

# Der Risikostrukturausgleich auf dem Weg zur direkten Morbiditätsorientierung

von Dirk Göppfarth\*

## ABSTRACT

**Seit vielen Jahren ist bekannt**, dass die bisherigen Ausgleichsparameter des Risikostrukturausgleichs nicht ausreichen, um strukturbedingte Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen zu erklären. Die Folge sind Anreize zur Risikoselektion und fehlende Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Weichen für eine morbiditätsbezogene Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf der Basis von 50 bis 80 Krankheiten gestellt. Der vorliegende Aufsatz diskutiert den gesetzlich vorgesehenen Auswahlprozess für ein morbiditätsbezogenes Versichertenklassifikationsmodell und für die zu berücksichtigenden Krankheiten.

**Schlüsselworte:** Risikostrukturausgleich, Versichertenklassifikationsmodelle, Risikoselektion, Morbiditätsgruppen, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

**It is a well-known fact** that the socio-demographic risk adjusters in Germany's risk adjustment scheme are not sufficient to explain structural differences in expenditure levels between sickness funds. Incentives to risk selection and shirking on quality and cost effectiveness result. The German health reform act of 2007 requires a morbidity-based advancement of the risk adjustment scheme based on 50 to 80 diseases. This article discusses the arrangements made by the law for the selection and adaptation of a morbidity-based patient classification system and for the selection of the diseases included in the scheme.

**Keywords:** Risk adjustment scheme, patient classification system, risk selection, morbidity-based groups, health reform act 2007

## 1 Ausgangslage: Der Risikostrukturausgleich im Reformstau

Schon bei der Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) im Jahr 1994 wurde diskutiert, ob eine Erfassung der Morbidität anhand der soziodemografischen Merkmale Alter und Geschlecht sowie anhand des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente aus-

reicht, um die wesentlichen Belastungsunterschiede, die sich aus den verschiedenen Risikostrukturen der Krankenkassen ergeben, auszugleichen (Leber 1991). Dabei war die Wahl der Ausgleichsfaktoren vor allem durch ihre Verfügbarkeit bestimmt (Schröder und Reschke 2006): Im Jahr 1994 war es noch eine Herausforderung, Alter und Geschlecht der Familienversicherten zu erfassen, auch weil bislang selbst deren Zahl nicht verlässlich erfasst wurde.

\* Dr. rer. oec. Dirk Göppfarth  
Bundesversicherungsamt, Referat VII2 (Risikostrukturausgleich),  
Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Telefon: 0228 619-1680 · Fax: 0228 619-1841  
E-Mail: dirk.goepffarth@bva.de

Seitdem hat sich die Datengrundlage bei den Krankenkassen erheblich weiterentwickelt: Seit dem Jahr 1999 haben die Krankenkassen flächendeckend einen personenbezogenen Zugriff auf die Arzneimittelverordnungen und stationären Diagnosen und schließlich seit dem Jahr 2004 auch auf die ambulanten Diagnosen.

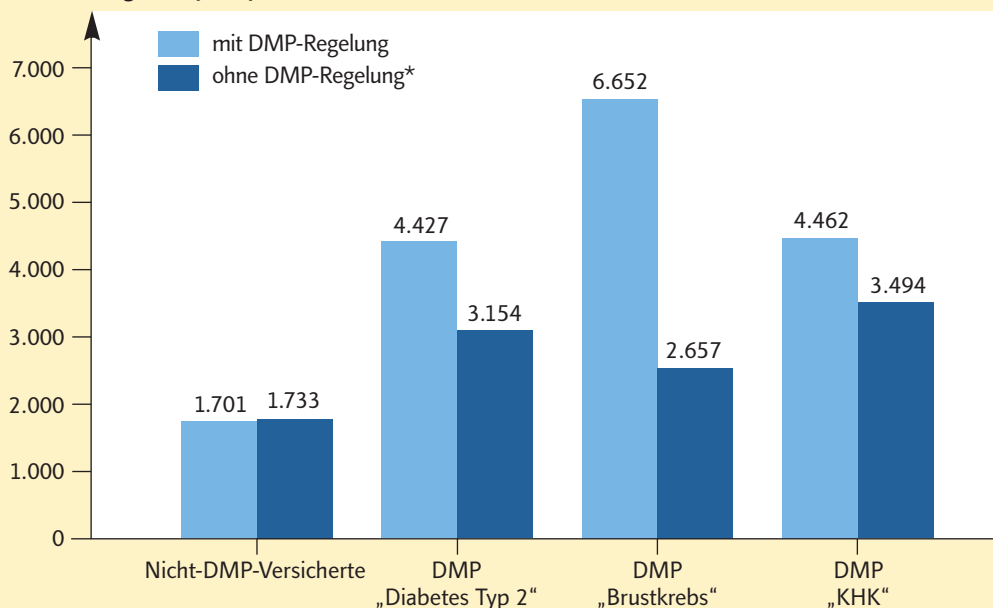
Nach anfänglichen Schwierigkeiten ging der RSA mit seinen ursprünglichen Ausgleichsfaktoren in ein Routineverfahren über, wobei sich die Wirkungen einer ungenauen Erfassung der Morbidität immer stärker abzeichneten. Diese Wirkungen wurden von Gutachtern im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) systematisch untersucht (Jacobs et al. 2002). Dabei kamen diese zu dem Ergebnis, dass aufgrund der unzureichenden Berücksichtigung der Morbiditätsunterschiede die Anreize der Krankenkassen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit unterentwickelt seien und dass für die Krankenkassen Anreize für eine gezielte Risikoselektion bestünden, um sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen. Auch die Gutachter im Auftrag der Bundesverbände der Orts-, Innungs- und Ersatzkassen (Lauterbach und Wille 2001) sowie der Betriebskrankenkassen (Breyer und Kifmann 2001) kamen zu ähnlichen Schlussfolgerungen.

Es bestand auch weitestgehend Einigkeit, wie auf diese Probleme zu reagieren sei: Die Erfassung der Morbidität müsse genauer werden. Hierfür verwiesen die BMG-Gutachter auf Versichertenklassifikationsmodelle, die Versicherte anhand ihrer Diagnosen und Arzneimittelverordnungen Morbiditätsgruppen zuweisen, die ähnlichen medizinischen und finanziellen Aufwand erwarten lassen. Für diese Morbiditätsgruppen sollte es zukünftig im RSA Risikozuschläge geben. Diese Empfehlung stand im Einklang mit der internationalen Literatur zum RSA (Van de Ven und Ellis 2000). Vor allem in den Niederlanden wurden erste praktische Schritte hin zu einem morbiditätsorientierten RSA zwischen gesetzlichen Krankenkassen gemacht: Im Jahr 2002 wurden dort Arzneimittelkostengruppen eingeführt, im Jahr 2004 folgten Diagnosekostengruppen. Allerdings wurde auch sehr schnell klar, dass die Implementierung eines Versichertenklassifikationsmodells aufgrund der Unterschiede der Gesundheitssysteme in Deutschland nicht von heute auf morgen gelingen würde. Daher sollte der Weg zu diesem mittelfristigen Ziel durch kurzfristige Maßnahmen – Risikopool und strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) – ergänzt werden.

ABBILDUNG 1

### Morbiditätserfassung im Risikostrukturausgleich: Disease-Management-Programme als Beispiel

standardisierte Ausgaben (Euro)



\* nur anhand der Kriterien Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente

Quelle: BVA 2007

## Der Risikostrukturausgleich auf dem Weg zur direkten Morbiditätsorientierung

Mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ aus dem Jahr 2001 hat der Gesetzgeber die entsprechenden Konsequenzen aus der wissenschaftlichen und politischen Diskussion gezogen. Als kurzfristige Maßnahmen wurde der Risikopool, ein partieller Ist-Ausgaben-ausgleich für besonders aufwändige Leistungsfälle, eingeführt und die Einschreibung in ein DMP als zusätzlicher Ausgleichsfaktor im RSA berücksichtigt. Während die Umverteilungswirkung des Risikopools aufgrund des hohen Schwellenwertes und des Eigenanteils in Höhe von 40 Prozent sehr begrenzt blieben (Göpffarth 2005), haben sich die DMP mit inzwischen über drei Millionen eingeschriebenen Versicherten als fester Bestandteil der Versorgungslandschaft etabliert. Abbildung 1 gibt die Zuweisungen für die DMP an und vergleicht diese mit den Zuweisungen, die es ohne deren Berücksichtigung im RSA gegeben hätte. Die Abbildung verdeutlicht, wie wenig die Kriterien Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente geeignet sind, die Ausgaben von chronischen Krankheiten widerzuspiegeln; chronisch Kranke werden dadurch aus Sicht der Krankenkassen zu schlechten Risiken. Da nur eine geringe Zahl von Krankheiten durch DMP abgedeckt wird und im RSA nur eingeschriebene Versicherte berücksichtigt werden, bleibt der Schritt zu einer vollständigen Abbildung der Morbidität notwendig.

Für das mittelfristige Ziel der direkten Morbiditätsorientierung wurde ein Zeitplan ins Gesetz geschrieben: Bis Ende des Jahres 2003 sollte eine wissenschaftliche Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale zur direkten Erfassung und Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten im RSA abgeschlossen sein und auf dessen Grundlage bis zum 30. Juni 2004 das Verfahren per Rechtsverordnung geregelt werden. Mit diesem Zeitplan sollte die Umsetzung zum 1. Januar 2007 erreicht werden.

Während die wissenschaftliche Untersuchung mit einem halben Jahr Verzögerung vorgelegt wurde (Reschke et al. 2005) und sich auch eine wissenschaftliche Diskussion über die Vorschläge anschloss (Glaeske 2005; Malin et al. 2006; Glaeske et al. 2006), blieben die politischen Schritte, die zur Umsetzung des gesetzlich vorgegebenen Zeitplans erforderlich waren, zunächst aus. Dies lag wohl vor allem an den aufgrund der bestehenden Mehrheitsverhältnisse der politischen Parteien geringen Aussichten, für eine entsprechende Rechtsverordnung die erforderliche Zustimmung des Bundesrates zu erhalten. Für die Weiterentwicklung des RSA bedeutete dies zwei Jahre Stillstand: Weder wurde der gesetzliche Fahrplan angepasst, noch wurden Schritte zur Umsetzung des RSA unternommen.

## ■ 2 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

### 2.1 Politischer Kompromiss zum Risikostrukturausgleich

Die Zukunft des RSA war somit noch offen, als sich CDU/CSU und SPD im Rahmen einer großen Koalition und ausgehend von den unterschiedlichen Konzepten der „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ auf eine gemeinsame Gesundheitsreform einigen mussten. Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 hieß es hierzu: „Zwingende Voraussetzung einer stärker wettbewerblichen Orientierung der Krankenversicherung ist die Vereinfachung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, so dass die Zielgenauigkeit erhöht und die Morbiditätsrisiken besser abgebildet werden.“ Im Zusammenhang mit der Entscheidung über die Einführung eines Gesundheitsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht dann in den „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“ vom 2. Juli 2006: „Die je nach Kasse unterschiedlichen Risiken der Versicherten wie beispielsweise Alter, Krankheit, Geschlecht werden durch risikoadjustierte Zuweisungen aus dem Fonds ausgeglichen“, sowie an anderer Stelle: „Die Einführung eines Fondsmodells erlaubt [...] einen vereinfachten und zielgenauen Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen mit [...] einem zielgenaueren Ausgleich der unterschiedlichen Risiken der Versicherten, wie beispielsweise Alter, Krankheit, Geschlecht“. (CDU/CSU/SPD 2006, Seite 21)

Im Zuge der Verhandlungen zur neuesten Gesundheitsreform mussten diese undeutlichen Formulierungen konkretisiert werden. Heraus kam ein politischer Kompromiss mit den folgenden Kernelementen:

- Der RSA soll vom Jahr 2009 an durch eine direkte Morbiditätserfassung zielgenauer ausgestaltet werden. Hierzu soll auf der Basis der Vorschläge der wissenschaftlichen Untersuchung von Reschke und Koautoren ein Versichertenklassifikationsmodell ausgewählt und an die Verhältnisse der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst werden (Reschke et al. 2005).
- Das Morbiditätsspektrum, auf das das Versichertenklassifikationsmodell angewandt werden soll, wird auf 50 bis 80 kostenintensive chronische oder schwerwiegende Krankheiten beschränkt.
- Zur Vereinfachung des RSA werden der Risikopool und die gesonderte Berücksichtigung der DMP bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs abgeschafft.

Die gesetzestechnische Umsetzung dieses Kompromisses erfolgte in drei Schritten: Im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das am 1. Januar 2007 in Kraft trat, wurde die Umsetzung der di-

rekten Morbiditätsorientierung vom Jahr 2007 auf das Jahr 2009 verschoben und die Verordnungsermächtigung zur Regelung der Datenerhebungen geschaffen. Diese Datenerhebungen wurden dann mit der 14. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (14. RSA-ÄndV) noch im Dezember 2006 geregelt. Schließlich wurde die Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells sowie die Auswahl der 50 bis 80 berücksichtigungsfähigen Krankheiten im GKV-WSG, das am 1. April 2007 in Kraft trat, geregelt.

## 2.2 Regelungen zur Datengrundlage

Die Datengrundlage für die Weiterentwicklung des RSA wird in § 30 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) beschrieben. Die technischen Details dieser Datenmeldung wurden zwischen den Spitzenverbänden der am RSA beteiligten Krankenkassen (AOK, BKK, Knappschaft, IKK, VdAK, AEV, Seekrankenkasse) und dem Bundesversicherungsamt ausgehandelt.<sup>1</sup> Demnach melden die Krankenkassen am 15. August 2007 versichertenbezogen, aber pseudonymisiert, die ambulanten und stationären Diagnosen und die Arzneimittelverordnungen (Pharmazentralnummern) für die Jahre 2005 und 2006 sowie die Leistungsausgaben für das Jahr 2006 über ihre Spitzenverbände an das Bundesversicherungsamt. Diese Meldung erfolgt im Jahr 2007 noch als Stichprobe für etwa 6,8 Prozent der GKV-Versicherten; vom Jahr 2008 an werden die Morbiditätsinformationen für alle GKV-Versicherten gemeldet, während für die Ausgabendaten weiterhin die Stichprobe gilt. Bei der Festlegung dieser Stichprobengröße wurde berücksichtigt, dass es sich um eine repräsentative Datengrundlage für die Auswahl der Krankheiten und die Berechnung von Morbiditätszuschlägen im zukünftigen RSA handeln muss (Schäfer 2007).

Zum Schutz der versichertenbezogenen Daten werden diese wie oben schon erwähnt vor der Weiterleitung durch die Krankenkassen pseudonymisiert. Dadurch lässt sich der Versichertenbezug durch das Bundesversicherungsamt und die Spitzenverbände nicht mehr herstellen. Das mit dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik und mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit abgestimmte Pseudonymisierungsverfahren auf Basis der einheitlichen Krankenversicherungsnummer garantiert, dass einem Versicherten unabhängig von der Kassenzugehörigkeit dasselbe Pseudonym zugeordnet wird. Damit können ohne aufwändiges Meldeverfahren die Datensätze von Kassenwechslern beim Bundesversicherungsamt zusammengeführt werden. Auch das für ein prospektives Verfahren notwendige Verknüpfen der Morbiditätsinformationen des Vorjahres mit den Ausgabedaten des Folgejahres ist dadurch möglich.

## 2.3 Auswahl des Klassifikationsmodells für die Morbiditätsorientierung

Der neu eingefügte § 29 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) regelt, dass vom Jahr 2009 an neben den RSA-Zahlungen nach Alter, Geschlecht und dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente auch Risikozuschläge für Morbiditätsgruppen berücksichtigt werden. Diese Morbiditätsgruppen sollen durch ein Versichertenklassifikationsmodell gebildet werden, das die Kriterien Diagnosen und Arzneimittelverordnungen verwendet. Die Aufgabe, ein entsprechendes Klassifikationsmodell auszuwählen, wurde dem Bundesversicherungsamt übertragen, wobei die Einsatzfähigkeit dieses Modells wissenschaftlich untersucht und bestätigt worden sein muss. Der Begründung zur 14. RSA-ÄndV, mit der dieser Paragraph eingefügt wurde, ist zu entnehmen, dass mit diesem Hinweis gemeint ist, bei der Auswahl des Klassifikationsmodells die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung zur Weiterentwicklung des RSA (Reschke et al. 2005) zu berücksichtigen.

§ 29 RSAV bestimmt auch, dass Näheres zur Auswahl und Anpassung des Klassifikationsmodells durch eine weitere Rechtsverordnung geregelt wird. Dies erfolgte durch das GKV-WSG, mit dem § 31 in die RSAV eingefügt wurde. Wesentliche Kriterien für die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells sind danach die Vermeidung von Anreizen zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen und von Anreizen zur Risikoselektion. Neben der Auswahl des Modells wird auch die Anpassung des Modells an die Verhältnisse der GKV geregelt. Hintergrund ist, dass gegenwärtig kein unmittelbar in der GKV einsetzbares Klassifikationsmodell existiert und ein Rückgriff auf im Ausland entwickelte Modelle erforderlich ist, die für den Einsatz in der GKV angepasst werden müssen. Einen Vorschlag zur Anpassung des vom Bundesversicherungsamt ausgewählten Modells unterbreitet ein im Mai 2007 berufener wissenschaftlicher Beirat beim Bundesversicherungsamt. Die endgültige Festlegung des angepassten Versichertenklassifikationsmodells, das heißt die Auswahl der Morbiditätsgruppen und des Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, trifft das Bundesversicherungsamt bis zum 1. Juli 2008.

## 2.4 Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten

Das ausgewählte und angepasste Klassifikationsmodell zur Morbiditätsorientierung wird auf 50 bis 80 Krankheiten angewendet (§ 31 Absatz 1 RSAV). Der Gesetzgeber setzt also voraus, dass ein umfassendes und an die GKV angepasstes Klassifikationsmodell zugrunde gelegt und dann anhand eines „Filters“ (50 bis 80 Krankheiten) im verwendeten Morbiditätsspektrum eingeschränkt wird. Sinn dieses Filters ist es laut Begründung zum

## Der Risikostrukturausgleich auf dem Weg zur direkten Morbiditätsorientierung

GKV-WSG, „eine gleitende Einführung der direkten Morbiditätsorientierung“ zu gewährleisten, so dass „die Kalkulationssicherheit und Planbarkeit für die Krankenkassen“ erhöht wird (*Bundestags-Drucksache 2006, Seite 204*).

Bei den 50 bis 80 Krankheiten soll es sich insbesondere um kostenintensive chronische oder schwerwiegende Krankheiten handeln. Zudem sollen die betroffenen Versicherten deutlich überdurchschnittliche Kosten aufweisen. Schließlich sollen die Krankheiten eng abgrenzbar sein. Die Begründung zum GKV-WSG verdeutlicht, dass Krankheiten ausgewählt werden sollen, „die für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastungen der Krankenkassen haben“ (*Bundestags-Drucksache 2006, Seite 204*).

Die Begrenzung des Morbiditätsspektrums auf 50 bis 80 Krankheiten darf zudem die Prognosegüte des Klassifikationsmodells insgesamt nicht zu stark einschränken. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten mit dieser Krankheit sollen außerdem die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um 50 Prozent übersteigen. Dieser Schwellenwert wird in der Diskussion häufig unterschiedlich interpretiert, dabei ist die Formulierung eindeutig: Der Schwellenwert soll für die Gruppe der Versicherten mit dieser Krankheit im Durchschnitt überschritten sein und nicht für jeden einzelnen Versicherten.

Bei der Anwendung des Schwellenwerts zählen alle Leistungsausgaben, die von den Versicherten verursacht wurden, unabhängig davon, ob diese Ausgaben mit der betrachteten Krankheit in einem ursächlichen Zusammenhang stehen oder nicht. Auch der Schwellenwert selber ist eindeutig definiert: Er liegt 50 Prozent über den durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungsausgaben (zurzeit 1.900 Euro pro Jahr) aller GKV-Versicherten. Gegenwärtig würde der Schwellenwert demnach bei etwa 2.850 Euro pro Jahr liegen. Weder sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben je gesunden Versicherten gemeint, noch ist eine Altersadjustierung des Schwellenwerts vorgesehen.

Bei der Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten spielt der neu eingerichtete wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt eine zentrale Rolle. Dieser hat die Aufgabe, eine Auswahl der Krankheiten in einem Gutachten bis zum 31. Oktober 2007 vorzunehmen, auf dessen Grundlage das Bundesversicherungsamt bis zum 1. Juli 2008 die endgültige Festlegung trifft. Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats wurden vom Bundesministerium für Gesundheit auf Vorschlag des Bundesversicherungsamtes und nach Anhörung der Spitzenverbände der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen berufen. Es sollen Personen sein, „die über einen besonderen Sachverstand in Bezug auf die mit der Klassifikation von Versicherten zusammenhängenden medizinischen, pharmazeutischen, pharmakologischen, klinischen oder statistischen Fragen“ (§ 31 Absatz 3 RSAV) verfügen.

TABELLE 1

### Zeitplan zur direkten Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich

Datum	Schritt
1. April 2007	Inkrafttreten GKV-WSG, Konstituierung Beirat
15. August 2007	Datenmeldung für 2005 und 2006
31. Oktober 2007	Gutachten zu den 50 bis 80 Krankheiten
1. Juli 2008	Festlegung durch BVA: Krankheiten, Klassifikationsmodell, Berechnungsverfahren
15. August 2008	Datenmeldung für 2006 und 2007
1. November 2008	Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes, Vorlagetermin für die Haushaltspläne der Krankenkassen
1. Januar 2009	Start des Gesundheitsfonds mit risikoadjustierten Zuweisungen

Quelle: BVA 2007

## ■ 3 Umsetzung des Risikostrukturausgleich-Kompromisses

### 3.1 Errichtung des wissenschaftlichen Beirats

Am Anfang der Umsetzung stand die Errichtung des wissenschaftlichen Beirats. Auch wenn die wesentlichen zu berücksichtigenden Fachgebiete in der RSAV bereits vorgegeben wurden, mussten zunächst die Profile der auszuwählenden Beiratsmitglieder festgelegt werden. Nach den Überlegungen des Bundesversicherungsamtes sollten in den Beirat Personen mit folgenden beruflichen Schwerpunkten berufen werden:

- eine Medizinerin/ein Mediziner mit Schwerpunkt in der Versorgungsforschung,
- eine Medizinerin/ein Mediziner mit Kenntnissen bei der Dokumentation, Kodierung und Abrechnung ärztlicher Leistungen,
- eine Gesundheitsökonomin/ein Gesundheitsökonom mit Kenntnissen in den Bereichen GKV und RSA,
- eine Pharmazeutin/ein Pharmazeut mit Kenntnissen auf dem Gebiet der Arzneimittelversorgungsforschung,

- eine Epidemiologin/ein Epidemiologe mit gesundheitsökonomischen Kenntnissen,
- eine Statistikerin/ein Statistiker mit speziellen Kenntnissen regressionsanalytischer Verfahren.

Auf der Basis dieses Konzepts hat das Bundesministerium für Gesundheit Prof. Dr. Matthias Schrappe, Prof. Dr. Saskia Drösler, Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Reinhard Busse und Prof. Dr. Thomas Schäfer in den Beirat berufen.

Der Errichtungserlass<sup>2</sup> des BMG eröffnet dem Beirat die Möglichkeit, Arbeitskreise zu bilden und weitere Sachverständige in die Arbeit einzubinden. Hier wäre es sicherlich sinnvoll, beispielsweise Entwickler von Klassifikationsmodellen aus den Niederlanden und den Vereinigten Staaten einzubeziehen. Das Bundesversicherungsamt richtet zur Unterstützung des Beirats eine Geschäftsstelle ein, die mit entsprechend qualifiziertem Personal ausgestattet ist.

### 3.2 Auswahl und Anpassung eines Klassifikationsmodells

In der RSAV werden die Auswahl und Anpassung eines Klassifikationsmodells und die Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten als getrennte Aufgaben angesehen. Entscheidend ist, dass die RSAV keine Festlegung für ein bestimmtes Klassifikationsmodell beinhaltet, sondern lediglich Kriterien für die Auswahl, den Prozess der Anpassung und Veröffentlichungspflichten definiert. Darüber hinaus wird auf die wissenschaftliche Untersuchung zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (Reschke et al. 2005) verwiesen. In dieser wurden sechs Klassifikationsmodelle empirisch mit Daten der GKV untersucht. Einige dieser Modelle sind im public domain, das heißt, sie und der ihnen zugrunde liegende Algorithmus sind öffentlich zugänglich, während andere Modelle proprietäre Produkte sind, bei denen lizenzrechtliche Vorgaben zu beachten sind.

Zunächst war also festzustellen, welche der empirisch bewährten Modelle überhaupt zur Auswahl stehen, das heißt insbesondere für die proprietären Modelle, ob die Eigentümer bereit sind, Lizenzen zu vereinbaren, die den Anforderungen der RSAV entsprechen. Sobald dies geklärt ist, ist ein konkretes Klassifikationsmodell anhand der vorgegebenen Kriterien auszuwählen und anschließend an die Verhältnisse der GKV anzupassen. Bei dieser Anpassung geht es nicht nur um eine formelle Anpassung, das heißt eine Anpassung an die in Deutschland verwendeten Klassifikationen für Diagnosen und Arzneimittelverordnungen, sondern auch um eine Berücksichtigung von Anreizwirkungen, die bei einem Einsatz im RSA entstehen können. Für arzneimittelbasierte Klassifikationssysteme wurden entsprechende Überlegungen bereits angestellt (Glaeske 2005).

Zu den zentralen Ergebnissen von Reschke und Koautoren gehörte auch, dass Klassifikationsmodelle, die stationäre Diagnosen und Arzneimittelverordnungen als Aufgreifkriterien verwenden, wesentlich besser für den Einsatz im RSA geeignet sind, als Modelle, die stationäre und ambulante Diagnosen verwenden (Reschke et al. 2005). Allerdings ist davon auszugehen, dass eine Zuordnung von Arzneimittelverordnungen zu einem bestimmten Krankheitsbild oder gar dessen Schweregrad nur mit erheblichen Modifikationen des jeweils in Frage kommenden Ursprungsmodells herzustellen sein dürfte, sodass der Prozess der Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten deshalb nicht ohne Konsequenz für das verwendete Klassifikationsmodell bleiben wird.

### 3.3 Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten

Bei der Auswahl der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten muss am Anfang eine Operationalisierung der Begriffe „Krankheit“, „Chronizität“ und „Schwere“ stehen. Da zunächst der Beirat gefragt ist, sich mit diesen Fragen gutachterlich auseinanderzusetzen, kann an dieser Stelle nur ein Überblick über die Problemstellung erfolgen.

Beim Krankheitsbegriff existiert keine bindende Definition, auf die der Beirat zurückgreifen könnte. Die RSAV gibt jedoch dem Beirat auf, die Krankheiten anhand von ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffen zu identifizieren; zudem sollen die Krankheiten eng abgrenzbar sein, so dass eine Abgrenzung über Diagnose-Codes – gegebenenfalls ergänzt durch Ordnungsdaten – naheliegt. Dabei wird aber schnell deutlich, dass eine Krankheit nicht mit einer einzelnen der rund 13.000 ICD-Diagnosen gleichgesetzt werden kann. So stehen auch hinter jeder der derzeitigen DMP-Krankheiten teilweise Dutzende von Diagnosen. Damit stellt sich die Frage, wie einzelne Diagnosen zu Diagnosegruppen, die jeweils eine Krankheit repräsentieren, zusammengefasst werden können. Eine Möglichkeit wäre, sich die Systematik des ICD zwar zunutze zu machen, sich allerdings schrittweise von der höchsten zur untersten Ebene der Klassifikation zu bewegen. Hierbei gilt es, beispielsweise auf Kapitel- und Gruppenebene nach den Gesichtspunkten der Chronizität und Krankheitsschwere vorzufiltern und die verbleibenden Diagnose-Codes (auch gruppenübergreifend) zu medizinisch und ökonomisch sinnvoll gefassten Krankheiten zusammenzuführen.

Zwar enthält die Systematik des ICD eine Gruppierung der Krankheiten auf Kapitel- und Gruppenebene, jedoch ist diese Gruppierung stark an Organgruppen orientiert und für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs nicht immer zielführend. Auch sollte die Tatsache berücksichtigt werden, dass die gängigen Versichertenklassifikationsmodelle in ihrer Gruppierungslogik im ersten Schritt eine Zusammenführung von Diagnosen zu

## Der Risikostrukturausgleich auf dem Weg zur direkten Morbiditätsorientierung

Krankheiten vornehmen, die von der Systematik des ICD abweichen kann. Da die Frage, wie die ausgewählten Krankheiten für den „Filter“ definiert werden, nicht ganz davon getrennt werden kann, wie diese Krankheiten anschließend im Klassifikationsmodell aufgegriffen und gruppiert werden, macht eine solche Überlappung der Definitionen im Klassifikationsmodell und bei der Abgrenzung der 50 bis 80 Krankheiten Sinn.

Zur Frage, wann eine Krankheit „chronisch“ oder „schwerwiegend“ ist, existiert eine Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses.<sup>3</sup> Diese bezieht sich jedoch eher darauf, wann der Verlauf einer Krankheit bei einer Person als chronisch beziehungsweise schwerwiegend einzustufen ist und weniger darauf, ob die Krankheit als Ganzes als chronisch oder schwerwiegend zu bezeichnen ist. Bei der Operationalisierung dieser Begriffe für die Zwecke der Krankheitsauswahl ist auch zu berücksichtigen, dass die RSAV eine prospektive Ausgestaltung des zukünftigen RSA vorsieht. Im prospektiven Modell werden die Diagnosen und Verordnungen des Vorjahres mit den Ausgaben des Folgejahres verknüpft. Die Risikozuschläge spiegeln somit die mit den Morbiditätsgruppen verbundenen Folgekosten wider. Dadurch erhalten in einem prospektiven Modell nur chronische und schwerwiegende Krankheiten Risikozuschläge, so dass die Höhe dieser Zuschläge ein möglicher Indikator für das Vorliegen einer chronischen oder schwerwiegenden Krankheit sein könnte.

Möglicherweise reicht die Auswahl der kostenintensiven chronischen und schwerwiegenden Krankheiten zusammen mit dem Schwellenwert nicht aus, um auf 50 bis 80 Krankheiten zu kommen. In diesem Fall stellt sich die Frage, welche weiteren Kriterien zur Auswahl herangezogen werden können. Da der Gesetzgeber – ausweislich der Begründung zum GKV-WSG – eine Auswahl von Krankheiten intendierte, die für das Versorgungsgeschehen eine besondere Bedeutung haben, bietet es sich an, die Prävalenzen (Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt) der Krankheiten als Kriterium mit heranzuziehen. Multipliziert man die Prävalenzen mit den berechneten Zuschlägen, so erhält man die ökonomische Relevanz der Krankheit. So könnten die Krankheiten ausgewählt werden, die am stärksten zu den Gesamtausgaben der GKV beitragen. Hierbei wäre aber auch zu diskutieren, ob für die Berücksichtigung seltener, aber sehr schwerer Krankheiten besondere Kriterien zusätzlich vorgesehen werden müssen.

Um das Ziel zu erreichen, Krankheiten auszuwählen, die einen wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastungen der Krankenkassen haben, sind also verschiedene Kriterien denkbar. Offensichtlich ist die Höhe der zu erwartenden Risikozuschläge für die jeweiligen Krankheiten ein Kriterium. Die Höhe des Zuschlags sagt aber noch nichts über deren Einfluss auf die Gesamtaus-

gaben aus. Aussagekräftiger wäre es daher, die Krankheiten auszuwählen, deren Berücksichtigung den größten Beitrag zur Erklärung der Gesundheitsausgaben im Folgejahr leisten würde. Um aber die Verteilungsrelevanz des Kriteriums besser zu erfassen, könnte – analog zur Abbildung 1 – darauf abgestellt werden, wie stark die Unterdeckungen bezogen auf die einzelnen Krankheiten im heutigen Risikostrukturausgleich sind.

### ■ 4 Schlussbemerkungen

Der Gesetzgeber hat mit den Vorgaben zur Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf der Basis von 50 bis 80 Krankheiten bis zum Jahr 2009 dem Bundesversicherungsamt eine schwierige, aber nicht unmögliche Aufgabe übertragen. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Aufgabe, Versichertenklassifikationsmodelle auf ein reduziertes Morbiditätsspektrum anzupassen, ohne übermäßige Einbußen in ihrer Vorhersagegenauigkeit durchgeführt werden kann (Pope et al. 2004). Sowohl der Prozess der Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten, als auch die Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells wurden dabei als offener Prozess definiert, bei dem durch den wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt fortlaufend medizinischer, gesundheitsökonomischer und statistischer Sachverstand beigeleitet werden. Der weitere Prozess muss nun vom Bundesversicherungsamt zusammen mit dem wissenschaftlichen Beirat festgelegt werden. Die hier präsentierten Gedanken können daher auch nur als Problemaufriss der Themen verstanden werden, die nunmehr zunächst vom wissenschaftlichen Beirat in ihrer Tiefe und Breite intensiv zu diskutieren sind und im Oktober 2007 in eine erste Empfehlung münden sollen. Um die Akzeptanz der nachfolgenden endgültigen Festlegungen im Juli 2008 zu sichern, wird es darauf ankommen, den dahin führenden Prozess möglichst transparent und offen zu gestalten. ♦

*Die hier wiedergegebene Darstellung stellt die persönlichen Auffassungen des Verfassers dar.*

## Web-Quellen

(letzter Zugriff im Juni 2007)

- 1 <http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/weiterentwicklung/weiterentwicklung.htm>
- 2 [http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher%20Beirat/wiss\\_beirat.htm](http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher%20Beirat/wiss_beirat.htm)
- 3 [http://www.g-ba.de/downloads/36-232-8/RL\\_Chroniker-04-12-21.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/36-232-8/RL_Chroniker-04-12-21.pdf)

## Literatur

**Breyer F, Kifmann M (2001):** Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV. DIW-Diskussionspapier Nr. 236, Berlin;

[www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp236.pdf](http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp236.pdf) (letzter Zugriff am 26. Juni 2007)

**Bundestags-Drucksache (2006):** Drucksache 16/3100, Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 24.10.2006; <http://dip.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf> (letzter Zugriff am 26. Juni 2007)

**CDU/CSU/SPD (2006):** Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, 4. Juli 2006;

[www.cdu.de/doc/pdfc/060704\\_eckpunkte\\_gesundheit.pdf](http://www.cdu.de/doc/pdfc/060704_eckpunkte_gesundheit.pdf) (letzter Zugriff am 26. Juni 2007)

**Glaeske G (2005):** Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die speziellen Voraussetzungen in der GKV, Forschungsbericht 001 des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin

**Glaeske G, Göppfarth D, Otto F (2006):** Fehlanreize durch Rx-Groups im Risikostrukturausgleich? Eine Erwiderung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 60, Heft 5–6, 59–63

**Göppfarth D (2005):** Reforming Germany's risk structure equalization scheme – taking stock at the halfway point. Journal of Public Health, Jg. 13, Heft 5, 248–256

**Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J (2002):** Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos

**Lauterbach K, Wille E (2001):** Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Mannheim, Köln; [www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/endgutachten\\_rsa.pdf](http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/endgutachten_rsa.pdf) (letzter Zugriff am 26. Juni 2007)

**Leber WD (1991):** Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos

**Malin EM, Hernold P, König C (2006):** Fehlanreize durch arzneimittelbasierte Morbiditätszuschläge im Risikostrukturausgleich. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 60, Heft 1–2, 43–48

**Pope G, Kautter J, Ellis RP et al. (2004):** Risk Adjustment of Medicare Capitation Payment Using the CMS-HCC Model. Health Care Financing Review, Jg. 25, Heft 4, 119–141

**Reschke P, Sehlen S, Schiffhorst G et al. J (2005):** Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Forschungsbericht 334 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn

**Schäfer T (2007):** Stichprobenkonzept für Datenerhebungen nach § 30 RSAV;

[www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/weiterentwicklung/Gutachten\\_Stichprobenplanung.pdf](http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/weiterentwicklung/Gutachten_Stichprobenplanung.pdf) (letzter Zugriff am 26. Juni 2007)

**Schröder W, Reschke P (2006):** Die empirischen Grundlagen zur Einführung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Göppfarth D et al. (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit; Sankt Augustin: Asgard, 317–329

**Van de Ven W, Ellis R (2000):** Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: Culyer A, Newhouse J (Hrsg.). Handbook of Health Economics, Volume 1A; Amsterdam: Elsevier; 755–845

## DER AUTOR



**Dr. rer. oec. Dirk Göppfarth,**

Jahrgang 1971, studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Bonn und Newcastle-upon-Tyne. 1995 Abschluss als Diplom-Volkswirt, 2000 Promotion an der TU Berlin. 1996–2000 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachgebiet

Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie der TU Berlin, 2000–2001 Leiter des Grundsatzreferats im rheinland-pfälzischen Sozialministerium. Seit 2001 Leiter des RSA-Referats im Bundesversicherungsamt.