

# Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich

von Klaus Jacobs<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Wie seit bald 20 Jahren** macht sich Bayern derzeit für Veränderungen beim Risikostrukturausgleich stark. Dabei ignoriert die aktuelle Debatte konsequent das Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 2005. Danach haben der Länderfinanzausgleich und der Risikostrukturausgleich nichts miteinander zu tun und es geht weder um Geld Bayerns noch um bayerisches Geld. Es bleibt jedoch das Problem, dass Krankenkassen in einigen Regionen mehr ausgeben müssen als in anderen und dass dies unter Umständen ihre Wettbewerbsfähigkeit gefährdet. Die Lösung kann in einer Kombination aus der gezielten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, der regionalen Beitragssatzgestaltung aller Kassen und der Erweiterung der vertragswettbewerblichen Handlungsspielräume liegen.

**Schlüsselwörter:** gesetzliche Krankenversicherung, Risikostrukturausgleich, Krankenkassenwettbewerb, regionale Gesundheitsausgaben

**For two decades** Bavaria has pressed for alterations of the risk adjustment scheme. The current debate ignores an important decision of the Federal Constitutional Court dating from 2005. This makes clear that there is no connection whatsoever between the inter-state fiscal adjustment and the risk adjustment scheme. From the decision also follows that one cannot talk about Bavaria's money or Bavarian money being raised on account of the risk adjustment scheme. However, in some regions sickness funds have to spend more money than in others. This may endanger their competitiveness. So something should be done. The solution might consist in combining the following measures: developing the risk adjustment scheme further, introducing regional contribution rates for all sickness funds, and broadening contractual possibilities.

**Keywords:** Statutory Health Insurance, risk adjustment scheme, competition of sickness funds, regional health expenditures

## 1 Einleitung: Renaissance einer alten Diskussion

Zunächst eine gesundheitspolitische Quizfrage: Von wem stammt die Forderung, „die Finanzströme in der Krankenversicherung zu regionalisieren“ und „auch den Risikostrukturausgleich (...) künftig grundsätzlich regional auf die Landesebene zu beschränken“? Wer als Urheberin auf die bayerische Gesundheitsministerin tippt, liegt nicht schlecht – allerdings stammt das Zitat nicht etwa von der amtierenden bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml, sondern von Barbara Stamm, einer Amtsvorgängerin Humls (und aktuell Präsidentin des Bayerischen Landtags), die sich schon 1998 vehement für „Wettbewerbsföderalismus in der Sozialversicherung“ starkmachte (Stamm 1998).

Im Unterschied zu Barbara Stamm vor bald zwei Dekaden fordert Melanie Huml heute auch keinen regionalen Risikostrukturausgleich (RSA), sondern „lediglich“ die Einführung eines Regionalfaktors im bestehenden bundesweiten RSA. Dabei stützt sie sich auf ein Gutachten, das die Professoren Volker Ulrich und Eberhard Wille in ihrem Auftrag erstellt und im Herbst 2014 vorgelegt haben (Ulrich und Wille 2014). Das Gutachten belege, so Huml bei dessen Vorstellung, „dass die bayerischen Beitragszahler doppelt bestraft werden: Einerseits zahlen sie überdurchschnittlich viel in den Gesundheitsfonds ein, andererseits erhalten sie für ihre Versorgung zu wenig daraus zurück“ (StMGP 2014). Anfang 2015 legte Huml noch einmal medial nach. Dieser „zweite Länderfinanzausgleich“ – gemeint sind Aufbringung und Verteilung der Finanzmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – habe seit Einführung des

<sup>1</sup> Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182  
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Gesundheitsfonds deutlich zugenommen. Der Wettbewerb der Krankenkassen werde durch unfaire Wettbewerbsbedingungen verzerrt. Bayerns Beitragszahler und Patienten seien dabei die doppelt Benachteiligten (*StMGP 2015*).

Wie die eingangs zitierten Forderungen von 1998 zeigen, ist die Diskussion über Regionaldimensionen im Kontext des RSA keineswegs neu und hat mit der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 auch nur sehr bedingt zu tun. Vielmehr gibt es diese Diskussion bereits seit Einführung des RSA vor mittlerweile 20 Jahren, als es darum ging, der mit der Einführung der freien Krankenkassenwahl verbundenen Wettbewerbsorientierung der GKV einen stringenten Ordnungsrahmen zu geben. Dadurch sollte einerseits sinnvoller Kassenwettbewerb um Wirtschaftlichkeit, Qualität und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung ermöglicht werden, ohne andererseits das Solidarprinzip der GKV zu gefährden, das in Kurzform lautet: Leistungen nach dem gesundheitlichen Bedarf, Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit. Ein Meilenstein in dieser Diskussion war das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2005 nach einer Klage der Länder Baden-Württemberg, Bayern und Hessen. Dieses bestätigte die Regelungen des RSA als verfassungsgemäß. Dass dieses gerade einmal zehn Jahre alte Urteil in der aktuellen RSA-Debatte fast keine Rolle spielt – bei den aktuellen Forderungen aus Bayern einschließlich des ihnen zugrunde liegenden Gutachtens sogar überhaupt keine –, ist zumindest bemerkenswert, der grundsätzlichen Bedeutung des Urteils jedoch völlig unangemessen.

## 2 Nachhilfe durch das Bundesverfassungsgericht

In der Argumentation des bayerischen Gesundheitsministeriums werden drei verschiedene Aspekte angesprochen: erstens die Verbindung zwischen dem RSA und dem Länderfinanzausgleich, zweitens der Solidarbeitrag der bayerischen Beitragszahler im Rahmen des GKV-weiten Einkommensausgleichs sowie drittens die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen für ihre in Bayern lebenden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhalten.

### 2.1 Weder „Geld Bayerns“ noch „bayerisches Geld“

Mit Hilfe des bereits angesprochenen Urteils des Bundesverfassungsgerichts von 2005 können die beiden ersten Aspekte rasch abgehandelt werden. Das gilt insbesondere für die gedankliche Verknüpfung zwischen dem RSA und dem Länderfinanzausgleich; beide Ausgleichssysteme haben nicht das Geringste miteinander zu tun, da „die Finanzmasse der Sozialversicherung tatsächlich und rechtlich von den allgemeinen Staatsfinanzen getrennt ist“ (*BVerfG 2005, Ziffer 101*). „Trotz

der Zuordnung zur mittelbaren Staatsverwaltung können die Krankenkassen und die von ihnen verwalteten Beitragsmittel finanzverfassungsrechtlich nicht als Teil eines Landes und als Teil der Landeshaushalte betrachtet werden“ (*ebenda, Ziffer 103*). Im Unterschied zu den Steuermitteln bayerischer Steuerzahler, die im Länderfinanzausgleich fließen, handelt es sich bei den Beitragsmitteln, die von den bayerischen Beitragszahlern aufgebracht werden, zu keinem Zeitpunkt um „Geld Bayerns“.

Es handelt sich nicht einmal um „bayerisches Geld“, das im Rahmen des Finanzkraftausgleichs innerhalb der GKV umverteilt wird. Auch bezüglich dieser Aussage dulden die klaren Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts zum bundesweiten Solidarprinzip der Sozialversicherungen keine zwei Meinungen: „Finanzkraftunterschiede zwischen den Kassen werden bundesweit durch den Finanzkraftausgleich beseitigt. Verfassungsrechtlich ist ein solcher Ausgleich unproblematisch, denn er dient dem Sozialausgleich zwischen einkommensstarken und einkommensschwachen Mitgliedern der GKV. Einkommensstärkere haben den – niveaugleichen – Krankenversicherungsschutz von Einkommensschwächeren mitzufinanzieren. Wo die Einkommensstärkeren und wo die Einkommensschwächeren wohnen, spielt hierbei keine Rolle“ (*BVerfG 2005, Ziffer 210*). Das heißt, dass das Solidarprinzip der GKV – hier speziell in Bezug auf den Ausgleich unterschiedlicher Einkommen der Versicherten – auf der Individualebene gilt. Solidarität herrscht zwischen den gesetzlich Krankenversicherten und nicht zwischen wie auch immer abgegrenzten Teilkollektiven der Versicherten, seien es einzelne Krankenkassen oder regionale Verbände, in Sonderheit auch die Länder. Insoweit gehören die Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder nicht ihnen, sondern der gesamten „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“ (*Paragraf 1 Satz 1 SGB V*).

Aus dem GKV-weiten Solidarprinzip folgt auch, dass es bei der zweckgebundenen Verwendung der Finanzmittel der GKV keinen regionalen (oder sonstigen) „Vorrang“ gibt – dergestalt, dass die von einer bestimmten Teilgruppe der Beitragszahler aufbrachten Finanzmittel ihnen selbst prioritär „zustünden“. Insofern bleibt auch die von Ulrich und Wille ermittelte „fiskalische Position“ Bayerns – unbeschadet von Zweifeln an der methodischen Korrektheit der Berechnungen (vergleiche *Gaßner 2015*) – letztlich eine abstrakte Rechenübung. Die Differenz aus den von bayerischen Versicherten aufbrachten Beitragsmitteln und den Zuweisungen, die die Kassen aus dem Gesundheitsfonds für ihre in Bayern lebenden Versicherten erhalten, suggeriert zumindest gedanklich die Existenz einer (Teil-)Solidargemeinschaft der bayerischen GKV-Versicherten, die es nicht gibt. Prägnant formuliert wurde dieser Sachverhalt von Bert Rürup und Eberhard Wille in einem im Vorfeld der Einführung des Gesundheitsfonds für das Bundesgesundheitsministerium erstellten Gutachten, in dem es unmissverständlich heißt: „Das Regionalprinzip ist dem Sozialversicherungsrecht fremd. Jenseits der Tatsache,

dass die gesetzlichen Krankenkassen keine Einrichtungen der Bundesländer sind, ist die hinter der Frage nach den länderspezifischen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds liegende implizite Annahme, dass die Sozialversicherungsbeiträge, die in einem Land entstehen, auch dort wieder verausgabt werden sollten, abwegig“ (*Rürup und Wille 2007, 4*).

## 2.2 Unterschiedliche regionale Ausgabenniveaus

Damit bleibt der dritte Aspekt, der in der Argumentation des bayerischen Gesundheitsministeriums eine zentrale Rolle spielt, nämlich die – vermeintlich unzureichende – Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die die Krankenkassen für ihre bayerischen Versicherten erhalten. Im Unterschied zu den beiden zuvor behandelten Aspekten gibt es in dieser Frage keine klare Rechtsposition, wenngleich das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat, dass für den Gesetzgeber keine Verpflichtung besteht, wie auch immer begründete regionale Ausgabenniveaus im RSA zu berücksichtigen.

Die maßgeblich durch den RSA determinierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds orientieren sich – im Wesentlichen unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten – an bundesdurchschnittlichen Leistungsausgaben. Dies geschieht prospektiv. Das heißt, dass sich die Zuweisungen an den Ausgaben orientieren, die bei einer bestimmten Alters-, Geschlechts- und Morbiditätskonstellation der Versicherten im Folgejahr im Mittel zu erwarten sind. Da die Zuweisungen damit aber nur im Bundesdurchschnitt und keineswegs im Einzelfall den tatsächlichen Ausgaben entsprechen, gibt es bei einzelnen Teilkollektiven der Versicherten – in regionaler Abgrenzung, aber ebenfalls auf der Ebene einzelner Krankenkassen – Über- und Unterdeckungen. (Das führt gelegentlich auch zu der Aussage, dass einzelne Teilkollektive – Kassen oder auch Länder – mehr Geld bekämen, als sie bräuchten; das wäre jedoch nur bei einem vollständigen Ausgabenausgleich zu verhindern, den es in der GKV seit 1995 bewusst nicht mehr gibt). Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA hat regionale Über- und Unterdeckungen in seinem 2011 vorgelegten Evaluationsbericht zum RSA 2009 auf Kreisebene ermittelt (*Drösler et al. 2011, 62 ff.*). Dabei hat der Beirat auch unterstrichen, dass die Zuweisungen in regionaler Sicht seit 2009 durch die direkte Berücksichtigung der Morbidität im RSA im Vergleich zu vorher deutlich zielgenauer geworden sind, der „Morbi-RSA“ also bereits von selbst ein gutes Stück regionalisiert (vergleiche auch *Göpffarth 2013*, der die Regionalanalysen des Beirats für das Jahr 2011 aktualisiert hat).

Bei der Diskussion darüber, ob weitere Ausgabendeterminanten im RSA berücksichtigt werden sollen, spielt die Frage der Beeinflussbarkeit der Ausgaben eine wesentliche Rolle. Alter und Geschlecht der Versicherten gelten unstritt-

ig als exogene, das heißt nicht beeinflussbare Faktoren. Doch bereits bei der im RSA berücksichtigten Morbidität der Versicherten gab es im Vorfeld der Einführung des Morbi-RSA eine Kontroverse, die sogar zum Rücktritt des ersten RSA-Beirats führte, nachdem das Bundesversicherungsamt dessen Vorschlag zur Krankheitsauswahl nicht folgte. Der Beirat hatte nämlich solche Krankheiten weitgehend unberücksichtigt gelassen, „bei denen unter anderem eine ‚Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs‘ gegeben ist, das heißt, für die populationsbezogene sekundärpräventive und kurative Behandlungsoptionen zu Verfügung stehen“ (*Busse et al. 2007, 64*). Hierin wurde jedoch eine versorgungspolitische Instrumentalisierung des RSA gesehen (vergleiche *Cassel und Jacobs 2009*), die zudem von der falschen Vorstellung geleitet war, dass die Krankenkassen im Hinblick auf möglichst hohe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an einer hohen Morbiditätslast ihrer Versicherten interessiert seien. Diese Sichtweise war (und ist unverändert) deshalb falsch, weil es für die Beitragssatzposition der Kassen nicht isoliert auf die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ankommt, sondern auf die Deckungsbeiträge, also auf die Differenz zwischen den Zuweisungen und den tatsächlichen Ausgaben. Kränkere Versicherte können zwar zu höheren Zuweisungen führen, sind aber in aller Regel auch mit höheren Behandlungskosten verbunden, weshalb die Auswirkungen auf die Deckungsbeiträge höchst ungewiss und allein schon aufgrund der prospektiven Ausgestaltung des RSA in keinem Fall kalkulierbar sind.

Die Warnung, den RSA nicht versorgungspolitisch zu überfordern, findet sich auch in dem Gutachten von Ulrich und Wille (*Ulrich und Wille 2014, 28*). Die Autoren sehen den ganz überwiegenden Großteil regional wirkender nachfrage- und angebotsseitiger Einflussfaktoren auf die Leistungsausgaben aus Kassensicht als exogen und ihre Nichtberücksichtigung im RSA entsprechend als wettbewerbsverzerrend an, weil Kassen aufgrund ihrer unterschiedlichen regionalen Verbreitung von diesen Einflussfaktoren unterschiedlich betroffen sind. Konkret: Wenn zum Beispiel die regionalen Angebotsstrukturen in der stationären oder ambulanten Versorgung aufgrund der Krankenhausplanung eines Landes oder der Haus- und Facharzttdichte zu vergleichsweise hohen Ausgaben führen, können die in dieser Region tätigen Krankenkassen hieran im Rahmen ihrer begrenzten Einflussmöglichkeiten zurzeit praktisch nichts ändern.

Auch wenn diese Einschätzung weitgehend zutrifft, springt die Schlussfolgerung, ein regional überdurchschnittlich hohes Ausgabenniveau durch einen entsprechenden Regionalfaktor im RSA zu berücksichtigen, zu kurz. Denn die Frage der Beeinflussbarkeit relevanter Bestimmungsfaktoren der Leistungsausgaben beziehungsweise umgekehrt deren Exogenität ist weit komplexer. Darauf verweist etwa die Pressemitteilung des Bundesversicherungsamts (BVA), die als unmittelbare Reaktion auf

die Vorstellung des Gutachtens von Ulrich und Wille durch das bayerische Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde und den (damaligen) BVA-Präsidenten, Maximilian Gaßner, wie folgt zitiert: „Wenn einige bayerische Krankenkassen mit den Zuweisungen nicht auskommen, dann liegt das vorrangig daran, dass in Bayern einige Aufgaben nicht ordentlich erledigt wurden, angefangen vom Abbau überflüssiger Krankenhausbetten bis hin zur Beseitigung von der Über- und Fehlversorgung im stationären und ambulanten Bereich. Das beweist auch der Vergleich mit anderen Ländern, wie zum Beispiel Sachsen, das sich bei der Konsolidierung seines Gesundheitssystems insbesondere im Krankenhausbereich mehr angestrengt hat und wo die Krankenkassen mit den gleichen Zuweisungen sehr gut auskommen“ (BVA 2014, 2).

Unabhängig davon, ob die Aussagen des BVA-Präsidenten in Bezug auf die Versorgungslandschaft in Bayern und die daraus resultierenden Folgen für das Ausgabenniveau zutreffen oder nicht, wird deutlich, dass die Exogenität von Einflussfaktoren für das regionale Leistungs- und Ausgabengeschehen differenziert zu betrachten ist. Auch wenn die einzelnen Krankenkassen keinen unmittelbaren Einfluss auf bestimmte Ausgabefaktoren ausüben können – etwa auf die Kliniklandschaft, die maßgeblich durch die Krankenhausplanung der Länder determiniert wird –, sind diese Faktoren damit noch lange nicht grundsätzlich unbeeinflussbar. Deshalb wäre ihre Berücksichtigung aus einer reinen Wettbewerbsperspektive der Kassen zwar durchaus vertretbar, würde zugleich aber weitergehende Allokations- und Verteilungsprobleme verursachen.

Um zu verstehen, was damit gemeint ist, soll noch einmal ein Blick in das RSA-Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2005 geworfen werden. Das Gericht setzt sich dort nämlich differenziert mit unterschiedlichen Ursachen für systematische regionale Ausgabenunterschiede auseinander und stellt insbesondere fest:

- „Soweit regional unterschiedliche Kostenniveaus darauf beruhen, dass es zwischen Stadt und Land Unterschiede im Hinblick auf die Versorgungsdichte oder die Qualität der Versorgung (modernere, bessere, teurere Ausstattung) gibt, ist es gerechtfertigt, dass diejenigen Versicherten, die in den Genuss einer regional besseren Versorgung gelangen, die hieraus resultierenden Mehrkosten in Form höherer Beitragssätze allein zu tragen haben. Beitragssatzunterschiede sind verfassungsrechtlich nur dann problematisch, wenn Versicherte trotz gleich hohen Einkommens für gleiche Leistungen unterschiedlich viel zahlen müssen“ (BVerfG 2005, Ziffer 206).
- „Schließlich sind auch mögliche regionale Wirtschaftlichkeits- und Effizienzunterschiede als Ursache für regionale Kostenunterschiede nicht notwendig ausgleichsrelevant. Dass es etwa Regionen gibt, in denen die Krankenhausbedarfsplanung besser funktioniert als in anderen Landesteilen, musste den Gesetzgeber – unabhängig von einem

möglichen Einfluss der Kassen – nicht zur Berücksichtigung veranlassen. Ziel ist es, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung insgesamt zu verbessern, nicht aber, regionale Unwirtschaftlichkeiten durch Zuweisung eines höheren Beitragsbedarfs zu subventionieren und damit zu verfestigen“ (ebenda, Ziffer 207).

Diese Argumentation verweist auf die genannten allokativen und distributiven Probleme, die eine Berücksichtigung von – wenngleich aus Kassensicht weithin exogenen – regionalen Einflussfaktoren des Ausgabengeschehens hätte: Der Status quo würde verfestigt, was im Fall einer „besseren“ Versorgung (erstes Argument) erwünscht sein kann, im Fall einer „unnötig überdimensionierten“ (und damit unwirtschaftlichen) Versorgung (zweites Argument) aber wohl in jedem Fall unerwünscht wäre. In beiden Fällen wäre es zudem verteilungspolitisch fragwürdig, Beitragszahler in anderen Regionen zu einer Mitfinanzierung der jeweils hausgemachten Mehrausgaben bestimmter Regionen zu verpflichten.

### 3 Drei simultane Reformperspektiven

Was tun? Es gibt unbestritten ein Wettbewerbsproblem für Kassen mit regionalen Tätigkeitsschwerpunkten in besonders ausgabenintensiven Regionen, auf das die Kassen selbst nur sehr begrenzt einwirken können. Dass dieses Problem nicht nur theoretischer Natur ist, hat das Beispiel der City BKK eindrucksvoll gezeigt, die als erste Krankenkasse in der Geschichte der GKV zum 1. Juli 2011 wegen unzureichender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit von der Aufsicht geschlossen wurde. Diese Kasse mit regionalen Tätigkeitsschwerpunkten in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg war zumindest unter den zum Einführungszeitpunkt herrschenden Bedingungen des kassenindividuellen – seinerzeit pauschalen – Zusatzbeitrags nicht konkurrenzfähig. Dass auch die Gefahr unerwünschter regionaler Risikoselektion sehr wohl realer Natur ist, hat das nach Bekanntwerden der Kassenschließung von den anderen Kassen an den Tag gelegte Verhalten gezeigt, das auf die Abwehr der bis zuletzt in der City BKK verbliebenen Mitglieder ausgerichtet war, die – zumindest im Kollektiv – als „ungünstige Risiken“ eingestuft wurden (vergleiche Jacobs et al. 2012, 4 f.).

Das Wettbewerbsproblem ist also sehr wohl erkannt, weshalb abschließend drei simultane Reformperspektiven skizziert werden sollen.

#### 3.1 Gezielte Weiterentwicklungen des RSA

Der morbiditätsorientierte RSA ist bewusst als lernendes System installiert. Wie schon erwähnt, hat sich der Wissenschaftliche Beirat in seinem 2011 vorgelegten Evaluationsbericht zum

morbiditätsorientierten RSA auch ausführlich mit regionalen Perspektiven befasst. Dabei ist er zu dem Ergebnis gekommen, dass es beim morbiditätsorientierten RSA „zu Unterdeckungen in Kernstädten und Überdeckungen im umliegenden Verdichtungsraum kommt“, die „gegenüber dem alten Risikostrukturausgleich zwar reduziert, aber nicht beseitigt werden (konnten)“ (Drösler et al. 2011, 2 f.). Dem Beirat zufolge würde „eine Einbeziehung von Regionalfaktoren im Risikostrukturausgleich, die auf Ländergrenzen abstellt, aus wissenschaftlicher Sicht zu kurz greifen“; außerdem stelle sich „die Frage, ob der Risikostrukturausgleich das richtige Instrument für die Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist“ (ebenda, 3).

Diese Frage muss ebenso wie viele weitere Fragen zur zweckmäßigen Weiterentwicklung des RSA gründlich analysiert werden. So könnte im Hinblick auf die Frage des Einbezugs von Regionalfaktoren etwa geprüft werden, ob sich das Beispiel der Niederlande gegebenenfalls auch für den deutschen RSA eignet; dort gibt es auf kleinräumiger Ebene eine Regionalvariable im RSA, in der sozioökonomische und angebotsstrukturelle Besonderheiten mit nachgewiesenem Erklärungsgehalt für das jeweilige Ausgabenniveau zusammengefasst sind (vergleiche Buchner und Göppfarth 2014, 101). Aber auch weitere mögliche Weiterentwicklungsoptionen des RSA sollten geprüft werden, wie insbesondere der Wegfall der letztlich völlig willkürlich zustande gekommenen Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten auf maximal 80, die etwa dazu geführt hat, dass Demenz 2012 aus der Liste der im RSA berücksichtigten Krankheiten herausgefallen ist. Das hat zumindest Irritationen ausgelöst, weil gleichzeitig in der Pflegeversicherung gezielte Anstrengungen zur Verbesserung von (Pflege-)Leistungen für Demenzerkrankte unternommen werden (Stichwort: neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff).

Ferner gibt es unverändert Forderungen nach (Wieder-)Einführung eines Hochrisiko- beziehungsweise Hochkostenpools (vergleiche etwa Repschläger et al. 2014), der flankierend zum morbiditätsorientierten RSA das Risiko extremer Ausgabenausreißer mindert und damit zugleich für eine größere Homogenität innerhalb der Morbiditätsgruppen sorgt. Ein weiterer aktueller Reformvorschlag betrifft die Berücksichtigung von Mehrausgaben der Krankenkassen aufgrund von Zuzahlungsbefreiungen ihrer Versicherten, die unter die Härtefall-Regelungen fallen (Lux et al. 2015; auch schon Jacobs et al. 2002). Schließlich gilt es zu beachten, dass der RSA keine deutsche Eigenart darstellt, sondern in vergleichbarer Form in jedem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung als notwendige Wettbewerbsbedingung existiert. Entsprechend hat sich mittlerweile international ein ganzes Forschungsfeld zu Risikoadjustierungs-Verfahren herausgebildet (vergleiche Buchner und Göppfarth 2014), dessen fortschreitende Erkenntnisse regelmäßig auf ihre Verwendungsfähigkeit im deutschen RSA-Kontext überprüft werden sollten.

### 3.2 Durchgängig regionale (Zusatz-)Beitragsgestaltung

Die zweite Reformperspektive setzt an der zentralen Ursache der bestehenden Wettbewerbsprobleme an, die aus systematischen regionalen Über- und Unterdeckungen der auf bundesdurchschnittlichen Ausgaben basierenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den tatsächlichen Leistungsausgaben in einzelnen Regionen resultieren. Anknüpfend an die oben zitierte Aussage des Wissenschaftlichen Beirats, wonach es fraglich sei, ob der RSA das richtige Instrument für die Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist, sei auf einen Alternativvorschlag verwiesen, der wohl erstmals 1995 vom Sachverständigenrat Gesundheit unterbreitet wurde (SVR Gesundheit 1995, Ziffer 368): die Kalkulation durchgängig regional differenzierter Beitragssätze aller Kassen (vergleiche entsprechend auch Jacobs et al. 1997; Wasem et al. 2007). Das zentrale Wettbewerbsproblem liegt ja nicht etwa darin, dass der (Zusatz-)Beitragssatz vorwiegend oder ausschließlich in Bayern, Berlin oder Hamburg tätiger Krankenkassen höher ist als derjenige von Kassen mit einer regionalen Konzentration in Sachsen oder Sachsen-Anhalt, denn diese Kassen konkurrieren gar nicht direkt miteinander. Das Wettbewerbsproblem besteht vielmehr darin, dass bei Kassen mit einem Tätigkeitsschwerpunkt in ausgabenintensiven Regionen die vergleichsweise hohen Ausgaben unmittelbar (zusatz-)beitragssatzrelevant wirken, während sie bei ihrer überregional tätigen Konkurrenz im Rahmen einer überregionalen „Beitragssatz-Mischkalkulation“ aufgefangen werden können – wodurch die überregional tätigen Kassen allerdings selbst Wettbewerbsprobleme in besonders ausgabengünstigen Regionen gegenüber den dort tätigen Regionalkassen bekommen. Wenn man diese Situation einmal gedanklich analog zum Fall der City BKK zuspitzt, verschwinden die Regionalkassen in ausgabenintensiven Regionen vom Markt, während die (vormals) überregionalen Kassen in ausgabengünstigen Regionen vom Markt verdrängt werden und damit faktisch selbst zu Regionalkassen werden.

Der Vorschlag, alle Kassen zu einer regional differenzierten (Zusatz-)Beitragssatzkalkulation zu verpflichten – in gewisser Analogie zu den regional differenzierten Prämien in der Kfz-Haftpflichtversicherung, wo etwa für einen VW Golf in Berlin oder München ceteris paribus eine deutlich höhere Versicherungsprämie gezahlt werden muss als in der Oberpfalz oder der Uckermark –, hat in den 1990er-Jahren wenig positive Resonanz gefunden. Er wurde teilweise durch die Unterstellung diskreditiert, dass alle überregionalen Kassen organisatorisch zerschlagen werden sollten (was jedoch keineswegs der Fall war) oder – bei Abkehr von der bundesweiten Geltung des Solidarausgleichs – mit einem rein regionalen RSA in einen Topf geworfen (was aber gleichfalls nicht zwingend angedacht war). Ein unbestreitbarer Vorteil gegenüber damals besteht immerhin darin, dass die Kalkulation regional differenzierter (Zusatz-)Beitragssätze – noch einmal in aller Deutlichkeit: bei

## ÜBERSICHT 1

## Zentrale Entwicklungsschritte beim Risikostrukturausgleich

Jahr	gesetzliche Grundlage	Inhalt
1992	Gesundheitsstrukturgesetz	bundesweiter, kassenübergreifender RSA (getrennt in Ost und West) 1994 noch ohne, ab 1995 mit Einbezug der Krankenversicherung der Rentner; Ausgleich von Unterschieden beim Einkommen (zu rund 92 Prozent), bei den mitversicherten Familienangehörigen und bei der Morbidität nach Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente
1998	GKV-Finanzstärkungsgesetz	Einführung des gesamtdeutschen Finanzkraftausgleichs in drei Schritten 1999 bis 2001
1999	Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung	schrittweise Einführung des vollständigen gesamtdeutschen RSA von 2001 bis 2007
2001	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung	Erweiterung des RSA durch einen direkten Morbiditätsbezug (vorgesehen ab 2007); gesonderte Berücksichtigung von Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (DMP) ab 2002; Einrichtung eines GKV-weiten Risikopools (Schwellenwert: 20.450 Euro)
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	direkt morbiditätsorientierter RSA für 50 bis 80 Krankheiten und Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds 2009; Programmkostenpauschale für eingeschriebene DMP-Versicherte; Abschaffung des Risikopools

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

unverändertem Fortbestand des bundesweiten RSA – angesichts der mittlerweile verfügbaren Datengrundlagen und informationstechnologischen Möglichkeiten keinen besonders großen Aufwand mehr bedeuten würde. Zu beantworten wäre dagegen unverändert die Frage nach der zweckmäßigen Regionsabgrenzung, wobei jedoch spätestens seit dem Evaluationsbericht des RSA-Beirats klar ist, dass die Länder – zumindest heterogene Flächenstaaten – deutlich zu groß sind.

### 3.3 Erweiterung vertragswettbewerblicher Handlungsfreiräume

Die dritte Reformperspektive ist schließlich unmittelbar mit dem Kriterium der direkten Beeinflussbarkeit relevanter Determinanten des Leistungs- und Ausgabengeschehens durch die Krankenkassen verknüpft: die deutliche Erweiterung wirksamer Handlungsparameter der Kassen zur gezielten Beeinflussung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung sowie der Wettbewerbsanreize ihrer potenziellen (Selektiv-) Vertragspartner (Jacobs 2012; Oberender und Zerth 2014). Diese Reformperspektive ist im Prinzip ein Thema für sich und soll hier nur der Vollständigkeit halber kurz angesprochen werden. So folgerichtig und konsequent die Weiterentwicklung des RSA seit seiner 1994/95 erfolgten Einführung bis heute verlaufen ist (siehe Übersicht 1), so widersprüchlich und inkonsequent war seither die Entwicklung vertragswettbewerblicher Spielräume. Übersicht 2 vermittelt davon einen exemplarischen Eindruck für die Entwicklung in drei Versorgungsbereichen bis vor Verabschiedung des aktuell in der parlamentarischen Beratung befindlichen

GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, das angesichts seiner ausgeprägten Kleinteiligkeit (Stichworte: Zweitmeinung, Krankenhausentlassmanagement und Arztkonferenz-Vergabestellen als Regelungsobjekte der Gesetzgebung) sowie zusätzlicher wettbewerbswidriger Maßnahmen (Stichwort: zentraler Innovationsfonds; vergleiche Jacobs 2010) jedoch nicht geeignet erscheint, die grundsätzlich skeptische Einschätzung zu revidieren. Daran kann auch die in Aussicht gestellte Erleichterung des Zustandekommens von Selektivverträgen nichts ändern, zumal das zentrale Bereinigungsproblem einmal mehr nicht hinreichend gelöst zu werden scheint. Insoweit ist wohl – leider! – Ulrich und Wille zuzustimmen, die bei ihren Ausführungen zur Beeinflussbarkeit des Ausgabengeschehens aus Kassensicht feststellen, dass sich eine „ordnungspolitisch überwiegend wünschenswerte“ Entwicklung, dass die „Krankenkassen künftig vom Gesetzgeber erheblich mehr Wettbewerbsparameter erhalten und damit Mengen und Preise von Gesundheitsleistungen in einem nennenswerten Umfang steuern können“, derzeit nicht abzeichnet (Ulrich und Wille 2014, 27).

Wenn dem so ist, stellt sich in letzter Konsequenz aber die Frage nach Sinn und Zweck eines wettbewerblichen Krankenkassensystems inklusive Risikostrukturausgleich. Wenn immer mehr verbindlich einheitlich und gemeinsam geregelt wird – ob im Einzelnen durch den „großen“ oder „kleinen“ Gesetzgeber oder auf Bundes- oder Landesebene ist dabei letztlich unerheblich –, verlieren Wahlfreiheit und Kassenwettbewerb jegliche Substanz und das plurale Krankenkassensystem seine Legitimation. Zur Verdeutlichung der bundesweiten Geltung des Solidarprinzips der

## ÜBERSICHT 2

## Entwicklung und Bewertung besonderer Versorgungsformen

Entwicklung des rechtlichen Rahmens		
Hausarztzentrierte Versorgung (Paragraf 73b SGB V)	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Paragraf 116b SGB V)	Integrierte Versorgung (Paragraf 140a ff. SGB V)
<p><b>2004:</b> Einführung selektivvertraglich mit Angebotspflicht; umfassende Vorgaben durch Gesamtverträge der Kollektivvertragsparteien (zu Vergütung, Qualitätsanforderungen, Bereinigung)</p> <p><b>2007:</b> Wegfall der inhaltlichen Vorgaben durch Gesamtverträge; Verschärfung der Angebotspflicht (flächendeckend); unzureichende Vorschriften zur Bereinigung</p> <p><b>2009:</b> nochmalige Verschärfung der Angebotspflicht mit faktischem Vertragsanspruch des Hausärzterverbands auf Schiedsbasis</p> <p><b>2011:</b> Vorgabe von Beitragssatzstabilität oder Nachweis von Einsparungen bei Vertragsabschluss</p> <p><b>2014:</b> fast wieder wie 2009</p>	<p><b>2004:</b> Einführung als „ambulante Versorgung im Krankenhaus“ selektivvertraglich mit weitreichenden Gestaltungsoptionen; zwei zentrale Anreizdefizite der Kassen: kein Morbi-RSA (Gefahr: Selbstselektion von teuren Kranken), keine Bereinigungsvorschrift (drohende Doppelfinanzierung)</p> <p><b>2007:</b> Abschaffung der Vertragsbasierung, dafür Bestimmungslösung durch Länder auf Antrag von Krankenhäusern</p> <p><b>2012:</b> „Wer kann, der darf“: Anbieterwettbewerb ohne Vertragsbasierung und Mengensteuerung auf Basis von Einzelleistungsvergütung; Abgrenzungsgezerre im Gemeinsamen Bundesausschuss zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung</p>	<p><b>2000:</b> Einführung selektivvertraglich mit umfassenden Vorgaben durch Gesamtverträge der Kollektivvertragsparteien, einseitige Beitrittsrechte Dritter, keine wirksamen Bereinigungsvorschriften</p> <p><b>2004:</b> Wegfall von Vorgaben durch Gesamtverträge und Beitrittsrechte, dreijährige Anschubfinanzierung durch Ein-Prozent-Pauschalabzug von ambulanter und stationärer Gesamtvergütung als Ersatz für fehlende Bereinigungsvorschriften</p> <p><b>2007:</b> zweijährige Verlängerung der Anschubfinanzierung</p> <p><b>2011:</b> Ausweitung des Kreises der möglichen Vertragspartner (Pharma-/Medizinproduktehersteller)</p>
Kommentar		
Die Verpflichtung zu einem (zudem flächendeckenden) Angebot einer bestimmten Vertragsform passt nicht zum Vertragswettbewerb, ebenso wenig der schiedsfähige Vertragsanspruch eines Akteurs und die Nachweispflicht von Einsparungen eines Selektivvertrags. Trotz vieler Änderungen gibt es bis heute keine hinreichend wirksame Vorschrift zur Bereinigung.	Bei der Bestimmungslösung (2007 bis 2011) und bei der neuen Regelung „Wer kann, der darf“ (ab 2012) spielen Krankenkassen als Vertragspartner keine Rolle mehr. Vor einer Ausweitung dieses neuen Sektors auf weitere Leistungen kann ohne Rückkehr zu einer vertragswettbewerblichen Lösung nur gewartet werden (siehe auch SVR Gesundheit 2012).	Selektivvertragsoption mit nach wie vor großem Potential. Ambivalente Erfahrungen mit der Anschubfinanzierung: umfangreiche Selektivvertragsaktivitäten, aber auch Mitnahme- und PR-Effekte, keine echte Bereinigung. Ende der Anschubfinanzierung zeitgleich mit Einführung des Gesundheitsfonds und dominanter Zusatzbeitrags-Phobie. Ungewisse Auswirkungen der Einführung des Innovationsfonds ab 2016.

Quelle: eigene Darstellung, basierend auf Jacobs 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

GKV hat das Bundesverfassungsgericht in seinem bereits mehrfach zitierten RSA-Urteil von 2005 auch festgestellt: „Der einfache Gesetzgeber wäre (...) von Verfassungs wegen nicht gehindert, alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zusammenzufassen und in einem Bundesamt für Krankenversicherung als bundesunmittelbare Körperschaft zu organisieren“ (*BVerfG 2005, Ziffer 147*). Vielleicht sollte er es einfach tun. Beitragssatzunterschiede, Wettbewerbsverzerrungen, regionale Ungerechtigkeiten wären auf einen Schlag verschwunden. Und weil der Glaube an die Steuerungsfähigkeit zentralplan- und kollektivwirtschaftlicher Instrumente bei den Gesundheitspolitikern nahezu jeder politischen Couleur offenkundig unerschütterlich ist, wären Einbußen bei Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Versorgung wohl auch kaum zu befürchten. Oder etwa doch?

## Literatur

- Buchner F, Göppfarth D (2014):** Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei, 77–117
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2014):** Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich decken den Versorgungsbedarf in Bayern. Vergleich von Gesundheitsfonds und Länderfinanzausgleich ist abwegig. Pressemitteilung Nr. 5/2014 vom 2.10.2014
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2015):** Urteil 2 BvF 2/01 zum Risikostrukturausgleich vom 18.7.2005
- Busse R et al. (2007):** Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im

morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich; [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) -> Risikostrukturausgleich -> Wissenschaftlicher Beirat (Zugriff: 20.3.2015)

**Cassel D, Jacobs K (2008):** Risikostrukturausgleich und Prävention: Zur Problematik der versorgungspolitischen Instrumentalisierung des Morbi-RSA. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. St. Augustin: Asgard, 185–212

**Drösler S et al. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Endfassung vom 22.6.2011; [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) -> Risikostrukturausgleich -> Wissenschaftlicher Beirat (Zugriff: 20.3.2015)

**Gaßner M (2015):** Bavaricus non calculat. 2,16 Milliarden Euro oder 600 Millionen Euro? Welt der Krankenversicherung, Jg. 4, Heft 2/3, 42–43

**Göppfarth D (2013):** Was wissen wir über die regionale Variation der Gesundheitsausgaben? Und was bedeutet das für den Risikostrukturausgleich? Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 6, 29–35

**Jacobs K (2010):** Der Innovationsfonds – ein ordnungsökonomischer Irrläufer. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Volume 15, Ausgabe 2, 67–69

**Jacobs K (2012):** Wettbewerb in Fesseln. Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 15, Heft 7/8, 24–29

**Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J (2002):** Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos

**Jacobs K, Reschke P, Wasem J (1997):** Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos

**Jacobs K, Schröder WF, Wasem J (2012):** Regionalität – Anmerkungen aus ordnungspolitischer Sicht. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer, 3–18

**Lux G, Schillo S, van der Linde K et al. (2015):** Die Berücksichtigung von Zuzahlungsbefreiungen im RSA – Ausgestaltungsmöglichkeiten und Wirkungen einer erweiterten Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren. IBES-Diskussionsbeitrag Nr. 207, Universität Duisburg-Essen, Januar 2015

**Oberender P, Zerth J (2014):** Selektivverträge als „ökonomischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung.

Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei, 173–198

**Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (2014):** Macht der medizinische Fortschritt die Wiedereinführung des Risikopools erforderlich? Eine empirische Analyse von Hochkostenfällen. In: dies. (Hrsg.): BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014, Wuppertal, 90–108

**Rürup B, Wille E (2007):** Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer. Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit, Darmstadt/Mannheim: mimeo

**SVR Gesundheit (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1995):** Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 1995, Baden-Baden: Nomos

**SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bern: Huber

**Stamm B (1998):** Wettbewerbsföderalismus in der Sozialversicherung: Mehr Verantwortung und Gestaltungsspielraum für die Bundesländer. Forum für Gesellschaftspolitik, Jg. 4, Februar, 29–32

**StMG (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) (2014):** Bayern durch Gesundheitsfonds zunehmend belastet – Gutachten belegt Umverteilung – Ministerin Huml fordert mehr Gerechtigkeit durch Regionalfaktor. Pressemitteilung Nr. 239/GP vom 1.10.2014

**StMG (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) (2015):** Huml verstärkt Druck für Entlastung Bayerns bei Gesundheitsfonds – Bayerns Gesundheitsministerin: Verteilungsgerechtigkeit muss endlich verbessert werden. Pressemitteilung Nr. 10/GP vom 18.1.2015

**Ulrich V, Wille E (2014):** Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bayreuth/Mannheim; [www.stmgp.bayern.de/service/doc/2014\\_09\\_21-endbericht-rsa\\_bayern.pdf](http://www.stmgp.bayern.de/service/doc/2014_09_21-endbericht-rsa_bayern.pdf) (Zugriff: 20.3.2015)

**Wasem J, Greß S, Jacobs K (2007):** Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard, 139–162

## DER AUTOR



**Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,**

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.