

Der neue Morbi-RSA: Alles wird gut... oder?

von Alexander Falter

(Januar 2009)

Der 1.1.2009 brachte neben dem neuen Jahr auch wesentliche Änderungen der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens mit sich. Die Einführung eines Gesundheitsfonds mit einheitlichem Beitragssatz als „Herzstück“ des GKV-WSG und die Umstellung auf einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) stellen wesentliche Änderungen dar. Eine Diskussion, inwieweit der vorhandene Risikostrukturausgleich (RSA) ausreicht, um die wesentlichen Belastungsunterschiede der Krankenkassen auszugleichen, gab es bereits bei seiner Einführung im Jahre 1994. Dieser Beitrag versucht nun festzustellen, ob der Morbi-RSA im Vergleich zu dem bisherigen RSA einen Sprung nach vorne oder eher einen Schritt zurück darstellt. Um dies zu erörtern, sollte man sich allerdings erst bewusst werden, was ein RSA bewirken soll. Um zu einem umfassenden Urteil zu gelangen, wird zuerst der Grundgedanke eines RSA untersucht, bevor nach einer kurzen Einführung der grundlegenden Funktionsweisen des bisherigen RSA und des neuen Morbi-RSA auf Fort- und Rückschritte bei der Verwirklichung der angestrebten Ziele eingegangen wird.

Warum ist ein Risikostrukturausgleich eigentlich nötig? Das deutsche GKV-System beruht auf einem Solidaritätsprinzip; die Beiträge sind prozentual an das Einkommen und nicht wie z.B. in der PKV an ein individuelles Risiko gekoppelt. Die Kosten eines Versicherten spiegeln sich somit nicht in seinen Beiträgen wider. Bei Wettbewerb zwischen den Kassen besteht nun die Gefahr, dass die

Krankenkassen Risikoselektion betreiben.¹ Ein Finanzausgleichssystem in Form eines Risikostrukturausgleichs wirkt diesem Vorgang entgegen, da es Risikoselektion für die Kassen unattraktiver macht.² Nach Jacobs/Schulze „hat der RSA die Aufgabe, Solidarität und Wettbewerb miteinander zu verbinden: In einem Gesundheitssystem mit solidarischer Finanzierung (also ohne risikoäquivalente Beiträge) soll Wettbewerb um „günstige Risiken“ verhindert, Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung dagegen gefördert werden.“³ Dieses Ausgleichssystem wurde 1996 mit der Einführung der freien Krankenkassenwahl in Deutschland nötig. Vor der Reform waren die Versicherten aufgrund ihres Berufes an eine bestimmte Krankenkasse gebunden, es konnte keine Risikoselektion betrieben werden. Die Möglichkeit zur Kassenwahl machte aus der ehemals exogen gegebenen Risikostruktur einer Versicherung eine mittels Attrahierung von guten Risiken für die Krankenkassen beeinflussbare endogene Größe. Daher wurde bereits 1994 ein Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt, um einem schädlichen Wettbewerb der Krankenkassen um gute Risiken entgegenzuwirken.⁴ Auch die vom BMG im Jahre 2000 beauftragten Gutachter kamen zu dem Schluss, dass „ein dynamischer Kassenwettbewerb, durch den Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung ständig verbessert und Patientenpräferenzen gestärkt werden, ohne RSA nicht möglich“⁵ sei. Ähnlich sehen dies auch die von einigen Bundesverbänden großer Krankenkassen beauftragten Gutachter Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach und Prof. Dr. Eberhard Wille, die den RSA als einen Mechanismus zur Schaffung eines funktionsfähigen Wettbewerbs sehen, der es ermöglichen soll, die Präferenzen und Wünsche der Versicherten besser zu realisieren.⁶

Die Ziele des RSA sind im ersten Schritt Risikoselektion zu vermeiden und einen funktionierenden Wettbewerb zu schaffen, um so im zweiten Schritt eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen.

Der RSA wird vom Bundesversicherungsamt (BVA) berechnet und gliedert sich in einen Finanzkraft- und einen Beitragsbedarfsausgleich.⁷ Die Transferzahlungen wurden zunächst anhand der Kriterien Alter, Einkommen, Erwerbsminderungsrentnerstatus und Geschlecht bestimmt. Hierzu wurde ein Berechnungsverfahren angewandt, welches die Versicherten in Gruppen (z. B. Gruppe der 45-jährigen Frauen ohne Erwerbsminderungsrente) einteilte. Die gesamten Leistungsausgaben der jeweiligen Gruppe wurden dann auf die Versicherten umgelegt, woraus sich die standardisierten Leistungsausgaben (SLA) pro Versicherten errechneten. Diese wurden dann den Krankenkassen gemäß ihrer Versichertenstruktur zugewiesen.⁸ Entscheidend ist hier, dass dies keinen exakten Ausgleich der individuellen Versicherungsausgaben darstellte, sondern lediglich die durchschnittlichen GKV-weiten Ausgaben eines Versicherten der jeweiligen Gruppe. Entgegen oft gehörter Argumentationen berücksichtigt der RSA auch keine Verwaltungs- oder Mehrausgaben, sondern lediglich die Leistungsausgaben der Versicherten. Einkommensseitig werden die Transferzahlungen des RSAs über die Finanzkraft bestimmt. Hierzu wird ein Ausgleichsbeitragssatz für alle am RSA beteiligten Krankenkassen errechnet und in jeder Kasse auf die beitragspflichtigen Einnahmen angewandt. Diese Summe stellt die Finanzkraft einer Kasse dar und ist zur Bedarfsdeckung abzuführen. In der Praxis findet jedoch lediglich ein Transfer in Höhe der Differenz von Beitragsbedarf und Finanzkraft statt, um unnötige Zahlungsströme zu

vermeiden. Je nachdem, ob die Finanzkraft negativ oder positiv ist, spricht man von einer Empfänger- bzw. Zahlerkasse. Somit gab es einerseits einen ausgabenseitigen Ausgleich für Krankenkassen mit schlechter Risikostruktur, als auch einen einnahmeseitigen Ausgleich für eine Krankenkasse mit geringer Finanzkraft.

Allerdings ließ der RSA in dieser Form außer Betracht, dass es auch kranke, junge und gesunde, alte Versicherte gab. 2001 erschien ein vom BMG beauftragtes Gutachten, welches dem RSA bescheinigte, dass er „in seiner derzeitigen Ausgestaltung die an ihn gestellten Erwartungen tendenziell erfüllt, [..., aber] wettbewerbsrelevante Beitragssatzverzerrungen nicht verhindert[...]“⁹ Zu einem ähnlichen Urteil gelangten auch Lauterbach/Wille, die kritisierten, dass der RSA nicht alle strukturellen Unterschiede zwischen den Kassen ausgleiche und keinen Anreiz zur Versorgungsverbesserung liefere.¹⁰ Es herrschte somit Einigkeit über eine stärkere Ausrichtung des RSAs an der Morbidität. Allerdings muss man auch bedenken, dass es hierfür technische Beschränkungen der Erfassung der Datengrundlagen gegeben hatte; „im Jahr 1994 war es noch eine Herausforderung, Alter und Geschlecht der Familienversicherten zu erfassen“¹¹, so der Leiter des Referats Risikostrukturausgleich im Bundesversicherungsamt Dr. Dirk Göppfarth. Die notwendigen Daten standen zwar seit 1999 zur Verfügung¹², aber da die Einführung eines Morbi-RSA nicht kurzfristig zu realisieren war, wurde mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2001“ die Einschreibung in ein Disease-Management-Programm (DMP) als Ausgleichskriterium für den RSA und ein Risikopool für Härtefälle eingeführt.

Der Risikopool stellte einen Ist-Ausgleich für besondere

Härtefälle dar. Es wurden 60% der Leistungsausgaben für Versicherte erstattet, die einen bestimmten Schwellenwert (im Jahre 2005: 20.750,54 €) überschritten hatten.¹³ Dadurch sollte für die Krankenkassen der Anreiz sinken, besonders kostenintensive Versicherte auszuwählen. Die im Risikopool ausgeglichenen Leistungsausgaben wurden gesondert berechnet und auch nicht im RSA berücksichtigt und senkten somit die SLA im RSA.¹⁴

Die Einschreibung in ein DMP (bis jetzt gibt es sechs verschiedene Programme¹⁵) wurde neben den bisherigen Kriterien für die Berechnung des RSA verwendet, wodurch sich die Anzahl der RSA-Gruppen erhöhte (Bsp. 50 Jahre, männlich, erwerbsunfähig, kein DMP¹⁶). Da lediglich Kranke in DMPs eingeschrieben sind, ergaben sich für die Gruppen mit dem Merkmal „in DMP x eingeschrieben“ erhöhte SLA, während die SLA für alle anderen Gruppen sanken.¹⁷ Somit entstand ein Anreiz für die Kassen, Versicherte in DMPs zu haben und diese Programme auszubauen. Demzufolge stellen auch Van Lente/Willenborg/Egger vom AOK-BV positive Auswirkungen der DMP auf die Versorgungsstrukturen fest.¹⁸

Ohne den RSA in dieser Gestalt hätten sich laut Dr. Josef Ingenerf vom Institut für Medizinische Informatik der Universität Lübeck Beitragssatzschwankungen zwischen „unter 5 Prozent und über 20 Prozent, je nach Risikostruktur der Versicherten, [...anstatt] Beitragssätzen zwischen 11,8 Prozent und 15,8 Prozent (Stand 01/2007)“¹⁹ ergeben. Jedoch war der RSA in dieser Gestalt laut Göppfarth nur ein unvollständiger Finanzausgleich, der lediglich 91% der Finanzkraftunterschiede der Krankenkassen ausglich.²⁰ Weiterhin sah er aufgrund der geringen Zahl von Krankheiten in DMPs die Notwendigkeit den Schritt zu einer vollständigen Abbildung der

Morbidität gegeben.²¹

Dies soll nun der neue Morbi-RSA beheben. Am grundlegenden Mechanismus des RSAs selbst ändert sich nichts. So bleibt der Finanzkraftausgleich unberührt, lediglich der Beitragsbedarf ausgleich wurde angepasst. Dieser richtet sich jetzt nicht nur nach den bisherigen demografischen Merkmalen Alter, Geschlecht, Einkommen, Erwerbsminderungsrentnerstatus, sondern auch nach der Morbidität die mittels Hierarchisierter Morbiditätsgruppen (HMG) erfasst wird; der Risikopool und das DMP-Kriterium wurden hingegen abgeschafft.²²

Der Beitragsbedarf ausgleich ergibt sich aus einer Grundpauschale, mit welcher Zu- und Abschläge aus 40 Alter-Geschlecht-Gruppen (AGG), sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG) und 106 Hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) verrechnet werden.²³ Die 106 HMG beruhen auf 80, teilweise nach Schweregrad hierarchisierten, vom BVA ausgewählten Krankheiten (z. B. Gibt es fünf Abstufungen für Typ I Diabetes von „mit Nierenbeteiligung“ bis zu „ohne Komplikationen“, die sich auch finanziell niederschlagen); die Einteilung in die HMG erfolgt mittels stationärer und ambulanter Diagnosen, die gegebenenfalls mit Arzneimittelverordnungen validiert werden.²⁴ Die Anzahl der Krankheiten wurden vom Gesetzgeber im RSAV auf 50 bis 80 Stück begrenzt, ferner müssen sie die durchschnittlichen SLA um mindestens 50% übersteigen und eng abgrenzbar sein.²⁵ Hier ist auch anzumerken, dass es sich nicht um Krankheiten im eigentlichen Sinne, sondern um Diagnosegruppen von Krankheiten handelt, welche anhand eines Chronizitäts- und eines Schweregrades bestimmt wurden.²⁶ Entgegen dem ersten Gutachten des wissenschaftlichen Beirats, welches mehr Gewicht auf die Kosten einer Krankheit legte²⁷, wurden auch, wie vom Essener

Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem in seiner „Essener Liste“ gefordert²⁸, Volkskrankheiten wie Demenz oder Asthma, die zwar geringere durchschnittliche Kosten aufweisen, aber zugleich deutlich häufiger auftreten und somit in der Summe hohe Kosten verursachen, in der endgültigen Krankheitsliste berücksichtigt.²⁹ Letztes Kriterium des neuen Morbi-RSA ist die prospektive Ausrichtung, was bedeutet, dass die Daten des Vorjahres zur Kostenabschätzung des aktuellen Jahres herangezogen werden. Die gegenteilige Ausrichtung wäre eine zeitgleiche, in der die Daten desselben Jahres verwendet werden. Im Gegensatz zur zeitgleichen Herangehensweise werden im prospektiven Modell nicht die Ausgaben des aktuellen Jahres, sondern lediglich die Folgekosten einer Krankheit (z.B. Nachbehandlungen), die im folgenden Jahr anfallen, abgeschätzt.³⁰

Was aber leistet nun der neue Morbi-RSA im Vergleich zu den bisherigen Regelungen? Insgesamt lässt sich mit der Morbiditätsorientierung eine Verbesserung bezüglich des Kriteriums Risikoselektion feststellen. So betont der AOK BV-Vorsitzende Reichelt gegenüber der FAZ, dass der neue RSA die „Anreize, vor allem gesunde Versicherte anzuwerben [eindämme. ...] Jetzt sind die Anreize stärker, sich um eine gute Versorgung zu kümmern.“³¹ Es ist allerdings kritisch zu hinterfragen, ob der ausgestaltete Morbi-RSA die beste gewählte Alternative und wie hoch der erreichte Grad an Verbesserung ist. Dem Klassifikationsmodell des BVA liegt ein Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in Verbund mit den Professoren Lauterbach und Wasem zugrunde, welches verschiedene Modelle zur Morbiditätserfassung untersuchte.³² Das BVA entschied sich letztendlich gegen das von den Gutachtern favorisierte Modell RxGroups+InPHCC (Arzneimittelverordnungen im

ambulanten Bereich und stationär Klinikdiagnosen) für die durchgehende Verwendung von Hierarchical Condition Categories (HCC) mittels ambulanter und stationärer Diagnosen und teilweise Arzneimittelverordnungen zur Validierung. Stationäre Diagnosen werden hier bevorzugt, da für eine Berücksichtigung ambulanter Diagnosen, eine Diagnose in zwei Quartalen bzw. eine Validierung mittels Arzneimittelverordnungen vorliegen muss. Dies ist daher kritisch zu sehen, da das von den Gutachtern favorisierte Modell im Vergleich zu der Ausgestaltung mit HCC statistisch eine deutlich bessere Performance aufwies, so war der Bestimmtheitsgrad für RxGroups+InPHCC bei prospektiver Ausrichtung beinahe zweimal so groß wie beim HCC-Modell und viermal so groß wie der bisherige RSA.³³ Wasem merkt hierzu an, dass im ambulanten Bereich Arzneimittelverordnungen Diagnosen bezüglich der statistischen Performance überlegen sind, mit Verweis auf das bereits in Holland eingesetzte PCG+DCG- Modells, das im ambulanten Bereich eben Arzneimittelverordnungen statt ambulanter Diagnosen verwendet.³⁴ Die Argumentation des BVA ist, dass die Gutachter von einer vollständigen Erfassung der Morbidität ausgingen und dies mit den gesetzlichen Vorgaben von 50 bis 80 Krankheiten nicht vereinbar war, da dies eine vollständige Zuordnung von Arzneimitteln zu Krankheiten erfordere, die in Deutschland nicht gegeben sei.³⁵ In einer Expertise äußert sich Prof. Dr. Gerd Glaeske jedoch dazu, dass „der Brauchbarkeit des „RxGroups“-Modells im deutschen Markt zuzustimmen ist, wenn auch an einigen Stellen ohne Frage ein Anpassungsbedarf reklamiert werden muss“³⁶, geht jedoch noch von einer vollständigen Morbiditätserfassung aus. Aber auch Wasem sieht die Stellungnahme des BVA durchaus kritisch, da „sowohl die

Verwendung von Arzneimittelinformationen zur Validierung ambulanter Diagnosen als auch die Verwendung ausgewählter Arzneimittelinformationen im niederländischen PCG+DCG-System [daraufhin deuten], dass ein solcher Weg durchaus möglich gewesen wäre^{.37} Er merkt auch kritisch an, dass für das gewählte Modell keine Erkenntnisse über seine statistische Performance vorliegen.³⁸

Hinsichtlich des Kriteriums der Herstellung eines funktionsfähigen Wettbewerbs äußert sich auch die BKK Mittelstandsoffensive, welche von einem Anreiz spricht, möglichst viele kranke Versicherte zu dokumentieren, und eine Bevorzugung der stationären Diagnosen anprangert. Dies bestrafe Kassen die auf eine „ambulant statt stationär“-Strategie und somit einer Vermeidung teurer Klinikaufenthalte gesetzt hätten.³⁹ Auch Glaeske führt an „der Anreiz für eine Kasse, mehr Patienten zu produzieren, als sie eigentlich hat, ist vorhanden.“⁴⁰ Dieser im Fachjargon als „Upcoding“⁴¹ bezeichnete Vorgang wurde vom BVA abgesprochen, da die Diagnosen nicht von den Krankenkassen, sondern von Ärzten durchgeführt werden. Darüber hinaus seien dies für Krankenkassen unrentabel, da die Kosten der Krankheiten über den Pauschalen liegen und die Kosten erst im Folgejahr erstattet würden.⁴² Der Verbandschef der bayerischen Betriebskrankenkassen Prof. Dr. Jörg Saatkamp betonte aber gegenüber *Ärztliche Praxis (ÄP)* eher eine Instrumentalisierung von Ärzten und Patienten durch Verträge mit Pharmaindustrie und Kassenärztlichen Vereinigungen, die zu einem zielgerichteten Verkranken zur Optimierung der Morbi-Zuschläge führen. Auch die Bevorzugung stationärer Diagnosen setze einen Fehlanreiz, die Versicherten schnell in die Klinik zu bekommen.⁴³ Dies ist insbesondere dadurch kritisch zu sehen, da laut einem weiteren *ÄP*-Bericht die AOK

Bayern bereits einen Vertrag mit dem Bayerischen Hausärzterverband abgeschlossen hat, der eine Chronikervergütung enthält, welche auch einige der vom Morbi-RSA abgedeckten Krankheitsgruppen umfasst.⁴⁴ In eine ähnliche Kerbe schlägt der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Dr. Andreas Köhler, er fürchtet neue Fehlanreize zu Fehlcodierungen. So bringe eine Diagnose eines Arztes von Depression mit Medikamentenverordnung 1050 Euro, eine Diagnose einer depressiven Verstimmung mit Psychotherapie 1700 Euro.⁴⁵

Lauterbach und Lungen merken auch an, dass „die politisch gewollte Begrenzung auf 50 bis 80 teure Erkrankungen [...] aus Sicht eines fairen Wettbewerbs nicht nachvollziehbar [ist].“⁴⁶ Die Begründung des Bürokratieaufwandes sei nicht zutreffend, da alle Daten bereits elektronisch vorliegen und die Einbeziehung aller Krankheiten statistisch weniger aufwendig sei, als wenige vorher herauszupicken.⁴⁷

Insgesamt ist somit eine Verbesserung eines funktionierenden Wettbewerbs abzuwarten. Doch wie sieht es mit der Versorgungsverbesserung aus? Für viele kranke Versicherte erhalten die Kassen mehr Geld, doch einige vor allem sehr teure Versicherte gehen leer aus. So führt Wasem an, dass die Abschaffung des Risikopools durchaus problematisch sein könnte. Das Gutachten von 2005 hat sich zwar für eine Abschaffung aus Gründen des Bürokratieabbaus und der finanziellen Bedeutungsverlustes ausgesprochen, ging aber von vollständiger Morbiditätserfassung aus. Mit dem realisierten Krankheiten-Modell fallen aber einige seltene, aber sehr teure Krankheiten aus diesem Modell heraus, welche insbesondere bei kleineren Kassen ins Gewicht fallen können.⁴⁸

Insbesondere für die schwer Kranken liegt somit nicht zwingend eine Verbesserung der Versorgung vor, es besteht viel mehr eine Gefahr der Risikoselektion, was auch für die DMP-Versicherten gilt. Lauterbach sieht mit einer sinkenden Unterstützung für die DMPs auch den Anreiz für die Krankenkassen die Programme und somit Präventionsmaßnahmen einzustellen⁴⁹ oder die Versorgungsqualität sinken zu lassen.⁵⁰ Gegenstimmen hierzu – wie von Wasem – warnen vor einer Aufgaben-Überfrachtung des Morbi-RSA. Zweck sei die Vermeidung von Risikoselektion und nicht die Schaffung von Prävention.⁵¹ Man sollte aber auch bedenken, dass mit der prospektiven Ausrichtung des Morbi-RSA ein erheblicher Anreiz gegeben ist Prävention für gute Risiken zu betreiben.

Was bleibt nun übrig von der lange geforderten Morbiditätsorientierung im RSA? Die Anreize zur Risikoselektion wurden zwar qualitativ gesenkt, aber eine quantitative Maßzahl liegt nicht vor. Dafür könnten aber Fehlanreize gesetzt worden sein, die langfristig zu einer weiteren Ausgabensteigerung im GKV-System führen. Selbst wenn alle Krankenkassen gleich reagieren und sich somit ein Nullsummenspiel bezüglich der Transferzahlungen ergibt, wie Dorothee Schmidt gegenüber *ÄP* zu Wort gab⁵², bleiben dennoch Kostensteigerungen. Dies lässt sich leicht spieltheoretisch anhand eines Gefangenendilemmas rekonstruieren. Die Versicherungen verhalten sich kollektiv gleich und betreiben „Upcoding“, um möglichst hohe Transferzahlungen zu erhalten. Die RSA-Transfersummen-Verhältnisse würden sich somit lediglich marginal ändern, es verbleiben jedoch kollektiv gestiegene Behandlungskosten, was langfristig die Kassenbeiträge erhöhen würde.

Auf der Versorgungsseite werden viele chronisch kranke

Versicherte für die Kassen besser vergütet, sie könnten die Profiteure des Morbi-RSA sein. Einige schwere Krankheiten werden jedoch mit dem Wegfall des Risikopools nicht mehr, bzw. geringer berücksichtigt. Lösungen hierzu wären einerseits die Beibehaltung des Risikopools, der auf der Gesamtebene finanziell ohnehin geringe Auswirkungen hat, aber für einige einzelne Kassen dennoch von Bedeutung ist, oder eine vollständige Morbiditätserfassung, mit der auch das Hauptargument des BVA gegen die RxGroups+InPHCC-Lösung bröckeln würde.

„Der bisherige RSA setzt für die Krankenkassen die falschen Anreize“⁵³ fürchtete Köhler 2005, sieht aber auch jetzt Fehlanreize durch den neuen Morbi-RSA.⁵⁴ Es fällt somit schwer vom Morbi-RSA als einem großen Sprung nach vorne zu sprechen, eher von einem kleinen Schritt. Ob dieser nach vorne oder hinten geht, werden das kommende Jahr und vor allem die neuen Versorgerverträge zeigen. Da auch bei einer weiteren Ausgestaltung der GKV-Finanzierung in Richtung Kopfprämie oder Bürgerversicherung ein RSA nötig sein wird (ohne Einheitsversicherung; bei der Kopfprämie zumindest der Beitragsbedarfsausgleich), steht die Politik auch nach der Bundestagswahl 2009 erneut vor der Aufgabe hier nachzubessern.

- 1 Vgl. Wasem, Jürgen; Lux, Gerald, Schillo, Sonja, Staudt, Susanne; Jahn, Rebeca:(2008) Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Ausgestaltung und Perspektiven für die Versorgung“ in Gesundheits- und Sozialpolitik 4/2008 [15-22], S. 15
Risiko Selektion umschreibt ein bewusstes Verhalten der Krankenkassen mit dem Ziel möglichst wenig schlechte Risiken, Versicherte mit hohen Kosten, und möglichst viele gute Risiken, Versicherte mit geringen Kosten, zu attrahieren. Dies kann direkt mittels Einwirkung auf den Vertragsschluss, oder indirekt über ein Leistungsangebot, welches lediglich für gute Risiken attraktiv ist, geschehen. Ausgehend davon, dass Risiko Selektion auch Transaktionskosten verursacht, senkt ein RSA den Anreiz Risiko Selektion zu betreiben.
Für eine ökonomische Betrachtung des Entgegenwirkens von Risiko Selektion durch einen Risikostrukturausgleich: Breyer/Kifmann/Zweifel *Gesundheitsökonomik*, Berlin: 2005, Springer Verlag, Kap. 7
- 2 Vgl. Breyer/Kifmann/Zweifel *Gesundheitsökonomik*, Berlin: 2005, Springer Verlag, S. 273ff
- 3 Jacobs, Klaus/Schulze, Sabine: „Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich: notwendige Funktionsbedingung für sinnvollen Wettbewerb in der GKV“ in *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 3/2007 [7-14]
- 4 Vgl. Ingenerf, Josef: „Der Morbi-RSA soll den Wettbewerb um Gesunde beenden“ in *Deutsches Ärzteblatt* 22/104, 1. Juni 2007, [1564-1569], A1564f
- 5 IGES/Cassel/Wasem: *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung*, in http://www.iges.de/publikationen/gutachten/rsa_gutachten/e5166/infoboxContent5178/RSA-Gutachten2001_ger.pdf, 2001 (Abruf vom 18.12.2008)
- 6 Vgl. Lauterbach, Karl; Wille, Eberhard: *Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich*, 2001 in http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/endgutachten_rsa.pdf (Abruf vom 18.12.2008), S. 177f
- 7 Vgl. Ingenerf, 2007, A1564
- 8 Für eine plastischere Darstellung der Berechnungsmethode siehe die Lerneinheit „Risikostrukturausgleich – Verfahren“ der Bundeszentrale für politische Bildung http://www.bpb.de/themen/WZDR71,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?lt=AAA739&guid=AAA216
Eine exakte und fundierte Darlegung des Verfahrens des Risikostrukturausgleichs, des Risikopools und der DMP-Programme im Jahre 2005 findet sich bei: Göppfarth, Dirk „RSA-Jahresausgleich 2005 – Daten und Fakten“ in Göppfarth/Greif/Jacobs/Wasem(Hsbg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds*, 2007a: Asgard Verlag, Lübeck [357-403]
- 9 IGES/Cassel/Wasem, 2001(Anm. 5)
- 10 Vgl. Lauterbach / Wille, 2001(Anm. 6)
- 11 Göppfarth, Dirk: „Der Risikostrukturausgleich auf dem Weg zur direkten Morbiditätsorientierung“ in *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 3/2007 [23-30], S. 23
- 12 Vgl. Göppfarth, 2007, S.24, (Anm.11)
- 13 Vgl. Göppfarth, Dirk „RSA-Jahresausgleich 2005 – Daten und Fakten“ in Göppfarth/Greif/Jacobs/Wasem(Hsbg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds*, 2007a: Asgard Verlag, Lübeck [357-403], S. 376
- 14 Vgl. Göppfarth, 2007a, S. 379 (Anm. 13)
- 15 Vgl. GKV-Spitzenverband, Disease-Management-Programme in <http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=28> (Abruf vom 30.12.2008)
- 16 Ingenerf, 2007, A1566 (Anm. 4)
- 17 Vgl. Göppfarth, 2007a, S. 370 (Anm. 13)
- 18 Vgl. Van Lente/Willenborg/Egger: „Auswirkungen der Disease-Management-Programme auf die Versorgung chronisch kranker Patienten in Deutschland – Eine Zwischenbilanz“ in Gesundheits- und Sozialpolitik, Ausgabe 3/2008 [10-18], S. 16f
- 19 Vgl. Ingenerf, 2007, A1566 (Anm. 5)
- 20 Vgl. Göppfarth, 2007a, S. 375F (Anm. 13)
- 21 Vgl. Göppfarth, 2007, S. 25 (Anm. 11)
- 22 Vgl. Bundesversicherungsamt(BVA), „So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds“ in http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_100/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf, 2008 (Abruf vom 21.12.2008)
- 23 Vgl. BVA, 2008 (Anm.22)
- 24 Vgl. Bundesversicherungsamt (BVA): „Festlegung der Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressions- sowie des Berechnungsverfahrens“ in http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Festlegungen_Klassifikationsmodell.templateId=raw.property=publicationFile.zip/Festlegungen_Klassifikationsmodell.zip, 3.7.2008a (Abruf vom 28.12.2008)
- 25 Vgl. Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung(RSAV) §31,1 in <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/rsav/gesamt.pdf> (Abruf vom 2.1.2009)

- 26 Vgl. Bundesversicherungsamt (BVA): „Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten in der Fassung der Änderungsbekanntgabe vom 29.05.2008“, 2008b, in: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Festlegung_Krankheiten_Aenderung.html (Abruf vom 28.12.2008)
- 27 Vgl. Busse, Reiner / Drösler, Saskia / Glaeske, Gerd / Greiner, Wolfgang / Schäfer, Thomas / Schrappe, Matthias: *Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich*, 2008, in: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_091/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Gutachten_Wissenschaftlicher_Berat.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Gutachten_Wissenschaftlicher_Berat.pdf (Abruf vom 28.12.2008)
- 28 Vgl. Ulle, Tanja / Deppisch, Rebecca / Lux, Gerald / Dahl, Helmut / Marks, Philipp / Pamela Aidelsburger / Wasem, Jürgen: *Konzeptionelle und empirische Fragen der Krankheitsauswahl im Kontext der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der GKV*, 2008, in <http://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/164.pdf> (Abruf vom 29.12.2008)
- 29 Vgl. o. A. „Asthma und Demenz kommen in den Morbi-RSA“, *Ärztliche Praxis* vom 14.5.2008 in http://www.aerztlichepraxis.de/artikel_politik_krankenkassen_morbi-rsa_121076078819.htm (Abruf vom 2.1.2009)
- 30 Vgl. BVA, 2008, S. 8 (Anm22)
- 31 Interview mit Herbert Reichelt in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 31.12.2008
- 32 Vgl. IGES/Lauterbach/Wasem: *Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich*, 2004 in http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168304/SharedDocs/Publikationen/DE/Forschungsberichte/f334.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/f334.pdf (Abruf vom 12.12.2008)
- 33 Vgl. IGES/Lauterbach/Wasem: 2004, S. 12F (Vgl. Anm. 32)
- 34 Vgl. Wasem, Jürgen / Lux, Gerald / Schillo, Sonja / Staudt, Susanne / Jahn, Rebecca: „Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Ausgestaltung und Perspektiven für die Versorgung“ in *Gesundheits- und Sozialpolitik* Ausgabe 04/2008 [15-22], S. 18f
- 35 Vgl. Bundesversicherungsamt (BVA): „Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das Bundesversicherungsamt“, 2008c, in http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Festlegungen_Klassifikationsmodell.templateId=raw.property=publicationFile.zip/Festlegungen_Klassifikationsmodell.zip , (Abruf vom 2.1.2008)
- 36 Glaeske, Gerd: *Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die speziellen Voraussetzungen in der GKV*, 2005, in http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168248/SharedDocs/Publikationen/DE/Forschungsberichte/f-001.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/f-001.pdf , (Abruf vom 2.1.2008)
- 37 Wasem/Lux/Schillo/Staudt/Jahn, 2008, S. 18 (Anm.34)
- 38 Vgl. Wasem/Lux/Schillo/Staudt/Jahn, 2008, S. 19 (Anm.34)
- 39 Vgl. BKK-Mittelstandsoffensive: *Position zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)*, 2008, in <http://www.bkk-mittelstandsoffensive.de/index.php?entryid=24> , (Abruf vom 2.1.2008)
- 40 o.A., „Jagd auf kranke Versicherte“ in *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 9/105, [396]
- 41 „Upcoding“ bezieht sich auf das „höher diagnostizieren“ von Versicherte. Sie werden also in eine Morbiditätsgruppe mit einem höheren Schweregrad klassifiziert. Die zweite Spielart wäre „Gaming“, hier werden Versicherte zwar ihrem Gesundheitszustand entsprechend klassifiziert, jedoch intensiver als eigentlich nötig behandelt.
- 42 Vgl. BVA, 2008, S. 11 (Anm. 22)
- 43 Vgl. o.A. „Morbi-RSA: Schindluder mit den Patienten“ in *Ärztliche Praxis Dermatologie/Allergologie*, Ausgabe 4/2008 [54]
- 44 Vgl. o.A. „Hoppenthaller zieht 73b-Vollvertrag mit AOK aus dem Hut“, in *Ärztliche Praxis*, 18.12.2008, in http://www.aerztlichepraxis.de/artikel_politik_finanzen_73b-vertrag_122960810111.htm (Abruf vom 2.1.2008)
- 45 Vgl. o. A. „2009 wird das Jahr der Buchhalter“ in *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe 49/2008, 5.Dezember 2008 [A2624-2625], A2625
- 46 Lauterbach, Karl / Lungen, Markus: „Gesundheitsfonds – Intention, Systemfragen und Steuerungswirkung“ in *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Ausgabe 4/2008 [11-14], S. 13f
- 47 Vgl. Lauterbach/Lungen, 2008, S. 13 (Anm. 46)
- 48 Vgl. Wasem/Lux/Schillo/Staudt/Jahn, 2008, S. 20 (Anm.33)
- 49 Vgl. Lauterbach/Lungen, 2008, S. 13F (Anm. 46)
- 50 Vgl. o. A. „Startschuss für eine gerechtere Vergütung“ in *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe 04/105, 25.1.2008 [A138-A139], A139
- 51 Vgl. Wasem/Lux/Schillo/Staudt/Jahn, 2008, S. 20f (Anm.33)

- 52 Vgl. o.A. „Morbi-RSA: Schindluder mit den Patienten“ in *Ärztliche Praxis Dermatologie Allergologie*, Ausgabe 4/2008 [54]
- 53 o.A. „Monstervorwürfe“ in *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe 20/102, 20.5.2008 [A1418]
- 54 Vgl. o. A. „2009 wird das Jahr der Buchhalter“ in *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe 49/2008, 5.Dezember 2008 [A2624-2625], A2625