

# Risikostrukturausgleich und Wettbewerb: zwischen den Gutachten

von Klaus Jacobs<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung** liegt seit Herbst 2017 das wissenschaftliche Gutachten eines Expertenbeirats vor, der vom Bundesgesundheitsministerium mit der Evaluation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs beauftragt wurde. Im Frühling 2018 wird der Beirat ein zweites Gutachten vorlegen, in dem speziell Fragen des Umgangs mit Regionaldimensionen analysiert werden. Vor diesem Hintergrund wird der aktuelle Stand der Reformdebatte reflektiert. Dabei wird deutlich, dass eine isolierte Betrachtung des Risikostrukturausgleichs zu kurz springt und vielmehr das gesamte Wettbewerbskonzept der gesetzlichen Krankenversicherung eine grundlegende Revitalisierung benötigt.

**Schlüsselwörter:** Risikostrukturausgleich, Regionaldimensionen, Wettbewerb

*In order to develop the risk compensation scheme of the statutory health insurance system further, the scientific advisory board of the Bundesversicherungsamt published a report in the autumn of 2017. It had been commissioned by the Federal Ministry of Health. In the spring of 2018 the scientific advisory board will present a second report. This will focus on dealing with regional dimensions. Bearing the published and the upcoming report in mind, the present state of the discussion are sketched and assessed. Closer inspection of the matter shows that an isolated analysis of the risk compensation scheme misses important points. It turns out that the concept of competition implanted in the statutory health insurance system urgently needs revitalization.*

**Keywords:** risk compensation scheme, regional dimensions, competition

## 1 Einleitung

Im Herbst 2017 hat der beim Bundesversicherungsamt (BVA) angesiedelte Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellte „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ vorgelegt (Drösler et al. 2017), auf das die gesamte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit großer Spannung gewartet hatte. Doch selbst wenn es nach der Bundestagswahl am 24. September 2017 sehr schnell zur Bildung einer neuen Bundesregierung gekommen wäre, hätte es im Hinblick auf mögliche Anpassungen beim Risikostrukturausgleich (RSA) mit allergrößter Wahrscheinlichkeit keine Sofortmaßnahmen des Gesetzgebers gegeben. Und zwar aus zwei Gründen: Zum einen legen die Ergebnis-

se und Empfehlungen des vorgelegten Gutachtens keinen unverzüglichen Handlungsbedarf nahe, und zum anderen steht noch ein weiteres Sondergutachten des RSA-Beirats aus, das sich mit dem Umgang mit Regionaldimensionen befasst. Dieses zweite Gutachten abzuwarten, das Ende April 2018 vorgelegt werden soll, um dann in der Gesamtschau über möglichen Anpassungsbedarf beim RSA zu beraten und zu entscheiden, ist schon deshalb sinnvoll, weil zwischen den in beiden Gutachten jeweils schwerpunktmäßig betrachteten Aspekten des RSA beziehungsweise anderer Elemente der GKV-Wettbewerbsordnung eine Reihe von Interdependenzen besteht, etwa zwischen der Empfehlung des Beirats zugunsten eines Krankheitsvollmodells – also die Berücksichtigung aller prospektiv ausgabenrelevanten Krankheiten im RSA – und der Erklärung interregionaler Ausgabenunterschiede.

<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

Vor diesem Hintergrund bietet die Phase zwischen den Gutachten eine gute Gelegenheit zur Reflexion: in Bezug auf den Status quo von Kassenwettbewerb und RSA auf der Grundlage des ersten Sondergutachtens, aber zugleich auch als Ausblick auf das bevorstehende zweite Gutachten zu den Regionaldimensionen. Beides soll in diesem Beitrag geschehen. Dabei wird bewusst darauf verzichtet, das erste Gutachten in der ganzen Breite seiner Ergebnisse und Empfehlungen detailliert zu behandeln. Stattdessen soll zunächst lediglich ein kurzer Blick auf einige ordnungspolitische Betrachtungen des Gutachtens gelegt werden, die die Grundlage für die zentrale Zielstellung des RSA in einer wettbewerblich ausgestalteten GKV darstellen und demzufolge seine zweckmäßige Ausgestaltung maßgeblich prägen. Dies geschieht vor allem auch deshalb, weil im Vorfeld des ersten Gutachtens hinsichtlich der Zielstellung des RSA und der zur Überprüfung der Zielerreichung verwendeten Indikatoren von Vertretern einzelner Krankenkassen und ihrer Verbände Aussagen getroffen wurden, die einer wissenschaftlichen Analyse nicht standhalten, wie das Gutachten zeigt.

## 2 Sondergutachten I: Funktion von RSA und Kassenwettbewerb

Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats beginnt mit einem umfangreichen Kapitel zur Zielsetzung des RSA. Hierzu hatte es im Vorfeld des Gutachtens verschiedentlich Missverständnisse gegeben, etwa wenn behauptet wurde, dass der RSA mit der Vermeidung von Risikoselektion einerseits beziehungsweise der Herstellung fairer Wettbewerbschancen der Krankenkassen andererseits unterschiedliche Ziele verfolge, zwischen denen eine Gewichtung erfolgen müsse (siehe dazu *Jacobs 2017*). Deshalb ist es gut, dass sich der Beirat noch einmal ausführlich aus ordnungspolitischer Sicht mit der Funktion des RSA befasst hat.

Das Ergebnis, zu dem er dabei kommt, kann Wissenschaftler nicht wirklich überraschen, decken sich die Einschätzungen des Beirats doch vollständig mit den übereinstimmenden Erkenntnissen der internationalen Gesundheitsökonomie (vergleiche dazu auch den Beitrag von Florian Buchner in diesem Heft). Danach benötigt jedes wettbewerbliche Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung – also ohne risikoäquivalente Beiträge der Versicherten gemäß ihrem individuellen Ausgabenrisiko – zwingend einen RSA, damit die Krankenkassen keine Anreize zu unerwünschter Risikoselektion haben. Die Vermeidung von Risikoselektion ist somit die zentrale Aufgabe des RSA. Damit wird zugleich aber auch ein wesentlicher Beitrag zur Herstellung fairer Chancen im Wettbewerb der Krankenkassen geleistet. Dies geschieht, indem für die Krankenkassen durch den RSA Risikoäquivalenz über entsprechend adjustierte Zuweisungen hergestellt wird.

Allerdings ist der RSA im Hinblick auf die Herstellung fairer Wettbewerbschancen der Kassen zwar eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung. Das heißt, dass es neben dem RSA weitere Elemente der GKV-Wettbewerbsordnung geben muss, von denen der Beirat einige selbst explizit behandelt, etwa zu Fragen des Marktzugangs, der Marktkonzentration, des Aufsichtshandelns oder der nach seiner Auffassung nicht wettbewerbsgerechten Ausgestaltung der Haftungsverbünde nach Kassenartenzugehörigkeit.

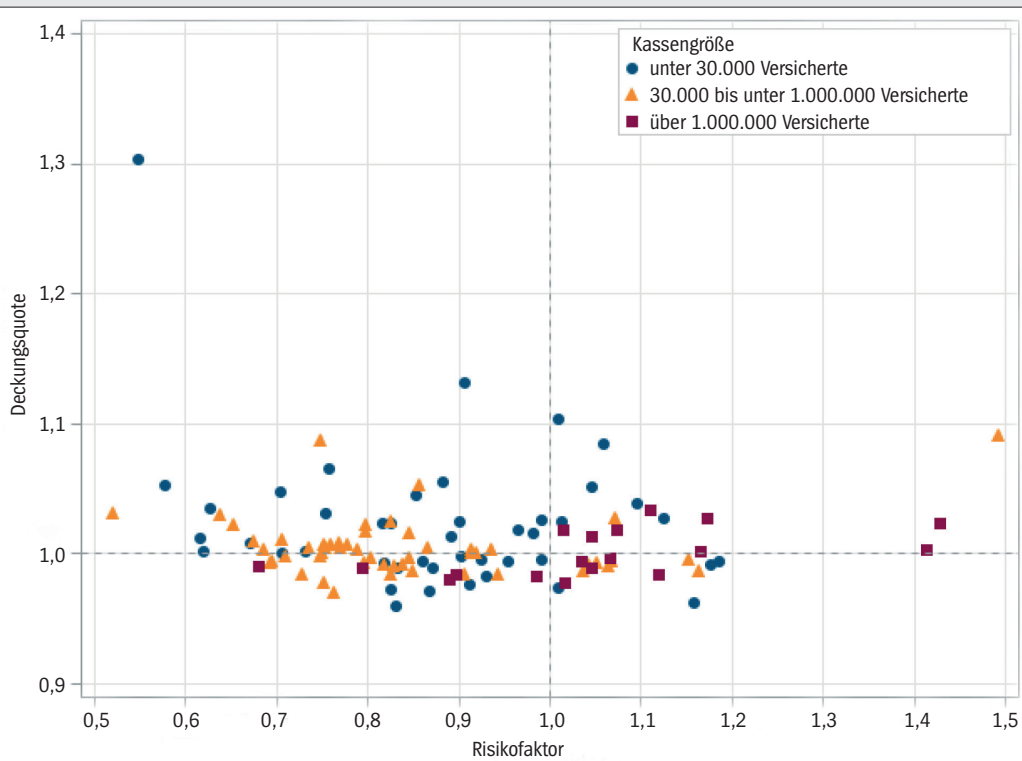
Diese grundsätzlichen Ausführungen machen deutlich, dass Wettbewerbsverzerrungen – soweit es sie tatsächlich in relevanter Größenordnung gibt – keineswegs zwangsläufig auf die Ausgestaltung des RSA zurückzuführen sind und es folglich auch nicht zwingend RSA-Modifikationen sind, die gezielte Abhilfe bei bestimmten Wettbewerbsproblemen schaffen können. Im Gegenteil: RSA-Reformen mit dem Ziel einer Umverteilung von Finanzmitteln zwischen Kassen oder Kassenarten, die die Leistungsfähigkeit des RSA im Hinblick auf sein zentrales Ziel zur Vermeidung von Risikoselektion beeinträchtigen, lehnt der Beirat explizit ab. Wenn es jenseits des RSA Defizite in der Wettbewerbsordnung gibt, so sind sie unmittelbar dort zu beheben.

Im Grunde wird bereits an dieser Stelle deutlich, dass der an den Beirat ergangene Auftrag einer erneuten Gesamtevaluation des RSA, aber ebenfalls die Empfehlung des Beirats, den Morbi-RSA künftig regelmäßig systematisch zu evaluieren, insoweit zu kurz springen, als vielmehr eine regelmäßige Evaluation der gesamten Wettbewerbsordnung der GKV erforderlich wäre. Der Beirat stützt diese Sicht ja auch insoweit, als er sich selbst in seinem Gutachten keineswegs allein mit der Funktion und Funktionsweise des RSA befasst, sondern weitere Elemente der GKV-Wettbewerbsordnung in seine Überlegungen einbezieht. Ein entsprechender Vorschlag zur regelmäßigen Analyse des gesamten Kassenwettbewerbs ist im Übrigen schon einmal im Rahmen des Gutachtens unterbreitet worden, in dem die direkte Morbiditätsorientierung des RSA empfohlen wurde, und zwar konkret: „die Einrichtung einer politikberatenden ‚RSA-Kommission‘ (...), die z. B. nach dem Muster der Monopolkommission als ‚Sachverständigenrat zur Begutachtung von RSA und GKV-Wettbewerb‘ gebildet werden könnte und dem Deutschen Bundestag alle zwei Jahre einen Bericht zur Wettbewerbsentwicklung in der GKV vorzulegen hätte“ (*Jacobs et al. 2002, 11*). Leider ist dieser Vorschlag damals nicht aufgegriffen worden.

Zur empirischen Überprüfung der Funktionsgerechtigkeit des RSA hält der Beirat neben den einschlägigen statistischen Gütemaßen auf der Individualebene im Kontext der Vermeidung von Risikoselektion insbesondere Deckungsquoten auf der Ebene von Versichertengruppen für zentral. Dagegen erteilt er einer vorrangigen Orientierung an den Deckungsquoten auf Kassen- beziehungsweise Kassenartenebene eine klare

ABBILDUNG 1

## Deckungsquote nach Risikofaktor im Ausgleichsjahr 2015



Quelle: Drösler et al. 2017, 75. Abbildung 4.1; Grafik: G+c Wissenschaft 2018

Absage. Die Betrachtung von Kassenarten ist für den Beirat deshalb ungeeignet, weil diese nicht untereinander im Wettbewerb stehen, sondern selbst in vielen Fällen miteinander konkurrierende Kassen vereinen und zudem in sich nicht nur eine große, sondern sogar weiter gewachsene Heterogenität aufweisen. „So profitieren von den in diesem Sondergutachten untersuchten Reformvorschlägen in der Regel immer nur Teile der Krankenkassen innerhalb einer Krankenkassenart, andere Teile hingegen würden belastet“ (Drösler et al. 2017, 142). Dem einzigen Argument, das die Betrachtung von Kassenarten stützen könnte, der Existenz entsprechend ausgestalteter Haftungsverbände, trägt der Beirat insoweit Rechnung, als er die Auflösung dieser aus seiner Sicht nicht wettbewerbskompatiblen Regelung empfiehlt. Dass diese Empfehlung „kein Beitrag zur Lösung bestehender Wettbewerbsverzerrungen“ sei (Meyers-Middendorf und Baumann 2017, 16), geht an der Sache vorbei, denn das ist damit auch gar nicht bezweckt, sondern vielmehr eine wettbewerbsgerechte Ausgestaltung eines Elements der GKV-Wettbewerbsordnung jenseits des RSA.

Was die Einzelkassenebene angeht, stellt der Beirat fest, dass eine Verringerung der Unterschiede in den Deckungsquoten zwischen Krankenkassen nicht per se als Verbesserung der Funktionsfähigkeit der GKV-Finanzarchitektur angesehen werden kann. Dass manche Kassen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds besser und andere schlechter zurecht kommen, liegt vom Grundsatz her im Wesen des RSA, der im Interesse des Erhalts von Wirtschaftlichkeitsanreizen bewusst keine tatsächlichen Ausgaben ausgleicht, sondern – zudem in prospektiver Ausgestaltung – am mittleren Ausgabenrisiko der Versicherten orientiert ist, das im Interesse fairer Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen nach einheitlichen Kriterien ermittelt wird. Dabei zeigt die Analyse des Beirats, dass der aktuelle RSA auch auf der Kassenebene eine sehr hohe Zielgenauigkeit aufweist. Das wird etwa daran deutlich, dass bei den Deckungsquoten der Einzelkassen kein merklicher Zusammenhang zwischen dem RSA-Risikofaktor der Kassen und ihren Deckungsquoten erkennbar ist (siehe Abbildung 1). Auch wenn die Über- und Unter-

TABELLE 1

## Entwicklung der sLA\*-bedingten rechnerischen krankenkassenindividuellen Beitragssatzeffekte

Verteilung zwischen Krankenkassen	Rechnerische Beitragssatzeffekte durch sLA-Über- und Unterdeckungen						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Minimum	-1,27 %	-0,92 %	-1,03 %	-1,22 %	-0,75 %	-0,85 %	-0,79 %
1. Quartil	-0,04 %	-0,05 %	-0,07 %	-0,07 %	-0,06 %	-0,13 %	-0,15 %
Median	0,21 %	0,17 %	0,15 %	0,21 %	0,07 %	0,02 %	0,01 %
3. Quartil	0,41 %	0,41 %	0,42 %	0,43 %	0,29 %	0,28 %	0,33 %
Maximum	2,36 %	2,32 %	1,68 %	1,34 %	1,86 %	1,64 %	2,44 %
Spanne	3,64 %	3,24 %	2,71 %	2,56 %	2,62 %	2,50 %	3,23 %
gew. Abweichung	0,44 %	0,41 %	0,37 %	0,46 %	0,37 %	0,36 %	0,44 %
Interquartilsabstand	0,45 %	0,45 %	0,49 %	0,50 %	0,35 %	0,41 %	0,48 %

\*sLA: standardisierte Leistungsausgaben

Quelle: Drösler et al. 2017, 147; Tabelle 5.5; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

deckungen der einzelnen Kassen in rechnerische (Zusatz-) Beitragssatzeffekte übertragen werden, ergibt sich keineswegs ein Bild, das die teilweise von interessierter Seite verbreiteten Alarmsignale rechtfertigen würde. Dabei trägt der Beirat Einwänden gegenüber der begrenzten Aussagekraft von Zusatzbeitragsspannen (die nur Extremwerte berücksichtigen) insoweit Rechnung, als er auch einen Blick auf robustere Verteilungsmaße wirft, wie etwa die Lage der Quartile oder die Entwicklung des Interquartilsabstands (der Differenz zwischen dem dritten und dem ersten Quartil der Verteilung) der rechnerischen RSA-Beitragssatzeffekte. Wie Tabelle 1 zeigt, bewegt sich der Interquartilsabstand der rechnerischen Zusatzbeiträge für standardisierte Leistungsausgaben zwischen 2009 und 2015 relativ konstant um Werte zwischen rund 0,4 und 0,5 Prozentpunkten. Auch die mit den Versichertenzeiten gewichtete mittlere Abweichung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge vom durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitrag weist in diesem Zeitraum eine stabile Entwicklung auf (Drösler et al. 2017, 147).

Kritisch muss in diesem Kontext bewertet werden, wenn in der Öffentlichkeit durch bestimmte Formulierungen der Eindruck erweckt wird, dass das zentrale Charakteristikum der Funktionsweise des RSA nicht sachgerecht sei, keine tatsächlichen Ausgaben, sondern mittlere Ausgabenrisiken auszugleichen. Das geschieht, wenn immer wieder betont wird, dass

einige Kassen mehr Geld erhielten, als sie zur Deckung ihrer Ausgaben benötigten, während dies bei anderen Kassen nicht der Fall sei. Das ist aber grundsätzlich bei jedem wie auch immer ausgestalteten RSA der Fall, der sich – wie gerade ausgeführt – aus guten Gründen nicht an den tatsächlichen Ausgaben der einzelnen Kassen orientiert. Dabei suggeriert die Formulierung „benötigen“, dass es seitens der Kassen nur sehr begrenzte Möglichkeiten gibt, ihr Ausgabengeschehen aktiv zu beeinflussen. Um diese Behauptung zu stützen, sind zuletzt sogar eigens Studien in Auftrag gegeben worden (Neumann 2016; Dietzel und Krumm 2017). Einmal abgesehen von der Fragwürdigkeit der dabei angewendeten Methodik – durch aktive Leistungssteuerung haben Kassen mit ausgebautem Leistungs- und Vertragsmanagement deutlich größere Handlungsspielräume als behauptet wird – muss es einigermaßen befremdlich erscheinen, wenn die Schlussfolgerung aus diesen „Studien“ lediglich darin besteht, mehr Geld aus dem RSA einzufordern, und nicht etwa, den Gesetzgeber eindringlich aufzurufen, den Kassen mehr Handlungsparameter zur wirksamen Ausgabensteuerung an die Hand zu geben und ihm dazu konkrete Vorschläge zu unterbreiten. Dabei müsste allerdings nicht bei null begonnen werden. Die etwa vonseiten der Ersatzkassen als Beleg für vermeintliche Wettbewerbsverzerrungen genannten Überdeckungen im AOK-System von 59 Euro je Versicherten im Jahr 2016 – wohlgemerkt im ganzen Jahr, pro Monat also von knapp fünf Euro – bei gleichzeitigen

Unterdeckungen der Ersatzkassen von 35 Euro je Versicherten, also von weniger als drei Euro pro Monat (*Meyers-Middendorf und Baumann 2017, 14*), liegen von der Größenordnung her in einem gewiss schon heute steuerbaren Bereich.

Damit sind wir unmittelbar bei einem Punkt angelangt, der für die ordnungspolitische Einordnung von RSA und Kassenwettbewerb zentrale Bedeutung hat, in der aktuellen Debatte aber kaum noch vorkommt. Der Beirat weist in seinem Gutachten darauf hin, dass nicht nur der RSA in funktionaler Hinsicht zu beurteilen ist, nämlich im Hinblick auf die Neutralisierung unterschiedlicher Risiken der Versicherten, sondern dass auch der damit ein gutes Stück weit geordnete Kassenwettbewerb kein Selbstzweck ist. Der Wettbewerb der Krankenkassen habe nämlich die Funktion, die Gesundheit der Versicherten beziehungsweise ihre Gesundheitsversorgung zu verbessern, also das zu leisten, was gemeinhin als Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung bezeichnet wird. Damit soll der Wettbewerb letztlich nicht etwa den Kassen (oder gar Kassenarten) nutzen, sondern den Versicherten und Patienten. Deren Interessen kommen bei dem anhaltenden Lamento um vermeintlich nicht hinreichend faire Wettbewerbsbedingungen allerdings so gut wie gar nicht vor. Da war die GKV vor vielen Jahren schon einmal deutlich weiter, wenn man etwa an das bereits 1994 verabschiedete Grundsatzpapier der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen „Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung“ denkt (siehe dazu *Jacobs und Rebscher 2014*).

Defizite bei dem mittlerweile zunehmend verbreiteten Wettbewerbsverständnis werden schließlich auch im Kontext eines weiteren Aspekts deutlich, der im ersten Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats behandelt wird: der Frage der Marktkonzentration. Gegen zunehmende Marktkonzentration als Folge freier Kassenwahlentscheidungen der GKV-Mitglieder ist zunächst überhaupt nichts einzuwenden. Es darf allerdings keinen Missbrauch von marktbeherrschenden Positionen geben. Das heißt, Kassen mit einem großen Marktanteil müssen zum Beispiel bei ihrem Vertragshandeln – etwa bei Selektivverträgen – strengere Kriterien akzeptieren als kleine Kassen. Die bloße Existenz einer möglichst großen Zahl an wählbaren Alternativen garantiert jedoch noch keineswegs einen substanziellen Wettbewerb im Interesse der Versicherten und Patienten, denn dazu sind weitere Voraussetzungen erforderlich. Insbesondere gilt dies für solche Kassen, die von sich selbst behaupten, auf das Leistungs- und Ausgabengeschehen ihrer Versicherten praktisch kaum Einfluss zu haben, und sich darüber hinaus auch nicht erkennbar mit Ideen hervortun, wie sich das spürbar ändern könnte. Hier muss die Frage nach dem Beitrag dieser Kassen für einen substanziellen versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerb schon erlaubt sein.

Als vorläufiges Fazit der bisherigen Ausführungen zu RSA und Kassenwettbewerb auf der Grundlage der ordnungspolitischen Positionen des Wissenschaftlichen Beirats in seinem ersten Sondergutachten bleibt festzuhalten, dass die aktuelle Reformdebatte zu möglichen Modifikationen des RSA deutlich zu kurz springt. Letztlich geht es um die Frage nach Sinn und Zweck von funktionalem Kassenwettbewerb in der GKV. Insoweit ist dem Beiratsmitglied Volker Ulrich zuzustimmen, dass „die Politik sich deutlicher als bisher zu der Grundsatzfrage nach dem Sinn des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen und seiner Zukunft in der GKV positionieren sollte“ (*Ulrich 2018, 2*). Es genügt jedenfalls auf Dauer nicht, wenn den Kassen und ihren potenziellen Selektivvertragspartnern auf der Seite der Anbieter von Versorgungsleistungen in jedem Koalitionsvertrag aufs Neue erweiterte Vertragsspielräume in Aussicht gestellt werden – wie seit 2005 regelmäßig geschehen –, ehe danach in den folgenden vier Jahren substanziell praktisch nichts geschieht. Dass sich die Politik in dieser Frage positionieren sollte, heißt natürlich nicht, dass seitens der Kassen und ihrer Verbände keine Konzeptvorschläge dafür unterbreitet werden können. Das sollte schon im eigenen Interesse geschehen, denn wenn es letztlich gar keinen substanziellen versorgungsorientierten Kassenwettbewerb geben soll, sondern weiterhin das Primat zentraler Plan- und Kollektivwirtschaft – selbst bei der Förderung von Versorgungsinnovationen, also einer ansonsten klassischen Wettbewerbsaufgabe (*Cassel und Jacobs 2015*) –, ist nicht nur ein komplexer, weil anreizkompatibel ausgestalteter RSA obsolet, sondern letztlich auch ein pluralistisches Krankenkassensystem.

### 3 Sondergutachten II: Umgang mit Regionaldimensionen

Die Frage nach der Zukunft der wettbewerblichen Versorgungssteuerung und Patientenorientierung in einem funktionalen Krankenkassenwettbewerb ist auch für den Themenkontext von Bedeutung, mit dem sich der Wissenschaftliche Beirat in seinem zweiten Sondergutachten befasst, das Ende April 2018 vorgelegt werden soll. Der konkrete Hintergrund dieser Untersuchung liegt zunächst darin, dass in Deutschland teilweise deutliche Unterschiede in den regionalen Gesundheitsausgaben bestehen, etwa auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten. Dieser Befund ist in der wachsenden Literatur zu dieser Thematik mittlerweile gut dokumentiert (siehe etwa *Göppfarth et al. 2016* sowie den Beitrag von Hans-Dieter Nolting in diesem Heft). Der Großteil dieser Unterschiede ist auf unterschiedliche Strukturen der Bevölkerung in Bezug auf Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand zurückzuführen – also genau auf diejenigen Faktoren, die im RSA bei der Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt werden. Dabei hat der 2009 erfolgte

„Schritt von einem soziodemographischen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich die regionalen Variationen in der GKV zu einem erheblichen Teil erklärt“ (*Göpffarth 2011, 24*), insbesondere seitdem die Ermittlung der Ausgaben-daten im RSA auf Basis einer Vollerhebung erfolgt (*Göpffarth 2013, 31*). Insoweit besteht Grund zu der Erwartung, dass eine Vervollständigung des Krankheitsspektrums im RSA beziehungsweise eine weitere Differenzierung der Krankheitszuschläge nach dem Schweregrad den Erklärungsgrad regionaler Ausgabendifferenzen noch weiter erhöhen kann.

Für die verbleibenden Ursachen für regionale Ausgabenunterschiede gibt es eine Vielzahl angebots- und nachfrageseitiger Bestimmungsgründe – zu einer Übersicht entsprechender Determinanten siehe Tabelle 2 –, deren Einfluss im Einzelnen bislang aber nur zum Teil empirisch belegt ist. Das gilt insbesondere auch für die angebotsseitigen Faktoren, deren Berücksichtigung im RSA zuletzt mehrfach gefordert worden ist. So fordert der Verband der Ersatzkassen mittlerweile nicht mehr allgemein die Einführung eines Regionalfaktors im RSA, sondern eine „Versorgungsstrukturkomponente“. Dies wird damit begründet, dass in Ballungszentren eine größere Versorgungsdichte herrsche und es dort ein ausdifferenzierteres fachärztliches und heilberufliches Angebot gebe sowie hochspezialisierte Kliniken und Krankenhäuser. In der Folge seien die Ausgaben je Versicherten in städtischen Verdichtungsräumen deutlich höher als auf dem Land, wovon insbesondere Krankenkassen mit begrenzter regionaler Ausstrahlung und einem Versichertenstamm in ländlichen Gebieten profitierten, während Krankenkassen mit vielen Versicherten in den Städten, die überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursachten, benachteiligt würden (*vdek 2017, 11*). Von möglicherweise ebenfalls ausgleichsrelevanten nachfrageseitigen Einflussfaktoren auf regionale Ausgabenunterschiede ist hier gar nicht mehr die Rede.

Der Einfluss angebotsseitiger Einflussfaktoren auf das regionale Ausgabenniveau ist allerdings keineswegs so eindeutig. „Generell ist zu konstatieren, dass die bisher publizierten Analysen zu den Ursachen regionaler Variationen bei medizinischen Versorgungsleistungen zwar einige Hinweise auf die Relevanz von Faktoren der Angebotsstruktur erbracht haben, dass die vermuteten wichtigsten Treiber von regionaler Variation jedoch bisher empirisch kaum direkt untersucht werden konnten“ (*Nolting 2015, 19*). Einer neuen Untersuchung von Martin Salm und Ansgar Wübker zufolge, die die Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen von Versicherten untersucht haben, die von ländlichen in städtische Regionen beziehungsweise in umgekehrter Richtung umgezogen sind, können regionale Unterschiede sogar ganz überwiegend patientenseitig erklärt werden, denn die Inanspruchnahme der Versicherten verändert sich nach einem Umzug in eine angebotsstrukturell ganz anders ausgestattete Region praktisch überhaupt nicht (*Salm und Wübker*

2017, 6). Man darf gespannt sein, zu welchen empirischen Ergebnissen der Wissenschaftliche Beirat in seinem zweiten Sondergutachten kommt.

Nun geht es bei der aktuellen Diskussion im Kontext des RSA aber gar nicht allein um die offensichtlich bereits für sich betrachtet sehr schwierig zu beantwortende Frage, welche Einflussfaktoren regionale Ausgabenunterschiede bestimmen, sondern darum, wie mit Wettbewerbsproblemen umgegangen werden soll, die aus regionalen Ausgabenunterschieden resultieren. Die Ursache für regionale Wettbewerbsverzerrungen, die zu unerwünschter regionaler Risikoselektion führen können (*Bauhoff 2012; Jacobs et al. 2012, 4f.*), liegt ja nicht etwa in der Existenz regionaler Ausgabenunterschiede beziehungsweise regionaler Über- oder Unterdeckungen infolge der auf der Grundlage bundesdurchschnittlicher Ausgaben ermittelten Zuweisungen (so etwa fälschlich *Meyers-Middendorf und Baumann 2017, 17*). Das Wettbewerbsproblem beseht vielmehr darin, dass die Krankenkassen wegen unterschiedlich abgegrenzter Tätigkeitsgebiete sowie der gesetzlichen Verpflichtung, für ihr gesamtes Tätigkeitsgebiet einen einheitlichen Zusatzbeitrag zu kalkulieren, von derartigen Ausgabendifferenzen unterschiedlich betroffen sind. Insoweit liegt das Wettbewerbsproblem in der Parallelität regionaler und überregionaler Kassen und besteht auch nicht zwischen, sondern allein innerhalb von Regionen, in denen – je nach dem dortigen Ausgabenniveau im Vergleich zum Bundesdurchschnitt – mal regional und mal überregional agierende Kassen Wettbewerbsvor- oder -nachteile haben. So profitieren in einer besonders ausgabengünstigen Region Krankenkassen mit einem regionalen Schwerpunkt in dieser Region, während in vergleichsweise ausgabenintensiven Regionen diejenigen Kassen einen Wettbewerbsvorteil haben, die eine überregionale Mischkalkulation bei der Festlegung ihres Zusatzbeitrags vornehmen.

Der Beirat betrachtet in seinem ersten Sondergutachten, das eine erste, rein qualitative Auseinandersetzung mit der „Regionalproblematik“ enthält, zwei unterschiedliche Lösungsansätze zur Reduktion regional bedingter Wettbewerbsverzerrungen: einerseits die Einführung einer Regional Komponente im RSA, durch die die bislang einheitlich auf bundesdurchschnittlichem Ausgabenniveau ermittelten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds dem jeweiligen regionalen Ausgabenniveau am Wohnort der Versicherten angepasst werden, und andererseits die – obligatorische oder optionale – regionale Differenzierung bei der (Zusatz-) Beitragskalkulation aller Krankenkassen.

Grundsätzlich hält der Beirat beide Lösungsansätze für geeignet, adäquat mit der bestehenden Wettbewerbsproblematik infolge unterschiedlicher regionaler Ausgabenniveaus bei unterschiedlich abgegrenzten Tätigkeits- und Zusatzbeitragsgebieten der Kassen umzugehen, also regional bedingte

TABELLE 2

**Determinanten regionaler Ausgabenunterschiede**

Nachfrageseitige Faktoren	Angebotsseitige Faktoren
Im Morbi-RSA nicht berücksichtigte Krankheiten	Haus- und Facharztdichte, d. h. niedergelassene Ärzte insgesamt, davon Hausärzte, Internisten und Gebiets- bzw. Fachärzte insgesamt je 100.000 Einwohner
Haushaltseinkommen und Vermögen der Versicherten	Krankenhaus- und Pflegebetten je 10.000 Einwohner
Pflicht- oder freiwillig Versicherte	Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern
Soziale Schicht, Beruf und Bildung, zum Beispiel Schulabgänger mit und ohne Abschluss sowie Versicherte mit Hochschulreife	Angebotsverhalten der Leistungserbringer in Verbindung mit dem Wettbewerb in den einzelnen Leistungsbereichen
Arbeitslosenquote, Anzahl der Transferempfänger und der Zuzahlungsbefreiten	Kodierverhalten der niedergelassenen Ärzte
Erwerbs- und Dienstleistungsquote	
Branche und Betriebsgröße	
Ökologische bzw. Wohnumweltbedingungen, zum Beispiel Wohnfläche oder Mehrfamilienhäuser	
Familienstand und Haushaltsgröße, insbesondere Alleinstehende und Einpersonenhaushalte	
Bevölkerungsdichte	
Zahl der Pflegebedürftigen	
Wanderungsbewegungen	
Anteil der Migranten mit abweichendem Nachfrageverhalten	

Quelle: Drösler et al. 2017, 465, Tabelle 8.1; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Wettbewerbsverzerrungen sowie Anreize zu regionaler Risikoselektion abzubauen. Diese Einschätzung gilt unbeschadet vieler noch zu klärender Fragen bezüglich der konkreten Ausgestaltung der beiden Ansätze, zu denen jeweils nicht zuletzt die Frage nach der zweckmäßigen Regionsabgrenzung zählt. Immerhin scheint diesbezüglich auf Expertenebene weitgehende Übereinstimmung darüber zu herrschen, dass die Länderebene insbesondere im Hinblick auf die beträchtliche Heterogenität innerhalb großer Flächenländer in funktionaler Sicht eher ungeeignet ist.

Wenn beide Lösungsansätze vom Grundsatz her als geeignet angesehen werden, die wettbewerbspolitischen Zielsetzungen zu erreichen, können vielleicht weitere Beurteilungs-

kriterien dabei helfen, die Frage zu beantworten, welchem Lösungsansatz letztlich der Vorzug gegeben werden sollte. Das kann wie im ersten Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats auch hier natürlich nur auf rein qualitativer Basis versucht werden. Eine Orientierung dafür könnte ein Gutachten geben, das der damals noch so bezeichnete Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits 1995 vorgelegt hat. Parallel zur Einführung von freier Krankenkassenwahl (1996) und Risikostrukturausgleich (1994/95) und der damit vollzogenen Weichenstellung zugunsten einer dezidiert wettbewerblichen Ausgestaltung der GKV hatte sich der Sachverständigenrat – dem damals unter anderem die Gesundheitsökonominnen Klaus-Dirk Henke (Vorsitz), Günter Neubauer und Eberhard Wille angehörten – sei-

nerzeit zur Vervollständigung der GKV-Wettbewerbsordnung unter anderem für regionale Beitragssätze aller Krankenkassen in einheitlich abgegrenzten Beitragsregionen ausgesprochen und dafür wettbewerbs-, allokatons- und verteilungspolitische Gründe genannt (SVR-KAiG 1995, Ziff. 368). Der Wissenschaftliche Beirat würde zu kurz springen, wenn er allein die Wettbewerbswirkungen der von ihm betrachteten Lösungsansätze untersucht und nicht zugleich auch – wie damals der Sachverständigenrat – Allokations- und Verteilungswirkungen in seine Überlegungen mit einbezieht.

Natürlich darf der RSA nicht überfrachtet werden, und es ist ganz gewiss nicht seine Aufgabe, einen unmittelbaren Beitrag zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu leisten – wie sollte das auch gehen? Aber gerade weil der RSA – wie gesehen – einen gleich in zweifacher Hinsicht abgeleiteten Charakter hat, nämlich im Hinblick auf faire Chancen im Kassenwettbewerb, der seinerseits selbst funktionalen Charakter im Hinblick auf eine bessere Gesundheitsversorgung hat, darf die Ausgestaltung des RSA das übergeordnete Allokationsziel einer qualitativ und wirtschaftlich besseren Gesundheitsversorgung zumindest ganz sicher nicht gefährden. Und auch wenn der Beirat zu Recht feststellt, dass das Prinzip der Beitragsgerechtigkeit bei freier Krankenkassenwahl an Bedeutung verliert, kommt dieser Beurteilungsdimension bei den beiden alternativen Ansätzen zur Lösung der Regionalproblematik sehr wohl unmittelbare Bedeutung zu.

Aus der Sicht des Mitglieds einer Regionalkasse in einer ausgangünstigen Region würde die Einführung einer Regional Komponente im RSA *ceteris paribus* zu einem höheren Zusatzbeitrag führen und spiegelbildlich umgekehrt – mit der Folge einer Angleichung der regionalen Zusatzbeitragsniveaus. Wenn das Kriterium für die Berücksichtigung regionaler Ausgabeterminanten im RSA deren Exogenität ist, also die Nicht-Beeinflussbarkeit durch die Krankenkassen, käme der höhere Zusatzbeitrag dadurch zustande, dass entweder eine besonders hochwertige und deshalb vergleichsweise teure Versorgungsstruktur in einer anderen Region mitfinanziert werden muss, von der das Mitglied selbst gar nicht unmittelbar profitiert, oder dass dort bestehende Ineffizienzen, etwa Überkapazitäten, mitfinanziert werden müssen. Mit diesen beiden denkbaren Fällen hat sich schon 2005 das Bundesverfassungsgericht befasst. Es ist dabei zu dem Schluss gekommen, dass in beiden Fällen Beitragsunterschiede – also das Gegenteil einer Angleichung – jeweils sehr gut begründet wären (BVerfG 2005, Ziff. 206 f.).

Bedeutsam sind aber vor allem die allokatonspolitischen Folgen einer Regional Komponente im RSA. Sie wird von ihren Befürwortern wettbewerbspolitisch für erforderlich gehalten, wenn es sich dabei um die Berücksichtigung von Determinanten des regionalen Ausgabenniveaus handelt, die außerhalb des Einflussbereichs der miteinander konkurrierenden Krankenkassen liegen. Bei der Umsetzung stellt sich damit aller-

dings eine zweifache Aufgabe: Zunächst muss das Ausmaß eines bestimmten Einflussfaktors auf das regionale Ausgaben-niveau empirisch festgestellt werden, was – wie bereits gesehen – angesichts des aktuellen Forschungsstands zu dieser Thematik keineswegs einfach ist, und dann muss geprüft und entschieden werden, ob es hierauf tatsächlich keine Einflussmöglichkeit der Kassen gibt. Denn wäre dies der Fall, würden durch die Regionalkomponente ja gerade erwünschte Handlungsanreize im wettbewerblichen Kassenhandeln beeinträchtigt. Die Feststellung der Exogenität der identifizierten Einflussfaktoren muss zudem regelmäßig angepasst werden, denn die Einflussmöglichkeiten der Kassen zur Gestaltung der Versorgungsstrukturen befinden sich im steten Wandel. Faktisch ist das schon heute der Fall – Stichworte hierzu lauten etwa: kassenindividuelle Qualitätsverträge im Krankenhaus, erleichterte Selektivvertragsoptionen, gegebenenfalls durch Ergebnisse des Innovationsfonds eröffnete neue Gestaltungsperspektiven – und konzeptionell ohnehin, denn das ganze Systemkonstrukt von versorgungsorientiertem Kassenwettbewerb, für den der RSA unverzerrte Handlungsanreize setzen soll, ergibt letztlich überhaupt nur Sinn, wenn die Kassen deutlich mehr entsprechende Handlungsfreiräume erhalten. Auch hierauf wurde bereits im vorangehenden Abschnitt hingewiesen.

Aber selbst wenn es auf absehbare Zeit keinen forcierten Vertragswettbewerb geben sollte, weil die Politik weiterhin von der steuerungspolitischen Überlegenheit zentraler Plan- und Kollektivwirtschaft im Vergleich zu mehr dezentraler Wettbewerbssteuerung überzeugt ist, bestünde die Gefahr, dass die aus Wettbewerbsgründen – wenngleich in Bezug auf einen versorgungspolitisch dann auch künftig weithin dysfunktionalen Kassenwettbewerb („alles exogen“) – eingeführte Regionalkomponente zu einer Verfestigung des Status quo der Versorgungsstrukturen mit allen ihren Über-, Unter- und Fehlversorgungen führte beziehungsweise diesbezüglich sogar falsche Anreize setzte. Denn ausgabenrelevante regionale Versorgungsstrukturen mögen zwar in einer Status-quo-Betrachtung für die konkurrierenden Krankenkassen kaum oder gar nicht beeinflussbar sein – sie sind es aber keineswegs für andere Gestaltungsakteure, zum Beispiel für die Länder in ihrer Funktion als Krankenhausplaner. Durch die Einführung einer Regionalkomponente im RSA würde jedoch auch auf sie der Druck gemindert, die Krankenhauslandschaft in ihrer Zuständigkeit so weiterzuentwickeln, dass die Voraussetzungen für ein Höchstmaß an Qualität und Wirtschaftlichkeit erfüllt werden. Wohl eher rhetorisch gefragt: Wäre das nicht ein zu hoher Preis für möglicherweise etwas weniger verzerrte Bedingungen eines im Kern zumindest versorgungspolitisch nach wie vor weithin funktionslosen Kassenwettbewerbs?

Diese Probleme stellen sich bei dem zweiten Lösungsansatz zum Umgang mit der Regionalproblematik, der Erhebung regional differenzierter Zusatzbeiträge, nicht. Warum sollen in Bezug auf den Einfluss regional wirksamer Ausgabendetermi-



nanten außerhalb des Einflussbereichs der Krankenkassen risikoäquivalente Beiträge simuliert werden, wenn sie ohne einen solchen Umweg unmittelbar erhoben werden können? Die solidarische Finanzierung der GKV verbietet Risikoäquivalenz in Bezug auf Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten als maßgebliche Determinanten des Ausgabengeschehens. Regionale Beitragsäquivalenz ist aber keineswegs verboten, wie das bereits zitierte RSA-Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2005 unterstreicht.

Es sind im Wesentlichen zwei Begründungszusammenhänge, die gegen diesen Vorschlag angeführt werden: Fragen der Umlandversorgung und Fragen der Praktikabilität. Beide sollen hier zumindest kurz adressiert werden. Dem Argument, dass in Ballungszentren auch Angebote zur Versorgung der Umlandbevölkerung vorgehalten werden, kann sachgerecht nur durch geeignete Vergütungsregelungen für Leistungen der Umlandversorgung Rechnung getragen werden. Von einer pauschalen „überregionalen Mischfinanzierung“ ist im Interesse der Vermeidung von Überkapazitäten dagegen dringend abzuraten. Zudem darf auch nicht übersehen werden, dass bestimmte Effizienzpotenziale der integrierten oder auch spezialisierten Gesundheitsversorgung überhaupt nur in Ballungszentren bestehen, selbst wenn sie derzeit angesichts der Dominanz sektoraler Plan- und Kollektivwirtschaftsstrukturen in viel zu geringem Ausmaß realisiert werden können. Es ist keineswegs ein Naturgesetz, dass die Versorgung in Großstädten, einschließlich ihrer Umlandversorgungsfunktion, zwingend mehr kosten muss als in weniger dicht besiedelten Regionen. Vielleicht ist die Freie Hansestadt Bremen dafür ja ein Beispiel. Zumindest wäre es eine nähere Analyse wert, warum es hier – mit der AOK Bremen/Bremerhaven und der Handelskrankenkasse (hkk) – gleich zwei großen Krankenkassen mit regionalem Schwerpunkt offenkundig gelingt, was angeblich doch gar nicht möglich ist, nämlich in einer Großstadt mit Umlandfunktion im Wettbewerb gegenüber bundesweiten Kassen zu bestehen.

Was die Praktikabilität des Vorschlags regional differenzierter Zusatzbeiträge aller Kassen angeht, besteht ein wenig der Eindruck, dass hier ein Popanz aufgebaut wird. Das gilt auch für den Präsidenten des BVA, Frank Plate, der den Vorschlag bereits „auf jeden Fall kategorisch“ abgelehnt und dabei auf einen unverhältnismäßigen Prüf- und Umsetzungsaufwand verwiesen hat (*gid 2018, 14*). Dabei gilt bezüglich dieser Einschätzung – wie immer in derartigen Fällen –, dass der erforderliche Aufwand naturgemäß entscheidend von der konkreten Ausgestaltung abhängt. Immerhin gibt es zwei praktische Anwendungsbeispiele für vergleichbare Konstellationen: zum einen die für 413 Zulassungsbezirke ermittelten Tarifklassen in der deutschen Kfz-Versicherung und zum anderen das Krankenversicherungssystem der Schweiz, das regional differenzierte Prämien der Krankenversicherungen nicht nur auf der Ebene der 26 Kantone kennt, sondern auch

innerhalb der Kantone bis zu drei Differenzierungen erlaubt, also maximal  $26 \times 3 = 78$  unterschiedliche Regionalbeiträge in jeder Krankenversicherung, die schweizweit tätig ist.

In der Kfz-Versicherung gibt der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) Informationen zu den Regionalklassen jährlich auf der Basis von Branchendaten zur Schadenbilanz einer Region heraus, und zwar in Gestalt von Indexwerten. Versicherer können diese Informationen für ihre Tarifikalkulation nutzen. Diese Praxis beantwortet zugleich die Frage, wie eigentlich Versicherungen kalkulieren, die in einer Region nur wenige Versicherungsnehmer haben: Sie übernehmen die Branchenwerte. Ein besonders aufwendiger Prüfaufwand wäre bei einem analogen Verfahren auch in der GKV nicht zu erwarten. Etwas anders würde sich die Situation darstellen, wenn Versicherungen von den Branchenwerten abweichen, zum Beispiel weil sie in einer bestimmten Region ein besonders erfolgreiches Ausgabenmanagement betrieben haben. Dies vergleichsweise einfach nachzuweisen, erscheint im digitalen Zeitalter aber auch nicht undenkbar, und komplette Haushalte müssten deshalb auch kaum für jede Beitragsregion aufgestellt werden, sondern lediglich eine differenzierte Darstellung bestimmter Posten bei den Leistungsausgaben, die im Ergebnis für einzelne Regionen zu einem etwas höheren oder niedrigeren Indexwert gegenüber den branchenweiten Referenzwerten führt. Vielleicht lässt sich der Beirat – am besten in einer gemeinsamen Sitzung mit seinem Hausherrn im BVA – das einmal praktisch erläutern oder macht eine Studienreise in die Schweiz. Jedenfalls erscheint es etwas voreilig, schon im Vorfeld die vermeintliche Undurchführbarkeit zu beschwören. Viele Unternehmen haben ständig Zigtausende von unterschiedlichen Preisen zu kalkulieren und anzupassen – das würde gewiss auch die GKV in einem vergleichsweise überschaubaren Ausmaß von Differenzierung schaffen, zumal eine wesentliche Nebenbedingung erhalten bleibt: Die Kassen dürfen keine roten Zahlen schreiben und tun im ureigenen Interesse gut daran, sich an diese Vorschrift zu halten.

Vielleicht ist der Hinweis auf den unverhältnismäßig großen Aufwand aber auch nur vorgeschoben – nicht unbedingt vom gerade zitierten BVA-Chef, sondern generell –, und es verbergen sich dahinter in Wirklichkeit andere Vorbehalte. Das wäre durchaus verständlich und selbstverständlich absolut legitim. So dürfte es insbesondere in der Politik insoweit Bedenken gegen regional differenzierte Zusatzbeiträge geben, weil damit Unterschiede sichtbar würden. Zwar wären diese Unterschiede nur Ausdruck von realen Unterschieden in der Versorgung, aber sollen die wirklich transparent werden? Schließlich wird auch Solidarität oft mit Gleichheit verwechselt, und eine differenzierte Sicht, wie sie oben vom Bundesverfassungsgericht zitiert wurde, nach der gerade Beitragsunterschiede – also das Gegenteil von Gleichheit – im Fall realer Versorgungsunterschiede als gerecht eingeschätzt wurden, dürfte bei manchen Politikern möglicher-

weise nicht viel Zustimmung finden. Unterschiede müssten nämlich auch erklärt und gegebenenfalls verantwortet werden – das wäre dann in der Tat sehr viel aufwendiger, als weiterhin die Illusion von Gleichheit beziehungsweise Gleichwertigkeit zu nähren, wonach die Versicherten in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt nicht nur flächendeckend einen Anspruch auf hohe Versorgungsqualität haben, sondern diesen auch erfüllt bekommen. Hier könnten regionale Beitragsunterschiede in der Tat nur stören.

Statt eines Fazits zu dieser Thematik: Auch das zweite Sondergutachten wird – wie schon sein Vorgänger – mit großer Spannung erwartet. Und in diesem Fall wird die Enttäuschung bei etlichen institutionellen Akteuren voraussichtlich ebenfalls nicht gering ausfallen – allein schon, weil auch in dieser Frage viele unrealistische Erwartungen kursieren. Dabei würde ein Blick in die Literatur genügen, etwa in die Ausführungen von Dirk Göppfarth, der als Ergebnis seiner damaligen Analysen zur Einbindung von Regionalfaktoren in den RSA zu dem Ergebnis kam, dass die Zielgenauigkeit des RSA dadurch allenfalls minimal verbessert würde und sowohl Über- als auch Unterdeckungen auf Kreisebene als auch die Spanne der Deckungsquoten bestehen blieben (Göppfarth 2013, 34). Das mag bei anderen vom Beirat untersuchten Modellen möglicherweise etwas anders sein, aber grundlegend anders? Die Zeit für realistisches Erwartungsmanagement scheint gekommen zu sein.

## 4 Ausblick

Bei der Weiterentwicklung des RSA beziehungsweise weiterer Elemente der GKV-Wettbewerbsordnung geht es nicht darum, ein optimales Konzept zu finden und umzusetzen, denn so etwas gibt es nicht. Stattdessen geht es um Schritte zur Verbesserung des Status quo in Bezug auf die Verminderung von noch bestehenden Wettbewerbsverzerrungen und Selektionsanreizen. Was den RSA angeht, kann dabei auf einem bereits sehr guten Modell aufgebaut werden.

So bedeutsam die wettbewerbspolitische Sicht bei entsprechenden Reformen ist, so wenig darf sie verabsolutiert werden. Das gilt – wie gesehen – insbesondere für mögliche Erweiterungen von RSA beziehungsweise Wettbewerbsordnung im Hinblick auf Regionaldimensionen, bei denen vor allem die allokativen politischen Folgewirkungen beachtet werden müssen. Schließlich ist ja auch der Kassenwettbewerb, wie vom Beirat noch einmal zu Recht in Erinnerung gerufen, kein Selbstzweck, sondern soll der Verbesserung der Gesundheitsversorgung dienen, die somit gewissermaßen über allem steht.

Der Wissenschaftliche Beirat hat noch einmal deutlich gemacht, dass der RSA funktionaler Bestandteil des Konzepts der Solidarischen Wettbewerbsordnung ist, in dem der Kassenwettbewerb, aber auch – vermittelt über ausgebauten Vertragswettbewerb auf dem Leistungsmarkt – der Wettbewerb unter den Anbietern von Versorgungsleistungen zentrale Bausteine sind (Cassel und Wasem 2014). Dieses Konzept, das in der internationalen Gesundheitsökonomie unter „Managed Competition“ (Enthoven 1993) firmiert, markiert den Entwicklungspfad für die zukunftsweisende Weiterentwicklung der GKV. Deshalb sollte die Pfadabhängigkeit der Empfehlungen des Beirats zur Weiterentwicklung des RSA auch nicht etwa beklagt werden (BKK 2017), sondern dieser Pfad sollte vielmehr revitalisiert und forciert eingeschlagen werden.

Zu dieser Entwicklung gehört es allerdings auch, bei den konkurrierenden Kassen die Voraussetzungen für Handlungs- beziehungsweise Managementfähigkeit weiter zu verbessern. Hier bestehen heute teilweise gravierende Unterschiede. Das spiegelt sich zum Teil auch im Niveau der öffentlichen Auseinandersetzung, in der etwa auf Unterschiede bei den Verwaltungsausgaben verwiesen wird, ohne dabei zu beachten, dass funktionsfähiges Kassenmanagement mit hoch qualifizierten Beschäftigten nicht zum Nulltarif zu haben ist, ein hieraus resultierendes Mehr im Fünf-Prozent-Bereich der Verwaltungsausgaben aber leicht durch ein Weniger im 95-Prozent-Bereich der Leistungsausgaben (über-)kompensiert werden kann. Natürlich funktioniert diese Rechnung nur bei hinreichend großen Kassen mit ausreichend vielen Versicherten.

Damit sind wir schließlich bei der Zielgruppe, die von einem substanziell versorgungsorientierten Kassenwettbewerb profitieren soll, ohne den der RSA letztlich gar keinen Sinn ergibt: Das sind die Versicherten und Patienten, von deren Interessen in der aktuellen Debatte viel zu wenig die Rede ist. Gezielte Verbesserungen der Versorgung – etwa beim Krankenhaus-Entlassmanagement, bei der Medikation von Multimorbiden, bei der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen, bei patientenfreundlichen Öffnungszeiten von Arztpraxen einschließlich der Vergabe von Facharztterminen und vielen weiteren „Innovationen“ (die eigentlich längst Selbstverständlichkeiten sein sollten) – gehören vor Ort in das vertragswettbewerbliche Handeln von Krankenkassen und Leistungsanbietern, zumindest was die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung angeht. Es wäre zu wünschen, dass die RSA-Debatte im Ergebnis dazu führt, diese Perspektiven eines funktionalen Kassenwettbewerbs künftig wieder stärker auf die gesundheitspolitische Agenda zu rücken.

## Literatur

**Bauhoff S (2012):** Do Health Plans Risk-Select? An Audit Study on Germany's Social Health Insurance. *Journal of Public Economics*, Vol. 96, No. 9–10, 750–759

**BKK (2017):** Wissenschaftler empfehlen „Steine statt Brot“ – Betriebskrankenkassen enttäuscht über Gutachten zur Fortentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Pressemitteilung des BKK Dachverbandes vom 19. Oktober 2017; [www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen](http://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen)

**BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2005):** Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01; [www.bverfg.de/e/fs20050718\\_2bvf000201.html](http://www.bverfg.de/e/fs20050718_2bvf000201.html)

**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

**Dietzel J, Krumm S (2017):** Zum Zusammenhang zwischen Leistungsmanagement und Beitragssatz unter den Bedingungen des Morbi-RSA. *Gesundheit- und Sozialpolitik*, Jg. 71, Heft 5, 15–24

**Drösler et al. (2017):** Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn; [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Presse

**Enthoven AC (1993):** The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*, Vol. 12, Suppl. 1, 24–48

**gid (Gesundheitspolitischer Informationsdienst) (2018):** Diskussion um den Morbi-RSA. BVA-Präsident Plate findet deutliche Worte, *Jg. 23, Nr. 4*, 11–15

**Göpffarth D (2011):** Regionalmerkmale im Morbi-RSA. Ein Beitrag zum funktionalen Wettbewerb und zu bedarfsgerechter Versorgung? In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.): *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011*. Düsseldorf: 16–40

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

**Göpffarth, D, Kopetsch T, Schmitz H (2016):** Determinants of Regional Variation in Health Expenditures in Germany. *Health Economics*, Vol. 25, No. 7, 801–815

**Jacobs K (2017):** Risikostrukturausgleich: Konzentration auf die Kernfunktion im Wettbewerb der Krankenkassen. *Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG)*, Jg. 23, Heft 2, 43–51

**Jacobs K, Rebscher H (2014):** Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D et al. (Hrsg.): *Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung*. Heidelberg: medhochzwei, 45–73

**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 – Endbericht. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 140. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

**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

**Meyers-Middendorf J, Baumann M (2017):** Morbi-RSA: Auf den Prüfstand. *ersatzkasse.magazin*, Jg. 97, Heft 11–12, 14–18

**Neumann K (2016):** Wettbewerbsgerechtigkeit des RSA objektivieren – Managementleistung der Kassen vergleichen. *Gesundheit- und Sozialpolitik*, Jg. 70, Heft 4–5, 45–53

**Nolting HD (2015):** Regionale Variationen: Stand und Nutzungsperspektiven in Deutschland. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 15, Heft 2, 16–22

**Salm M, Wübker A (2017):** Causes of Regional Variation in Healthcare Utilization in Germany, *Ruhr Economic Papers*, No. 675; <http://dx.doi.org/10.4419/86788783>

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

**Ulrich V (2018):** Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA: Cui bono? *IMPLICATIONplus, Gesundheitspolitische Analysen*, Ausgabe 2/2018

**vdek (Verband der Ersatzkassen) (2017):** Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen. Vorschläge der Ersatzkassen für eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA, Stand: 9. Februar 2017; [www.vdek.com/politik/positionen.html](http://www.vdek.com/politik/positionen.html)

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 29. Januar 2018)

## DER AUTOR



**Prof. 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 am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.