

Göpffarth, Dirk

**Working Paper**

## Die Reform des Risikostrukturausgleichs: Eine Zwischenbilanz

Diskussionspapier, No. 2004/18

**Provided in Cooperation with:**

Technische Universität Berlin, School of Economics and Management

*Suggested Citation:* Göpffarth, Dirk (2004) : Die Reform des Risikostrukturausgleichs: Eine Zwischenbilanz, Diskussionspapier, No. 2004/18, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/36396>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

# **Die Reform des Risikostrukturausgleichs – Eine Zwischenbilanz**

Dirk Göppfarth,<sup>\*</sup>  
Bundesversicherungsamt

Stand: 25. November 2004

*JEL classification numbers: I11, I18*

---

<sup>\*</sup> Anschrift des Autors: Dr. Dirk Göppfarth, Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, [Dirk.Goepffarth@bva.de](mailto:Dirk.Goepffarth@bva.de). Es handelt sich um eine überarbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrages, der im Rahmen des Dahlemer Forums zur Gesundheitsversorgung in Europa am 12. Juli 2004 gehalten wurde. Die hier wiedergegebenen Auffassungen stellen die persönlichen Auffassungen des Verfassers dar.

## **Abstract**

In 2002, the German Bundestag enacted a major reform of the risk adjustment procedure between sickness funds. This reform consisted of two short-term measures, the "risk pool" as stop-loss reinsurance for sickness funds and the introduction of financial incentives for disease management programmes. In the long term, the socio-demographic categories of the risk structure are to be complemented by morbidity based categories. This paper evaluates the short-term measures and reviews the arguments for the long-term measure. The short-term measures are shown to have had little effect so far, but the need for the introduction of a directly morbidity based system remains an important measure to ensure competition between sickness funds.

## **Zusammenfassung**

Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2001 umfasste zwei kurzfristige Maßnahmen, um den Risikostrukturausgleich stärker zu fokussieren: Der „Risikopool“ als solidarische Finanzierung besonders aufwändiger Leistungsfälle und die Einbindung der strukturierten Behandlungsprogramme. Gleichzeitig wurde ein Zeitplan zur Einführung einer direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich gesetzlich verankert. Der vorliegende Beitrag untersucht die Auswirkungen der kurzfristigen Maßnahmen und prüft, ob die langfristige Agenda noch zeitgemäß ist. Es wird gezeigt, dass die kurzfristigen Maßnahmen zwar bislang wenige Auswirkungen hatten, aber dass die direkte Morbiditätsorientierung umso notwendiger ist.

## **1. Die RSA-Reform von 2001**

Mit der Veröffentlichung des Gutachtens zum direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Reschke et al., 2004) geht die 2001 begonnene Reform des Risikostrukturausgleichs in die entscheidende Phase. Obwohl nur ein technisches Finanzausgleichsverfahren, setzt der Risikostrukturausgleich die entscheidenden Rahmenbedingungen für die Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass es hier um eine zentrale Weichenstellung für die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung geht.

Der Risikostrukturausgleich wurde 1992 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes zusammen mit der umfassenden Kassenwahlfreiheit eingeführt. Diese Kassenwahlfreiheit sollte in einen Wettbewerb der Krankenkassen um eine effiziente und versichertenorientierte Versorgung münden; gleichzeitig sollte an den bewährten Solidiarprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung – einkommensabhängige Beitragsgestaltung ohne Risikozuschläge, beitragsfreie Familienmitversicherung und einheitliche Leistungsansprüche – festgehalten werden. Aus der Versicherungsökonomie ist aber hinreichend bekannt, dass Versicherungsmärkte ohne risikoäquivalente Prämiengestaltung zu Risikoselektion und adverser Selektion führen (vgl. Breyer et al., 2003, S. 261ff.). Um dies zu vermeiden, wurde die Kassenwahlfreiheit mit zwei Maßnahmen flankiert: Kontrahierungszwang und Risikostrukturausgleich. Der Kontrahierungszwang – d.h. die Verpflichtung der Krankenkassen, alle Versicherte ohne Risikoprüfung zu den gleichen Konditionen aufzunehmen – alleine kann dies nicht leisten: Theoretisch wäre zwar denkbar, dass sich die Versicherten auf die bestehenden Krankenkassen gleich verteilen, so dass ein stabiles Marktgleichgewicht entsteht. Faktisch würde so aber das Ergebnis des Wettbewerbes vorgegeben: Nur Gleichgewichte mit einer Gleichverteilung guter und schlechter Risiken wären stabile Gleichgewichte. Mit „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ hätte dies nichts zu tun. Der Risikostrukturausgleich hingegen verteilt die Einnahmen der Krankenkassen um. Zwar zahlen die Mitglieder nach wie vor einkommensabhängige Beiträge; diese Beiträge kommen aber bei der Krankenkasse als risikoäquivalente Prämien an. Der Beitragssatz der Krankenkasse soll damit zum Signal dafür werden, wie effizient die Krankenkasse mit den Beitragsmitteln umgeht.

Wie erreicht der Risikostrukturausgleich dieses Ziel? Zunächst wird die Finanzkraft der Krankenkasse – d.h. ihr Potenzial, einkommensabhängige Beiträge zu erheben – abgeschöpft. Hierfür wird mit dem Ausgleichsbedarfssatz ein fiktiver durchschnittlicher Beitragssatz zur Finanzierung der im Risikostrukturausgleich berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben berechnet. Die so eingenommenen Mittel werden nun als Beitragsbedarf an die Krankenkassen ausgeschüttet. Dieser Beitragsbedarf richtet sich nach der Risikostruktur der Krankenkasse. Dies bedeutet zunächst, dass jedem Versicherten Beitragsbedarf zugewiesen wird – damit werden Unterschiede in den Einkommen und in der Anzahl der Familienversicherten ausgeglichen. Zum anderen ist der Beitragsbedarf risikoäquivalent, er richtet sich also nach der Morbidität der Versicherten, wobei diese Morbidität zurzeit an den indirekten Kriterien Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung festgemacht wird. Nach den möglichen Kombinationen dieser Kriterien werden 670 Zellen gebildet, für die der Beitragsbedarf als jeweiliger Zellendurchschnitt berechnet wird. In dieser Form ist der Risikostrukturausgleich auch anreizneutral: Da sich die Finanzkraft am Einnahmepotenzial und nicht an den tatsächlichen Beitragseinnahmen orientiert und der Beitragsbedarf unabhängig von den tatsächlichen Leistungsausgaben ist,<sup>1</sup> bleiben die Wirtschaftlichkeitsanreize der Krankenkassen gewahrt.

Seit 1994 wird der Risikostrukturausgleich in dieser Form durchgeführt. Im Jahr 2000 nahmen aber die Stimmen zu, die die Wirkgenauigkeit dieses Mechanismus in Frage stellten. Solche Stimmen sind häufig von den Verteilungsinteressen der betroffenen Krankenkassen und ihrer Verbände bestimmt. Versachlicht wurde die Diskussion durch drei Gutachten: eines im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Jacobs et al., 2002), eines im Auftrag der Bundesverbände der Orts- und Innungskrankenkassen sowie der Ersatzkassen (Lauterbach und Wille, 2001) und eines im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (Breyer und Kifmann, 2001). Obwohl sich die einzelnen Gutachten in den vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen erheblich unterschieden, war der Bewertungstenor der Gutachter erstaunlich einheitlich. Der Risikostrukturausgleich habe sich im Grundsatz bewährt und sei als ordnungspolitischer Rahmen der Kassenwahlfreiheit auch dauerhaft unverzichtbar. Allerdings führe der Risikostrukturausgleich in der derzeit praktizierten

---

<sup>1</sup> Da die Potenzialgröße „beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder einer Krankenkasse“ nicht unmittelbar messbar ist, wird diese Größe auf dem Umweg über die Beitragseinnahmen erzeugt. Damit entstehen mögliche Anreizprobleme bei dem ermäßigten und erhöhten Beitragssatz sowie bei Sollniederschlagungen. Der Einfluss des erhobenen Beitragssatzes wird jedoch ausgeschaltet.

Form auch zu Verwerfungen, die darin begründet seien, dass die Erfassung der Morbidität durch die indirekten Faktoren Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung nicht genau genug sei. Dies kann zu zwei Arten von Verzerrungen führen:

- Kassenwechsler sind – so der empirische Befund vor allem von Lauterbach und Wille – erheblich gesünder als Nicht-Kassenwechsler mit denselben RSA-Statusmerkmalen. Im Kassenwechsel drücke sich daher ein Selbstselektionseffekt aus, der zu adverser Selektion und verzerrten Beitragssätzen führe und langfristig das Wettbewerbssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung destabilisieren könne.
- Krankenkassen, die sich in der Versorgung chronisch Kranker profilieren, würden zur Krankenkasse der Wahl der betroffenen Kranken. Neue chronisch Kranke würden in diese Krankenkasse wechseln, die aber aus dem Risikostrukturausgleich negative Deckungsbeiträge mitbringen würden. Krankenkassen hätten daher keinen Anreiz, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern.

Mittelfristig bestand Einigkeit, wie auf diese Probleme zu reagieren sei:<sup>2</sup> Die Erfassung der Morbidität muss genauer werden. Hierfür verwiesen vor allem die BMG-Gutachter auf direkt morbiditätsorientierte Klassifikationssysteme, die die Morbidität statt mit den indirekten Faktoren direkt anhand von Diagnosen und Verordnungen erfassen. In den Vereinigten Staaten und den Niederlanden wurden zu der Zeit bereits erste Erfahrungen mit diesen Systemen gesammelt. Allerdings wurde auch sehr schnell klar, dass die Implementierung eines solchen Systems nicht von heute auf morgen ginge. Daher sollte dieses mittelfristige Ziel durch kurzfristige Maßnahmen ergänzt werden.

Zwei der kurzfristigen Maßnahmen wurden vom Gesetzgeber in das „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ übernommen: Der Risikopool und die strukturierten Behandlungsprogramme. Der Risikopool ist eine Art Rückversicherung, bei dem die Krankenkassen einen Teil der Ausgaben für besonders aufwändige Leistungsfälle erstattet bekommen. Die strukturierten Behandlungsprogramme – besser bekannt unter der englischen Bezeichnung Disease Management – sind evidenzbasierte Programme für chronisch Kranke. Die Einschreibung in ein solches Programm soll – neben Alter, Geschlecht

---

<sup>2</sup> Eine der wenigen kritischen Stimmen aus dem Wissenschaftsbereich stellt Felder (2001) dar.

und Erwerbsminderung – als weiterer Ausgleichsparameter bei der Berechnung des Beitragsbedarfes berücksichtigt werden. Gleichzeitig legte der Gesetzgeber einen Zeitplan für die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung fest: Zunächst sollte eine wissenschaftliche Untersuchung in Auftrag gegeben und im Jahr 2004 das Nähere in einer Rechtsverordnung festgelegt werden, damit der Risikostrukturausgleich zum 1.1.2007 umgestellt werden könne. Mit der Vorlage dieser wissenschaftlichen Untersuchung stehen nun die entscheidenden Weichenstellungen bevor.

## **2. Die Erfahrungen seit 2001**

### **2.1 Der Risikopool**

Der Risikopool wurde im August 2002 rückwirkend für das Kalenderjahr 2002 eingeführt. Nach Ansicht der Gutachter sollten „[m]it den Beitragssatzeffekten, die durch den Risikopool bewirkt werden, [...] die fehlsteuernden Beitragssatzsignale von Risikoentmischungen begrenzt werden“ (Jacobs et al., 2002, S. 113).

Zu diesem Zweck werden jeder Krankenkasse für jeden Leistungsfall, dessen ausgleichsfähige Leistungsausgaben den Schwellenwert von 20.450 Euro überschreiten, die den Schwellenwert übersteigenden Leistungsausgaben zu 60% erstattet. Im Risikopool ausgleichsfähig sind die Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhausbehandlung, das Kranken- und Sterbegeld sowie – seit dem Ausgleichsjahr 2003 – ambulante Dialysesachkosten. Diese Beschränkung orientiert sich an der Datenverfügbarkeit bei den Krankenkassen.

Die Finanzierung des Risikopools erfolgt dabei analog zum Risikostrukturausgleich durch einen eigenen Teil-Ausgleichsbedarfssatz. Darüber hinaus werden die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigt. Dadurch ist sichergestellt, dass die Summe der Teil-Ausgleichsbedarfssätze für Risikopool und Risikostrukturausgleich genau dem Ausgleichsbedarfssatz ohne Einführung des Risikopools entspricht. Dies bedeutet aber auch, dass es zur Bewertung der finanziellen Auswirkungen des Risikopools zwei Betrachtungsweisen gibt: Der Risikopool erzeugt für sich betrachtet bei den einzelnen Krankenkassen Ausgleichforderungen und -verpflichtungen, je nachdem, ob die Ansprüche aus dem Risikopool die Finanzkraft übersteigen, oder nicht. Eine vollständige Bewertung muss aber auch berücksichtigen, dass der Risikopool zu einer Absenkung des Beitragsbedarfs derselben Krankenkasse im

Risikostrukturausgleich führt. Diese Absenkung des Beitragsbedarfs erfolgt zellengenau, d.h. ein Risikopoolanspruch für einen 40jährigen Erwerbsminderungsrentner mindert den entsprechenden Zellendurchschnitt als Beitragsbedarf im Risikostrukturausgleich.

Im Jahresausgleich 2003 wurden im Risikopool etwa 600.000 Versicherte mit ausgleichfähigen Leistungsausgaben in Höhe von 19,6 Milliarden Euro gemeldet. Damit verursachten 0,9% der Versicherten bezogen auf die im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsbereiche 27% der Ausgaben. Nach Anwendung des Schwellenwerts und der Interessenquote entstanden Ansprüche aus dem Risikopool in Höhe von 4,6 Milliarden Euro. Die sich so ergebenden Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen auf Kassenartenebene können Tabelle 1 entnommen werden. Dort wird auch der aus der Profilabsenkung im Risikostrukturausgleich resultierende Nettoeffekt aufgezeigt. Insgesamt nivellieren sich die beiden Effekte weitestgehend.

| <b>BUND</b> | Bescheidpositionen | Nettowirkungen | BS-Wirkung |
|-------------|--------------------|----------------|------------|
| AOK         | 565.188.749,16     | 36.733.739,32  | -0,01      |
| BKK         | -445.149.086,34    | -74.630.650,82 | 0,03       |
| BKN         | 47.837.421,70      | -17.699.596,79 | 0,09       |
| EAN         | -129.914.024,79    | 78.962.533,55  | -0,02      |
| EAR         | -21.084.082,36     | -774.642,44    | 0,00       |
| IKK         | -16.455.799,98     | -21.313.535,76 | 0,04       |
| SEE         | -423.177,39        | -1.277.846,66  | 0,11       |

Tabelle 1: Auswirkungen des Risikopools 2003

Die geringen Netto-Auswirkungen auf Kassenartenebene resultieren auch daraus, dass Kassenarten insgesamt relative große Risikogemeinschaften sind, die die Rückversicherungsfunktion des Risikopools aus eigener Kraft übernehmen könnten. Dies muss aber nicht für die einzelne Krankenkasse gelten. So werden Einzelkassen durch den Risikopool mit bis zu 0,5 Beitragssatzpunkten entlastet und mit bis zu 0,4 Beitragssatzpunkten belastet. Allerdings handelt es sich auch auf der Einzelkassenebene um Einzelfälle, bei denen häufig auch regionale Besonderheiten zu vermuten sind. Bei der großen Masse der Krankenkassen erreicht der Risikopool keine Beitragssatzrelevanz.

Bei der Bewertung muss allerdings auch berücksichtigt werden, dass im politischen Kompromiss dem Risikopool „die Zähne gezogen“ wurden. Ursprünglich wurden ein Risikopool mit einem Schwellenwert von 9.750 Euro statt 20.450 Euro und einer Interessenquote von 20% statt 40% vorgeschlagen (Jacobs et al., 2002, S. 131). Mit diesen Werten hätte der Risikopool etwa 2,5% der Versicherten und 45% der



Leistungsausgaben einbezogen. Es muss aber auch betont werden, dass der Risikopool im Gegensatz zum Risikostrukturausgleich nicht die gewünschten Anreizwirkungen bei den Krankenkassen erzeugt. Ein Hochkostenfall bleibt aus Sicht der Krankenkasse noch immer ein schlechtes Risiko, da der Deckungsbeitrag negativ bleibt. Außerdem ist die Orientierung an den tatsächlichen Kosten – auch wenn die Interessenquote die Wirtschaftlichkeit anreize sichert – konzeptionell einer Orientierung an der Morbidität unterlegen. Schließlich führt der Risikopool in der Durchführung zu erheblichem Aufwand bei den beteiligten Institutionen und ist als partieller Ist-Ausgabenausgleich besonders prüfintensiv.

## **2.2 Strukturierte Behandlungsprogramme**

Mit der Einbindung der strukturierten Behandlungsprogramme in den Risikostrukturausgleich sollen die Fehlanreize bei der Versorgung chronisch Kranker behoben werden. Bei strukturierten Behandlungsprogrammen handelt es sich um eine medizinische Versorgungsform, bei der verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg auf der Grundlage medizinischer Evidenz festgelegt werden. Die Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich setzt eine formale und verpflichtende Einschreibung der Versicherten in die Programme voraus, der auch eine entsprechende medizinische Untersuchung vorausgehen muss. Um zu gewährleisten, dass Krankenkassen keine erhöhten Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich durch „Schmalspurprogramme“ erhalten, ist eine Zulassung erforderlich. Das Bundesversicherungsamt legt bei der Zulassung entsprechende Mindestanforderungen zu Grunde, die einheitlich in der Risikostrukturausgleichsverordnung kodifiziert wurden.

Im Jahresausgleich 2003 lagen flächendeckende Zulassungen für Diabetes mellitus Typ 2 mit insgesamt 134.369 eingeschriebenen Versicherten vor. Bei Brustkrebs gab es Zulassungen nur in den Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe mit 2.536 eingeschriebenen Versicherten. Im Durchschnitt erhält jede Krankenkasse für jeden eingeschriebenen Altersdiabetiker 3.877 Euro und für jede eingeschriebene Brustkrebspatientin 5.198 Euro. Hätte es keine gesonderte Berücksichtigung dieser Gruppen gegeben, hätten die Altersdiabetiker durchschnittlich 3.214 Euro und die Brustkrebspatientinnen durchschnittlich 2.596 Euro aus dem Risikostrukturausgleich erhalten.

Beim Vergleich dieser Werte ist zu berücksichtigen, dass der erhöhte Beitragsbedarf für eingeschriebene Versicherte – ähnlich wie beim Risikopool – durch eine Absenkung des Beitragsbedarfs für nicht eingeschriebene Versicherte gegenfinanziert werden muss. Bei den geringen Einschreibungen im Startjahr 2003 macht dies nur 4 Euro je Versicherten aus. Allerdings handelt es sich hierbei um einen Durchschnittswert: Die Absenkung wird natürlich vor allem in den RSA-Zellen stattfinden, in denen sich viele chronisch Kranke befinden. Krankenkassen mit hohen Marktanteilen in diesen Versichertengruppen – häufig sind dies gerade die Krankenkassen, die auch hohe Einschreibequoten haben – sind durch die Profilabsenkung am stärksten betroffen. Die finanziellen Auswirkungen der gesonderten Berücksichtigung von strukturierten Behandlungsprogrammen im Risikostrukturausgleich können Tabelle 2 entnommen werden. Neben dem erhöhten Beitragsbedarf erhalten die Krankenkassen auch eine Verwaltungskostenpauschale, mit denen die Managementkosten der Programme abgegolten werden; auch von dieser Pauschale gehen Verteilungswirkungen aus.

| <b>BUND</b> | <b>Beitragsbedarf</b> | <b>VK-Pauschale</b> | <b>Gesamtwirkung</b> | <b>BS-Effekt</b> |
|-------------|-----------------------|---------------------|----------------------|------------------|
| <b>AOK</b>  | 3.030.190,14          | 1.868.137,30        | 4.898.327,45         | 0,002            |
| <b>BKK</b>  | -2.201.050,93         | -1.271.857,61       | -3.472.908,54        | -0,001           |
| <b>BKN</b>  | 3.197.677,55          | 639.853,37          | 3.837.530,92         | 0,020            |
| <b>EAN</b>  | -3.442.505,15         | -985.110,65         | -4.427.615,80        | -0,001           |
| <b>EAR</b>  | -632.702,11           | -157.753,89         | -790.456,00          | -0,004           |
| <b>IKK</b>  | 182.535,60            | -78.996,71          | 103.538,90           | 0,000            |
| <b>SEE</b>  | -134.145,10           | -14.271,81          | -148.416,92          | -0,013           |

Tabelle 2: Auswirkungen der strukturierten Behandlungsprogramme 2003

Im Ausgleichsjahr 2004 wird mit 982.000 eingeschriebenen Altersdiabetikern, 14.000 eingeschriebenen Brustkrebspatienten und mit 50.000 Versicherten, die in ein Programm für Koronare Herzkrankheit eingeschrieben sind, gerechnet. Die Transferwirkungen dürften dann entsprechend höher ausfallen.

Bei dieser Betrachtung darf nicht vergessen werden, dass die strukturierten Behandlungsprogramme nicht eingeführt wurden, um finanzielle Transfers zu erzeugen, sondern um Anreize zur Versorgung chronisch Kranker zu schaffen.<sup>3</sup> Hier wirken die Programme, allerdings nur selektiv: Erhöhten Beitragsbedarf gibt es nur für eingeschriebene chronisch Kranke, nicht aber für alle. Insbesondere bei älteren chronisch Kranken scheint sich hier ein Selektionseffekt einzustellen: Ihre Ausgaben

<sup>3</sup> Außerdem dürften diese Ergebnisse die dauerhaften Auswirkungen der strukturierten Behandlungsprogramme unterschätzen, da sich diese zurzeit noch in der Aufbauphase befinden.

liegen zum Teil niedriger als die der nicht eingeschriebenen Vergleichsgruppe.<sup>4</sup> Die Anreize der Krankenkassen werden auch dahingehend verzerrt, dass sie möglichst hohe Einschreibequoten erzeugen, und nicht die Versicherten selektieren, bei denen strukturierte Behandlungsprogramme Erfolg versprechend sind. Schließlich kann durch strukturierte Behandlungsprogramme nur ein geringer Ausschnitt des Morbiditätsspektrums erfasst werden. Aus diesen Gründen ist die Einbindung der strukturierten Behandlungsprogramme nur als Übergangslösung bis zur vollständigen Morbiditätserfassung zu sehen.

### **2.3 Kassenwechsler**

In der politischen Diskussion um die RSA-Reform von 2001 spielte die Kassenwechslerproblematik eine große Rolle. Gesicherte Erkenntnisse – vor allem Langzeituntersuchungen – zum Kassenwechslerverhalten existieren jedoch kaum.<sup>5</sup> Der sich abzeichnende Konsens sieht folgendermaßen aus: Während Kassenwechsler ursprünglich vor allem junge und gesunde Menschen mit höherem Bildungsabschluss und hohem Einkommen waren, sind Kassenwechsler heute eine sehr heterogene Gruppe, die sich in ihrer Struktur immer mehr den Nicht-Kassenwechslern annähert. So haben Lauterbach und Wille (2001, S. 45) noch für Kassenwechsler in den Jahren 1998 und 1999 einen relativen Beitragsbedarf<sup>6</sup> von etwa 55% ermittelt; d.h. Kassenwechsler verursachen nur die Hälfte des aus dem Risikostrukturausgleich zugewiesenen Beitragsbedarfs als tatsächliche Ausgaben. Allerdings bemängeln Andersen et al. (2002, S. 26), dass dieses Ergebnis auf Selektionseffekte nach bestimmten abgebenden Krankenkassen beruhe, und kommen nach einer Auswertung aller Wechsler zu dem Ergebnis, dass die Vermutung, Kassenwechsler seien insgesamt besonders gute Risiken, zumindest auf die alten Bundesländer nicht zutrefte.

Allerdings macht sich ein Selbstselektionseffekt bemerkbar: Kassenwechsler, die in besonders beitragsgünstige Krankenkassen wechseln, sind überwiegend gute Risiken, während die schlechten Risiken in Krankenkassen mit höheren

---

<sup>4</sup> Dies liegt zum einen daran, dass ältere Versicherte, die sich in ein Programm einschreiben, nicht die schwersten Fälle sein dürften. Zudem gibt es im ersten Jahr der Einführung einen Selektionseffekt zugunsten von Nicht-Sterbefällen, der sich in den Folgejahren relativieren dürfte.

<sup>5</sup> Zu den nachfolgenden Ausführungen vgl. Andersen und Schwarze (1999, 2001), Andersen et al. (2002) sowie Müller und Schneider (1999).

<sup>6</sup> Der relative Beitragsbedarf gibt das Verhältnis der tatsächlichen Leistungsausgaben zu den standardisierten Leistungsausgaben an. Ein Wert unter 100% bedeutet eine Beitragsbedarfsüberdeckung, d.h. bei der Gruppe handelt es sich um gute Risiken.

Beitragssätzen wechseln. Auch Reschke et al. (2004) kommen zum Ergebnis, dass Kassenwechsler insgesamt einen relativen Beitragsbedarf von 92% erhalten – sich also kaum von Nicht-Kassenwechslern unterscheiden –, dass aber Kassenwechsler, die zu beitragsgünstigen bzw. Wachstumskassen wechseln, einen relativen Beitragsbedarf von etwa 60% aufweisen. Bei diesen Angaben handelt es sich jedoch um eine Momentaufnahme: die Aussage betrifft nur die Leistungsausgaben, die die Kassenwechsler im Jahr des Wechsels verursachen. Damit ist aber noch keine Aussage darüber getroffen, ob Kassenwechsler langfristig eher gute oder schlechte Risiken sind. Nach einer Längsschnittanalyse von Andersen et al. (2002, S. 27ff.) werden die Risiken im Westen über die Jahre insgesamt eher schlechter, im Osten hingegen tendenziell besser.

Auch in der öffentlichen Wahrnehmung hat sich die Kassenwechslerproblematik entschärft. Stark wachsende Krankenkassen können nicht – wie von Lauterbach und Wille vorausgesagt – dauerhaft Beitragssätze um die 10% erheben, vielmehr müssen diese Krankenkassen ihre Beitragssätze schnell auf durchschnittliches Niveau – zum Teil sogar darüber – anheben. Hebt diese Tendenz zur „Verdurchschnittlichung“ (Daubenbüchel und Pfohl, 2003) die Kassenwechslerproblematik auf?

In Abbildung 1 ist der Zusammenhang zwischen der RSA-Morbidität und dem Ausgabenniveau der Krankenkasse wiedergegeben. Die RSA-Morbidität gibt an, ob die Risikostruktur der Krankenkasse – gemessen an den Faktoren Alter, Geschlecht, Zahl der Erwerbsminderungsrentner – über- oder unterdurchschnittlich ist. Eine RSA-Morbidität von 1,0 bedeutet, dass die Morbidität dieser Krankenkasse genau dem GKV-Durchschnitt entspricht. Bei einer RSA-Morbidität von 1,2 liegt die Morbidität hingegen so viel schlechter als der Durchschnitt, dass 20% höhere Ausgaben zu erwarten sind. Die RSA-Morbidität spiegelt die durch den Status-Quo-RSA in Form von höherem Beitragsbedarf abgeholzten Morbiditätsunterschiede zwischen den Krankenkassen wider. Das Ausgabenniveau hingegen gibt an um wie viel Prozent die Leistungsausgaben der Krankenkasse je Versicherten über oder unter dem GKV-Durchschnitt liegen.

[Abbildung 1 einfügen]

Es ist erkennbar, dass schrumpfende Krankenkassen eine höhere RSA-Morbidität aufweisen als moderat wachsende Krankenkassen, und diese wiederum eine höhere als stark wachsende Krankenkassen. Diese Unterschiede werden durch den

Risikostrukturausgleich abgegolten, d.h. durch höhere Ausgleichsverpflichtungen der Wachstumskassen. Nicht abgegolten werden hingegen die Abstände zur Winkelhalbierenden. Krankenkassen oberhalb der Bezugslinie haben höhere Ausgaben, als sie Beitragsbedarf zugewiesen bekommen; eine Lücke, die durch höhere Beitragssätze geschlossen werden muss. Unterhalb der Bezugslinie gilt das Gegenteil. Hier liegen nun die schrumpfenden Krankenkassen überwiegend über der Bezugslinie, moderat wachsende Krankenkassen überwiegend unter der Bezugslinie und stark wachsende Krankenkassen mit einer Ausnahme komplett unterhalb der Bezugslinie. Dies kann als Hinweis dafür gesehen werden, dass Wachstumskassen nach wie vor ungerechtfertigte Beitragssatzvorteile aus dem Risikostrukturausgleich genießen.

Wie sieht dies aber im Zeitverlauf aus? Möglicherweise werden genau diese Beitragssatzvorteile im nächsten Jahr durch die Verdurchschnittlichung aufgehoben. In Abbildung 2 ist die Veränderung des Ausgabenniveaus und der RSA-Morbidität von 2001 auf 2002 abgetragen. Bei fast allen Wachstumskassen verbessert sich die RSA-Morbidität, d.h. ihre Risikostruktur wird durch Kassenwechsler besser, was sich aber auch in erhöhten Ausgleichsverpflichtungen widerspiegelt. Die entscheidende Frage ist aber, ob das Ausgabenniveau stärker oder weniger stark zurückgeht, als die Ausgleichsverpflichtungen zunehmen. Hier ist wieder die Winkelhalbierende entscheidend: Bei Krankenkassen unterhalb der Winkelhalbierenden nimmt die Differenz zwischen RSA-Morbidität und Ausgabenniveau zu, d.h. die Krankenkasse stellt sich besser, unterhalb der Bezugslinie stellen sich die Krankenkassen hingegen schlechter. Während ein deutlicher Zusammenhang zwischen Kassenwachstum und RSA-Morbidität zu erkennen ist, kann zwischen Wachstum und Ausgabenniveau kein entsprechender Zusammenhang konstruiert werden. Bei einigen Wachstumskassen schließt sich die Lücke zwischen RSA-Morbidität und Ausgabenniveau, bei anderen hingegen nicht.

[Abbildung 2 einfügen]

Abbildung 2 lässt sich aber mit der Verdurchschnittlichungsthese in Übereinklang bringen, wenn es als Mehrperiodenmodell interpretiert wird. Wachstumskassen beginnen ihre Existenz als dynamische Krankenkassen im dritten Quadranten unterhalb der Bezugslinie. Mit dem Wachstumsprozess nähern sie sich der Bezugslinie, da mit zunehmend besserer RSA-Morbidität die neuen Kassenwechsler

immer weniger zur Verbesserung beitragen können; d.h. die Krankenkasse wandert im Diagramm nach oben. Nach einigen Perioden befindet sie sich als „gesättigte“ Wachstumskasse im dritten Quadranten oberhalb der Bezugslinie. Wenn die Krankenkasse nun nicht gegensteuert, landet sie als „gescheiterte“ Wachstumskasse im vierten Quadranten. Schlimmstenfalls endet diese Krankenkasse dann als Schrumpfungskassen im ersten Quadranten oberhalb der Bezugslinie.

## **2.4 Zwischenfazit**

Von den beiden im Rahmen der RSA-Reform 2001 diskutierten Verzerrungen im Risikostrukturausgleich ist die Wechslerproblematik mit Sicherheit überschätzt worden. Der Risikostrukturausgleich zeigt hier zusammen mit dem Kontrahierungszwang eine Tendenz zur Selbststeuerung, allerdings mit nicht unerheblichem Zeitverzug. Gleichwohl existieren zumindest aufs laufende Jahr bezogen nicht unerhebliche Vorteile für Wachstumskassen. Die Tatsache, dass sich diese Vorteile im Zeitverlauf nivellieren, wird von den Krankenkassen nicht immer erkannt, was zu Verschuldungs- und Beitragssatzerhöhungsspiralen und letztendlich „gescheiterten“ Wachstumskassen führen kann.<sup>7</sup> Eine realistischere Erfassung des Beitragsbedarfs von Kassenwechslern würde durch eine zeitnähere Wirkung zu einer besseren Funktionalität des Kassenwettbewerbs beitragen, da von den Beitragssätzen nicht länger falsche Preissignale ausgehen.

Bezogen auf den zweiten Problemkreis – der Versorgungsanreize für chronische Krankheiten – kann der Risikopool aus systematischen Gründen als partieller Ausgleich keine Lösungen anbieten. Aber auch die strukturierten Behandlungsprogramme können hier allenfalls nur eine selektive Abhilfe schaffen. Sie sind nur für wenige Krankheitsbilder definierbar und weisen durchaus fragwürdige Anreizstrukturen auf. Zudem können Komorbiditäten über die Einschreibung nicht erfasst werden.

[Abbildung 3 hier einfügen]

Die Schwächen des Status-Quo-Risikostrukturausgleich lassen sich anhand der Abbildung 3 anschaulich erläutern. Die dort gezeigte Lorenzkurve der Verteilung der Leistungsausgaben auf die Versicherten spiegelt die hohe Konzentration auf wenige Fälle wider. 0,5% der Fälle verursachen 14% der Ausgaben und 1% der Fälle

---

<sup>7</sup> Allerdings hat sich die Praxis der Aufsichtsbehörden und die Rechtsprechung der Sozialgerichte dahingehend geändert, dass entsprechende Effekte nun von der Aufsicht antizipiert werden. Diese Problematik dürfte schon aus diesem Grund nicht mehr in der Form auftreten.

verursachen sogar 22%. Um die richtigen Anreize zu setzen müsste der Risikostrukturausgleich diese Kurve möglichst präzise abbilden. Tatsächlich ist dies aber nicht der Fall. Der höchste Beitragsbedarf, den ein Versicherter zugewiesen bekommt, liegt zurzeit bei 11.094 Euro. Während 9% der Versicherten keine Ausgaben verursachen, weist der Risikostrukturausgleich jedem Versicherten mindestens 550 Euro zu. Insgesamt ist der Status-Quo-Risikostrukturausgleich sowohl am unteren, als auch am oberen Ende der Verteilung zu unpräzise. Durch die direkte Morbiditätsorientierung soll eine stärkere Annäherung an die Lorenzkurve erreicht werden.

### **3. Direkte Morbiditätsorientierung im RSA**

#### **3.1 Grundlagen**

Mit der Empfehlung eines morbiditätsorientierten Klassifikationssystems wurde ein Gutachterkonsortium bestehend aus der Firma IGES und den Professoren Lauterbach und Wasem beauftragt. Unabhängig von dem konkreten Modell gibt es einige Grundsatzfragen, die vor der Einführung geklärt werden müssen.

Zunächst können die Modelle anhand der verwendeten Datenquellen unterschieden werden. Als direkte Morbiditätsinformationen kommen ambulante und stationäre Diagnosen, die Arzneimittelverordnungen sowie Prozeduren in Frage. Diese Morbiditätsinformationen unterscheiden sich im Informationsgehalt, in der Nähe zur tatsächlichen Leistungserbringung und in der Verfügbarkeit. Zwischen dem Informationsgehalt und der Nähe zur Leistungserbringung besteht ein Zielkonflikt. So beinhaltet zum Beispiel eine stationäre Diagnose nicht nur die Diagnoseinformation, sondern auch die Information, dass ein Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat. Bei Prozeduren gilt dies umso stärker. Da diese Nähe zur Leistungserbringung aus Gründen der Versorgungsneutralität nicht wünschenswert ist, sollten die Datenquellen von den gewählten Behandlungsformen weitgehend unabhängig sein. Die ambulanten Diagnosen sind die abstrakteste Datenquelle, d.h. von ihnen kann nicht unmittelbar auf die gewählte Behandlungsprozedur geschlossen werden. Pharma-Groupen sind relativ neu auf dem Markt. Sie haben sich als recht gute Prädiktoren erwiesen, allerdings werden diese Verfahren wegen der Nähe zum Leistungsgeschehen – das Arzneimittel weist auf die vorgenommene Behandlung hin

– kritisch gesehen.<sup>8</sup> Die Datenverfügbarkeit spricht hingegen in Deutschland klar für stationäre Diagnosen und Arzneimittelverordnungen. Diese Informationen liegen bei allen Krankenkassen vor. Seit Anfang 2004 werden allerdings auch die ambulanten Diagnosen an die Krankenkassen gemeldet, allerdings haben die Krankenkassen in deren Verarbeitung noch nicht die entsprechende Routine.

Dieser Zielkonflikt wird in den vorherrschenden *all-encounter-Modellen* gut aufgelöst. Diese Modelle verarbeiten sowohl ambulanten als auch stationäre Diagnosen. Die Zuordnung zu einer Klassifikation erfolgt unabhängig vom Leistungsbereich aus dem die Diagnose stammte. Stehen – zum Beispiel wegen der Datenverfügbarkeit – die ambulanten Diagnosen nicht zur Verfügung, bieten sich Arzneimittelverordnungen als Substitut an. Solche *Kombinationsmodelle* haben aber den Nachteil, dass es bislang noch nicht gelungen ist, die stationären Klassifikationen und die Pharma-Klassifikationen zusammenzuführen. Dies wird voraussichtlich auch nicht gelingen, da das Anwendungsspektrum von Wirkstoffgruppen zu groß ist und der Off-Label-Use von Arzneimitteln nicht vernachlässigt werden kann.

Die meisten Klassifikationssysteme lassen sich sowohl prospektiv als auch zeitgleich anwenden. Bei dieser Unterscheidung geht es um den zeitlichen Bezug der verwendeten Datengrundlagen. Bei der *zeitgleichen Variante* werden die Morbiditätsinformationen eines Jahres herangezogen, um die Ausgaben eines Versicherten im selben Jahr zu prognostizieren. Die prospektive Variante prognostiziert anhand der Diagnosen eines Jahres die Ausgaben des folgenden Jahres. Vereinfacht gesagt, benutzt das zeitgleiche Modell die Morbiditätsinformationen, um die Kosten der Inanspruchnahme zu prognostizieren, während das prospektive Modell die mit der Morbiditätsinformation verbundenen Folgekosten prognostiziert. Es ist anzunehmen, dass die Prognosekraft der zeitgleichen Variante erheblich höher ist. Zum einen können in der prospektiven Variante akute Erkrankungen (z.B. Beinbruch), die im Folgejahr durchschnittlich zu keinen erhöhten Ausgaben führen, nicht in Morbiditätskategorien erfasst werden. Zum anderen lockert die prospektive Variante den Bezug zum tatsächlichen Leistungsgeschehen. Damit tut sich ein ähnlicher Zielkonflikt zwischen Prognosekraft

---

<sup>8</sup> Diese „Endogenität“ kann auch für ambulante Diagnosen geltend gemacht werden: Wer eine ambulante Diagnose aufweist, hat das Gesundheitswesen in Anspruch genommen. Non-User, die möglicherweise dieselbe Morbidität aufweisen, würden benachteiligt. Hiergegen kann aber eingewandt werden, dass eine entsprechende „Verschleppung“ von Krankheiten gesundheitspolitisch nicht gewünscht sein kann.



und Nähe zum Leistungsgeschehen auf, wie er im Rahmen der Datenquellen diskutiert wurde. Dies bedeutet aber auch, dass die prospektive Variante die Nachteile der Kombinationsmodelle weitgehend aufheben kann.<sup>9</sup>

Schließlich bieten die meisten Modelle eine Anwendung als *Zellenansatz* oder als *Zuschlagsansatz* (auch: Regressionsansatz) an. Beim Zellenansatz findet eine eindeutige Zuordnung zu den einzelnen Klassifikationen statt, d.h. jeder Versicherte wird genau einer Zelle zugeordnet. In diesem Fall können die standardisierten Leistungsausgaben – wie im Status-Quo-Risikostrukturausgleich – als Zellendurchschnitte berechnet werden. Beim Zuschlagsansatz kann jeder Versicherte mehr als einer Kategorie zugeordnet werden. So kann ein Diabetiker, der gleichzeitig auch an Koronarer Herzkrankheit leidet, beiden Kategorien zugeordnet werden. Die standardisierten Leistungsausgaben berechnen sich dann nicht mehr als Zellendurchschnitte, sondern als Kostengewichte durch ein Regressionsverfahren. Praktisch sieht es dann so aus, dass jedem Versicherten ein Grundbeitragsbedarf nach Alter und Geschlecht zugeordnet wird, zudem dann – je nach vorliegenden Krankheiten – Zuschläge kommen. Die Parallele zur Beitragsgestaltung in der privaten Krankenversicherung – Basisprämie nach Alter und Geschlecht zuzüglich Risikozuschläge nach Vorerkrankung – ist nicht zufällig: Wie in der Einführung dargelegt, ist es erklärtes Ziel des Risikostrukturausgleichs, die einkommensabhängig beim Versicherten erhobene Beiträge als risikoäquivalente Prämien bei den Krankenkassen ankommen zu lassen.

### **3.2 Die wissenschaftliche Untersuchung nach § 268 SGB V**

Anhand der in § 268 SGB V vorgegebenen Kriterien einer Vermeidung von Risikoselektion, einer Stärkung der Wirtschaftlichkeitsanreize sowie der Praktikabilität haben die Gutachter die verschiedenen in den Vereinigten Staaten und den Niederlanden verwendeten Klassifikationssysteme bewertet. Hierfür stand ihnen eine bislang in Deutschland einmalige Datengrundlage mit einer 3%-Stichprobe der Leistungs-, Ausgaben- und Abrechnungsdaten aus den Versicherten der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen zur Verfügung.

Auf dieser Basis haben die Gutachter das Modell „IPHCC+RxGroups“ zur Anwendung vom Jahr 2007 an empfohlen. Bei diesem Modell handelt es sich um ein Kombinationsmodell, d.h. es verarbeitet stationäre Diagnosen und

---

<sup>9</sup> Einen Überblick über Vor- und Nachteile geben Adams Dudley et al. (2003).

Arzneimittelverordnungen.<sup>10</sup> Darüber hinaus soll dieses Modell prospektiv als Zuschlagsverfahren Anwendung finden. Neben diesen Morbiditätskategorien sollen weiterhin die traditionellen Merkmale des Risikostrukturausgleichs (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrentnerstatus) berücksichtigt werden. Die gesonderte Berücksichtigung der strukturierten Behandlungsprogramme soll nach dem Votum der Gutachter mit der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung enden, jedoch soll die pauschale Förderung durch die Verwaltungskostenpauschale weiterhin stattfinden. Das Krankengeld, das in die Logik einer prospektiven Morbiditätsklassifikation nur schwer einbezogen werden kann, soll wie bisher nach den soziodemographischen Merkmalen standardisiert werden. Schließlich empfehlen die Gutachter die Abschaffung des Risikopools, weil der Aufwand in keinem Verhältnis zu den Wirkungen stehe und die Anreizeffekte fragwürdig seien.

Die Gutachter untersuchen empirisch die Prognosegüte der verschiedenen Modelle auf der Individual- und der Gruppenebene. Auf der Individualebene entscheidend ist das statistische Bestimmtheitsmaß  $R^2$ . Das Bestimmtheitsmaß gibt an, zu wie viel Prozent ein Modell eine abhängige Variable – in diesem Fall die tatsächlichen Ausgaben eines Versicherten – erklären kann. Das Bestimmtheitsmaß wird als Indikator dafür gesehen, ob Anreize zur Risikoselektion existieren, da ein geringeres  $R^2$  anzeigt, dass bei einzelnen Versicherten der zugewiesene Beitragsbedarf systematisch von den tatsächlichen Ausgaben abweicht. In diesen Fällen entstehen daher positive und negative Deckungsbeiträge. Das von den Gutachtern favorisierte Modell erreicht in der zeitgleichen Anwendung ein  $R^2$  von 48% und in der prospektiven Anwendung 24%. Der große Unterschied der beiden Verfahren resultiert vor allem daraus, dass im prospektiven Modell akute Erkrankungen nicht prognostiziert werden können. Allerdings sind akute Erkrankungen für Risikoselektion nicht entscheidend. Daher haben die Gutachter den Zielkonflikt zwischen einem hohen  $R^2$  und hohen Wirtschaftlichkeitsanreizen zu Recht zugunsten des prospektiven Verfahrens aufgelöst.<sup>11</sup> Diese Werte liegen auch am oberen Rand dessen, was zurzeit als obere Grenze für  $R^2$ -Werte in der amerikanischen Literatur angegeben wird (vgl. Cumming et al., 2002); dies ist auch ein Hinweis darauf, dass sich die Modelle grundsätzlich auf Deutschland übertragen lassen. Ein  $R^2$ -Wert von 24% sollte aber auch nicht in dem Sinne interpretiert werden, dass das Modell nichts

---

<sup>10</sup> Eine Darstellung des Modells findet sich in Ash et al. (2000) und Zhao et al. (2001).

<sup>11</sup> Dass das Ziel nicht einfach eine Maximierung des  $R^2$ -Wertes sein kann, sieht man auch daran, dass ein  $R^2$  von 100% nur durch einen Ist-Ausgabenausgleich erreicht werden kann.

tauge, da 76% der Varianz nicht erklärt werde. Gesundheitsausgaben werden nicht nur durch systematische Faktoren bestimmt, sondern auch durch Zufallsprozesse. Unerklärte Varianz liegt daher in der Natur der Sache. Bestimmtheitsmaße von 20% bis 25% gelten zurzeit als Richtwerte für leistungsfähige Klassifikationssysteme (vgl. Newhouse, 2002, S. 158ff.).<sup>12</sup>

Bei dem Vergleich der  $R^2$ -Werte ist auffallend, dass all-encounter-Modelle erheblich schlechter abschneiden, als Kombinationsmodelle, obwohl diese in der Theorie als überlegen gelten. Die Gutachter betreiben hier keine Ursachenforschung, aber es ist zu vermuten, dass ein Grund für dieses Ergebnis in der Qualität der Datengrundlage liegt.<sup>13</sup> Dies wäre noch weiter zu erforschen. Schließlich ist die Kodierqualität nicht statisch. Genauso wie die DRG-Einführung einen Schub in der Kodierqualität der Krankenhäuser gebracht hat, dürfte die für das Jahr 2007 vorgesehene Einführung der Regelleistungsvolumina für ambulante Ärzte einen entsprechenden Qualitätsschub auch in diesem Bereich bewirken.

Auf der Gruppenebene betrachten die Gutachter den relativen Beitragsbedarf (vgl. Abschnitt 2.3) dieser Gruppen. Sie zeigen anschaulich, dass für alle wichtigen Krankheiten diese Werte mit dem vorgeschlagenen Modell nahe bei Eins liegen. Für Diabetiker senkt sich der relative Beitragsbedarf von zurzeit 1,7 auf 1,1, für Brustkrebs-Patientinnen sogar von 3,1 auf 1,0. Der Hintergrund der Einbindung der strukturierten Behandlungsprogramme in den Risikostrukturausgleich – eben diese gewaltigen Beitragsbedarfsunterdeckungen – hat sich damit erledigt. Wenn man aber aus gesundheitspolitischen Gründen diese Versorgungsform weiter fördern will, so sind die vorgeschlagenen Managementpauschalen ein gangbarer Weg. Auch in Bezug auf nach Ausgabenhöhen gebildete Gruppen bietet die direkte Morbiditätsorientierung Verbesserungen. Damit wird die in Abschnitt 2.4 geforderte Annäherung an die Lorenzkurve erreicht.

#### **4. Schlussfolgerungen**

Die direkte Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs ist Bestandteil einer größeren Neuorientierung im Gesundheitswesen. Auch die Vergütungssysteme

---

<sup>12</sup> Als Richtwert kann auch die Prognosekraft der Vorjahresausgaben (ca. 20%) dienen.

<sup>13</sup> Die Gründe hierfür können vielfältig sein. So ist nicht auszuschließen, dass auch Verdachts- und Ausschlussdiagnosen in die Datengrundlage eingeflossen sind. Darüber hinaus erfolgen häufig Dauerdiagnosen, die den aktuellen Behandlungsaufwand nicht widerspiegeln]. Tatsächlich liegt die Zahl der Diagnosen je Versicherten mit 12,5 im internationalen Vergleich erstaunlich hoch.

werden nach und nach direkt morbiditätsorientiert ausgestaltet: Die Krankenhäuser durch die DRGs (diagnosebasierte Fallpauschalen) und der ambulante-ärztliche Bereich durch die Regelleistungsvolumina. Dies ist Teil einer Bestrebung, auch die Finanzströme im Gesundheitswesen stärker nach medizinischen Kriterien auszurichten und damit ein patientenorientiertes und wirtschaftlicheres Gesundheitswesen zu erreichen. Bisher waren die Krankenkassen durch die einheitlichen Kopfpauschalen in der ambulante-ärztlichen Vergütung und den tagesgleichen Pflegesätzen im Krankenhaus vom Morbiditätsrisiko ihrer Versicherten weitgehend abgeschirmt. Wenn im Jahr 2007 die Regelleistungsvolumina und die DRGs voll finanzwirksam werden, trifft die volle Wucht des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Wenn dann auch nicht die Einnahmenseite der Krankenkassen dies widerspiegelt, so kann dies zu erheblichen Verzerrungen führen.

Weiterhin hat der Gesetzgeber – zuletzt mit dem GKV-Modernisierungsgesetz – die Möglichkeiten der Krankenkassen zum selektiven Kontrahieren, sowie zu Bonusmodellen und Beitragsrückerstattungen weiter ausgebaut. Richtig angewandt, können dies wichtige Elemente eines wettbewerblichen Gesundheitswesens sein. Falsch angewandt, bergen diese Instrumente die Gefahr erheblicher Risikoselektion. Auch aus diesem Grund ist eine stärkere Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs Voraussetzung für eine entsprechende wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

Gegen einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird häufig angebracht, dass das Verfahren damit zu kompliziert und nicht nachvollziehbar wird. Richtig hieran ist, dass der Zuordnungsalgorithmus von den Diagnosen und Verordnungen zu den Morbiditätskategorien komplizierter ist, als ein „Zuordnungsalgorithmus“ zu Alter und Geschlecht. Dasselbe Argument müsste dann aber auch gegen DRGs und Regelleistungsvolumina geltend gemacht werden. So wie der Zuordnungsalgorithmus zu den DRGs öffentlich zugänglich und Gegenstand einer Fachdiskussion ist, muss dies auch für den Zuordnungsalgorithmus im Risikostrukturausgleich gelten. Um genauso wie die DRGs mehr Transparenz in das stationäre Leistungsgeschehen bringen und sinnvolle Krankenhausvergleiche erst ermöglichen, wird die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Risikostrukturausgleichs durch die direkte Morbiditätsorientierung eher zu als abnehmen.

Auch die Behauptung, ein direkt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich sei manipulationsanfällig, übersieht, dass die verwendeten Daten Grundlage der Abrechnung der Krankenkassen mit den Leistungserbringern sind. Schon von daher haben die Krankenkassen ein Interesse an der Richtigkeit der Datengrundlage. Ein gleichgerichtetes Interesse von Leistungserbringern und Krankenkassen wäre zwar theoretisch denkbar, praktisch aber unwahrscheinlich. Hierfür müsste der höher Beitragsbedarf durch das upcoding die zusätzlich anfallende Vergütung übersteigen, ein bei den unterschiedlichen Herangehensweisen der Verfahren – hier eine periodenbezogene, dort eine episodenzbezogene Betrachtung – unbedeutender Fall, zumal mit der prospektiven Ausgestaltung der direkte Bezug zur Inanspruchnahme entfällt.

Zunächst bedeutet die geplante Umstellung des Risikostrukturausgleichs eine erhebliche Umgewöhnung. Statt eines retrospektiven Zellenansatzes mit indirekter Morbiditätserfassung soll ein prospektiver Zuschlagansatz mit direkter Morbiditätserfassung kommen. Die Umstellung stärkt aber den Risikostrukturausgleich in seinen Funktionen, die Preissignalfunktion des Beitragssatzes zu gewährleisten und einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit zu ermöglichen. Vor allem ist der direkt morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

## **Literatur**

- Adams Dudley, R., C.A. Medlin, L.B. Hammann, R. Brand, D.J. Rennie und H.S. Luft (2003), The Best of Both Worlds?: Potential of Hybrid Prospective/Concurrent Risk Adjustment, *Medical Care* 41, 56-69.
- Andersen, H.H., M. Grabka und J. Schwarze (2002), Wechslerprofile – Risikoprofile, *Arbeit und Sozialpolitik* 7-8, 19-32.
- Andersen, H.H. und J. Schwarze (1999), Kassenwahlentscheidungen in der GKV – Eine empirische Analyse, *Arbeit und Sozialpolitik* 5-6, 10-23.
- Andersen, H.H. und J. Schwarze (2001), Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung, *Schmollers Jahrbuch* 4, xxx.
- Ash, A.S., R.P. Ellis et al. (2000), Using Diagnoses to Describe Populations and Predict Costs, *Health Care Financing Review*, 21, 7-28.

- Breyer, F. und M. Kifmann (2001), Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, DIW-Diskussionspapier Nr. 236, Berlin.
- Breyer, F., P. S. Zweifel und M. Kifmann (2003), Gesundheitsökonomie, 4. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg und New York.
- Cumming, R.B, D. Knutson, B. A. Cameron und B. Derrick (2002), A Comparative Analysis of Claims-based Methods of Health Risk Assessment for Commercial Populations, Research Study Sponsored by the Society of Actuaries, ohne Ortsangabe.
- Daubenbüchel, R. und A. Pfohl (2003), Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen, forum für gesundheitspolitik 10, 334-228.
- Felder, S. (2001), Wehret den Anfängen! Gegen Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich, Wirtschaftsdienst 4, 198-201.
- Jacobs, K., P. Reschke, D. Cassel und J. Wasem (2002), Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Endbericht. Nomos, Baden-Baden.
- Lauterbach, K.W. und E. Wille (2001), Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich, Mannheim und Köln.
- Müller, J. und W. Schneider (1999), Entwicklung der Mitgliederzahlen, Beitragssätze, Versichertenstrukturen und RSA-Transfers in Zeiten des Kassenwettbewerbs, Arbeit und Sozialpolitik 3-4, 20-39.
- Newhouse, J.P. (2002), Pricing the Priceless. MIT Press, Cambridge und London.
- Reschke, P., K.W. Lauterbach und J. Wasem (2004), Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich – Endbericht, Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn.
- Zhao, Y., R.P. Ellis, A.S. Ash et al. (2001), Measuring Population Health Risks Using Inpatient Diagnoses and Outpatient Pharmacy Data, in: Health Service Research, 36, 180-193.

Abbildung 1: Zusammenhang von RSA-Morbidität und Ausgabenniveau

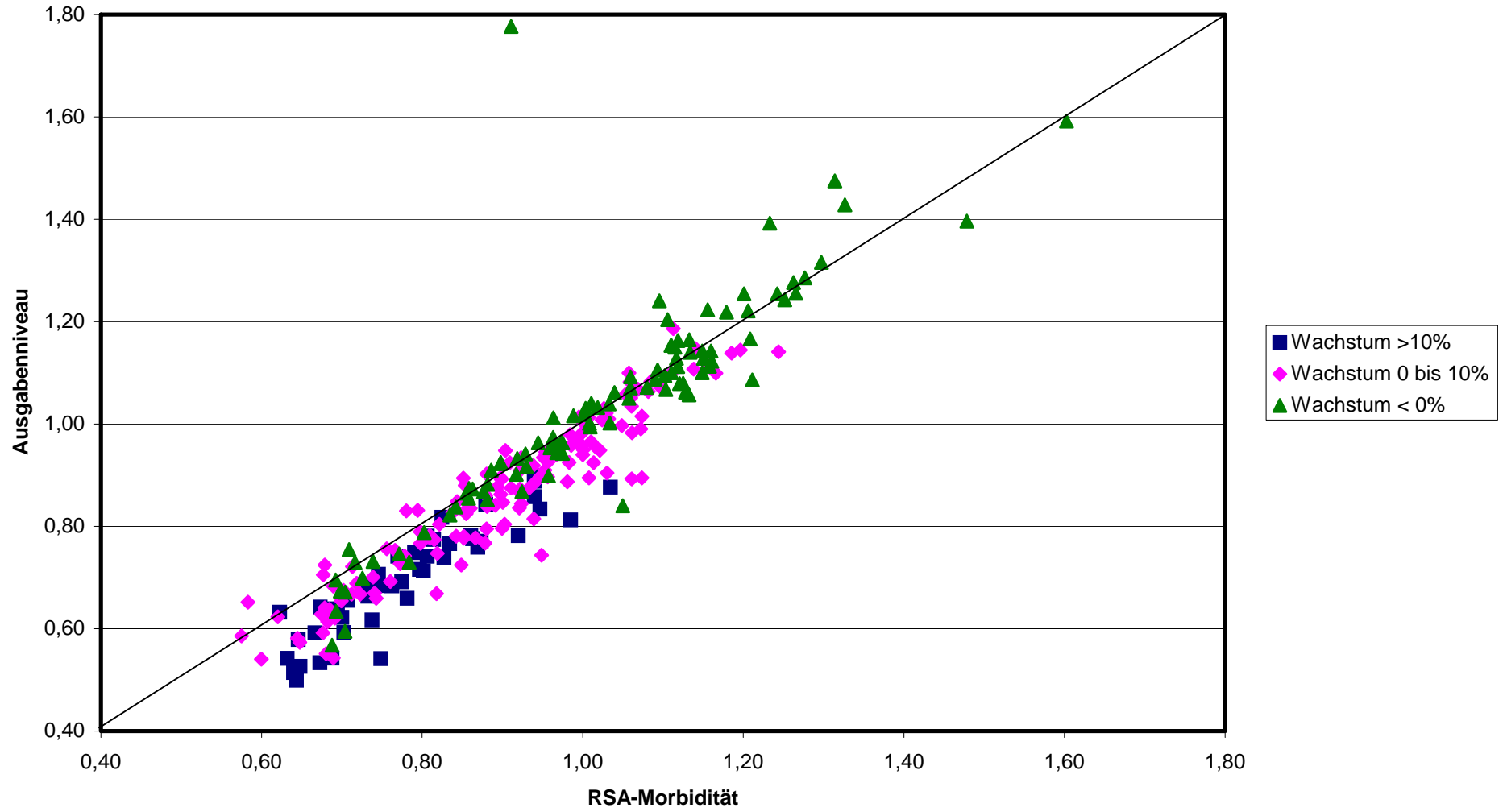


Abbildung 2: Dynamischer Zusammenhang von RSA-Morbidität und Ausgabenniveau

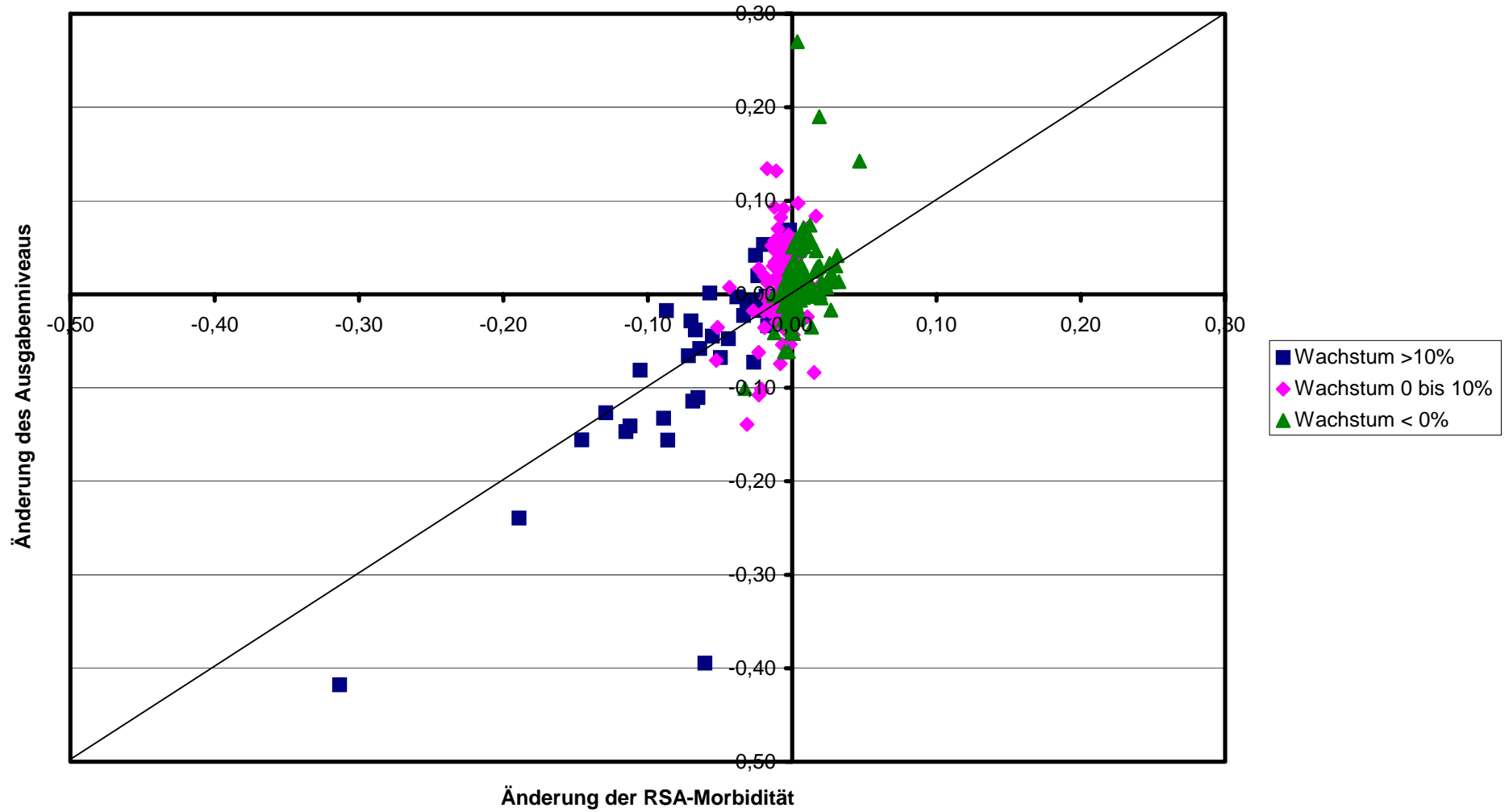




Abbildung 3: Verteilung der Gesundheitsausgaben

