2007 im RSA die bisherige indirekte Erfassung von Morbiditätsunterschieden zwischen den Versicherten durch eine direkte Erfassung dieser Morbiditätsunterschiede abgelöst. Das bedeutet, dass die Morbidität der Versicherten vorrangig auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale erfasst wird. Der RSA wird dadurch zielgerichteter ausge-

staltet, sodass die Krankenkassen künftig keine Beitrags-Wettbewerbsvorteile mehr dadurch erzielen können, dass sie vor allem gesunde Versicherte an sich binden.“ Das mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) geänderte Sozialgesetzbuch V (SGB) enthält dafür bereits die notwendigen gesetzlichen Bestimmungen. Vorgesehen ist die Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte (§§ 67 und 68), einer elektronischen Kommunikation, einer einheitlichen Krankenversicherungsnummer und schließlich einer Gesundheitskarte (§§ 291 und 291 a). Sie soll Daten über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Arzneimitteldokumentation, in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten enthalten. Es empfiehlt sich nachzulesen im § 291 a SGB V. Damit ist klargestellt, dass die Gesundheitskarte, welche der Öffentlichkeit und auch den Ärzten als großer Fortschritt für die Behandlung der Versicherten verkauft werden soll, in Wirklichkeit nur dazu dient, den RSA zu intensivieren.

Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit eines RSA muss eine derartig extreme Entblößung der krank gewordenen Versicherten aus ärztlicher Sicht entschieden abgelehnt werden. Hier wird die Würde des Menschen in unverzeihlicher Weise beschädigt. Es müssen andere Wege gefunden werden, um die negativen Auswirkungen der Freigabe der Wahl der Krankenkasse zu beseitigen. Die Gesundheitskarte darf nicht zum Instrument der personenbezogenen Morbiditätserfassung missbraucht werden.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. Dr. h. c. Hans. J. Sewering,
Am Oberanger 14, 85221 Dachau

Leben und Überleben in Praxis und Klinik – Gefährden Sie nicht Ihre berufliche Existenz und suchen Sie rechtzeitig Hilfe bei physisch und psychischer Überlastung, Psychostress am Arbeitsplatz, Suchtproblematik, Alkohol, usw.

Unverbindliche Auskünfte (selbstverständlich vertraulich und/oder anonym) über entsprechende psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten können Sie ab sofort erhalten bei der Bayerischen Ärzteversorgung, Denninger Straße 37, 81925 München.

Dort stehen Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung:
Herr Dierking (Mi. bis Fr. ganztags), Telefon 089 9235-8862
Frau Wolf (Mo., Di., Do., Fr. 9 bis 12 Uhr), Telefon 089 9235-8873