

# RSA-Systeme im internationalen Vergleich

FLORIAN BUCHNER,  
SONJA SCHILLO

Prof. Dr. Florian Buchner  
ist Professor für Gesundheits-  
ökonomie an der Fachhoch-  
schule Kärnten

Dr. rer. pol. Sonja Schillo  
ist Senior Researcher am  
Lehrstuhl für Medizin-  
management der Universität  
Duisburg-Essen. Beide sind  
Mitglieder des CINCH,  
Essen

**In der aktuellen Diskussion um den Risikostrukturausgleich werden viele Aspekte angesprochen, die auch in anderen Ländern debattiert worden sind. Es ist daher lohnend, einen Blick über die Grenzen zu werfen. In diesem Beitrag werden die RSA-Systeme der Niederlande, Belgiens und der Schweiz beschrieben und im Hinblick auf mehrere Problemfelder näher beleuchtet.**

## 1. Einführung

Vor rund 20 Jahren haben einige Länder (neben Deutschland beispielsweise die Niederlande, Belgien, die Schweiz und Israel) mit einem sozialen Krankenversicherungsmarkt Wettbewerb zwischen den Trägern dieses Systems eingeführt. Alle diese Systeme haben dabei Mechanismen zum Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen eingeführt, um für die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen vorhersagbare Unterschiede individueller Krankheitskosten auszugleichen und so Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden. Auch der deutsche Risikostrukturausgleich (RSA) besteht inzwischen seit über 20 Jahren und hat eine Reihe von Entwicklungen durchgemacht. Da sich in der letzten Zeit die Diskussion um den deutschen RSA wieder verstärkt hat, insbesondere durch eine Reihe unterschiedlicher Gutachten, lohnt ein Blick auf die Situation in den Nachbarländern und den aktuellen Stand der dort eingesetzten Ausgleichsmechanismen. Wenngleich Risikoadjustierung auch bei regionalen Budgetzuteilungen und steuerfinanzierten Systemen eine Rolle spielen kann (Dixon et al. (2011)), beschränken wir uns in diesem Artikel auf Systeme mit einem sozialen Krankenversicherungsmarkt. Für die Beurteilung eines Ausgleichsmechanismus sind die Rahmenbedingungen des jeweiligen Krankenversicherungs-

systems entscheidend, dessen Beschreibung wir allerdings relativ kurz halten werden, für eine genauere Beurteilung und für einen Vergleich entsprechender Rahmenbedingungen sei auf van de Ven et al. (2013) verwiesen.

Es gibt eine Reihe von Merkmalen, in welchen sich die Ausgleichsmechanismen der einzelnen Länder unterscheiden. Einige dieser Merkmale sollen mit Bezug auf das deutsche System kurz aufgezeigt werden. In den darauf folgenden Abschnitten wird auf die Verhältnisse in den Niederlanden, Belgien und der Schweiz eingegangen. Im letzten Abschnitt werden einige für die deutsche Diskussion relevante Details dieser Länder und der internationalen Literatur vorgestellt.

Ein wichtiges Merkmal für den Ausgleichsmechanismus ist die **Festlegung der Solidargemeinschaft**, denn es handelt sich dabei nicht automatisch um die gesamte Wohnbevölkerung eines Landes. In Deutschland setzt sich die Solidargemeinschaft aus allen gesetzlich Vollversicherten zusammen, diejenigen, die in der privaten Krankenversicherung (PKV) vollversichert sind, gehören also nicht zur Solidargemeinschaft. Auch diejenigen, die in einer Landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert sind, sind nicht Teil des Ausgleichssystems, für diese Versicherten besteht auch keine Kassenwahlfreiheit.

In Bezug auf den Zahlungsfluss wird zwischen **internen und externen Aus-**

gleichssystemen unterschieden (van de Ven und Ellis (2000)). Während bei einem internen System die Beitragszahlungen der Versicherten ausschließlich direkt an den Versicherer erfolgen und dieser sowohl Zahlungen in den Ausgleichspool leistet als auch Zahlungen aus dem Pool erhält (Deutschland vor Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)), erfolgen bei einem externen System die Solidarbeiträge von den Versicherten an den Ausgleichspool und die Versicherer erhalten aus dem Pool risikoadjustierte Zahlungen. Diese können ergänzt werden durch zusätzliche Prämienzahlungen, die der Versicherte direkt an den Versicherer zu leisten hat (z. B. der Zusatzbeitrag in Deutschland).

Auch für die Berechnung der risikoadjustierten Zahlungen gibt es einige Unterscheidungsmerkmale. Hier sind an erster Stelle die **Risikofaktoren**, also die Parameter, an Hand derer die risikoadjustierten Zahlungen ermittelt werden und die in die Risikoadjustierungsfor-

men. Beim Regressionsansatz werden für die einzelnen Risikofaktoren Zuschläge über eine Regression berechnet und der Zuweisungsbetrag eines Versicherten ergibt sich als Summe der Zuschläge seiner Risikofaktoren.

Ein interessanter Aspekt ist auch, inwieweit in einem System **retrospektive Finanzausgleichselemente** etwa zum Abfedern der Wirkungen der Ausgleichsformel oder bei Hochkostenfällen eingesetzt werden, wie etwa im deutschen System der Risikopool im Zeitraum von 2002 bis 2008.

Diese unterschiedlichen Merkmale werden im Folgenden für die einzelnen Länder näher betrachtet.

## 2. Niederlande<sup>1</sup>

Die Niederlande waren in vielen Aspekten ein Vorreiter in der Entwicklung des gesamten Ausgleichsmechanismus und bei der Weiterentwicklung der Ausgleichsformel. Die gesamte Bevölkerung ist in der sozialen Krankversicherung pflichtversichert und bildet somit in ihrer Gesamtheit die Solidargemeinschaft. Die Versicherten haben jährlich die Möglichkeit die Krankenversicherung zu wechseln und zwischen verschiedenen Versicherungsverträgen zu wählen. Für die Versicherer

gilt dabei im Basistarif Kontrahierungszwang und ein Verbot der Prämien differenzierung. Der Basistarif umfasst die haus-/fachärztliche und stationäre Versorgung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln und die Behandlung psychischer Erkrankungen. Private Zusatzversicherungen können abgeschlossen werden, um über das Basispaket hinausgehende Leistungen abzudecken.

Beim niederländischen Ausgleichssystem handelt es sich um ein externes System. Es gibt zwei große Finanzströme, die vom Versicherten ausgehen: Zum einen zahlen alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Kopfpauschale, die im Durchschnitt 1.200 Euro pro Jahr beträgt, direkt an die Krankenversicherung. Hinzu kommt eine Selbstbeteiligung für bestimmte Leistungen von maximal 385 Euro pro Jahr. Die Selbstbeteiligungsgrenze kann freiwillig bis auf 500 Euro gesteigert werden, wodurch die Kopfpauschale geringer wird. Kinder und Jugendliche

bis zum Alter von 18 Jahren werden über allgemeine staatliche Mittel finanziert, die direkt in den Gesundheitsfonds fließen. Zum anderen werden von den Versicherten einkommensabhängige Beiträge geleistet, die in den Gesundheitsfonds gezahlt werden und von dort aus über den RSA-Mechanismus an die Versicherer ausgezahlt werden. Zwei Drittel aller Haushalte erhalten einen einkommensabhängigen Zuschuss, der im Jahr 2015 maximal 1.788 Euro pro Haushalt betrug.

Der niederländische Ausgleich wird über einen Regressionsansatz berechnet. Die Anzahl der verwendeten Risikofaktoren hat im Laufe der Jahre kontinuierlich zugenommen, die Diversität der Risikofaktoren geht über die im deutschen RSA verwendeten Parameter deutlich hinaus (Tabelle 1). Ausgehend von Alter und Geschlecht bei der Einführung des Ausgleichsmechanismus im Jahre 1993 wurden im Lauf der Jahre stufenweise die Parameter Region, Art des Einkommens (differenziert nach dem Alter), Morbidität und sozioökonomischer Status (differenziert nach dem Alter) als weitere Parameter hinzugefügt. Die direkte Abbildung der Morbidität erfolgt bei weitem nicht so differenziert wie im deutschen System. Das niederländische System basiert auf Informationen über verschriebene Arzneimittel und stationären Diagnoseinformationen, die zu Pharmacy Cost Groups (PCG) respektive Diagnostic Cost Groups (DCG) zusammengefasst werden. Die ursprünglich 13 (inzwischen 31) PCGs sind klinisch homogene Gruppen, in die ein Versicherter eingruppiert wird, wenn er im Vorjahr ein bestimmtes Medikament verschrieben bekam (in den meisten Fällen mit mindestens 180 Tagesdosen). Alle Versicherten, die keiner dieser PCGs zugeordnet werden, werden in eine gemeinsame Klasse gruppiert. Bestimmte Diagnosen, die im Vorjahr im Krankenhaus gestellt wurden (vorwiegend Hauptdiagnosen), führen zur Eingruppierung in eine von ursprünglich 12 (inzwischen 16) kostenhomogenen

## Die Niederlande waren ein Vorreiter in der Entwicklung des gesamten Ausgleichsmechanismus.

mel als unabhängige bzw. erklärende Variablen eingehen, zu nennen. In diesem Zusammenhang spielt auch die **zeitliche Zuordnung** eine wichtige Rolle: Werden abhängige und unabhängige Variablen aus der gleichen Zeitperiode verwendet, wie in Deutschland vor 2009, spricht man von einem „gleichzeitigen“ Ansatz; werden die abhängigen Variablen dagegen aus der Vorperiode verwendet, wie in Deutschland seit dem Jahr 2009, spricht man von einem „prospektiven“ Ansatz. Unterschieden wird auch zwischen Zellenansätzen (wie in Deutschland vor Einführung des Morbi-RSA) und Regressionsansätzen (wie in Deutschland nach Einführung des Morbi-RSA). Beim Zellenansatz wird jeder Versicherte genau einer Zelle zugewiesen, die durch entsprechende Ausprägungen der Risikofaktoren gekennzeichnet ist. Für jeden Versicherten in einer Zelle wird dem Versicherer in aller Regel der jeweilige Zellendurchschnitt als Ausgleichszahlung zugewie-

1 Die Ausführungen zu den Niederlanden stützen sich auf die folgenden Quellen: van Kleef et al. (2010), van Kleef et al. (2013), van de Ven et al. (2013), Blenk et al. (2016), Buchner und Göppfarth (2014), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016) sowie auf Informationen der Professoren van Kleef und van de Ven sowie Dr. van Veen.

Tabelle 1: Risikoparameter des niederländischen somatischen Modells

Risikoparameter	Anzahl (aktuell)	Jahr der Einführung
Alter und Geschlecht	40	1993
Region	10	1995
Einkommensart nach Alter	23	1995
PCG	31	2002
DCG	16	2004
Sozioökonomischer Status nach Alter	17	2008
Mehrjahreshochkostenfälle	7	2012
Verwendung von Medizinprodukten	5	2014
Alter-Morbiditäts-Interaktionen	4	2015
Häusliche Pflege	5	2016
Geriatrische Rehabilitation	2	2016
Physiotherapie	2	2016

Quelle Eigene Darstellung

DCGs, wobei jeder Versicherte nur der höchsten DCG zugeordnet wird. Während das deutsche System nur 80 Krankheiten beinhaltet, ist die Morbidität durch die Aufgliederung in die 197 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (Stand 2016) und die Verwendung von ambulanten und stationären Diagnosen deutlich differenzierter abgebildet als in den Niederlanden. Seit 2012 werden auch unterschiedliche Gruppen von Mehrjahres-Hochkostenfällen in die Ausgleichsformel aufgenommen sowie seit 2014 der Einsatz einer Reihe von medizinischen Hilfsmitteln. 2015 wurden Alters-Morbiditätsinteraktionen eingeführt und 2016 folgten Gruppen für häusliche Pflege, für die Genesung älterer Menschen und zwei weitere Gruppen für Physiotherapie.

Die retrospektiven Finanzausgleichselemente im Ausgleichssystem, die besonders in den ersten Jahren die finanziellen Konsequenzen für die Versicherer in engen Grenzen gehalten haben, wie etwa eine Beschränkung des durchschnittlichen Verlustes (oder Gewinns) pro Versicherten, wurden über die letzten beiden Jahrzehnte immer mehr eingeschränkt und verlieren 2016 gänzlich ihre Bedeutung, der niederländische Ausgleichsmechanismus wird inzwischen rein prospektiv durchgeführt.

Neben dem beschriebenen System für die Ausgaben für somatische Erkrankungen werden in den Niederlanden für die Ausgaben in den Bereichen häusliche Pflege, psychische Erkrankungen sowie Zuzahlungen im Bereich der somatischen Erkrankungen (letzteres nur für diejenigen Versicherten, die durch keine DCG, PCG oder Mehrjahreshochko-

stengruppe erfasst werden) drei eigene Risikoadjustierungssysteme mit leicht veränderten Risikofaktoren durchgeführt. Ab dem Jahr 2017 werden die Ausgaben für häusliche Pflege in das beschriebene Modell für somatische Erkrankungen integriert.

### 3. Belgien<sup>2</sup>

In Belgien ist die gesamte Bevölkerung in der sozialen Krankversicherung versichert, die weitgehend von fünf großen nationalen Krankenversicherungsverbänden getragen wird, die sich in mehr als hundert lokale Krankenversicherer aufgliedern, ergänzt durch die Krankenkasse der Belgischen Bahn. Die Krankenversicherungen sind private non-profit Organisationen, die in starkem Wettbewerb zueinander stehen, wobei der Leistungskatalog allerdings für alle Versicherer vorgegeben ist. Die Finanzierung erfolgt vorwiegend über Steuern und einkommensabhängige Zahlungen der Versicherten, die nicht vom Krankheitsrisiko des Einzelnen abhängen. Dies ist kombiniert mit einem größtenteils privaten System der Leistungserbringung, das durch freie Arztwahl und vorwiegend fee-for-service Vergütung gekennzeichnet ist. Die Basisversicherung kann durch eine freiwillige Zusatzversicherung ergänzt werden, die beim gleichen Versicherer wie die Basisversicherung abgeschlossen werden muss.

Beim Belgischen Ausgleichssystem handelt es sich um ein zeitgleiches, externes System, das über einen Regressionsansatz berechnet wird. Die Anzahl der Ausgleichparameter in der Risikoadjustierungsformel ist traditionell sehr hoch

und setzt sich aus demographischen, sozioökonomischen und Morbiditätsvariablen zusammen. Unter anderem werden Alter, Geschlecht, Singlehaushalte und Urbanisierungsgrad sowie eine Art Erwerbsminderungsstatus untergliedert nach Krankheiten für den Ausgleich heranbezogen. Bei der direkten Abbildung der Morbidität lehnt sich das belgische System an das niederländische System an und hat sowohl das Konzept der PCGs als auch das der DCGs übernommen und an die belgischen Verhältnisse angepasst. Aus den DCGs wurden dabei DxGs, die wie im niederländischen System nur auf stationären Diagnosen aufbauen, allerdings kann einem Versicherten im belgischen System auch mehr als eine DxG zugeordnet werden.

Bis 1995 gab es einen Ist-Kostenausgleich für die Krankenversicherungen, seitdem sind die Versicherer für einen zunehmenden Teil des Budgets selbst verantwortlich. Zur Finanzierung der Leistungsausgaben wird ex ante ein Gesamtbudget festgesetzt, das zu 30% über ein Risikoadjustierungssystem und zu 70% über die tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenversicherungen verteilt wird. Als weiteres retrospektives Finanzausgleichselement kommt eine Begrenzung, die Krankenversicherungen für maximal 25% der Differenz zwischen den erhaltenen Zahlungen und den tatsächlichen Leistungsausgaben verantwortlich macht und das Defizit einer Krankenversicherung auf 2% des gesamten Budgets begrenzt.

### 4. Schweiz<sup>3</sup>

In der Schweiz ist die gesamte Bevölkerung mit einer allgemeinen, gesetzlich vorgeschriebenen Grundversorgung in der sozialen Krankversicherung versichert, wobei Kontrahierungszwang für die Versicherer gilt und die Grundversorgung durch private, wettbewerblich organisierte Zusatztarife ergänzt werden kann, die aber nur eine untergeordnete

2 Die Ausführungen zum belgischen System stützen sich auf folgende Quellen: Van de Voorde (2010), Gerkens und Merkur (2010), Buchner und Göppfarth (2014), van de Ven et al. (2013), Schokkaert et al. (2011) sowie auf Informationen von Prof. Schokkaert.

3 Die Ausführungen stützen sich auf de Pietro et al. (2015), Buchner und Göppfarth (2014), Pirkl (2015), van de Ven et al. (2013), Blenk et al. (2016), Egger (2014) sowie auf Informationen von Prof. Beck.



Rolle spielen. Über die Grundversorgung dürfen die Krankenversicherer keine Gewinne erwirtschaften, im Bereich der privaten Zusatzversicherungen hingegen schon. Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt über einkommensunabhängige Kopfprämien, die durch staatliche Solidarbeitragsleistungen (kantonsspezifische „Prämienverbilligungen“) flankiert werden. Bei den Krankenhausaufgaben wird etwa die Hälfte der laufenden Kosten über Steuereinnahmen der Kantone finanziert.

Der Risikoausgleich, wie die Schweizer ihr Ausgleichssystem nennen, wurde erst mit einem Parlamentsentscheid von 2014 dauerhaft installiert. Er wurde 1993 für zehn Jahre eingeführt und anschließend jeweils für fünf Jahre befristet verlängert. Dieser Risikoausgleich wird auf Ebene der Kantone durchgeführt, d. h. es werden 26 unabhängige Risikoausgleiche durchgeführt. Zwischen den Kantonen gibt es keine Solidartransfers, die Solidargemeinschaft beschränkt sich jeweils auf die Bevölkerung eines Kantons, es kommt zu einer deutlichen Regionalisierung der Solidarität.

Die kantonsspezifischen Prämien eines Versicherers sind unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand. Für Kinder bis 17 Jahre, deren Kosten nicht in den Ausgleichsmechanismus eingehen, wird eine eigene Kopfprämie berechnet. Zusätzlich ist es den Versicherern erlaubt für die Altersgruppe der Jugendlichen von 19 bis 25 Jahren eine günstigere Prämie anzubieten. Innerhalb der einzelnen Kantone werden vom Bundesamt für Sozialversicherung bis zu drei Prämienregionen ausgewiesen, in welchen die Krankenkassen unterschiedliche Prämien kalkulieren können.

Jeder Versicherte hat einen Selbstbehalt (Franchise) von 10% der Behandlungskosten (bis maximal 700 CHF), kann aber freiwillig auch einen höheren Selbstbehalt wählen, wodurch sich dann die Kopfprämie verringert. Auch für sogenannte Managed-Care-Tarife dürfen günstigere Prämien angeboten werden. Weder die Möglichkeit zur Prämienreduktion für die jungen Erwachsenen noch die Tarifzugehörigkeit werden explizit im Risikoausgleich berücksichtigt. Bei den Selbstbehaltstarifen können günstigere Prämien zwar durch Kosteneinsparungen finanziert werden, bei einer starken Korrelation zwischen der Zugehörigkeit zu einem Selbstbehaltstarif und Alter /

Geschlecht kann es aber zu deutlichen Verzerrungen bei der Abbildung der Einspareffekte kommen (van Kleef et al. (2010)). Die niedrigeren Ausgaben für Jugendliche werden dagegen durch den Risikofaktor Alter ausgeglichen. Um wie vom Gesetzgeber vorgesehen eine geringere Prämie für diese Bevölkerungsgruppe zu ermöglichen, werden derzeit Änderungen des Risikoausgleichs diskutiert.

Beim Schweizer Ausgleichsmechanismus handelt es sich um einen prospektiven internen Ausgleich mit Zellsatz. Als Ausgleichsparameter kommt neben Alter und Geschlecht seit 2012 eine Dummyvariable zum Einsatz, die anzeigt, ob ein Versicherter im Vorjahr mehr als drei Tage im Krankenhaus oder Pflegeheim verbracht hat. Damit ergeben sich in jedem Kanton insgesamt 60 Zellen, 30 Alter- und Geschlechtszellen jeweils mit bzw. ohne entsprechenden Spitalsaufenthalt. Ab 2017 wird eine Ergänzung durch die Pharmavariablen «Die versicherte Person hatte im Vorjahr einen hohen Medikamentenkonsum» vorgenommen: Diese greift bei Versicherten, die im Vorjahr Leistungsausgaben für Arzneimittel von insgesamt über 5.000 CHF (inklusive Selbstbehalt) hatten. Aufgrund des Zellsatzes und der kantonalen Durchführung, ergäbe sich durch eine Verdopplung der Zellen bei Einführung des neuen Risikofaktors insbesondere bei den Pharmahochkostengruppen durch zu geringe Zellbesetzungen ein deutliches Problem. Da empirisch festgestellt wurde, dass die Altersabhängigkeit der Kosten bei der Gruppe der Arzneimittel-Hochkostenfälle sehr gering ist, hat man sich dafür entschieden nur zwei zusätzliche Zellen einzuführen: Arzneimittel-Hochkostenfälle (Vorjahr) mit und ohne relevanten stationären Aufenthalt im Vorjahr. Ab 2019 sind weitere Änderungen geplant, die den Einbezug von Daten der stationären Behandlung und einen detaillierteren Einbezug von Arzneimitteln über PCGs wie in den Niederlanden und Belgien vorsehen.

## 5. Schlussfolgerungen

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass der deutsche Risikostrukturausgleich in einem internationalen Vergleich durchaus gut abschneidet. So ist die Einschät-

zung einer Reihe internationaler Autoren in einer Untersuchung zum Stand von Managed Competition im Jahr 2013 zu dem Ergebnis gekommen, dass die Güte des Risikoadjustierungsmechanismus mit „high, but still insufficient“ zu bewerten ist und der deutsche RSA somit neben den Niederlanden und Belgien die beste Bewertung erhalten hat (van de Ven et al. (2013)). Auch wenn bei diesem Vergleich nur die Schweiz und Israel mit ihren Ausgleichsmechanismen hinter Deutschland zurück bleiben, ist anzumerken, dass im Gegensatz zu Belgien und den Niederlanden von Anfang an kein retrospektiver Ausgleich eingesetzt wurde, abgesehen vom Hochkostenpool der von 2002 bis 2008 wirksam war. In den Niederlanden ist der anfangs recht umfangreiche retrospektive Ausgleich,

**Festzuhalten ist, dass der deutsche RSA im internationalen Vergleich durchaus gut abschneidet.**

der die Auswirkungen des prospektiven Ausgleichs abdämpfte, über einen längeren Zeitraum stufenweise bis 2016 völlig abgebaut worden, wogegen in Belgien bis heute entsprechende Vorkehrungen zur Eindämmung des finanziellen Risikos für die Krankenkassen getroffen werden.

Zurzeit gibt es mehrere Vorschläge zur Verbesserung bzw. Veränderung der deutschen Ausgleichsformel. Einige dieser Ansätze, für die interessante Überlegungen aus den internationalen Erfahrungen gefunden wurden, werden hier aufgegriffen und vor dem Hintergrund der internationalen Entwicklungen diskutiert.

In einem aktuellen Gutachten (Dietzel et al. (2016)) wird ein Verzicht auf die von den Autoren so genannten „Surrogat-Parameter“ der Erwerbsminderungsgruppen (EMGn) aus der Ausgleichsformel gefordert. In der internationalen Literatur würde man statt „Surrogat-Parameter“ wohl von „Proxy“ sprechen, also einem Parameter, der einfacher zu messen ist als der eigentlich gewünschte Parameter. Dabei wird bei der Verwendung eines Proxys davon ausgegangen, dass er den gewünschten Parameter hinreichend ersetzen kann – was immer „hinreichend“ auch im Einzelfall

bedeuten mag. Ein häufig verwendetes Beispiel aus Zeiten, in welchen die Datenlage und die Möglichkeiten zu deren Verarbeitung deutlich schlechter waren als heute, ist der Einsatz der einfacher erfassbaren Mortalität als Proxy für die schwer messbare Morbidität. In den Anfangszeiten bildeten international in fast allen Ausgleichsmechanismen Alter und Geschlecht (in Deutschland zusammen mit den EMGn) einen Proxy für die Morbidität und genaugenommen tun sie das im deutschen RSA auch heute noch. Insbesondere für die nicht im Krankheitspektrum aufgenommen Krankheiten, für die „zeitgleichen“ Morbiditätseffekte, für mögliche altersspezifische Ausgabenunterschiede in den abgebildeten Krankheiten. Zumindest nach unserer Kenntnis gibt es bislang in keinem der unterschiedlichen Systeme ernstzunehmende Versuche diese Variablen aus dem RSA zu streichen.

In der internationalen Literatur wird als zentrales Ziel der Ausgleichssysteme immer wieder genannt, Anreize für Risikoselektion zu verhindern. Bei einer einfachen Identifikation des Parameters „EMG“ durch die Kassen und einem

C-Parameter in die Berechnung der Zuweisungen eingehen, werden die R-Parameter bei der Berechnung der Zuweisungen neutralisiert und eine entsprechende Prämiendifferenzierung zugelassen.

Für „Alter“ gilt beispielsweise, dass ein relevanter Einfluss in allen Ausgleichssystemen auch nach Einführung all der anderen Risikofaktoren noch gegeben ist, und dass der Regulierer diesen Einfluss in allen Fällen als C-Parameter ansieht. Wäre die Ursache für die höheren Ausgaben der Versicherten in den EMGn, vom Versicherer oder vom Versicherten zu verantworten, würde der Regulierer sie möglicherweise als R-Parameter behandeln. Wenn EMGn eine kostenintensivere Form der Krankheiten abbilden, die durch den langen Weg der Anerkennung als Grund für eine Arbeits- oder Erwerbsminderungsrente herausgefiltert werden oder die Tatsache, dass bestimmte Krankheiten, wenn sie aufgrund (möglicherweise langjähriger) Berufstätigkeit entstanden sind, besonders kostenintensiv wären, dann könnte dies ein Grund sein sie als C-Parameter zu behandeln. Der tatsächliche Zusammenhang ist unklar. Die Tatsache, dass ein Parameter ein Proxy für den eigentlich auszugleichenden Parameter ist, sagt über die Sinnhaftigkeit oder Nicht-Sinnhaftigkeit dieses Parameters als Risikofaktor im RSA zunächst nichts aus.

Im belgischen Ausgleichssystem erhalten Versicherte, die länger als ein Jahr nicht arbeiten konnten, gruppiert nach unterschiedlichen Krankheiten, einen zusätzlichen Zuschlag – neben der Abbildung der Morbidität durch DxGs und PCGs. Diese Risikofaktoren sind den EMGn des deutschen RSA sehr ähnlich. Das Identifikationskriterium ist allerdings nicht die Zuerkennung eines Rechts auf Erwerbsminderungsrente, sondern die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und die Unterteilung erfolgt nicht nach Alter, sondern nach Krankheitsgruppen. Es gibt also in anderen Ländern durchaus vergleichbare Ansätze.

Seit Einführung des RSA wird der Einbezug einer „Regionalvariablen“ immer wieder diskutiert. Dabei wirken in einer „Region“ eine ganze Reihe unterschiedlicher Einflussfaktoren, so dass es sich um eine Art „Komposit-Variable“ handelt. Möchte man regionale Differenzen in

den Ausgleich einbeziehen, dann stellen sich vorwiegend zwei Fragen: Wie groß- oder kleinräumig soll eine „Region“ gefasst werden und welche der im Parameter „Region“ aggregiert wirkenden Faktoren sollen ausgeglichen werden; es sollte also eine Unterscheidung von C- und R-Komponenten erfolgen.

Mit dem zweiten Aspekt hängt die Frage eng zusammen, ob Regionen mit besserer medizinischer Infrastruktur teurer sind, weil eine angebotsinduzierte Nachfragesteigerung vorliegt, die vermutlich nur in Teilen effizient ist, oder ob die Leistungserbringung in ihnen auf Grund von vollständig außerhalb des Gesundheitssystems liegenden Faktoren höhere Kosten verursacht. Weiterhin ist fraglich, ob diese Regionen mit besserer medizinischer Infrastruktur durch Regionen mit schlechterer medizinischer Infrastruktur unterstützt werden sollen, da sie zumindest die angrenzenden Regionen mitversorgen oder ob genau umgekehrt die Regionen mit schlechter medizinischer Infrastruktur unterstützt werden sollten, damit eben jene verbessert werden kann. Ob ein solcher Ausgleich überhaupt und wenn ja im Rahmen des RSA erfolgen soll, ist zu diskutieren und stellt im Grunde eine politische Entscheidung dar. Anreize zu effektiven Verhandlungen der Krankenversicherer mit den Leistungserbringern sollten auf diese Weise auf jeden Fall nicht außer Kraft gesetzt werden.

In den Niederlanden, wo sich das ausdifferenzierteste System der Berücksichtigung regionaler Effekte findet, wird die Frage nach der räumlichen Abgrenzung der Regionen mit den Postleitzahlgebieten beantwortet. Bei der Unterteilung in C- und R-Komponenten werden eine Reihe von Parametern, als C-Parameter identifiziert (z. B. die medizinische Infrastruktur, die Bevölkerungsdichte- bzw. -zusammensetzung) und in den Ausgleich aufgenommen. Der Erklärungseffekt des Regionalparameters ist auf Individualebene eher gering (zehn Regional-Cluster verbessern das  $R^2$  von 5,97% auf 6,01% gegenüber einem rein demographischen Modell mit 40 Alters- und Geschlechtsklassen (van Kleef et al. (2013)). Ähnliches gilt wohl auch für die bisher überlegten Modelle in Deutschland: Göppfarth (2013) untersucht einige dieser Modelle und kommt dabei zu dem Schluss, dass keines davon empirisch überzeugend wäre.

## Seit Einführung des RSA wird der Einbezug einer „Regionalvariablen“ immer wieder diskutiert.

durchschnittlichen negativen Deckungsbeitrag von rund 1.400 Euro (Neumann (2016)) pro Versicherten ist dies eine durchaus relevante Überlegung.

Ein sinnvolles Vorgehen bei der Frage nach Beibehalten oder Streichen eines Risikofaktors – und damit auch der EMGn – aus der Ausgleichsformel ist, zunächst die Frage zu stellen, ob der Parameter relevanten Einfluss auf die Variation der erwarteten Ausgaben hat und falls dies der Fall ist, ob es sich um einen – in der internationalen Literatur so genannten – C- oder R-Parameter handelt. Die Wirkung eines C-Parameters soll aus Sicht des Regulierers ausgeglichen werden (C: Compensation). Die Wirkung eines R-Parameters (R: Responsibility) hingegen nicht (Schokkaert et al. (1998), van de Ven und Ellis (2000), Van de Voorde (2010), Buchner und Göppfarth (2014), Beck et al. (2016)). Während die

In Israel wird ein Zuschlag für in der „Peripherie“ lebende Versicherte gezahlt. „Peripherie“ wird dabei über die Entfernung zum Geschäfts- und Kulturzentrum operationalisiert. Hintergrund ist, dass die Leistungsausgaben in der Peripherie zwar niedriger sind als in den Zentren, dass dies aber auf die schlechte Versorgung zurückgeführt wird. Die Krankenkassen sollen durch die Zahlung Anreize

### **Eine spezifische und regelmäßig aktualisierte Krankheitsauswahl – wie in Deutschland – wird von anderen Ländern nicht vorgenommen.**

erhalten das Versorgungsangebot in der Peripherie auszubauen<sup>4</sup>.

Aus dem Schweizer System seien hier zwei Überlegungen angebracht: Wie beschrieben werden 26 kantonsspezifische Risikoausgleiche durchgeführt, die Solidarität endet an den jeweiligen Kantonsgrenzen. Ein Konzept, das aus unterschiedlichen Gründen für Deutschland nicht anwendbar ist. Um regionalen Unterschieden Rechnung tragen zu können, werden in der Schweiz vom Bundesamt für Sozialversicherung bis zu drei Prämienregionen innerhalb eines Kantons festgelegt, in welchen die Krankenversicherer unterschiedliche Prämien verlangen können, allerdings sind die Prämienunterschiede gedeckelt.

Die zweite Überlegung, die wieder mit dem Ansatz der C- und R-Parameter zusammenhängt und auch im Gutachten von Ulrich, Wille und Thüsing für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP (2016)) genannt wird, ist regional differenzierte Beiträge oder Beitragssätze für den Fall von relevanten regionalen Ausgabeneinflüssen, die nach Ansicht des Regulierers nicht ausgeglichen werden sollten, zuzulassen. Dies geht nicht nur mit dem beschriebenen Ansatz in der Schweiz zusammen, sondern auch mit Überlegungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG (2005)), das sich laut Rn. 206 vorstellen kann, dass höhere Beitragssätze aufgrund regionaler Kostenunterschiede beispielsweise zwischen Stadt und Land aufgrund der unterschiedlichen Versor-

gungsdichte oder Versorgungsqualität gerechtfertigt sein können.

Auch aus dem belgischen System gibt es einen interessanten Aspekt in diesem Zusammenhang zu berichten: Der Risikofaktor „medical supply“, der auf der Anzahl von Allgemeinärzten, Spezialisten, Apothekern, Zahnärzten und Physiotherapeuten aufbaut, wird als R-Variable eingestuft. Damit geht dieser Risikofaktor zwar in die Ausgleichsformel ein, allerdings nur bei der Bestimmung der Koeffizienten für die Risikofaktoren. Bei der Berechnung der individuellen Zahlungen aus dem Pool wird dieser Risikofaktor „neutralisiert“: Dadurch soll bewirkt werden, dass der Einfluss der Anbieterdichte nicht ausgeglichen wird – höhere Ausgaben

aufgrund einer höheren Leistungserbringerdichte, beispielsweise einer höheren Arztdichte, sollen also in der Verantwortung des Versicherers oder des Versicherten bleiben (Beck et al. (2016), Van de Voorde (2010)), Schokkaert et al. (2004)).

Es gibt in den angeführten Ländern sehr unterschiedliche Ansätze regional unterschiedliche Kosten, die über die durch die verwendeten Risikofaktoren begründeten regionalen Kostendifferenzen hinausgehen, auszugleichen, entsprechende Prämendifferenzierungen zuzulassen oder Regionen mit schlechterer medizinischer Infrastruktur gezielt zu fördern. Für Deutschland kann man festhalten: das Thema Region wird sowohl die RSA-Experten als auch die Politik noch einige Zeit beschäftigen, da es für viele Beteiligte offensichtlich eine hohe Relevanz besitzt, einfache Lösungsansätze nicht zum Ziel zu führen scheinen und auch politische Entscheidungen über Spielräume innerhalb oder außerhalb des RSA notwendig sein werden.

Die Überlegungen der Krankheitsauswahl sind in der internationalen Literatur nicht bekannt. Eine spezifische Krankheitsauswahl, die regelmäßig aktualisiert wird, wird von anderen Ländern nicht vorgenommen. In Israel wurden mit Einführung der Risikoadjustierung fünf Krankheiten festgelegt, die eine zusätzliche Ausgleichskomponente darstellen, eine regelmäßige Auswahl oder Überprüfung findet aber nicht statt. Gleichzeitig sei aber darauf hingewiesen, dass die

Komplexität und Ausdifferenzierung innerhalb des beschränkten Krankheitspektrums im internationalen Vergleich sehr hoch ist und auf diese Weise auch ein Großteil der nicht aufgenommenen Krankheiten indirekt abgebildet werden (Drösler et al. (2011)).

Der Ausgleich sowohl von Zahlungen für Krankengeld als auch für sogenannte Auslandsversicherte wird in anderen Ländern nicht im Rahmen des RSA vorgenommen und spielt deshalb auch in der internationalen Literatur keine Rolle, weshalb hier auf Ausführungen zu diesen Themen verzichtet wird.

Überlegungen zum Thema Prävention hingegen wurden schon sehr früh in der internationalen Literatur mitgedacht. So räumen van de Ven und Ellis (2000) ein, dass Fehlanreize im Zusammenhang mit gesundheitsverbessernden Maßnahmen entstehen können. Als Antwort weisen sie darauf hin, dass, falls der Eintritt bspw. von Krebs oder Herzkrankheiten verhindert werden kann, auch die vermiedenen hohen Kosten im ersten Jahr (welche der prospektive RSA nicht ausgleicht) in vollem Umfang dem Versicherer zu Gute kommen. Weiter werden mit Hinweis auf andere Autoren Bonuszahlungen für langfristige Verbesserungen im Gesundheitszustand, Möglichkeiten entsprechende Präventionserfolge im Marketing einzusetzen sowie die Zahlung von festen Beträgen pro Versicherten für Präventionsmaßnahmen vorgeschlagen. Letzteres kommt der derzeitigen Regelung im deutschen RSA bzgl. der Zuweisungen für Satzungsleistungen durchaus nahe. Einige der Maßnahmen, die Häckl et al. (2016) in ihrem Gutachten vorschlagen, wie beispielsweise Zuschläge für präventionszugängliche Krankheiten von der Teilnahme der Versicherten an Präventionsmaßnahmen abhängig zu machen, sind in der internationalen Literatur bislang nicht zu finden und erscheinen aus unterschiedlichen Gründen sehr problematisch. Eine Diskussion dessen, was ein Ausgleichssystem leisten kann und soll, und was es nicht leisten könnte und sollte, erscheint an dieser Stelle geboten. Ein Überfrachten des RSA mit Aufgaben, die ein solches System nicht erfüllen kann, schränkt auch die Wirkung der eigentlichen Aufgaben des RSA ein. ■

<sup>4</sup> Shmueli (2015) sowie persönlich Korrespondenz mit Prof. Shmueli.



## Literatur

- Beck, K., van Kleef, R., Buchner, F. (2016).** Premium regulation and risk equalization in health insurance markets: How to treat risk factors for which the regulator does not want (complete) cross-subsidies? (forthcoming).
- Blenk, T., Knötig, N., Wüstrich, T. (2016).** Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. WISO Diskurs 1/2016. Verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf> [14.08.2016].
- Buchner, F., Göppfarth, D. (2014).** Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektive zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: D. Cassel, K. Jacobs, C. Vauth und J. Zerth (Hrsg.). Heidelberg, medhochzwei.
- BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – Rn. (1-287),** [http://www.bverfg.de/e/fs20050718\\_2bvfo00201.html](http://www.bverfg.de/e/fs20050718_2bvfo00201.html).
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., Quentin, W. (2015).** Switzerland – Health System Review. Health Systems in Transition, 17 (4). Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf?ua=1) [15.08.2016].
- Dietzel, J., Neumann K., Glaeske, G. (2016).** Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren? Begleitforschung zum Morbi-RSA. I. Institut. Berlin. Verfügbar unter: [http://rsa-allianz.de/wp-content/uploads/2016/03/160303\\_IGES\\_Morbi-RSA\\_Erwerbsminderungsrenten\\_WEB.pdf](http://rsa-allianz.de/wp-content/uploads/2016/03/160303_IGES_Morbi-RSA_Erwerbsminderungsrenten_WEB.pdf) [29.08.2016].
- Dixon, J., Smith, P., Gravelle, H., Martin, S., Bardsley, M., Rice, N., Georgiou, T., Dusheiko, M., Billings, J., De Lorenzo, M., Sanderson, C. (2011)** A person based formula for allocating commissioning funds to general practices in England: development of a statistical model. BMJ 2011;343:d6608.
- Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.-M., Schaefer, M., Wasem, J., Wille, E. (2011).** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung. Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht\\_zum\\_Jahresausgleich.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf) [12.05.2015].
- Egger, M. (2014).** Das schweizerische Gesundheitssystem. Public health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt. 107-115.
- Gerkens, S., Merkur, S. (2010).** Belgium – Health System Review. Health Systems in Transition, 12 (5). Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/96442/Eg0059.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96442/Eg0059.pdf) [15.08.2016].
- Göppfarth, D. (2013).** Was wissen wir über die regionale Variation der Gesundheitsausgaben? G+S(6): 29-35.
- Häckl, D., Weinhold, I., Kossack, N., Schindler, C. (2016).** Gutachten zu Anreizen für Prävention im Morbi-RSA. Leipzig, WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung. Verfügbar unter: [https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Downloads/Morbi-RSA-2016/2016\\_03\\_30\\_Gutachten\\_zu\\_Anreizen\\_fuer\\_Praevention\\_im\\_Morbi-RSA.pdf](https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Downloads/Morbi-RSA-2016/2016_03_30_Gutachten_zu_Anreizen_fuer_Praevention_im_Morbi-RSA.pdf) [19.06.2016].
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016).** Het Nederlandse zorgstelsel. Verfügbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/brochures/2016/02/09/het-nederlandse-zorgstelsel/het-nederlandse-zorgstelsel.pdf> [21.08.2016].
- Neumann, K. (2016).** „Morbi-RSA und Risikoselektion: Realitätscheck einer gesundheitspolitischen Argumentation.“ ersatzkasse magazin(5/6): 26-27.
- Pirktil, L. (2015).** Verfeinerung des Risikoausgleichs durch Berücksichtigung der Arzneimittelkosten. Soziale Sicherheit CHSS. (1), 42-6
- Shmueli, A. (2015).** On the calculation of the Israeli risk adjustment rates. European Journal of Health Economics 16, 271-277.
- Schokkaert, E., Dhaene, G., Van de Voorde, C. (1998).** Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk selection: an application of the theory of fair compensation. Health Economics 7, 465-480.
- Schokkaert, E. and Van de Voorde, C. (2004).** Risk selection and the specification of the conventional risk adjustment formula. Journal of Health Economics 23, 1237-1259.
- Schokkaert, E. and Van de Voorde, C. (2011).** Belgium's healthcare System – Should the communities/regions take it over? Or the sickness funds? Re-Bel e-book 10. Verfügbar unter: <http://www.rethinkingbelgium.eu/rebel-initiative-files/ebooks/ebook-10/Re-Bel-e-book-10.pdf> [18.06.2016].
- Ulrich, V., Wille, E., Thüsing, G. (2016).** Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbsspolitischen und regionalen Aspekten. Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP). Bayreuth, Mannheim und Bonn. Verfügbar unter: [http://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=STMUG&DIR=stmug&ACTIONxSETVAL\(artdtl.htm,APGxNODENR:332600,AARTxNR:stm\\_gp\\_gesund\\_o46,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATxNAME:StMGP,ALLE:x\)=X](http://www.bestellen.bayern.de/application/applstarter?APPL=STMUG&DIR=stmug&ACTIONxSETVAL(artdtl.htm,APGxNODENR:332600,AARTxNR:stm_gp_gesund_o46,USERxBODYURL:artdtl.htm,KATxNAME:StMGP,ALLE:x)=X) [28.08.2016].
- van de Ven, W. P. M. M. and Ellis, R. P. (2000).** Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: Newhouse, J. P. and Culyer, A. J. (Hrsg.). Handbook of Health Economics. Amsterdam, Elsevier. 755-845.
- van de Ven, W. P. M. M., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, F. T., Shmueli, A., Wasem, J. (2013)** Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? Health Policy, 226-45.
- Van de Voorde, C. (2010).** Essays on Risk Adjustment in Health Insurance, PhD-thesis at Catholic University Leuven, Belgium.
- van Kleef, R. C., Beck, K., Buchner, F. (2010).** Risk type concentration and efficiency incentives: A challenge for the risk adjustment formula. The Geneva Papers on Risk and Insurance, 35. Jg., 503-520.
- van Kleef, R. C., van Vliet, R., van de Ven, W. P. M. M. (2013).** Risk equalization in The Netherlands: an empirical evaluation. Pharmacoeconomic Outcomes Research 13 (6), 829-839.