

Perspektiven des Risikostrukturausgleichs für eine bessere Versorgung der Versicherten

CHRISTOPHER HERMANN

Dr. Christopher Hermann ist Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg in Stuttgart

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wird seit jeher als „technischer Kern“ einer funktionstüchtigen Wettbewerbsordnung zugunsten der Versicherten im solidarischen Krankenversicherungssystem bezeichnet. Er bildet die unabdingbare Voraussetzung für die Ausschaltung von Risikoselektion und Diskriminierung innerhalb des von Kassenwahlfreiheit für Versicherte geprägten Ordnungsrahmens. Trotz Weiterentwicklung seit Lahnstein ist es bisher indessen nicht gelungen, den RSA so präzise auszugestalten, dass Krankenkassen ihr Interesse dominant auf Fragen der Steuerung und Effizienzsteigerung der Versorgung richten. Hier gilt es für die Politik, dringend nachzusteuern. Ein zielgenau überarbeiteter morbiditätsorientierter RSA bildet eine hervorragende Basis zur Etablierung nachhaltiger Anreizstrukturen für einen Ordnungsrahmen, der Versorgungs- und Qualitätswettbewerb zum Markenkern des GKV-Systems im 21. Jahrhundert werden lässt.

„Tomorrow is the question“ (Ornette Coleman)

1. Lahnstein unvollendet

Fast 25 Jahre nach den historischen Beschlüssen der großen Sachkoalition von Lahnstein im Oktober 1992 zum Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) (näher Hermann 1993, Reiners 2006) und mehr als 21 Jahre nach Einführung der dort vereinbarten Kassenwahlfreiheit für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Anfang 1996 (§§ 173 ff. SGB V) gilt es, an die Grundlagen der damit synchronisiert etablierten völlig neuen GKV-Finanzarchitektur zu erinnern: Der Risikostrukturausgleich (RSA) – 1994 mit

zweijährigem Vorlauf zum Start der Wahlfreiheit in der Allgemeinen Krankenversicherung und 1995 auch für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) eingeführt – bildet im solidarischen Krankenversicherungssystem die unabdingbare einnahmenstrukturelle Basis für die Wahlfreiheit der Versicherten. Der RSA hält die Instrumentarien bereit, um Risikoselektion und Diskriminierung von Versicherten durch Krankenkassen im Wettbewerb grundsätzlich auszuschließen. Wie schon im Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf des GSG hervorgehoben wurde, war es Ziel der Politik,

eine „neue Wettbewerbsordnung“ in der GKV einzuführen (BT-Drucksache 12/3937, S. 5; siehe auch GSG-Entwurf, BT-Drucksache 12/3608, S. 69).

In seiner grundlegenden Entscheidung zur Verfassungsmäßigkeit des RSA aus dem Jahr 2005 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber mit dem GSG „ersichtlich eine völlige Neukonzeption

Der RSA bildet, wie von allen Sachkennern wiederholt festgestellt worden ist, den „technischen Kern“ für eine funktionstüchtige solidarische Wettbewerbsordnung in der GKV.

des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen (hat), wobei Kassenwahlfreiheit und Risikostrukturausgleich die tragenden Säulen des neuen Systems darstellen.“ Die Einführung des RSA verfolge als Hauptziel, „den mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit eröffneten Kassenwettbewerb zu gewährleisten“ (BVerfGE vom 18.07.2005 – 2 BvF 2/01 – Rn. 148, 162). Durch den RSA soll es gelingen, Anreize zur aktiven wie passiven Risikoselektion durch Krankenkassen dauerhaft zu neutralisieren. Erst unter der Voraussetzung des RSA kann überhaupt grundsätzlich ein Interesse der Krankenkassen geweckt werden, „sich im Wettbewerb durch die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu profilieren“ (Wasem/Lauterbach/Schröder 2005, S. 8). Der RSA bildet damit, wie von allen Sachkennern wiederholt festgestellt worden ist, den „technischen Kern“ für eine funktionstüchtige solidarische Wettbewerbsordnung in der GKV (so schon Jacobs/Reschke 1992, S. 24 und jetzt wieder Monopolkommission 2017, Ziffer 75).

Wie die derzeitigen Diskussionen um Reformnotwendigkeiten des mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) Anfang 2009 gleichzeitig mit der Einführung des Gesundheitsfonds (dazu Pressel 2012, S. 77 ff.) explizit insbesondere um die Krankheitskomponente ausgebauten Ausgleichsverfahrens zum morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) zeigen (vgl. Jacobs 2017),

ist es aber auch mehr als zwei Jahrzehnte nach Etablierung des Instruments RSA zur Schaffung einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ (Gesetzesentwurf zur RSA-Reform, BRat-Drucksache 577/01, S. 14) nicht gelungen, das „lernende System“ (für alle Hauck 2015, S. 318) konsolidiert aufzustellen. Es fehlt weiterhin die präzise und zielgenaue Gestaltung, um den vom Gesetzgeber damals insistierten

Effekten im Hinblick auf den Wettbewerb der Krankenkassen zur Profilierung durch Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung ihrer Versicherten tatsächlich breitflächig zum Durchbruch zu verhelfen. Es ist offensichtlich bisher nicht erreicht, den RSA/Morbi-RSA so auszuformen, dass er eine Wettbewerbsordnung flankiert,

„die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen bei der gesundheitlichen Leistungserstellung“ (BVerfGE vom 18.07.2005, Rn. 171) tatsächlich ins Zentrum kassenspezifischen Handelns rückt. Die Debatte um den angemessenen Ordnungsrahmen einer konzeptionell von Wahlfreiheit und Versichertenprioritäten geprägten GKV wird kassenseitig nach wie vor allenfalls rudimentär um innovative Versorgungsverträge, um Vernetzung der weiterhin viel zu sehr abgeschotteten Versorgungssektoren oder um die besten kassenspezifischen patientenzentrierten Steuerungskonzepte geführt. Sie erschöpft sich vielmehr in Auseinandersetzungen um einnahmengetriebene, vermeintliche oder tatsächliche Schwächen des Morbi-RSA.

2. Morbi-RSA unvollendet

Die versicherungstechnische Kernfunktion des Morbi-RSA besteht darin, „Solidarität und Wettbewerb miteinander zu vereinbaren, indem für alle Versicherten risikoäquivalente Beiträge simuliert werden“ (Jacobs 2017, S. 46). Durch seine prospektive Anlage setzt er zudem grundsätzlich Anreize für Effizienzanstrengungen (Göpfarth in Becker/Kingreen 2017, § 266 Rn. 29). Ihm kommt mithin eine ausschließlich assistierende Funktion im Kassenwettbewerb zu. Es geht um „gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Kran-

kenkassen“ (so schon GSG-Entwurf, BT-Drucksache 12/3608, S. 74).

Der Morbi-RSA dient dementsprechend nicht institutionellen Interessen der Krankenkassen selbst als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und schon gar nicht den – mit der Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten zu grundsätzlich allen Krankenkassen – bereits 1996 strukturbildend obsolet gewordenen „Kassenarten“. Diese haben zudem ihren organisationsrechtlichen Überbau mit der öffentlich-rechtlichen „Entkernung“ der Bundesverbände (Mühlhausen in Becker/Kingreen 2017, § 212 Rn. 1) im GKV-WSG zum 01.01.2009 verloren.

Versuche, die zeitgleich mit dem GKV-Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) Anfang 2009 ermöglichten freiwilligen Haftungsverbände innerhalb einer Kassenart (§ 265b SGB V i.d.F. des GKV-OrgWG) zum beachtenswerten Surrogat für den ansonsten eingetretenen funktionalen Totalverlust früherer Bundesverbände aufzupumpen, um daraus vermeintliche Relevanz in der aktuellen Morbi-RSA-Diskussion herzu-leiten, sind anachronistisch. Sie suchen einen obsoleten Ordnungsrahmen künstlich zu reanimieren, dem die Politik bereits im GKV-WSG 2007 mit der Schaffung der Möglichkeit freiwilliger Vereinigungen quer zum tradierten Kassenartenrahmen nach § 171a SGB V jeglicher Argumentationslogik entzogen hat. Mit dem GKV-OrgWG hat die Politik gerade mit der Begründung, in einem „wettbewerblich geprägten Krankenkassensystem, bei dem auch Krankenkassen einer Kassenart zueinander im Wettbewerb stehen können“, seien solidarische Haftungsverbände hinsichtlich der „überkommenen Kassenarten“ immer schwieriger einzufordern (BT-Drucksache 16/9559, Begr. S. 15), die zuvor bestehende strikte kassenarteninterne Haftungskaskade (Mühlhausen in Becker/Kingreen 2017, § 155 Rn. 11) aufgelöst. Nicht zuletzt die Vereinigung einer der marktstärksten Ersatzkassen mit dem bisherigen Marktführer auf Betriebskrankenkassenseite Anfang 2017 unterstreicht das antiquierte Denkmuster der Kassenartenreanimateure.

Der Morbi-RSA ist damit aber auch schon gar kein legitimes Objekt für etwa Versuche zur Stabilisierung überkommener Geschäftsmodelle oder zur finanziellen Kaschierung einzelkassenspezifischer Ineffizienzen.

Viele Verantwortliche in Krankenkassen haben schlicht „die im GSG vollzogene Weichenstellung in Richtung einer wettbewerblichen Orientierung der GKV noch längst nicht akzeptiert und entsprechend weder gedanklich noch im praktischen Handeln nachvollzogen.“ Auch wenn diese Erkenntnis vor mehr als 20 Jahren formuliert worden ist (Jacobs 1993, S. 597), kann nicht übersehen werden, dass gerade diese Grundhaltung in vielen Vorstandsetagen auch im Jahr 2017 weiterhin den Auslöser rückwärts-gewandter institutionell-autistischer Debattenbeiträge abgibt.

Es bleibt der objektive Befund, dass das „lernende System“ Morbi-RSA als Risikoausgleichsmechanismus Änderungsbedarf aufweist.

Unabhängig davon bleibt der objektive Befund, dass das „lernende System“ Morbi-RSA als Risikoausgleichsmechanismus Änderungsbedarf aufweist. Vor diesem Hintergrund ist dysfunktionales Verhalten von Krankenkassen zur Optimierung ihrer Zuweisungsarithmetik aus dem Morbi-RSA nachhaltig begünstigt, wenn nicht gar (ungewollt) angereizt worden. Mangelnde Zielgenauigkeit in verschiedenen Detailregelungen hat der vom BMG beauftragte Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) bereits in seiner umfassenden Evaluation des Jahresausgleichs 2009 beschrieben (Drösler et al 2011). Hinsichtlich der Berücksichtigung der Ausgaben Verstorbener im Sterbejahr sind diese Unwuchten aufgrund richterlicher Intervention mittlerweile beseitigt (LSG NRW, Urteil vom 04.07.2013 – L 16 KR 800/12; Axer in Eichenhofer/Wenner 2016, § 269 Rn. 2).

Im Hinblick auf die Zuweisungen für das Krankengeld und die Zuweisungen für Auslandsversicherte ist es bisher aber nicht gelungen, eine adäquate Abbildung im Morbi-RSA zu schaffen. Die mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) 2014 eingefügten Sonderregelungen (§ 269 Abs. 1 und 2 SGB V) können keineswegs überzeugen. Insbesondere die Vorschrift zum Krankengeld, die einen

50%igen Ausgleich der tatsächlich angefallenen Krankengeldausgaben einer Krankenkasse bei den Zuweisungen für längerfristig arbeitsunfähige Mitglieder vorsieht, hat mit der angestrebten Erhöhung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen nichts gemein.

Auch wenn beide Regelungen erklärtermaßen als Übergangsszenario konzipiert sind, ist offenkundig, dass bei den Zuweisungen für das Krankengeld die anteilige Berücksichtigung von Ist-Ausgaben kassenspezifische Unwirtschaftlichkeit zur rationalen Systemlogik erhebt, was Anlage und Funktion des RSA eklatant widerspricht. Sie stellt letztlich einen Rückfall in die Zeiten des mit Einführung des RSA 1995 abgeschafften ausgabenorientierten Finanzausgleichs in der früheren KVdR dar. Die mittlerweile vorliegenden Gutachten zur Weiterentwicklung der Aufwendungen für Krankengeld

und für Versicherte mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland (Wasem et al 2016 a und 2016 b) bieten eine hervorragende Grundlage nach Berechnung der zielgerichteten Modelle auf Basis realer Krankenkassendaten (§ 269 Absatz 3a-3d SGB V), in der neuen Legislaturperiode des Bundestages kurzfristig zu rational begründeten und systemisch überzeugenden Regelungen in beiden Defizitbereichen zu kommen (Wasem et al 2016 c). Die Politik ist nach den Bundestagswahlen unmittelbar gefordert, alsbald die die Steuerungsaktivitäten und Effizienzbemühungen von Krankenkassen konterkarierenden derzeitigen Regelungen zu beseitigen.

Damit wird auch ein grundsätzlicher Eckpfeiler für Aktivitäten der Weiterentwicklung des Morbi-RSA benannt: Zielgenau ist der Morbi-RSA vor allem dann, wenn er objektiv wie subjektiv von Krankenkassen nicht direkt beeinflussbare Kriterien adressiert. Dies gilt nicht nur für einzelne Zuweisungselemente im Speziellen, sondern auch für das Klassifikationsmodell insgesamt. Der aktuelle RSA ist zwar einerseits „der zielgenaueste, den es bisher in Deutschland gab“ (Plate/Demme 2016, S. 172). Andererseits zeigt er bei den altersgruppenspezifischen Deckungsgraden für Leistungsausgaben explizit für Versicherte ohne kodierte Morbidi-

tät fast durchweg satte Überdeckungen bei den Zuweisungshöhen. Die teilweise polemisch zugespitzt geführte Debatte um Fehlentwicklungen beim Morbi-RSA der letzten Monate erschöpft sich demgegenüber (viel zu) oft in zumeist eklektizistischen Vorschlägen zugunsten von Eigeninteressen. Im Kern belegt sie nochmals eindrucksvoll – wenn auch ungewollt – vor allem die Defizite des von der Politik seit Lahnstein unzureichend gestalteten Ordnungsrahmens „solidarischer Wettbewerb“.

Anstrengungen von Krankenkassen zur Optimierung ihrer Morbi-RSA-Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds sind bisher offenkundig alles andere als subjektiv unrentabel und ökonomisch unsinnig. Das vom Gesetzgeber beschriebene Geschäftsmodell für Krankenkassen, sich in einem Versorgungs- und Qualitätswettbewerb insbesondere durch innovative Vertragsgestaltungen mit Leistungserbringern gegenüber Versicherten zu profilieren, wird bisher offensichtlich in weitem Umfang nicht angenommen. Es erweist sich für viele Krankenkassen weiterhin als attraktiver, ihre Wettbewerbsposition im Hinblick auf das durch den Zusatzbeitrag gesetzte Preissignal am Markt primär durch Aktivitäten zur „Einnahmensicherung“ positiv zu beeinflussen.

Der Abschluss von sog. „Betreuungsstrukturverträgen“ mit dem zentralen Ziel, durch besondere Vergütung der Kodierung von Morbi-RSA-relevanten Diagnosen in der Arztpraxis die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds manipulativ zu optimieren („Upcoding“; Monopolkommission 2017, Ziffer 89 ff.), konnte sich über mehrere Jahre hinweg zum Massenphänomen in der Kassenlandschaft entwickeln. Krankenkassen haben in hoher Zahl entsprechende Verträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Landesebene abgeschlossen. Solche „Kodiervereinbarungen“ haben effizienzsteuernde Wettbewerbsaktivitäten eindeutig in den Hintergrund gedrängt (Monopolkommission 2017, Ziffer 90). Mit Regelungen im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) hat die Politik im Frühjahr 2017 versucht, insbesondere diesem Treiben einen nachhaltigen Riegel vorzuschieben (§ 83 S. 4 SGB V i.d.F. des HHVG). Die konsequente kassen-seitige Umsetzung der neuen Vorgaben zur Ausschaltung von Manipulationen

bei der ambulanten Diagnosekodierung insgesamt (vgl. v. a. auch §§ 71 Abs. 6 S. 8-10, 73 Abs. 7 S. 1, 303 Abs. 4, 305a S. 7 jeweils i.d.F. des HHVG; Ausschussbericht zum HHVG, BT-Drucksache 18/11205) auch durch Handeln der zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder zu begleiten, ist zwingend.

Weithin unbefriedigend sind die gesetzgeberischen Initiativen, dem manipulativen Aufblähen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Zusammenhang mit Zahlungen für (vermeintlich) Versicherte in der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) ein Ende zu bereiten. Bisher setzt sich nach Ausscheiden eine freiwillige Mitgliedschaft stets fort, wenn das Mitglied nicht aktiv seinen Austritt aus der Krankenkasse erklärt und gleichzeitig eine anderweitige Absicherung nachweist (§ 188 Abs. 4 SGB V). Zwar ist mittlerweile geregelt, dass bei Saisonarbeitnehmern mit ausländischer Staatsangehörigkeit, deren Versicherungspflicht mit dem Abschluß der Saisonarbeitnehmertätigkeit endet, sich die OAV nur noch dann anschließt, wenn sie innerhalb von drei Monaten auch ihren Beitritt zur OAV tatsächlich erklären (§ 188 Abs. 4 Sätze 4 ff. SGB V i.d.F. von Art. 8 Nr. 10 Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitung; BT-Drucksache 18/12587). Damit wird aber lediglich ein Teil der zu adressierenden für Kassenaktivitäten missbrauchsanfälligen Versicherungsverhältnisse aufgegriffen und zudem durch ein Inkrafttreten erst ab 2018 (Art. 10 Abs. 3 des Gesetzes) die Manipulationsproblematik ausschließlich prospektiv angegangen. Regelungen zur rückwirkenden und dauerhaften Bereinigung der Versichertenbestände der Krankenkassen fehlen. Hier sind durch den neuen Bundestag dringlich umfangreiche Nachbesserungsarbeiten unverzichtbar.

Eine solche rückwirkende Bereinigung kann unschwer zielführend dadurch geschehen, dass als Tatbestand für das Ende einer freiwilligen Mitgliedschaft zusätzlich der Zeitpunkt gesetzlich fixiert wird, an dem das Mitglied zuletzt Beiträge gezahlt hat *und* der Aufenthaltsort der versicherten Person nicht ermittelbar ist (§ 191 Satz 1

Nr. 4 SGB V – neu). Zur Bereinigung ihres Versichertenbestandes hätten die Krankenkassen in allen OAV-Fällen zudem dem Mitglied den bestehenden Beitragsrückstand zu einem gesetzlich fixierten Stichtag mitzuteilen und, soweit der Aufenthaltsort des Mitglieds in einem definierten Zeitraum nicht ermittelbar ist, das Versicherungsverhältnis unverzüglich rückwirkend zu stornieren sowie das BVA über die entsprechende Korrektur der Versichertenzeiten zu informieren. In der Folge käme es zu einer entsprechenden Neuberechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

3. Wettbewerbsordnung unvollendet

Der erfolgreiche Ausschluss einnahmenoptimierender Anstrengungen von Krankenkassen, die mit dem Ziel der manipulativen Beeinflussung der Zuweisungshöhen aus dem Gesundheitsfonds entfacht wurden, beschreibt zwar eine notwendige Bedingung, um systemisch dysfunktionale kassenspezifische Aktivitäten auch für diese möglichst unrentabel und ökonomisch unsinnig zu machen, aber keineswegs insgesamt auch hinreichende Bedingung, um der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ in der GKV zum Durchbruch zu verhelfen. Insbesondere hat es die herrschende Politik gleich welcher Koalitionsfarbe selber seit Etablierung der Kassenwahlfreiheit in Lahnstein vor fast einer Generation deutlich an der notwendigen Konsequenz missen lassen, die inhaltlich fundierte Ausgestal-

Die überkommenen korporatistischen Strukturen mit ihrem Mantra des „Einheitlich und gemeinsam“ haben ihre prägende Kraft nicht eingebüßt.

tung eines solchen Ordnungsrahmens (weitgehend) widerspruchsfrei voranzutreiben. Die Ausformung sinnhaften Kassenwettbewerbs ist stets allenfalls auf halber Strecke stecken geblieben. Entgegen Legionen rhetorisch-programmatischer Wettbewerbsbeschwörungen in schwarz-gelben, rot-grünen oder

schwarz-roten Koalitionsverträgen und Begründungen diverser Gesetzeswerke zur GKV-Weiterentwicklung seit Mitte der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts ist Lahnstein I nie ein konsequent aufeinander aufbauendes Lahnstein II gefolgt (dazu schon Ebsen et al 2003, S. 12 ff.; Hermann 2003 und 2006). Es gab zu keinem Zeitpunkt eine widerspruchsfreie Orientierung der Systemakteure auf Versorgungs- und Qualitätswettbewerb als Handlungsmaxime.

Auch wenn es insbesondere nach diversen Gutachten des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) als ausgemacht gelten darf, dass die Organisationen und die Strukturen des Gesundheitssystems nicht adäquat auf die gewandelten Erfordernisse einer Bevölkerung mit steigenden Prävalenzen chronischer Krankheiten in einer Gesellschaft des langen Lebens ausgerichtet sind, haben die überkommenen korporatistischen Strukturen mit ihrem Mantra des „Einheitlich und gemeinsam“ in sektoralen Silos – grundlegend aus vorkonstitutioneller Zeit stammend (Knieps/Reiners 2015, S. 67; Hermann 2006, S. 222) – bis heute ihre prägende Kraft nicht eingebüßt. Es sind allenfalls verschiedentlich weitere Schneiden durch die Politik in diese tradierte Strukturenwelt geschlagen worden, ohne dass es je zu einer klaren „Vorfahrt“ für alternative Versorgungskonzepte über Selektivverträge gekommen wäre: Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V), besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V a.F.), integrierte bzw. besondere Versorgung (§§ 140a ff. SGB V a.F. bzw. § 140a SGB V), kassenspezifische Arzneimittelrabattverträge (§ 130 Abs. 8 SGB V) und einiges mehr bieten zwar durchaus ein ansehnliches Potpourri an selektivvertraglichen Optionen, sind aber nur ansatzweise konzeptionell zusammengebunden worden.

So ist auch die vor der großen Koalition 2007 im GKV-WSG proklamierte Organisation der „Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung ausschließlich im dezentralen wettbewerblichen Selektivvertragssystem“ (BT-Drucksache 16/3100, Begr. zu § 73c) in dem 2015 von einer gleichfarbigen Nachfolgeregierung auf den Weg gebrachten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) selbst konterkariert worden. Das

GKV-WSG eröffnete die Option einer alternativen Regelversorgung durch die Krankenkassen über dezentral gestaltete, wettbewerblich organisierte Selektivverträge (§§ 73b, c SGB V). Der Sicherstellungsauftrag ging entsprechend an die Krankenkassen über; es wurden umfassende Abweichungsbefugnisse insbesondere vom Leistungserbringungsrecht der Regelversorgung (§§ 69 ff. SGB V) normiert.

Diese auf Flächendeckung angelegte ambulante Alternativversorgungskette ist im GKV-VSG wieder aufgelöst worden. Regelungen zu Facharztverträgen finden sich nur noch gemeinsam mit Vorschriften zur bisherigen integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V unter der gesonderten Überschrift „Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern“ (4. Kapitel 11. Abschnitt SGB V). Für die Krankenkassen und alle weiteren Akteure im Gesundheitssystem waren dies eindeutige Signale der maßgeblichen Politik, dass der Fokus in der Versorgungsgestaltung wieder dominant im Kollektivvertragsregime gesehen wird und die prioritäre Förderung „qualitätsorientierten Wettbewerbs“ durch Selektivverträge, den das GKV-WSG prominent propagierte (BT-Drucksache 16/3100, Begr. zu § 73c Abs. 3), im Weiteren keine maßgebliche Rolle mehr spielen sollte.

Da die tradierten zentralistisch-korporatistischen Strukturen der GKV-Versorgungsgestaltung zu keinem Zeitpunkt nachdrücklich zur Disposition gestellt wurden, verwundert auch nicht, dass bisherige Versuche, über finanzielle Anreize zur Implementierung sektorenübergreifender Versorgungsformen – mithin zur tendenziellen Auflösung der überkommenden versäulten GKV-Strukturen – zu kommen, ohne entsprechende Wirkung geblieben sind. Dies gilt namentlich für die sogenannte „Anschubfinanzierung“ während der Jahre 2004 – 2008 in Höhe von 1% der Budgets für ambulante und stationäre Versorgung, die bei potenziellen Vertragspartnern den Einstieg in die integrierte Versorgung befördern sollte (§ 140 d SGB V i.d.F. des GKV-Modernisierungsgesetzes – GMG; Knieps 2006 Rn. 40 ff.; Orłowski 2004, S. 204 f.).

Die Entwicklung verlief zwar angesichts der ausgelobten Euro-Millionen aus den kollektiven Budgets der Vertragsärzte und Krankenhäuser einseitig stürmisch und erreichte im Jahr 2008 die durchaus beeindruckende Zahl von über 6000 Verträgen zur integrierten Versorgung mit (geschätzt) 4 Mio. teilnehmenden Versicherten bei einem Vergütungsvolumen von 800 Mio. Euro (SVR 2012, Ziffer 432 ff.; Schönbach 2015, Tab. 2), ohne das indessen damit auch eine „dauerhafte und kompetenzgetragene Vertragsentwicklung zu erkennen

Werden die Wahlfreiheit der Versicherten und die damit systemisch ausgelösten Implikationen ernst genommen, führt dies dazu, dass Patienten tatsächlich in den Mittelpunkt der Kassenanstrengungen rücken.

war“ (Schönbach 2015, S. 19). Initiiert wurden im Wesentlichen Kleinverträge mit zumeist lediglich einigen Hundert eingeschriebenen Versicherten, die aber in größerem Ausmaß gerade langfristig angelegte, koordinierte Versorgung chronischer Krankheiten vermissen ließen. Von den nach Auslaufen der Anschubfinanzierung übrig gebliebenen Verträgen bezogen sich 2010/2011 zwei Drittel auf einen einzigen definierten Leistungsanlass oder eine Teildauer von lediglich einem Quartal (SVR 2012, Ziffer 446).

Keineswegs erfolgsversprechender für eine Öffnung des Systems hin zu nachhaltigem Qualitätswettbewerb und innovativer Versorgungsvielfalt abseits der ausgetretenen Pfade des Kollektivvertrages nehmen sich die mit dem GKV-VSG etablierten Regelungen zum sogenannten Innovationsfonds an (§§ 92a, b SGB V). Hier werden für einen Zeitraum von vier Jahren (2016 bis 2019) jeweils 300 Mio. Euro für neue Versorgungsformen (225 Mio. Euro jährlich) sowie Versorgungsforschung (75 Mio. Euro jährlich) zur Verfügung gestellt. Der Weg hin zur „solidarischen Wettbewerbsordnung“

wird auch hier keineswegs prominent adressiert. Im Gegenteil: Einzig und allein die tradierten Systemadministratoren sind beauftragt, abschließend zu bestimmen, welche und wie Innovationen ins GKV-System kommen sollen, für dessen Insuffizienzen diese freilich seit jeher wesentlich Verantwortung tragen (Hermann/Tomaschko 2017). Im Innovationsausschuss, der als Vergabegremium für die Fondsmittel fungiert, genießen ausschließlich institutionelle Vertreter des „Einheitlich und gemeinsam“-Regimes Sitz und Stimme („10er Rat“), die um zwei Vertreter der Bundesministerialverwaltung ergänzt sind. Die spätere Übertragbarkeit in die Regelversorgung bildet das gemeinsame Bindeglied im Auswahlprozess (GKV-VSG-Entwurf, BT-Drucksache 18/4095, Begr. zu § 92a Abs. 1).

Es verwundert nicht, dass die ersten veröffentlichten Förderwellen aufgrund der Vielzahl von eingereichten Anträgen finanziell um ein mehrfaches überzeichnet waren. Völlig unzureichend reflektiert wird dabei indessen, dass die Förderung von „Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung“ in der GKV (BT-Drucksache 18/4095, Begr. zu § 92a Abs. 1) als Erprobung unter „Laborbedingungen“ bereits selbst eine spätere Übertragung in das weithin unkoordinierte Zwangskorsett der Kollektivversorgung weithin ausgeschlossen erscheinen lässt (dazu auch Gerlach 2016, S. 44). Selektivverträge hingegen, von Vertragspartnern freiwillig ausgehandelt, vereinbart und umgesetzt, bieten die Möglichkeit zur Etablierung von Koordinations- und Steuerungselementen, die mit dem freiwilligen Vorgehen aller Akteure während einer Projektphase vergleichbar sind, sodass erst eine nachhaltige Qualitätssteigerung im Versorgungsgeschehen realisierbar wird (vgl. die Beiträge bei Lehr/Visarius 2016). Bei simpler Übertragung in die breite Beliebigkeit der Regelversorgung sind durchgängige Qualitätsverluste programmiert und quasi systemimmanent. Ein patientengerechter Versorgungsfortschritt unter von Vertragspartnern eigenverantwortlich gesetzten und aus freiem Antrieb befolgten Laborbedingungen hier und der profane Echtbetrieb in der Regelversorgung dort, bilden nicht zwei Seiten einer Medaille, sondern zahlen mit völlig anderer Währung.

4. Wettbewerbsordnung mit Morbi-RSA vollenden

Ohne weitgehende Richtungskorrektur der politisch maßgeblich Handelnden nach der Bundestagswahl im Herbst wird die überfällige Fokussierung der GKV-Systemakteure auf Versorgungs- und Qualitätswettbewerb, und damit die Einlösung der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ nicht gelingen. Anders als bisher, mit einem kassenseitig manipulationsanfälligen Morbi-RSA einerseits und fehlender Grundausrichtung der Politik weg von reiner Wettbewerbsrhetorik andererseits, bedarf es des inhaltlichen Paradigmenwechsels.

Werden das Grundmotiv der historischen Weichenstellung von Lahnstein, die Wahlfreiheit der Versicherten zu ihrer Krankenkasse, und die damit systemisch ausgelösten Implikationen zukünftig strukturbildend ernst genommen, führt dies unmittelbar dazu, dass Versicherte und Patienten tatsächlich in den Mittelpunkt der Anstrengungen von Krankenkassen rücken müssen. Dies kann aber nur gelingen, wenn die „Hängematte“ der „Einheitlich und gemeinsam-Welt“ für die wesentlichen Akteure tendenziell (zu) unbequem wird. Soll die solidarische Wettbewerbsordnung im Sinne der Versorgungsoptimierung zugunsten von Versicherten und Patienten in der neuen Wahlperiode nachhaltig gestärkt werden, gilt es, die Systemträgheit aufzulösen, die ihre Ursache teilweise auch schlicht in der vorherrschenden materiellen Sättigung vieler Beteiligten zu haben scheint.

Deshalb wird es konzeptionell vor allem auch darauf ankommen, neue Wege zu gehen. Dabei kann und sollte der Morbi-RSA selbst funktional zur Inzentivierung nachhaltig innovativer Versorgungssteuerung eingesetzt werden. Anders als mit insuffizienten Regelungen zur Anschubfinanzierung, wie im letzten Jahrzehnt versucht, oder in Form eines Innovationsfonds, wie derzeit besichtigt werden kann, gilt es den Morbi-RSA selbst unmittelbar dazu zu nutzen, als Anreizinstrument zu dienen, die Fokussierung der systembestimmenden Akteure (direkt) auf Krankenkassenseite wie (indirekt) auf Leistungserbringenseite zur nachdrücklichen Etablierung von Qualität und Versorgungsoptimierung voranzutreiben. Angesichts einer jahrzehntelangen Hängepartie bei der Verwirklichung der solidarischen Wett-

bewerbsordnung in der GKV und der negativen Erfahrungen bisheriger Vorgehensweisen zur dauerhaften Etablierung innovativer Versorgungsformen, klingt die Skepsis gegenüber einem entsprechenden Vorgehen (SVR 2012, Ziffer 398; Greiner 2016, S. 93) wenig überzeugend.

Zunächst hat freilich im ersten Schritt die notwendige Weiterentwicklung des Morbi-RSA hinsichtlich Klassifikationsmodell und Zuweisungselementen selbst zu Beginn der neuen Wahlperiode zu erfolgen. Bei entsprechender zielorientierter Ausgestaltung kommt damit das bisher kassenseitig funktionale Geschäftsmodell im Wettbewerb einer Einnahmoptimierung über Risikoselektion und/oder Manipulationsstrategien zur Beeinflussung der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA an sein Ende. Ein zentrales Hindernis wäre beseitigt für Wettbewerb um mehr Qualität und Effizienz in der Versichertenversorgung durch breite Nutzung der vorhandenen selektivvertraglichen Möglichkeiten. Käme im Weiteren eine mutige entsprechende Öffnung des Gesetzgebers auch des Krankenhaussektors deutlich über die bescheidenen Ansätze der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V hinaus hinzu, wäre der Optionenraum einstweilen komfortabel abgesteckt. Spätestens dann würden auch die oft (und vielfach wohlmöglich allzu gern) gehörten Ausreden angeblich desolater wettbewerblicher Vertragsinstrumente von Krankenkassen jegliche Glaubwürdigkeit verlieren.

Entsprechende Selektivvertragsgestaltungen von Krankenkassen wären sodann in einem zweiten Veränderungsschritt über ausreichende Zuschläge auf die RSA-Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für teilnehmende Versicherte ausdrücklich zu fördern. Dabei sind Zuschläge von wenigen Prozent auf die versichertenindividuell errechneten Pauschalen aus dem „normalen“ Morbi-RSA-Zuweisungsverfahren absolut ausreichend, um die notwendigen Anreize für Krankenkassen zu setzen. Solche prozentualen Zuschläge hätten – im Gegensatz zu den heutigen Programmkostenpauschalen für Disease-Management-Programme (DMP) nach § 270 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V – den Vorteil, dass für ältere oder/und morbidere Ver-

sicherte mit höherem Versorgungsbedarf auch absolut höhere Aufschläge den Krankenkassen zufließen würden. Ein solcher prozentualer Zuschlag wäre allein auf die nach Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur differenzierten Grundpauschalen zu berechnen, also insbesondere ohne Zuweisungen für Verwaltungskosten, Satzungs- und Er-

Mit einem unmittelbar Morbi-RSA-getriggerten Anreizsystem käme es zu einer Neuausrichtung des Geschäftsmodells vieler Krankenkassen – die GKV würde Anschluss gewinnen an die Diversifikation der Lebenswirklichkeit vieler Menschen.

messenleistungen sowie DMP.

Bei perspektivisch 20 Mio. Versicherten in solchen Selektivverträgen würden dadurch (Annahme Standardzuweisung gemäß Definition 2000 EUR, Aufschlag 5 %) maximal 2 Mrd. EUR an Investitionsmitteln zum Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen jährlich bereitgestellt. In einer solchen Vertragswelt sind weitflächig kassenseitig alsbald ganz andere ökonomische Effekte („Reinvest“) erzielbar, als sie etwa in Berechnungen zum derzeit angeblich äußerst bescheidenen Steuerungspotenzial von Krankenkassen ausgewiesen worden sind (Neumann 2016). Unabhängig von diesem schon unter derzeitigen Bedingungen ohnehin nicht überzeugenden Ansatz, der offensichtlich Fakten absichtlich ignoriert, um zum gewünschten – unrealistischen – Resultat zu kommen (vgl. Neumann 2016, S. 49 hier und die dort Fußnote 15 angeführte Quelle im Original dort), sieht in einem strukturell verändert aufgestellten Anreizrahmen die zu bearbeitende Versorgungswelt für viele Krankenkassen schnell ganz anders aus.

Zur Abwicklung dieser Zuschläge bietet sich operativ die Schaffung eines eigenen Versorgungswettbewerbsfonds beim BVA an. Der Fonds würde kurzfristig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gespeist und mittelfristig

durch Neujustierung der Zuweisungen an Krankenkassen refinanziert werden, die dauerhaft mangelnde innovative Vertragsaktivitäten entfalten.

Auf diese Weise kann die selektivvertragliche Option struktureller und qualitätsorientierter Versorgungssteuerung über den „technischen Kern“ Morbi-RSA absehbar zum ökonomischen Kern der solidarischen und mithin funktionalen Wettbewerbsordnung der Lahnstein-GKV ab den Jahren 2019/2020 werden.

5. Fazit

Mit einem unmittelbar Morbi-RSA-getriggerten Anreizsystem käme es zu einer völligen Neuausrichtung des Geschäftsmodells vieler Krankenkassen. Jahrzehntelange Sicherheiten der „Hängematte“ des Kollektivvertragssystems würden nachhaltig ins Wanken geraten, gleichzeitig aber hervorragende Perspektiven für erfolgreiches Handeln als versorgungswettbewerblich orientierte Kran-

kenkassen gesetzt. Das GKV-System würde unmittelbar Anschluss gewinnen an die Ansprüche und die Diversifikation der Lebenswirklichkeit vieler Menschen in der modernen Zivilgesellschaft des 21. Jahrhunderts in Deutschland. Die in Lahnstein propagierte neue solidarische Wettbewerbsordnung in der GKV würde endlich Realität. ■

Literatur

- Amelung V./Eble S. et al (Hg.) 2017:** Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem, Berlin.
- Becker U./Kingreen Th. (Hg.) 2017:** SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung – Kommentar, 5. neubearbeitete Auflage, München.
- Dröslar S./Hasford J. et al 2011:** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt, Bonn.
- Ebsen I./Greß S. et al 2003:** Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, o. O.
- Eichenhofer E./Wenner U. (Hg.) 2016:** Kommentar zum Sozialgesetzbuch V, 2. Auflage, Köln.
- Gerlach F. 2016:** in Lehr/Visarius (Hg.), S. 33-46 (Interview).
- Göpffarth D./Greß S. et al 2006:** Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit, Sankt Augustin.
- Greiner W. 2016:** Brauchen wir eine Reform des RSA?, Gesundheits- und Sozialpolitik 4/5, S. 91-95.
- Hauck E. 2015:** Gesundheit aus richterlicher Sicht des BSG: Zur Bedeutung der Sozialstaatsforschung, in: Masuch B./Spellbrink W. (Hg.), S. 299-324.
- Hermann C. 1993:** Strukturreform im Organisationsrecht – Die Organisationsreform der GKV im Gesundheits-Strukturgesetz, Kompass, S. 161-169.
- Hermann C. 2003:** Vom „Einheitlich und gemeinsam“ zur solidarischen Wettbewerbsordnung – Prämissen und Strukturelemente einer Gesundheitsreform für die Berliner Republik, Gesundheits- und Sozialpolitik 5/6, S. 17-23.
- Hermann C. 2006:** Zwischen Wettbewerbsrhetorik und solidarischer Wettbewerbsordnung – Realisierungsoptionen für einen zukunftstauglichen GKV-Ordnungsrahmen, in: Göpffarth D./Greß S. (Hg.), S. 219-229.
- Hermann C./Graf J. 2015:** Wettbewerb als Innovationsmotor: Aufgaben und Selbstverständnis der AOK Baden-Württemberg, Gesundheits- und Sozialpolitik 3/4, S. 34-39.
- Hermann C./Tomaschko K. 2017:** Der Innovationsfonds – Die Perspektive der AOK Baden-Württemberg, in: Amelung V./Eble S. (Hg.), S. 26-29.
- Jacobs K. 1993:** Sinnvoller Kassenwettbewerb in der GKV, Wirtschaftsdienst, S. 597-602.
- Jacobs K. 2017:** Risikostrukturausgleich: Konzentration auf die Kernfunktion im Wettbewerb der Krankenkassen, Recht und Politik im Gesundheitswesen 2, S. 43-51.
- Jacobs K./Reschke B. 1992:** Freie Wahl der Krankenkasse. Konzeption und Konsequenzen eines geordneten Kassenwettbewerbs, Baden-Baden.
- Knieps F. 2006:** Neue Versorgungsformen, in: Schnapp F./Wigge P. (Hg.), S. 349-377.
- Knieps F./Reiners H. 2015:** Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen, Bern.
- Lehr A./Visarius J. (Hg.) 2016:** Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Bilanz nach acht Jahren – Zukunftsperspektiven, Bonn.
- Masuch B./Spellbrink W. et al (Hg.) 2015:** Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung Band 2, Berlin.
- Monopolkommission 2017:** Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75.
- Orlowski U. 2004:** Ziele des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), Medizinrecht, S. 202-206.
- Pressel H. 2012:** Der Gesundheitsfonds. Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen, Wiesbaden.
- Plate F./Demme S. 2016:** Reformoption zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt!, Welt der Krankenversicherung, S. 172-175.
- Reiners H. 2006:** Der „Lahnstein“-Mythos: Die schwere Geburt des RSA, in: Göpffarth D./Greß S. (Hg.), S. 13-34.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012:** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten, o. O.
- Schnapp F./Wigge P. (Hg.) 2006:** Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage, München.
- Schönbach K.-H. 2015:** Wettbewerb in einem korporatistischen System mit Kontrahierungszwang: Ein Fehlversuch?, Gesundheits- und Sozialpolitik 3/4, S. 6-23.
- Wasem J./Lauterbach K./Schräder W. 2005:** Klassifikationsmodelle für Versicherte im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, G+G Wissenschaft 2, S. 7-15.
- Wasem J./Lux G. et al 2016 a:** Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 4 RSAV – Endbericht, o. O.
- Wasem J./Schillo S. et al 2016 b:** Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 33 Abs. 3 RSAV – Endbericht, o. O.
- Wasem J./Lux G. et al 2016 c:** Berücksichtigung des Krankengelds im RSA, Gesundheits- und Sozialpolitik 4/5, S. 15-20.