

# Klassifikationsmodelle für Versicherte im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

von Jürgen Wasem, Karl W. Lauterbach und Wilhelm F. Schröder\*<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 wurde der Risikostrukturausgleich (RSA) ab 1994 in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Der RSA gleicht bisher sowohl Unterschiede in den Einnahmen der Krankenkassen als auch Unterschiede in den Gesundheitsausgaben, die vor allem auf unterschiedlichen Versichertenstrukturen beruhen, aus. Um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen mit dem Ziel einer verbesserten Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu intensivieren, erhielten die Versicherten 1996 das Kassenwahlrecht. Analysen zeigen, dass der RSA in seiner jetzigen Form erhebliche Anreize zur Risikoselektion bietet, da er die verschiedenen Krankheitszustände (Morbidität) der Versicherten, die einen unterschiedlichen Versorgungsbedarf mit sich bringen, nicht berücksichtigt.**

Die Autoren, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ein Gutachten zum RSA angefertigt haben, plädieren in ihrem Beitrag für die Einführung eines morbiditätsorientierten RSA ab dem Jahr 2007, in dem Zuschläge für Morbiditätsmerkmale und für Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus ermittelt werden.

**Schlüsselworte:** Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Wettbewerb, Kassenwahlrecht, Risikoselektion, Klassifikationsmodelle

**The risk structure compensation scheme (RSC) was introduced into German statutory health insurance with the Health Care Structure Act of 1992. Currently the RSC adjusts differences in sickness funds' revenues as well as differences in health care expenditures which are primarily due to different risk profiles of their insurees. In order to intensify competition between sickness funds with the objective of improving the quality and efficiency of health care, insurees received the right to choose their sickness fund in 1996. Analyses show that in its current form the RSC bears considerable incentives for risk selection practices („cream-skimming“) because it does not take into account that the different morbidity of the insurees entails a different demand of health care services.**

The authors, who have delivered an opinion about the RSC on behalf of the Ministry of Health and Social Security, plead for the implementation of a morbidity-oriented RSC from 2007 which provides additional payments for certain morbidity criteria as well as age, sex, and occupational disability.

**Keywords:** Morbidity-oriented risk structure compensation, competition, right to choose a sickness fund, risk selection, classification models

## 1. Warum ist ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich notwendig?

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 hat der Gesetzgeber die Weichen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Richtung mehr Wettbewerb gestellt. Mehr als 95 Prozent der GKV-Mitglieder haben seit 1996/97 ein regelmäßiges Kassen-

wahlrecht, das sie seit 2001 – nach einer Mindestmitgliedschaft von 18 Monaten bei der bisherigen Kasse, welche bei einer Beitragssatzerhöhung nicht gilt – mit einer Kündigungsfrist von zwei Monaten ausüben können.

Die Erweiterung des Kassenwahlrechts hat den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich intensiviert, da Management, Beschäftigte und Selbstverwaltung einer Kranken-

\*Prof. Dr. Jürgen Wasem

Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungsprofessur für

\*Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE)

\*Wilhelm F. Schröder

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, IGES

Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, 45117 Essen

Tel.: (0201) 1830 · E-Mail: juergen.wasem@uni-essen.de

der Universität zu Köln, 50935 Köln · Tel.: (0221) 46 790

Fax: (0221) 43 02 304 · E-Mail: Lauterbach@igke.de

Wichmannstraße 5, 10787 Berlin · Tel.: (030) 23 08 090

Fax: (030) 23 08 09 11 · E-Mail: kontakt@iges.de

kasse ein nachhaltiges Interesse daran haben, dass Bestand und Leistungsfähigkeit der Krankenkasse auch unter den veränderten Bedingungen erhalten bleiben.

### 1.1. Ziele eines Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen dient dem Zweck, eine an den Bedürfnissen und Wünschen der Versicherten bzw. Patienten im Krankheitsfall ausgerichtete Versorgung mit Gesundheitsgütern zu erreichen. Im Ergebnis soll durch den Wettbewerb bewirkt werden, dass sich die Versorgung flexibel an medizinische, medizintechnische, ökonomische und politische Datenänderungen anpasst und zugleich den Präferenzen der Versicherten gerecht wird. Mit den jüngsten Gesundheitsreformen, insbesondere dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), sind für die Krankenkassen im Leistungs- und Vertragsrecht erweiterte Spielräume geschaffen worden, ihre Aktivitäten an den Präferenzen der Versicherten auszurichten.

Es besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens, dass die Krankenkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Beiträge nicht am gesundheitlichen Risiko der Versicherten ausrichten sollen; vielmehr schreibt das geltende Recht vor, dass sie bei einem weitgehend einheitlichen Leistungskatalog Beiträge erheben, die sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten orientieren. Auch Überlegungen im politischen Raum, die Finanzierung der GKV auf pauschale Gesundheitsprämien umzustellen, bedeuten, dass die Beiträge der Versicherten nicht an ihrem gesundheitlichen Risiko orientiert sind. Denn der Zugang zum Krankenversicherungsschutz und damit zur gesellschaftlich als notwendig und ausreichend angesehenen gesundheitlichen Versorgung soll für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht durch finanzielle Hürden beeinträchtigt werden. Wegen des Verbots risikoäquivalenter Prämien zahlen Gesunde für die Kranken mit, die Jüngeren für die Älteren und – wegen der geschlechtsspezifischen Unterschiede von Krankheitsrisiken und der unterschiedlichen Lebenserwartung – Männer für Frauen. Aufgrund der einkommensbezogenen Beiträge zahlen außerdem auch Besserverdienende mit für Schlechterverdienende. Schließlich besteht eine beitragsfreie Familienversicherung, in deren Folge Ledige und Kinderlose mit für Familien mit Kindern zahlen.

### 1.2. Selektionsanreize bei den Krankenkassen

Ein Kassenwettbewerb, bei dem die Kassen keine risikoäquivalenten Prämien fordern dürfen, bewirkt für die Krankenkassen zunächst starke Anreize zur aktiven Risikoselektion, da sie hierdurch ihre Marktposition verbessern können. Insbesondere wäre es für die Krankenkassen attraktiv, möglichst junge und gesunde Versicherte für sich zu gewinnen, weil für diese die Leistungsausga-

ben geringer als die Beitragseinnahmen sind (und damit sog. „positive Deckungsbeiträge“ entstehen), während umgekehrt Anreize bestehen, alte, kranke Versicherte möglichst nicht zu versichern, weil für diese höhere Leistungsausgaben als Beitragseinnahmen anfallen (es entstehen „negative Deckungsbeiträge“). Bei einkommensabhängigen Beiträgen entsteht außerdem ein starkes Interesse, möglichst gut Verdienende zu versichern, jedoch keine Geringverdiener. Zwar ist es den Krankenkassen aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen verwehrt, Beitrittswünsche abzulehnen oder bestehende Versicherungsverhältnisse zu kündigen. Gleichwohl können sie ihre Handlungsmöglichkeiten auf das Ziel einer möglichst „guten“ Risikomischung ihrer Versicherten ausrichten, so z.B. bei der Gestaltung von Modellvorhaben, in der gezielten Ansprache von Personengruppen über Werbung oder den „Rückhol-Anstrengungen“ bei Kündigung durch das Mitglied, bei der Ausgestaltung von Bonus- und Selbstbehaltmodellen, in der Gewährung von Kann-Leistungen oder (insoweit kassenindividuelle Dispositionsspielräume bestehen) bei der Gestaltung der Verträge mit Leistungserbringen (z.B. im Rahmen der integrierten Versorgung).

Begünstigt wird die Tendenz zur aktiven Risikoselektion der Kassen noch durch die „Selbstselektion der Mitglieder“ bzw. die „passive Risikoselektion“ beim Kassenwechsel. Die aus dieser aktiven wie passiven Selektion resultierenden positiven oder negativen Deckungsbeiträge schlagen sich unmittelbar auf den Beitragssatz, den eine Krankenkasse im Vergleich zu den Mitbewerbern kalkulieren muss, nieder. Kassen, die über eine schlechte Risikostruktur verfügen und deshalb einen hohen Beitragssatz kalkulieren müssen, geraten in einen ruinösen „Teufelskreis“ – und zwar unabhängig davon, wie effizient sie im Übrigen wirtschaften: Sie verlieren nach und nach ihre guten und behalten ihre schlechten Risiken, ohne eine reelle Chance zu haben, risikogünstige neue Mitglieder hinzuzugewinnen. Sie unterliegen damit einer unaufhaltsamen, weil beitragssatztreibenden Risikoentmischung, die sich noch dadurch beschleunigt, dass sich die guten Risiken zunehmend in den ohnehin beitragssatzgünstigen Kassen konzentrieren.

Aufgrund dieser vorhersehbaren Entwicklung bei Kassenwahlfreiheit und dem Verbot risikoäquivalenter Prämien hat der Gesetzgeber mit dem GSG den Risikostrukturausgleich ab 1994/95 eingeführt – nicht nur, um die höchst ungleichen Startvoraussetzungen bei Ausweitung der Kassenwahlfreiheit zu kompensieren, sondern insbesondere auch, damit die Anreize zur aktiven wie passiven Risikoselektion dauerhaft neutralisiert werden. Erst unter der Voraussetzung des RSA kann das Interesse der Kassen geweckt werden, sich im Wettbewerb durch die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu profilieren. Ein Wettbewerb um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist für die Krankenkassen aufwändig<sup>2</sup>, gleichwohl kann das Engagement in der Versorgung unter geeigneten Rahmenbe-

dingungen eine zukunftssträchtige Strategie für Krankenkassen zur Profilierung auf dem Kassenmarkt sein. So können Krankenkassen im Management von Vertragsabschlüssen für spezifische Erkrankungen eine besondere Kompetenz erwerben, so dass sie für Versicherte mit diesen Erkrankungen attraktive Krankenkassen sind. Während insbesondere chronisch kranke Versicherte bislang kaum die Krankenkasse gewechselt haben, kann sich dies bei Wettbewerb um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ändern.

### 1.3. Wirkungen des und Probleme beim derzeitigen Risikostrukturausgleich

Der Wettbewerb in der GKV ist nur dann funktionsfähig, wenn die Preissignale für die Versicherten adäquat sind, d.h. im Rahmen einkommensabhängiger Beiträge, wenn die Beitragssätze nicht durch unterschiedliche Risikomischungen verzerrt sind. Der RSA hat daher im Beitragssatzwettbewerb die Aufgabe, die Preissignale so auszurichten, dass nicht historisch überkommene oder aktuell entwickelte Unterschiede in der Zusammensetzung der Versicherten einer Krankenkasse, sondern ihr Handeln mit Blick auf Effizienz sich im Beitragssatz niederschlagen.

Der RSA nimmt heute im Wesentlichen zwei Aufgaben wahr: Er gleicht Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aus (Finanzkraftausgleich), und er gleicht Unterschiede in den ausgabeseitigen Risikostrukturen aus (Beitragsbedarfsausgleich)<sup>3</sup>. Gegenwärtig werden im Rahmen des Beitragsbedarfsausgleiches im RSA folgende Merkmale der kassenspezifischen Versichertenstruktur berücksichtigt: Alter und Geschlecht der Versicherten, Erwerbsminderungsstatus, Art der Anspruchsberechtigung auf Krankengeld sowie die Einschreibung in die vom Bundesversicherungsamt (BVA) für bestimmte Krankheiten zugelassenen sog. strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme (DMP)). Nach diesen Merkmalen differenziert werden Versichertengruppen (RSA-Zellen) gebildet; für die jeweiligen Versichertengruppen werden Durchschnittsausgaben errechnet und als standardisierte Leistungsausgaben zugewiesen<sup>4</sup>.

Jedem Versicherten einer Krankenkasse können entsprechend seiner Zugehörigkeit zu genau einer der RSA-Zellen standardisierte Leistungsausgaben zugeordnet werden, deren Summe über alle ihre Versicherten den Beitragsbedarf einer Kasse ergibt. Kassen mit einer überdurchschnittlich jungen Versichertenstruktur haben entsprechend einen vergleichsweise geringen Beitragsbedarf pro Kopf ihrer Versicherten, Kassen mit überdurchschnittlich vielen älteren Versicherten, einem hohen Anteil an Erwerbsminderungs-Rentnern oder einem überdurchschnittlichen Anteil in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebener Versicherter dagegen einen relativ hohen Beitragsbedarf pro Kopf.

Damit „lohnt“ sich Risikoselektion nach Alter, Geschlecht oder Invalidität und Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme der Versicherten an den strukturierten Behandlungsprogrammen aus Sicht einer Kasse nicht, weil jede diesbezügliche Verbesserung ihrer Risikostruktur nicht etwa zu einem entsprechend geringeren Beitragssatz, sondern zu einer entsprechenden Zahlungsverpflichtung bzw. Verminderung des Ausgleichsanspruchs im RSA führt<sup>5</sup>. Auch entstehen in Bezug auf diese Merkmale keine Beitragssatzvor- oder -nachteile. Damit kann der gegenwärtige RSA – wie die vorliegenden Analysen<sup>6</sup> zu seiner Funktionsweise und Effektivität gezeigt haben – im Vergleich zur Situation ohne RSA die Anreize zur Risikoselektion erheblich mindern. Auch werden die aus historisch gewachsenen unterschiedlichen Versichertenstrukturen resultierenden Beitragssatzunterschiede gegenüber einer Situation ohne RSA deutlich begrenzt. In der RSA-Untersuchung von (Jacobs, Reschke et al. 2002) für das BMG konnte gezeigt werden, dass die Unterschiede in den rechnerischen Beitragssätzen der Krankenkassen ohne RSA deutlich mehr als 12 Beitragssatzpunkte betragen würden. Demgegenüber sind die risikostrukturbedingten Beitragssatzunterschiede mit dem gegenwärtigen RSA deutlich geringer.

Die Analysen haben aber auch übereinstimmend festgestellt, dass für die Krankenkassen nach wie vor merkbliche Anreize zur Risikoselektion bestehen und Selbstselektion die Finanzsituation von Krankenkassen spürbar beeinflusst; wie (Lauterbach und Wille 2001) zeigten, sind auch die derzeit beobachtbaren Unterschiede in den Beitragssätzen wesentlich durch den mangelnden Ausgleich des Morbiditätsrisikos verursacht und nicht durch Unterschiede in der Effizienz des Versorgungsmanagements. Wird ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, entstehen Anreize zur positiven Risiko-selektion und risikostrukturbedingte Beitragssatzverzerrungen verbleiben insbesondere dann noch, wenn die Krankenkasse für einen Versicherten einen deutlich höheren Beitragsbedarf aus dem RSA zugerechnet bekommt als Leistungsausgaben für diesen Versicherten zu erwarten sind; umgekehrt entstehen Anreize zu negativer Risikoselektion gegenüber solchen Versicherten, die zukünftig deutlich höhere Leistungsausgaben erwarten lassen als der Krankenkasse an Beitragsbedarf zugerechnet wird. Dies bedeutet, dass die Kassen gegenwärtig nach wie vor ein deutliches Interesse haben, innerhalb der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen möglichst wenig Kranke, vor allem wenig schwer und chronisch kranke Personen zu versichern. Dieses gering ausgeprägte Interesse der Kassen an kranken Versicherten ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs im derzeitigen RSA zwar nach Alter, Geschlecht, Invalidität und seit 2003 nach Einschreibung/Nicht-Einschreibung in DMP differenziert wird, aber noch keine umfassende Differenzierung nach dem Morbiditätsrisiko vorgenommen wird.

Aus einzelwirtschaftlicher Sicht war es bislang für die Krankenkassen mit negativen Konsequenzen verbunden, sich nachdrücklich um eine Verbesserung der Versorgung beispielsweise für chronisch Kranke zu bemühen. Selbst wenn dies zu einer möglichen Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung geführt hätte, hätten Chroniker nach wie vor zu negativen Deckungsbeiträgen geführt. Da bei einem Engagement für eine verbesserte Behandlung von Chronikern aber das Risiko für eine Krankenkasse bestanden hätte, dass weitere Chroniker sich bei ihr versichern, hätte sich ihre Beitragssatzposition weiter verschlechtert. Krankenkassen haben sich unter den Rahmenbedingungen des bisherigen RSA, so die übereinstimmende Analyse der Gutachten, daher allenfalls „halbherzig“ auf die Verbesserung der Behandlung von Chronikern eingelassen; die hier möglichen Effizienz- sowie Qualitätsverbesserungspotenziale sind folglich nicht ausgeschöpft worden.

#### 1.4. Morbiditätsindikatoren für einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Mit der gesonderten Berücksichtigung von Disease-Management-Programmen im RSA und der Einführung eines Risikopools in Ergänzung zum RSA ist der Gesetzgeber erste Schritte einer besseren Berücksichtigung des Morbiditätsrisikos gegangen. Die Einschreibung ist ein leicht verfügbares Merkmal, mit dem Chroniker identifiziert werden können, während eine weitergehende Berücksichtigung der Morbidität heute nicht möglich ist, sondern umfassender Vorbereitungsarbeiten bedarf. Durch die gesonderte Berücksichtigung von eingeschriebenen Versicherten wird bewirkt, dass Krankenkassen, die Verträge zur besseren Versorgung chronisch Kranker abschließen, anders als zuvor finanziell nicht „bestraft“ werden, wenn Chroniker anderer Kassen sich zu einem Wechsel zu einem erfolgreichen DMP entscheiden. Mit der Berücksichtigung von Einschreibungen in Disease-Management-Programmen werden Anhaltspunkte für eine Risikoselektion bereits abgedeckt, zumal gegenüber zufällig auftretenden Akuterkrankungen kaum selektiert werden kann. Die abweichenden Einschreibquoten in Disease-Management-Programme zwischen Krankenkassen können zudem auch Anlass sein, die eigenen Programme zu verbessern.

Würde Morbidität jedoch neben den bisher im RSA berücksichtigten Merkmalen ausschließlich über die Einschreibung in Disease-Management-Programmen gemessen, würden nur Ausschnitte aus dem Morbiditätsspektrum berücksichtigt, sodass für andere Patientengruppen weiterhin Anreize zur Risikoselektion und Beitragssatzverzerrungen durch unterschiedliche Risikomischungen in den Versichertenbeständen bestehen blieben. Gegenüber Versicherten mit erheblichen Kosten, die nicht in Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, würden die Anreize zur Risikoselektion sogar zunehmen, weil die standardisierten Leistungsausgaben für diese Versicherten durch die Schaffung geson-

derter Versichertengruppen für DMP-Versicherte abgesenkt werden; dies gilt auch gegenüber solchen Versicherten, die zwar an einer DMP-fähigen Erkrankung leiden, jedoch entweder nicht zur Einschreibung motiviert werden können oder aus dem Programm ausgeschlossen werden müssen, da sie die notwendige Mitwirkung („Compliance“) nicht aufweisen.

Erst eine umfassende, direkte Berücksichtigung der Morbidität bei der Bemessung des Beitragsbedarfes kann hier die richtigen Anreize setzen. Eine direkte Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten im RSA wird vor dem Hintergrund der vom Gesetzgeber beschlossenen Umstellung der Vergütungssysteme in der Krankenhausversorgung und der vertragsärztlichen Versorgung zusätzlich dringlich: Mit der Umstellung auf DRGs (Diagnosis Related Groups) wird die Morbidität der Versicherten in den Abrechnungen der Krankenhäuser stärker abgebildet als dies bislang im System tagesgleicher Pflegesätze der Fall war. Ähnliches gilt für die Umstellung auf morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumina in der vertragsärztlichen Versorgung, in der Morbidität bislang keine Rolle spielte, weil die Krankenkassen morbiditätsunabhängige Kopfpauschalen je Mitglied an die Kassenärztlichen Vereinigungen entrichteten. Beides führt dazu, dass die Krankenkassen in stärkerem Umfang als bislang das Morbiditätsrisiko übernehmen müssen. Auch hat der Gesetzgeber mit dem GMG den Krankenkassen zusätzliche Instrumente eingeräumt, sich im Wettbewerb zu profilieren. Insbesondere ist hier auf Bonusinstrumente und erste Einstiege in selektives Kontrahieren (z.B. im Rahmen der integrierten Versorgung) zu verweisen. Diese Instrumente schaffen Potenziale zu mehr Wirtschaftlichkeit in der Versorgung; gleichzeitig erweitern sie jedoch auch die Möglichkeiten, Risikoselektion zu betreiben. In der Folge entstehen unter dem heutigen RSA verschärfte Wirkungen von Risikoselektion und Selbstselektion auf die Beitragssätze der Krankenkassen, so dass es umso notwendiger wird, die Morbidität auch im RSA direkt zu berücksichtigen. Insgesamt wird erst mit der vom Gesetzgeber durch die RSA-Reform von 2001 beschlossenen umfassenden Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in Richtung einer direkten Morbiditätsorientierung bis 2007 eine hinreichende Berücksichtigung des Morbiditätsrisikos erreicht. Internationale Erfahrungen zeigen, dass mit einer umfassenden direkten Morbiditätsorientierung Risikoselektion wesentlich erschwert werden kann; damit können auch die Beitragssatzfolgen von Unterschieden in den Versichertenbeständen deutlich abgemildert werden (vgl. einen Überblick bei *van de Ven/Ellis 2000*).

#### ■ 2. Untersuchung der Modelle einer direkten Morbiditätsorientierung des RSA

Das RSA-Reformgesetz von 2001 sieht vor, dass der morbiditätsorientierte RSA bis 2007 eingeführt werden soll. Die Umsetzung dieser Vorgabe soll durch eine Änderung der Risikostrukturaus-

## Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

gleichsverordnung (RSAV) erfolgen. Das Gesetz schreibt weiterhin vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung zuvor eine wissenschaftliche Untersuchung für die Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale beauftragen solle. Mit dieser wissenschaftlichen Untersuchung hat das BMGS ein Gutachterkonsortium, bestehend aus dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES, Berlin), Prof. Dr. Dr. Karl Lauterbach (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen), also die Autoren dieses Beitrags beauftragt.

Neben konzeptionellen Arbeiten bestand der Kern der wissenschaftlichen Untersuchung in der empirischen Analyse und Auswertung einer GKV-Versichertenstichprobe. Das RSA-Reformgesetz hatte die Krankenkassen unter Beteiligung ihrer Verbände und der Kassenärztlichen sowie Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verpflichtet, für die Jahre 2001 und 2002 eine versichertenbezogene, pseudonymisierte Stichprobe mit Informationen insbesondere über die bisher im RSA verwendeten Risikomerkmale sowie die ambulanten und stationären Diagnosen, verordneten Arzneimittel und Leistungsausgaben aller Leistungsarten zu erheben und zur Verfügung zu stellen. Mit dieser Stichprobe stand den Gutachtern ein für die GKV repräsentativer Datensatz von annähernd zwei Millionen Versicherten zur Verfügung, der eine Analyse der Modelle einer direkten Morbiditätsorientierung und ihrer Wirkungen

in der gesetzlichen Krankenversicherung erlaubte. Es ist nach diesen Erfahrungen zur Stichprobe, deren Zusammenführung für alle Beteiligten Neuland war, davon auszugehen, dass auch für den Routinebetrieb nach Einführung des morbiditätsorientierten RSA eine zuverlässige und zeitgerechte Datenerhebung und -bereitstellung möglich ist.

Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs gibt der Bundesregierung auf, bei der Umstellung des RSA auch internationale Erfahrungen mit Klassifikationsmodellen direkter Morbiditätsorientierung zu berücksichtigen. Auftrag der Gutachter war es daher, zunächst einen Überblick über die international verwendeten Modelle zu erarbeiten. Dabei wurden 18 Modelle einer direkten Morbiditätsorientierung identifiziert. Aus diesen haben die Gutachter eine Vorauswahl aus sechs Modellen getroffen, die sich an konzeptionellen und qualitativen Kriterien sowie daran orientierte, ob die Modelle oder Modellfamilien bereits empirisch eingesetzt wurden. *Tabelle 1* unterrichtet über die Modelle.

Fünf dieser Modelle wurden in den USA entwickelt, wo sie für unterschiedliche Zwecke der Morbiditätsadjustierung (überwiegend: zur Zuweisung von Vergütungen an Managed Care-Organisationen; vgl. *van de Ven/Ellis 2000*) eingesetzt werden. Eines der Modelle wurde in den Niederlanden entwickelt, wo es seit 2004 für den dortigen morbiditätsorientierten RSA verwendet wird. Von diesen Modellen verwenden vier Modelle stationäre und ambulante Diagnosen zur Identifikation und Messung der Morbidität, zwei Modelle verwenden stationäre Diagnosen und Arzneimittel-

TABELLE 1

### Modelle in der empirischen Überprüfung

Nr.	Modellbezeichnung	Modellentwicklung in	Morbiditätsinformationen	Zellen- oder Zuschlagsmodell
1	ACG	USA	Stationäre u. ambulante Diagnosen	Zellenmodell
2	ACG-PM	USA	Stationäre u. ambulante Diagnosen	Zuschlagsmodell
3	CDPS	USA	Stationäre und ambulante Diagnosen	Zuschlagsmodell
4	HCC	USA	Stationäre und ambulante Diagnosen	Zuschlagsmodell
5	PCG+DCG	Niederlande	Stationäre Diagnosen und Arzneimittelinformationen	Zuschlagsmodell
6	RxGroups+IPHCC	USA	Stationäre Diagnosen und Arzneimittelinformationen	Zuschlagsmodell

Quelle: Wasem/Schröder/Lauterbach (2005)

informationen. Ein Modell ist ein reines „Zellenmodell“, bei dem die Versicherten jeweils genau einer Versichertengruppe zugeordnet werden (wie etwa auch im gegenwärtig praktizierten RSA), die übrigen fünf Modelle sind so genannte „Zuschlagsmodelle“, bei denen sich die standardisierten Leistungsausgaben für einen Versicherten aus einem Basisbetrag für z.B. Alter und Geschlecht und einem oder mehreren Zuschlägen bei Vorliegen bestimmter Morbiditätsinformationen ergeben.

Alle untersuchten Modelle können im Rahmen eines sog. „zeitgleichen“ Verfahrens und im Rahmen eines „prospektiven“ Verfahrens eingesetzt werden. Werden die Versicherten im Ausgleichsjahr unter Verwendung der Morbiditätsinformationen eines früheren Jahres den Morbiditätskategorien zugeordnet, handelt es sich um ein prospektives Verfahren. Stammen die Morbiditätsinformationen aus dem Ausgleichsjahr, sprechen wir von einem „zeitgleichen“ Modell. Sowohl die zeitgleiche wie die prospektive Ausgestaltung der Modelle wurden von den Gutachtern konzeptionell und empirisch geprüft. Ein zentrales Kriterium zur Beurteilung der Eignung der Modelle für den Risikostrukturausgleich ist ihre Fähigkeit, die individuellen Ausgaben für Versicherte der Krankenkassen aufgrund der Morbidität zu prognostizieren und insoweit Risikoselektionen und Beitragssatzverzerrungen zu vermeiden. Die Gutachter haben diese Fähigkeit der Klassifikationsmodelle – wie

international üblich – anhand statistischer Kriterien überprüft. Auf der individuellen Ebene findet dabei das sogenannte  $R^2$  besondere Beachtung. Das  $R^2$  misst den durch das Modell erklärten Anteil an der interindividuellen Varianz der Ausgaben an der Gesamtvarianz der Ausgaben. Der Wert von  $R^2$  liegt zwischen 0 und 1; je größer der Wert des  $R^2$ , umso besser ist ein Modell in der Verhinderung von Risikoselektion. Bei der Beurteilung der  $R^2$ -Werte ist zu berücksichtigen, dass ein großer Teil der Ausgaben der Krankenkassen eines Jahres in prospektiver Sicht „rein zufällig“ im Sinne von „nicht vorhersehbar“ anfällt. International gelten in prospektiven Modellen Werte größer als 25 Prozent als kaum erreichbar (vgl. *van de Ven/Ellis 2000*).

Tabelle 2 unterrichtet über das  $R^2$  der empirisch geprüften Modelle für die Gesamtheit aller RSA-fähigen Sachleistungen. Tabelle 2 zeigt, dass sämtliche Modelle, die direkte Morbiditätsinformationen verwenden, ein erheblich besseres  $R^2$  aufweisen als der durch Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungs-Status modellierte heutige RSA. Sowohl in der prospektiven wie in der zeitgleichen Ausgestaltung weist das Modell RxGroups+IPHCC, das stationäre Diagnosen und Arzneimittelinformationen verwendet, mit Abstand das höchste  $R^2$  auf. Auf der Ebene der Teilkollektive von Versicherten wird als Maß für die Leistungsfähigkeit eines Modells die Summe der für alle Versicherten dieses Teilkollektivs vom Modell geschätzten Ausgaben den tatsächlichen Ausgaben für dieses Teil-

TABELLE 2

 **$R^2$ -Werte der untersuchten Modelle (sämtliche RSA-berücksichtigungsfähigen Sachleistungen)**

Zeithorizont	Modell	$R^2$ (in Prozent)
zeitgleich	RSA S.Q.	7 %
	ACG	14 %
	ACG-PM	21 %
	CDPS	19 %
	HCC	26 %
	PCG+DCG	30 %
	RxGroups+IPHCC	48 %
prospektiv	RSA S.Q.	6 %
	ACG	9 %
	ACG-PM	12 %
	CDPS	12 %
	HCC	15 %
	PCG+DCG	15 %
	RxGroups+IPHCC	24 %

Anm.: RSA S.-Q.: ohne Trennung der Rechtskreise, ohne Berücksichtigung von RSA-wirksamer DMP-Einschreibung, ohne Risikopool, Ausgaben für Sachleistungen ohne Zahnmedizin.

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

TABELLE 3

Prognostizierte Ausgaben relativ zu den tatsächlichen Ausgaben: Versicherte mit Diabetes und KHK

Zeithorizont	Modell	Predictive Ratio	
		Diabetes	KHK
zeitgleich	RSA S.-Q.	0,58	0,62
	ACG	0,68	0,73
	ACG-PM	0,83	0,80
	CDPS	0,86	0,78
	HCC	0,87	0,83
	PCG+DCG	0,94	0,98
	RxGroups+IPHCC	0,93	1,01
prospektiv	RSA S.-Q.	0,60	0,69
	ACG	0,67	0,78
	ACG-PM	0,82	0,84
	CDPS	0,86	0,83
	HCC	0,87	0,86
	PCG+DCG	0,90	0,95
	RxGroups+IPHCC	0,91	0,99

Anm.: RSA S.-Q.: ohne Trennung der Rechtskreise, ohne Berücksichtigung von RSA-wirksamer DMP-Einschreibung, ohne Risikopool, Ausgaben für Sachleistungen ohne Zahnmedizin. (Überschätzung „>1“; Unterschätzung „<1“)

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

kollektiv gegenübergestellt (sog. „Predictive Ratio“). Ein Modell ist umso leistungsfähiger, je näher das Verhältnis von prognostizierten und tatsächlichen Ausgaben bei 100 Prozent liegt. In der Untersuchung wurden Teilgruppen von Versicherten u. a. nach der Höhe der tatsächlichen Ausgaben sowie für eine Reihe chronischer Erkrankungen gebildet. Die folgende *Tabelle 3* zeigt die Ergebnisse beispielhaft für Diabetes Mellitus (Typ 1 und 2) sowie für die Koronare Herzerkrankung (KHK).

*Tabelle 3* zeigt, dass sämtliche Modelle, die Morbiditätsinformationen verwenden, deutlich besser als ein Modell, das nur mit Alter, Geschlecht und Bezug/Nicht-Bezug einer Erwerbsminderungsrente arbeitet, die tatsächlichen Ausgaben für die Gruppe der Versicherten mit Diabetes bzw. KHK prognostizieren können. Die hier an zwei Beispielen demonstrierten Ergebnisse gelten weitgehend auch für Teilgruppen von Versicherten mit anderen chronischen Erkrankungen.

### 3. Empfehlungen der Gutachter

Die Autoren empfehlen in ihrem Gutachten, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der GKV ab 2007 auf der Basis des Modells RxGroups+IPHCC durchzuführen. Ein Modell, das mit

Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelinformationen arbeitet, weist sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der Ebene von Teilkollektiven von Versicherten statistisch bessere Eigenschaften auf als ein Modell, das mit Krankenhausdiagnosen und Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung arbeitet.

Die Autoren plädieren zudem dafür, das Modell in einer prospektiven Ausgestaltung anzuwenden; konkret schlagen sie vor, die Versicherten anhand der Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelinformationen des Vorjahres einzustufen und die standardisierten Leistungsausgaben anhand der Leistungsausgaben des laufenden Ausgleichsjahres zu ermitteln. Der Vorschlag im Gutachten zur Umstellung des RSA auf ein prospektives Verfahren trägt insbesondere der Tatsache Rechnung, dass hiermit die Wirtschaftlichkeitsanreize in noch stärkerem Maße als mit einem zeitgleichen Modell gewahrt bleiben. Zwar weist – wie nicht anders zu erwarten – die prospektive Ausgestaltung des RxGroups+IPHCC-Modells (wie auch bei den übrigen Modellen) ein deutlich geringeres R<sup>2</sup> auf als bei der zeitgleichen Ausgestaltung, da Akuterkrankungen im prospektiven Modell wesentlich weniger berücksichtigt werden. Da jedoch die Krankenkassen bei Akuterkrankungen im Allgemeinen keine Möglichkeiten zur Risikoselektion haben und die rein zufälligen Ereignisse des Ausgleichsjahres selbst zum Ver-

sicherungsgeschäft der Krankenkasse gehören, entstehen hieraus keine Nachteile. Die Autoren schlagen im Gutachten vor, die Einschreibung in Disease-Management Programme künftig durch eine Disease-Management-Pauschale (Programmkosten) für in strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebene Versicherte zu berücksichtigen und zur Finanzierung einen Teil-Ausgleichsbedarfssatz zu erheben. Damit bleiben die Anreize für die Krankenkassen gewahrt, solche Programme durchzuführen. Das Akkreditierungsverfahren für die strukturierten Behandlungsprogramme kann hierbei wesentlich entbürokratisiert werden. Soll über die Disease-Management-Pauschale hinausgehend eine besondere Förderung der Qualität der Disease-Management-Programme erfolgen, könnten Qualitätsprämien für besonders herausragende Programmerfolge vergeben werden. Die Autoren sehen es als sachgerecht an, den Bezug einer Erwerbsminderungsrente weiterhin als Ausgleichsmerkmal im RSA zu berücksichtigen. Die empirischen Untersuchungen haben gezeigt, dass dieses Merkmal auch unter Berücksichtigung von direkten Morbiditätsindikatoren weiterhin zur Erklärung systematischer Ausgabenunterschiede beiträgt. Das Gewicht, das der Bezug /Nicht-Bezug einer Erwerbsminderungsrente hat, nimmt allerdings gegenüber dem Status quo deutlich ab.

Der Risikopool kann nach Einschätzung der Gutachter nach Übergang zum morbiditätsorientierten RSA entfallen. Die empirische Überprüfung hat gezeigt, dass er nach Übergang zum morbiditätsorientierten RSA nur noch einen geringen Beitrag zur Erklärung der Ausgabenunterschiede zwischen den Versicherten leisten kann. Da die zusätzlichen Möglichkeiten zur Minderung der Selektionsanreize als sehr gering erscheinen und der Risikopool bereits im Status quo auf Kassenartenebene kaum nennenswerte Beitragssatzeffekte aufweist, erscheint es angemessen, auf den Risikopool zu verzichten. Im Gutachten wurde überprüft, ob das für die Sachleistungen empfohlene Klassifikationsmodell (RxGroups +IPHCC, in prospektiver Ausgestaltung) auch im Leistungsbereich Krankengeld eingesetzt werden soll. Es zeigt sich allerdings, dass aufgrund der Besonderheiten dieses Leistungsbereichs (insbesondere: Aussteuerung nach Erreichen der Blockfrist) die Verwendung des für die Sachleistungen empfohlenen Modelles problematische Effekte zeigt. Die Autoren empfehlen daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt, beim Übergang zum morbiditätsorientierten RSA keine Veränderungen der Ausgestaltung des RSA gegenüber dem Status quo im Leistungsbereich Krankengeld vorzunehmen.

#### ■ 4. Effekte für Patienten, Versicherte und Leistungserbringer

Die deutlich bessere Abbildung der Risikostrukturen einer Krankenkasse in einem morbiditätsorientierten RSA verringert für die Kasse den Nutzen einer Risikoselektion und erhöht zugleich deren

Kosten erheblich (als „Kosten der Risikoselektion“ sind z.B. die Kosten der Informationsbeschaffung und strategischen Umsetzung zu fassen). Je erfolgreicher der RSA Risikoselektion unattraktiv macht, um so relativ attraktiver wird es für eine Krankenkasse, Wettbewerbsvorteile durch Bemühungen um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erzielen. Ist eine Krankenkasse indifferent gegenüber dem Morbiditätsrisiko ihrer Versicherten, dann begründet sich ihre Attraktivität und ihr Ansehen bei gegebenem Leistungskatalog in der kostengünstigsten Realisierung der von den Versicherten und ihren medizinischen Sachwaltern erwünschten Versorgungsqualität. Mit dem Übergang zum morbiditätsorientierten RSA erhöhen sich daher wesentlich die Anreize zum wirtschaftlichen Handeln der Krankenkassen und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Da nicht mehr die „Gleichung“ gilt, dass kranke Versicherte schlechte Risiken, gesunde Versicherte hingegen gute Risiken sind, werden die Krankenkassen sich im Wettbewerb in ganz anderer Weise als bislang um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bemühen. Insbesondere kann es für Krankenkassen attraktiv sein, sich in dem Vertrags- und Leistungsmanagement bestimmter chronischer Erkrankungen zu profilieren, für die sie von den Leistungserbringern und Versicherten als kompetente Partner anerkannt werden, worauf sich dann Kassenwahlentscheidungen gründen können.

Mit dem Übergang zum morbiditätsorientierten RSA sind kostenintensive Kranke erstmals keine „schlechten“ Risiken mehr für eine Krankenkasse, die zu negativen Deckungsbeiträgen führen. Vielmehr führt der morbiditätsorientierte RSA dazu, dass die standardisierten Leistungsausgaben für Versicherte mit einer bestimmten Morbidität im Mittel den Durchschnittsausgaben für diese Gruppe entsprechen. Eine Krankenkasse hat daher erstmals an der Versicherung von kostenintensiven Versicherten ein vergleichbares Interesse wie an der Versicherung Gesunder; sie kann auch mit der Qualität dieser Versorgung um diese Patienten werben. Auch hat sie einen starken Anreiz, durch Versorgungsmanagement die Kosteneffizienz bei ausgabenintensiven Versicherten zu verbessern, um somit positive Deckungsbeiträge zu erzielen; bei den ausgabenintensiven Versicherten ist das Potenzial, durch Gesundheitsmanagement zur Verbesserung der Kosteneffektivität zu kommen, größer als bei „Gesunden“, so dass davon auszugehen ist, dass die Krankenkassen diese Chance beherzt aufgreifen werden.

Von dem so neu ausgerichteten Wettbewerb profitieren daher sowohl die Patienten als auch die Versicherten. Da die Krankenkassen deutlich verbesserte Anreize haben, mit Leistungserbringern, die eine gute Qualität wirtschaftlich erbringen, bevorzugte Vertragsbeziehungen (z.B. im Rahmen der integrierten Versorgung) einzugehen, profitieren auch die Leistungserbringer. ♦

## Fußnoten

- 1 Der Beitrag fußt wesentlich auf dem Gutachten *IGES/Lauterbach/Wasem 2004*. Die Autoren danken den Mitverfassern des Gutachtens Peter Reschke, Guido Schiffhorst, Stephanie Sehlen sowie den weiteren Mitarbeitern am Gutachten Bernd Deckenbach, Dir Gómez, Ariane Höer, Jürgen Hofmann, Susanne Steffen, Markus Lungen, Stephanie Stock, Corinne Behrend, Stefan Greß und Karsten Tolksdorff.
- 2 Dies gilt zumal, wenn die Verwaltungskosten nicht in den RSA einbezogen sind (vgl. dazu *Jacobs et al 2002, S. 134 ff.*).
- 3 Rund die Hälfte des RSA-Transfers floss im Jahre 2001 wegen der sehr unterschiedlichen durchschnittlichen Einkommen der Versicherten der Krankenkassen im Rahmen des Finanzkraftausgleichs (wobei die Kompensation der Unterschiede der Kassen bei der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen ihrer Mitglieder dem Finanzkraftausgleich zugerechnet wird), die andere Hälfte floß im Rahmen des Beitragsbedarfsausgleichs.
- 4 Die standardisierten Leistungsausgaben sind ab 2007 deutschlandweit einheitlich, derzeit sind sie noch partiell nach den Rechtskreisen Ost/West differenziert.
- 5 Im Unterschied dazu wird Risikoselektion nach dem Einkommen nur weitgehend, aber nicht vollständig unattraktiv: Da Satzungs- und Ermessensleistungen sowie die Verwaltungsausgaben der Kassen aus den kassenspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen finanziert werden müssen, ist der Finanzkraftausgleich gegenwärtig nämlich nicht vollständig (vgl. dazu aus führlicher, auch in Bezug auf die quantitative Bedeutung und mögliche Lösungsansätze *Jacobs/Reschke/Cassel/Wasem (2002, Abschn. 6.1)*).
- 6 *Jacobs/Reschke/Cassel/Wasem (2002)*.

## Literatur

- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES)/Lauterbach KW/Wasem J (2004):** Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Berlin, Köln und Essen.
- Jacobs K/Reschke P/Cassel W/Wasem J (2002):** Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos.
- Lauterbach KW/ Wille E (2001):** Modell eines fairen Kassenwettbewerbs. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV). Köln/Mannheim, auch: download bei: <http://www.bmgs.bund.de>.
- van de Ven WPMM/Ellis RP (2000):** Risk Adjustment in competitive health plan markets. *Handbook of Health Economics*. A. J. Culyer and J. P. Newhouse. Amsterdam, Elsevier North Holland. 1A: 755-845.

## DIE AUTOREN



### Prof. Dr. Jürgen Wasem

VWL-Studium (1978-83) an der Pennsylvania State University, University of Sussex, Universität Köln. Promotion (1986) und Habilitation (1996). Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Köln (1983-1985), Referent im Bundesministerium für Arbeit, Abteilung Krankenver-

sicherung (1985-1989), Projektleiter am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung (1991-1994), Professur an der Fachhochschule Köln, dann Professur an der Universität München und Universität Greifswald. Seit April 2003 Lehrstuhlinhaber der Stiftungsprofessur für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen.



### Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach

Studium der Humanmedizin in Aachen, Düsseldorf und Texas, Studium der Gesundheitsökonomie (Health Policy and Management) und der Epidemiologie an der Harvard School of Public Health in Boston. Lehrtätigkeit an der Harvard School of Public Health, Boston University

and Harvard Medical School. Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) der Universität zu Köln. Mitglied u.a. des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und der High Level Expert Group Quality of Life der European Commission.



### Wilhelm F. Schröder

Seit 1980 Gründungsgesellschafter und Geschäftsführer des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) GmbH Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsökonomie, Finan-

zierung und Vergütung, Regionale Krankenhausplanung, Neue Versorgungsformen.