

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

– Ausgestaltung und Perspektiven für die Versorgung

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1.1.2009 erhalten die Krankenkassen ihre Finanzmittel über Zuweisungen aus diesem Fonds. Die Zuweisungen sollen sich hierbei insbesondere nach der Morbidität richten. Für einen funktionsfähigen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich aber nur eine notwendige, keine hinreichende Bedingung. Ein schlüssiges Konzept einer Wettbewerbsordnung für die GKV ist nach wie vor nicht umgesetzt.

■ Jürgen Wasem, Gerald Lux, Sonja Schillo, Susanne Staudt und Rebecca Jahn

Einleitung

Seit der Gesetzgeber des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 die Einführung der Kassenwahlfreiheit für die meisten Versicherten und zugleich die Einführung des Risikostrukturausgleiches (RSA) beschlossen hat, steht die Ausgestaltung der GKV-Wettbewerbsordnung in der Diskussion der Fachöffentlichkeit. Insbesondere um den Risikostrukturausgleich wurden heftige Auseinandersetzungen geführt, gilt er doch als der „technische Kern“ der neuen GKV-Wettbewerbsordnung (Wasem 1993). Mit dem Übergang zum morbiditätsbezogenen RSA zum 1.1.2009 infolge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) findet eine mehr als zehnjährige Reformdebatte ihre Umsetzung. Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden zunächst noch einmal auf die Rationale für einen (morbiditätsbezogenen) RSA eingegangen werden. Anschließend sollen die Spezifika einer Einführung unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds thematisiert werden. Schließlich wird die Frage nach dem damit erreichten Stand der GKV-Wettbewerbsordnung aufgegriffen.

„Die Verfasser sind Mitarbeiter des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.“

RSA oder risikoäquivalente Prämien

In der internationalen gesundheitsökonomischen Diskussion herrscht weitestgehende Einigkeit, dass bei Wettbewerb von Krankenversicherern diese über risikoäquivalente Einnahmen bezogen auf die einzelnen Versicherten verfügen müssen.¹ Andernfalls würden die Krankenversicherer starken Anreizen zur Risikoselektion ausgesetzt sein, da sich doch ihre Wettbewerbssituation verbessern ließe, wenn sie nur über Versicherte mit geringen Ausgaben in ihren Portefeuilles verfügen würden, da dies auch geringe Prämien ermöglicht. Den Krankenversicherern stehen zahlreiche Möglichkeiten zur Risikoselektion zur Verfügung, die teilweise auch dann realisiert werden können, wenn sie etwa gesetzlich durch einen Kontrahierungszwang verpflichtet sind, alle Versicherungswilligen aufzunehmen (Höppner et al. 2006). Risikoselektion verbraucht allerdings Ressourcen und gilt daher zwar als einzelwirtschaftlich hoch rational, gesellschaftlich aber unproduktiv (anderer Auffassung z. B. (Schulenburg und Vieregge 2003)). Eine weitere Strategie der Risikoselektion ist die Vermeidung von Engagement in der Versorgung, da dieses zusätzliche schlechte Risiken an die Krankenkassen binden könnte (Jacobs et al. 2002) – insofern gehen von Risikoselektion auch negative Effekte für die Versorgung aus.

Vor diesem Hintergrund besteht in der internationalen gesundheitsökonomischen Debatte ebenfalls weitestgehend Konsens darüber, dass das Ansinnen, die Krankenversicherer mögen risikoäquivalente Einnahmen für die einzelnen Versicherten erhalten, in Systemen, die nach

dem Umlageverfahren organisiert sind,² auf zwei grundsätzlichen Wegen erreicht werden kann:

- Die Versicherer können risikoäquivalente Beiträge kalkulieren. Das so realisierte individuelle Äquivalenzprinzip setzt sich auf hinsichtlich der Prämienkalkulation nicht regulierten Krankenversicherungsmärkten durch (Okma 1995, Zweifel und Hauser 1987). Da risikoäquivalente Prämien zu einer erheblichen finanziellen Mehrbelastung von Kranken führen, ist vorgeschlagen worden, dies an eine Belastungsgrenze zu koppeln, bei deren Überschreiten ein Sozialtransfer ausgelöst wird (Zweifel und Breuer 2006).
- Durch einen Risikostrukturausgleich können die Beitragszahlung durch den Versicherten und die Einnahmen für diesen Versicherten, die die Krankenkasse erhält, entkoppelt werden. Der RSA kann quasi als Transformationsmaschine verstanden werden, der die nicht risikobezogenen Beiträge der Versicherten in risikoäquivalente Zahlungen an die Kasse umwandelt (van de Ven und Ellis 2000).

In den real existierenden europäischen Gesundheitssystemen mit wettbewerblicher sozialer Krankenversicherung überwiegt die Einschätzung, dass die Erhebung risikoäquivalenter Beiträge mit den ethischen Vorstellungen der Mehrheit der Gesellschaft nicht übereinstimmt. Daher hat sich hier ausnahmslos die Ausgestaltung von einkommensabhängigen Beiträgen oder Pauschalbeiträgen (oder Mischmodellen) in Verbindung mit Risikostrukturausgleich durchgesetzt (van de Ven et al. 2003) – sowohl in Systemen mit Gesundheitsfonds (wie den Niederlanden, Belgien oder Israel) als auch in Ländern ohne Gesundheitsfonds (wie – bislang – Deutschland oder die Schweiz). Auch in der Managed Care-Sparte der US-Rentnerkrankenversicherung Medicare ist ein RSA implementiert (Weissman et al. 2005). Dagegen werden etwa in einigen US-Einzelstaaten im Grundsatz risikoäquivalente Prämien akzeptiert, die Betroffenen erhalten jedoch staatliche Zuschüsse, wenn sie hierdurch zu stark belastet werden.

Auf der Suche nach dem geeigneten RSA-Modell

Nicht nur ist in allen europäischen Ländern, die sich für ein wettbewerbliches Krankenversicherungssystem mit nicht-risikoäquivalenten Beiträgen entschieden haben, ein RSA eingeführt worden – die Länder eint vielmehr auch der Suchprozess nach einem geeigneten RSA. In allen genannten Ländern war der erste RSA im Wesentlichen ein „demographischer“, mit Alter und Geschlecht, ggfs. Invalidität bzw. Erwerbsminderungsstatus als zentralen Größen. Aus der gesundheitsökonomischen empirischen Literatur ist jedoch seit Ende der achtziger Jahre bereits bekannt gewesen, dass solche demographischen RSA-Modelle vergleichsweise schlecht in der Lage sind, systematische Ausgabenunterschiede zwischen den Versicherten zu erklären (Ash et al. 1989).

Entsprechend finden sich dann sowohl in der internationalen gesundheitsökonomischen Forschung als auch in den Politikprozessen der entsprechenden Länder seit Mitte der neunziger Jahre Überlegungen, durch eine „Morbiditätsorientierung“ den RSA zielgenauer auszugestalten. Im aktuellen Jahrzehnt werden entsprechende Beschlüsse in der überwiegenden Zahl der Gesundheitssysteme getroffen (van de Ven et al. 2007).

In Deutschland wurde die Frage, ob der RSA um eine Morbiditätskomponente ausgebaut werden sollte, ebenfalls seit Mitte der neunziger Jahre diskutiert (Wasem 1998). Nicht zuletzt die 2001 vorgelegten empirischen Studien zu den positiven Deckungsbeiträgen, die Krankenkassen für (im Regelfall gesunde) Kassen-Wechsler erzielen (Lauterbach und Wille 2001) bzw. der Nachweis der systematischen Überdeckungen, die stark gewachsene Krankenkassen aufweisen (Jacobs et al. 2002), haben deutlich gemacht, dass Alter und Geschlecht als Ausgleichsfaktoren im RSA unzureichend sind. Die statistisch deutlich bessere Performance von Ausgleichsmodellen, die über Alter und Geschlecht hinaus auch Morbiditätsvariablen berücksichtigen, ist inzwischen auch mit Daten aus der GKV verschiedentlich aufgezeigt worden (Behrend et al. 2007, Reschke et al. 2005).

Diesen empirischen Ergebnissen konnte sich auch der Gesetzgeber nicht verschließen. Basierend auf einem Kompromiss von Jacobs, Reschke, Cassel und Wasem einerseits und Lauterbach und Wille andererseits (Jacobs et al. 2001) hat der Gesetzgeber daher Ende 2001 eine Reform des RSA beschlossen.³

Im Rahmen dieser Reform wurde ab 2002 kurzfristig zur Verbesserung der Situation der „Risikopool“ eingeführt. Hierdurch wurden die Krankenkassen bei besonders teuren Fällen (wenn die Kosten für einen Patienten in den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel, Hilfsmittel und Dialyse 20.500,- Euro übersteigen – der Grenzwert wird jährlich angepasst) unterstützt, indem ihnen 60% der tatsächlichen Ausgaben erstattet werden. Schwellenwert und Ausgabenerstattungssatz lagen allerdings aufgrund politischen Kompromisses doppelt so hoch wie von Jacobs et al. (2002) seinerzeit vorgeschlagen; auch dies führte dazu, dass die Regelung nur in wenigen Einzelfällen merkliche Verbesserungen einer Annäherung von Risikolage und zur Verfügung stehenden Mitteln brachte.

Als Schritt einer „vorgezogenen“ Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleiches hatte der Gesetzgeber in der RSA-Reform – basierend auf dem Gutachten von Lauterbach und Wille – zudem beschlossen, ab 2003 gesonderte Versichertengruppen im RSA für Versicherte zu bilden, die in strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programmen, DMPs) eingeschrieben sind (Lauterbach und Wille 2001). Die Berücksichtigung der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen im RSA hat zu einem intensiven Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur in diesem Bereich geführt, auch wenn die Kontroversen über die Adäquanz dieses Ansatzes nie verstummt sind.

Nach den Beschlüssen des Gesetzgebers von 2001 sollten ab 2007 diese „Übergangsregelungen“ (Risikopool, DMPs) durch einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ersetzt werden. Zu diesem Zweck hatte das BMG zunächst plangemäß 2002 ein wissenschaftliches Gutachten zur Auswahl des Modelles für den Risikostrukturausgleich vergeben, das auch im Sommer 2004 vorgelegt wurde (Reschke et al. 2005). Dieses Gutachten basiert auf einer GKV-Versichertenstichprobe aus den Jahren 2001 und 2002, in der vor allem die bisher im Risikostrukturausgleich verwendeten Merkmale, die ambulanten und stationären Diagnosen, Arzneimittelverordnungen und verschiedenste Leistungsausgaben erfasst wurden. Dieser repräsentative Datensatz umfasste fast zwei Millionen Versicherte, so dass daran Modelle einer direkten Morbiditätsorientierung überprüft werden konnten.

Man verschaffte sich zuerst einen Überblick über die international schon verwendeten Modelle. Sechs davon, alle mit direkter Morbiditätsorientierung und empirisch schon erprobt, kamen in die Vorauswahl. Sie unterscheiden sich vor allem darin, ob sie prospektiv oder zeitgleich arbeiten, in der Methodik, wie vorhandene Ko- bzw. Multimorbidität Berücksichtigung findet, und in der Zahl bzw. Art der Diagnosen und Verordnungen, die verwendet werden.

Da es darum ging festzustellen, inwieweit ein Modell die Risikoselektion verringern und die Verzerrung der Beitragssätze abbauen kann, musste geprüft werden, wie gut ein Modell die individuellen Ausgaben für Versicherte der Krankenkassen aufgrund der Morbidität voraussagen kann. Diese Fähigkeit wurde anhand von statistischen Kriterien – sowohl auf der individuellen Ebene von Versicherten als auch auf der Ebene von (Teil-) Kollektiven von Versicherten – überprüft. Das Gutachten zeigte, dass auch für den deutschen Kontext gilt: Ein demographisch ausgerichteter RSA ist deutlich weniger in der Lage, systematische Risikostrukturunterschiede auszugleichen als ein RSA, in dem direkte Morbiditätsunterschiede berücksichtigt werden. Des Weiteren zeigte sich in der Untersuchung, dass mit dem Datenmaterial von 2001/2 Modelle, die die Morbiditätseinstufung und –bewertung im ambulanten Bereich mit Hilfe von Arzneimittelverordnungen durchführten, zu einer größeren Zielgenauigkeit führten als Modelle, die die Morbiditätseinstufung im ambulanten Bereich mit Hilfe von Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung vornahmen. Entsprechend empfahlen die Autoren des Gutachtens von 2004 das von der Firma DxCG in Kooperation mit der Universität Boston entwickelte Modell RXGroups+IPHCC, das als Morbiditätsindikatoren für den stationären Bereich die Krankenhausdiagnosen und für den ambulanten Bereich die Arzneimittelverordnungen verwendet.

Das Modell sollte – so der Vorschlag der Gutachter – prospektiv verwendet werden, damit nur chronische Krankheiten Relevanz erhalten und Akuterkrankungen nur in standardisierter Form über die Faktoren Alter und Geschlecht berücksichtigt werden. Dies ist kein Nachteil, da bei Akuterkrankungen normalerweise keine Risikoselektion der Krankenkassen erfolgen kann. Die Summe der zu-

gewiesenen Beiträge setzt sich bei diesem Modell nach den damaligen Berechnungen der Gutachter zu rd. 30 Prozent aus dem alters- und geschlechtsabhängigen Sockelbetrag, zu rd. 3 Prozent aus dem Sockelbetrag entsprechend dem Erwerbsminderungsstatus, zu rd. 56 Prozent aus Zuschlägen für Arzneimittelverordnungen und zu rd. 11 Prozent aus Zuschlägen für stationäre Diagnosen zusammen (Schröder et al. 2007).

Der Sockelbetrag entsprechend dem Erwerbsminderungsstatus soll nach Ansicht der Gutachter weiter bestehen bleiben, da empirische Untersuchungen die statistische Relevanz dieses Merkmals auch bei Berücksichtigung direkter Morbiditätskennzeichen bestätigt haben. Dagegen kann der Risikopool nach Auffassung der Gutachter bei einer umfassenden Morbiditätsorientierung des RSA entfallen, und auch die Einschreibung von Versicherten in Disease-Management-Programme sollte nicht mehr zu Zuschlägen führen. Allerdings empfahl das Gutachten, die Programmkosten pauschal zu berücksichtigen, um Anreize für die Durchführung solcher Programme zu erhalten, die für die Versorgung vor allem chronisch Kranker durchaus positiv zu bewerten sind, aber bei den Krankenkassen nicht unbedingt zu Kosteneinsparungen führen.

Der Kompromiss des GKV-WSG zum morbiditätsorientierten RSA

Nach Vorlage und Diskussion des 2004er-Gutachtens wäre – so der gesetzliche Auftrag – der nächste Schritt der Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung des BMG zur Einführung der direkten Morbiditätsorientierung des RSA gewesen. Dazu kam es jedoch nicht mehr, weil das BMG keine Chance sah, die erforderliche Zustimmung des Bundesrates zu bekommen. Erst im Rahmen der Gesundheitsreform von 2006/7 konnte im Rahmen der großen Koalition eine Verständigung zwischen den Regierungsfractionen und zwischen Bund und Ländern erzielt werden, und man beschloss die Einführung einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA ab 2009. Mit der 14. Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung vom 18.12.2006⁴ und dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.03.2007⁵ haben Gesetz- und Verordnungsgeber die notwendigen Regelungen in Kraft gesetzt.

In den Vorschriften und der dazu in den Gesetzesmaterialien gegebenen Begründung werden konkrete Angaben zu einem einzuführenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gemacht:

- Der Ausgleich soll auf Diagnosen und Arzneimittelinformationen basieren.
- Die Schätzgenauigkeit des zu wählenden Modells (also der Anteil der durch ein Modell erklärten Varianz der interindividuellen Ausgabenunterschiede an den gesamten interindividuellen Ausgabenunterschieden) muss (gemessen in der Maßgröße R^2) über 12 % liegen.
- Das Modell soll prospektiv ausgestaltet werden.

- Morbiditätsgruppen sollen von 50 bis 80 festzulegenden Krankheiten gebildet werden. Diese sollen insbesondere kostenintensiv, chronisch oder mit schwerem Verlauf sein. Berücksichtigung finden nur Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten mehr als 150% der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten betragen.
- Es sollen keine Anreize zu medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitungen gegeben werden.

Mit dem politischen Kompromiss war der „Durchbruch“ zu einem morbiditätsorientierten RSA gelungen. Allerdings blieb unklar, inwieweit er hinreichend zielsicher bei der Prognose der zu erwartenden Gesundheitsausgaben sein würde, abhängig davon, wie die „Krankheitsliste“, die sich aus der gesetzlich vorgeschriebenen Beschränkung auf 50-80 Erkrankungen ergibt, ausgestaltet sein würde. Einerseits bezieht sich dies auf die Frage, wie „eng“ eine Krankheit definiert würde – denn je enger die Definition einer Erkrankung ausfele, um so kleiner der Ausschnitt aus dem tatsächlichen Morbiditätsgeschehen, der durch den RSA erfasst würde. Zum anderen war insbesondere abzuwarten, inwieweit bei der notwendigerweise zu treffenden Auswahl von Erkrankungen eher teure, dafür aber seltene Erkrankungen oder aber stärker häufige, im Einzelfall dafür aber nicht so teure Erkrankungen (oberhalb der gesetzlichen 150%-Schwelle) ausgewählt werden würden.

Zur weiteren Konkretisierung des morbiditätsorientierten RSA und Beantwortung dieser Fragen hatte der Gesetzgeber die Einberufung eines wissenschaftlichen Beirats vorgesehen, der einen Vorschlag für die Auswahl der Erkrankungen und zur Anpassung des Klassifikationssystems unterbreiten sollte. Empirische Basis für die Arbeit des wissenschaftlichen Beirates war eine erneute Datenerhebung aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Der wissenschaftliche Beirat legte Anfang 2008 sein Gutachten zur Auswahl der bis zu 80 Erkrankungen für den morbiditätsorientierten RSA vor (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 2007). Dieses Gutachten fand in der Fachöffentlichkeit ein sehr heterogenes Echo. Dies ist insbesondere darin begründet, dass es die beiden oben gestellten Fragen eher restriktiv beantwortete: Die Krankheiten der Liste wurden eher eng gestrikt, und die Liste fokussierte stark auf im Einzelfall teure, eher seltene Erkrankungen, während nicht alle typischen Volkskrankheiten berücksichtigt waren. Dies wurde in der Methodik des Beirates insbesondere dadurch erreicht, dass er in seinem statistischen Formelwerk zur Auswahl der Erkrankungen die Prävalenz nur logarithmiert, und damit in einer sehr schwachen Form, berücksichtigte. Auch entschloss sich der Wissenschaftliche Beirat, Erkrankungen nicht aufzunehmen, die er als durch Prävention vermeidbar einstufte.

Andere Akteure hatten parallel andere Vorstellungen unterbreitet. So zirkulierte in den gesundheitspolitischen Kreisen eine „Kassenliste“, die ein sehr breites Verständnis von Krankheit hatte und die Prävalenz in starkem Maße berücksichtigte. An der Universität Duisburg-Essen wurde ebenfalls auf empirischer Grundlage eine Krankheitsliste

entworfen (die sogenannte „Essener Liste“), welche die Prävalenz deutlich stärker berücksichtigte als die Beiratsliste (Ulle et al. 2008).

Der Ende März 2008 nach der Durchführung des obligatorischen Anhörungsverfahrens vom Bundesversicherungsamt vorgelegte Entwurf einer Liste von Erkrankungen für den Morbi-RSA (Bundesversicherungsamt 2008c) wich in Methodik und Ergebnis an einigen zentralen Punkten von dem Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats ab, ebenso die finale Fassung, die Ende Mai 2009 vorgelegt wurde (Bundesversicherungsamt 2008a). Insbesondere berücksichtigte das Bundesversicherungsamt die Prävalenz stärker als der Wissenschaftliche Beirat – wenn auch nicht so stark wie die Verfasser der „Essener Liste“ – und wies das Argument der Nicht-Berücksichtigung der Prävention zugänglicher Erkrankungen explizit zurück.

Der Wissenschaftliche Beirat erklärte daraufhin geschlossen seinen Rücktritt.⁶ Die weiteren Arbeiten an der Einführung des morbiditätsbezogenen RSA führte das Bundesversicherungsamt daher ohne die Unterstützung durch den eigentlich vorgeschriebenen Wissenschaftlichen Beirat durch.

Zeitgleich mit der Bekanntgabe der endgültigen Erkrankungsliste hat das Bundesversicherungsamt Ende Mai 2009 auch seinen Entwurf zur genauen Ausgestaltung des Klassifikationssystems für den morbiditätsorientierten RSA vorgelegt (Bundesversicherungsamt 2008b). Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens folgte Anfang Juli sodann die endgültige Festlegung des Klassifikationssystems (Bundesversicherungsamt 2008d). Dabei hat sich das BVA von dem ursprünglichen Gutachtervorschlag aus 2004 (Reschke et al. 2005) entfernt: Dieser hatte (wie erwähnt) vorgesehen, das Modell „RxGroups + IPHCC“ für den Einsatz im morbiditätsorientierten RSA in Deutschland zu verwenden. Das Modell sieht vor, die Morbidität im ambulanten Bereich über einen Arzneimittelgrouper (RxGroups) zu erfassen, im stationären (InPatient) Bereich hingegen das Klassifikationssystem der Hierarchical Condition Categories (HCC) als Basis für eine Adaption an die deutsche GKV zu verwenden. Das nunmehr vom Bundesversicherungsamt eingesetzte Klassifikationssystem verwendet hingegen durchgängig die HCCs, also auch im ambulanten Bereich. Allerdings wird für einige Erkrankungen zwingend eine stationäre Diagnose vorausgesetzt, in anderen Fällen bei einer ambulanten Diagnose zwingend vorausgesetzt, dass zur Validierung eine entsprechende Arzneimittelverordnung vorliegt.

Die Gutachter hatten sich seinerzeit für den Vorschlag „RxGroups + IPHCC“ ausgesprochen, weil dieser in den zahlreichen durchgeführten empirischen Untersuchungen konstant die beste Performance aufgewiesen hatte. Das „zweitbeste“ Ergebnis – sowohl auf der individuellen Ebene, wo insbesondere die erklärte Varianz (das sogenannte R²) untersucht wurde, als auch auf der Ebene von Gruppen (etwa Versicherte mit bestimmten Erkrankungen oder nach Ausgabenperzentilen gruppierte Versicherte), wo die Übereinstimmung der Summe der prädierten mit den tatsächlichen Ausgaben (die sogenannte Predictive

Ratio) untersucht worden war – erzielte seinerzeit das im holländischen RSA eingesetzte Modell der „PCG + DCG“, das ebenfalls im ambulanten Bereich die Morbidität über Arzneimittelverordnungen (hier: Pharmaceutical Cost Groups) und im stationären Bereich über Diagnosen (hier: Diagnostic Cost Groups) misst. Demgegenüber schnitten alle Modelle, die auch die Morbidität im ambulanten Bereich über Diagnosen (der vertragsärztlichen Versorgung) erfassen wollten, in der statistischen Performance deutlich schlechter ab. Zumindest auf der Datenbasis, die den Gutachtern zur Verfügung stand (die Jahre 2001 und 2002), war die Erklärungskraft der Modelle, die Diagnosen aus dem ambulanten und stationären Bereich verwenden, deutlich schlechter als bei den Modellen, die den ambulanten Bereich über Arzneimittelinformationen abbilden. Die Gutachter hatten das seinerzeit mit einer unbefriedigenden Kodierqualität der Diagnosen in der vertragsärztlichen Versorgung erklärt.

Das Bundesversicherungsamt seinerseits begründet den Wechsel zu einem Modell, das im Kern ambulante und stationäre Diagnosen verwendet, Arzneimittelinformationen hingegen nur zur Validierung einsetzt, mit den Notwendigkeiten, die sich aus der gesetzlichen Beschränkung auf 50-80 Erkrankungen und der daraufhin gebildeten Krankheitsliste ergeben. Zwar sei es möglich, in einigen Fällen gezielt Arzneimittelinformationen zur Validierung konkreter ambulanter Diagnosen einzusetzen. Jedoch sei es nicht möglich, für alle 80 Erkrankungen jeweils zur Identifikation dazu notwendige Arzneimittel zu bestimmen – mit anderen Worten: Ein Arzneimittelgrouper macht, so das Bundesversicherungsamt, nur bei einem „flächendeckenden“ Ansatz der Morbiditätsmessung im ambulanten Bereich Sinn, so wie das RxGroups-Modell auch gebaut sei, jedoch nicht für einen selektiven Ausschnitt von 80 Erkrankungen.

Ob dies zutrifft, kann nach unserer Auffassung durchaus kontrovers diskutiert werden. Sowohl die Verwendung von Arzneimittelinformationen zur Validierung ambulanter Diagnosen als auch die Verwendung ausgewählter Arzneimittelinformationen im niederländischen PCG+DCG-System deuten darauf hin, dass ein solcher Weg durchaus möglich gewesen wäre. Es soll aber eingeräumt werden, dass dies möglicherweise in dem sehr engen Zeitrahmen, der für die Entwicklung des Klassifikationssystems für das Bundesversicherungsamt zur Verfügung stand, nicht realisierbar war.

Da das Modell eines auf die 80 Erkrankungen begrenzten RxGroups+IPHCC nicht operationalisiert ist, wird man den Verlust an statistischer Performance von einem solchen Modell zum nunmehr implementierten Klassifikationssystem nicht berechnen können. Den Verfassern liegen gegenwärtig keine Erkenntnisse aus dem Bundesversicherungsamt über die statistische Performance des gewählten Klassifikationssystems vor. Es wäre aber wünschenswert, dass das Bundesversicherungsamt diese Informationen möglichst umgehend veröffentlicht.

Morbi-RSA als Bestandteil des neuen Gesundheitsfonds

Der die Morbidität direkt berücksichtigende RSA ist zunächst vorgeschlagen worden vor dem Hintergrund des bisherigen Systems der Finanzierungsströme der GKV, bei dem die Krankenkassen kassenindividuelle Beitragssätze kalkulieren, Empfänger der Beitragseinnahmen sind und in einem RSA zwischen den Kassen die Ausgleichsströme entsprechend der vorgesehenen Risikovariablen fließen. Realisiert wird der Morbi-RSA nunmehr in einem neuen Finanzierungssystem – mit Gesundheitsfonds, aus dem die Krankenkassen Zuweisungen entsprechend der Morbidität ihrer Versicherten erhalten.

„RSA-technisch“ ist das neue System mit Gesundheitsfonds keine fundamentale Veränderung gegenüber dem Status quo. Bereits heute besteht eine, letztlich auch der Deckungsbeitragsrechnung der Krankenkassen zugrunde liegende, Interpretation des RSA darin, dass alle Krankenkassen die sogenannte „Finanzkraft“, also Finanzmittel in Höhe des Ausgleichsbedarfssatzes multipliziert mit den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Versicherten, in den RSA einzahlen müssen, aus dem sie den sogenannten „Beitragsbedarf“, also Zuweisungen nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und DMP-Status erhalten. Krankenkassen, die mit ihren tatsächlichen Ausgaben unterhalb der Zuweisungen blieben, konnten einen niedrigeren Beitragssatz als den Ausgleichsbedarfssatz realisieren, während Krankenkassen mit einem Ausgabeniveau oberhalb der Zuweisungen einen Beitragssatz oberhalb des Ausgleichsbedarfssatzes erheben mussten.

Die Unterschiede gegenüber der bisherigen Situation bestehen aus dieser Perspektive in der neuen Welt mit Gesundheitsfonds darin, dass

- die nunmehr an den Fonds abzuführenden, auf einem einheitlichen Beitragssatz basierenden, Beitragseinnahmen zunächst von allen Versicherten bzw. Beitragszahlern zu zahlen sind – die Abweichungen nach oben oder unten, die künftig in Form einer positiven oder negativen Zusatzprämie zu realisieren sind, sind also in von der eigentlichen Beitragszahlung getrennten Zahlungsflüssen zu regeln. Darauf wird wohl auch die von vielen Kassenmanagern prognostizierte höhere Mercklichkeit von Differenzen in den Zusatzbeiträgen gegenüber Differenzen in den Beitragssätzen heute zurückgeführt (neben der Tatsache, dass der Arbeitgeber die Differenzen nicht mehr mitfinanziert und eine Prämie, die direkt in Euro ausgewiesen ist, eventuell leichter verstanden wird als ein Krankenversicherungsbeitrag, der als Prozentsatz vom Einkommen erhoben wird). Durch die 1%-Überforderungsklausel wird zudem das Ausmaß der Abweichungen vom einheitlichen Beitragssatz begrenzt.
- die Beitragszahlungen an den Gesundheitsfonds so kalkuliert sind, dass daraus auch Zuweisungen für Satzungsleistungen und Verwaltungskosten kalkuliert werden können. Dies entspricht der im RSA-Gutachten von 2001 geforderten „Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs“ (Jacobs et al. 2002). Bislang waren

hingegen die Beitragssatzanteile für Satzungsleistungen und Verwaltungskosten aus den kassenspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen zu zahlen, weil weder Finanzkraft noch Beitragsbedarf diese Ausgabenkategorien berücksichtigten. Damit trägt diese – auch ohne Gesundheitsfonds realisierbare – Veränderung zu einem Abbau des Einflusses von Einkommensunterschieden der Kassenmitglieder und insoweit zu einer Verbesserung der Funktionalität des Kassenwettbewerbs bei. Dem steht allerdings krass gegenüber, dass bei ggfs. erforderlichen Zusatzbeiträgen jenseits 8 Euro die Krankenkassen nunmehr die Einnahmehausfälle aus der 1-%-Überforderungsklausel berücksichtigen müssen – im Gegensatz übrigens zu den meisten bislang diskutierten Pauschalprämien-Modellen, in denen die durch eine Überforderungsklausel entstehenden Einnahmehausfälle einer Krankenkasse im Allgemeinen von außen (z. B. aus Steuermitteln) gedeckt und nicht die Krankenkassen gezwungen werden sollten, entsprechend höhere Zusatzbeiträge zu erheben. Letztlich führt die so ausgestaltete Überforderungsklausel zu einem erheblichen Einfluss des Einkommens auf die Wettbewerbssituation der Kassen und sollte daher schnellstens korrigiert werden (Wasem 2007).

- die mit der 2001er RSA-Reform eingeführte gesonderte Berücksichtigung der Krankenversicherungsausgaben von in DMP-Programmen eingeschriebenen Versicherten bei den Zuweisungen unterbleibt. Zwar soll es auch weiterhin – entsprechend des Kompromissvorschlages aus dem 2004er RSA-Gutachten (Reschke et al. 2005) – für die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds eine standardisierte Erstattung der DMP Programmkosten geben, jedoch wird die erhöhte Morbidität, die DMP-Teilnehmer im Durchschnitt gegenüber nicht in den Programmen eingeschriebenen Versicherten aufweisen, nunmehr über das morbiditätsbezogene Klassifikationssystem abgebildet. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass bereits im RSA-Kompromiss von 2001 (Jacobs et al. 2001) die Schaffung gesonderter „RSA-Zellen“ für in DMP eingeschriebene Versicherte als „vorgezogene partielle Morbiditätsorientierung“ bezeichnet wurde, die nunmehr durch das umfassendere System des Morbi-RSA abgelöst wurde.
- der ebenfalls mit der RSA-Reform von 2001 eingeführte Risikopool – auch dem RSA-Gutachten von 2004 entsprechend – abgeschafft wird. Hintergrund dieses Vorschlages, der auch von dem Gedanken der Gutachter getragen war, anlässlich des Überganges zum Morbi-RSA einen Beitrag zum Bürokratieabbau leisten zu wollen, war die empirische Erkenntnis der Gutachter, dass die Beitragssatzeffekte des Risikopools bereits heute gering sind und unter Morbi-RSA noch einmal stark an Bedeutung verlieren würden. Allerdings waren die Gutachter davon ausgegangen, dass der Morbi-RSA „vollständig“ sein würde. Da nach dem nunmehr realisierten 80-Krankheiten-Modell insbesondere eine größere Zahl seltener, im Einzelfall aber sehr teurer Erkrankungen nicht im Klassifikationssystem berücksichtigt sind, können die daraus resultierenden finanziellen Unterdeckungen

insbesondere bei kleineren Krankenkassen durchaus ins Gewicht fallen. Möglicherweise ist für kleinere Kassen die Möglichkeit der freiwilligen Schaffung risikopool-ähnlicher Konstrukte angezeigt, die quasi Rückversicherungsfunktionen wahrnehmen; aber auch über die Rückversicherung im privaten Versicherungsmarkt könnte nachgedacht werden, wenn GKV-interne Lösungen nicht zustande kommen.

Prävention und morbiditätsorientierter RSA

Wie oben schon angesprochen, hatte der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt sich in seinem Gutachten insbesondere solche Krankheiten ausgewählt, „die entweder quasi schicksalhaft auftreten oder einer Prävention oder Vermeidung zumindest beim einzelnen betroffenen Versicherten nicht (mehr) zugänglich sind“ (Wissenschaftlicher Beirat 2007: 64). Dies gelte gerade nicht für solche chronischen – typischerweise in DMP erfassten – Erkrankungen, „bei denen u.a. eine ‚Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs‘ gegeben ist, d.h. für die populationsbezogene sekundärpräventive und kurative Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen“ (ebenda).

Dementsprechend empfahl der RSA-Beirat, „das Erreichen definierter Präventionsziele speziell zu fördern und (...) zu prüfen, wie die Finanzierung sekundärpräventiver Maßnahmen sichergestellt werden kann – entweder getrennt vom RSA oder, als gesonderter Tatbestand, innerhalb des RSA.“ Außerdem sprach der Beirat die Empfehlung aus, „im RSA Kosten für kurative Maßnahmen bei Erkrankungen, die der Primär- oder Sekundärprävention zugänglich sind, auf Basis vorliegender Evidenz zur Vermeidbarkeit des Auftretens oder der Progression im RSA nur teilweise auszugleichen, um Fehlanreize zur Unterlassung von Präventionsmaßnahmen zu vermindern“ (ebenda: 65).

In der Begründung der vom Bundesversicherungsamt beschlossenen Liste hat sich dieses von der Position des Beirats klar abgesetzt – auch unter expliziter Berufung auf die aus BVA-Sicht berechnete „Kritik der Spitzenverbände an einer möglichen Überfrachtung des RSA durch die Einbeziehung bestimmte Anreizziele“. Insbesondere sei das „Argument der ‚Bewahrung von Präventionsbemühungen‘ als Auswahldirektive (...) aus rechtlichen Gründen nicht zulässig“. Wäre nämlich der Gesetzgeber der Ansicht gewesen, dass eine an sich für die Krankheitsauswahl geeignete – weil den gesetzlich vorgegebenen Auswahlkriterien „schwerwiegend“ oder „kostenintensiv-chronisch“ entsprechende – Krankheit gleichwohl keine Berücksichtigung bei der Ermittlung morbiditätsbezogener Risikozuschläge im RSA finden solle, weil sie als „präventabel“ gilt, hätte er dies ausdrücklich so normieren müssen. Dass er hierauf verzichtet hat, lasse umgekehrt darauf schließen, dass ein solches Vorgehen nicht seiner Intention entspreche (Göpfarth 2008).

Das BVA versteckt sich jedoch keineswegs allein hinter rechtlich motivierten Bedenken: Prägnant formuliert

und in der Sache absolut zutreffend stellt es fest, beim RSA gehe es „weder um leistungs- noch leistungsbringungsrechtliche Steuerung, sondern um die Herstellung von Risikoäquivalenz in versicherungstechnischem Sinne unter den Bedingungen einer solidarischen Finanzierung“ (BVA 2008: 34). Das Bundesversicherungsamt nimmt damit die oben dargestellte Funktion des RSA in einer wettbewerblichen Krankenversicherung auf. Will man den RSA zugleich für Zwecke der Realisierung versorgungspolitischer Inhalte benutzen, besteht rasch die Gefahr, dass er damit überfrachtet wird – eine Diskussion, die zu Recht auch seinerzeit um die privilegierte Förderung von DMPs im RSA geführt worden ist.

Die Politik kann natürlich entscheiden, öffentliche Förderprogramme auch über den Gesundheitsfonds zu kanalisieren. Hierbei sollte aber strikt darauf geachtet werden, dass die eigentliche Kernfunktion des RSA – nämlich Risikoselektion zu vermeiden – nicht beeinträchtigt wird. Etwaige Mittel für Prävention – oder andere Zwecke – müssen daher immer „on top“ auf eine mit standardisierten Leistungsausgaben errechnete Zuweisung kommen. Problematisch wäre es hingegen, wenn solche Mittel im Wege eines Vorwegabzugs zunächst bei den morbiditätsbezogenen Zuweisungen gekürzt würden – weil dann automatisch Anreize zur Risikoselektion entstünden.

Gesundheitsfonds, Morbi-RSA und die Zukunft der wettbewerblichen Ausgestaltung der GKV

Der morbiditätsorientierte RSA ist kein Selbstzweck – er erfüllt vielmehr eine spezifische Funktion: In einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem soll er dafür sorgen, dass die Anreize für die Krankenkassen so gestellt sind, dass sie sich im Wettbewerb mit ihren Konkurrenten um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bemühen und nicht Risikoselektion als zentrale Gestaltungsmöglichkeit begreifen. Ginge es nur um finanziellen Ausgleich per se, wären einfachere Mechanismen als ein morbiditätsorientierter RSA denkbar, etwa ein Ausgabenausgleich, wie er in der Krankenversicherung der Rentner bis 1994 praktiziert wurde, oder auch in der sozialen Pflegeversicherung seit 1995 realisiert ist. Bisweilen wird in der Politik das Ziel „gleicher Beitrag(ssatz)“ für alle genannt – dafür ist ein Morbi-RSA (wie auch schon der bisherige RSA) dezidiert der falsche Ansatz, da seinen Zuweisungen (wenn von der Konvergenzklausel des § 272 auf Bundeslandebene in der Einführungsphase abgesehen wird) standardisierte Leistungsausgaben zugrunde liegen, die gerade nicht am Ziel der Vereinheitlichung der Finanzsituation orientiert sind: Soweit Ausgabenunterschiede aus anderen Gründen als der Morbidität vorhanden sind, sollen sich diese gerade in unterschiedlichen Finanzsituationen der Kassen niederschlagen.

Umgekehrt gilt allerdings: eine wettbewerbliche Orientierung der GKV macht nur Sinn, wenn den Krankenkassen auch adäquate Wettbewerbsparameter zur Verfügung stehen. Eine konsistente Wettbewerbsordnung für die

GKV ist verschiedentlich angemahnt (Cassel et al. 2006, Ebsen et al. 2003), aber bislang bei weitem nicht realisiert worden. Das GKV-WSG hat neben wettbewerbsstärkenden Elementen auch aus dieser Perspektive kontraproduktive Neuregelungen vorgenommen – wie etwa die Verlagerung der spezialisierten ambulanten Leistungen der Krankenhäuser aus dem Vertragswettbewerb in die Planungshoheit der Bundesländer (§ 116b SGB V) oder die Einführung kassenübergreifend gemeinsam und einheitlich zu treffender Vergütungsentscheidungen in der vertragsärztlichen Versorgung (§§ 87a bis 87c SGB V). Auch im zum Jahresbeginn 2009 in Kraft tretenden Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der GKV finden sich den Wettbewerb erheblich beeinträchtigende Regelungen – etwa die Verpflichtung (im geänderten § 73b SGB V), im hausärztlichen Bereich Quasi-Kollektivverträge mit Hausarztverbänden zu schließen.

Dies offenbart ein Grunddilemma: Große Teile der Politik werden zwar nicht müde, in Sonntagsreden für mehr Wettbewerb zu werben, wenn es zum Schwur kommt aber dringen Interessengruppen, die für jeweils ihren Bereich keinen Wettbewerb wollen, allzuleicht durch. Außerdem nimmt die Politik oft genug an, sie wisse hinreichend gut, welche Konzepte zur Versorgungssteuerung für 80 Mio. Bundesbürger die richtigen seien. Eine den Wettbewerb ernst nehmende Position geht demgegenüber sehr viel bescheidener davon aus, dass sich dies erst in wettbewerblichen Such- und Entdeckungsprozessen erweisen müsse. Die hausarztzentrierte Versorgung ist ein gutes Beispiel dafür: Wie empirisch aufgearbeitet worden ist (Wasem et al. 2003), wirkt sie nur unter spezifischen Voraussetzungen, von denen mitnichten klar ist, ob sie in Deutschland erfüllt sind. Sinnvoller als immer ausgefeiltere Vorgaben, wie die Kassen obligatorische Hausarztverträge schließen müssen, wäre daher Geduld, damit sich im Wettbewerb zeigen kann, ob und wenn ja unter welchen Voraussetzungen solche Modelle Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern.

Die Situation einer nur halbherzigen Umsetzung des Wettbewerbsgedankens erscheint insbesondere deswegen unbefriedigend, weil nicht unwahrscheinlich ist, dass dies in nicht zu ferner Zukunft auf den Wettbewerb zurückfällt: Wenn eine unschlüssige Wettbewerbskonzeption zu keinen befriedigenden Ergebnissen führt, hindert dies die Politik ja nicht, die Defizite dennoch auf den Wettbewerb und nicht etwa auf die eigene Verhinderung eines schlüssigen Wettbewerbskonzeptes zurückzuführen.

Der morbiditätsbezogene RSA ist der „technische Kern“ der GKV-Wettbewerbsordnung. Er ist notwendig, damit Wettbewerb unter der Prämisse nicht risikoäquivalenter Beiträge funktionieren kann. Ohne Morbi-RSA hätte der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung keine Chance. Der infolge des GKV-WSG jetzt implementierte Morbi-RSA ist ein deutlicher Fortschritt, der zwar hinter dem Wünschenswerten (ein vollständiger Morbi-RSA, der keine nennenswerten Unterscheidungen zwischen „berücksichtigten“ und „nicht berücksichtigten“ Krankheiten kennt) zurückbleibt, gleichwohl die Perspekti-

ven für die Ermöglichung von Wettbewerb deutlich verbessert. Umgekehrt aber gilt: Hinreichend ist der Morbi-RSA für funktionierenden Wettbewerb dafür nicht – die übrigen Bausteine einer Wettbewerbsordnung, und das heißt zentral auch: hinreichende Wettbewerbsparameter, müssen ebenfalls bereit gestellt werden.

Literatur:

- A. Ash, F. Porell und P. Randall (1989): Adjusting Medicare capitation payments using prior hospitalization data. *Health Care Financing Review*, **10**, Summer 1989, 177-188.
- C. Behrend, F. Buchner, M. Hapich, R. Holle, P. Reitmeir und J. Wasem (2007): Risk-adjusted capitation payments: how well do principal inpatient diagnosis-based models work in the German situation? Results from a large data set. *European Journal of Health Economics*, **8**, 31-39.
- Bundesversicherungsamt (2008a) Änderungsbekanntgabe – 29.05.2008. Bonn.
- Bundesversicherungsamt (2008b) Entwurf der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV, (vom 29.05.2008). Bonn.
- Bundesversicherungsamt (2008c) Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt. Entwurf 27.03.2008. Bonn.
- Bundesversicherungsamt (2008d) Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV (vom 03.07.2008). Bonn.
- D. Cassel, I. Ebsen, S. Greß, K. Jacobs, S. Schulze und J. Wasem (2006) Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. AOK-Bundesverband. Bonn.
- J. Donges, J. Eekhoff, W. Franz, W. Möschel, M. Neumann, O. Sievert und Kronberger Kreis (2002): Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Stiftung Marktwirtschaft. Berlin.
- I. Ebsen, S. Greß, K. Jacobs, J. Szecsenyi und J. Wasem (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Endbericht 6. März 2003. AOK im Dialog. Bd. 13. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. AOK-Bundesverband. Bonn. 145-307
- D. Göppfarth (2008): Die Zukunft der DMP im direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Disease Management. Ausgabe Juli 2008. Berlin.
- K. Höppner, S. Greß, H. Rothgang und J. Wasem (2006): Instrumente der Risikoselektion – Theorie und Empirie. In: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs und J. Wasem (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. 10 Jahre Kassenwahlfreiheit. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH. Sankt Augustin. 119-144
- K. Jacobs, P. Reschke, D. Cassel und J. Wasem (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Nomos. Baden-Baden.
- K. Jacobs, P. Reschke, D. Cassel, J. Wasem, K. W. Lauterbach und E. Wille (2001) Konsenspapier IGES/Cassel/Wasem und Lauterbach/Wille. 26. Februar 2001. Berlin, Köln, Duisburg, Mannheim.
- K. Lauterbach und E. Wille (2001): Modell eines fairen Kassenwettbewerbs. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV). auch: download bei: <http://www.bmggesundheits.de>. Köln/Mannheim.
- P. Reschke, S. Sehlen, G. Schiffhorst, W. F. Schröder, K. W. Lauterbach und J. Wasem (2005): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat Information, Publikation, Redaktion. Bonn.
- W. F. Schröder, S. Sehlen und G. Schiffhorst (2007): Komponenten der Morbiditätsorientierung im RSA – Nachlese zum Gutachten 2004. In: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs und J. Wasem (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 Gesundheitsfonds. Asgard Verlag. Sankt Augustin. 115-138
- J.-M. G. v. d. Schulenburg und D. Vieregge (2003): Rückversicherung und Risikostrukturausgleich als Instrumente der Risikoallokation in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 2/2003, 231ff.
- T. Ullé, R. Deppisch, G. Lux, H. Dahl, P. Marks, P. Aidelburger und J. Wasem (2008): Konzeptionelle und empirische Fragen der Krankheitsauswahl im Kontext der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der GKV. Diskussionsbeitrag Nr. 164 aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Universität Duisburg-Essen. Essen.
- W. van de Ven, K. Beck, C. van de Voorde, J. Wasem und I. Zmora (2007): Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy* **83**, 162-179.
- W. P. van de Ven, K. Beck, F. Buchner, D. Chernichovsky, L. Gardiol, A. Holly, L. M. Lamers, E. Schokkaert, A. Shmueli, S. Spycher, C. Van de Voorde, R. C. van Vliet, J. Wasem und I. Zmora (2003): Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, **77**, 1, 75-98.
- W. P. M. M. van de Ven und R. Ellis (2000): Risk Adjustment in competitive health plan markets. In: A. J. Culyer und J. P. Newhouse (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*. Elsevier North Holland. Amsterdam. 755-845
- J. Wasem (1993): Der kassenartenübergreifende Risikostrukturausgleich – Chancen für eine neue Wettbewerbsordnung in der GKV. Sozialer Fortschritt, **42**, 31-39.
- J. Wasem (1998): Der Risikostrukturausgleich als zentraler Baustein einer solidarischen Gesundheitspolitik muß ausgebaut werden. In: M. Knoche und G. Hungeling (Hrsg.): Soziale und ökologische Gesundheitspolitik. Mabuse-Verlag. Frankfurt a.M. 243-249
- J. Wasem (2007): Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009. GGW, **7**, 3/07, 15-22.
- J. Wasem, S. Greß und F. Hessel (2003): Hausarztmodelle in der GKV-Effekte und Perspektiven vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Erfahrungen. Essen.
- J. Weissman, M. Wachtermann und D. Blumenthal (2005): When Methods Meet Politics: How Risk Adjustment Became Part of Medicare Managed Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, **30**, 3,
- Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (2007) Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Erkrankungen zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. o.O.
- P. Zweifel und M. Breuer (2006): The case for risk-based premiums in public health insurance. *Health Economics, Policy and Law*, **1**, 171-188.
- P. Zweifel und H. Hauser (1987): Krankenversicherung unter Wettbewerbsbedingungen: Zur Rolle des Äquivalenzprinzips. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, **76**, 301-317.
- Weissman et al: Zitat wird nachgereicht.

Fußnoten:

- 1 Insofern ist die deutsche Debatte, bei der einige Gesundheitsökonomien die Notwendigkeit eines RSA in Abrede stellen, ohne sich zugleich für risikoäquivalente Prämien auszusprechen, allenfalls ein Zerrbild der internationalen Diskussion.
- 2 Für Krankenversicherungssysteme, die nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisiert sind, bestehen zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten, die in der internationalen Diskussion noch nicht umfassend bearbeitet sind. Vgl. einen Vorschlag etwa bei Donges et al. (2002).
- 3 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 10.12.2001 (BGBl. I S. 3465).
- 4 BGBl. I S. 3224.
- 5 BGBl. I S. 378
- 6 Handelsblatt v. 27.03.2008: Eklat um Gesundheitsfonds. Wissenschaftlicher Beirat tritt zurück.