

# Brauchen wir eine Reform des RSA?

## Plädoyer für Veränderungen aus Sicht der Betriebskrankenkassen\*

FRANZ KNIEPS

Franz Knieps ist Vorstand des BKK-Dachverbands e.V. und Mitherausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ in Berlin

Die Debatte um die Ausgestaltung des kassenartenübergreifenden, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) hat an politischer Schärfe und inhaltlicher Dynamik zugenommen. Dies verwundert nicht, denn die Zusatzbeitragssätze entwickeln sich zwischen Kassen und Kassenarten auseinander, auch weil sich die Deckungsquoten bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entsprechend auseinander bewegen. Die Betriebskrankenkassen, die traditionell dem Risikostrukturausgleich (RSA) generell und speziell der stetigen Verfeinerung sehr skeptisch gegenüberstehen, sprechen sich für eine gestaffelte Reform des Morbi-RSA einschließlich einer kontinuierlichen Evaluation aus. Der folgende Beitrag fasst die aktuelle Diskussion innerhalb dieser Kassenart zusammen, die sich an der aktuellen wissenschaftlichen Entwicklung orientiert und folglich weder zeitlich noch inhaltlich abgeschlossen ist.

### BKK und RSA – Eine historische Mesalliance?

Im Jahr 2017 feiern Betriebskrankenkassen ihren 300. Geburtstag. Am 17. April 1717 errichtete ein weitblickender Unternehmer für die Arbeiter des Blaufarbenwerks Pfannenstiel in erzgebirgischen Aue/Sachsen eine Fabrikkrankenkasse – ohne staatlichen Zwang oder bürokratische Regulierung. Betriebskrankenkassen sind also keine ungewollten Kinder der Bismarckschen Sozialgesetzgebung oder landesherrschaftlicher Verordnungen. Sie sind vielmehr integrativer Bestandteil der betrieblichen Sozialpolitik, seit langem getragen von aufgeklärten Unternehmern und selbstbewussten Belegschaften. Aus dieser Tradition heraus, die an dieser Stelle nicht vertieft werden kann, haben sich ein betriebsbezogenes Verständnis von solidarischer Krankenversicherung und eine direkte Form der sozialen Selbstverwaltung entwickelt,

die sich mit staatlichen Eingriffen und mit simplifizierenden Gleichsetzungen schwer tun. Entsprechend hielt sich die Begeisterung über die in Lahnstein 1992 verabredete Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso in engen Grenzen wie die Zustimmung zu der Schaffung eines Gesundheitsfonds mit morbiditätsorientierten Zuweisungen an die einzelnen Krankenkassen im Jahr 2007. Dabei darf jedoch nicht unterschlagen werden, dass die Zeit zwischen 1996 und 2008 ein goldenes Jahrzehnt für die betriebliche Krankenversicherung war. Zahlreiche neue Betriebskrankenkassen wurden gegründet; sehr viele Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung nutzten die Kassenwahlfreiheit, um Mitglied einer geöffneten BKK zu werden.

\* Der Beitrag ist keine Verlautbarung des BKK-Dachverbands, der sich im Vorfeld der Bundestagswahl differenziert positionieren wird, sondern gibt im Zweifel die persönliche Auffassung des Verfassers wieder.

Auf der anderen Seite konfrontierten die neuen Rahmenbedingungen viele Betriebskrankenkassen mit existenziellen Fragen. Sollten die BKK allein auf ihren traditionellen Betriebsbezug vertrauen oder sich dem allgemeinen Wettbewerb öffnen? Sollte man auf treue „Stammkunden“ setzen oder ein preissensibles Klientel anwerben? Waren Mischformen zwischen diesen Polen denkbar? Welche Kassengröße sollte man anstreben, um den Herausforderungen eines Versorgungswettbewerbs zu bestehen? Sollte man mit anderen BKK kooperieren, fusionieren oder sich gar an große Tanker anderer Kassenarten anlehnen? Diese und weitere Fragen musste jede Kasse für sich beantworten. Entsprechend vielfältig fielen die Antworten aus. Die unternehmerischen Konsequenzen hingen jedoch nicht nur von den strategischen Überlegungen der einzelnen BKK ab, sondern wurden ganz wesentlich von der Finanzverfassung der GKV und hier speziell von der Stabilität der Zuweisungen aus dem RSA bestimmt (ausführlich BKK-Dachverband 2015).

In der Komplexität und politischen Volatilität des RSA lag von Anfang an die wesentliche Ursache für die Messalliance von RSA und BKK. Zwar gestaltete sich die schrittweise Implementierung des RSA wesentlich konfliktfreier als von vielen Fachleuten erwartet, doch erzeugten zahlreiche Klagen gegen die Zuweisungsbescheide (siehe dazu den gesonderten Beitrag des Verfassers in diesem Heft) ebenso Unsicherheiten wie ungeklärte politische Fragen (Schaffung einer einheitlichen Regelung für alte und neue Bundesländer, Berücksichtigung regionaler Versorgungsvarianzen, Reduzierung der Manipulationsanfälligkeit ...). Den entscheidenden Punkt markierte der Übergang zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Hier war es weniger der direkte Krankheitsbezug, der die BKK in Schwierigkeiten brachte, als die Einführung des vollständigen Finanzkraftausgleichs, der die Benachteiligungen infolge anderer Strukturmängel – etwa beim Krankengeld oder bei der Nichtberücksichtigung regionaler Versorgungsvarianzen – nicht länger kompensierte. Außerdem verfestigte sich der Eindruck, dass die Besonderheiten der traditionellen betrieblichen Krankenversicherung von weiten Teilen der Politik nicht länger als erhaltenswert

angesehen würden. Spekulationen über die gewünschte Zahl und über eine Mindestgröße von Krankenkassen vertieften diesen Eindruck. Hinzu traten politische Irrwege und Streitigkeiten innerhalb der Kassenart über die künftige Entwicklung gepaart mit unterschiedlichen Aufsichtspraktiken in Bund und Ländern sowie eine unverhohlene Klientelpolitik vieler Bundesländer zugunsten der Regionalversicherung AOK. Da darf es nicht verwundern, dass viele Betriebskrankenkassen mit den rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen hadernten und speziell die RSA-Reformen für den Sargnagel einer traditionsreichen, gleichwohl aber angesichts der Herausforderungen an die Arbeitswelt wie die gesamte Gesellschaft – wie zum Beispiel Digitalisierung, Globalisierung, demografischer Wandel - zukunfts-fähigen Institution ansehen. Damit man mich nicht missversteht: Die BKK stellt den Risikostrukturausgleich als Grundlage für ein wettbewerblich orientiertes Krankenversicherungssystem nicht grundsätzlich in Frage. Auch ist es absolut legitim, für Veränderungen im RSA zu streiten, die der eigenen Kasse oder der eigenen Kassenart nutzen. Dazu gehört auch die Bewahrung des Status Quo und das „Spielen auf Zeit“.

### **Es ist absolut legitim, für Veränderungen im RSA zu streiten, die der eigenen Kasse oder der eigenen Kassenart nutzen.**

Aber es grenzt an Anmaßung, wenn die eigne Position zur historischen Wahrheit erklärt wird und von einer Kassenart die Rolle eines Schiedsrichters über konkurrierende Forderungen anderer Kassenarten beansprucht wird. Die Abqualifizierung anderer Gutachten als „Gutachteritis“ gehört ebenso dazu wie die ex- oder implizite Betonung einer sozialen Auffangfunktion, die mit Einführung der Kassenwahlfreiheit vor 20 Jahren beseitigt wurde. Die Behebung struktureller Mängel im gegenwärtigen RSA ist eine notwendige, aber keineswegs schon hinreichende Bedingung für eine faire und nachhaltige Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems in Deutschland (siehe den Beitrag von

Jacobs in diesem Heft), das den Besonderheiten der betrieblichen Krankenversicherung Rechnung trägt, ohne andere Kassenarten zu benachteiligen.

### **Strukturelle Unwuchten und Fehlanreize im Risikostrukturausgleich**

Auch wenn viele Akteure und Wissenschaftler den Status Quo im Morbidity RSA loben, ist dieser Ausgleich in vielen Details zu hinterfragen (detailliert IGES/Glaeske/Greiner 2015). Von Anfang an erwies sich die Geldleistung Krankengeld, deren Höhe akzessorisch zum Einkommen der betroffenen Versicherten ist, als ein Fremdkörper in dem auf Sachleistungen ausgerichteten Ausgleichs- und Zuweisungssystem. Trotz mehrerer Reformversuche und einer vertieften wissenschaftlichen Bearbeitung ist es bisher nicht gelungen, ein Modell zu entwickeln, das Krankengeldhöhe und Bezugsdauer gerecht abbildet (dazu der Beitrag von Wasem in diesem Heft). Daher war es aus BKK-Sicht voreilig, den Finanzkraftausgleich auf 100% auszuweiten und den Kassen mit höheren Grundlöhnen und folglich höheren Krankengeldzahlungen jede Kompensationsmöglichkeit zu nehmen.

Geradezu widersinnig wirkt die Erstreckung des Finanzkraftausgleichs auf die Zusatzbeitragssätze. Dies führt im Ergebnis dazu, dass Kassen mit hohen Zusatzbeitragssätzen aus diesem kassenindividuellem Aufkommen Transfers an solche mit niedrigeren leisten müssen, wenn

letztere eine geringere Grundlohnsumme aufweisen. Bei allem Respekt vor der nachvollziehbaren Grundentscheidung des Gesetzgebers und allem Verständnis für die Wirkmechanismen des Gesundheitsfonds (siehe dazu den Beitrag von Reiners in diesem Heft), so erden Solidarität pervertiert und das Fundament der GKV als eine Solidargemeinschaft (§ 1 SGB V) untergraben. Man mag ja noch mit guten Gründen argumentieren, der Fonds verteile alle Einnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz, und daher erzeugt der Verlust der Beitragsautonomie allenfalls Phantomschmerzen. Doch dies kann nicht für den Zusatzbeitrag gelten, denn den kalkuliert und erhebt jede Kasse individuell. Folglich

besteht schon auf der Einnahmeseite Korrekturbedarf.

Dies gilt erst recht für die Ausgaben-seite. Hier ist eine Neujustierung der Zuweisungskriterien sowohl aus systematischen wie aus verteilungspolitischen Gesichtspunkten geboten. Systematisch ist vor allem zu hinterfragen, ob die direkte Morbiditätsorientierung der entscheidende Parameter für alle Ausgabenbereiche ist, selbst da wo andere Parameter diese Bereiche bestimmen. Dies gilt, wie bereits angesprochen, für das Krankengeld, aber auch für die Verwaltungskosten. Es ist keineswegs bewiesen, dass Versicherte mit hoher Morbidität auch einen hohen Verwaltungsaufwand bei ihrer Kasse verursachen. Dies hängt vielmehr davon ab, ob die spezifische Morbidität Einzelfallprüfungen und –genehmigungen und sogar ein besonderes Fallmanagement erforderlich macht. Auch die Einordnung der Satzungs- und Ermessensleistungen darf generell hinterfragt werden. Schließlich ist auch die Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Erkrankungen auf 80 Erkrankungen mehr als fraglich. Die politisch gesetzte Zahl, die faktisch vorgenommene Ausweitung auf Krankheitsgruppen und die Auswahlkriterien sind nicht frei von Willkür (siehe den Beitrag von Glaeske in diesem Heft). Das gilt speziell vor dem Hintergrund, dass es (seltene) Hochkostenfälle meistens nicht in die Liste aufgenommen sind, während „Allerweltserkrankungen“ sehr wohl berücksichtigt werden. Auch ist zu kritisieren, dass das geltende Recht keine Berücksichtigung der Anreizwirkungen des RSA auf Präventions- und Versorgungsaktivitäten ermöglicht (dazu der Beitrag von Hohnl in diesem Heft). Die steile Behauptung, der RSA sei versorgungsneutral, dürfte empirisch nur schwer zu halten sein. Schließlich ist es wenig einleuchtend, dass nach dem Übergang auf die direkte Morbiditätsorientierung weiterhin Surrogatparameter zur Bildung besonderer Personengruppen existieren (ausführlich BKK-Dachverband 2016). Dies gilt insbesondere für die Bezieher von Erwerbsminderungsrenten und für die eingeschriebenen Teilnehmer an Disease-Management-Programmen (DMP). Für letztere erhält die Kasse allerdings nur noch eine Programmkostenpauschale.

So lange Krankenkassen keinen wirklichen Einfluss auf die Steuerung von

Versorgungskapazitäten haben und auch die Leistungsmengen kaum beeinflussen können, ist es fraglich, ob eine bundesweite Bemessung der Zuweisungen unabhängig vom Wohnort des Versicherten angemessen ist. Es wird kaum zu streiten sein, dass im Gesundheitswesen das Angebot die Nachfrage bestimmt und in städtischen Ballungsräumen ein Überangebot an Leistungserbringern herrscht. Folglich werden Kas-sen mit einem überproportionalen Anteil an Versicherten in verdichteten Räumen eine Unterdeckung nicht vermeiden können, selbst wenn sie sehr effizient wirtschaften (ausführlich der Beitrag von König/Wende in diesem Heft). Gerade Betriebskrankenkassen trifft dieser „Systemfehler“ des RSA in besonderem Maße:

Ihre Versicherten arbeiten und leben besonders häufig in Ballungsgebieten, die sich teure Versorgungsstrukturen leisten. Und hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit muss sich die BKK nicht nur bei den Verwaltungskosten vor niemand verstecken.

Es ist schon eine Provokation, dass Kassen(arten) mit einer Überdeckung aus dem Gesundheitsfonds dies mit dem erfolgreichen Management erklären. Sollte damit gemeint sein, dass sie die Leistungserbinger zu RSA-freundlichem Kodieren anhalten, neudeutsch ein erfolgreiches Einnahmemanagement betreiben, ist dies ebenso systemschädlich wie die Generierung von Wettbewerbsvorteilen aus der Unterversorgung. Hier spielt natürlich auch die unterschiedliche Verwaltungspraxis der Aufsichtsbehörden in Bund und Ländern eine erhebliche Rolle. „Quod licet ...“ führt zu spürbaren Wettbewerbsverzerrungen.

## Plädoyer für eine abgestufte RSA-Reform statt Zeitspiel oder Aktionismus

Die Betriebskrankenkassen sehen angesichts der nur kurz angerissenen Verwerfungen und Struktur-mängel in der Finanzverfassung der GKV einen zeitlich differenzierten Handlungsbedarf. Vor allem darf – wie im Handball auch – ein Zeitspiel nicht toleriert werden, auch wenn die Gewinner der letzten RSA-Reformen jetzt bergauf kämpfen (vgl. Schepp/Lummer). Die Forderung nach einer umfassenden Evaluierung des

RSA darf kein Feigenblatt dafür sein, erkannte und evaluierte Mängel nicht schnellstmöglich zu beseitigen.

In einer ersten Stufe, die durchaus noch in dieser Legislaturperiode erfolgen kann, sollte mit wenigen begrenzten Maßnahmen die Schere zwischen Über- und Unterdeckung wieder geschlossen oder wenigstens enger werden und die Transparenz im RSA deutlich verbessert

## Die Forderung nach einer umfassenden Evaluierung des RSA darf kein Feigenblatt dafür sein, erkannte und evaluierte Mängel nicht schnellstmöglich zu beseitigen.

werden, auch um eine kontinuierliche Evaluierung zu ermöglichen.

Kurzfristig und ohne großen gesetzgeberischen Aufwand ließe sich der Verzicht auf die Surrogatparameter Erwerbsminderungsgruppen (EMG) und DMP-Kostenpauschale realisieren (eingehend dazu Schepp in diesem Heft). Auch der Verzicht oder die Begrenzung des Einkommensausgleichs – beispielsweise auf den durchschnittlich erhobenen Satz – beim Zusatzbeitrag könnten noch in der laufenden Wahlperiode ins SGB V und in die RSAV eingefügt werden. Gleichzeitig sollten unbedingt die Wiedereinführung eines Regionalkennzeichens und der Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung beschlossen werden. Bis zum Inkrafttreten einer umfassenden RSA-Reform sollten Über- und Unterdeckung für die jeweilige Kasse gesetzlich begrenzt werden. Schließlich sollte das Bundesversicherungsamt verpflichtet werden, rückwirkend ab 2011 einen Datensatz in Form einer repräsentativen kassenartenübergreifenden Stichprobe zur Verfügung zu stellen, auch um eine gemeinsame Datenbasis für weitere Forschungsarbeiten zu schaffen.

Ein solcher Datensatz könnte den Nukleus einer umfassenden und regelmäßig fortzuschreibenden Evaluation des RSA bilden. Auf der Basis dieser Evaluation, die nicht nur einem begrenzten Kreis von Insidern vorbehalten bleiben darf, sollten mit der neuen Legislaturperiode weitere Unwuchten des RSA behoben werden. Hierzu zählen aus Sicht der BKK

Korrekturen bei der Krankheitsauswahl, beim Krankengeld, den Hochkostenfällen und bei den Verwaltungskosten. Auch sollte die Berücksichtigung der regionalen Varianzen in der Versorgung erwogen werden. Dabei sollten nicht politische und administrative Grenzen die Regionen abgrenzen (Bundesländer, Planungsregionen, Regierungsbezirke, Landkreise), sondern neue geografische Faktoren eingeführt werden, die sich an Versorgungsräumen orientieren (vgl. den Beitrag von König/Wende in diesem Heft). Im Rahmen einer solchen Reform sollte auch die Gewährleistung einer einheitlichen Aufsichtspraxis durch eine Neuordnung der Zuständigkeiten angepackt werden und der RSA (weitgehend) manipulationssicher werden. Damit nicht wertvolle Zeit bis zum Beginn der Gesetzgebungsarbeit in der neuen Legislaturperiode vergeudet wird, in der sich zudem die Disparitäten zwischen den Kassen und Kassenarten weiter erhöhen, sollte schon vor der Bundestagswahl der Forschungsstand analysiert und der Handlungsbedarf beschrieben sein.

Kein Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen ist in Stein gemeißelt. Längerfristig muss auch hinterfragt werden, ob der RSA seine ordnungs- und verteilungspolitischen Funktionen erfüllt, ob die Kriterien für die Zielgenauigkeit der daraus abgeleiteten Parameter richtig gewählt sind (vgl. den Beitrag von Neumann in diesem Heft) und welche Alternativen denk- und umsetzbar sind. Gerade hier sind wir am Beginn und nicht am Ende der Diskussion. „Alternativen: Keine“ ist für Betriebskrankenkassen nicht akzeptabel. ■

## Literatur

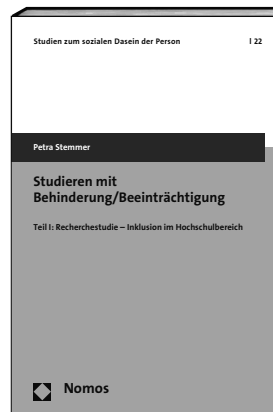
**BKK-Dachverband**, Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich, Betriebskrankenkassen Sonderausgabe 1/2015

**BKK-Dachverband**, Stellschrauben im Morbi-RSA – Sondergruppen im Fokus, Betriebskrankenkassen Sonderausgabe 1/2016

**IGES, Glaeske, Greiner**, Begleitforschung zum Morbi-RSA Teil 1 – Kriterien, Wirkungen und Alternativen, Berlin 2015

**Schopp/Lummer, Cui Bono**: Die Morbi-RSA Debatte – Zeit ist Geld Betriebskrankenkassen 4-2016, 6-9

# Studien zum sozialen Dasein der Person

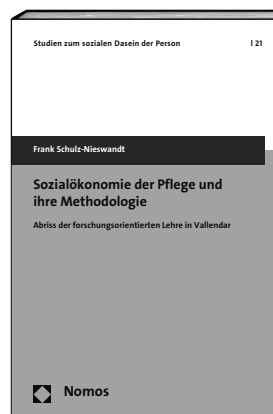


## Studieren mit Behinderung/ Beeinträchtigung

Teil I: Recherchestudie –  
Inklusion im Hochschulbereich

Von Petra Stemmer, MBA  
2016, Band 22, 271 S., brosch., 59,- €  
ISBN 978-3-8487-3386-6  
eISBN 978-3-8452-7702-8  
[nomos-shop.de/27977](http://nomos-shop.de/27977)

Welchen Fragestellungen müssen sich die Hochschulen im Umfeld der Umsetzung der UN-BRK stellen? Die Studie analysiert den Stand der Inklusion an den deutschen Hochschulen, identifiziert Bedarfe und Anforderungen beeinträchtigt Studierender und stellt Good Practices sowohl bezüglich der einzelnen Beeinträchtigungsarten als auch nach Themenfeldern geordnet dar.



## Sozialökonomie der Pflege und ihre Methodologie

Abriss der forschungsorientierten  
Lehre in Vallendar

Von Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt  
2016, Band 21, 97 S., brosch., 29,- €  
ISBN 978-3-8487-3299-9  
eISBN 978-3-8452-7652-6  
[nomos-shop.de/27972](http://nomos-shop.de/27972)

Was ist Sozialökonomie? Und was ist Sozialökonomie der Pflege und deren Methodologie? Skizziert werden eine poststrukturelle Sozialökonomie im Kontext einer interdisziplinären Sozialpolitikwissenschaft und deren kontextuelle Hermeneutik mit Bezug auf eine forschungsorientierte Lehre.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar  
unter: [www.nomos-elibrary.de](http://www.nomos-elibrary.de)

Portofreie Buch-Bestellungen unter  
[www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)  
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

