

Gerd Glaeske

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ab 2009

Mehr Rationalität im Ausgleich der Kassen untereinander?

Schon seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) im Jahr 1994 wird darüber diskutiert, dass die Klassifizierung der Morbiditätslast durch die eingeführten Kriterien nicht ausreichend genug erfasst werde und dass eine zielgenauere Zuweisung von Beitragsbedarf notwendig sei. Aus diesem Grund wurde beschlossen, den RSA um eine Morbiditätskomponente zu erweitern (morbiditätsorientierter RSA) und damit die individuelle Morbiditätslast der Kassen für eine Differenzierung und Festlegung der kassenorientierten Ausgleichzahlungen heranzuziehen. Auf der Basis des morbiditätsorientierten RSA sollen die Zuweisungen aus dem geplanten Gesundheitsfonds vorgenommen werden.

Zur Umsetzung dieses Ziels wurde ein wissenschaftlicher Beirat beim Bundesversicherungsamt beauftragt, eine Methodik und Kriterien für die Krankheitsauswahl zu erarbeiten und in einem ersten Schritt 50 bis 80 Krankheiten zu bestimmen, die in den Finanzausgleich einbezogen werden sollen. Die Diskussionen über das Ergebnis und die von Interessen geleiteten Interventionen lassen allerdings Zweifel daran aufkommen, ob mit der derzeitigen Fassung des morbiditätsorientierten RSA mehr Rationalität im Ausgleich zu erwarten ist als bisher.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine der wichtigsten Säulen unseres gesellschaftlichen Systems. Etwa 90 Prozent aller Menschen sind in diesem System krankenversichert und damit geschützt vor dem finanziellen Risiko unerwartet oder auch absehbar auftretender Erkrankungen, die sie unversichert in individuell schwierigste Existenznöte bringen könnten. Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Hirnhautentzündungen sind Ereignisse, die einer ebenso schnellen medizinischen Intervention bedürfen wie Diabetes-Mellitus-Typ-1, schwere Depressionen oder Krebserkrankungen eine chronischen Behandlung erfordern.

Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit für alle Versicherten in der GKV ist ein wichtiges konstitutionelles Kriterium für die Sozialversicherung, ein Versprechen, das unabhängig von der sozialen Schicht, vom Alter,

vom Geschlecht, von der Region oder vom Bildungsgrad besteht. Dazu gehört auch die Teilhabe am medizinischen Fortschritt und an Verbesserungen der Behandlung, selbst wenn diese Innovationen mit hohen Kosten verbunden sind. Dieses Ziel muss die GKV seit vielen Jahrzehnten auch immer wieder gegenüber den Anbietern wie Krankenhäusern, Ärzten, Apothekern oder der Pharmaindustrie durchsetzen und verteidigen, suchen doch gerade Anbieter den Weg, die privaten Einnahmen in unserem System zu steigern und damit vor allem die Begüterten anzusprechen, weil angeblich viele Leistungen, die im Rahmen der GKV nicht mehr oder noch nicht bezahlt werden, einer besseren Gesundheit dienen können. Erinnert sei in diesem Zusammenhang an die individuellen Gesundheitsleistungen (Angebote aus dem IGeL-Katalog), die nahe zu legen scheinen, dass die GKV doch nicht alles Notwendige bezahlt. Die Diskussion über die Zwei-Klassen-Medizin zeigt, wie erfolgreich Anbieter sein können, wenn es um eine Spaltung und Schwächung der von ihnen zum Teil ungeliebten GKV geht.

Sind diese Auseinandersetzungen der GKV mit vielen Leistungsanbietern schon lange Teil des Alltags in unserem Sozialversicherungssystem, so sind Auseinandersetzungen innerhalb der GKV über viele Jahre kaum erkennbar gewesen, nehmen aber seit etwa zehn Jahren an Häufigkeit und Schärfe zu. Der Grund: Seit 1996 gibt es für die Versicherungspflichtigen Wahlfreiheit zwischen den Kassen, die einstmaligen Grenzen wurden aufgehoben, es sollte mehr Wettbewerb im System geben. Versicherte, die bislang ausschließlich in die so genannten Pflicht- oder Zuweiskassen wie die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Innungskrankenkassen (IKK) oder Betriebskrankenkassen (BKK) aufgenommen werden mussten, konnten nun auch in die „feineren“ Ersatzkassen wechseln, die bis zu diesem Zeitpunkt entweder nur Angestellte oder eine eingeschränkte Arbeiterklientel versicherten. Auch die IKKs und BKKs konnten sich öffnen, sodass alle Versicherten ab diesem Zeitpunkt Kassen mit meist günstigeren Beitragssätzen wählen konnten – es kam Bewegung in die Kassenlandschaft, der Wettbewerb zwischen den Kassen wurde offener und verschärfte sich.

Die „guten“, weil vergleichsweise preiswerteren Kassen bekamen Zu-
lauf insbesondere von gesunden Versicherten, die ihr Krankheitsrisiko
zu niedrigeren Beiträgen absichern konnten – schließlich ist bei allen
gesetzlichen Krankenkassen der gesetzlich geregelte Leistungskatalog
für den „Ernstfall Krankheit“ identisch –, während die „verlassenen“
Kassen mehr und mehr auf einem steigenden Morbiditätsrisiko sitzen
blieben und sich dem Druck ausgesetzt sahen, den Beitragssatz suk-
zessive zu erhöhen, weil weniger gesunde Versicherte als Nettozahler
die Einnahmesituation stabil hielten. Das Fazit war, dass die Ausgaben
für die Kranken in einer Kasse blieben, die Einnahmen durch die Ab-
wanderung Gesunder aber sanken – die Spirale war vorauszusehen: je
mehr Nettozahler abwanderten, desto stärker mussten die morbiditäts-
bezogenen Ausgaben durch Beitragssatzanhebungen gegenfinanziert
werden.

An dieser Stelle muss die grundsätzliche Problematik erwähnt wer-
den, dass es im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen keine risiko-
äquivalenten Beiträge gibt, sondern Beiträge, die allein im Rahmen der
solidarischen Umverteilung die Leistungsausgaben insgesamt abdecken.
Die risikoäquivalenten Beiträge nach Alter, Geschlecht oder Krankheits-
last sind dagegen typisch in der privaten Krankenversicherung. Wenn
aber nun der Wettbewerb auch im Bereich der GKV, also der solidarisch
finanzierten Krankenversicherung eingeführt werden soll, muss eine
Ausgangssituation geschaffen werden, in der alle Kassen im Hinblick
auf die Finanzierung der Leistungsausgaben gleichgestellt sind. Ältere
Menschen nehmen im Durchschnitt mehr Leistungen in Anspruch als
jüngere, Frauen vor allem durch Schwangerschaft und Geburt mehr als
Männer. Zwar sind Beitragssatzunterschiede auch bedingt durch Ent-
wicklungen, die nicht unbedingt einen Zusammenhang mit den Leis-
tungsausgaben zeigen, dennoch wird der Großteil durch die Versorgung
der Kranken bestimmt.

Wenn der Wettbewerb zwischen den Kassen gefördert werden soll, um
Bewegung in das gesamte Krankenversorgungssystem zu bringen und

um die Kassen durch veränderte Rahmenbedingungen zu zwingen, vom Payer zum Player zu werden, vom reinen Kostenträger zu einer dynamischen und gestaltenden Institution, sollte darauf geachtet werden, dass für alle Kassen die gleichen Ausgangsbedingungen gelten. So sollte solchen Kassen kein Nachteil beim Start in einen Wettbewerb entstehen, die schon alleine durch ihre Population eine vergleichsweise höhere Versorgungsbelastung zu tragen haben (zum Beispiel durch einen besonders hohen Anteil an Frauen oder älteren Menschen) als andere.

RSA – Voraussetzung für Wettbewerb unter gleichen Vorzeichen

Wettbewerb setzt damit in einem gesetzlich geregelten Sozialversicherungssystem mit gleichem Leistungskatalog für alle einen Risikostrukturausgleich voraus (solidarische Wettbewerbsordnung). Dieser Risikostrukturausgleich (RSA) wurde 1994 in die GKV eingeführt. Er sollte dazu dienen, die Verwerfungen der Versichertenrisiken zwischen den einzelnen Kassen, die historisch auch durch sozialstrukturelle Unterschiede bei den Versicherten bestanden, auszugleichen: Kassen mit einer besonders ungünstigen Risikostruktur, die vor allem alters- und geschlechtsbedingt zustande kommt, mit einer hohen Zahl beitragsfrei gestellter Familienversicherter oder mit unterdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder sollen finanziell nicht benachteiligt werden

Mit dem RSA sollten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass alle Kassen, unabhängig vom Risiko ihrer Versicherten, ihren Versorgungsauftrag als Krankenkasse wahrnehmen können, ohne dadurch in eine finanzielle Schieflage mit Auswirkungen auf den Beitragssatz und damit in Wettbewerbsnachteile mit anderen Kassen zu kommen. Vom Beginn des RSA an gab es daher „Zahlerkassen“ und „Empfängerkassen“, also Kassen mit einer geringeren und einer höheren Morbiditäts- und damit Versorgungsbelastung. Seit der Einführung des RSA wurde die Morbidität der Versicherten anhand der Kriterien Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente erfasst, weil auch dieser Faktor als zusätzlicher Risikofaktor erkannt wurde.

Mit der Einführung der finanziellen Förderung von Disease-Management-Programmen (DMP) über den RSA im Jahr 2001 gab es eine weitere Ergänzung: Die Morbiditätsbezüge wurden erweitert durch die Berücksichtigung der Einschreibungen in zugelassene, strukturierte Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Krankheiten. Hierdurch sollten Wettbewerbsnachteile für Krankenkassen, die eine überdurchschnittlich hohe Zahl dieser chronisch Kranken versichern, vermieden und zugleich Anreize geschaffen werden, die gesundheitliche Versorgung der Betroffenen zu verbessern.

Es wurde jedoch schon seit der Einführung des RSA darüber diskutiert, dass die Klassifizierung der Morbiditätslast durch die eingeführten Kriterien nicht ausreichend genug erfasst werde und dass eine zielgenauere Zuweisung von Beitragsbedarf notwendig sei. Mit dem RSA-Reformgesetz aus dem Jahr 2001 hat der Gesetzgeber dieser Diskussion Rechnung getragen und festgelegt, dass der RSA ab dem Jahr 2007 „auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikatoren, Indikatorengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale“ die Morbidität unmittelbar berücksichtigen solle. Das zu diesen Anforderungen vom damaligen Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene IGES-Gutachten (Reschke et al. 2005) wurde im November 2004 vorgelegt.

Dort wird vorgeschlagen, neben den bisherigen RSA-Merkmalen Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentner-Status („erwerbs-/berufsunfähige Rentner“) zusätzlich sämtliche ambulant verordneten Arzneimittelwirkstoffe und sämtliche dokumentierten Krankenhausdiagnosen quasi als Spiegel der individuellen Morbiditätslast für eine Differenzierung und Festlegung der kassenorientierten Ausgleichszahlungen heranzuziehen. Der Morbiditätsadjustierung soll dabei das US-amerikanische Modell der RxGroups+IPHCC (Inpatient Hierarchical Condition Categories) zugrunde gelegt werden, das nach Meinung der Gutachter besonders gut auf die deutsche Versorgungssituation angewendet werden könne und ausreichend sicher – im Vergleich mit anderen methodischen

Instrumenten – die Kosten der unterschiedlichen Morbidität abbilde (siehe Pope et al. 2000a, Pope et al. 2000b sowie Pope et al. 2004).

Die Begründungen für diesen morbiditätsorientierten RSA waren vielfältig:

- Die zentrale Aufgabe des RSA ist die solidarische Verteilung der Risikobelastung innerhalb der GKV.
- Der RSA soll die Erlangung von Beitragssatz- und Wettbewerbsvorteilen durch die Selektion günstiger Versichertenrisiken ausschließen.
- Der Beitragssatz soll Ausdruck der Wirtschaftlichkeit einer Kasse und nicht der Auswahl risikogünstiger Versichertengruppen sein.
- Der RSA in seiner bisherigen Form gleicht die kassenspezifische Risikobelastung nicht hinreichend aus.

Diese Ziele wurden auch vom Bundesverfassungsgericht am 18. Juli 2005 im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens der Länder Bayern, Baden-Württemberg und Hessen bestätigt. In der Begründung wurde betont, dass die Gewährleistung eines kassenübergreifenden sozialen Ausgleichs und die Förderung eines an der Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz der medizinischen Versorgung orientierten Kassenwettbewerbs legitimes Ziel der Anwendung des RSA sei.

An einem Beispiel (gewählt aus dem IGES-Gutachten von Reschke et al. 2005) sei die Funktion des morbiditätsorientierten RSA gegenüber dem RSA verdeutlicht. Im bisherigen RSA wurden nach Alter und Geschlecht entsprechend der durchschnittlichen Ausgabenprofile bestimmte Summen umverteilt, zum Beispiel für eine 62-jährige Frau 1.757 Euro. Die Kassen bekamen dann mehr für diese Versicherte, wenn sie als Patientin in ein DMP eingeschrieben war, zum Beispiel für eine insulinpflichtige Diabetikerin statt des allein am Alter und Geschlecht orientierten Ausgleichs von 1.757 Euro nun 2.599 Euro. Wenn eine Patientin allerdings an einer teuren Krankheit wie Multipler Sklerose litt, die nicht im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms behandelt wurde, gab es

keine zusätzlichen finanziellen Ausgleiche. Im System des morbiditätsorientierten RSA wird sich dies insofern ändern, als bei allen in den morbiditätsorientierten RSA aufgenommenen Krankheiten neben der üblichen RSA-Zuweisung nach Alter, Geschlecht, ... eine Zuweisung aus dem Fonds bezahlt wird, die sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben orientieren soll.

Tabelle 1: RSA-Zuschläge/Morbiditätszuschläge (Angaben in Euro)

Beispiel	Status-quo-RSA	RxGroups+IPHCC
Weiblich, 62 Jahre, gesund	1.757	Basis 517 kein Zuschlag
Weiblich, 62 Jahre, Diabetes (Insulin)	Nicht-DMP 1.757 DMP 2.599	Basis 517 Zuschlag: 2.405
Weiblich, 62 Jahre, Multiple Sklerose	1.757	Basis 517 Zuschlag: 8.400

Der morbiditätsorientierte RSA als Weiterentwicklung

Unterstützung durch einen Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA)

War die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zunächst für das Jahr 2007 geplant, kam es im Rahmen der Regelungen der Gesundheitsreform 2006, die eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der GKV forderte, zu einer Verschiebung der Einführung des morbiditätsorientierten RSA auf den 1. Januar 2009. Diese Veränderungen, die in der 14. RSA-Änderungsverordnung vom 18. Dezember 2006 festgehalten waren, führten zum Konzept des morbiditätsorientierten RSA, das die Ermittlung von Risikozuschlägen auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen vorsah. Als erster Schritt wurde im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 festgelegt, dass das BVA mit Unterstützung eines wissenschaftlichen Beirates 50 bis 80 Krankheiten nach vorgegebenen Kriterien (vor allem kostenintensiv, schwerwiegend, chronisch) unter

Berücksichtigung einer Versichertenstichprobe auszuwählen habe, um Erfahrungen mit dem neuen morbiditätsorientierten RSA zu sammeln.

Gekoppelt wurde dieses Modell mit dem Gesundheitsfonds. In der Gesetzesbegründung des GKV-WSG zu diesem Punkt hieß es: „Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds werden die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten wird eingeleitet.“ Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds enthalten eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben (Schawo und Schneider 2007).

Der Beirat, der das BVA in der Ausgestaltung des morbiditätsorientierten RSA unterstützen sollte, wurde am 29. Mai 2007 berufen und tagte danach in einem monatlichen Turnus. Die Vorgaben für die Krankheitsauswahl sind definiert (zusammengestellt aus dem § 268 SGB V, der Gesetzesbegründung und dem § 31 RSAV). Danach sollen

- Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden,
- die Krankheiten eng abgrenzbar, schwerwiegend und chronisch sein,
- die für die Krankheiten anfallenden durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen und
- die festzulegenden 50 bis 80 Krankheiten eine besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen und wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkasse haben.

Methodik gut, Ergebnis schlecht? Die Ergebnisse des Gutachtens

Die Basis der Beiratstätigkeit beruhte auf einem empirischen und Daten gestützten Vorgehen. Als Datengrundlage stand eine Versichertenstichprobe aus der Gesamt-GKV zur Verfügung (Diagnose-, Arzneimittel- und sonstige ambulante und stationäre Daten aus den Jahren 2005 und 2006 für etwa 4,2 Millionen über beide Jahre auswertbare Versichertenpseudonyme). Diese Daten enthielten alle Leistungsausgaben mit Ausnahme der zahnärztlichen Abrechnungen und des Krankengeldes (Schäfer 2007).

Die Aufgabe des Beirats bestand zunächst in einer begründbaren und wissenschaftlich plausiblen Operationalisierung der im Gesetz verankerten unbestimmten Rechtsbegriffe.

- Krankheit wurde definiert als eine medizinisch adäquate Entität, die sich aus Diagnosegruppen zusammensetzt. Damit folgte der Beirat dem § 31 RSAV, Absatz 2, in dem gefordert wird, dass für die ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben sind.
- Bei den Diagnosegruppen orientierte sich der Beirat an einem bewährten Klassifikationsmodell (HCC; Hierarchical Condition Categories), in dem auch über einzelne ICD-Gruppen hinweg zusammenhängende medizinische Diagnosen klassifiziert werden.
- Als „kostenintensiv chronisch“ wurden Krankheiten dann bewertet, wenn bei mindestens 50 Prozent der Betroffenen die ambulante Diagnose in zwei verschiedenen Quartalen eines Jahres dokumentiert war und die nach der Prävalenz gewichteten altersstandardisierten Folgekosten zu den obersten 30 Prozent der 1,5-fach über dem Durchschnitt liegenden Kosten für alle Versicherten gehörten (siebzigstes Perzentil).
- Als „schwerwiegend“ wurde eine Krankheit dann definiert, wenn die Diagnosegruppe eine Hospitalisierungsquote von mindestens

fünf Prozent aufweist und die Kosten sich entsprechend den Vorgaben wie bei „kostenintensiv chronisch“ verhalten.

- Als letzte „Hürde“ musste der im Gesetz angegebene Schwellenwert vom 1,5-fachen der Durchschnittskosten für alle Versicherten überschritten werden. Dies hatte in der Beiratsliste jedoch nur einmal eine Konsequenz für das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperkinetische Syndrom (ADHS), auf das alle anderen Kriterien zutrafen, der empirisch gefundene Schwellenwert von 2.422,40 Euro jedoch unterschritten wurde.
- Die Krankheitsauswahl soll für ein prospektiv auszugestaltendes Versichertenklassifikationsmodell definiert werden. Damit ist gemeint, dass die ab 2009 berechneten Zuschläge eine auf Morbiditätsinformationen beruhende Schätzung von Folgekosten darstellen werden: Die in einem Jahr zu erwartenden GKV-Ausgaben werden auf der Basis von Krankheitsinformationen des Vorjahres ermittelt. Krankheiten des Klassifikationsmodells lösen also erst und nur dann Zuschläge in noch zu bestimmender Höhe aus, wenn sie auch im Folgejahr ihres Auftretens zu einer Inanspruchnahme von GKV-Leistungen führen.

Basierend auf dieser aus Sicht des Beirates epidemiologisch und statistisch gut begründeten Methodik wurde im Rahmen des beauftragten Gutachtens, das im Dezember 2007 abgegeben wurde, eine Liste mit 80 Krankheiten erstellt, von denen im Jahr 2005 unter Berücksichtigung der stationären Haupt- und Nebendiagnosen sowie der gesicherten ambulanten Diagnosen rund 23,2 Prozent der Versicherten von mindestens einer der 80 ausgewählten Krankheiten betroffen waren (Busse et al. 2007). Auf diese entfielen im Jahr 2006 rund 67 Prozent der berücksichtigten GKV-Ausgaben. Nach der Publikation des Gutachtens am 19. Dezember 2007 war allerdings aufgefallen, dass das BVA in seinen Rechenoperationen die Kosten nicht prospektiv, sondern gleichzeitig berechnet hatte. Dadurch sank der Prozentanteil der im Folgejahr berücksichtigten GKV-Ausgaben in diesem Krankheitslistenmodell von 67 Prozent auf etwa 60 Prozent (zu den Veränderungen siehe Tabelle 2).

Schon bald kam aber Kritik an der Liste auf, die manchen Vertretern einzelner Kassen zu eng abgegrenzt erschien: So war Diabetes-Mellitus-Typ-2 mit schweren Komplikationen aufgenommen, nicht aber Diabetes-Mellitus-Typ-2 ohne Komplikationen; Myokardinfarkt und instabile Angina pectoris waren aufgenommen, die koronare Herzkrankheit (KHK) jedoch nicht, schwere Depression ja, Depression allgemein aber nicht, Blutung in der Frühschwangerschaft ja, Schwangerschaft als solche nicht, Gelenkerkrankungen mit Infektionen ja, rheumatoide Arthritis aber nicht. Das größte Problem wurde aber sowohl von einigen Kassen als auch vom Bundesgesundheitsministerium darin gesehen, dass die DMP bis auf die strukturierte Behandlung von Brustkrebs und Diabetes-Mellitus-Typ-1 sowie einigen Komplikationsformen des Diabetes-Mellitus-Typ-2 nicht Teil der Krankheitsliste waren – Asthma, COPD, Diabetes ohne Komplikationen oder KHK kommen zwar häufig vor, sind aber für sich genommen keine kostenintensiven Erkrankungen.

Die Tatsache, dass zum Beispiel Demenz nicht in der Krankheitsliste aufgeführt ist, hat nichts damit zu tun, dass dies ohne Zweifel eine eigentlich teure und versorgungspolitisch höchst wichtige Krankheit ist. In der GKV wird die Demenz aber nur ungenügend versorgt, da die meisten Patienten absehbar in den Versorgungsbereich der Pflegeversicherung hinüberwechseln – die Krankenkassen halten sich daher mit ihren Leistungen zur Behandlung der Demenz (Arzneimittel oder Reha) deutlich zurück. Nur zur Erinnerung: Die Krankheiten sollten das 1,5-fache des Kostendurchschnitts für alle Versicherten überschreiten. Selbst bei der BARMER hatte sich bei der Aufstellung einer eigenen Krankheitsliste nach den Kriterien des morbiditätsorientierten RSA gezeigt, dass zum Beispiel Asthma oder COPD aus Kostengründen keinen Eingang in eine „Probe-Auswahlliste“ gefunden hatten.

In die Liste aufgenommen waren allerdings andere breit vorkommende und gleichzeitig teure Krankheiten wie Herzinsuffizienz, schwere Depression oder Abhängigkeitserkrankungen, die es längst „verdient“ gehabt hätten, in ein strukturiertes Behandlungsprogramm aufgenommen

worden zu sein – die Krankheiten sind allesamt häufig, die Behandlungsqualität ist bei allen suboptimal, Unter- und Fehlversorgung ist an der Tagesordnung und es kommt vielfach zu Folgeerkrankungen mit teuren Behandlungsinterventionen. Der Beirat hat dieses Ergebnis im Kapitel 5 seines Gutachtens „Empfehlungen und Anmerkungen des Wissenschaftlichen Beirats“ kommentiert: Der RSA sollte sich vor allem auf schicksalhaft auftretende und nicht mehr der Prävention zugängliche Krankheiten beziehen. Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) sollten weiterhin über einen Zuschlag gefördert werden, auch wenn dies derzeit nicht in der RSAV vorgesehen ist, damit die Qualität der eigentlich kostengünstig zu behandelnden chronischen „Volkskrankheiten“ nicht verschlechtert wird.

Drei zentrale Kritikpunkte

Letztlich gab es, abgesehen von einzelnen inhaltlichen Anmerkungen der Kassen, von Patientenverbänden, ärztlichen Organisationen oder politischen Parteien, erhebliche Kritik an drei grundsätzlichen Positionen des Beirates und der von ihm konzipierten Rationalität einer weiterentwickelten und zielgerichteten (und auch zielgerechten) Ausgestaltung des morbiditätsorientierten RSA. Dabei lässt sich der Vorwurf, dass das Gutachten nicht gesetzeskonform verfasst worden sei, weil den Krankheiten keine Arzneimittelwirkstoffe zugeordnet wurden, zu den allzu durchsichtig formulierten Störfeuern derer zählen, die sich in ihren Hoffnungen, Wünschen und Erwartungen an den morbiditätsorientierten RSA enttäuscht sahen – war doch im Gutachten nachvollziehbar erläutert, dass die in der Zwischenzeit zur Verfügung stehenden ambulanten Diagnosen sehr viel zutreffender eine Krankheit widerspiegeln als Arzneimittelwirkstoffe, die allzu oft keineswegs valide auf eine bestimmte Krankheit hinweisen. Man denke nur an Beta-Rezeptorenblocker, die sowohl bei Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz oder auch zur Migräneprophylaxe verordnet werden (zur Diagnosevalidität siehe BIPS 2007, Giersiepen et al. 2007, Trautner et al. 2005 sowie zur Arzneimittelklassifikation Glaeske 2005).

Der erste Kritikpunkt betraf die Hinweise zur Prävention: Der Beirat hat solche Diagnosen oder Krankheiten nicht aufgenommen, die entweder im Rahmen der Primär- oder Sekundärprävention präventabel sind, obwohl sie auf der nach der beschriebenen Methodik erstellten Liste genannt waren (zum Beispiel Diabetes ohne Komplikationen, Dekubitus). Der wissenschaftliche Beirat hat auf diese Weise die Priorität für einen Finanzausgleich betonen wollen, der nur dort wirken soll, wo medizinische Versorgung bereits unerlässlich und notwendig geworden ist, nicht aber dort, wo Kassen durch gezielte Aktivitäten im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention eine Reduzierung der Krankheits- und Versorgungslast erreichen können. Kassen sollten sich also nicht im Rahmen eines morbiditätsorientierten Finanzausgleichs „einrichten“, sondern vielmehr dafür Sorge tragen, dass die beeinflussbare Morbiditätslast gesenkt wird. Hierzu auch die Begründung aus dem Kapitel „Empfehlungen und Anmerkungen des Wissenschaftlichen Beirates“ (Busse et al. 2007).

Der zweite Kritikpunkt berührt nicht nur die Interpretation der gesetzlichen Rahmenbedingungen, sondern auch die gesamte Philosophie des morbiditätsorientierten Finanzausgleichs nach den derzeitigen gesetzlichen Kategorien: Es wurde bemängelt, dass DMP- und so genannte Volkskrankheiten nicht in den Krankheitskatalog aufgenommen worden waren, was übrigens niemand mit Sachverstand erstaunen konnte, der wusste, dass viele Krankheiten dieser Kategorien zwar häufig vorkommen, letztlich aber keine hohen Behandlungskosten verursachen. Richtig ist sicherlich auch, dass Kassen je nach ihrer Versichertenpopulation unterschiedlich von diesen Volkskrankheiten betroffen sein können, weil zum Beispiel Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselkrankheiten häufiger bei Menschen mit einem niedrigen sozialökonomischen Status auftreten. Im Gesetz ist jedoch weder ein zu operationalisierendes Kriterium „soziale Schicht“ vorgesehen noch ein Hinweis darauf gegeben, dass die Auswahlkriterien bei den Volkskrankheiten anders zu gewichten sind als bei den übrigen Krankheiten.

Damit gewinnt die Prävalenzgewichtung einen wichtigen Stellenwert: Wenn die Krankheiten, deren Chronizität, deren Schwere und deren Kosten, die das 1,5-fache der Durchschnittskosten aller Versicherten (etwa 2.200 Euro) überschreiten müssen, im Mittelpunkt der gesetzlichen Kriterien stehen, nicht aber die nur in der Begründung erwähnte allgemeine Versorgungslast, gab es aus Sicht des Beirates bei der Gewichtung der Prävalenz nur die Möglichkeit, die Krankheitshäufigkeit möglichst schwach zu bewerten. Eine lineare Beziehung der Häufigkeit und der Kosten (Fälle mal Kosten) hätte vor allem weniger häufig oder gar selten vorkommende Krankheiten gar nicht berücksichtigt: Hypertonie, Rückenbeschwerden, Stoffwechselstörungen, Diabetes-Mellitus ohne Differenzierung, affektive Störungen vermengt mit Depressionen, Adipositas, Asthma, COPD und andere hochprävalente Erkrankungen hätten eine solche Auswahl dominiert. Die „Probelisten“ der BARMER und der AOK (liegen dem Verfasser vor) zeigten eben diese Reihenfolgen genauso wie die so genannte Essener Liste (Wasem 2007), die auch oft und gerne von Krankenkassen als Gegenmodell in die Diskussion gebracht wurde – eng abgrenzbar, schwerwiegend, 1,5-fach über dem Kostendurchschnitt?

Neben der linearen Funktion wurde als zweite Möglichkeit die Wurzelfunktion als Gewichtungsfunktion angewendet. Auch bei dieser Herangehensweise waren die „großen, aber kostengünstigen Krankheiten“ noch immer dominierend (über die Wurzelfunktion wäre die Linearität der Prävalenzgewichtung deutlich abgeschwächt; bei 1.000 Fällen käme es nur noch zum Faktor 31,6). Am schwächsten ist die Auswirkung bei der logarithmischen Prävalenzgewichtung, für die sich der Beirat entschieden hat, da die Krankheitsliste eine gute Mischung aus seltenen teuren und häufig vorkommenden teuren Krankheiten widerspiegelte (bei 1.000 Fällen beträgt der Faktor nur noch 3). Diese logarithmische Gewichtung wurde von vielen Kassen als nicht adäquat kritisiert (ein Bonmot in diesem Zusammenhang: „Der Logarithmus ist was für die Schule, aber nicht für das Leben“). Der tiefere Grund lag aber darin, dass damit die offensichtlich von manchen Kassen erhoffte Breite des

Finanzausgleichs nicht zustande kam, 23 Prozent der Versicherten waren ihnen zu wenig, der morbiditätsorientierte Zuweisungsanteil aus dem Fonds wäre zu schmal ausgefallen.

Das BVA hat sich diese Kritik ebenfalls zu eigen gemacht und eine eigene Liste unter Berücksichtigung einiger Module der Beiratsmethodik vorgelegt. Der große Unterschied: Die in den Diskussionen vor der Publikation des Beiratsgutachtens auch vom BVA (übrigens auch von Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums) mitgetragene logarithmische Prävalenzgewichtung wurde zugunsten der Wurzelfunktion verändert. Das erhoffte Ergebnis wurde erreicht: Alle DMP- und weitere Volkskrankheiten wie Hypertonie, Demenz, Herzinsuffizienz oder so „eng abgrenzbare Krankheiten“ wie allgemeine Depression, Atherosklerose und bestehende Schwangerschaft oder schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung sind nun Teil der „amtlich gestellten“ Krankheitsliste, die am 13. Mai 2008 vom BVA publiziert wurde. Diese Liste kann nur dadurch entstanden sein, dass weder das Kriterium „eng abgrenzbar“ noch das Kriterium „kostenintensiv“ im Sinne der gesetzlichen Vorgaben operationalisiert worden ist, die Varianzen nach Schweregrad und Kosten sind unberücksichtigt geblieben.

Beispiel Hypertonie: Bei einer Prävalenz von etwa 20 Prozent wären im Rahmen der GKV rund 14 Millionen Versicherte an einem Bluthochdruck erkrankt. Die prospektiv erwarteten Mehrkosten werden in der neuen BVA-Übersicht vom 3. Juli 2008 mit 272,60 Euro angegeben. Damit wären bei den morbiditätsorientierten Zuweisungen rund 3,8 Milliarden Euro die Basis. Was sollen diese durchschnittlichen Leistungsausgaben einer viel zu wenig abgegrenzten Krankheit, die nur zu dem Zweck aufgenommen wurde, um den Finanzausgleich an möglichst „viel“ Morbidität zu binden? Letztlich wurde das Kriterium „Krankheit“ in Richtung „Anzahl der Kranken“ erweitert, um die Gesamtausgaben in dieser Krankheit als besonders belastend bei den Leistungsausgaben darstellen und die Krankheit mit in die Liste aufnehmen zu können.

Natürlich gilt auch, dass es bei den Zuschlägen innerhalb der Krankheit „Hypertonie“ zu erheblichen Differenzierungen in den morbiditätsorientierten Zuschlägen kommen wird, außerdem werden diese „breiten“ chronischen Krankheiten erst dann zuschlagsfähig, wenn die nun auch zur Validierung der Diagnose hinzugesetzten Arzneimittel eine Mindestmenge (>183 DDD – Defined Daily Dose) überschritten haben. Dennoch sind einige Kassen ihrem Ziel näher gekommen, einen möglichst großen Fondsanteil an Morbidität zu binden und damit den Anteil der nicht-morbiditätsgebundenen standardisierten Zuweisungen aus dem Fonds nach Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus zu verringern: Es könnte daher leicht zu einer „Vermorbidisierung“ der GKV kommen, wenn dieses Konzept zu Ende gedacht wird.

Tabelle 2: Umverteilungskonsequenzen

Umverteilungskonsequenzen	N	Anteil betroffener Versicherter 2005 (in Prozent)	Anteil an den Ausgaben 2006 (in Prozent)
Angaben im Gutachten	4.318.141	23,2	67,0
Korrigierte Gutachtenauswahl (ohne „Sonstige Leistungserbringer“)	4.194.687	24,8	59,7
Korrigierte Gutachtenauswahl (mit „Sonstige Leistungserbringer“)	2.894.812	25,5	61,4
BVA-Methodik	4.226.965	39,5 ¹⁾	54,0 ²⁾

¹⁾ mit zwei ambulanten Diagnosen

²⁾ Verteilung über Morbiditätszuschläge

Die Umverteilungskonsequenzen zeigen, dass sich die zu berücksichtigenden Anteile bei den Versicherten deutlich verändert haben, von zunächst 23,2 Prozent (über die durch die BVA-Korrekturen auf der Beiratssystematik zustande gekommenen 24,8 beziehungsweise 25,5 Prozent) nun auf 39,5 Prozent. War der morbiditätsorientierte RSA so breit gedacht? Die Rückmeldungen vor allem aus der CDU/ CSU sprechen eine

deutlich andere Sprache – den Politikern war schon die erste Beiratsliste zu weitgehend. Allerdings: Der erweiterte BVA-Entwurf hat nicht mehr zu neuen Diskussionen geführt – eine bemerkenswerte Ruhe ist eingetreten, offensichtlich, um das Inkrafttreten des Fonds nicht unnötig zu belasten, nachdem nun auch die Kanzlerin keinen Zweifel mehr daran aufkommen lässt, dass der Fonds pünktlich zum 1. Januar 2009 kommen wird.

Die dritte Kritik ist die wissenschaftlich unverfrorenste: Da kommt vonseiten namhafter Repräsentanten der AOKen der Vorwurf des ordnungspolitischen Blindflugs und der Verhinderung einer stärkeren Wettbewerbsorientierung, weil der Beirat eben nicht in die gewünschte Prävalenzfalle getappt ist und die Grenzziehung zwischen „kostenintensiv“ einerseits und „häufig, aber kostengünstig“ andererseits durchgehalten hat (zum Beispiel Jacobs 2008).

Die Nichtberücksichtigung ist ein Hinweis darauf, dass der § 137 f, mit dem die Rahmenbedingungen und Kriterien für strukturierte Behandlungsprogramme definiert werden, aber auch gar nichts mit den Kriterien des morbiditätsorientierten RSA zu tun hat, wie sie im § 268 und im § 31 der RSAV beschrieben werden. Wenn diese Gleichsetzung gewollt gewesen wäre, hätte der Gesetzgeber in klarer Weise darauf verweisen können. Im § 137 f sind weder Hinweise auf „schwerwiegend“ noch auf über dem Durchschnitt liegende Kosten gegeben, es geht vielmehr um Anforderungen zugunsten einer in der Qualität optimierten Versorgung. Diese klar formulierten Anforderungen bestehen aber im morbiditätsorientierten RSA nicht mehr; die Krankheiten, aufgebaut auf den zugehörigen Diagnosen, setzen ohne Nachweis eines strukturierten Behandlungsprogramms und ohne entsprechende Anstrengungen der Kassen Zuweisungen aus dem Fonds in Gang. Hier wird die Morbidität honoriert und nicht das Engagement zugunsten einer besseren Versorgung.

Die AOK-Repräsentanten sind daher auf dem Holzweg, wenn sie mit noch so wohl klingenden Vokabeln aus dem Repertoire der Sozial- und

Gesundheitspolitik wie Wettbewerb oder Ordnungspolitik die Konsequenzen des Gutachtens angreifen wollen. Vielmehr dekuvirieren sich diese Begriffe rasch als wohlklingende Umschreibungen für knallharte eigene ökonomische Interessen: Nicht das Wohl der GKV unter wettbewerblich orientierten Rahmenbedingungen steht zur Diskussion, sondern die Stabilisierung der eigenen Institution.

Manche AOKen haben in der Vergangenheit den Weg eingeschlagen, sich Wettbewerbsvorteile über besonders hohe Honorierungen der Vertragsärztinnen und -ärzte zu verschaffen. Wenn die AOK Bayern 40 Prozent extrabudgetäres Honorar und einen festen Punktwert von rund fünf Cent zahlt, diese höheren Honorare aber über die Fondszuweisungen nicht mehr ohne Zusatzbeitrag zu finanzieren sind, dann ist es eben notwendig, einen breit angelegten morbiditätsorientierten RSA zu fordern, weil insbesondere im Rahmen der Volks- oder DMP-Krankheiten große Varianzen der Leistungsausgaben bestehen und damit finanzielle Puffer zustande kommen dürften, die im Sinne der Quersubventionierung des Honorarwettbewerbs dringend erforderlich sind.

Der morbiditätsorientierte RSA wird damit zu einem Finanzierungsinstrument degradiert, das nur noch wenig mit dem notwendigen Finanzausgleich von schwerwiegenden und kostenintensiven Krankheiten zu tun hat, aber viel mit einer egoistischen Maximierung der Zuweisungen aus dem Fonds. Der Wettbewerb im Gesundheitswesen sollte den Versicherten und Patienten zugute kommen. Der von den Kassen zu fördernde Wettbewerb sollte die Verbesserung der Versorgung zum Ziel haben, um neue Versorgungskonzepte und die Umsetzung der Möglichkeiten im Rahmen der „Compression of Morbidity“ zu ermöglichen. Viel Geld zu verteilen ohne in einer Evaluation erkennbare Gegenleistungen ist nun wahrlich weder wettbewerbs- noch ordnungspolitisch eine besondere Leistung (siehe hierzu auch SVR 2007).

Mehr Rationalität im Ausgleich der Kassen untereinander?

Dieses Ziel sollte mit der Erweiterung des RSA verfolgt werden, dieses Ziel wurde jedoch weniger gut erreicht als es möglich gewesen wäre. Dies hat zumindest drei Gründe:

- Die Rationalität bleibt schon deshalb fraglich, weil alle Unwirtschaftlichkeiten, jede vorhandene Unter-, Über- und Fehlversorgung (siehe hierzu beispielsweise SVR 2005) weiter die Basis des Ausgleichs bildet; es gibt eben weder ein theoretisches Konzept der Ableitung einer bestmöglichen Versorgung, an der sich ein Ausgleich orientieren könnte, noch gibt es die Bindung der Ausgleichswirkungen an einen Nachweis wie bei den DMP, wo akkreditierte strukturierte Behandlungsprogramme die Voraussetzung für Zuweisungen aus dem RSA sind.
- Zwar sind im morbiditätsorientierten RSA nun Krankheiten und Diagnosen zur Basis des Ausgleichs vorgesehen, im Vordergrund stehen jedoch nicht die Qualität und Effizienz der Versorgung, sondern alleine die Leistungsausgaben. Es müssen gar die adversen Anreize bemüht werden, die dann entstehen könnten, wenn Kassen und Ärzte sich zusammentäten, um eine „Vermorbidisierung“ der GKV zu fördern, sowohl über die Diagnosestellungen (Gaming) wie aber auch über unnötige Arzneimittelverordnungen. Solche Komplizenschaften sind eher als unwahrscheinlich anzusehen. Die Frage ist jedoch, wie sich innerhalb der Kassen das Engagement zugunsten eines besseren Versorgungsmanagement und der durch den Wettbewerb induzierten Suche nach besseren Versorgungslösungen in Gang setzen lässt, wenn schon jetzt erkennbar ist, dass ein möglichst breit angelegter Ausgleich angestrebt wird.
- Es mag zwar sein, dass manche Kassen unter der Versorgungslast von Volkskrankheiten mehr zu leiden haben als andere. Aber ist eine anforderungsfreie Zuweisung alleine schon deshalb, weil Kosten entstehen, in jedem Falle sinnvoll? Engagement soll honoriert werden, wo bleibt aber die Honorierung, wenn durch Prävention, Rehabilitation oder Gesundheitsförderungsstrategien Morbidität vermieden oder verringert wird? Soll dies zulasten der aktiven Kassen gehen, die dann lediglich die

„einfachen“ RSA-Zuweisungen aus dem Fonds erhalten, weil sie weniger diagnosebezogene Morbidität nachweisen können? Die Überzeugung, dass dieses Ausgleichssystem zwischen den Kassen rationaler wäre als dies bisher der Fall war, gerät da schon ins Wanken (siehe hierzu auch die Kritik von Meusch 2008). Wenn schon ein morbiditätsorientierter RSA eingeführt wird, dann sollte der auf belastbaren und zweifelsfrei operationalisierbaren Kriterien aufsetzen – die im Gesetz genannten waren nicht so schlecht wie das Ergebnis, das nun erzielt worden ist.

Die Verbindung des morbiditätsorientierten RSA mit der Einführung des Fonds ohne jede Evaluationsphase („Trockenschwimmen“ über ein bis zwei Jahre, um die Auswirkungen besser einschätzen zu können) treibt die Kassen an, alle Wettbewerbsnachteile zu vermeiden, die entstehen könnten. Natürlich wird es noch sehr auf die Festsetzung des Beitragsatzes im Bundestag ankommen, der am 1. November 2008 verkündet wird. Derzeit gehen viele von einem Beitragsatz aus, der bei 15,5 Prozent liegen könnte. Wenn einzelne Kassen für sich die Gefahr sehen, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, wird darunter möglicherweise erst recht das Engagement für eine bessere Versorgung leiden – Präventions- und Informationsstrategien werden sicherlich zurückgefahren werden. Der morbiditätsorientierte RSA gewinnt unter diesen Bedingungen den Charakter eines finanziellen Rettungsankers für manche Kassen, die sich von einer möglichst breiten Basis der ausgewählten Krankheiten eine Unterstützung in prekären finanziellen Zeiten erhoffen. Auf der Ausgestaltung des morbiditätsorientierten RSA liegt deshalb viel Druck – die notwendige Wissenschaftlichkeit des Vorgehens bei der Einführung eines deutlich erweiterten Ausgleichssystems könnte von den naheliegenden finanziellen Umverteilungsinteressen überdeckt werden.

Jede Weiterentwicklung in unserem System hat sich daran zu orientieren, ob sich die Versorgungssituation der Versicherten und Patientinnen und Patienten verbessert. In den derzeitigen morbiditätsorientierten RSA-Kriterien fehlt die Kategorie der Sozialschicht abhängigen Variabilität von Krankheit völlig, wenn man sie nicht in simplifizierender

Weise über das Einkommen der Mitglieder definieren wollte (SVR 2005). Wenn die Realität des sozioökonomischen Status der Versicherten noch immer als wichtige Einflussgröße für den Zugang und die Teilhabe an unserem System gewertet werden muss, und daran bestehen keine wirklichen Zweifel, dann müssen die Auswirkungen des morbiditätsorientierten RSA auch mit Blick auf die Bevölkerungsgruppe der sozioökonomisch benachteiligten Versicherten geprüft werden, um ein Urteil über die Rationalität des neuen Ausgleichs zu fällen.

Solange dies nicht möglich ist, handelt es sich weiterhin um eine Black-box der Versorgung, die durch das geplante Ausgleichssystem keineswegs erhellt wird. Im Gegenteil wird bei den Kassen ein Höchstmaß an Sparsamkeit verfolgt werden, um trotz morbiditätsorientiertem RSA die Unwägbarkeiten der Fondszuweisungen und eines drohenden Zusatzbeitrages abzuwehren. In solchen Zeiten können sich Angehörige der Mittelschicht immer noch besser Gehör verschaffen als Angehörige benachteiligter Versicherungsgruppen. Selbst wenn die Rationalität des Ausgleiches verbessert würde, sind die Folgen („Kollateralschäden“) für viele Versicherte überhaupt noch nicht auszumachen. Auch dies ist eines der vielen denkbaren Beispiele dafür, warum die Verbindung morbiditätsorientierter RSA und Fonds erhebliche Probleme mit sich bringt.

Literatur

- Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin – BIPS (2007): Auszug aus dem Gutachten des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin zur Qualität der Datengrundlagen für morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 85 a und 85 b SGB V. www.kbv.de/themen/10760.html (17. Juni 2008).
- Busse, R., S. Drösler, G. Glaeske, W. Greiner, T. Schäfer und M. Schrappe (2007): Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Bonn. www.bva.de/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung (24. Mai 2008).

- Giersiepen, K., H. Pohlabein, G. Egidi und I. Pigeot (2007): Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 50 (8). S. 1028-1038.
- Glaeske, G. (2005): Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die Voraussetzungen in der GKV. Gutachterliche Expertise. Köln.
- Reschke, P., S. Sehlen, G. Schiffhorst, W. F. Schröder, K. W. Lauterbach und J. Wasem (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. (2008): Ordnungspolitischer Blindflug. In: HighLights 5. S. 25-28.
- Meusch, A. (2008): Konsequente Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich: Warum der geplante M-RSA den wirklich Kranken schadet. In: RPG – Recht und Politik im Gesundheitswesen. Band 14. Heft 1. S. 15-19.
- Pope, G. C., A. S. Ash, C.-F. Liu, J. Z. Ayanian, D. W. Bates, H. Burstin, L. I. Iezzoni und M. J. Ingber (2000a): Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment. In: Health Care Financing Review. 21 (3). S. 93-118.
- Pope, G. C., R. P. Ellis, A. S. Ash, J. Z. Ayanian, D. W. Bates, H. Burstin, L. I. Iezzoni, E. Marcantonio und B. Wu (2000b): Diagnostic Cost Group Hierarchical Condition Category Models for Medicare Risk Adjustment – Final Report. Prepared for Health Care Financing Administration. www.cms.hhs.gov/Reports/downloads/pope_2000_2.pdf (25. Mai 2008).
- Pope, G. C., J. Kautter, P. E. Randall, A. S. Ash, J. Z. Ayanian, L. I. Iezzoni, M. J. Ingber, J. M. Levy und J. Robst (2004): Risk Adjustment of Medicare Capitation Payment Using the CMS-HCC Model. In: Health Care Financing Review. Jahrgang 25. Nummer 4. S. 119-141.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR (2005) Gutachten 2005 – Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Heidelberg: Kohlhammer. Ziffern 111 ff und Ziffern 921 ff.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR (2007) Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn. Ziffern 275 ff und Ziffern 569 ff.
- Schäfer, T. (2007): Stichprobenkonzept für Datenerhebungen nach § 30 RSAV. Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes. www.bundesversicherungsamt.de (24. Mai 2008).
- Schawo, D., und W. Schneider (2007): Feilen am Modell. Neuer Risikostrukturausgleich. *Gesundheit und Gesellschaft*. 10/9. S. 35-40 (Glossar S. 41).
- Trautner, C., Y. Dong, A. Ryll und D. v. Stillfried (2005): Verlässlichkeit von Diagnosen niedergelassener Ärzte in Niedersachsen. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*. Jahrgang 59. Heft 1-2. S. 36-43.
- Wasem, J. (2007): Essener Liste von Erkrankungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. www.uni-due.de/medizinmanagement (25. Mai 2008).

