

## **Der Morbi-RSA – Produkt eines morbiden Systems?**

Dr. Erich Schröder  
02/2009

Die Bundesregierung hat den einheitlichen GKV-Beitrag auf 15,5% festgesetzt, und das Geld fließt seit dem 1. Januar in den Gesundheitsfonds. Ob man sie nun mag oder nicht, die neue GKV-Finanzierungswelt lebt seit Beginn dieses Jahres.

Zum einheitlichen Beitragssatz (ca. 154 Mrd. €) gesellen sich im Fonds noch sonstige Einnahmen (ca. 3,5 Mrd. €), z.B. von der Bundesagentur für Arbeit, und Steuermittel (ca. 4 Mrd. €). Letzteren wird in den folgenden Jahren ein besonders kräftiges Wachstum vorhergesagt. Die Bundesregierung beabsichtigt darüber hinaus, im Rahmen der aktuellen Konjunkturprogramme den einheitlichen Beitragssatz ab dem 1.7.2009 auf 14,9% zu senken, was den Steuerzuschuss zusätzlich erhöhen würde.

Aber nicht die Einnahmen des Fonds sind das Hauptproblem – außer dass sie sicher chronisch zu gering sein werden – sondern vielmehr die Verteilung dieser Geldmittel auf die einzelnen Krankenkassen. Es ist hausgemacht bzw. reformbedingt, denn vorher, als das Geld direkt an die Krankenkasse ging, gab es dieses Problem kaum. Nun, wo alles in einen Topf geht, wird die Verteilung aus dem Topf zum kritischen Thema. Wenn schon der Preiswettbewerb zwischen den Kassen durch den Einheitsbeitrag faktisch außer Kraft gesetzt wird und sich nur noch über einen stark limitierten Zusatzbeitrag abspielt, dann soll es wenigstens einen gestärkten Verteilungswettbewerb geben (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz).

Da muss natürlich dann der Staat regelnd eingreifen und „Gerechtigkeit“ schaffen. Und immer wenn er solches tut, wird es richtig kompliziert. Denn nur die Anzahl der Versicherten zu berücksichtigen, wie es de facto früher war, genügt natürlich nicht. Das würde ja einen Anreiz für eine Kasse setzen, sich aktiv um junge und gesunde Mitglieder zu bemühen. Dagegen gab es bisher bereits den Risikostrukturausgleich (RSA), ein Instrument, das immerhin Größenordnungen über 20 Mrd. € zwischen den gesetzlichen Kassen hin und her bewegt hat. Dieses Instrument wurde nun zum Morbi-RSA ausgebaut und verfeinert und regelt mit maximaler „Gerechtigkeit“ die Verteilung des Fondsinhaltes an die gesetzlichen Krankenkassen. Für jedes Mitglied erhält die Kasse nun einen Grundbetrag von ca. 185 €/Monat, der über eine komplizierte Matrix aus 80 definierten chronischen Erkrankungen und 5 Schweregraden dieser Erkrankungen, ergänzt durch weitere Parameter wie Alter und Geschlecht bereinigt wird und sich so vermindern oder auch vervielfachen kann.

Nicht mehr das gesunde Mitglied ist nunmehr der Wunschversicherte einer Kasse, sondern der chronisch Kranke, der idealerweise zwar seine Diagnose mit sich herumträgt, aber bereits so austerapiert ist, dass er keine weitere Therapie mehr benötigt.

Mutiert die Krankenkasse, die einst mit viel Werbeaufwand zur Gesundheitskasse wurde, nunmehr wieder zur Krankenkasse, oder besser noch zur Chronikersammelstelle?

Welche Anreize werden hier gesetzt?

Muss ich meinen Arzt bitten, meine Diagnose etwas aufzuwerten, damit ich für meine Kasse ein guter Kunde bin? Wie krank ist unser System, das einen Morbi-RSA braucht und den Wettbewerb um chronisch Kranke stärkt? Ich fürchte, chronisch morbide!