

Missverständnisse und Irrtümer

Anmerkungen zur Debatte um eine RSA-Reform

HARTMUT REINERS

Hartmut Reiners ist Ökonom, Publizist und war Referatsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg; Reiners lebt in Berlin

Der Gesundheitsfonds hat klargestellt, dass der Risikostrukturausgleich (RSA) kein Finanzausgleich ist, sondern ein Zuteilungssystem in der GKV als einer solidarischen Risikogemeinschaft. Allen Kassen werden die Ressourcen zur Verfügung gestellt, die sie aufgrund der Risikostruktur ihres Versichertenkollektivs benötigen. Die Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich hat sich erhöht, allerdings hat sich seine Begrenzung auf maximal 80 Krankheiten als nicht zielführend erwiesen. Ansonsten besteht kein akuter Reformbedarf. Die Forderung nach einer Regionalisierung des RSA ist nicht a priori unsinnig, lässt sich aber nur schwer ohne falsche Anreize umsetzen.

Gesundheitsökonominnen sind sich seit Jahren weitgehend darin einig, dass wettbewerbliche Krankenversicherungssysteme nur mit einem Risikostrukturausgleich (RSA) angemessen funktionieren können (Van de Ven / Ellis 2000). Auch die private Krankenversicherung (PKV) benötigte einen gemeinsamen Risikopool, wenn man sie wirklich wettbewerblich gestalten würde (VVG-Kommission 2004: 138 ff.). Ohne ein solches Instrument steht die Risikoselektion und nicht die Versorgungsoptimierung im Fokus des Wettbewerbs. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit ihren aktuell 117 Krankenkassen gilt dies in besonderem Maß. Das Sozialgesetzbuch V definiert sie als *eine* Solidargemeinschaft (§ 1), d. h. das Solidaritätsprinzip gilt nicht nur innerhalb der Kassen, sondern auch zwischen ihnen.

Dieser Sachverhalt wird seit jeher in der Debatte über die Ausgestaltung des RSA vor allem von den Kassen gerne ausgeblendet, die sich als „Geberkassen“ empfinden, weil ihre Mitglieder überdurchschnittlich hohe beitragspflichtige Einkommen haben und daher mehr in den RSA bzw. Gesundheitsfonds ein-

zahlen als ihre weniger verdienenden Kolleginnen und Kollegen. Der Solidaritätsausgleich findet aber nicht zwischen den Kassen, sondern zwischen den Versicherten statt. Deshalb ist der RSA auch kein Subventionsinstrument zur Stützung notleidender Kassen, sondern ein Zuweisungssystem, das die Beitragseinnahmen der GKV gewichtet nach den Morbiditätsrisiken der Versicherten auf die Kassen verteilt. Nur so kann ein Kassenwettbewerb nach dem Prinzip der gleich langen Spieße funktionieren.

Die Logik des RSA

Diesen Sachverhalt hat Herbert Reichelt (1996) schon vor 20 Jahren in einem heute noch aktuellen Beitrag dargestellt. Der 1994 in der GKV eingeführte RSA hatte von Anfang an drei Kernelemente:

- Er basiert auf dem Prinzip der Risikoäquivalenz. Die Einnahmen der Kassen sollen ihren Morbiditätsrisiken entsprechen.
- Dieses Äquivalenzprinzip wird mit der solidarischen, einkommensbezogenen Beitragszahlung verbunden.

- Es finden keine Transferzahlungen zwischen den Kassen statt, vielmehr werden die Beitragseinnahmen der GKV risikoäquivalent auf die einzelnen Kassen verteilt.

Vor Einführung des Gesundheitsfonds erhielt jede Kasse pro versicherte Person einen nach Alter und Geschlecht gewichteten Normbetrag, der für Erwerbsunfähigkeitsrentner wegen ihrer höheren Risiken angehoben wurde. Aus der Summe dieser Normbeträge ergab sich der an die Kassen ausgezahlte Beitragsbedarf. Diese Zuweisungslogik kennt keine Geber- und Nehmerkassen, sondern nur Empfängerkassen. Die verbreitete Behauptung, der RSA sei eine bestimmte Kassen subventionierende Umverteilungsmaschine, beruht auf dem Irrtum, die Beitragseinnahmen seien quasi das Privateigentum einzelner Kassen. Nochmals: Die GKV ist *eine* Solidargemeinschaft und keine Assoziation von nur in sich solidarischen Krankenkassen. Der RSA behandelt die GKV wie ein einziges Versicherungsunternehmen. Nicht von ungefähr wurden seine technischen Grundlagen in den USA für die jährliche Risikokalkulation privater Versicherungen entwickelt.

Vergleiche der Deckungsbeträge nach Kassen bzw. Kassenarten sind a priori unsinnig.

Die falsche Vorstellung vom RSA als einem Subventionssystem wurde durch das frühere Ausgleichsverfahren genährt, das auf einer Gegenüberstellung von Finanzkraft und Beitragsbedarf der Kassen beruhte. Überstieg der Beitragsbedarf einer Kasse ihre Finanzkraft, erhielt sie die Differenz aus dem RSA. War die Finanzkraft höher als der Beitragsbedarf, musste Geld in den RSA-Fonds abgeführt werden. Aus diesen Zahlungsströmen zwischen den Kassen ergab sich das im Prinzip falsche Bild von „Empfänger“- und „Geberkassen“, das auch heute noch viele Kassenfunktionäre im Kopf haben. So beklagen etwa die Ersatzkassen eine angeblich systematische Über- und Unterdeckung der ausgleichsfähigen Kosten nach Kassenarten, von der vor allem die AOKs profitierten (VdEK 2016: 6). Solche

Vergleiche der Deckungsbeträge nach Kassen- bzw. Kassenarten sind a priori unsinnig. Im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) geht es um die Zielgenauigkeit der Abdeckung von Krankheitsrisiken und nicht um die Über- bzw. Unterdeckung der Ausgaben von Krankenkassen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Kassenarten sind dabei erst recht irrelevant.

Der Gesundheitsfonds als Klarstellung

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 erfolgte Einführung des Gesundheitsfonds machte endgültig klar, dass der RSA ein Zuweisungs- und kein Transfersystem ist. Seit 2009 führen die Kassen alle Beitragseinnahmen an das Bundesversicherungsamt (BVA) ab, das je versicherte Person einen nach deren Morbiditätsrisiko gewichteten Betrag an die Kassen überweist. Das macht einen rechnerischen Finanzkraftausgleich überflüssig. Zugleich wurden die Morbiditätsrisiken deutlich zielgenauer gestaltet, indem die Kriterien Alter und Geschlecht um einen direkten Morbiditätsbezug ergänzt wurden. Mit diesem morbiditätsorientierten RSA wurden die sehr unterschiedlichen Krankheitsrisiken innerhalb einer Altersgruppe erfasst und die Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten von Kassen mit hohen Versorgungsleistungen beseitigt. Auch wurden die Verwaltungskosten und Satzungsleistungen in standardisierter Form berücksichtigt. Diese Faktoren waren bis dahin nicht Bestandteil des RSA, der sich dadurch auf etwa 90 Prozent der Beitragseinnahmen beschränkte und so Kassen mit einer überdurchschnittlich hohen Grundlohnsumme Wettbewerbsvorteile brachte.

Wie schon zuvor die Einführung der Kassenwahlfreiheit und des RSA war auch der Gesundheitsfonds nicht das Ergebnis zielbewussten politischen Handelns, sondern eines politischen Kompromisses.¹ Er war auch kein Vorschlag der SPD, wie man vermuten könnte, sondern der CDU und ihres wissenschaftlichen Beraters Wolfram Richter (Richter 2005, Pressel 2012: 77 ff.). Sie sahen im Gesundheitsfonds die Möglichkeit, ihre Vorstellungen von einer einheitli-

chen „Gesundheitsprämie“ mit einem kassenindividuellen Zusatzbeitrag der Versicherten zu realisieren. Daraus wurde nichts, weil dieses Konzept weder mit der CSU noch mit der SPD zu machen war. Aber die Idee des Gesundheitsfonds wurde von der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und der SPD dankbar aufgegriffen. So konnte endlich der Ende 2001 beschlossenen Morbi-RSA umgesetzt werden, den die Unionsmehrheit im Bundesrat blockiert hatte.

Selbstgestellte Falle

Der Gesundheitsfonds war ein Reizthema mit plakativen Parolen, die eher von Vorurteilen als von Sachkenntnis zeugten. So behauptete die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der GKV in einer Presseerklärung vom 4. Juli 2006, der Gesundheitsfonds bedeute mehr Staat und Bürokratie, nehme den Kassen die Finanzautonomie und verabschiede sich von der paritätischen Finanzierung. In den Medien bezeichneten führende Kassenfunktionäre den Gesundheitsfonds als „bürokratisches Monster“. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt merkte dazu ironisch an, dieses Monster bestehe aus einem Referat im BVA mit 21 Mitarbeitern. Tatsächlich ist der Gesundheitsfonds gegenüber dem früheren komplizierten Verrechnungssystem eine deutliche Vereinfachung mit mehr Transparenz. Auch bei den anderen Beschwerden handelte es sich um „Phantomschmerzen“ (Knieps 2007). Die Finanzautonomie hatten die einzelnen Krankenkassen bereits mit der Einführung des RSA zu einem wesentlichen Teil verloren. Die paritätische Finanzierung gab es schon seit Einführung des Sonderbeitrages der Versicherten von 0,9 Beitragssatzpunkten im GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 nicht mehr.

1 Die freie Kassenwahl und der sie flankierende RSA wurden nicht, wie in der Literatur immer wieder behauptet, mit dem Ziel eingeführt, die GKV wettbewerblich zu gestalten. Vielmehr stand die Politik unter Druck, weil das seit 1883 bestehende System von Wahl- und Pflichtkassen zu einer auch verfassungsrechtlich nicht hinnehmbaren Benachteiligung von Arbeiterberufen geführt hatte und die Unterscheidung in Arbeiter- und Angestelltenberufe arbeitsrechtlich gegenstandslos geworden war (Reiners 2006). Der Kassenwettbewerb war keine Absicht, sondern eine zwangsläufige Folge der freien Kassenwahl durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992.

Wie bei solchen Reformen üblich, mussten auch beim Morbi-RSA Kompromisse gemacht werden. Die Unionspolitiker bestanden darauf, nur eine begrenzte Zahl von Krankheiten in den Morbi-RSA aufzunehmen. Auch sie hatten nicht verstanden, dass – siehe oben – der RSA kein Transfersystem zwischen den Kassen ist, sondern ein Zuweisungssystem mit der Aufgabe, den Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds einen Betrag zukommen zu lassen, der den GKV-Durchschnitt der Versorgungskosten seiner Versicherten abdeckt. Er ermöglicht einen positiven wie negativen Deckungsbeitrag, der sich aus der Differenz zwischen den Fondszuweisungen und den tatsächlichen Ausgaben einer Kasse ergibt. Krankheitsarten sind nur bedeutsam für die Klassifizierung von Risikotypen bzw. Bildung von RSA-Clustern, zu denen Kerngesunde ebenso gehören wie Schwerkranke. Die Union forderte zunächst die Begrenzung des RSA auf 50 Krankheiten, ließen sich dann aber auf die Formel „50 bis 80“ ein.

Nachdem die RSA-Experten des BVA die Einschätzung abgegeben hatten, dass eine solche Begrenzung des Morbi-RSA zwar unsinnig und mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand verbunden sei, aber nicht unbedingt wettbewerbsverzerrend wirken müsse, ließen sich Ulla Schmidt und die SPD auf diese

Das Risiko ist groß, mit einer Regionalkomponente die Zielgenauigkeit des RSA nicht zu verbessern, sondern neue Wettbewerbsverzerrungen zu generieren.

Limitierung ein. Heute muss das BVA feststellen, dass sie die Zielgenauigkeit beeinträchtigt und die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA erhöht hat. Bei den Kassen herrsche die Denkweise vor „Gute Krankheiten sind solche, die im RSA erfasst werden.“ (Plate/Demme 2016: 173). Daraus ergeben sich Anreize zum Upcoding, von denen etliche Kassen auch Gebrauch machen, wie Insider wissen. Die Beschränkung des Morbi-RSA auf maximal 80 Krankheiten ist ein gutes Beispiel für das nicht nur in der Gesundheitspolitik bekannte

Phänomen, dass Politiker der eigenen Ideologie aufsitzen. Es ist an der Zeit, diesen Fehler zu korrigieren.

Soll der Morbi-RSA regionalisiert werden?

In seiner bereits zitierten Bestandsaufnahme zeichnet das BVA ein insgesamt positives Bild von der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Diese sei in den vergangenen Jahren deutlich verbessert worden. Die Forderungen verschiedener Kassen nach Reformen bei der Berücksichtigung von Auslandsversicherten, Krankengeld, Beziehern von Erwerbsunfähigkeitsrenten oder Höchststrisiken hätten keine belastbare Grundlage. Auch ein Hochrisikopool sei nicht erforderlich, er würde vielmehr die Treffsicherheit des Morbi-RSA eher verschlechtern. Eine Regionalisierung des RSA sei letztlich ordnungs- und versorgungspolitisch Natur und müsse daher durch die Politik entschieden werden.

Das ist die diplomatische Umschreibung eines komplexen Sachverhalts. Man kann nach allen bisher gemachten Erfahrungen daran zweifeln, dass „die Politik“ in Fragen einer RSA-Reform stets angemessen vorgeht. Das hat der aktuelle Streit um die Berücksichtigung von Auslandsversicherten im RSA erneut gezeigt, in den sich die Re-

gierungschefs von zwei Ländern ebenso sachfremd wie einseitig eingemischt haben. Bei der Einführung des Gesundheitsfonds bzw. Morbi-RSA hatte Bayerns damaliger Ministerpräsident Edmund Stoiber im Sommer 2006 einen bizarren Auftritt (Knieps/Reiners 2015: 148 ff.). Er versteifte sich auf eine „Konvergenzklausel“, die sicherstellen

sollte, dass durch den Morbi-RSA nicht mehr als 100 Mio. Euro aus einem Land abfließen. Stoiber und seine Beamten waren einer fragwürdigen Studie des Ökonomen Thomas Drabinski (2006) aufgesessen, die behauptete, der RSA sorge für milliardenschwere Transfers zu Lasten der süddeutschen Länder. Um im Bundesrat die Mehrheit für die Einführung des Gesundheitsfonds zu sichern, wurde der von Bayern formulierte § 272 ins SGB V aufgenommen, der später wegen seiner Unsinnigkeit wieder aus dem Gesetz getilgt wurde.

Das Bundesverfassungsgericht stellte 2005 in seinem wegweisenden Urteil zur Notwendigkeit des RSA klar, dass derartige Analogien zum fiskalischen Länderfinanzausgleich dem GKV-System fremd sind. Interregionale Transfers gibt es in der GKV nur virtuell durch die bundesweit agierenden Krankenkassen (Wasem et al. 2007). Sie erheben einen bundeseinheitlichen Beitragssatz, haben aber regional unterschiedliche Versorgungskosten. Liegen diese in einer Region unter dem Durchschnitt der GKV bzw. den Normkosten des RSA, fließen indirekt Ressourcen aus Regionen mit einer kostengünstigen bzw. schlechter ausgestatteten Versorgung in Regionen mit einem teureren bzw. dichteren Angebot. Ländergrenzen spielen dabei keine Rolle. Es geht vielmehr um Versorgungsunterschiede zwischen Ballungszentren und ländlichen Regionen. Müssten z. B. alle Kassen in Städten wie Berlin, Hamburg oder München einen ihrer dortigen Kostenstruktur entsprechenden Beitragssatz erheben, läge dieser weit über dem ihres Umlandes. Untersuchungen der regionalen Ausgabenunterschiede belegen in peripheren Regionen Überdeckungen der RSA-Normkosten, in zentralen Lagen hingegen Unterdeckungen (Göpfffahrt 2013).

Vor diesem Hintergrund kann man über eine Regionalkomponente nachdenken, die den RSA zielgenauer machen kann. Dabei kann es auf keinen Fall um eine Regionalisierung des Solidaritätsprinzips gehen. Daher muss diese Regionalkomponente in standardisierter Form innerhalb eines bundesweiten RSA ermittelt werden, was ausgesprochen schwierig sein dürfte. Eine 2015 von der Bertelsmann Stiftung veröffentlichte Studie zeigte gravierende regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Behandlungsfällen, die epidemiologisch nicht erklärbar sind. Kniegelenkstransplantationen werden z. B. in einigen Regionen Bayerns drei Mal so häufig vorgenommen wie im Bundesdurchschnitt, ohne dass es dafür erkennbare Gründe etwa in der Altersstruktur der Bevölkerung gibt. Solche weitgehend angebotsinduzierten Phänomene dürften sich schwer auf einen für den RSA geeigneten Nenner bringen lassen. Das Risiko ist groß, mit einer Regionalkomponente die Zielgenauigkeit des RSA nicht zu verbessern, sondern neue Wettbewerbsverzerrungen zu generieren.

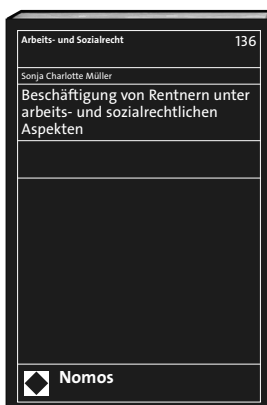
Fazit

Es besteht gegenwärtig kein wirklicher Anlass zu einer Reform des Gesundheitsfonds bzw. Morbi-RSA. Das schließt Verbesserungen im Detail nicht aus, etwa durch den Fortfall der Begrenzung auf 80 Krankheiten. Zu Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen wäre es aber hilfreich, den aufsichtsrechtlichen Rahmen im GKV-System neu zu gestalten. 2003 regte der damalige BVA-Präsident Rainer Daubenbüchel in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe an, die Zuständigkeit für die Aufsicht nach funktionalen Kriterien wettbewerbsneutral zu gestalten. Demnach sollten die Haushalte und Finanzen aller Krankenkassen dem Bund bzw. BVA übertragen werden, während sich die Länder um die Versorgungsstrukturen und -verträge kümmern sollten. Damit würde man nicht nur der Verantwortung der Länder für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung gerecht. Es gäbe auch eine einheitliche Zuständigkeit für die Kontrolle der Kassenfinanzen und die Erschwerung von Upcoding bei Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Das BVA hat hier fachliche Kompetenzen, mit denen die Landesbehörden nicht aufwarten können. ■

Literatur

- Bertelsmann Stiftung (2015):** Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-regionale-unterschiede-2015/>
- Drabinski, T. (2006):** Ökonomische Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Länder. Kiel (Schriftenreihe des Instituts für Mikrodaten-Analyse Band 10)
- Göpffahrt, D. (2013):** Was wissen wir über die regionale Variation der Gesundheitsausgaben? Und was bedeutet das für den Risikostrukturausgleich? Gesundheits- und Sozialpolitik 67 (6), 29-35
- Göpffahrt, D., Greß, S. et al. (Hrsg.) (2007):** Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds. St. Augustin (Asgard)
- Knieps, F. (2007):** Der Gesundheitsfonds aus der Sicht der Politik. Göpffahrt et al., a. a. O., 9-26
- Knieps, F. und Reiners H. (2015):** Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern (Huber)
- Plate, F. und Demme, S. (2016):** Reformoptionen zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt. Welt der Krankenversicherung 7-8/2016, 172-175
- Pressel, H. (2012):** Der Gesundheitsfonds. Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen. Wiesbaden (Springer VS)
- Reichelt, H. (1996):** Die Techniker-Krankenkasse erhält zu viel Geld aus dem Risikostrukturausgleich. Die Ortskrankenkasse (DOK) 78, Heft 19-20: 605-608
- Reiners, H. (2006):** Der „Lahnstein-Mythos“: Die schwere Geburt des RSA. Göpffahrt, D., Greß, S. et al.: Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. St. Augustin (Asgard), 13-34
- Richter, W. (2005):** Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag. Wirtschaftsdienst 85, 693-697
- Van de Ven, W. und Ellis, R. (2000):** Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. Culver, A. und Newhouse, J. (Hrsg.): Handbook of Health Economics, Bd. IA. Amsterdam (Elsevier), 755-845
- VdEK (2016):** Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen. Vorschläge der Ersatzkassen für eine Weiterentwicklung des RSA. https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/globale_dokumente/Positionen/Positionspapier%20Morbi-RSA_vdek.pdf
- VVG-Kommission – Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (2004):** Abschlussbericht vom 19. April 2004. http://www.gesmat.bundesgerichtshof.de/gesetzesmaterialien/16_wp/versvertrg/abschlussbericht.pdf
- Wasem, J, Greß, S. und Jacobs, K. (2007):** Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. Göpffahrt, D. et al., a. a. O., 139-16

Beschäftigung von Altersrentnern – alte und neue Möglichkeiten



Beschäftigung von Rentnern unter arbeits- und sozialrechtlichen Aspekten

Von RAin Dr. Sonja Charlotte Müller
2015, 468 S., brosch., 119,- €
ISBN 978-3-8487-2359-1
eISBN 978-3-8452-6461-5
(Arbeits- und Sozialrecht, Bd. 136)
www.nomos-shop.de/24957

Das Werk gibt der Praxis arbeitsrechtliche Gestaltungsmöglichkeiten für die Beschäftigung von Rentnern an die Hand. Hauptaugenmerk liegt dabei auf § 14 I 2 Nr. 6 TzBfG und dem neuen § 41 S. 3 SGB VI. Auch vor möglichen Reformen im KSchG und im Sozialversicherungsrecht macht es nicht halt.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos