

# Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009

von Jürgen Wasem\*

## ABSTRACT

**Zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds** zum 1. Januar 2009 soll auch der neue Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen in Kraft treten: Die Trennung zwischen Zahler- und Empfängerkassen wird obsolet. Der Finanzkraftausgleich zwischen den Krankenkassen wird dadurch komplettiert, dass die Zuweisungen aus dem Fonds künftig auch standardisierte Zahlungen zur Deckung der Verwaltungskosten und der Satzungsleistungen beinhalten. Die Beiträge der Versicherten (es gilt für alle Kassen ein einheitlicher Beitragssatz) fließen direkt in den Fonds, und die Kassen erhalten daraus – unabhängig von der Höhe der einkommensabhängigen Beiträge ihrer Mitglieder – ihre Zuweisungen. Es wird empfohlen, die Zuweisung für Verwaltungskosten teilweise an den Versicherten zahlen, überwiegend aber am Beitragsbedarf der Kassen zu orientieren. Wie zielgenau der neue RSA sein wird, hängt auch von der Ausgestaltung des Klassifikationssystems für die Morbiditätsorientierung ab. Für die Krankenkassen wesentlich ist auch, dass der Risikopool und die Ausgleichszahlungen für Patienten in Disease-Management-Programmen zukünftig wegfallen werden. Im Zusammenhang mit der möglichen Erhebung von Zusatzbeiträgen kann es für einige Krankenkassen kritisch werden.

**Schlüsselworte:** Beitragsbedarf, Risikostrukturausgleich, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Disease-Management-Programme, Klassifikationssystem, Zusatzbeiträge

**Simultaneously with the introduction of the health fund** on January 1st, 2009, the new risk adjustment scheme (RSA) between health care funds is to come into effect: The separation between payer and receiver funds will be obsolete. There will be a full financial adjustment between health care funds because allocations from the fund will also cover standardized payments for administrative expenses and statutory benefits. The contributions of the insureds (there will be a uniform contribution rate for all funds) go directly into the fund and the health care funds receive their allocations directly from it – independent of the amount of the income-related contributions of their members. Also relevant for the health care funds is the fact that the risk pool and the compensations for patients in disease management programs will in future be eliminated. It is recommended that the allocations for administrative expenses will partly be oriented by the number of insureds but predominantly by the funds' financial requirements. The extent to which the new risk adjustment scheme will meet its aims also depends on the design of the morbidity-oriented classification system. For some health care funds, the possible need to charge additional contribution rates might be critical.

**Keywords:** financial requirements, risk adjustment scheme, morbidity-oriented risk adjustment scheme, disease management programs, classification system, additional contribution rates

## 1 Einleitung

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wird seit seiner Einführung im Jahr 1994 kontrovers diskutiert – einerseits zwischen den Krankenkassen(arten), die je nach ihrer Nettofinanzposition eine ablehnende oder zustimmende Auffassung haben, andererseits auch

zwischen den politischen Parteien, die implizit offenbar unterschiedliche Auffassungen über das Wettbewerbskonzept für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) haben (Reiners 2006). So kann es nicht überraschen, dass auch in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung um das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-

\* Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem

Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement,  
Universitätsstraße, 45127 Essen

Telefon: 0201 183-4283 · Fax: 0201 183-4073

E-Mail: juergen.wasem@uni-duisburg-essen.de

WSG), das am 1. April dieses Jahres in Kraft trat, die künftige Rolle des RSA im neuen Finanzierungskonzept für die GKV umstritten war. Das schließlich verabschiedete Gesetz sieht aber nicht nur weitreichende Änderungen in der Finanzierungsstruktur der GKV vor, die ohnehin eine Anpassung von Funktion und Aufgaben des RSA bedeutet, sondern geht darüber hinaus mit einer inhaltlichen Weiterentwicklung des RSA einher.

In diesem Beitrag werden zunächst die Auswirkungen der mit dem GKV-WSG beschlossenen Finanzierungsreform (Einführung des Gesundheitsfonds) auf den RSA skizziert: die Konsequenzen des Übergangs vom „internen“ zum „externen“ RSA, die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs, das Zusammenspiel zwischen Zusatzbeitrag und Risikostrukturausgleich. Anschließend werden die risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds unter Berücksichtigung der Morbidität beleuchtet: Rekapitulation der wesentlichen Konsequenzen aus dem wissenschaftlichen Gutachten für den „Morbi-RSA“ (Reschke et al. 2005), quantitative Aspekte der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bei einer Morbiditätsorientierung, Wegfall von Risikopool und DMP-Status im Rahmen des neuen RSA-Konzepts.

## ■ 2 Übergang vom „internen“ zum „externen“ Risikostrukturausgleich

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Konsequenzen der Einführung des Gesundheitsfonds für den Risikostrukturausgleich.

### 2.1 Keine Unterscheidung zwischen Zahler- und Empfänger-Kassen

In der internationalen gesundheitsökonomischen Literatur zum RSA werden zwei Modelle für ein Finanzausgleichssystem zwi-

schen Krankenkassen mit unterschiedlicher Versichertenstruktur diskutiert (van de Ven et al. 2003): Modelle eines internen RSA, wie sie gegenwärtig etwa in der Schweiz und in Deutschland durchgeführt werden sowie Modelle eines externen RSA, wie sie gegenwärtig zum Beispiel in den Niederlanden, Belgien, Israel oder auch im Medicare-System in den USA praktiziert werden (Abbildung 1).

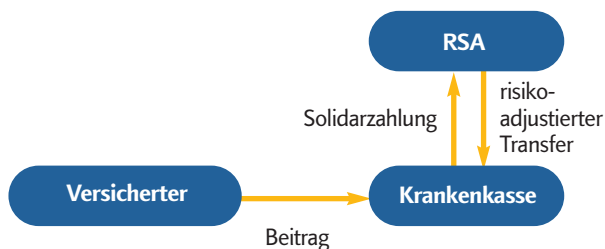
Typisch für die Modelle des internen RSA (linke Hälfte der Abbildung 1) ist, dass die Versicherten ihre – entweder einkommensabhängigen (wie in Deutschland) oder pauschalen (wie in der Schweiz) – Beiträge jeweils an ihren Krankenversicherer zahlen. Die Krankenkasse ist verpflichtet, eine Solidarzahlung für den RSA zu leisten, aus dem sie wiederum risikoadjustierte Transferzahlungen erhält. Die Bezeichnung interner RSA verweist darauf, dass sich der RSA nur im Binnenverhältnis zwischen Krankenkassen und RSA abspielt. Kennzeichen des „externen“ RSA (rechte Hälfte der Abbildung 1) ist, dass die Versicherten ihren einkommensabhängigen Solidarbeitrag in den Gesundheitsfonds und damit direkt an den RSA zahlen, von wo aus die Kassen risikoadjustierte Transferzahlungen erhalten. Gegebenenfalls können oder müssen die Krankenkassen zusätzliche Beiträge von den Versicherten erheben.

Mit der zum 1. Januar 2009 vorgesehenen Einrichtung des Gesundheitsfonds durch das GKV-WSG (§ 271 SGB V in Verbindung mit § 266 SGB V, Fassung vom 1. April 2007; Inkrafttreten: 1.1.2009) geht Deutschland also vom Modell des internen RSA zum Modell des externen RSA über: Zwar sind die Krankenkassen noch Einzugsstellen für die Krankenkassenbeiträge, aber es sind nicht mehr ihre Beiträge, sondern sie stehen dem Gesundheitsfonds zu, an welchen sie kalendertäglich weiterzuleiten sind (Pfohl 2007). Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen dann risikoadjustierte Transfers.

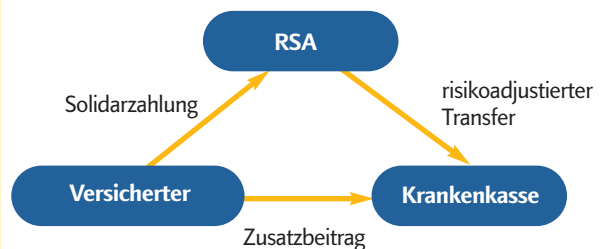
ABBILDUNG 1

### Modelle der Zahlungsflüsse bei einem Risikostrukturausgleich

#### Interner Risikostrukturausgleich (RSA) (z.B. Deutschland, Schweiz)



#### Externer Risikostrukturausgleich (RSA) (z.B. Belgien, Israel, Niederlande)



Quelle: in Anlehnung an van de Ven et al. 2003

## Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009

Eine Konsequenz des neuen Finanzierungsmodells ist, dass die die bisherigen Diskussionen über den RSA häufig prägende Unterscheidung zwischen „Zahlerkassen“ und „Empfängerkassen“ künftig entfällt: In Zukunft zahlt keine Kasse mehr in den RSA ein, denn ihre Mitglieder beziehungsweise die Arbeitgeber und andere Zahlungspflichtige zahlen die Beiträge direkt an den Fonds. Alle Kassen erhalten dann risikoadjustierte Zahlungen aus dem RSA. Es ist zu wünschen, dass diese neue Struktur der Finanzierung zu einer Versachlichung der Diskussionen über den RSA beiträgt.

### 2.2 Externalisierung und Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs

Eine der wesentlichen Konsequenzen des neuen Finanzierungsmodells der GKV ab 2009 ist, dass der Finanzkraftausgleich damit externalisiert wird: Im bisherigen Finanzierungsmodell der GKV kommt dem RSA auch die Aufgabe zu, Unterschiede zwischen den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten auszugleichen. Da die (einkommensabhängigen) Beiträge der Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse zustanden, hätten ohne Zwischenschaltung des RSA die Kassen mit den höheren beitragspflichtigen Einnahmen die niedrigeren Beiträge erheben können. Wie die Untersuchung für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aus dem Jahr 2001 gezeigt hat, wären Beitragssatzunterschiede von mehr als sieben Beitragssatzpunkten aus diesen unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen entstanden (Jacobs et al. 2002). Durch den Finanzkraftausgleich des heute praktizierten RSA werden die Unterschiede der beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten auf dem Niveau, das zur Finanzierung der GKV-Pflichtleistungen erforderlich ist, ausgeglichen. Da mit Einführung des Gesundheitsfonds die Beiträge nicht mehr für die jeweiligen Krankenkassen, sondern direkt für den Gesundheitsfonds bestimmt sind, ist ein Finanzkraftausgleich zwischen den Krankenkassen nicht mehr erforderlich: Haben die Mitglieder aus den Krankenkassen mit den überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen bislang über den Finanzkraftausgleich des RSA Solidarbeiträge an die Mitglieder aus Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen geleistet, leisten sie diese Solidarbeiträge nun über den Gesundheitsfonds.

Der Gesetzgeber des GKV-WSG hat über die Externalisierung des Finanzkraftausgleichs hinaus aber zugleich auch seine Vervollständigung beschlossen: Wie soeben skizziert, bezieht sich das Niveau des Finanzkraftausgleichs heute auf die GKV-Regelleistungen. Satzungsleistungen sowie Verwaltungsausgaben müssen die Krankenkassen hingegen aus den je kassenspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen finanzieren. Wie das oben genannte Gutachten für das BMG gezeigt hat, verbleiben daher heute bei den Kassen durch die beitragspflichtigen Einnahmen bedingte Beitrags-

satzunterschiede von bis zu mehr als 0,5 Beitragssatzpunkten (Jacobs et al. 2002). Die Krankenkassen haben folglich nach wie vor ein einnahmenseitiges Interesse, eher Mitglieder mit höherem Einkommen zu versichern. Die Gutachter hatten daher seinerzeit eine „Komplettierung des Finanzkraftausgleichs“ gefordert. Das GKV-WSG sieht nun vor, dass ab 2009 die Krankenkassen standardisierte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auch für Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben erhalten sollen (§ 270 SGB V, Fassung vom 1. April 2007; Inkrafttreten: 1. Januar 2009). Damit wird die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs bewirkt.

Das Gesetz selber regelt nicht, wie die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben aussehen sollen. Sinnvoll erscheint, hierbei auf den Vorschlag der RSA-Gutachter von 2002 zurückzugreifen. Die damalige Untersuchung hatte gezeigt, dass der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen deutlich mit dem Beitragsbedarf korreliert: Krankenkassen mit einem kränkeren Versichertenklientel haben mehr Verwaltungsaufgaben zu leisten als solche, die deutlich gesündere Personen versichern. Vor diesem Hintergrund hatten die Gutachter vorgeschlagen, den Beitragsbedarf für die Verwaltungskosten zu 30 Prozent nach den Versichertenzahlen und zu 70 Prozent nach dem Beitragsbedarf zuzuweisen (Jacobs et al. 2002). Es ist deutlich darauf hinzuweisen, dass dies selbstverständlich eine Erstattung aufgrund standardisierter Verwaltungsausgaben bedeutet – die tatsächlichen Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse spielen für die Zuweisung von Beitragsbedarf keine Rolle. Insoweit bleiben alle Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten gewahrt. Insofern irren die Autoren des Beitrags „Morbi-RSA kommt“ (Kennzeichen BKK, Heft 2/07, Seite 8), wenn sie schreiben: „Dass nun auch Verwaltungsausgaben ... in den RSA einbezogen werden, wird den Kassenwettbewerb um effizientes Management und Administration schwächen. Dann müssen die effizienten die unwirtschaftlichen Kassen subventionieren.“

### 2.3 Zusatzbeitrag und Risikostrukturausgleich

Der Gesundheitsfonds soll mit einer Finanzausstattung starten, bei der die risikoadjustierten Transfers an die Kassen in der Summe ausreichen, um die zu erwartenden Leistungsausgaben einschließlich der Satzungsleistungen und der standardisierten Verwaltungsausgaben zu finanzieren. Rein rechnerisch wird es im Durchschnitt über alle Krankenkassen daher voraussichtlich keine Zusatzbeiträge geben. Dies gilt aber nicht für jede Einzelkasse: Insbesondere Krankenkassen mit nach dem neuen RSA ungünstigen Ausgabenstrukturen werden unter dem Gesundheitsfonds-Regime nicht um die Erhebung eines Zusatzbeitrages herum kommen, zum Beispiel weil sie viele Versicherte in Regionen mit hohen Preisniveaus für Gesundheitsleistungen haben (Wasem et al. 2007). Umso mehr wird dies gelten, wenn – wie im Gesetz schon angelegt – der Gesundheitsfonds auch im Durchschnitt nicht mehr 100 Prozent der

GKV-Ausgaben finanziert, sondern der allgemeine Beitragssatz beispielsweise so lange nicht angehoben wird, bis eine Finanzierungsquote von nur noch 95 Prozent erreicht ist.

Wird ein Zusatzbeitrag erhoben, wird die zuvor skizzierte Komplettierung des Finanzkraftausgleichs allerdings wieder in Frage gestellt:

■ Die Zusatzbeiträge sind nur von *Mitgliedern* zu entrichten. Daraus folgt, dass der dem heutigen RSA und für das Niveau der Finanzierung durch den Gesundheitsfonds auch dem künftigen System implizite Ausgleich unterschiedlicher Familienversichererquoten für den Zusatzbeitrag nicht gilt. Krankenkassen mit einer niedrigeren Mitversichertenquote haben daher einen Wettbewerbsvorteil, weil in Relation zur Zahl der Leistungsempfänger die Zahl der Beitragszahler höher ist als bei Kassen mit hoher Mitversichertenquote. Es entstehen daher Anreize für die Kassen zur Bevorzugung von Mitgliedern mit einer geringen Zahl beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger. Es wäre sinnvoll, diesen Effekt zu vermeiden, indem für die Zusatzprämien ein Ausgleich unterschiedlicher Familienversichererquoten durchgeführt wird (*Wasem und Buchner 2006*).

■ Die Zusatzbeiträge sind vom Gesetzgeber oberhalb eines Betrags von acht Euro pro Monat auf maximal ein Prozent der beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder begrenzt. Daraus resultierende fehlende Einnahmen sind durch entsprechend erhöhte Zusatzbeiträge zu finanzieren. Krankenkassen mit im Durchschnitt niedrigeren beitragspflichtigen Einnahmen müssen daher höhere Zusatzbeiträge erheben, um auf rechnerisch gleiche Zusatzeinnahmen je Versicherten zu kommen wie Krankenkassen mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied (*Schawo und Schneider 2006*). Die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder werden daher zu einem – und zwar deutlichen – Parameter, der über die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen entscheidet, und es entstehen starke Anreize zur Risikoselektion nach dem Einkommen (*Igel und Schaufler 2006*). Das Problem des fehlenden Risikoausgleichs für die Einkommensunterschiede kann auf unterschiedlichem Wege behoben werden – denkbar wäre insbesondere, dass die Krankenkassen die fehlenden Einnahmen aus Zusatzbeiträgen von Geringverdienern vom Gesundheitsfonds erstattet bekommen (*Wasem 2006*).

Hinzuweisen ist schließlich darauf, dass zur Vermeidung von Risikoselektion nach dem Gesundheitszustand zwingend erforderlich ist, die ausgabenseitige Risikoadjustierung auch für das durchschnittliche Niveau der Zusatzbeiträge (beziehungsweise genauer: für das Niveau der Deckungslücke des Gesundheitsfonds) vorzusehen und die auszuschüttenden risikoadjustierten Zuweisungen für alle Versicherten um einen gleichen Betrag in Höhe der durchschnittlichen Deckungslücke des Fonds zu kürzen. Andernfalls wäre die Deckungslücke für Versicherte mit ei-

nem hohen Ausgabenrisiko größer als für Versicherte mit einem geringen Ausgabenrisiko, woraus unerwünschte Anreize zur Risikoselektion entstehen würden. Dies ist auch die Verfahrensweise des RSA in den Niederlanden, wo die Zusatzbeiträge zunächst bei 15 Prozent lagen und inzwischen rund 50 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben finanzieren (*Lamers et al. 2003*).

## ■ 3 Risikoadjustierte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds unter Berücksichtigung der Morbidität

### 3.1 Morbiditätsorientierung

Im Jahr 2001 entschied der Gesetzgeber, den RSA bis zum Jahr 2007 auf eine morbiditätsorientierte Basis zu stellen. Dafür gab er ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag, das unter anderem einen Vorschlag für ein geeignetes, international eingesetztes Klassifikationssystem machen sollte.

Dieses Gutachten ist im Sommer 2004 vorgelegt worden (*Reschke et al. 2005; Wasem et al. 2005*). Darin wurden zunächst konzeptionell 18 in einer Literaturrecherche sowie ergänzenden Studien identifizierte Modelle der morbiditätsorientierten Risikoadjustierung auf ihre potenzielle Geeignetheit für den RSA in der deutschen GKV untersucht. Daraus wurden sechs Modelle schließlich in eine empirische Analyse eingeschlossen. Für die empirische Analyse stand ein auf der Grundlage von § 268 Sozialgesetzbuch (SGB) V bei den Krankenkassen erhobener Datensatz in Form einer pseudonymisierten kassenübergreifenden Versichertenstichprobe zur Verfügung.

Im statistischen Teil der empirischen Untersuchung wurde insbesondere überprüft, wie gut die sechs Modelle geeignet sind, Ausgabenunterschiede zwischen den Versicherten zu prognostizieren, da diese Fähigkeit entscheidend dafür ist, die Anreize der Krankenkassen für eine Risikoselektion zu minimieren. Tabelle 1 zeigt den Anteil der durch die Variablen des jeweiligen Modells erklärten Varianz an der Gesamtvarianz der Ausgabenunterschiede (das sogenannte  $R^2$ ) zwischen den rund 806.000 Versicherten, die in die Untersuchung der Schätzgüte der unterschiedlichen Modelle einbezogen werden konnten. In einer prospektiven Ausgestaltung, wie sie die Gutachter modelliert haben, wird die Eingruppierung der Versicherten in die Morbiditätsgruppen im Vorjahr des Ausgleichsjahres vorgenommen, die standardisierten Leistungsausgaben werden also für das dem Eingruppierungsjahr folgende Kalenderjahr gebildet.

Wie die Abbildung deutlich macht, sind alle sechs untersuchten Modelle hinsichtlich ihrer Schätzgüte deutlich besser als der

TABELLE 1

## Klassifikationssysteme für einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – Anteil der modellspezifischen Varianz an der Gesamtvarianz der Ausgabenunterschiede ( $R^2$ )

Zeithorizont	Modell	$R^2$ (in %)
prospektiv	RSA (Status quo des Jahres 2002)	6
	ACG (Adjusted Clinical Groups, USA)	9
	ACG-PM (Adjusted Clinical Groups – Predictive Model, USA)	12
	CDPC (Chronic Illness and Disability Payment Systems, USA)	12
	HCC (Hierarchical Condition Categories, USA)	15
	PCG + DCG (Pharmaceutical Cost Groups + Diagnostic Cost Groups, Niederlande)	15
	RxGroups + IPHCC (RxGroups + Inpatient Hierarchical Condition Categories, USA)	24

RSA-berücksichtigungsfähige Sachleistungen (Status quo): ohne Trennung in Westdeutschland und Ostdeutschland, ohne Risikopool, Ausgaben für Sachleistungen ohne Zahnmedizin.

Quelle: Reschke et al. 2005

RSA des Status quo. (Zu berücksichtigen ist, dass der Datensatz Informationen der Jahre 2001 und 2002 enthielt und der modellierte Status quo somit noch keine Einschreibungen in DMPs abbildet.) Da sich auch in weiteren Auswertungen für dieses Gutachten (etwa Klassifizierung der Versicherten nach bestimmten Krankheitsbildern oder nach den Vorjahresausgaben) ein ähnliches Bild hinsichtlich der Geeignetheit der unterschiedlichen Modelle ergibt, haben die Gutachter im Ergebnis vorgeschlagen, das Modell „RxGroups + IPHCC“ zu verwenden (siehe hierzu auch den Beitrag von Göppfarth ab Seite 23 in diesem Heft). Es handelt sich hierbei um ein von der Universität Boston und der Firma DxCG entwickeltes Modell, das sowohl Informationen aus verordneten Arzneimittelwirkstoffen als auch Krankenhausdiagnosen verwendet.

### 3.2 Determinanten der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bei einer direkten Morbiditätsorientierung

In der Ausgestaltung, wie sie die Gutachter 2004 schließlich vorgeschlagen haben, setzt sich das Modell additiv aus einer Krankenhauskomponente mit 181 Diagnosegruppen und einer Arzneimittelkomponente mit 153 Arzneimittelwirkstoffgruppen zusammen. Das Modell der amerikanischen Entwickler berücksichtigt außerdem Alter und Geschlecht, da insbesondere in einem prospektiven Modell Teile der interindividuellen Ausgabenunterschiede weiterhin mit diesen demografischen Merkmalen zusammenhängen.

Die Gutachter hatten auch intensiv geprüft, inwieweit bei einem Übergang zu einer direkten Morbiditätsorientierung über Diagnosen und Arzneimittelverordnungen die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus im RSA entbehrlich sein könnte. Sie kamen zu dem Schluss, dass im prospektiven Ansatz auch bei einem morbiditätsorientierten RSA der Erwerbsminderungsstatus einen signifikanten und relevanten Beitrag zur Erklärung von Ausgabenunterschieden leistet. Daher hatten sie vorgeschlagen, die Erwerbsminderungsvariable im RSA zu belassen. Der Gesetzgeber ist dem Vorschlag der Gutachter in diesem Punkt gefolgt, die Erwerbsminderungsvariable bleibt.

Die standardisierten Leistungsausgaben berechnen sich somit nach dem Vorschlag der Gutachter für eine Person, indem zu einem Sockelbetrag für Alter und Geschlecht und eventuell den Erwerbsminderungsstatus die einzelnen Risikozuschläge für die vorliegenden Morbiditätskategorien addiert werden. Sockelbeträge und Zuschlagsgrößen ergeben sich aus einer linearen Regression, in der die Morbiditätsindikatoren und die Merkmale Alter, Geschlecht und der Erwerbsminderungsstatus als Dummy-Variablen verwendet werden. Die Regressionsgleichung wurde für die Sachleistungen insgesamt modelliert. In der prospektiven Variante werden die Morbiditätsinformationen des Jahres 2001 zur Schätzung der individuellen Ausgaben im Jahr 2002 verwendet. Um die individuellen Versicherungsdauern zu berücksichtigen, wurden die Berechnungen als gewichtete Regression durchgeführt.

Für die in die Berechnung der Schätzmodelle einbezogenen Versicherten wären in der Untersuchung der Gutachter rund 1,3



TABELLE 2

### Modellrechnung für den Umfang einzelner Komponenten bei der Zuweisung aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich – Sockelbeträge und Zuschläge, prospektiv

RSA-Komponenten	Anzahl Zuschläge	Summe in Euro	Anteil an Gesamt in %
Sockelbetrag: Alter und Geschlecht	806.444	396.352.527	30,3
Sockelbetrag: Erwerbsminderung	28.191	37.785.786	2,9
Zuschläge: Arzneimittelverordnungen ambulant	2.643.009	732.341.557	56,1
Zuschläge: stationäre Diagnosen	129.573	139.057.072	10,7
<b>Summe</b>	<b>3.607.218</b>	<b>1.305.536.942</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Schröder et al. 2007

Milliarden Euro berücksichtigungsfähige Sachleistungsausgaben über den RSA zu verteilen. Tabelle 2 zeigt, in welchem Umfang die einzelnen Komponenten des RSA zu der Zuweisung beigetragen hätten.

Die Summe der zugewiesenen Beträge entfällt im prospektiven Modell zu 30,3 Prozent auf die Sockelbeträge nach Alter und Geschlecht, lediglich 2,9 Prozent sind auf den Status der Erwerbsminderung zurückzuführen.

66,8 Prozent der GKV-Ausgabensumme werden durch direkte Morbiditätsindikatoren zugewiesen. Ein Versicherter kann keinen, einen oder mehrere direkte Morbiditätsindikatoren aufweisen. 56,1 Prozent der Summe werden aufgrund des Morbiditätsindikators „Arzneimittelverordnungen ambulant“ zugewiesen. Der verbleibende Betrag von 10,7 Prozent ergibt sich aus dem Indikator „stationäre Diagnosen“ (Schröder et al. 2007).

Diese Daten können nur Hinweise über die Größenordnungen im morbiditätsorientierten RSA nach 2009 geben. Die Gutachter haben im Jahr 2004 bereits darauf hingewiesen, dass das Modell an die deutschen Verhältnisse anzupassen ist. Zudem hat das GKV-WSG festgelegt, dass bei der Entwicklung des RSA 50 bis 80, insbesondere kostenintensive chronische Erkrankungen und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde zu legen sind. Die schließlich realisierten Größenordnungen der einzelnen Komponenten des RSA bei der Mittelzuweisung werden auch davon abhängen, wie diese Vorgabe vom Bundesversicherungsamt beziehungsweise

dem dieses beratenden wissenschaftlichen Beirat umgesetzt wird.

### 3.3 Wegfall von Risikopool und DMP-Status

Das GKV-WSG sieht vor, den Risikopool mit Inkrafttreten des morbiditätsorientierten RSA außer Kraft treten zu lassen (§ 269 Absatz 6 SGB V, Fassung vom 1. April 2007). Damit macht sich der Gesetzgeber einen Vorschlag der Gutachter aus dem Jahr 2004 zu eigen, die darauf hingewiesen hatten, dass der Risikopool in der Version, wie ihn der Gesetzgeber im Jahr 2001 beschlossen hatte, im allgemeinen keine relevanten Effekte zeitigt. Denn der ursprüngliche Vorschlag eines Risikopools der Gutachter sah einen Schwellenwert bei 10.000 Euro und einen Eigenanteil von 20 Prozent vor (Jacobs et al. 2002). Demgegenüber hat der Gesetzgeber schließlich einen doppelt so hohen Schwellenwert und auch einen doppelt so hohen Eigenanteil beschlossen. Daher sollte er angesichts des hohen Aufwands für die Krankenkassen bei der Erfassung der tatsächlichen Leistungsaufwendungen gestrichen werden. Dies vor allem, da die Krankenkassen für zahlreiche Fälle, die heute unter den Risikopool fallen, bei einem morbiditätsorientierten RSA deutlich höhere Zuweisungen erhalten werden (zum Beispiel für Aids-Patienten), so dass ein Teil der Funktion des Risikopools sich damit erübrigt (Behrend et al. 2007).

Aus versicherungsökonomischer Sicht sollten sich allerdings zumindest kleinere Krankenkassen gut überlegen, ob sie nicht – wie vor Einführung des Risikopools weithin auf der Basis von

## Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009

§ 265 SGB V geschehen – auf fakultativer Basis unter sich einen Ausgleich für Extremausgaben einrichten oder eine entsprechende Rückversicherung (stop loss) vornehmen.

Mit Einführung der Morbiditätsorientierung im RSA geht die Streichung der Disease-Management-Programme (DMP) als eigenständige Variable im RSA einher. Auch dies geht auf den Vorschlag des Gutachtens aus dem Jahr 2004 zurück. Die Gutachter hatten darauf hingewiesen, dass – wie auch bei der Entstehung der gesetzlichen Verankerung von DMPs im RSA im Konsenspapier der beiden Gutachtergruppen IGES/Cassel/Wasem und Lauterbach/Wille im Jahr 2001 als „vorgezogene partielle Morbiditätsorientierung“ angelegt (IGES et al. 2001) – die Aufgabe, chronisch kranke Versicherte zu identifizieren und für sie höhere Zuweisungen aus dem RSA zu realisieren, ab Einführung eines morbiditätsorientierten RSA durch die Diagnosen und Arzneimittelinformationen erfolge und insoweit eine gesonderte DMP-Variable entbehrlich sei. Die Gutachter hatten gleichzeitig vorgeschlagen, für DMPs auch unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten RSA eine Programmkostenpauschale aus dem RSA zu erstatten. Hier hat sich der Gesetzgeber den Überlegungen der Gutachter angeschlossen.

Die Neuregelungen bedeuten, dass sich Stellenwert und Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme deutlich ändern werden. Haben die Krankenkassen bislang ein erhebliches finanzielles Interesse, Versicherte in die Programme einzuschreiben, sind sie nach Einführung der Morbiditätsorientierung im RSA diesbezüglich deutlich neutraler eingestellt. Dies eröffnet gleichzeitig Chancen einer stärkeren Risikostratifizierung und Zielgruppenorientierung der DMPs. Zu den „spannenden Fragen“ wird gehören, inwieweit DMPs beibehalten werden, die auf kurze und mittlere Sicht nicht zu Einsparungen, sondern im Gegenteil sogar zu Mehrausgaben für die Krankenkassen führen. Ließen sich solche DMPs gegenwärtig aus betriebswirtschaftlicher Perspektive der einzelnen Krankenkasse rechtfertigen, weil die Mehrausgaben durch die höheren RSA-Zuweisungen überkompensiert wurden, fällt dieser Anreiz künftig fort (Wasem 2005). Wenn Ärzte und/oder Versicherte aber davon überzeugt sind, dass auch solche DMPs einen Fortschritt gegenüber dem Status quo ante bedeuten, wird es sicherlich für die Krankenkassen nicht einfach sein, die Programme zurückzufahren.

### ■ 4 Schlussüberlegungen

Mit der Entscheidung, den RSA morbiditätsorientiert weiterzuentwickeln, schafft die Politik eine wesentliche Voraussetzung für einen faireren Kassenwettbewerb, der sich an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausrichten kann. Wie leistungsfähig

der neue RSA sein wird, hängt auch von seiner Detailausgestaltung ab. Dies betrifft einerseits die Festlegung der zu berücksichtigenden Erkrankungen und das genaue Patientenklassifikationssystem. Es betrifft aber auch die Einbettung des morbiditätsorientierten RSA in den Gesamtrahmen. Würde etwa die Ein-Prozent-Härtefallregelung beim Zusatzbeitrag so bleiben, wie sie im Gesetz im Augenblick vorgesehen ist, oder würde der Verordnungsgeber darauf verzichten, auch für den Zusatzbeitrag eine Risikoadjustierung vorzunehmen, würde der RSA hinsichtlich seiner Wirkungen noch hinter den Status quo zurückfallen. In den nächsten Monaten stehen daher Entscheidungen mit fundamentalen Auswirkungen hinsichtlich des künftigen RSA-seitigen Wettbewerbsrahmens in der GKV an. ♦

## Literatur

**Behrend C, Buchner F, Happich M et al. (2007):** Risk-adjusted capitation payments: how well do principal inpatient diagnosis-based models work in the German situation? Results from a large data set. *European Journal of Health Economics*, Jg. 8, 31–39

**Igel C, Schaufler TM (2006):** Der neue Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter. Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Heft 9, 2–8

**IGES, Cassel D, Wasem J et al. (2001):** Konsenspapier IGES/Cassel/Wasem und Lauterbach/Wille. 26. Februar 2001; [www.uni-due.de/medizinmanagement](http://www.uni-due.de/medizinmanagement) -> Lehrstuhl -> Download -> Publikationen

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

**Lamers LM, van Vliet RC, van de Ven WP (2003):** Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands. *Health Policy*, Jg. 77, Heft 1, 49–62

**Pfohl A (2007):** Die Neuregelung der Finanzströme durch den Gesundheitsfonds. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard, im Druck

**Reiners H (2006):** Der „Lahnstein-Mythos“: Die schwere Geburt des RSA. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.) *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit*. Sankt Augustin: Asgard; 13–34

**Reschke P, Sehlen S, Schiffhorst G et al. (2005):** Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Referat Information, Publikation, Redaktion

**Schawo D, Schneider W (2006):** Die Wirkungen der Härterege- lung beim Zusatzbeitrag im Fonds-konzept der Bundesregierung – eine statistische Simulationsanalyse. Bonn: AOK-Bundesverband

**Schröder WF, Schiffhorst G, Sehlen S (2007):** Komponenten der Morbiditätsorientierung im RSA. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard, im Druck

**van de Ven WP, Beck K, Buchner F et al. (2003):** Risk adjust- ment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, Jg. 77, Heft 1, 75–98

**Wasem J (2005):** DMP und Morbi-RSA, Bürokratieabbau und vereinfachter Datenfluss. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.). *DMP – Höhere Versorgungsqualität für chronisch Kranke*. Berlin, 22–30

**Wasem J (2006):** Stellungnahme Sachverständigenanhörung zum Themenbereich I „Finanzierung“. Drucksache Nr. 16/0129(99) des Bundestagsausschusses für Gesundheit. Duisburg-Essen

**Wasem J, Buchner F (2006):** Risikostrukturausgleich in einem GKV-System mit Pauschalprämien. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit*. Sankt Augustin: Asgard; 277–303

**Wasem J, Buchner F, Lux G et al. (2007):** Die Regionaldimension in der Gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-WVG, Gutachten für das Land Baden-Württemberg. Essen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg Essen, Campus Essen. Diskussionspapier 153: 113

**Wasem J, Lauterbach KW, Schröder WF (2005):** Klassifikations- modelle für Versicherte im morbiditätsorientierten Risikostrukturaus- gleich. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 5, Heft 2, 7–15

## DER AUTOR



**Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem** studierte Wirtschaftswissenschaften, Politikwissenschaft und Sozialpolitik. Promotion an der Universität Köln, Habilitation an der Universität Bielefeld. Nach Tätigkeit als Referent im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Projekt-

leitung am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Professuren an der Fachhochschule Köln und den Univer- sitäten München, Greifswald und (seit 2003) Duisburg-Essen. Forschungsinteressen: Gesundheitsökonomische Evaluation, Gesundheitssystemforschung, Krankenversicherungsökonomie.