

Risikostrukturausgleich (RSA)

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1994 in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt (§ 266 ff SGB V ; §§ 35 – 41 RSAV). Der RSA ist ein finanzieller Ausgleichsmechanismus zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Um das Problem der „Risikoselektion“ zu mindern, bezahlen entweder Krankenkassen mit einer „guten“ Risikostruktur ihrer Versicherten Ausgleichszahlungen an Krankenkassen mit einer „schlechten“ Risikostruktur oder jene mit der „guten“ Risikostruktur erhalten geringere Zuweisungen von einer zentralen Stelle als solche mit einer „schlechten“ Risikostruktur. Deshalb lag das zentrale Ziel des RSA darin, für die Krankenkassen möglichst unverzerrte Wettbewerbsbedingungen zu schaffen und Anreize für eine unerwünschte Risikoselektion weitgehend zu beseitigen.

Risikostrukturausgleich

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) von 2007 hat der Gesetzgeber das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich umgestaltet, indem er den Gesundheitsfonds eingeführt hat. Der Gesundheitsfonds bedingt unmittelbar eine Umgestaltung des RSA, da die Beitragszahler die Beiträge nunmehr über die Krankenkassen an den Gesundheitsfonds entrichten. Die Notwendigkeit eines einnahmenseitigen Ausgleichs (dem bisherigen Finanzkraftausgleich) wurde damit obsolet, da die Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Einkommen ihrer Versicherten daraus keinen unmittelbaren Vorteil mehr ziehen können.

Gesundheitsfonds

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum Jahresbeginn 2009 wurde der RSA grundsätzlich umgestaltet. Der RSA bezieht sich seit diesem Zeitpunkt 2009 nur noch auf die Ausgabenseite, indem die Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, nach der Risikostruktur der Versicherten differenziert werden („Morbi-RSA“). Entsprechend lautet nunmehr die Überschrift der zentralen gesetzlichen Fundstelle, § 266 SGB V : „Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)“.

Kriterien für den Morbi-RSA:

- Krankheitsrisiken werden anhand von 80 ausgewählten Krankheitsgruppen direkt über pseudonymisierte stationäre und ambulante Diagnosen berücksichtigt
- Arzneimitteldaten werden zur zuverlässigen Absicherung ambulanter Diagnosen verwendet
- Berücksichtigung der bis dahin im bisherigen Finanzausgleich benutzten indirekten Krankheitskriterien Alter, Geschlecht, Anspruch auf Erwerbsminderung
- Keine gesonderte Berücksichtigung mehr von Versicherten, die in strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme = DMP) eingeschrieben sind
- Abschaffung des Risikopools

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen pro Versicherten eine Grundpauschale plus einem risikoadjustierten Zu- bzw. Abschlag. Das heißt, Krankenkassen mit kränkeren Versicherten bekommen mehr Geld als die mit gesunden.

Zu unterscheiden ist zwischen Zuweisungen zur Deckung von Pflichtleistungen, für Satzungs- und Mehrleistungen, für Aufwendungen zur Entwicklung und Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie zur Deckung der Verwaltungskosten. Das Bundesversicherungsamt (BVA), welches den Gesundheitsfonds verwaltet, informiert die Krankenkassen in zwei Arten von Bescheiden über die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds: Grundlagenbescheid (kassenindividuelle Werte je Versicherten) und Zuweisungsbescheid (Bestimmung der monatlichen Zuweisungssumme).

Die Informationen des Grundlagenbescheids unterstützen die Krankenkassen bei der Haushaltsplanung und haben maßgeblichen Einfluss auf die Frage, ob sie einen Zusatzbeitrag erheben müssen und wie hoch dieser ausfällt.