

Volker Ulrich

Morbi-RSA – Weiterentwicklungsbedarf nach 2017

1. Einleitung

Im Jahr 1994 führte der Gesetzgeber (Gesundheitsstrukturgesetz 1993) mit dem Risikostrukturausgleich einen umfassenden Ausgleich der Risikostrukturen von Versicherten in unterschiedlichen Krankenkassen eingeführt. Noch bis zum Jahr 1996 wurden Versicherte den einzelnen Krankenkassen gesetzlich zugewiesen, einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gab es noch nicht. Der angestrebte Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dient insbesondere der Suche nach besseren Versorgungslösungen und sollte daher vor allem ein Vertrags- und Qualitäts- aber kein Preiswettbewerb sein (vgl. Rebscher 2015). Ohne einen Risikostrukturausgleich bleibt der Beitragssatz- und damit der Preiswettbewerb in der GKV das dominierende Wettbewerbskriterium und der Wettbewerb um Qualität hat letztlich keine Chance.

Der technische Kern der Wahlfreiheit ist dabei der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA, vgl. Jacobs et al. 2002, Cassel et al. 2014). Um einen zielorientierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, benötigt man den Morbi-RSA. Hätte man unmittelbar nach dem GSG im Jahr 1994 den Versicherten Wechselmöglichkeiten eröffnet, wären viele Krankenkassen vom Markt verschwunden, ohne dass man ihr Ausscheiden auf Ineffizienzen bei der Leistungsgewährung oder bei der Verwaltung hätte zurückführen können. Hauptgrund für das Ausscheiden wären die unterschiedlichen Risikostrukturen gewesen, die von den Krankenkassen aber nicht zu verantworten sind, sondern überwiegend historische Wurzeln besitzen.

Der Risikostrukturausgleich ist daher notwendig, denn das GKV-System kennt nun zwar ein freies Krankenkassenwahlrecht der Versicherten, aber aus Solidargründen keine risikoabhängigen Prämien, sondern risikounabhängige, einkommensbezogene Beiträge. Gäbe es keinen Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen, bliebe der Solidarausgleich auf die Mitglieder

einer Krankenkasse beschränkt. Um mit günstigen Beiträgen im Wettbewerb erfolgreich zu sein, müssten die Krankenkassen lediglich die Strategie verfolgen, möglichst junge und gesunde Mitglieder zu gewinnen (vgl. Bundesversicherungsamt 2008, S. 2).

In jüngster Zeit werden die Rufe nach einer umfassenden Reform des Morbi-RSA lauter. Insbesondere die verschiedenen Verbände der Krankenkassen und auch einzelne Bundesländer haben mittels Gutachten umfangreichen Reformbedarf vorgebracht¹. Die Kritiker des gegenwärtigen Ausgleichsystems bemängeln, dass der heutige Morbi-RSA es nicht schafft, für faire Wettbewerbsbedingungen in der GKV zu sorgen und betonen, dass die Verteilungswirkungen des Morbi-RSA zu einer Ungleichbehandlung der Kassenarten führen (vgl. BKK Dachverband/VDEK 2016).

Die AOK Gemeinschaft (2016) betont in ihrem Positionspapier den Beitrag des Morbi-RSA zu sozialpolitischen Zielen und findet eine Änderung des Morbi-RSA nur dann angemessen, wenn die messbare Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen steigt, das heißt, dass Risikoselektionsanreize zu Lasten bestimmter Versichertengruppen weiter reduziert bzw. idealerweise ausgeschlossen und Wirtschaftlichkeitsanreize gestärkt werden.

Aus theoretischer Perspektive betrachtet geht es letztlich um die Frage, ob der bestehende Morbi-RSA nach wie vor sogenannte Rent-Seeking-Aktivitäten zulässt bzw. sogar belohnt (vgl. Wille/Ulrich/Schneider 2007). Unter Rent-Seeking versteht man Aktivitäten von Individuen, Unternehmen oder Verbänden, die auf eine Einflussnahme auf die Entscheidungen des Gesetzgebers abzielen und diese in ihrem eigenen Sinne zu beeinflussen versuchen (vgl. Connolly und Munroe 1999). Diese Bestrebungen zielen darauf ab, durch solche Investitionen in die Beeinflussung von Entscheidungsträgern eine Rente für sich zu generieren. Dabei geht es um eine künstlich geschaffene Rente, der keinerlei produktive Aktivität gegenübersteht, sondern deren Ziel in einer Umverteilung liegt. Zudem entsteht ein Anreiz für andere Marktteilnehmer, bei erfolgreichem Rent-Seeking ebenfalls in diesem Marktsegment tätig zu werden. Der Morbi-RSA ist ein gutes Beispiel für

1 SVR-G 2015; IGES/Glaeske 2016; Wasem et al. 2016,1 und 2016,2; IGES/Glaeske/Greiner 2015; Häckl et al. 2016; Ulrich/Wille 2014 und Ulrich/Wille/Thüsing 2016.

solche Rent-Seeking-Aktivitäten, wenn es lohnender ist, sich auf der Einnahmenseite um möglichst viel Geld aus dem RSA-Topf (Gesundheitsfonds) zu bemühen, anstatt auf der Leistungsseite in eine qualitativ gute Versorgung zu investieren. Der folgende Beitrag analysiert den Status quo und skizziert den Weiterentwicklungsbedarf des Morbi-RSA nach dem Wahljahr 2017.

2. Ziele und Funktionen des Morbi-RSA

Der ursprünglich für das Jahr 2007 geplante Morbi-RSA ist im Jahr 2009 zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds in Kraft getreten. Gesetzliche Grundlage war insbesondere das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG, 2007). Der Morbi-RSA gleicht aktuell neben den bereits im ersten RSA vorhandenen Merkmalen Einkommen, Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung auch die Einstufung in gesund und krank aus, d.h. er besitzt nun einen direkten Morbiditätsbezug durch die Berücksichtigung von 80 Krankheiten, für deren Auswahl aus den insgesamt rund 350 Krankheiten die Kriterien schwerwiegender Verlauf, chronisch, kostenintensiv und Schwellenwert dienen². Die Zuordnung eines Versicherten zu einer Morbiditätsgruppe stützt sich im Klassifikationsmodell in erster Linie ambulante und stationäre Diagnosen. Zu ihrer Validierung können Arzneimittelverordnungen dienen. Während die Krankenhausdiagnosen unmittelbar zu einer Zuordnung führen, gilt für Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung das sogenannte M2Q-Kriterium. Es setzt für die Zuordnung zu einer Morbiditätsgruppe voraus, dass zwei Diagnosen derselben Krankheit aus mindestens zwei unterschiedlichen Abrechnungsquartalen vorliegen müssen (vgl. Drösler et al. 2016).

2 Im Sinne des Morbi-RSA werden Krankheiten über Einzeldiagnosen von Ärzten definiert. Eine Krankheit setzt sich dabei aus mehreren Einzeldiagnosen zusammen, die sich aus medizinischer Sicht ähneln. Auf diesem Wege werden rund 16.000 mögliche Einzeldiagnosen der International Classification of Diseases (ICD-10-GM) zu insgesamt mehr als 350 Krankheiten zusammengefasst. Aus diesen werden 80 Krankheiten ausgewählt. Ursprünglich sah der Gesetzgeber für eine Übergangsphase 50 bis 80 Krankheiten in der Auswahl vor, es waren jedoch von Anfang an schon 80 Krankheiten.

Die Krankenkassen erhalten nun aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Finanzierung ihrer Ausgaben. Dabei ist zwischen

- Zuweisungen zur Deckung von Pflichtleistungen einer Krankenkasse,
 - Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen,
 - Zuweisungen für Aufwendungen zur Entwicklung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme und
 - Zuweisungen zur Deckung von Verwaltungskosten
- zu unterscheiden.

Die Zuweisungen für Pflichtleistungen werden dabei durch den Morbi-RSA angepasst, um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen (vgl. Bundesversicherungsamt 2008). Sie bilden den Kern des Morbi-RSA.

Der Morbi-RSA stellt auf indirektem Weg somit die für den Wettbewerb erforderliche Risikoäquivalenz her. Um einen Finanzausgleich mit seinen Ineffizienzen zu vermeiden, erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds nicht ihre tatsächlichen Ausgaben, sondern standardisierte Zuweisungen in Höhe des Bundesdurchschnitts.

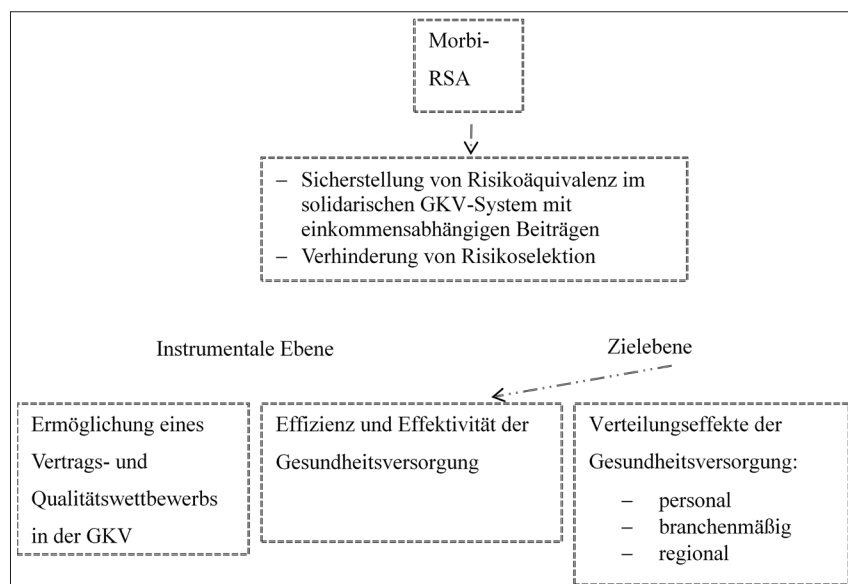
Abbildung 1 fasst die Ziele und Funktionen des RSA noch einmal graphisch zusammen. Wie die Abbildung veranschaulicht, besitzt der Morbi-RSA das Ziel der Sicherstellung von Risikoäquivalenz im solidarischen GKV-System mit einkommensabhängigen Beiträgen. Weiterhin soll er Risikoselektion verhindern. Damit stellt der Morbi-RSA ein Instrument dar, um auf der Ebene der Leistungsausgaben grundsätzlich einen Vertrags- und Qualitätswettbewerb zu ermöglichen. Neben dieser instrumentalen Sichtweise verfolgt der Morbi-RSA folgende abgeleitete Ziele: Durch die Sicherung der Effizienz und die Erhöhung der Effektivität zielt er auf eine optimale Gesundheitsversorgung ab. Daneben gilt es, erwünschte regionale Verteilungseffekte unter Zielaspekten zu bewerten und abzusichern, da Morbidität stets auch eine regionale Dimension besitzt.

Der Finanzausgleich der Krankenkassen besitzt trotz bereits stattgefundener gesetzlicher Korrekturen weiterhin Reformbedarf³. Im Wahljahr 2017

3 Die Kosten Verstorbener werden rückwirkend seit dem Jahr 2013 auf pro-Tag-Werte umgestellt und aufs Jahr hochgerechnet (Annualisierung). Damit lassen sich die Unterdeckungen für diese Gruppe der unvollständig Versicherten abschwächen bzw. korrigieren und zudem werden die Verstorbenen nun wie

positionieren sich die großen Verbände der Kassenarten und betonen den jeweiligen Handlungsbedarf des lernenden Systems Morbi-RSA. Inzwischen hat das Bundesgesundheitsministerium den wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA mit einer umfassenden Evaluation beauftragt, deren Ergebnisse im Herbst in den Koalitionsverhandlungen der neuen Regierung Berücksichtigung finden sollen.

Abbildung 1: Ziele und Funktionen des Morbi-RSA.



Quelle: Darstellung in Anlehnung an Wille/Ulrich/Schneider 2007, S. 31 und 2008, S. 45.

Allerdings hängen nicht alle Probleme der Krankenkassen ausschließlich mit dem Morbi-RSA zusammen. Selbst ein „perfekter“ Morbi-RSA stößt an Grenzen, wenn der Gesetzgeber den Krankenkassen nicht genügend

alle anderen Versicherten behandelt. Außerdem gab es Veränderungen bei den Zuweisungen für Verwaltungskosten und für das Krankengeld. In beiden Fällen sucht man Möglichkeiten, die Zuweisungen zielgenauer auszugestalten und hat zumindest temporär Ist-Ausgaben-Elemente in den Morbi-RSA aufgenommen, die dem prospektiven System grundsätzlich fremd sind. Weiterhin wurde mit dem Morbi-RSA ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt.

Handlungsparameter an die Hand gibt, insbesondere im Vertragsgeschäft auf dem Versicherungs- und Leistungsmarkt, die ebenfalls einer stärkeren Öffnung bedürfen. Das IGES Institut hat in einem Gutachten für die DAK das Konzept der „ergänzenden Selektivität“ (Albrecht et al. 2015) vorgeschlagen. Die Ausgestaltung des Vertragskontextes harmonisiert wettbewerbliche Freiheitsgrade mit einer Kultur der Evaluation und der Weiterentwicklung der GKV-Zielsetzung, die populationsorientierte Versorgung zu verbessern. Das Konzept setzt auf einen zielgenauen Morbi-RSA, um den heutigen in erster Linie preisgesteuerten Krankenkassenwettbewerb durch einen Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen zu ersetzen (vgl. Rebscher 2015).

3. Morbi-RSA und Zielgenauigkeit

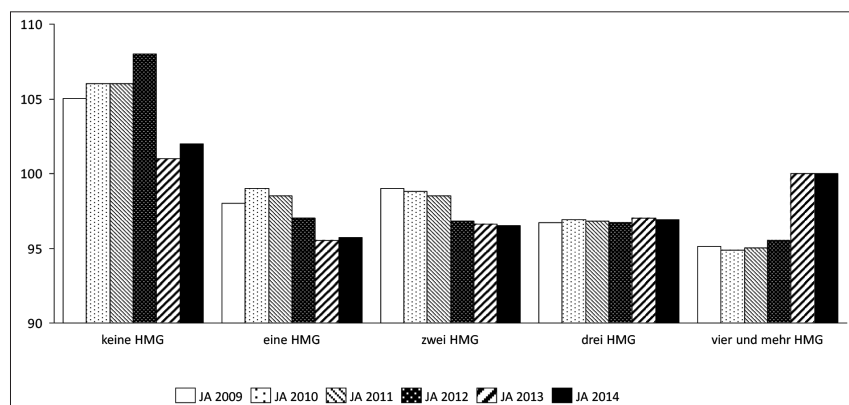
Abbildung 2 verdeutlicht, wie sich der Morbi-RSA seit seiner Einführung im Jahr 2009 mit Blick auf die Deckungsquoten bei (hierarchisierten) Morbiditätsgruppen verändert hat⁴. Die Überdeckungsquote für Versicherte, die an keiner der 80 ausgleichsfähigen Erkrankungen leiden („Gesunde“), liegt im Jahr 2014 bei etwa 105 Prozent. Rechnet man auch die im Ausgleich nicht enthaltenen Krankheiten heraus und berücksichtigt zudem, dass Akuterkrankungen, die innerhalb eines Jahres ausheilen, ebenfalls nicht kalkuliert werden, fällt die Überdeckung für Gesunde sicherlich höher aus. Dennoch erkennt man aus Abbildung 2, dass die Überdeckung der Gesunden seit Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 signifikant gesunken ist. Dem stehen kranke Versicherten gegenüber, die gleichzeitig an vier oder mehr Erkrankungen leiden (vier und mehr hierarchisierte Morbiditätsgruppen HMG in Abbildung 2). Waren diese multimorbiden und chronisch kranken Versicherten bislang deutlich untergedeckt, erreichen sie seit dem Jahresausgleich 2013 eine Deckungsquote von 100 %. Hier stellt der Morbi-RSA insofern Risikoäquivalenz her, als eine Krankenkasse im Durchschnitt genau so viel Zuweisungen erhält, wie sie für die Versorgung dieser schwerkranken Personengruppe benötigt. Eine Krankenkasse ist dann im Wettbewerb nicht mehr benachteiligt, weil sie überdurchschnittlich viele kranke Menschen zu ihrer Klientel zählt oder für diese die Versorgung verbessern will.

4 Die Deckungsquote ist das Verhältnis von Zuweisungen zu Leistungsausgaben für die entsprechende HMG.

Dies ist gegenwärtig aber immer noch der Fall für Versicherte, die an einer, zwei oder drei Erkrankungen leiden. Krankenkassen mit vielen kranken Versicherten in den HMG-Gruppen eins, zwei und drei bekommen über den RSA weniger Mittel zugewiesen als sie für die Versorgung im Durchschnitt eigentlich bräuchten.

Auch wenn sich der Morbi-RSA weiterentwickelt hat, ist es unter den gegebenen Bedingungen immer noch „clever“, sich verstärkt um junge und gesunde Versicherte zu bemühen. Dem kommt entgegen, dass die Versicherten sich auch rational verhalten: „Warum sollten junge, gesunde Versicherte nicht die angebotenen Boni mitnehmen“ (Rebscher 2015)?

Abbildung 2: Morbi-RSA und Zielgenauigkeit.



Quelle: Demme 2015.

Abbildung 3 zeigt, wie sich der Anteil der Zuweisungen nach Alter (40 Alter-Geschlechts-Gruppen AGG), Erwerbsminderung (6 Erwerbsminderungsgruppen EMG) und Morbidität (144 hierarchisierte Morbiditätsgruppen HMG) im Zeitablauf entwickelt hat. Während die Zuweisungen über die EMG-Gruppen nur noch 1,4 % der Zuweisungen ausmachen, hat sich das Gewicht der Morbiditätsgruppen erhöht (von 45,1 % im Jahr 2009 auf 48,2 % im Jahr 2014):

Abbildung 3: Anteil der Zuweisungen über Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung und Morbidität.

Risikogruppe	JA 2009	JA 2010	JA 2011	JA 2012	JA 2013	JA 2014
AGG-Anteil	53,0%	51,8%	51,7%	52,3%	51,4%	50,4%
EMG-Anteil	1,9%	1,9%	1,8%	1,7%	1,7%	1,4%
HMG-Anteil	45,1%	46,4%	46,6%	46,0%	47,3%	48,2%

Hinweis 2013: Umsetzung der PTW-Regelung.

AGG: Alters-Geschlechtsgruppen

EMG: Erwerbsminderungsgruppen

HMG: Hierarchisierte Morbiditätsgruppen.

Quelle: Demme 2015.

Dies bedeutet, dass in dieser Zeit die direkten Morbiditätsindikatoren gegenüber den indirekten an ökonomischer Relevanz gewonnen haben. Die Entwicklung zwischen den Jahren 2009 und 2014 zeigt eine deutlich gestiegene dokumentierte Morbidität, die in den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auch ökonomisch ihren Niederschlag bzw. ihre Berücksichtigung fand (vgl. Drösler et al. 2016).

4. Baustellen des Morbi-RSA

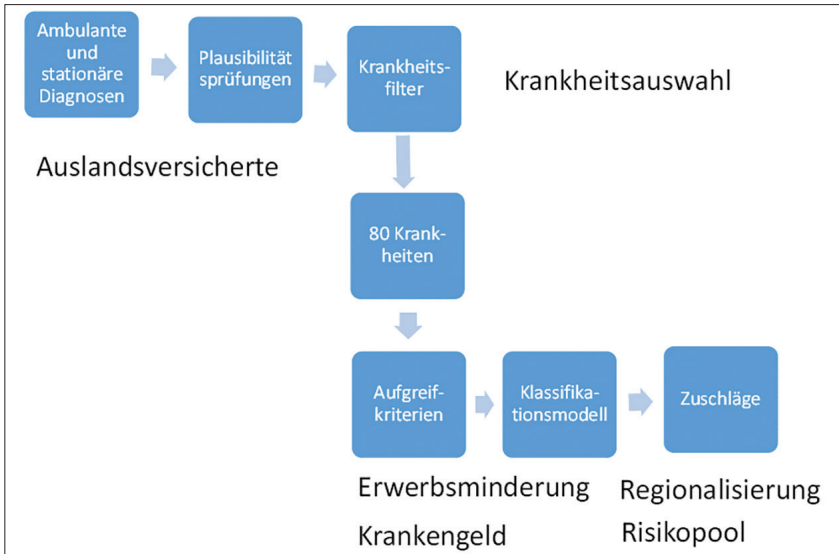
Der Morbi-RSA sollte mit einer gegenüber dem ersten RSA verfeinerten Systematik dazu beitragen, dass die Zielgenauigkeit der Zuweisungen erhöht und dadurch über eine Erhöhung der Risikoäquivalenz die Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb in der GKV gesichert werden. Ist dies gelungen? Hier gehen die Meinungen zum Teil weit auseinander. Sicherlich ist der aktuelle Morbi-RSA der „zielgenaueste“, den es bisher in Deutschland gab“ (Plate und Demme 2016, S. 172). Das bedeutet aber nicht, dass der Morbi-RSA nicht verbessert werden könnte oder dass er keine Baustellen aufweist, die es zu beheben gäbe.

Die Analyse der aktuellen Einnahmen- und Ausgaben-Salden der Krankenkassen sowie ihrer Zusatzbeitragssätze wird kontrovers diskutiert (vgl. BKK DV 2016, VDEK 2016, AOK Gemeinschaft 2016). Gestritten wird insbesondere darüber, ob die Systematik des Morbi-RSA die Schere zwischen den Kassen mit einer Über- und einer Unterdeckung auseinander treibt. Wenn das der Fall ist, kann der eigentlich gewünschte Wettbewerb

zwischen den Krankenkassen nicht wie erhofft stattfinden. Dem steht die Auffassung gegenüber, dass die Ebene der Kassen und Kassenarten eigentlich nicht die richtige Ebene sei, wenn man die Wettbewerbswirkungen des RSA analysieren möchte. Verbesserungen der Zielgenauigkeit des Zuweisungsmodells sollten auf der Versichertenebene stattfinden, da nur hier beurteilt werden kann, ob der Morbi-RSA Risikoselektion vermeiden hilft oder ob es in nennenswertem Umfang Anreize zur Risikoselektion von Versicherten gibt (vgl. Plate und Demme 2016). Grundsätzlich hat eine Krankenkasse im Wettbewerb keinen Bestandsschutz. Der Fokus auf die Ebene der Versicherten vernachlässigt allerdings, dass die Krankenkassen über den Zusatzbeitrag miteinander konkurrieren und der Morbi-RSA letztlich (mit)entscheidend dafür ist, wie hoch der Zusatzbeitrag ausfällt. Zudem stehen die Krankenkassenarten in einem Haftungsverbund, so dass auch aus dieser Perspektive der Ebene der Kassenarten erhebliche Bedeutung für die Bewertung des Morbi-RSA zukommt.

Die Notwendigkeit, auch die Krankassenebene bei der Diskussion über dem Morbi-RSA miteinzubeziehen, schlägt sich auch darin nieder, dass einige Kassen mit hohen Verwaltungskosten bei gleichzeitig, regional bedingt günstigen Leistungsausgaben von überhöhten Zuweisungen aus dem Morbi-RSA profitieren und dann in der Folge noch von Geldern aus dem vollständigen Einkommensausgleich bei den Zusatzbeiträgen (vgl. BKK DV 2016). Im Ranking der Verwaltungskosten oder bei Kundenbefragungen zur Service-Zufriedenheit schneiden einige dieser Kassen nicht sonderlich gut ab. Trotzdem profitieren sie von attraktiven unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen und haben damit klare Wettbewerbsvorteile. Diese Entwicklung ausschließlich auf Vorteile beim Kassenmanagement zurückzuführen, dürfte schwer vorstellbar bzw. vermittelbar sein und wird auch nicht ernsthaft diskutiert. Gleichzeitig sind Kassen mit Versicherten in teuren Regionen und dadurch erhöhten Ausgaben aber dennoch unterdurchschnittlichen Verwaltungskosten gezwungen, einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu veranschlagen. Auch dieser Wettbewerbsnachteil wird durch den vollständigen Ausgleich der Finanzkraft verschärft. Er führt zu einem weiteren Mittelabfluss von Krankenkassen, die Versicherte mit hohen Grundlöhnen bei gleichzeitig hohen Kosten haben.

Abbildung 4: Baustellen des Morbi-RSA.



Quelle: Eigene Darstellung nach BVA 2008.

Abbildung 4 enthält zentrale Baustellen des Morbi-RSA, die im Mittelpunkt der aktuellen Diskussionen über einen Reformbedarf bestehen.

4.1 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Der RSA unterlag seit seiner Einführung im Jahre 1994 hinsichtlich seiner inhaltlichen Ausgestaltung zahlreichen Änderungen und auch der derzeitige Morbi-RSA erfuhr als „lernendes System“ (Jacobs 2015, S. 23) bereits einige Modifikationen. Zudem stehen momentan mehrere Reformvorschläge zur Diskussion (zu einem Überblick Jacobs 2015 und 2016, Ulrich/Wille/Thüsing 2016, Plate/Demme 2016), die aus überwiegend nachvollziehbaren Gründen auf spezielle Problemlagen bestimmter Krankenkassen bzw. Krankenkassenarten abstellen. Insbesondere die folgenden Punkte sind Teil der aktuellen Reformdiskussion:

1. Morbi-RSA setzt falsche Anreize (Upcoding-Probleme, fehlende ambulante Kodierrichtlinie, DMP-Zuschläge)
2. Fehlende Deckung der Hochkostenfälle (Risikopool)
3. Fehlende Präventionsbemühungen
4. Verwendung von Surrogatparametern (Erwerbsminderungsrentner)

5. Verwendung von Ist-Kosten
6. Wegfall der Begrenzung auf Auswahlkrankheiten
7. Einführung eines Regionalfaktors
8. Anpassen der Krankengeldzuweisungen
9. Höhere Transparenz bei Zuweisungen für Auslandsversicherte
10. Gerechte Verteilung der Verwaltungskosten.

Einige der Punkte werden im Folgenden näher diskutiert. Was die einzelnen wettbewerbspolitisch notwendigen Komponenten des RSA betrifft, so bestand schon bei seiner Einführung in der Literatur dahingehend Konsens, dass möglichst alle Effekte, die sich dem Gestaltungsspielraum der Krankenkassen entziehen, eines Ausgleichs bedürfen (Meyers-Middendorf 1993, S. 364; Pfaff/Wassener 1996, S. 1666 und 1998, S. 12). Geschieht dies nicht oder in einem unzureichenden Maße, verfehlt der Morbi-RSA seine Funktion, den miteinander konkurrierenden Krankenkassen gleiche Wettbewerbschancen einzuräumen und Risikoselektion zu vermeiden (vgl. Ulrich/Wille/Thüsing 2016). Ein zentrales Kriterium bei der Bewertung der einzelnen Reformvorschläge wird daher sein, inwieweit die Maßnahme aus Sicht der Krankenkassen exogen ist und ob sich die Risikoäquivalenz durch eine Reform verbessern lässt.

4.2 Krankheitsauswahl

Durch den Gesetzgeber ist festgelegt, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) 50 bis 80 Krankheiten auswählt, für die gesonderte Zuschläge erfolgen. Die Begrenzung auf Auswahlkrankheiten begründete der Gesetzgeber bei der Einführung des Morbi-RSA mit einer gleitenden Einführung der direkten Morbiditätsmessung. Diese Phase könnte nach nun 8 Jahren eigentlich abgeschlossen werden, so dass der Wegfall der Begrenzung auf 80 Krankheiten ernsthaft in Erwägung gezogen werden sollte. Einerseits würde sich dadurch sicherlich die Modellgüte verbessern, da mehr Krankheiten berücksichtigt werden und Manipulationsanreize verringert werden können. Andererseits wird das Klassifikationsmodell umfangreicher, da eine Zuordnung aller rund 15.000 Diagnosen (ICDs) zu Morbiditätsgruppen (HMGs) und die Hierarchisierung einer weit größeren Anzahl von HMGs erforderlich werden. Auf der Ebene der Krankenkassen gilt es weiterhin zu beachten, dass Krankenkassen mit hoher Morbidität, die bereits

heute in der Tendenz überdeckt sind, weiter begünstigt werden könnten, wodurch die Spreizung der Deckungsgrade zwischen den Krankenkassen, die ja gerade Gegenstand der Reformdiskussion ist, verstärkt werden dürfte. Nichtsdestotrotz sollte der Wegfall der Begrenzung im Rahmen der Reformvorschläge diskutiert werden.

Mit Blick auf die Prävalenzgewichtung der Krankheiten gilt es zu beachten, dass die bisherige Auswahl der 80 Krankheiten anhand folgender drei Kriterien stattfindet:

- die Durchschnittskosten der Krankheit je Versicherten,
- die Krankheitsschwere (Anteil der Erkrankten, die im Krankenhaus behandelt werden oder ob es sich um eine chronische Krankheit handelt) und
- die Kostenintensität.

Für die Prüfung der Kostenintensität ist wichtig, was unter einer kostenintensiven Krankheit verstanden wird (vgl. BKK DV 2016, VDEK 2016, AOK Gemeinschaft 2016). Handelt es sich hier um Krankheiten, die in der Einzelbehandlung besonders kostenintensiv sind (oftmals seltene Erkrankungen) oder um Krankheiten, die erst durch eine große Anzahl an Erkrankten kostenintensiv werden (oftmals Volkskrankheiten).

Durch die derzeit angewandte Wurzelgewichtung verteilt der Morbi-RSA vermehrt Zuschläge für Volkskrankheiten (vgl. IGES/Glaeske/Greiner 2015). Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden dagegen vernachlässigt. Gerade Volkskrankheiten wie Hypertonie und Diabetes können in der Regel durch Prävention verhindert bzw. hinausgezögert werden. In dem Augenblick, in dem Krankenkassen aber kostendeckende Zuschläge für diese Krankheiten erhalten, sinkt der Anreiz, in Prävention zu investieren⁵. Gleichzeitig werden Krankenkassen schlechter gestellt, die Patienten versichern, die etwa an einer schweren Lungenerkrankung leiden.

5 Hinzu kommt der Aspekt, dass Krankenkassen nicht unbedingt in präventive Maßnahmen investieren, wenn insbesondere die gesünderen Versicherten die Krankenkassen wechseln. Dieser Punkt hat sich allerdings etwas verändert, da zuletzt auch die kränkeren Versicherten gewechselt haben, da ihre Deckungsquote deutlich erhöht wurde.

Diese Krankheiten bzw. diese Krankheitsverläufe sind jedoch im Regelfall nicht durch die Krankenkasse oder den Patienten beeinflussbar.

Mit Einführung des Morbi-RSA war es erklärtes Ziel des Gesetzgebers, jene Krankheiten besonders zu berücksichtigen, die eine größere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen bzw. das Kostengeschehen haben. Das trifft vor allem auf jene Krankheiten zu, bei denen jeder einzelne Behandlungsfall besonders teuer ist. Durch eine Umstellung der Prävalenzgewichtung könnte diesen Aspekten eine stärkere Beachtung zukommen. Zudem würde sich auch die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA verringern (vgl. IGES/Glaeske/Greiner 2015). Leichte Erkrankungen bieten einen größeren Spielraum bei der Kodierung als schwere Erkrankungen und sind deshalb eher anfällig für Upcoding-Strategien.

4.3 Krankengeld

Die Krankengeldausgaben belaufen sich aktuell auf rund 11 Mrd. Euro pro Jahr und machen damit rund 5% der Kassenausgaben aus. Sie stiegen zwischen 2006 und 2014 um 85 Prozent von rund 6 auf 11 Mrd. Euro jährlich (vgl. SVR-G 2015). Mit Blick auf die Reform des Morbi-RSA ist es wichtig zu betonen, dass das Krankengeld als einkommensabhängige Lohnersatzleistung eine Preis- und eine Mengenkomponeute besitzt, welche für die Krankenkassen unterschiedliche Implikationen besitzen. Die Preiskomponeute bedeutet, dass ein Versicherter mit einem hohen Einkommen auch eine hohe Krankengeldzahlung erhält, wodurch die Kasse belastet wird.

Dem steht allerdings gegenüber, dass die Mengenkomponeute der Krankengeldausgaben, etwa ausgedrückt in der Zahl der Krankengeldtage je Anspruchsberechtigtem aufgrund u.a. der sie beeinflussenden Morbidität, tendenziell mit der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder sinkt (vgl. Wasem et al. 2016). Im aktuellen Zuweisungssystem wird diese Einkommensabhängigkeit der Krankengeldausgaben jedoch nicht berücksichtigt. Dies benachteiligt *ceteris paribus* Krankenkassen mit Mitgliedern mit überdurchschnittlichen Einkommen. Zugleich wird die Morbidität nur schwach berücksichtigt, nämlich über Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus. Dabei wird der Versicherte einer von insgesamt 244 Krankengeldgruppen zugeordnet. Das benachteiligt bei isolierter Betrachtung die Krankenkassen mit überdurchschnittlicher krankengeldbezogener

Morbidität ihrer Mitglieder. Gemessen auf der individuellen Ebene der Mitglieder weist das aktuelle Zuweisungsmodell für Krankengeld entsprechend eine vergleichsweise geringe Genauigkeit auf. Auf der Ebene der Krankenkassen ergeben sich relativ hohe Unter- bzw. Überdeckungen. Würde man beim Krankengeld beispielsweise auf einen Ist-Ausgleich umstellen, würde man einen Teil der Benachteiligungen korrigieren, bei den Krankenkassen aber den Anreiz für ein Krankengeldmanagement verringern bzw. sogar wegnehmen. Es geht daher im Wesentlichen um eine Verbesserung des Zuweisungsmodells, das die oben genannten verzerrenden Faktoren besser ausgleicht als der Status quo.

Wichtige Faktoren für die Krankengeldzahlungen, die bislang nicht berücksichtigt werden, sind beispielsweise der Wohnort, die Branche oder der Beschäftigtenstatus (vgl. Häckl et al. 2016). Als Sonderregelung zur Erhöhung der Zielgenauigkeit hat man inzwischen auf einen 50%igen Ist-Ausgleich umgestellt, was die Probleme einzelner Kassen abschwächt. Allerdings gehören Ist-Ausgleiche grundsätzlich nicht in ein prospektives Modell, das aus Anreizgründen durchschnittliche Kosten ausgleicht, nicht aber die tatsächlich entstandenen Ist-Kosten.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) das BVA verpflichtet, ein Gutachten in Auftrag zu geben, mit dem Modelle für eine zielgerechte Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen des Morbi-RSA zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld entwickelt werden sollen. Das Wasem-Gutachten (Wasem et al. 2016,1) zu den Zuweisungen für Krankengeld zeigt, dass die Berücksichtigung direkter Morbiditäts- und Einkommensinformationen zu einer Modellverbesserung führt. Auf der versichertenindividuellen Ebene lassen sich Verbesserungen erreichen, wenn bei der Mengenkomponekte weitergehende Morbiditätsinformationen in das Modell integriert werden. Damit bestätigt das Wasem-Gutachten Untersuchungen, die der Wissenschaftliche Beirat 2011 vorgelegt hatte (vgl. Drösler et al. 2011). Für eine konkrete Umsetzung schlagen Wasem et al. weitere Untersuchungen über mögliche Ausgleichsvariablen vor.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen untersucht in seinem Gutachten „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“ (vgl. SVR-G 2015) die Ursachen

für den überproportionalen Anstieg der Aufwendungen der GKV für Krankengeld für den Beobachtungszeitraum 2006 bis 2014. Nach den Analysen des SVR-G können die Zunahme der krankengeldberechtigten Versicherten, das Wachstum der entgeltabhängigen individuellen Zahlbeträge bzw. des Entgeltausgleichs sowie die im Zeitablauf erfolgte Veränderung von Alter und Geschlecht zusammen etwa die Hälfte der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der Ausgaben für Krankengeld erklären. Bei seinen Reformvorschlägen stellt der SVR-G daher auf die Verbesserung der Effizienz und Effektivität von Prävention und Behandlung ab, vornehmlich in den krankengeldrelevanten Indikationsbereichen.

Insgesamt gesehen bedarf es allerdings eines erheblichen Aufwands, das bestehende Zuweisungsverfahren zu verbessern, da nicht jede Krankenkasse mit Blick auf die individuellen Besonderheiten beim Krankengeld in das RSA-Schema des Ausgleichs durchschnittlicher Ausgaben passt. Es ist daher auch zu fragen, ob und in welchem Ausmaß verbleibende Unterschiede in den Deckungsquoten nicht doch über das Instrument eines partiellen Ist-Ausgaben-Ausgleichs effizient korrigiert werden können.

4.4 Auslandsversicherte

Versicherte, die mehr als 183 Tage des jeweiligen Vorjahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands hatten, werden im Morbi-RSA separat erfasst. Dies sind u.a. Personen, die zwar im Ausland leben, aber in Deutschland arbeiten und über die Grenze pendeln, oder Familienangehörige mit Wohnsitz im Ausland von in Deutschland arbeitenden GKV-Mitgliedern. Wenn diese Versicherten im Ausland behandelt werden, liegen in Deutschland über Diagnosen und Verordnungen keine Morbiditätsinformationen vor. Im Verfahren des Alt-RSA vor 2009 war eine besondere Berücksichtigung von Auslandsversicherten vor diesem Hintergrund nicht erforderlich, da weder Diagnosen noch Arzneimittelverordnungen einbezogen wurden. Die standardisierten Zuweisungen im Morbi-RSA seit 2009 für diese Auslandsversicherten werden aktuell nach Alter und Geschlecht einheitlich für alle Bundesländer ermittelt. Grundlage sind dabei die Leistungsausgaben der Versicherten mit Wohnort im Inland. Dadurch kommt es zu erheblichen Überdeckungen der Ausgaben von Auslandsversicherten in den meisten Ländern, da hier niedrigere Leistungsausgaben anfallen. Das Problem erscheint quantitativ nicht so bedeutsam, da der

Anteil am Gesamtversichertenbestand in der GKV nur bei etwa 0,4% liegt (vgl. BKK-DV 2016). Je nach kassenindividuellem Anteil von Auslandsversicherten kann es aber zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen kommen.

Der Gesetzgeber hat auch hier als Interimslösung eine Sonderregelung zur Reduzierung der Fehldeckung eingeführt: Die Zuweisungssumme darf nicht größer sein als die tatsächlichen Leistungsausgaben. Auch für die Auslandsversicherten gibt es ein vom Gesetzgeber in Auftrag gegebenes Gutachten. Das Wasem-Gutachten (Wasem et al. 2016,2) zeigt die Schwierigkeiten der Datenerfassung und -übermittlung und schlägt vor, künftig die Leistungsausgaben von Versicherten länderspezifisch, also entsprechend dem Wohnort im Ausland, zu erfassen und so die Zuweisungsgenauigkeit zu erhöhen. Auch hierzu sind jedoch erhebliche Anpassungen bei der Datenerfassung und -lieferung erforderlich. Dennoch dürfte das Problem der Erhöhung der Zuweisungsgenauigkeit von Auslandsversicherten von den geschilderten Reformbaustellen vergleichsweise sachadäquat zu lösen sein, wenn die erforderlichen Datengrundlagen geschaffen bzw. angewandt werden.

4.5 Erwerbsminderungsrentner

Ausschlaggebend für die Gewährung einer Erwerbsminderungsrente ist, wie viele Stunden der Versicherte täglich noch auf dem Arbeitsmarkt tätig sein kann. Auf dieser Basis sind volle und teilweise Erwerbsminderung zu unterscheiden, die Rente wird grundsätzlich auf 3 Jahre befristet gewährt, eine Verlängerung ist möglich.

Der Status des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente war bereits Bestandteil des Alt-RSA vor 2009, als indirekter Morbiditätsindikator diente er der Einschätzung der zu erwartenden Leistungsausgaben. Da hinter jeder Erwerbsminderung eine Erkrankung steht, die nun direkt in den Morbi-RSA eingeht, wird diskutiert, ob der Status Erwerbsminderungsrentner einen Surrogatparameter darstellt, den es eigentlich bei direkter Morbiditätsmessung nicht mehr bräuchte, sondern im Gegenteil zu einer Mehrfachberücksichtigung dieses Merkmals führt (vgl. I GES/Glaeske 2016).

Im Morbi-RSA kommen Probleme hinzu, da der Erwerbsminderungsstatus, wie die anderen Ausgleichsfaktoren, prospektiv behandelt wird. Die Zuordnung zu einer Erwerbsminderungsgruppe (EMG) erfolgt, wenn ein Versicherter im Vorjahr überwiegend erwerbsunfähig war. Voraussetzung ist, dass bei einem Versicherten, an mindestens 183 Tagen eine Erwerbsminderung

vorgelegen hat. Nur dann gibt es im Folgejahr einen Zuschlag über eine EMG. Dabei ist es unerheblich, ob und wie lange der Erwerbsminderungsstatus im Folgejahr überhaupt noch besteht. Der Zuschlag, den die Kasse für den betroffenen Versicherten erhält, orientiert sich nur an dem Tatbestand, dass dieser weiterhin in der GKV versichert ist (vgl. BKK-DV 2016). Während die Erwerbsminderungsrente früher die akuten Kosten im Ausgleichsjahr abbilden sollte, wird sie im neuen Verfahren zur Erklärung der Kosten im Folgejahr verwendet.

Die Beibehaltung der gesonderten Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus als Surrogatparameter passt grundsätzlich nicht allzu gut in die Systematik des Morbi-RSA. Rechtfertigen lässt sich die Beibehaltung allerdings mit dem Umstand, dass Erwerbsminderungsrentner bei gleichen Erkrankungen mit gleichen Schweregraden regelmäßig signifikant höhere Kosten aufweisen als nichterwerbsunfähige Personen, die im Morbi-RSA sonst nicht abgebildet werden und zu Risikoselektion führen können. Erwerbsminderungsrentner weisen im Durchschnitt um 1.424 Euro höhere Ausgaben als andere Versicherte ohne diesen Status auf. Im aktuellen Modell wird dieser Betrag über eine Erwerbsminderungsgruppe (EMG) zugewiesen, so dass die Deckungsquote für diese Risikogruppe bei 100 % liegt. Aus Sicht der Befürworter ist der EMG eine sozioökonomische Variable, die in Ergänzung zu den ambulanten Diagnosen erwünscht bzw. sogar erforderlich ist.

Das gilt allerdings auch für zahlreiche andere Hochkostenfälle und könnte über einen Risikopool aufgefangen werden. Befürchtungen, dass eine Abschaffung der EMG die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA verschlechtern würde, ließen sich daher auch beim Klassifikationsmodell oder durch einen Risikopool berücksichtigen. Aus dieser Perspektive sollte die Forderung einiger Kassen, die Risikogruppen für Erwerbsminderungsrentner (EMGs) zu streichen, weiter diskutiert werden.

4.6 Hochrisikopool

Im gegenwärtigen Morbi-RSA kommt es zu einer Belastung insbesondere der kleineren Krankenkassen durch sehr leistungsintensive Patienten (vgl. Gutachten IGES/Glaeske/Greiner 2015). Zudem verschlechtern solche Hochkostenfälle die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Die Modellgüte würde durch die Herausnahme dieser Ausreißer verbessert.

Im System des Alt-RSA gab es zwischen 2002 und 2008 schon einmal einen Risikopool, der einen partiellen Ist-Ausgabenausgleich jenseits einer bestimmten Ausgabenschwelle vorsah. Damit sollten Risikoselektionsanreize gegenüber Versicherten mit besonders hohen Leistungsausgaben zumindest abgeschwächt werden. Mit Einführung des Morbi-RSA ab 2009 hat der Risikopool an Bedeutung verloren, seine Zweckmäßigkeit wird aber in regelmäßigen Abständen thematisiert.

Die Frage der Zweckmäßigkeit eines Hochrisikopools zur Steigerung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA hängt daher maßgeblich von der konkreten Ausgestaltung des Morbi-RSA ab. Möchte man einen Hochrisikopool als flankierende Maßnahme umsetzen, ist es wichtig, eine systematische und anreizkonforme Integration dieses Ist-Kostenelements zu erarbeiten (vgl. AOK Gemeinschaft 2016). Dabei gilt es auch, Verwaltungsaspekte zu berücksichtigen. Der Risikopool, der bis 2008 gültig war, besaß letztlich keine relevanten Effekte, da der Gesetzgeber einen hohen Schwellenwert und einen hohen Eigenbeteiligungssatz beschlossen hatte (vgl. Wasem 2007). Da die Krankenkassen einen hohen Aufwand bei der Erfassung der Leistungsausgaben betreiben mussten, war seine Streichung letztlich konsequent. Außerdem erhalten die Krankenkassen aus dem Morbi-RSA für zahlreiche Fälle, die eigentlich in den Risikopool gehören, hohe Zuweisungen, so dass ein Teil des Risikopools seine Funktion eigentlich eingebüßt hat.

4.7 Regionalkomponente

Im Kontext der Weiterentwicklung des Morbi-RSA wird auch intensiv über die Notwendigkeit der Einführung einer regionalen Komponente diskutiert. Im gegenwärtigen Morbi-RSA treten Unterdeckungen vor allem in Kernstädten bzw. zentralen Ballungsräumen und deutlich schwächer in ländlichen Kreisen geringerer Dichte bzw. sehr peripheren Räumen auf. Dagegen finden sich Überdeckungen in verdichteten und ländlichen Kreisen verstädterter Räume sowie im ländlichen Raum in Kreisen höherer Dichte (vgl. Göppfarth 2013).

Diese Unter- und Überdeckungen bzw. die unterschiedlichen Deckungsquoten gehen auf ein vielschichtiges Spektrum angebots- und nachfrageseitiger Einflussgrößen zurück. Hinsichtlich der Notwendigkeit einer regionalen Komponente im Morbi-RSA stellt sich die Frage, ob es sich bei diesen Einflussgrößen um Faktoren handelt, die einzelne Krankenkassen steuern

können, oder um Effekte von für sie nicht beeinflussbaren Faktoren, die letztlich eines Ausgleichs bedürfen.

Bei den nachfrageseitigen Einflussgrößen unterschiedlicher regionaler Deckungsquoten, wie z.B. dem Einkommen der Versicherten, den Einpersonenhaushalten und dem Dienstleistungsanteil, handelt es sich unstrittig um exogene Faktoren, denn die einzelnen Krankenkassen vermögen diese Determinanten ähnlich wie Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten nicht zu steuern. Bei den angebotsseitigen Einflussgrößen gilt dies im Wesentlichen auch für die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen Infrastruktur im ambulanten, stationären und im Pflegebereich sowie für die regional unterschiedlichen Faktorkosten der medizinischen Leistungserstellung und das jeweilige Preisniveau der Konsumgüter. Die Krankenkassen verfügen lediglich im selektivvertraglichen Bereich über gewisse Gestaltungsspielräume, um die Mengen und Preise der von ihnen finanzierten Leistungen zu beeinflussen. Da aber auch große Krankenkassen im geltenden System kaum mehr als 10 % ihrer Leistungsausgaben gestalten können, dürften die Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten derzeit zu gut 90 % in exogenen für die einzelnen Krankenkassen nicht beeinflussbaren Faktoren wurzeln.

Regionale Unterdeckungen, die in exogenen Einflussgrößen wurzeln, benachteiligen vor allem regional aufgestellte Krankenkassen gegenüber bundes- und landesweit operierenden, aber auch landesweit tätige Krankenkassen gegenüber bundesweit agierenden. Bei regionalen Überdeckungen verhält es sich entsprechend umgekehrt. Diese Problematik gewinnt derzeit insofern wieder deutlich an Bedeutung, als sich im Zuge des GKV-FQWG mit zunehmend unterschiedlichen Zusatzbeiträgen der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte wieder spürbar intensiviert. Damit nehmen auch die Wettbewerbsverzerrungen, die aus einer fehlenden regionalen Komponente resultieren und ebenfalls die Anreize zur regionalen Risiko-selektion zu.

Kritische Einwände gegen die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA weisen auf die Gefahr hin, dass sie eine Überversorgung in Ballungsgebieten und eine Unterversorgung in weniger ausgabenintensiven Regionen zementiere. Gegen diese Befürchtungen spricht, dass die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Infrastruktur auch den Versicherten aus den umliegenden Regionen zur Verfügung steht. Zudem

geht, wie regionale Vergleiche belegen, eine spezialisierte stationäre und ambulante Versorgung nicht zwingend mit einer ineffizienten und ineffektiven Gesundheitsversorgung einher. Letztlich kann der Morbi-RSA auch überfrachtet werden. Er besitzt insbesondere die Aufgabe Risikoselektion zu verhindern, für effiziente Versorgungsstrukturen müssen zusätzliche Instrumente der Politik und der Bedarfsplanung herangezogen werden.

5. Ausblick

Die Entscheidung, den RSA morbiditätsorientiert weiterzuentwickeln, kann als eine zentrale Voraussetzung für einen erwünschten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen angesehen werden, der auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung abstellt. Um Verzerrungen beim Preis (Zusatzbeitrag) zu vermeiden, ist der Morbi-RSA als „lernendes System“ konzipiert, das permanent weiter zu entwickeln ist. Die Auswirkungen des Systems Morbi-RSA wurden zuletzt durch den Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2011 untersucht. Diesen Auftrag an den Beirat hat das BMG aktuell wiederholt, um eine Grundlage für die im Herbst anstehenden Koalitionsverhandlungen zu erhalten.

Aus den Analysen können Rückschlüsse auf die Wirkungsweise und auf die Weiterentwicklungsmöglichkeiten gezogen werden. Im Rahmen des Aufsatzes wurden zentrale Reformfelder des Morbi-RSA vorgestellt und mögliche Reformvorschläge diskutiert. Dabei geht es um offensichtliche Fehlsteuerungen und Überfrachtungen, die den Morbi-RSA beeinträchtigen. Die Analyse zeigt, dass akuter Handlungsbedarf besteht. Da das Volumen des Gesundheitsfonds gegeben ist, geht jede Reform des Morbi-RSA mit Gewinnern und Verlierern einher. Dadurch wird jede Reform schwierig umzusetzen, da die potenziellen Gewinner die Reform einfordern, während die potenziellen Verlierer, d.h. die Gewinner des Status quo, die Veränderungen ablehnen. Der Beitrag stellt zentrale Ansatzpunkte für künftige Reformen vor, die insbesondere unter dem Aspekt der Vermeidung von Risikoselektion und damit auch der Ermöglichung eines verzerrungsfreien Wettbewerbs diskutiert werden. Aus Sicht der Krankenkassen ist ein entscheidender Punkt, ob die bestehende Schiefe durch die Kasse beeinflusst werden kann oder ob es sich um eine exogene Größe handelt, die auszugleichen wäre. Die zentralen Reformbaustellen betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- Krankheitsauswahl
- Auslandsversicherte
- Krankengeld
- Erwerbsminderungsrente
- Risikopool
- Regionalkomponente

Der Gesetzgeber ist dabei bereits kurzfristig gefordert, die Rahmenbedingungen des Morbi-RSA zu hinterfragen und im Sinn der Risikoäquivalenz und des erwünschten Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen anzupassen.

Literatur

Albrecht, M., Neumann, K. und Nolting, H.-D. (2015): IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 14–54.

AOK Gemeinschaft (2016): Vorschläge für eine systematische Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, Positionen der AOK-Gemeinschaft, Berlin, Oktober 2016.

BKK DV – Dachverband der Betriebskrankenkassen (2011): BKK Vorschläge für eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs 25. Juli 2011, Berlin, URL: www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/bkk_02_2016_e.pdf.

BKK DV – Dachverband der Betriebskrankenkassen (2016): Finanzausgleich neu justieren, Stellschrauben im Morbi-RSA, Sondergruppen im Fokus, Berlin, URL: www.bkk-dachverband.de/.../RSA/morbi-rsa_SONDERGRUPPEN-IM-FOKUS.pdf.

BVA – Bundesversicherungsamt (2008): So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, Bonn.

Cassel, D. und Jacobs, K. (2008): Risikostrukturausgleich und Prävention: Zur Problematik der versorgungspolitischen Instrumentalisierung des Morbi-RSA. In: Göppfarth D. et al. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA, St. Augustin, Asgard, S. 185–212.

Cassel, D. et al. (Hrsg.) (2014): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, medhochzwei, Heidelberg.

- Connolly, S. und Munroe, A. (1999): *Economics of the Public Sector*, Prentice hall, Harlow et al.
- Demme, S. (2015): Ergebnisse des Jahresausgleichs 2014 und aktueller Planungsstand zu den Ausgleichsjahren 2016 und 2017, Foliensatz 4. GKV Informationsveranstaltung „Gesundheitsfonds“ Berlin, 26. November 2015.
- Drösler, S. et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung., Bonn und Berlin, URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf.
- GKV-WSG – Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2007), in Kraft getreten zum 1.4.2007, Berlin.
- Göpffarth, D. (2013): Was wissen wir über die regionale Variation der Gesundheitsausgaben und was bedeutet das für den Risikostrukturausgleich? in: *Gesundheit und Sozialpolitik*, 2013/6, S. 29–35.
- IGES, Glaeske, G. und Greiner, W. (2015): Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1), Kriterien, Wirkungen und Alternativen, Berlin, URL: i-ges.com/e6/e1621/e10211/.../IGES_RSA-Begleitforschung_Teil_1_WEB_ger.pdf.
- IGES und Glaeske, G. (2016): Begleitforschung zum Morbi-RSA. Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren? Berlin, URL: http://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2016/morbi-rsa-ii/index_ger.html.
- Häckl, D. et al. (2016): Verbesserung der Deckungsquoten im Krankengeld Eine Analyse auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten WIG2, IGES, Berlin, URL: <http://www.wig2.de/special/gutachten-zur-verbesserung-der-deckungsquoten-im-krankengeld.html>.
- Jacobs, K. et al. (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – Endbericht, URL: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6630/e6632/e9590/e9592/attr_objs12667/RSA – Gutachten2001_ger.pdf.
- Jacobs, K. (2015): Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich, in: *GGW*, Jg. 15, Heft 2 (April), S. 23–30.
- Jacobs, K. (2016): Keine Schnellschüsse beim Risikostrukturausgleich, in: *GGW*, Jg. 16, Heft 2 (April), S. 7–14.

- Meyers-Middendorf, J. (1993): Die Gestaltungsrelevanz marktwirtschaftlichen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sozialökonomische Analyse der Möglichkeiten und Grenzen eines Krankenkassenwettbewerbs, Köln.
- Pfaff, M. und Wassener, D. (1996): Risikoselektion dauerhaft vermeiden, in: Forum für Gesellschaftspolitik, Bonn, Juli 1996, S. 166–188.
- Pfaff, M. und Wassener, D. (1998): Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für den Kassenwettbewerb und die solidarische Wettbewerbsordnung, in: Ehlers, A. (Hrsg.): Fairness, Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung, Berlin, S. 9–21.
- Plate, F. und Demme, S. (2016): Reformoptionen zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt, in: Welt der Krankenversicherung, 7-8/2016, S. 172–175.
- Rebscher, H. und Walzik, E. (2015): Solidarische Wettbewerbsordnung – Der Diskussionsprozess um ein Allokationsinstrument für die Gesundheitsversorgung, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 1–13.
- SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015): Krankengeld-Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015, Bonn/Berlin, im Dezember 2015, URL: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=565>.
- Ulrich, V. und Wille, E. (2014): Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP), Bayreuth und Mannheim, im September 2014.
- Ulrich, V., Wille, E. und Thüsing, G. (2016): Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbspolitischen und regionalen Aspekten, Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP), Bayreuth, Mannheim und Bonn, im Juni 2016.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2016): vdek-Positionen „Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen“, beschlossen in der Mitgliederversammlung des vdek am 20.07.2016, aktualisiert 09.02.2017, Berlin.
- Wasem, J. (2007): Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009, in: GGW, 7. Jg. 3/2007, S. 15–22.

- Wasem, J. et al. (2016,1): Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV, Endbericht, Universität Duisburg-Essen.
- Wasem, J. et al. (2016, 2): Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 3 RSAV, Endbericht, Universität Duisburg-Essen.
- Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (2007): Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich. Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland, Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 17, Nomos, Baden-Baden.