

Brauchen wir eine Reform des RSA?

WOLFGANG GREINER

Prof. Dr. Wolfgang Greiner ist Hochschullehrer an der Universität Bielefeld und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Der Risikostrukturausgleich (RSA) hat sich seit seiner Einführung im Grundsatz bewährt. Allerdings bedeutet dies nicht, dass kein Weiterentwicklungsbedarf mehr besteht, der über die ohnehin jährlich vorgenommene technische Anpassung der Krankheitsgruppen hinausgeht. Die Auswahl der Reformthemen sollte kriteriengestützt und datenbasiert in wissenschaftlichem Diskurs erfolgen. Die Überlagerung dieser Fachdiskussion durch politische Interessenlagen sowie die mangelnde Verfügbarkeit einer für die GKV repräsentativen Datengrundlage erschwert den Prozess nicht unerheblich.

1. Wann ist ein RSA-System reformbedürftig?

Dass in einem Finanzierungssystem mit einkommensabhängigen Beiträgen und Wettbewerb der Krankenversicherer um Versicherte ein Risikostrukturausgleich unumgänglich ist, bedarf mittlerweile keiner umfänglichen Begründung mehr. Anstelle der Debatten der neunziger Jahre, in denen teilweise leidenschaftlich gegen jede Form des Eingriffs in die Beitragsautonomie der einzelnen Krankenkassen gestritten wurde, ist mittlerweile eine (mitunter aber nicht weniger leidenschaftlich geführte) Diskussion um technische Details dieses Ausgleichs getreten. Es wird auf absehbare Zeit also vor allem um eine Optimierung des vorhandenen Risikostrukturausgleichs (RSA) gehen. Allerdings wäre es völlig falsch, in den technischen Details des RSA nur akademische Petitionen zu sehen. Zu groß sind die Auswirkungen selbst einiger marginal erscheinender Einzelheiten wie beispielsweise der Frage, in welcher Weise mathematisch berücksichtigt werden soll, wie viele Versicherte von einer bestimmten Krankheit betroffen sind (Prävalenz). Ein solches Detail kann zu Umverteilungen zwischen den Krankenkassen in dreistelliger Millionenhöhe führen. Der erste RSA-Beirat beim BVA ist im Kern wegen dieser Frage vor fast 10 Jahren sogar zurückgetreten.

Nun ist es nicht so, dass jede denkbare Variable, die technisch im RSA berücksichtigt werden könnte, in jedem Fall zu unannehmbaren Wettbewerbsverzerrungen führt, wenn man sie nicht ausgleicht. Es kann im Gegenteil auch zu einer Übersteuerung kommen, bei der einzelne Patientengruppen besser ausgeglichen werden, aber es insgesamt nicht zu einer faireren Wettbewerbsposition zwischen den Krankenkassen kommt. Der Grund dafür liegt in den komplexen finanziellen Interdependenzen zwischen verschiedenen Einflussfaktoren auf die Risikoposition einzelner Krankenkassen. Die finanzielle Auswirkung kann demnach bezogen auf die betroffene Versichertengruppe durchaus erheblich sein, an der Zielgenauigkeit des Ausgleichs ändert sich aber gemessen an den üblichen statistischen Regressionsmaßen insgesamt wenig.

Gerade in dieser Situation stellt sich die Frage, welche der beiden Hauptaufgaben des RSA stärker gewichtet werden soll: Die Vermeidung von Risikoselektion einzelner Versichertengruppen oder die Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen? Für das letztgenannte Ziel reicht offenbar eine Betrachtung der Wirkung des RSA ausschließlich auf Versichertenebene nicht aus, es sollte auch die Spanne der Deckungsquote (also dem Verhältnis von Einnahmen zu Ausgaben) der einzelnen Krankenkassen betrachtet werden. Dabei ist es selbstverständlich

nicht das Ziel, allen Krankenkassen im Zuge des RSA zu einer Deckungsquote von 100 % zu verhelfen, wohl aber die Zahl der Krankenkassen mit unplausiblen hohen oder niedrigen Deckungsquoten von z.B. weniger als 80 oder über 120 % zu mindern, denn so hohe Abweichungen sind kaum mehr durch die Performance des jeweiligen Krankenkassenmanagements erklärbar.

Wenn dagegen vor allem das Ziel der Vermeidung von Risikoselektion Priorität haben soll, dann müssten auch seltenere Krankheiten stärker im RSA berücksichtigt werden, denn die Versicherten sind grundsätzlich gut abgrenzbar und für sich gesehen häufig mit hohen Ausgaben verbunden. Allerdings zeigt sich in verschiedenen Modellrechnungen, dass die Berücksichtigung solcher zusätzlichen Krankheiten kaum einen Effekt auf die Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds auf aggregierter Ebene der Krankenkassen hat: Die Unterschiede fallen gemessen an den Gütemaßen der zugrunde liegenden Regression kaum ins Gewicht. Somit spielt die Prävalenz lediglich im Einzelfall bei kleineren Krankenkassen eine Rolle, die größere Ausgabenrisiken schlechter im eigenen Bestand ausgleichen können.

Die sich anschließende Frage ist, ob es dann zumindest für den Bestand kleinerer Krankenkassen ein ökonomisches Argument gäbe, auch kleinere Versicherungstruppen im RSA stärker als heute zu berücksichtigen. Aus der Versicherungstheorie ist seit langem bekannt, dass eine optimale Betriebsgröße bei Versicherungsunternehmen wegen des Gesetzes der großen Zahl sehr stark von dem Umfang der gedeckten Risiken abhängt: Je größer und gemischer das Portfolio des Versicherers, desto kleiner ist das unternehmerische zufallsbedingte Restrisiko. Dieses Grundprinzip gilt auch für Krankenkassen und könnte zu einer Monopolisierung des Marktes führen. Allerdings ist der deutsche Krankenkassenmarkt davon trotz der starken Marktzentrierung der letzten Jahre noch weit entfernt: Bei immer noch knapp 120 Versicherern und einem maximalen Marktanteil von wenig mehr als 10 % auf Bundesebene wäre der Wettbewerb um Versicherte durch die Krankenkassen selbst dann nicht gefährdet, wenn der Konzentrationsprozess noch weiter voranschritte. Für die Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte wäre dies ggf. sogar vorteilhaft. In jedem

Fall ist der RSA kein Instrument, um den Bestand auch kleinerer Krankenkassen, dauerhaft zu sichern. Wenn es diesen Versicherern also nicht gelingt, den Nachteil ihrer aus versicherungstechnischen Sicht suboptimalen Betriebsgröße z.B. durch größere regionale Kundennähe zu kompensieren, werden sie am Markt dauerhaft kaum Bestand haben.

Ob im praktischen Marktgeschehen die Risikoselektion überhaupt noch eine große Bedeutung hat, kann zumindest bezweifelt werden. Eine direkte Selektionsstrategie (z.B. durch Hinweis bei Chronikern auf andere Krankenkassen mit speziellen Versorgungsprogrammen für diese Versicherten), stellt eine sehr risikoreiche Strategie dar, die gesetzlich ausdrücklich untersagt ist und in der öffentlichen Berichterstattung zu einem großen Reputationsschaden führen kann (und in der Vergangenheit auch vereinzelt dazu geführt hat). Wahrscheinlicher sind stattdessen indirekte Formen der Risikoselektion, z.B. durch weniger Beratungsangebote in Gebieten mit niedrigerer sozialer Schichtung oder gezielte Werbung (z.B. in den neuen sozialen Medien), die sich an Versicherte mit günstigem Risikoprofil richtet. Dies sind aber letztlich übliche Marketingstrategien, wie sie auch in anderen Branchen genutzt werden und die nicht zum formalen Ausschluss von Versicherten mit einem ungünstigen Risikoprofil führen. Die verbliebenen Anreize könnte nur ein perfekter Ausgabenausgleich vollständig vermeiden, was aber nicht im Sinne eines funktionierenden Wettbewerbs der Krankenkassen wäre.

Neben den genannten Hauptzielen des RSA, Vermeidung von Risikoselektion und Herstellung finanzieller Chancengleichheit im Wettbewerb der Krankenkassen, wird eine Reihe von weiteren Kriterien diskutiert, die die Voraussetzung für einen optimalen RSA bilden. Dazu gehören

- Manipulationsresistenz,
- Praktikabilität, Verwaltungseffizienz und Messbarkeit,
- Transparenz, Justiziabilität und Akzeptanz und
- Versorgungsformenneutralität.

Die Vermeidung von Risikoselektion und die Herstellung von finanzieller Wettbewerbschancengleichheit sollen

insbesondere durch eine möglichst hohe Zielgenauigkeit der Zuweisungen erreicht werden. Zuweisungsmodelle werden deshalb danach beurteilt, ob sie in der Lage sind, die Ausgabenrisiken aufgrund unterschiedlicher Morbidität im jeweiligen Versichertenkollektiv auf versichertenindividueller Ebene möglichst zutreffend aufzuzeigen. Es ist dabei nicht das Ziel, durch Nivellierung aller Risiken einen perfekten Ausgleich anzustreben, denn das wäre nur mit einem vollständigen Ist-Kostenausgleich möglich. Der Ausgleich von Ist-Kosten widerspricht aber diametral dem Ziel eines funktionieren-

Der RSA ist kein Instrument, um den Bestand kleinerer Krankenkassen dauerhaft zu sichern.

den Krankenkassenwettbewerbs, denn auf diese Weise sinkt der Anreiz für die Krankenkasse zu einem sorgsamem Umgang mit den knappen Beitragsressourcen. Man greift teilweise trotzdem auf diese Form des Ausgleichs zurück, wenn die Zuweisungen aus dem RSA anhand standardisierter Durchschnittskosten nicht hinreichend zielgenau sind. So wurde im früheren Risikopool bei Hochkostenfällen oberhalb eines Schwellenwertes ein Ist-Kostenausgleich vorgenommen, weil so statistische „Ausreißer“ besser berücksichtigt werden konnten. Auch das derzeitige Hybridmodell zur Berechnung der Zuweisungen für die Krankengeldzahlungen gleicht teilweise die tatsächlichen Ausgaben aus, weil die Zielgenauigkeit in den bisherigen Verfahren kein zufriedenstellendes Niveau erreichen konnte. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, denn zum Wesen des RSA gehört es, risikostrukturbedingte Ausgabenrisiken ex ante auszugleichen, damit eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel im Interesse der Krankenkassen bleibt.

Um dem Kriterium der Manipulationsresistenz zu entsprechen, ist insbesondere wichtig, dass möglichst nur exogene Faktoren verwendet werden sollten, auf die die Krankenkasse keinerlei Einfluss nehmen kann wie z.B. das Alter und Geschlecht der Versicherten. Bei den in den Kassendaten enthaltenen Diagnosen und Verordnungen kann aber zumindest eine mittelbare Beeinflussung durch Krankenkassen nicht gänzlich ausgeschlossen

werden (GKV-SV 2014). Auch bei variierenden Bestandsvariablen wie Betriebsgröße oder Branche, die grundsätzlich zur Abschätzung von Ausgabenrisiken relevant sein könnten, könnte die Gefahr der Einflussnahme durch die Krankenkassen bestehen, denn diese bedürfen der regelmäßigen Aktualisierung durch die Krankenkassen, um valide im RSA berücksichtigt zu werden.

Damit ist ein weiteres Kriterium eines adäquaten RSA angesprochen: Die **Praktikabilität** der Datenerfassung und Verarbeitung. Bislang sind dazu ausschließlich Variablen verwendet worden, die bei den Krankenkassen bereits vorliegen, insbesondere Angaben zur Demographie, zur Morbidität und zum Vorliegen einer Erwerbsminderungsrente. Viele andere Daten wie die Pflegebedürftigkeit, der Wohnort oder die Betriebsgröße des Arbeitgebers liegen zwar vor, werden bislang aber nicht im RSA genutzt. Bei der Pflegebedürftigkeit sollte dieses auch so bleiben, da sonst der Anreiz für die Krankenkassen zu Verschiebungen von Ausgabenlasten in die Pflegeversicherung (SVR 2014) noch weiter steigen würde. Für Variablen, die derzeit noch nicht bei den Krankenkassen erfasst und/oder im Zeitablauf gepflegt werden müssten (wie z.B. der höchste Bildungsabschluss der Mitglieder), scheitert die Nutzung in der Regel an dem mit der Erhebung und Pflege verbundenen erheblichen Aufwand, selbst wenn ihre Nutzung für einen verbesserten RSA wünschenswert wäre.

Das Kriterium der **Versorgungsfornenneutralität** soll dazu beitragen, den RSA nicht mit zusätzlichen Aufgaben (neben der Vermeidung von Risikoselektion und der Schaffung von Risikoäquivalenz) zu überfrachten. Insbesondere die Steuerung von Leistungen (z.B. in Richtung integrierter oder hausärztlicher Versorgung oder zu präventiven Leistungen) gehört also nicht zu den Aufgaben des RSA. Das sollte gerade deshalb so scharf getrennt werden, weil der RSA in seinen finanziellen Auswirkungen für die Finanzausstattung der Krankenkassen gravierend ist und deshalb ein solch starker Eingriff in die Unternehmensautonomie gut begründet sein muss. Versorgungslenkung sollte mit anderen, zielgerichteten Maßnahmen gewährleistet werden, die nicht mit den Zielen des RSA konkurrieren. Andererseits soll der RSA aber auch keine Versorgungsform benachteiligen. Dies könnte beispiels-

weise der Fall sein, wenn eine effektive Prävention im Zeitablauf zu einer Reduzierung der Zuweisungen aus dem RSA führt. Da die Krankenkasse aber zusätzlich die Kosten für die Prävention trägt, würde der Anreiz, präventive Maßnahmen durchzuführen, somit durch den RSA gesenkt. Zur Lösung dieses Problems sollten aber keine direkten Istkostenerstattungen im Rahmen des RSA-Ausgleichs erfolgen. Vielmehr könnten Maßnahmen, die ihre Effektivität in Studien nachgewiesen haben, durchaus aus Mitteln des Gesundheitsfonds gefördert werden, aber nicht im Rahmen des RSA. Zudem sollten diese Erstattungen nicht vollständig erfolgen, sondern mit einem Eigenanteil der Krankenkassen (z.B. ein Drittel), um deren Interesse an einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu bewahren. Auf diese Weise wäre der RSA kein Instrument der direkten Versorgungsformensteuerung, es würden aber die von ihm ausgehenden negativen Präventionsanreize zumindest teilweise ausgeglichen.

2. Derzeitige Diskussionsfelder beim RSA

In den vergangenen Monaten sind einige Gutachten zum RSA veröffentlicht worden, die sich mit verschiedenen Einzelthemen zu diesem Komplex beschäftigt haben (Ulrich 2016). Dazu gehörten die Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte, das Zuweisungssystem für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen, das Verfahren zur Krankheitsauswahl und die Einführung einer regionalen Komponente. Weiterhin wurden die Auswirkungen des RSA auf die Präventionsbemühungen der Krankenkassen sowie die Verwendung der Variable „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ diskutiert. Im Folgenden soll auf einige dieser Themen in aller Kürze eingegangen werden, um möglichen Reformbedarf beim RSA abschätzen zu können. Diese Einzelbetrachtung von RSA-Komponenten ist nicht unumstritten, denn einige Autoren machen geltend, es sei nicht angemessen, die derzeitigen Regelungen nur partial zu analysieren; sie regen stattdessen eine Gesamtevaluation an (z.B. Jacobs 2016). Allerdings stellen diese beiden Möglichkeiten keinen

Gegensatz dar, denn selbstverständlich müsste nach einer sorgfältigen Analyse der Einzelwirkungen verschiedener Reformoptionen auch die Gesamtwirkung der vorgeschlagenen Reformelemente auf den RSA aufgezeigt werden.

Regionale Komponente

Während ein Großteil der derzeit diskutierten Reformthemen eher technischer Natur ist (z.B. bei den Auslandsversicherten eine bessere Datengrundlage zu schaffen) (Wasem et al. 2016A), handelt es sich beim Thema Regionalität um ein auch ordnungspolitisch interessantes Thema (Ulrich/Wille/Thüsing 2016). Um zu entscheiden, ob sich die Einführung einer weiteren Variable in das RSA-System lohnt, muss zunächst analysiert werden, ob damit überhaupt eine bessere Zielgenauigkeit erreicht werden kann. Nach den bisherigen empirischen Resultaten kann davon ausgegangen werden, dass dies der Fall ist (Wende/Weinhold 2016), wenn die richtige Bezugsebene gewählt wird. Diese darf weder zu groß sein (z.B. das Bundesland), weil sonst viel Information zur regionalen Ungleichheit in der Inanspruchnahme verloren geht. Sie sollte aber auch nicht zu klein sein (z.B. einzelne Postleitzahlenbezirke), weil dann (neben datenschutzrechtlichen Problemen) möglicherweise die Zahl der Versicherten nicht mehr für über die Jahre stabile Ergebnisse ausreicht.

In der gesundheitspolitischen Diskussion werden beim Thema Regionalität häufig zwei Themen vermengt. So kann

Der RSA stellt ein lernendes System dar: Deshalb sollte die Möglichkeit bestehen, die Entwicklung wissenschaftlich zu begleiten.

es dabei erstens um die Nettozahlerposition der Versicherten einzelner Bundesländer gehen, also ob beispielsweise die Gesamtzahl der Versicherten in NRW mehr in das GKV-System einzahlen als für sie an Leistungen ausgegeben werden muss. Diese eher fiskalische Betrachtung ist nicht Aufgabe des RSA. Davon zu unterscheiden ist das regional unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten, weshalb das Regionskennzeichen eine wichtige

Variable für die Zielgenauigkeit des RSA sein kann. Dabei ist zu berücksichtigen, ob damit den Krankenkassen der Anreiz genommen wird, sich in der regionalen Bedarfsplanung zu engagieren. Da die Versicherer momentan nur einen relativ geringen Einfluss auf die Angebotsstruktur haben, ist die sich daraus ableitende Inanspruchnahme eine exogene Größe. Die exogenen Wirkungen auf die Ausgaben sind aber genau diejenigen Effekte, die der RSA ausgleichen soll.

Die Alternativen dazu sind regionale Beitragssätze (wie sie in der Autohaftpflichtversicherung seit Jahrzehnten üblich und akzeptiert sind) oder mehr Mitspracherecht der Krankenkassen bei der Planung von Angebotsressourcen (insbesondere der Krankenhauskapazitäten und der ambulanten Versorgungsstruktur). Da Veränderungen der derzeitigen Regelungen aber momentan nicht auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung stehen, sollte der Wohnort der Versicherten im RSA zukünftig Berücksichtigung finden.

Krankheitsauswahl

Da im deutschen RSA-System nur 80 Krankheiten berücksichtigt werden, muss regelmäßig eine Auswahl getroffen werden. Die Ausweitung auf alle Krankheiten stünde im Widerspruch zum Kriterium der Praktikabilität und würde im Vergleich mit dem Status Quo die Zielgenauigkeit des Ausgleichsystems nur wenig verbessern. Daher stellt sich die normative Frage, ob eher Krankheiten mit hoher Prävalenz berücksichtigt werden sollen oder eher Krankheiten, die auf Einzelpatientenebene hohe Kosten verursachen. Alle diskutierten Alternativen bewegen sich letztlich zwischen den beiden Extremen, die Prävalenz entweder komplett zu berücksichtigen oder gar nicht. Der erste wissenschaftliche Beirat beim BVA hatte seinerzeit empfohlen, die Prävalenz logarithmisch zu gewichten, und sich dabei vor allem auf das Argument berufen, die Nicht-Berücksichtigung der Prävalenz könne zur Risikoselektion führen (Beirat 2007, S. 25). Das BVA entschied sich dann mit der Wurzelfunktion zu einer etwas höheren Gewichtung der Prävalenz. Es zeigt sich allerdings, dass prävalenzstärkere Krankheiten in der Regel auch diejenigen sind, bei denen ambulante Diagnosen als Aufgreifkriterium eine größere Rolle

spielen und somit das Manipulationsrisiko durch Right- oder Upcoding erhöhen (IGES/Glaeske/Greiner 2015). In den Modellrechnungen mit einer geringeren Berücksichtigung der Prävalenz senkte sich die Zielgenauigkeit etwas, aber die Deckungsquoten glichen sich zwischen den einbezogenen Krankenkassen an. Insofern sprechen sowohl das Kriterium der niedrigeren Manipulationsanfälligkeit als auch das des besseren Ausgleichs auf der Ebene der Krankenkassen für eine niedrigere Prävalenzgewichtung mit dem Logarithmus.

Krankengeld

Wie erwähnt, erscheint der Handlungsbedarf beim Thema Krankengeld besonders dringend, weil hier derzeit ein Verfahren verwendet wird, bei dem zur Hälfte nach den Ist-Ausgaben ausgeglichen wird (Wasem et al. 2016B). Dies senkt den Anreiz zu einem aktiven Krankengeldmanagement der Krankenkassen und sollte daher kurzfristig durch ein prospektives Verfahren abgelöst werden. Die besondere Schwierigkeit besteht beim Thema Krankengeld vor allem darin, dass die Ausgaben nicht nur vom Leistungsbedarf infolge von Krankheit abhängen (Mengenkomponente), sondern auch vom Einkommen der Versicherten, weil die Höhe des Krankengeldes einkommensabhängig ist (Preiskomponente). Gleichzeitig sinkt mit steigendem Einkommen die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Krankengeld (Mengenkomponente). Allerdings heben sich beide Effekte in der Praxis nicht immer auf, indem niedrigere Einkommensgruppen zwar tendenziell eine höhere Inanspruchnahme aufweisen, aber andererseits dann die Zahlungen (infolge der Einkommensabhängigkeit) pro Fall niedriger ausfallen. Tatsächlich sollten beide Komponenten separat und versichertenindividuell (also nicht mit krankenkassenspezifischen Durchschnittswerten) geschätzt werden, was für den Ausgleich des Krankengeldes eine ganz eigene Berechnungssystematik außerhalb des übrigen RSA-Ausgleichs erfordern würde. Da das Krankengeld nur Erwerbstätige betrifft (also Menschen, die noch nicht das Seniorenalter erreicht haben), wäre dazu idealerweise auch eine eigene Krankheitsauswahl sinnvoll, denn der übrige RSA bezieht sich vor allem auf Krankheiten, die typischerweise bei älteren Versicherten auftreten. Für den

Risikostrukturausgleich der Krankengeldausgaben sollten auch Komponenten wie Branche oder Beschäftigungsstatus (z.B. befristet / unbefristet) sowie die Region geprüft werden, da sie bei Modellrechnungen die Zielgenauigkeit der Zuweisungen erhöhen konnten (Häckl et al. 2016).

3. Zusammenfassung: Welche Regelungen der Überprüfung bedürfen

Die Grundzüge des Risikostrukturausgleichs haben sich bewährt, allerdings bedarf es bei einigen Aspekten der Überprüfung, ob durch eine Modifikation der bestehenden Regelungen die Zuweisungen hinsichtlich ihrer Zielgenauigkeit und/oder einer verminderten Spanne der Deckungsquoten der Einzelkrankenkassen nicht optimiert werden könnten. Aus den genannten Ausführungen ergibt sich, dass dies insbesondere die Ausgleichsregelungen für das Krankengeld, die Einführung einer regionalen Komponente sowie eine Änderung der Prävalenzgewichtung bei der Krankheitsauswahl betrifft.

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, dass ein RSA-System ein lernendes System darstellt, welches sich über die Zeit wandeln kann. Deshalb sollte die Möglichkeit bestehen, die Entwicklung wissenschaftlich zu begleiten. Die derzeitige Situation einer Monopolisierung der RSA-Datenbestände beim und zur ausschließlichen Nutzung durch das BVA ist nicht hilfreich. Es hat sich gezeigt, dass die Zusammenstellung von repräsentativen Versichertenstichproben mit den Daten von Einzelkassen zwar interessante Ergebnisse liefert, aber letztlich doch daran krankt, dass eine GKV-Population nur simuliert werden kann. Es ist in diesem Zusammenhang etwas unfair, diesen Umstand dann den Studienautoren zum Vorwurf zu machen (Plate 2016), wenn der „offizielle“ RSA-Datensatz Forschergruppen außerhalb des BVA weitgehend gar nicht zur Verfügung steht. Die bislang getroffenen Regelungen zur Öffnung dieses Datensatzes sind überwiegend ungeeignet, um eine offene wissenschaftliche Diskussion zu fördern, daher besteht hier dringender Handlungsbedarf, damit die nächsten Diskussionsrunden interessierter Forschungsgruppen zum RSA mit besserer Datengrundlage geführt werden können. ■

Literatur

Häckl, D. et al. (2016): Verbesserung der Deckungsquoten im Krankengeld, Gutachten für den BKK Landesverband Bayern, abrufbar unter http://www.iges.com/e6666/e13520/e14655/e14657/e14658/attr_obj14666/IGES_WIG_Greiner_Wille_Verbesserung_der_Deckungsquoten_im_Krankengeld_ger.pdf

GKV-Spitzenverband (GKV-SV 2014): Einfach nur mehr Ärzte löst keine Versorgungsprobleme – Qualität dokumentierter Diagnosen zweifelhaft, Berlin. Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_116160.jsp

IGES, Glaeske, G., Greiner, W. (2015): Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1) – Kriterien, Wirkungen und Alternativen. Gutachten für den BKK Landesverband, Berlin. Abrufbar unter: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e13612/e13614/e13616/attr_obj13620/IGES_RSA-Begleitforschung_Teil_1_WEB_ger.pdf

Jacobs, K. (2016): Keine Schnellschüsse beim Risikostrukturausgleich, in: GGW, Jg. 16, Heft 2 (April), S. 7–14

Plate, F. (2016): Der Morbi-RSA hat sich bewährt – Interview, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 6, 19. Jg., S. 31–33

Sachverständigenrat (SVR 2014) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bern.

Ulrich, V. (2016): Baustelle Morbi-RSA, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 21. Jg., Heft 3, S. 114 f.

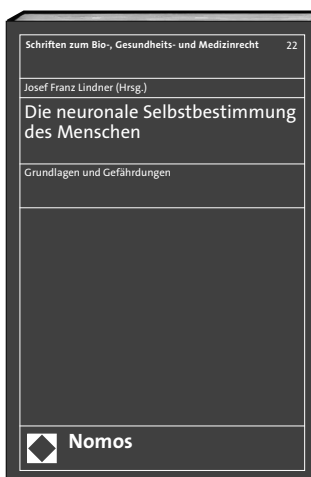
Ulrich, V., Wille, E., Thüsing, G. (2016): Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbspolitischen und regionalen Aspekten, Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, abrufbar unter [http://www.bestellen.bayern.de/application/stmug_app000030?SID=995452713&ACTIONxSESSxSHOWPIC\(BILDxKEY:stmgp_gesund_046,BILDxCLASS:Artikel,BILDxTYPE:PDF\)](http://www.bestellen.bayern.de/application/stmug_app000030?SID=995452713&ACTIONxSESSxSHOWPIC(BILDxKEY:stmgp_gesund_046,BILDxCLASS:Artikel,BILDxTYPE:PDF))

Wasem, J., Lux, G., Schillo, S. (2016A): Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV. Endbericht. Essen. Abrufbar unter www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20160124_Gutachten_Zuweisungen_Auslandsversicherte_final_1.pdf.

Wasem, J. et al. (2016B): Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB i. V. m. § 33 Abs. 3 RSAV – Endbericht vom 31.05.2016, abrufbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Gutachten_Krankengeld.pdf

Wende, D., Weinhold, I. (2016): Einführung einer Regionalkomponente im Risikostrukturausgleich, in: Repschläger, U., Schulte, C. und Osterkamp, N. (Hrsg.): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2016, Köln, S. 110–127

Zur neuronalen Selbstbestimmung des Menschen



Die neuronale Selbstbestimmung des Menschen

Grundlagen und Gefährdungen

Herausgegeben von Prof. Dr. Josef Franz Lindner

2016, 228 S., brosch., 59,- €

ISBN 978-3-8487-3279-1

eISBN 978-3-8452-7633-5

(Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht, Bd. 22)

www.nomos-shop.de/27755

Der Band vermittelt neue Erkenntnisse zu der interdisziplinär viel diskutierten Thematik des Neuroenhancements und der neuronalen Selbstbestimmung. Es werden neben der Frage nach einem Grundrecht auf neuronale Selbstbestimmung auch die Sicht der theologischen Ethik sowie der Religionspädagogik dargestellt und die Verbindungen zwischen Neurowissenschaften und Recht aufgezeigt. Zudem werden rechtsethische und verfassungsrechtliche Fragen in Zusammenhang mit dem Neuroenhancement beleuchtet.



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