

# Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut

von Klaus Jacobs<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Der Risikostrukturausgleich** in der gesetzlichen Krankenversicherung ist Gegenstand ständiger Auseinandersetzungen. Dabei gibt es viele Missverständnisse über seine Funktion und Funktionsweise. Zudem wird der Ausgleich zwischen den Krankenkassen häufig für Probleme verantwortlich gemacht, mit denen er nichts zu tun hat und die folglich auch nicht durch Korrekturen am Ausgleichsmechanismus gelöst werden können. Hierzu werden in dem Beitrag Beispiele aus der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion behandelt.

**Schlüsselwörter:** Risikostrukturausgleich, Krankenkassenwettbewerb, Gesundheitsfinanzierung

*The risk adjustment scheme of the statutory health insurance is a matter of constant debate. Misunderstandings about its function and functioning persist. On top of this, the scheme is often held responsible for problems with which it has in fact nothing to do and which, therefore, cannot be solved by correcting the risk adjustment scheme. The article analyses some recent examples.*

**Keywords:** risk adjustment scheme, competition of health insurance funds, health care financing

## 1 Auseinandersetzungen um den RSA

Seit es den Risikostrukturausgleich (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt, ist dieser technische Kern der GKV-Wettbewerbsordnung Gegenstand von Auseinandersetzungen. Das liegt grundsätzlich in seiner Natur als „Geldverteilungsmaschine“ (*BKK 2015 a*) und geht anderen Ausgleichsmechanismen wie etwa dem Länderfinanzausgleich kaum anders. Dabei lassen sich beim RSA zwei Formen von Auseinandersetzungen unterscheiden: einerseits der wissenschaftliche Diskurs um die Verbesserung des Ausgleichssystems, damit es seine Funktion im Rahmen der GKV-Wettbewerbsordnung noch besser erfüllen kann, und andererseits Positionierungen von direkt oder indirekt Betroffenen, die für eine aus ihrer Sicht möglichst vorteilhafte Ausgestaltung eintreten.

So wichtig und notwendig der wissenschaftliche Diskurs über die zweckmäßige Weiterentwicklung des RSA ist – dieser wird seit Einführung der direkten Morbiditätsorientierung 2009 bewusst als lernendes System verstanden –, so verständlich und legitim sind auch die mal mehr und mal weniger erkennbar interessengeleiteten Forderungen nach RSA-Korrekturen, die von einzelnen Kassen oder Kassenverbänden, aber auch etwa

aus dem Kreis der Bundesländer gestellt werden. Allerdings offenbaren sie vielfach ein beachtliches Maß an Unkenntnis über die Funktion und Funktionsweise des RSA. Das wird auch daran sichtbar, dass der RSA für bestimmte Problemlagen verantwortlich gemacht wird, mit denen er gar nichts zu tun hat und die folglich auch nicht durch Korrekturen des RSA gelöst werden können.

Beide Sachverhalte – einerseits offenkundige Missverständnisse zu Aufgabe und Wirkungsweise des RSA (dazu auch *Göpffarth 2013*) sowie andererseits sein Missbrauch als Prügelnabe für Probleme, mit denen er nichts zu tun hat – sollen im Folgenden anhand von einigen prägnanten Beispielen aus der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion behandelt werden.

## 2 Kein Ausgleich von Ist-Ausgaben

Ein weitverbreitetes Missverständnis zum RSA kommt in der Aussage zum Ausdruck, dass manche Krankenkassen – analog aber auch fiktiv gebildete Einheitskassen auf Kreis- oder Landesebene – mehr Geld aus dem RSA bekämen, als sie

<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

zur Deckung ihrer tatsächlichen Ausgaben bräuchten (siehe etwa *IKK 2015; WdK 2014; StMGP 2015*). Mit dieser Aussage verbindet sich zumeist der entweder explizit erhobene oder doch zumindest implizit mitschwingende Vorwurf der Ungerechtigkeit. Davon kann jedoch keine Rede sein, denn dass die RSA-Zuweisungen bei einzelnen Kassen die tatsächlichen Ausgaben übersteigen, ist grundsätzlich bei jedem RSA der Fall, und zwar aus gutem Grund. Der RSA gleicht nämlich bewusst keine tatsächlichen (Ist-)Ausgaben der Kassen aus, sondern orientiert sich an standardisierten (Durchschnitts-)Ausgaben nach bestimmten Strukturmerkmalen der Versicherten einer Kasse, im Wesentlichen nach deren Alter, Geschlecht und Morbidität. Das sind vom Grundsatz her dieselben Merkmale, die auch bei der Kalkulation der risikoäquivalenten Beiträge in der privaten Krankenversicherung (PKV) entscheidend sind (*PKV 2015, 4*) – mit der Einschränkung, dass dort seit Ende 2012 nur noch geschlechtsneutrale Tarife aufgelegt werden dürfen. Zwar gibt es in der GKV wegen der solidarischen Finanzierung keine risikoäquivalenten Beiträge, doch eint die beiden Krankenversicherungssysteme GKV und PKV – bei allen sonstigen Unterschieden –, dass das individuelle Krankheitskostenrisiko der Versicherten maßgeblich von deren Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand bestimmt wird und somit beim RSA, der in der GKV gewissermaßen risikoäquivalente Beiträge simuliert, praktisch dieselben Merkmale eine Rolle spielen wie bei der Prämienkalkulation der PKV.

Hier wie dort geht es aber nicht um tatsächliche Ausgaben, sondern um geschätzte Ausgabenrisiken – in der GKV im Hinblick auf die im Folgejahr im Durchschnitt zu erwartenden Ausgaben aller Versicherten mit bestimmten Strukturmerkmalen. Dabei mag es durchaus als ungerecht empfunden werden, wie die versichertenbezogenen RSA-Zuweisungen im Einzelnen ermittelt werden. Dazu gehört zum Beispiel, dass es für Versicherte mit Krankheit A einen Morbiditätszuschlag gibt, für Versicherte mit Krankheit B aber nicht, weil das Gesetz zurzeit nur für maximal 80 Krankheiten Morbiditätszuschläge zulässt und deshalb eine Auswahl getroffen werden muss. Das ändert jedoch nichts daran, dass es bei jedem RSA aufgrund der standardisierten Zuweisungen bei einzelnen Kassen immer zu Überdeckungen ihrer tatsächlichen Ausgaben kommt und bei anderen Kassen zu Unterdeckungen. Bei einem anders ausgestalteten RSA wären davon jeweils andere Kassen betroffen, aber dass die RSA-Zuweisungen praktisch bei allen gut 120 Krankenkassen in Bezug auf die Deckung ihrer Ausgaben in der Summe genau zu einer Punktlandung führen, ist schlechterdings unmöglich.

Warum im RSA keine tatsächlichen Ausgaben ausgeglichen werden, liegt an den erwünschten Anreizwirkungen in Bezug auf die aktive Beeinflussung der Ausgaben durch die Kassen: „Krankenkassen können ihre Ausgaben zum Teil beeinflussen (...). Dadurch können ihre tatsächlichen Ausgaben niedriger

ausfallen als die standardisierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Dies ist für alle Krankenkassen ein starker Anreiz zum wirtschaftlichen Handeln“ (*BKK 2015 a, 9*). Oder anders formuliert: Würden sich die maßgeblich durch den RSA bestimmten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an der Höhe der tatsächlichen Ausgaben der Kassen orientieren, gingen entscheidende Wirtschaftlichkeitsanreize verloren. Das ist in der GKV noch gut bekannt, denn hier gab es schon einmal einen vollständigen Ausgabenausgleich, nämlich von 1978 bis 1994 in der sogenannten Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Die Einschätzung, wonach „das Interesse der Einzelkasse an Wirtschaftlichkeit (...) in der KVdR eindeutig auf der Strecke (bleibt)“ (*Schneider 1994, 71*), wurde damals einhellig geteilt und führte in der Konsequenz zur Abschaffung des KVdR-Finanzausgleichs in Gestalt der 1995 vollzogenen Integration der KVdR in den GKV-weiten RSA.

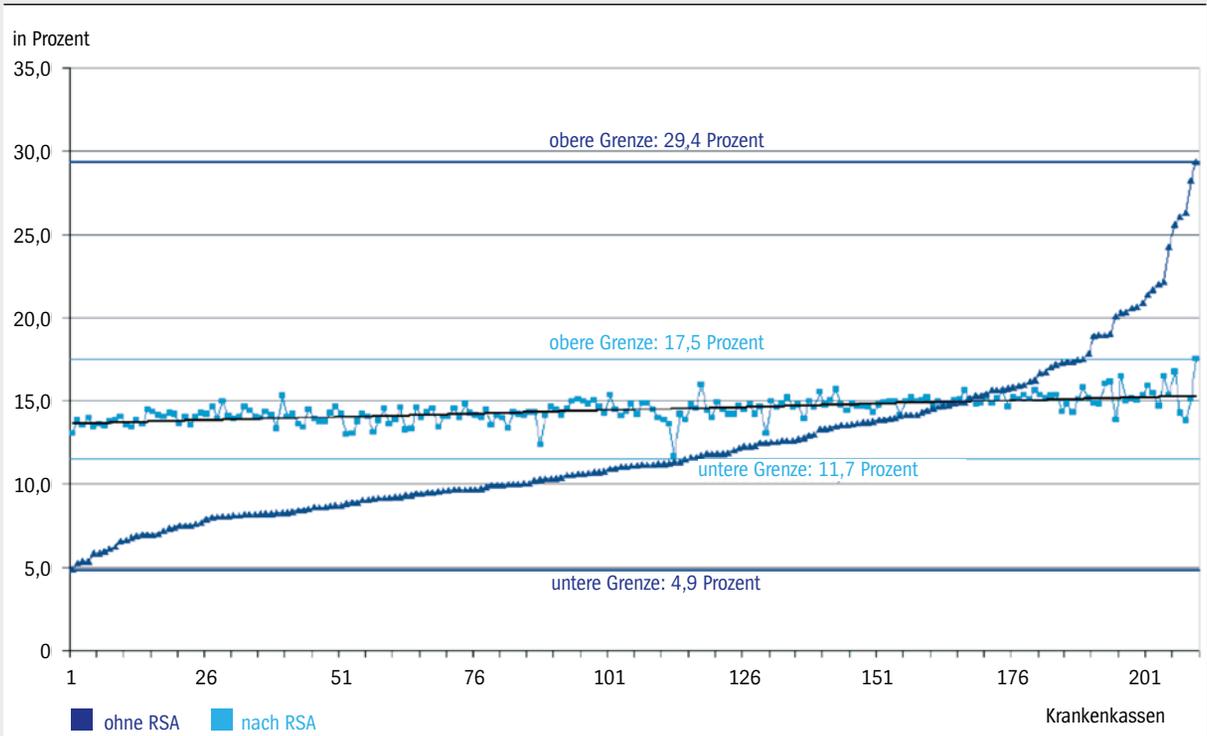
### 3 Zwangsläufige Zusatzbeitragsunterschiede

Wenn Über- beziehungsweise Unterdeckungen der tatsächlichen Ausgaben durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds somit untrennbar mit dem RSA verbunden sind – noch einmal: mit jedem wie auch immer konkret ausgestalteten RSA, der sich an durchschnittlichen Ausgabenrisiken orientiert –, gilt dies logischerweise auch für die ausgabendeckenden (Zusatz-)Beiträge der einzelnen Kassen. Auch wenn es über ihren Stellenwert im Kassenwettbewerb durchaus unterschiedliche Auffassungen gibt, sind Zusatzbeitragsunterschiede als Wettbewerbssignal grundsätzlich politisch gewünscht. Andernfalls wäre der RSA aber auch vollkommen fehl am Platze, denn wer keinerlei (Zusatz-)Beitragsunterschiede zwischen den Kassen will – sei es, weil Kassenwettbewerb generell abgelehnt wird (dann bräuchte man allerdings auch kein plurales Kassensystem) oder weil sich der Wettbewerb ausschließlich auf Qualitäts- und Serviceaspekte beziehen soll –, benötigt einen Ausgaben- beziehungsweise Zusatzbeitragsausgleich, aber keinen RSA.

Dass der RSA kein pauschaler Ausgaben- beziehungsweise Beitrags(satz)ausgleich ist, veranschaulicht sehr gut eine Grafik des Bundesversicherungsamtes mit Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2007 (Abbildung 1). Dort sind alle (zu diesem Zeitpunkt noch deutlich über 200) Krankenkassen nach der Höhe ihrer ausgabendeckenden Beitragssätze ohne RSA aufgetragen (dunkelblaue Linie) – mit einer Spanne von 4,9 bis 29,4 Prozent. Nach Durchführung des damals noch weitgehend rein demografischen RSA (primär nach Alter und Geschlecht der Versicherten) einschließlich eines noch unvollständigen Finanzkraftausgleichs (der nur rund 92 Prozent der Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder beitragssatzwirksam neutralisierte) reichte

ABBILDUNG 1

## Ausgabendeckende Beitragssätze 2007 vor und nach RSA



Quelle: BVA; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

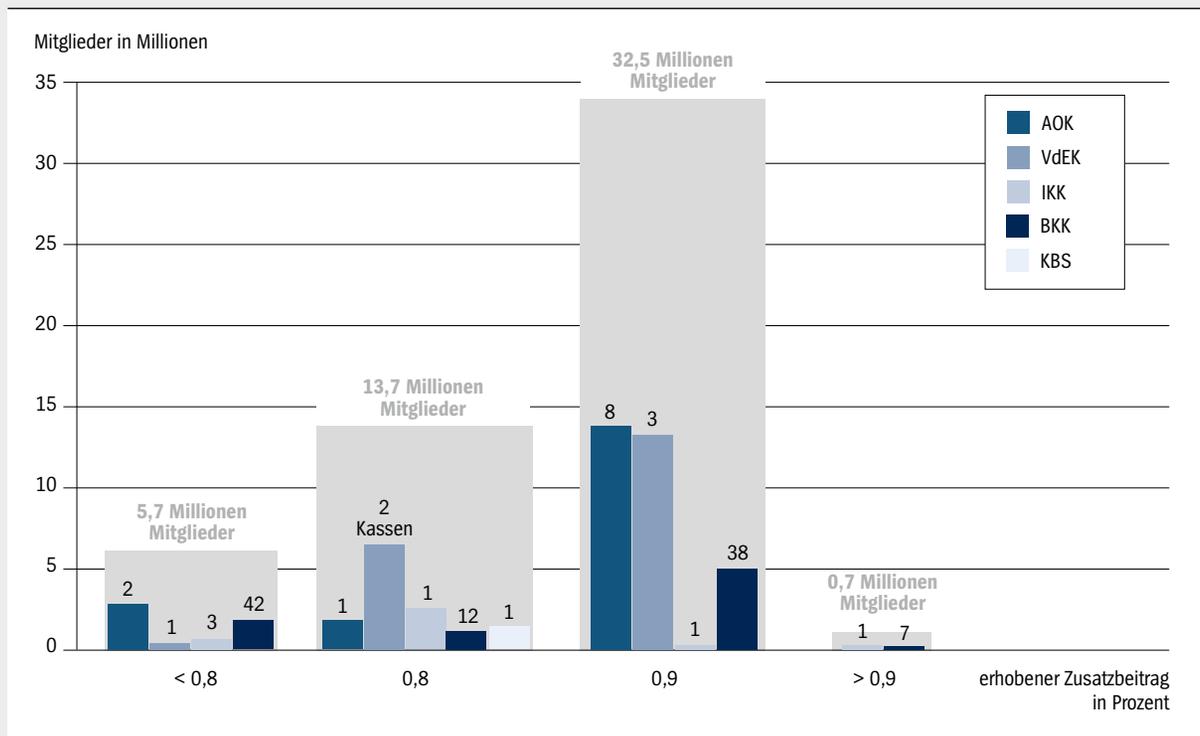
die Spanne der ausgabendeckenden Beitragssätze (hellblaue Linie) nur noch von 11,7 bis 17,5 Prozent. Aber nicht nur die Beitragssatzspanne wurde durch den RSA deutlich verringert, sondern es kam auch zu etlichen Veränderungen in der Reihenfolge der Kassen – so hatte etwa nach RSA eine Kasse den günstigsten ausgabendeckenden Beitragssatz, die ohne RSA noch im Mittelfeld gelegen hatte.

Anhand der Abbildung lässt sich gleich noch mit einem weiteren Missverständnis aufräumen, wonach der RSA angeblich zu Verzerrungen führt. Umgekehrt wird ein Schuh draus, denn der RSA baut gerade Verzerrungen ab, und zwar auftragsgemäß solche, die aus der unterschiedlichen Betroffenheit der einzelnen Kassen bei der Wahrnehmung allgemeiner Solidaraufgaben der GKV resultieren. Ohne RSA wären die Beitragssatz-Verzerrungen eklatant gewesen, doch wurden sie durch den vor 2009 gültigen RSA bereits deutlich verringert. Allerdings blieben noch immer beträchtliche Verzerrungen bestehen, vor allem solche, die

auf Unterschieden in den Solidarmerkmalen Morbidität und Finanzkraft der Kassen beruhen (siehe *Jacobs et al. 2002*). Eine vergleichbare Darstellung für den Status quo unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten RSA nebst vollständigem Finanzausgleich würde zeigen, dass sich die Spanne der ausgabendeckenden Beitragssätze nach RSA – ab 2015 in Gestalt der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge – gegenüber 2007 noch einmal deutlich verringert hat, ohne dass Unterschiede jedoch vollständig verschwunden wären. Dabei ist im Einzelnen stets zu prüfen, ob und inwieweit es sich dabei noch immer um Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Solidarlasten handelt, die im aktuellen RSA (noch?) nicht berücksichtigt werden, oder aber um funktionale Beitragsunterschiede, die etwa aus unterschiedlichen Leistungsangeboten und/oder Wirtschaftlichkeitserfolgen der Kassen resultieren. Diese zweite Kategorie von Beitragsunterschieden gehört zwangsläufig zu einem Wettbewerbssystem mit RSA; sie stellt insoweit kein grundsätzliches Wettbewerbsproblem dar, sondern

ABBILDUNG 2

## Mitglieder und Kassen nach der Höhe der Zusatzbeiträge 2015



48 Kassen mit insgesamt 5,7 Millionen Mitgliedern erheben 2015 einen Zusatzbeitrag von weniger als 0,8 Prozent, 17 Kassen (13,7 Millionen Mitglieder) liegen bei 0,8 Prozent, 50 (32,5 Millionen Mitglieder) bei 0,9 Prozent und acht (0,7 Millionen Mitglieder) über 0,9 Prozent.

ist vielmehr eine zentrale Wettbewerbsbedingung (zu unterschiedlichen Determinanten von Beitragssatzunterschieden siehe aktuell *Wasem 2015, 31 f.*).

Wie groß die Unterschiede in den ausgabendeckenden Zusatzbeiträgen der zurzeit noch gut 120 Krankenkassen derzeit sind, lässt sich für das laufende Jahr 2015 naturgemäß noch nicht ermitteln. Einen ersten Eindruck hinsichtlich der Größenordnung vermittelt aber ein Blick auf die Spanne der erhobenen Zusatzbeiträge, die aktuell zwischen 0,0 und 1,3 Prozent liegt. Wie die GKV-Mitglieder davon betroffen sind, zeigt Abbildung 2. Danach gehören 5,7 Millionen beziehungsweise knapp elf Prozent aller Mitglieder einer der insgesamt 48 Krankenkassen mit einem Zusatzbeitrag unterhalb von 0,8 Prozent an, 13,7 Millionen beziehungsweise 26 Prozent einer von 17 Kassen mit einem Zusatzbeitrag von 0,8 Prozent, 32,5 Millionen beziehungsweise fast 62 Prozent einer von 50 Kassen mit einem Zusatzbeitrag von 0,9 Prozent und rund 700.000 Mitglieder einer der acht Kassen mit einem Zu-

satzbeitrag von mehr als 0,9 Prozent. Rund 88 Prozent aller GKV-Mitglieder zahlen somit aktuell einen Zusatzbeitrag von 0,8 oder 0,9 Prozent. Zugleich macht Abbildung 2 deutlich, dass Unterschiede bei den Zusatzbeiträgen keineswegs entlang von Kassenarten verlaufen. Dem Versuch einer Wiederbelebung der aus wettbewerbslicher Sicht längst überholten Kassenarten-Perspektive (siehe etwa *BKK 2015 c; IKK 2015*) fehlt somit im Hinblick auf den Wettbewerbsparameter Zusatzbeitrag die empirische Fundierung.

#### 4 Ausgabendeckende und erhobene Zusatzbeiträge

Allerdings können die zuletzt betrachteten erhobenen Zusatzbeiträge von den ausgabendeckenden abweichen, wenn Kassen Rücklagen und Vermögen bilden beziehungsweise auflösen. Schon hieran wird deutlich, dass – tatsächliche

TABELLE 1

## GKV-Finanzarchitektur im Wandel vor und nach Einführung des Gesundheitsfonds

Zeit	Gesetz	Beitragsatz	Zusatzbeitrag (nur Mitglieder)	RSA
vor 2009		kassenindividuell; Mitglieder 0,9 Prozent mehr als Arbeitgeber	(noch nicht existent)	Demografie + DMP-Versicherte + rund 92 Prozent Finanz- kraftausgleich
2009 bis 2010	GKV-WSG*	einheitlich 15,5 Prozent zum Gesundheitsfonds (8,2 Prozent Mitglieder und 7,3 Prozent Arbeit- geber)	pauschal oder prozentual; ab acht Euro maximal ein Prozent vom beitrags- pflichtigen Einkommen; kasseninterner Ausgleich	Demografie + Zuschläge für maximal 80 Krankheiten
2011 bis 2014	GKV-FinG**	(unverändert)	nur pauschal; maximal zwei Prozent vom beitragspflichtigen Einkommen; steuerfinanzierter Sozialausgleich	(unverändert)
ab 2015	FQWG***	einheitlich 14,6 Prozent zum Gesundheitsfonds (je hälftig Mitglieder und Arbeitgeber)	nur prozentual; vollständiger Einkommensausgleich	(unverändert)

\*GKV-WSG = GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz; \*\*GKV-FinG = GKV-Finanzierungsgesetz; \*\*\*FQWG = GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz

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

oder vermeintliche – Verzerrungen bei den erhobenen Zusatzbeiträgen keineswegs zwangsläufig dem RSA zuzuschreiben sind und entsprechend auch nicht in jedem Fall durch RSA-Reformen behoben werden können. Das gilt auch für Auseinandersetzungen über künftig womöglich verstärkte drohende Zusatzbeitragsunterschiede. Jetzt rächt sich nämlich die dysfunktionale Ausgestaltung der GKV-Finanzarchitektur zwischen 2009 und 2014, womit ausdrücklich nicht der morbiditätsorientierte RSA gemeint ist, sondern die wettbewerbsuntaugliche Ausgestaltung von Gesundheitsfonds und einkommensunabhängigen (pauschalen) Zusatzbeiträgen (Tabelle 1). Die fast vollständige Vermeidung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen seit Einführung des Gesundheitsfonds und die damit vielfach verbundene Illusion einer weithin gleichmäßig auskömmlichen Finanzlage aller Kassen hatten einige Jahre für eine trügerische Ruhe gesorgt. Damit dürfte es angesichts des erwarteten wachsenden Finanzdrucks auf die GKV jedoch bald vorbei sein.

Normalerweise sollte es in der umlagefinanzierten GKV auf längere Sicht gar keine große Differenz zwischen dem ausgabendeckenden und dem tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag geben. Allerdings war die GKV-Finanzarchitektur zwischen 2009 und 2014 alles andere als normal. Mit dem 2007 verabschiedeten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hatte die damalige Große Koalition den Gesundheitsfonds eingeführt, in den – neben dem Bundeszuschuss zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben – alle GKV-Mitglieder unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit Beiträge auf der Grundlage eines einheitlichen Beitragsatzes entrichten. Im Fall einer Unterdeckung ihrer Ausgaben durch die Zuweisun-

gen aus dem Gesundheitsfonds sollten die Kassen den Fehlbeitrag über pauschale kassenindividuelle Zusatzbeiträge finanzieren, während für den Fall von Überdeckungen die Möglichkeit von Ausschüttungen an die Mitglieder vorgesehen war (wohlgemerkt als Kann-Bestimmung; siehe Paragraph 242 Absatz 2 SGB V in der Fassung des GKV-WSG).

Dass pauschale Zusatzbeiträge (in absoluten Eurobeträgen) eine deutlich höhere Preistransparenz aufweisen als einkommensabhängige Zusatzbeiträge und somit zu einer Verschärfung des Preiswettbewerbs führen, steht außer Frage. Das war bei der Einführung des Gesundheitsfonds speziell von den Unionsparteien auch ausdrücklich erwünscht – man erinnere sich, dass sie ursprünglich sogar mit dem Konzept einer umfassenden Gesundheitsprämie („Kopfpauschale“) angetreten waren. Der Koalitionspartner SPD mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt stimmte dem GKV-WSG-Kompromiss vor allem deshalb zu, weil es damit endlich zu der im Grundsatz schon Ende 2001 vom Deutschen Bundestag beschlossenen Einführung des morbiditätsorientierten RSA kam. Zudem konnte durch die üppige Anfangsausstattung des Gesundheitsfonds faktisch vermieden werden, dass der ungeliebte Zusatzbeitrag – die „kleine Kopfpauschale“ – beim Start des Gesundheitsfonds überhaupt von einer Kasse erhoben werden musste.

Damit war das Auseinanderfallen von ausgabendeckenden und erhobenen Zusatzbeiträgen jedoch vorgezeichnet, denn obwohl der morbiditätsorientierte RSA gegenüber vorher „zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene“ führte (Drösler et al. 2011, 2), änderte dies

vom Grundsatz her nichts daran, dass manche Kassen zur Deckung ihrer Ausgaben mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds besser und andere schlechter zurechtkamen. So konnten Kassen mit unterdurchschnittlich hohen Ausgaben jahrelang Vermögen aufbauen; abstrakt gesprochen lag ihr erhobener Zusatzbeitrag von null Euro über ihrem ausgabendeckenden Zusatzbeitrag, der rechnerisch negativ gewesen wäre und in der Praxis einer Ausschüttung an die Mitglieder entsprochen hätte.

Dabei war das Verhalten der Kassen, auf mögliche Ausschüttungen zu verzichten und überschüssige Finanzmittel im Hinblick auf die möglichst lange Vermeidung von Zusatzbeiträgen auf die hohe Kante zu legen, aus wettbewerblicher Sicht absolut rational. Das belegen die Erfahrungen derjenigen Kassen, die 2010 und 2011 einen Zusatzbeitrag erheben und erhebliche Mitgliederverluste hinnehmen mussten, die in zwei Fällen sogar zur Schließung der Kasse führten. Umgekehrt konnte eine Kasse mit Ausschüttungen zwar Mitgliederzuwächse verzeichnen, aber keineswegs in einer vergleichbaren Größenordnung (*Eibich et al. 2011, 8f.*). Wenn man zudem die ebenfalls asymmetrische Erfahrung in Rechnung stellt, dass aus Kostengründen abgewanderte Mitglieder kaum jemals zurückzugewinnen sind, während hinzugewonnene Mitglieder genauso schnell wieder verloren gehen können, stellt sich der weitgehende Verzicht auf Ausschüttungen erst recht als rationales Verhalten dar – von anderen guten Gründen für die Bildung von Rücklagen ganz abgesehen, wie zum Beispiel die lange Ungewissheit über den Umgang mit der fehlerhaften Ermittlung von Zuschlägen für Krankheiten mit überdurchschnittlich hoher Sterblichkeit („Methodenfehler“; *Drösler et al. 2011, 142 ff.*).

Wettbewerbspolitisch genauso rational wie der Vermögensaufbau in Zeiten überschüssiger Finanzmittel kann bei wachsendem Finanzdruck die Vermögensauflösung zur Vermeidung höherer Zusatzbeiträge sein. Letztlich wird das Auseinanderfallen von erhobenen und ausgabendeckenden Zusatzbeiträgen damit lediglich fortgesetzt – jetzt allerdings unter umgekehrtem Vorzeichen: Während zuvor ein höherer Zusatzbeitrag erhoben wurde als erforderlich, kann jetzt ein niedrigerer Zusatzbeitrag erhoben werden, als er zur Deckung der laufenden Ausgaben notwendig wäre. Dass die entsprechenden Gestaltungsoptionen zwischen den Kassen unterschiedlich verteilt sind, gilt dabei grundsätzlich genauso wie vorher. Dennoch besteht ein gravierender Unterschied: Der Vermögensaufbau hatte keine unmittelbare Wettbewerbsrelevanz, der Vermögensabbau zur Vermeidung von höheren Zusatzbeiträgen hat sie dagegen sehr wohl. Deshalb mag aktuell durchaus der Eindruck eines neuen Phänomens entstehen, doch tickt diese Zeitbombe bereits seit 2009, und zwar keineswegs im Verborgenen. Mit der Ausgestaltung des RSA hat dieses Phänomen allerdings nichts zu tun, denn es wäre vom Grundsatz her bei jedem wie auch immer konkret ausgestalteten RSA entstanden.

## 5 Rolle der Kassen im Wettbewerb

Oft verbergen sich hinter Forderungen nach RSA-Korrekturen sehr grundsätzliche ordnungspolitische Fragen nach der Rolle der Krankenkassen im Wettbewerb. Dabei spannt sich ein weites Spektrum, das von einer allumfassenden Verantwortung der Krankenkassen für fast alle gesundheitsbezogenen Fragen auf der einen Seite bis zur nahezu vollständigen Unmündigkeit der Kassen auf der anderen Seite reicht. Ein Beispiel für die erste Sicht liefern zum Beispiel Vorstellungen von Jens Baas, Vorstandschef der Techniker Krankenkasse (TK), wonach „Volkskrankheiten wie etwa Diabetes als Massenphänomen im Morbi-RSA weniger stark berücksichtigt werden (sollten), weil sie sich durch Lebensstilveränderungen verhindern oder in ihrem Fortschreiten günstig beeinflussen lassen“, wobei „die Kassen (...) in die Pflicht genommen werden (sollten), ihre Versicherten dabei zu unterstützen“ (*Laschet 2015*). Zunächst schwingt bei dieser Aussage ein beliebtes weiteres Missverständnis zur Funktionsweise des RSA mit, nämlich dass es für die Finanzlage einer Kasse vorteilhaft sei, wenn die eigenen Versicherten möglichst krank und die RSA-Zuweisungen demzufolge möglichst hoch sind. Das ist jedoch falsch, weil für die Finanzposition einer Kasse nicht die Höhe der Zuweisungen entscheidend ist, sondern die Differenz zwischen den Zuweisungen und den tatsächlichen Ausgaben, sprich: der Deckungsbeitrag. Ob der sich jedoch verbessert, wenn Versicherte kränker beziehungsweise nicht gesünder werden, ist gerade bei einem prospektiv ausgestalteten RSA alles andere als gewiss – zumindest weit ungewisser als die mit einem absolut oder relativ schlechteren Gesundheitszustand verbundenen höheren Leistungsausgaben (vergleiche *Cassel und Jacobs 2009*). Die einzige Versichertengruppe, bei der Gewissheit in Bezug auf positive Deckungsbeiträge besteht, sind dagegen nach wie vor die Gesunden.

Bei dieser Diskussion geht es aber um weitaus mehr als um eine bloße RSA-Korrektur (die sich im Übrigen keineswegs nachteilig für die TK auswirken dürfte), denn es verbinden sich mit ihr viele grundsätzliche Fragen, zum Beispiel ob individuelle Verhaltensprävention wirklich der zentrale Schlüssel zur Vermeidung vieler Krankheiten ist. Eine positive Beantwortung dürfte dabei auch sehr schnell die Schuldfrage aufwerfen beziehungsweise die Frage, ob Kosten selbst verschuldeter Krankheiten überhaupt von der Solidargemeinschaft getragen werden sollen. Erst in zweiter Linie ginge es dann um die Frage, ob eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe wie die Prävention bei wettbewerblichen Krankenkassen in den richtigen Händen liegt. Ob künftig dann vielleicht auch die gesundheitsgerechte (Vor-)Schul-Ernährung oder der Sportunterricht – also klassische Maßnahmen der Verhältnisprävention in Lebenswelten – aus Beitragsmitteln finanziert werden sollen? Bestenfalls in dritter Linie wäre dann zu diskutieren, ob die Realisierung solcher Perspektiven – falls wirklich gewünscht – tatsächlich über

die konkrete Ausgestaltung des RSA erfolgen könnte, ohne gleichzeitig dessen bislang weithin unstrittige Anreizfunktion zur aktiven Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Kranken zu gefährden.

Dieses Beispiel verweist auf die Gefahr, die wettbewerbliche Rolle der Kassen im Kontext der RSA-Debatte zu überhöhen und dabei letztlich auch das Ausgleichsinstrument RSA zu überfrachten. Diese Gefahr besteht namentlich auch beim jüngsten Vorschlag von Helmut Hildebrandt, der den Kassenwettbewerb auf die Verbesserung von (mit Hilfe von RSA-Indikatoren empirisch gemessenen) Gesundheitsergebnissen ausrichten und die Kassen dabei auf den Weg vom „Player“ zum „Empowerer“ schicken möchte (Hildebrandt 2015, 45). Dabei wäre im Hinblick auf einen verstärkt versorgungsorientierten Kassenwettbewerb schon viel gewonnen, wenn es mit dem rhetorisch schon lange unterstellten Wandel der Kassen vom Payer zum Player in der Versorgungsrealität endlich einmal ein Stück voranginge. Wie weit wir davon jedoch noch entfernt sind, unterstreicht der aktuelle Vorschlag von Ulrich und Wille zur Aufnahme einer regionalen Komponente in den RSA (Ulrich und Wille 2014, 2015; dazu kritisch Jacobs 2015). Dieser Vorschlag wird nämlich letztlich damit begründet, dass praktisch alle relevanten Einflussfaktoren auf das regionale Niveau der Leistungsausgaben in der GKV – und damit zugleich die zentralen Ursachen für regionale Ausgabenunterschiede – als „exogene Faktoren“ außerhalb des Einflussbereichs der Krankenkassen liegen, und zwar nicht nur heute, sondern auch in Zukunft, weil einerseits zwar „eine Erweiterung der Handlungsspielräume der einzelnen Krankenkassen im Zuge einer selektiven Vertragsgestaltung (...) eine wettbewerbpolitische Aufgabe (bildet)“, sich andererseits „eine solche ordnungspolitisch erwünschte Entwicklung aber derzeit leider nicht abzeichnet“ (Ulrich und Wille 2015, 175).

Auf der einen Seite schießen somit die Vorstellungen von Baas und Hildebrandt bezüglich der Rolle der Krankenkassen weit über das Ziel hinaus, weil den Kassen Aufgaben zugeschrieben werden, die sie im Wettbewerb gar nicht erfüllen können. Das gilt nicht nur in Bezug auf den Status quo angesichts der unzulänglichen wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten, sondern in ordnungsökonomischer Sicht ganz generell (siehe etwa Cassel und Wasem 2014). In jedem Fall aber ist die RSA-Debatte kaum der richtige Ort, solche grundsätzlichen Fragen en passant zu behandeln.

Auf der anderen Seite erscheint dagegen die Einschätzung von Ulrich und Wille in Bezug auf die aktive Gestaltungsfunktion der Krankenkassen allzu resignativ. Auch wenn der Einfluss der einzelnen Kassen auf zentrale angebotsstruktu-

relle Determinanten des Ausgabengeschehens heute in der Tat relativ gering ausgeprägt ist, muss das perspektivisch keineswegs so bleiben – und darf es auch nicht, wenn der vor 20 Jahren mit der Einführung der freien Kassenwahl bewusst eingeschlagene Weg der wettbewerblichen Ausgestaltung der GKV endlich auch im Hinblick auf die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durchschlagen soll (siehe etwa Oberender und Zerth 2014; Cassel und Jacobs 2015). Andernfalls würde – zugespitzt – die Legitimation von Kassenwettbewerb in einem pluralen System grundsätzlich in Frage gestellt und sich damit aber auch zugleich der RSA als anreizkompatibler Ausgleichsmechanismus weitgehend erübrigen.

## 6 Resümee

Der RSA ist ein zentrales Ordnungselement der GKV-Wettbewerbsordnung. Ihn für alle – tatsächlichen wie vermeintlichen – wettbewerblichen Fehlentwicklungen und Schief lagen verantwortlich zu machen (und entsprechend RSA-Korrekturen zu fordern), geht jedoch ebenso fehl wie Vorstellungen, dass der RSA der zentrale Ansatzpunkt ist, um Deutschland gesünder zu machen. Wenn er sich wehren könnte, würde der RSA selbst vermutlich sagen: „Lasst mich in Ruhe, denn ich bin doch wahrlich auf einem guten Weg und lerne ständig weiter hinzu!“ In der Tat: Wenn es auf den anderen Baustellen der GKV-Wettbewerbsordnung – insbesondere beim Finanzierungskonzept (Gesundheitsfonds/Zusatzbeiträge) und beim Vertragswettbewerb – eine auch nur annähernd vergleichbar folgerichtige Weiterentwicklung seit Einführung der freien Kassenwahl vor fast genau 20 Jahren gegeben hätte, stünde die GKV aktuell sehr viel besser da und wäre auch auf künftige Herausforderungen deutlich besser vorbereitet. Selbstverständlich muss der RSA ständig auf mögliche Verbesserungen hin überprüft werden. Eine Gesamtevaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat sollte deshalb regelmäßig erfolgen, zum Beispiel alle drei Jahre. Aber gerade weil der RSA nicht für alle Probleme verantwortlich ist und sich nicht alle Probleme durch RSA-Korrekturen lösen lassen, braucht es mehr. In ihrem Gutachten für das Bundesgesundheitsministerium „Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“, das die Grundlage für die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA legte, hatten die Gutachter seinerzeit empfohlen, eine Kommission nach dem Muster der Monopolkommission zu bilden, also mit Vertretern aus Wissenschaft und Praxis, die dem Deutschen Bundestag regelmäßig einen Bericht zur Wettbewerbsentwicklung in der GKV vorlegen sollte (Jacobs et al. 2002, 11). Die Realisierung dieser Empfehlung erscheint nach wie vor bedenkenswert.

## Literatur

**Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) (2015):** Huml verstärkt Druck für Entlastung Bayerns bei Gesundheitsfonds – Bayerns Gesundheitsministerin: Verteilungsgerechtigkeit muss endlich verbessert werden. Pressemitteilung Nr. 10/GP vom 18. Januar 2015; [www.stm.gp.bayern.de](http://www.stm.gp.bayern.de) → Presse → Pressemitteilungen

**BKK Dachverband (BKK) (2015 a):** Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich. Betriebskrankenkassen, Sonderausgabe Nr. 1; [www.bkk-dachverband.de/publikationen/risikostrukturausgleich/](http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/risikostrukturausgleich/)

**BKK Dachverband (BKK) (2015 b):** Finanzen und Wettbewerb in der GKV. Folien zum Pressetermin am 20. Mai 2015

**BKK Dachverband (BKK) (2015 c):** Korrekturbedarf beim Morbi-RSA: Methodenfehler treibt Betriebskrankenkassen ins Minus – Niedriger Zusatzbeitragssatz in der GKV führt zu fehlenden Einnahmen von insgesamt 420 Millionen Euro. Pressemitteilung vom 7. September 2015; [www.presseportal.de/pm/107789/3116118](http://www.presseportal.de/pm/107789/3116118)

**Cassel D, Jacobs K (2009):** 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, Siegburg: Asgard, 185–212

**Cassel D, Jacobs K (2015):** Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Jg. 21, Heft 3, 55–68

**Cassel D, Wasem J (2014):** Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens. 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, 3–43

**Drösler S et al. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Endfassung vom 22. Juni 2011; [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) → Risikostrukturausgleich → Wissenschaftlicher Beirat

**Eibich P, Schmitz H, Ziebarth N (2011):** Zusatzbeiträge erhöhen die Preistransparenz – Mehr Versicherte wechseln die Krankenkasse. DIW-Wochenbericht, Jg. 78, Nr. 51/52, 3–12

**Göppfarth D (2013):** Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich – Verständnis und Missverständnisse. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S), Jg. 67, Heft 1, 10–16

**Hildebrandt H (2015):** Aufbruch in eine erweiterte Wettbewerbsordnung: Krankenkassen im Wettbewerb um Gesundheitsergebnisse. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S), Jg. 69, Heft 3–4, 40–45

**IKK e. V. (2015):** Innungskrankenkassen für grundlegende Re-

form der Zuweisungen durch den Gesundheitsfonds. Politik muss Fehlanreize und Wettbewerbsverzerrungen entgegenwirken. Pressemitteilung vom 10. September 2015; [www.presseportal.de/pm/7359/3118786](http://www.presseportal.de/pm/7359/3118786)

**Jacobs K (2015):** Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 15, Heft 2, 23–30

**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, Wasem J (2013):** Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 13, Heft 1, 15–22

**Laschet H (2015):** TK-Chef Baas: Die Krankenkasse ist nicht der bessere Arzt. Ärzte Zeitung, 15. September 2015; [www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/krankenkassen/article/893951/tk-chef-baas-krankenkasse-nicht-bessere-arzt.html?sh=2&h=933286359](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/893951/tk-chef-baas-krankenkasse-nicht-bessere-arzt.html?sh=2&h=933286359)

**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

**Schneider W (1994):** Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Erich Schmidt Verlag

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

**Ulrich V, Wille E (2015):** Zur Berechtigung einer regionalen Komponente im RSA. Regionale Ausgabenunterschiede als exogener Faktor. Welt der Krankenversicherung, Jg. 4, Heft 7–8, 173–175

**Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) (2015):** Die Beitragskalkulation in der Privaten Krankenversicherung, Köln; [www.pkv.de](http://www.pkv.de) → Service → Broschüren → Verbraucher

**Wasem J (2015):** GKV-Finanzarchitektur als Eckpfeiler der Wettbewerbsordnung: Stand und Weiterentwicklung. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S), Jg. 69, Heft 3–4, 28–33

**Welt der Krankenversicherung (WdK) (2014):** Debatte über Finanzzuweisungsmethodik führen. Interview mit Dr. Hans Unterhuber, Vorstandsvorsitzender SBK, München, Jg. 3, Heft 9, 202–203 (letzter Zugriff auf alle Quellen: 28. September 2015)

## 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.