

**Morbiditätsorientierung und damit verbundene Anreize
in den Finanzströmen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung
in Deutschland**

**Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
Dr. rer. pol.
der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
der Universität Duisburg-Essen**

**vorgelegt 2023
von
Theresa Johanna Hüer
aus
Lingen (Ems), Deutschland**

Erstgutachter: Prof. Dr. Jürgen Wasem, Lehrstuhl für Medizinmanagement

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Ute Schmiel, Lehrstuhl für Unternehmensbesteuerung

Tag der mündlichen Prüfung: 11.06.2024

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

ub | universitäts
bibliothek

Diese Dissertation wird via DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt und liegt auch als Print-Version vor.

DOI: 10.17185/duepublico/82203

URN: urn:nbn:de:hbz:465-20240718-104810-8

Alle Rechte vorbehalten.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungs- und Akronymverzeichnis.....	VII
1. Einleitung	1
1.1 Einführung in die Morbiditätsorientierung in den Finanzströmen in der GKV	1
1.2 Forschungsfragen und Aufbau der Themenkomplexe.....	3
2. Hintergrund	8
2.1 Morbiditätsorientierte Ressourcensteuerung	8
2.1.1 Zum Begriff der „Morbidität“	8
2.1.2 Ziele und Funktionen morbiditätsorientierter Ressourcensteuerung.....	12
2.2 Die Gesetzliche Krankenversicherung	16
2.2.1 Finanzarchitektur	16
2.2.2 Solidarität und Wettbewerb	19
2.3 Historie des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der GKV	23
3. Systematischer Vergleich der Morbiditätsmodelle zur Steuerung von Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem	30
3.1 Hintergrund und Forschungsfragen.....	30
3.2 Methodische Vorgehensweise.....	30
3.3 Morbiditätsorientierte Ressourcensteuerung in Deutschland.....	36
3.3.1 Das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenkassen – Fokus: Morbi-RSA..	36
3.3.2 Das ambulante Vergütungssystem	57
3.3.3 Das stationäre Vergütungssystem	85
3.4 Vergleich der Morbiditätsmodelle	105
3.4.1 Zielsetzung und Funktion	108
3.4.2 Geltungsbereich	109
3.4.3 Technische Ausgestaltung der Modelle.....	111
3.4.4 Berücksichtigung der latenten Variable „Morbidität“	112
3.4.5 Zeitbezug.....	113
3.4.6 Anpassungsmöglichkeiten	116

3.5	Qualitative Analyse von Anreizwirkungen der Modelle für die Kodierung von Morbiditätsindikatoren.....	118
3.6	Diskussion und Schlussfolgerungen	125
4.	Analyse der „Balance of Fit“ in der versichertenindividuellen Vorhersagekraft des Morbi-RSA zwischen Leistungsbereichen	128
4.1	Hintergrund	128
4.2	Empirische Vorgehensweise und Datenbasis	130
4.2.1	Empirische Vorgehensweise	131
4.2.2	Datenbasis.....	133
4.3	Ergebnisse.....	135
4.4	Diskussion und Schlussfolgerungen	140
5.	Ansätze zur Weiterentwicklung der GKV-Finanzarchitektur	143
5.1	Berücksichtigung sozioökonomischer Versichertenmerkmale im Morbi-RSA	143
5.1.1	Hintergrund.....	143
5.1.2	Empirische Vorgehensweise und Datenbasis	146
5.1.3	Ergebnisse	158
5.1.4	Diskussion und Schlussfolgerungen	170
5.2	Anreizgerechte Finanzierung kostenintensiver Einmaltherapien	174
5.2.1	Hintergrund.....	174
5.2.2	Problemanalyse.....	177
5.2.3	Reformvorschlag	182
5.2.4	Diskussion und Schlussfolgerungen	186
6.	Schlussfolgerungen	189
	Anhang.....	192
A.1	Die Gesetzlichen Krankenversicherung – ausführliche Erläuterungen	192
A.2	Ergänzung zu Kapitel 4 – Variation der Morbiditätsinformationen	206
A.3	Liste aller Regionalvariablen zur Bildung von Regionalgruppen im RSA.....	210
A.4	Erklärungen zur Koautorenschaft.....	214
	Literatur	216
	Rechtsnormenverzeichnis	238
	Eidesstattliche Erklärung.....	242

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Finanzarchitektur der GKV (Angaben des GKV-Schätzerkreises für das Jahr 2023).....	17
Abbildung 2: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2023	43
Abbildung 3: Hierarchie 01 „Infektionen“ gemäß Festlegung für das Ausgleichsjahr 2023 ...	45
Abbildung 4: Das ambulante ärztliche Kollektivvertragssystem	58
Abbildung 5: Das stationäre Vergütungssystem (Betriebskostenfinanzierung).....	87
Abbildung 6: Zeitbezug des Finanzierungs- sowie der Vergütungssysteme in der GKV (Ausgleichsjahr 2023)	114
Abbildung 7: Fluss der Diagnose- und Abrechnungsdaten zwischen den Vergütungssystemen und dem Finanzierungssystem in der GKV	119
Abbildung 8: Berechnungsverfahren Balance of Fit	131
Abbildung 9: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte / (adj.) R^2	137
Abbildung 10: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte / CPM.....	138
Abbildung 11: AGG-Verteilung GKV und Studienstichprobe (GKV-Simulation)	149
Abbildung 12: Anteil Pflegebedürftige nach AGGs.....	150
Abbildung 13: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Pflegebedürftigkeit)	151
Abbildung 14: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Frauen, AGG 02 - 20), Pflegegrad	151
Abbildung 15: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Männer, AGG22 - 40), Pflegegrad	152
Abbildung 16: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Pflegesetting)	152
Abbildung 17: Anteile von Zuzahlungsbefreiten nach AGGs.....	153
Abbildung 18: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Zuzahlungsbefreiung).....	154
Abbildung 19: Anteil Erwerbsminderungsrentner nach AGGs	155
Abbildung 20: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Erwerbsminderungsrentnenstatus)	156

Abbildung 21: Anteile von ALG II-Empfängern nach AGGs	157
Abbildung 22: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (ALG II)	157
Abbildung 23: Ungleichbehandlung zwischen Ratenzahlungs- und Rückerstattungsmodellen im Risikopool	180
Abbildung 24: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte (R^2) mit Variation der Morbiditätsinformationen (Modell A)	206
Abbildung 25: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte (CPM) mit Variation der Morbiditätsinformationen (Modell A)	207
Abbildung 26: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte (R^2) mit Variation der Morbiditätsinformationen (Modell B)	207
Abbildung 27: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte (CPM) mit Variation der Morbiditätsinformationen (Modell B)	208
Abbildung 28: Fit-Werte (Pseudo- R^2) bei Variation der Morbiditätsinformationen (Modell C)	208
Abbildung 29: Fit-Werte (Pseudo-CPM) bei Variation der Morbiditätsinformationen (Modell C)	209

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Analytischer Rahmen für den Vergleich von Morbiditätsmodellen	35
Tabelle 2: Aggregierte Gütemaße auf Individualebene für das RSA-Modell, Festlegung Ausgleichsjahr 2023	52
Tabelle 3: Systematischer Vergleich der Morbiditätsmodelle.....	107
Tabelle 4: Datenbasis für Balance of Fit - Berechnungen	134
Tabelle 5: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte sowie Spannweite	135
Tabelle 6: Berechnung der (Im)balance of Fit (R^2 und CPM)	139
Tabelle 7: Datenbasis – an die GKV adjustierte Stichprobe AOK-Versicherter	148
Tabelle 8: Deckungsquoten und -beiträge der Versichertengruppen im Status Quo	159
Tabelle 9: Deckungsquoten und -beiträge der Pflegebedürftigen im Status Quo	159
Tabelle 10: Gütemaße der Modelle	161
Tabelle 11: Deckungsquoten bei isolierter Hinzunahme neuer Variablen	162
Tabelle 12: Deckungsbeiträge (je VJ) bei isolierter Hinzunahme neuer Variablen	162
Tabelle 13: Deckungsquoten nach Pflegesetting und -graden bei isolierter Hinzunahme neuer Variablen.....	163
Tabelle 14: Deckungsbeiträge nach Pflegesetting und -graden bei isolierter Hinzunahme neuer Variablen	164
Tabelle 15: Deckungsquoten der kombinierten Modelle	164
Tabelle 16: Koeffizienten bei Einbezug von Variablen in das Status quo Modell.....	165
Tabelle 17: Koeffizienten des kombinierten Modells (EMGs, Pflegesetting, Härtefall)	166
Tabelle 18: Variablenauswahl Regionalkomponente im Vergleich zum BAS	169
Tabelle 19: Ratenzahlungs- und Rückerstattungsmodell ohne Risikopool, Therapieversagen in Jahr 4	179
Tabelle 20: Ratenzahlungs- und Rückerstattungsmodell unter Risikopool, Therapieversagen in Jahr 4	181
Tabelle 21: Ratenzahlungs- und Rückerstattungsmodell unter reformiertem Risikopool, Therapieversagen in Jahr 4.....	183

Tabelle 22: Finanzielles Ergebnis mit und ohne P4P-Modell unter reformiertem Risikopool, kein Therapieversagen	185
Tabelle 23: Übersicht über die verwendeten Regionalvariablen (Festlegungsentwurf 2021)	213

Abkürzungs- und Akronymverzeichnis

Abs.	Absatz
adj. R²	adjustiertes R ² / Bestimmtheitsmaß
AGG / AGGs (Pl.)	Alters- und Geschlechtsgruppe(n)
ALG II	Arbeitslosengeld II
AOK / AOKen (Pl.)	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung (Bezeichnung ab 2020)
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
BSG	Bundessozialgericht
bspw.	beispielsweise
BT-Drs.	Bundestags-Drucksache
BVA	Bundesversicherungsamt (Bezeichnung bis 2019)
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
ca.	ungefähr (circa)
CC / CCs (Pl.)	Condition Category/Categories
CPM	Cumming's Prediction Measure
d.h.	das heißt
DCG	Diagnostic Cost Group
DHF	Demografische Hochrechnungsfaktoren
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programm
DRG / DRGs (Pl.)	Diagnosis Related Group(s)

DxG	Diagnosegruppe
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
EMG / EMGs (Pl.)	Erwerbsminderungsgruppe(n)
et al.	und andere (et alia)
exkl.	exklusive
f.	folgende
ff.	fortfolgende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GF	Gesundheitsfonds
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz, 2010)
GKV-FKG	Gesetz für fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz, 2020)
GKV-FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, 2014)
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, 2015)
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, 2011)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, 2007)
GLB	Grundlagenbescheid
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, 2003)

GOP /GOPs (Pl.)	Gebührenordnungsposition(en)
GRG	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz, 1999)
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz, 1992)
GSP	Geburtstagsstichprobe
HCC / HCCs (Pl.)	Hierarchical Condition Category / Categories
HLB	Hauptleistungsbereich
HMG / HMGs (Pl.)	Hierarchisierte Morbiditätsgruppe(n)
i.d.F.d.	in der Fassung des
i.d.R.	in der Regel
i.V.m.	in Verbindung mit
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
inkl.	inklusive
KEG / KEGs (Pl.)	Kostenerstattergruppe(n)
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz, 2002)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz, 1972)
KHPfIEG	Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz, 2022)
KHSG	Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz, 2015)

KJ1	endgültige Rechnungsergebnisse der GKV
KM6	Statistik zu Mitgliedern und Versicherten der Krankenkassen (Stichtag 1. Juli des jeweiligen Jahres)
KV /KVen (Pl.)	Kassenärztliche Vereinigung(en)
LA	Leistungsausgaben
LAoKG	Leistungsausgaben ohne Krankengeld
LBFW	Landesbasisfallwert
M2Q	mindestens zwei Quartale
MAPE	Mittlerer absoluter Prognosefehler (Mean Absolute Prediction Error)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
Mio.	Millionen
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, ab 2009
Mrd.	Milliarden
Nr.	Nummer
NUB/NUBs (Pl.)	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode(n)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OW	Orientierungswert
P4P	Pay-for-Performance (leistungsorientierte Vergütung)
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PCG	Pharmaceutical Cost Group (Pharmakostengruppe)
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PG	Pflegegrad
PIP-DCG	Principal Inpatient Diagnostic Cost Group
PKV	Private Krankenversicherung
PpSG	Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, 2018)
pU	pharmazeutischer Unternehmer

PZV	Punktzahlvolumen
QZV	Qualitätsbezogenes Zusatzvolumen
R²	Bestimmtheitsmaß
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RGG / RGGs (Pl.)	Regionalgruppe(n)
RHCC / RHCCs (Pl.)	Rest HCC(s)
RLV	Regelleistungsvolumen
RSA	Risikostrukturausgleich
RSaV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
RVO	Reichsversicherungsordnung
S.	Seite
s.	siehe
SA	Satzart
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf, Gesetzliche Krankenversicherung
sog.	sogenannt
STABS	Standardbewertungssystem
SV-Daten	selektivvertragliche Teilnehmerdaten
THCC / THCCs (Pl.)	Top HCC(s)
TSVG	Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, 2019)
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
VG	Versichertengruppe
vgl.	vergleiche
VJ	Versichertenjahr
VORA-EDI	Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung

WLS	gewichtete kleinste Quadrate (Weighted Least-Squares)
z.B.	zum Beispiel
ZK-DS	Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit

1. Einleitung

1.1 Einführung in die Morbiditätsorientierung in den Finanzströmen in der GKV

Die Orientierung an dem Kriterium der „Morbidität“ in den Finanzströmen von Gesundheitssystemen geht international auf eine lange Historie zurück. In den letzten Jahrzehnten kam es verstärkt zur Einführung von Morbiditätsorientierung in der Allokation der Ressourcen in Gesundheitssystemen. Dabei waren unterschiedliche Entwicklungsstränge zu beobachten.

1975 wurden die sogenannten Diagnosis Related Groups (DRGs), welche, wie der Name impliziert, auf Basis von Diagnosen gebildete Gruppen darstellen, an der Yale-Universität zunächst zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung entwickelt.¹ Im Laufe der Zeit wurden diese Modelle zunehmend auch zur Vergütung stationärer Leistungen eingesetzt; erstmals im Jahr 1983 durch die Health Care Financing Administration bei der Medicare-Vergütung in den Vereinigten Staaten von Amerika.² Inzwischen werden entsprechend angepasste Modelle in mehr als 20 Ländern im stationären Sektor eingesetzt, darunter in Deutschland, wo eine Anpassung des Australischen DRG-Modells auf deutsche Verhältnisse erfolgte³ und in Österreich, wo mit der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ein eigenes Modell entwickelt und 1997 eingeführt wurde, welches nun bereits seit 25 Jahren stetig weiterentwickelt wird.⁴

Auch in Finanzierungssystemen von Krankenkassen spielt die Berücksichtigung von Morbidität bereits seit den 1980er Jahren eine Rolle, in denen Alain Enthoven sein Konzept von Managed Competition (inzwischen auch Regulated Competition) entwickelte und damit für zahlreiche Länder eine Art „Startschuss“ für den Wettbewerb zwischen Krankenkassen in der Sozialen Krankenversicherung gab.⁵ 1989 erschien der erste Aufsatz zu Principal Inpatient Diagnostic Cost Groups (PIP-DCGs) von Arlene Ash und Kollegen.⁶ 2002 führten die Niederlande 13 Pharmaceutical Cost Groups (PCGs) und zwei Jahre später 12 Diagnostic Cost Groups (DCGs) in

¹ Vgl. Thompson/Fetter/Mross (1975).

² Vgl. Vladeck (1984).

³ Vgl. Tuschen (2002). Das deutsche DRG-Modell diente wiederum 2012 als Ausgangspunkt für die Einführung der Swiss DRG in der Schweiz; vgl. Fischer (2007).

⁴ Vgl. Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz (2023).

⁵ Vgl. Enthoven (1988).

⁶ Vgl. Ash et al. (1989).

ihrem Risikostrukturausgleich ein.⁷ Inzwischen haben eine ganze Reihe weiterer Länder morbiditätsadjustierte Risikoausgleichssysteme eingeführt, darunter Belgien im Jahr 2008⁸, Deutschland im Jahr 2009 (flankiert durch die Erweiterung des Risikostrukturausgleichs (RSA) um den Einschreibestatus in Disease Management Programmen (DMPs) seit 2002⁹) und die Schweiz, die diesen Schritt (nach der Einführung einer pauschalen Berücksichtigung eines mindestens 3-tägigen Krankenhausaufenthalts ab 2012 und einer pauschalen Arzneimittelkostenschranke von 5.000 Schweizer Franken ab 2017) zum Jahresbeginn 2020 getan hat.¹⁰

Eines der ersten Modelle morbiditätsorientierter Vergütung in der ambulanten Versorgung wurde in den 90er Jahren von Forschern um Barbara Starfield und Jonathan Weiner an der Johns Hopkins Universität in Baltimore entwickelt.¹¹ Das sogenannte ACG-Modell, das damals noch für Ambulatory Care Groups stand (heute Adjusted Clinical Groups, nun auch stationäre Diagnosen beinhaltend), wird unter anderem zur Budgetierung und Honorierung im ambulanten Sektor sowie zum Vergleich des Ressourceneinsatzes bei Leistungserbringern¹² unter Berücksichtigung unterschiedlicher Patientenstrukturen (profiling) verwendet.¹³

Wie bereits deutlich wurde, stellt auch im deutschen Gesundheitswesen die Ausrichtung zentraler Finanzflüsse am Kriterium der „Morbidität“ in einem wettbewerblichen Kontext ein wesentliches Charakteristikum der von der Gesundheitspolitik in den vergangenen gut 20 Jahren vorgenommenen Umgestaltungen dar: Bereits 1999 wurde durch die Novelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) die Entscheidung getroffen, den überwiegenden Teil der stationären Leistungen über das deutsche DRG-System zu vergüten. Dieses wurde dann ab 2003 optional und ab 2004 verpflichtend umgesetzt. Zudem werden seit 2009 durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) risikoadäquate Prämien mit Morbiditätsbezug simuliert, was bedeutet, dass die Ausgleichszahlungen für unterschiedliche Risikostrukturen der einzelnen Krankenkassen an der Morbidität ihrer Versicherten orientiert sind. Ausgangspunkt dafür war das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs vom 10. Dezember

⁷ Vgl. van Kleef et al. (2018).

⁸ Vgl. Schokkaert/Guillaume/van de Voorde (2018).

⁹ Vgl. Wasem et al. (2018).

¹⁰ Vgl. Schmid/Beck/Kauer (2018).

¹¹ Vgl. Starfield et al. (1991).

¹² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

¹³ Vgl. Reschke et al. (2004), S. 56 ff.

2001.¹⁴ Mit dem Auftrag des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)¹⁵ im Jahr 2003 und des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)¹⁶ im Jahr 2007 spielt schließlich seit 2009 ein Morbiditätsmodell bei der Bestimmung der Fortschreibungsrate der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine relevante Rolle. Dafür werden in der aktuellen Ausprägung sowohl eine Rate für eine rein demografische Entwicklung als auch eine Rate für eine morbiditätsbasierte Entwicklung dieser Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung berechnet, über deren Gewichtung eine Verhandlung der Selbstverwaltungspartner auf KV-Ebene erfolgt.

1.2 Forschungsfragen und Aufbau der Themenkomplexe

Die vorliegende Dissertation gliedert sich in drei Themenkomplexe im Kontext der Morbiditätsorientierung in den Finanzströmen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf dem Morbi-RSA liegt. Im Folgenden werden die Themenkomplexe mit deren zentralen Forschungsfragen vorgestellt.

Der **erste Themenkomplex** umfasst einen systematischen Vergleich der drei Morbiditätsmodelle, die auf den unterschiedlichen Ebenen der Ressourcensteuerung im deutschen Gesundheitssystem zum Einsatz kommen. Dafür werden das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenkassen (Fokus: Morbi-RSA) sowie das ambulante und stationäre Vergütungssystem zunächst separat betrachtet, bevor danach ein systematischer Vergleich der in den beschriebenen Systemen verwendeten Morbiditätsmodelle auf Basis eines zuvor entwickelten analytischen Rahmens erfolgt. Obgleich dieser Vergleich im Wesentlichen auf einer Deskription bestehender Regelungen beruht, ist damit ein relevanter wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn verbunden. In der Regel betrachten Forschungsarbeiten in diesem Themengebiet einzelne Morbiditätsmodelle isoliert und beleuchten selten modellübergreifende Themen.¹⁷ Auf Basis des systematischen Vergleichs erfolgt zudem am Ende des ersten Themenkomplexes eine qualitative Analyse von gegenläufigen und parallel gerichteten Anreizwirkungen am Beispiel der Kodierung von Morbiditätsindikatoren.

¹⁴ Vgl. BGBl. 2001 I Nr. 66 S. 3465.

¹⁵ Vgl. BGBl. 2003 I Nr. 55 S. 2190.

¹⁶ Vgl. BGBl. 2007 I Nr. 11 S. 378.

¹⁷ Vgl. u.a. Drösler et al. (2017), Wasem/Buchner (2019) und Bundesamt für Soziale Sicherung (2022h) zum Finanzierungssystem in der GKV; Eiff/Schüring/Niehaus (2007), Reifferscheid/Thomas/Wasem (2013) und Schreyögg et al. (2014) zum stationären Vergütungssystem sowie Drösler et al. (2013), Drösler et al. (2016) und Neumann et al. (2014) zum ambulanten Vergütungssystem.

Die zentralen Forschungsfragen im ersten Themenkomplex lauten daher:

- 1.1 Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede weisen die drei Morbiditätsmodelle auf den unterschiedlichen Ebenen der Ressourcensteuerung im deutschen Gesundheitssystem auf?*
- 1.2 Welche Anreizwirkungen bestehen bei der Kodierung von Morbiditätsindikatoren innerhalb sowie zwischen den betrachteten Systemen?*

Nach der umfassenden Analyse aller drei Morbiditätsmodelle im deutschen Gesundheitssystem wendet sich der **zweite Themenkomplex** dieser Dissertation ausschließlich dem Morbi-RSA zu, der mit einem prospektiven Regressionsverfahren unter anderem auf Basis versichertenindividueller Morbiditätsdaten einer vorgelagerten Periode die Leistungsausgaben eines Versicherten mit einer bestimmten Alters- und Morbiditätsstruktur voraussagen soll. Damit sollen risikoäquivalente Prämien simuliert werden, um für Krankenkassen Risikoselektionsanreize zu reduzieren und faire Chancen im Wettbewerb um die Gewinnung von Versicherten einzuräumen. Vor diesem Hintergrund befasst sich der zweite Themenkomplex mit der Frage, ob der Morbi-RSA die Leistungsausgaben für unterschiedliche Leistungsbereiche (so zum Beispiel die ambulante oder stationäre Versorgung oder die Arzneimittelversorgung) gleich gut voraussagen kann oder ob Unterschiede bestehen, die zu unerwünschten Verzerrungen im Wettbewerb zwischen Krankenkassen führen könnten. Ist die Vorhersagekraft in einem Leistungsbereich deutlich besser als in einem anderen, so könnte man (ohne Berücksichtigung weiterer ggf. bestehender Einflussfaktoren) annehmen, dass Krankenkassen ihre Versicherten in den Bereich mit der besseren Vorhersagekraft lenken, da risikoaverse Krankenkassen die geringere Restvarianz bevorzugen würden. Wissenschaftlicher Ausgangspunkt für diese Forschungsfrage ist das von Michael Geruso und Thomas G. McGuire im Jahr 2016 vorgestellte Konzept „Fit, Power and Balance“.¹⁸ „Fit“ ist in der Evaluation und Weiterentwicklung von morbiditätsorientierter Ressourcensteuerung eine bekannte Größe, die u.a. mit dem Bestimmtheitsmaß R^2 misst, wie gut risikoadjustierte Zuweisungen (an Krankenkassen) deren

¹⁸ Vgl. Geruso/McGuire (2016).

Leistungsausgaben entsprechen.¹⁹ „Power“ hingegen misst den marginalen Effekt auf risiko-adjustierte Zuweisungen, ausgelöst durch marginale Veränderungen in den Ausgaben von Krankenkassen. „Balance“ beurteilt die Unterschiede der „Power“ zwischen verschiedenen Arten von medizinischen Leistungen bzw. Bereichen.²⁰ Mit dieser Abhandlung soll das Konzept weiterentwickelt werden mit dem Ziel, die „Balance of Fit“ zu ermitteln. Zur Annäherung an verschiedene Arten von medizinischen Leistungsbereichen werden die Hauptleistungsbereiche im Morbi-RSA herangezogen, zu denen unter anderem die ambulanten und stationären Leistungsausgaben sowie Leistungen für Arzneimittel und extrakorporale Blutreinigung gehören.

Die Forschungsfrage im zweiten Themenkomplex lautet:

2.1 Werden die versichertenindividuellen Leistungsausgaben der Krankenkassen für verschiedene Leistungsbereiche durch den Morbi-RSA mit gleicher Genauigkeit vorhersagt oder bestehen Unterschiede in der Vorhersagekraft des Regressionsmodells (Imbalance of Fit) für die Bereiche?

Der **dritte Themenkomplex** dieser Dissertation beschäftigt sich vor dem Hintergrund der Morbiditätsorientierung schließlich mit einem Blick in die Zukunft der GKV-Finanzarchitektur. Dabei sollten mögliche Weiterentwicklungen nicht nur für das System des Morbi-RSA selbst diskutiert werden, sondern dabei stets auch die Wirkungen damit in Verbindung stehender Instrumente berücksichtigt werden. Im Fokus steht dabei der Risikopool, der zum Ausgleich finanzieller Belastungen für aufwändige Leistungsfälle ergänzend zum Morbi-RSA in das Ausgleichssystem für gesetzliche Krankenkassen in der GKV eingeführt wurde.

Der Morbi-RSA ist ein „lernendes System“ – seit seiner Einführung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, 1992)²¹ ist er mehrfach umfassend reformiert worden. Das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG, 2020)²² sieht vor, dass dieser regelmäßig auf Performance und Weiterentwicklungsbedarf evaluiert werden soll. Vor diesem Hintergrund befasst sich der **erste Teil des dritten Themenkomplexes** mit der Frage, inwieweit Versichertengruppen, die

¹⁹ Vgl. u.a. Drösler et al. (2017), S. 62 ff.

²⁰ Vgl. Geruso/McGuire (2016), S. 3 ff.

²¹ Vgl. BGBl. 1992 I Nr. 59 S. 2266.

²² Vgl. BGBl. 2020 I Nr. 15 S. 604.

durch bestimmte sozio-ökonomische Merkmale charakterisiert werden können, im bestehenden Morbi-RSA systematisch unterdeckt sind, und inwieweit etwaigen Unterdeckungen durch eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA – konkret: eine ergänzende Berücksichtigung dieser sozioökonomischen Versichertenmerkmale als Variablen im Morbi-RSA – begegnet werden kann.²³

Die Forschungsfragen lauten daher:

- 3.1.1 *Sind bestimmte vulnerable Versichertengruppen (Pflegebedürftige, Erwerbsminderungsrentner, von Zuzahlungen befreite Versicherte („Härtefälle“), Bezieher von Arbeitslosengeld II) im Morbi-RSA unterdeckt?*
- 3.1.2 *Falls ja: Kann der Morbi-RSA so geändert werden, dass diese nicht mehr unterdeckt sind?*
- 3.1.3 *Falls ja: Ist die Veränderung im Morbi-RSA manipulationssicher und anreiztheoretisch unproblematisch?*

Im **zweiten Teil des dritten Themenkomplexes** erfolgt ein breiterer Blick auf Weiterentwicklungspotentiale im Rahmen der GKV-Finanzarchitektur, indem das Zusammenspiel von Morbi-RSA und Risikopool am Beispiel der anreizgerechten Finanzierung kostenintensiver Einmaltherapien (z.B. Arzneimittel für neuartige Therapien, engl. Advanced Therapy Medicinal Products, ATMPs) analysiert wird und konkrete Anpassungsoptionen im GKV-Finanzsystem erarbeitet werden.²⁴ Als einen wichtigen Grund für die (Wieder-)Einführung des Risikopools neben dem Morbi-RSA ab dem Ausgleichsjahr 2021 nannte der Gesetzgeber die zunehmende Bedeutung neuer kostenintensiver Therapien, da „für Therapien, die zu einer Genesung beziehungsweise langjährigen Verzögerung von Krankheiten führen, keine Folgekosten an[fallen], so dass die Krankenkassen für die betroffenen Versicherten, trotz hoher Behandlungskosten, keine Zuweisungen erhalten“.²⁵ Für diese Einmaltherapien werden zunehmend Pay-for-Performance-Verträge abgeschlossen, da sie zum einen sehr hochpreisig und zum anderen mit einer unzureichenden Datengrundlage zur Bewertung des tatsächlichen, langfristigen Nutzens verbunden sind. Je nach Ausgestaltung solcher Verträge könnten die damit einhergehenden Anreize

²³ Diese Fragestellung wurde im Rahmen eines Gutachtens für den AOK-Bundesverband von der Autorin in Zusammenarbeit mit den Professoren Jürgen Wasem und Florian Buchner vom Lehrstuhl für Medizinmanagement sowie Professor Gerald Lux vom Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) bearbeitet; vgl. Lux et al. (2022).

²⁴ Dieser Fragestellung wurde von der Autorin zusammen mit den Professoren Jürgen Wasem und Volker Ulrich sowie Dr. Markus Thalmeier nachgegangen; vgl. Wasem et al. (2021).

²⁵ BT-Drs. 19/15662 (2019), S. 93.

durch das Risikoausgleichssystem in der GKV variieren und mit nicht gewollten Fehlentwicklungen einhergehen.

Die Forschungsfragen in diesem Kontext lauten:

- 3.2.1 *Mit welchen Anreizen gehen Pay-for-Performance-Verträge für kostenintensive Einmaltherapien im Kontext des GKV-Finanzierungssystems einher? Liegen hier Fehlanreize vor?*
- 3.2.2 *Falls Fehlanreize bestehen: Können Morbi-RSA und/oder Risikopool so geändert werden, dass diese beseitigt werden?*
- 3.2.3 *Falls Fehlanreize bestehen: Ist diese Veränderung manipulationssicher und anreiztheoretisch unproblematisch?*

Zu Beginn eines jeden Themenkomplexes erfolgt zunächst eine thematische Einordnung und Strukturierung der konkreten Forschungsfragen, bevor im Anschluss daran die methodische Vorgehensweise zur Erlangung der Ergebnisse für den einzelnen Themenkomplex beschrieben wird. Nach der Darstellung der Ergebnisse werden diese jeweils diskutiert. Diese Dissertation endet mit verknüpfenden Schlussfolgerungen vor dem Hintergrund der drei Themenkomplexe.

2. Hintergrund

Um die Inhalte der drei Themenkomplexe dieser Dissertation angemessen einordnen zu können, werden die thematischen Zusammenhänge der Morbiditätsorientierung in den Finanzströmen im System der GKV zu Beginn grundlegend beschrieben. Dafür erfolgt zunächst aus unterschiedlichen Perspektiven eine Auseinandersetzung mit dem im Fokus dieser Arbeit stehenden Begriff der „Morbidität“ (2.1.1), um im Anschluss daran auf die allgemeinen Ziele und Funktionen morbiditätsorientierter Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen eingehen zu können (2.1.2). Im zweiten Abschnitt werden dann die zentralen und im Kontext dieser Abhandlung relevanten Ausgestaltungsmerkmale und -prinzipien der GKV erläutert und miteinander verknüpft (2.2). Der Hintergrund und die historische Entwicklung des im Fokus dieser Dissertation stehenden Morbi-RSA wird schließlich im dritten Abschnitt dargestellt (2.3).

2.1 Morbiditätsorientierte Ressourcensteuerung

Nutzt man das Kriterium der „Morbidität“ im Rahmen von Ressourcenallokationssystemen zur Finanzierung von Krankenversicherern oder Vergütung von Leistungserbringern, spricht man im Allgemeinen von einer morbiditätsorientierten Ressourcensteuerung.

2.1.1 Zum Begriff der „Morbidität“

„Morbidität“ (lat. *morbidus* „krank“) beschreibt in der Epidemiologie den Anteil an einer bestimmten Krankheit erkrankter Personen an einer definierten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum. Sie ist ein Oberbegriff für die Prävalenz (Anteil der bereits Erkrankten) und die Inzidenz (Rate der Neuerkrankungen innerhalb einer gegebenen Zeitperiode) einer Krankheit.²⁶

Diese „tatsächliche“ epidemiologische Morbidität einer Bevölkerung oder einer Versichertengemeinschaft kann jedoch aufgrund nicht diagnostizierter Krankheiten, Fehldiagnosen, einer Abhängigkeit der Inanspruchnahme von der Leistungserbringerdichte und ähnlichen Phänomenen nicht unmittelbar gemessen werden. „Morbidität“ ist demnach eine latente Variable, also eine Variable, die sich einer direkten Messung entzieht, aber über beobachtbare Variablen, die mit ihr in Zusammenhang stehen, abgebildet beziehungsweise gemessen werden

²⁶ Vgl. Habermehl (1986), S. 99.

kann.²⁷ Diese beobachtbaren Variablen zur Operationalisierung der latenten Variable Morbidität könnte man in unmittelbar auf sie Rückschlüsse erlaubende, direkt beobachtbare Variablen (durch Leistungserbringer kodierte Diagnosen) und in indirekt beobachtbare Variablen untergliedern, die bspw. über Arzneimittelverordnungen Rückschlüsse auf die Stärke oder Art einer Diagnose zulassen.

Direkt auf die latente Variable Morbidität hinweisende Indikatorvariablen sind Diagnosen, die von Leistungserbringern kodiert werden. Die Diagnosekodierung erfolgt im deutschen Gesundheitssystem sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nach der für Deutschland adaptierten Klassifikation ICD-10-GM (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification). § 295 Abs. 1 S. 2 SGB V verpflichtet Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten seit 2000, „[...] die Diagnosen ... nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen Deutschen Fassung zu verschlüsseln.“ Dabei müssen und dürfen jedoch nur die Diagnosen kodiert werden, derentwegen ein Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die Leistungen abgerechnet wurden. Hier zeigt sich bereits ein Auseinanderklaffen der epidemiologischen und der kodierten Morbidität, welche für Leistungserbringer insbesondere mit der Vergütung verbunden ist. Auch Krankenhäusern obliegt gemäß § 301 Abs. 2 SGB V die Verpflichtung, bestimmte Diagnosen zu kodieren. Die verpflichtende Diagnosekodierung (im ambulanten Bereich) ist keineswegs eine Selbstverständlichkeit. So werden beispielsweise in Österreich die Diagnosen im ambulanten Bereich nicht flächendeckend und routinemäßig erfasst.²⁸ In solchen Gesundheitssystemen ohne Kodierverpflichtung gestaltet sich eine morbiditätsbasierte Ressourcensteuerung deutlich schwieriger. Auch in der Schweiz fehlen flächendeckende Daten zu ambulanten Diagnosen, was einen der Gründe dafür darstellt, weshalb das seit 2020 umgesetzte Morbiditätsmodell des Risikoausgleichs in der Schweiz auf Arzneimitteldaten, also einer eher indirekten Indikatorvariable, aufbaut.²⁹ In Deutschland waren verbindliche Kodiervorgaben im ambulanten Bereich ursprüng-

²⁷ Vgl. Sundmacher et al. (2018), S. 223 ff.

²⁸ Vgl. Cypionka/Berger (2014).

²⁹ Vgl. VORA-EDI vom 14. Oktober 2019.

lich bereits mit der Einführung der morbiditätsorientierten Weiterentwicklung der Gesamtvergütung, die die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die KVen zahlen³⁰, geplant. Ein entsprechendes Regelwerk war zwischen GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart und eine Pilotphase der freiwilligen Nutzung durch die niedergelassenen Ärzte Anfang 2011 begonnen worden.³¹ Aufgrund von Protesten der Ärzteschaft wurde diese Regelung allerdings wieder aus dem Gesetz gestrichen. Erst mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG)³² vom 6. Mai 2019 wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung schließlich beauftragt, verbindliche Kodierrichtlinien zu entwickeln und zum 1. Januar 2022 einzuführen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat entsprechende Kodiervorgaben im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information erstellt und am 3. Dezember 2021 veröffentlicht.³³ Dass bis 2022 im ambulanten Bereich keine Kodierrichtlinien verbindlich vorgegeben waren, hat dazu beigetragen, dass die Kodierqualität in diesem Bereich – so der Befund diverser Studien – bis dahin als unzureichend eingestuft wurde.³⁴

Neben der Kodierung von Diagnosen nach dem ICD-Katalog, einer direkten Indikatorvariable für die latente Variable „Morbidity“, können zudem indirekte Variablen genutzt werden, die in Zusammenhang mit der Variable „Morbidity“ stehen. Als klassische indirekte Morbidity-indikatoren gelten Alter und Geschlecht. Während Frauen und Männer etwa bis zum Alter von 15 Jahren ähnliche Leistungsausgaben aufweisen, gehen diese danach circa bis zum 58. Lebensjahr deutlich auseinander. In dieser Phase weisen Frauen höhere Leistungsausgaben auf als Männer, was insbesondere auf die gebärfähigen Jahre zurückzuführen ist.³⁵ Neben den demografischen Variablen lassen insbesondere Arzneimittelverordnungen oder die in Anspruch genommene Prozedur extrakorporale Blutreinigung Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Erkrankung zu, der im ICD-System in der Regel nicht abgebildet wird. So gibt es im Morbi-RSA beispielsweise Diagnosegruppen (DxG), bei denen eine Diagnose nur berücksich-

³⁰ Vgl. dazu den Abschnitt 3.3.2.

³¹ Vgl. Anlage 24 „Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)“ zum BMV-Ä 2011.

³² Vgl. BGBl. 2019 I Nr. 18 S. 646.

³³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021).

³⁴ Vgl. u.a. IGES Institut (2012), S. 173 ; Ozegowski (2013); Erler et al. (2009); Wockenfuss et al. (2009).

³⁵ Vgl. Ellis/Martins/Rose (2018).

tigt wird, wenn für den Versicherten gleichzeitig zur Diagnose Verordnungen für berücksichtigungsfähige Arzneimittel vorliegen (z.B. DxG0467 Virale Pneumonie). Zudem ist im Mechanismus des Morbi-RSA beispielsweise die Angabe über die Durchführung der Prozedur extrakorporale Blutreinigung (zusätzlich zu bestimmten ICD-Codes wie z.B. N18.4 „Chronische Nierenerkrankung, Stadium 4“) notwendig, um die Zuordnung in die (hierarchisierte) Morbiditätsgruppe (HMG) (130 Dialysestatus, Apherese) auszulösen.³⁶ Eine Ausnahme in diesem Zusammenhang stellen Erkrankungen dar, bei denen der ICD-Katalog eine Schweregradifferenzierung enthält, bspw. bei der Herzinsuffizienz. Über die ICD-Codes I50.11 bis I50.14 kann über die NYHA-Stadien I bis IV der Schweregrad der Links-/Rechtsherzinsuffizienz abgebildet werden.

Arzneimittel werden nach der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführten Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikation mit sogenannten ATC-Codes kodiert. Dabei handelt es sich um eine amtliche Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe. Diese werden nach dem Organsystem, auf das sie wirken oder nach ihren (chemischen, pharmakologischen, therapeutischen) Eigenschaften in verschiedene Gruppen eingeteilt. Den Wirkstoffen ist eine definierte Tagesdosis (daily defined dose, DDD), die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen, zugeordnet. Dieses System gewährleistet einen einheitlichen Bezug zur Angabe von Tagestherapiekosten und erleichtert Vergleiche zwischen Arzneimitteln.³⁷ Prozeduren werden nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS), der amtlichen Klassifikation für Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen, die ebenfalls vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des BMG herausgegeben wird, kodiert.³⁸

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die „tatsächliche, objektive“ Morbidität eine latente Variable ist, die in der Realität nicht direkt, sondern nur angenähert abgebildet werden kann. Die Morbidität, welche bei der morbiditätsorientierten Ressourcensteuerung verwendet wird, ist das Ergebnis eines diffusen Zusammenwirkens unterschiedlichster Einflussfaktoren. Dazu gehören Diagnose- und Behandlungsmuster sowie das Kodierverhalten der Leistungserbringer. Auch das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten, welches u.a.

³⁶ Vgl. u.a. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022b).

³⁷ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023a).

³⁸ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023b).

durch sozioökonomische und raumwirtschaftliche Faktoren beeinflusst wird, wirkt auf diese Morbidität. Schließlich wirken auch anbieter- sowie nachfrageseitige Konsequenzen der gewachsenen Leistungserbringerstruktur und -dichte sowie die „tatsächliche“ epidemiologische Morbidität auf die für die morbiditätsorientierte Ressourcensteuerung verfügbare Morbidität. Vielleicht ist es treffender von der *kodierten* Morbidität zu sprechen (welche mit der tatsächlichen epidemiologischen Morbidität mehr oder weniger stark korreliert), die deutlich von den angeführten Faktoren beeinflusst wird. Ein Auseinanderfallen von tatsächlicher und kodierter Morbidität stellt aber kein grundsätzliches Problem dar, da es ja in aller Regel die kodierte Morbidität ist, die einen Ressourceneinsatz auslöst. Ein Problem kann allerdings entstehen, wenn die kodierte Morbidität bei der Ressourcenverteilung zu systematischen Verzerrungen gegenüber der „tatsächlich zu behandelnden“ Morbidität führt, z.B. zugunsten einer Krankenkasse, einer Krankheit, einer Therapieform oder einer Region.

2.1.2 Ziele und Funktionen morbiditätsorientierter Ressourcensteuerung

Der Kern morbiditätsorientierter Ressourcensteuerung ist die Projektion der latenten Variable „Morbidität“ (über beobachtbare (in)direkte Indikatorvariablen) auf die eindimensionale Skala der Kosten. Hier sind demnach zwei Schritte zu unterscheiden: In einem ersten Schritt wird die „tatsächliche“ Morbidität über beobachtbare Indikatorvariablen als „diagnostizierte“ Morbidität abgebildet. Dafür können neben der Kodierung von Diagnosen nach dem ICD-Katalog zudem indirekte Variablen genutzt werden, die in Zusammenhang mit der Morbidität stehen.³⁹ Diese „kodierte“ Morbidität wird dann in einem zweiten Schritt auf die Skala der erwarteten Kosten projiziert. Diese Projektion stellt eine starke Vereinfachung der Verhältnisse dar, macht aber für die Zwecke der Ressourcensteuerung das Konzept erst handhabbar. Die ökonomische Bewertung der Morbidität bzw. des durch sie ausgelösten Behandlungsbedarfs erfolgt über unterschiedliche Modellierungsansätze, die durch eine Reihe von Kriterien beschrieben werden können und im Folgenden exemplarisch erläutert werden.

Die mit einer morbiditätsorientierten Ressourcensteuerung einhergehenden Ziele und Funktionen werden im Folgenden differenziert beschrieben. Dabei wird auch der Frage nachgegangen, warum der Begriff der „morbiditätsorientierten Ressourcensteuerung“ in der Regel mit

³⁹ Vgl. u.a. Ellis/Martins/Rose (2018).

einer Pauschalierung/Gruppierung und somit einer an Durchschnittskosten orientierten Finanzierungs-/Vergütungsform verbunden ist. Blickt man auf die Vergütung von Leistungserbringern und die Finanzierung von Krankenversicherern, so gibt es eine Reihe von Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede in Funktion und Zielsetzung.

Bei der Finanzierung von Krankenversicherern sind die Ziele morbiditätsorientierter Ressourcensteuerung abhängig von der Organisationsform des Finanzierungssystems. Handelt es sich um ein Krankenversicherungssystem, bei dem Wettbewerb zwischen den Versicherungsträgern herrscht, besteht das Hauptziel in der Neutralisierung der Anreize zur Risikoselektion bei gleichzeitiger Wahrung von Effizianzanreizen durch Simulation risikoäquivalenter Prämien (also eigentlich zwei Ziele, die in einem gewissen Zielkonflikt zueinanderstehen).⁴⁰ So baut die Morbiditätsorientierung im deutschen Risikostrukturausgleichssystem Risikoselektionsanreize gegenüber einem rein demografischen Modell deutlich ab.⁴¹ Es wird davon ausgegangen, dass damit auch Anreize für einen Qualitätswettbewerb gesetzt werden und Preissignale, in Form unterschiedlicher Zusatzbeitragssätze, Effizienzunterschiede besser abbilden. Das zwischen einer morbiditätsorientierten Ressourcenallokation und einem funktionierenden Wettbewerb jedoch kein einfaches Ursache-Wirkungsprinzip besteht und es mit einer Morbiditätsorientierung in der Ressourcenverteilung nicht einfach getan ist, zeigen jedoch Untersuchungen, wie etwa die von van de Ven et al. (2013), deutlich auf.⁴² Die Autoren zählen eine ganze Reihe von unterschiedlichen Bedingungen auf, die für einen funktionierenden Wettbewerb im Gesundheitswesen notwendig sind (u.a. Versicherteninformation und -transparenz, Vertragsfreiheit). Wenn kein Wettbewerb zwischen den Versicherungsträgern herrscht, kann eine risikogerechte Aufteilung des Gesamtbudgets auf die einzelnen Krankenversicherer Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit mit der Wahrung von Effizianzanreizen verbinden. Dies kann beispielsweise bei der Aufteilung eines Gesamtbudgets auf regionale Teilbudgets sinnvoll sein, wie etwa bei der Ressourcenverteilung zwischen den österreichischen Gebietskrankenkassen bis 2019.⁴³

⁴⁰ Vgl. u.a. Ellis/Martins/Rose (2018).

⁴¹ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 76 ff.

⁴² Vgl. van de Ven et al. (2013).

⁴³ Seit dem 01.01.2020 wurden die Österreichischen Gebietskrankenkassen mit vier Betriebskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse fusioniert; vgl. Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz (2022). Auch in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen kann eine risikogerechte Aufteilung eines Gesamtbudgets beobachtet werden. So erfolgt bspw. im National Health Service in Großbritannien die Bildung von regionalen Budgets; vgl. Dixon et al. (2011).

Ein Vergütungssystem für Leistungserbringer soll grundsätzlich Anreize für eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung schaffen und gleichzeitig eine faire Entlohnung der Leistungserbringer ermöglichen. Dabei sollen gleiche Zugangschancen zur Versorgung für die Versicherten bzw. die Patienten sichergestellt werden.⁴⁴ Wünschenswert wäre, dass Einflussfaktoren, die mit der Erstellung, Organisation und Verwaltung von Gesundheitsleistungen zusammenhängen und so auch Ziel einer Effizienzverbesserung sein können, zumindest teilweise vom Leistungserbringer mitgetragen werden, während das „epidemiologische“ Morbiditätsrisiko – und damit das originäre Risiko einer Krankenversicherung – möglichst weitgehend beim Versicherer verbleiben sollte. Insofern sollten die Finanzflüsse an der Morbidität der Patienten ausgerichtet werden, sodass das Morbiditätsrisiko von den Leistungserbringern auf die Krankenkassen übergeht. Eine Ausnahme der als wünschenswert beschriebenen Risikoverteilung können solche Pay for Performance (P4P) - Modelle darstellen, die präventive Anstrengungen des Leistungserbringers belohnen, da bei diesen ein Stück weit das Morbiditätsrisiko der Patienten auf die Leistungserbringer übertragen wird. Dies trifft jedoch prinzipiell nicht für den größeren Teil der P4P-Modelle zu, die auf Kuration ausgerichtet sind und den Leistungserbringer also für den Behandlungserfolg belohnen, da diesem hier ausschließlich die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Versorgung übertragen wird. In allen P4P-Modellen ist jedoch zu berücksichtigen, dass es Einflussfaktoren gibt, die nicht oder nur bedingt im Verantwortungsbereich des Leistungserbringers liegen sollten (z.B. Compliance des Patienten). Das Risiko einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung sollten Krankenkassen jedoch nicht tragen, sondern den Leistungserbringern zugeordnet sein. Die Grenze zu ziehen, ist jedoch schwierig. An vielen Stellen ist eine Trennung der beiden Bereiche kaum zu leisten.⁴⁵ Ist es demnach das Ziel der Vergütung, eine effiziente Versorgung durch den Leistungserbringer zu fördern, ohne diesem jedoch das Morbiditätsrisiko zu übertragen, so bietet sich eine morbiditätsorientierte und pauschalierte Vergütungsform an. Da bei einer pauschalierten Ressourcensteuerung nicht jede einzelne Leistung vergütet wird, entstehen deutliche Effizienzanreize gegenüber einer Einzelleistungsvergütung. Gleichzeitig könnten sich jedoch trotz Morbiditätsorientierung in der Ausgestaltung von Pauschalen, insbesondere bei besonders aufwändigen

⁴⁴ Vgl. Walendzik/Wasem (2019), S. 31 ff.

⁴⁵ Vgl. u.a. Felder (2009), S. 179.

Fällen innerhalb einer Vergütungskategorie, Anreize zur Unterversorgung oder zur Risikoselektion ergeben.⁴⁶ Diese risikoadjustierte Pauschalvergütung ist deshalb als Kompromiss zwischen effizienter Risikoallokation und effizienten Handlungsanreizen zu verstehen.⁴⁷

Spannt man nun also den Bogen zur eingangs aufgeworfenen Frage, warum der Begriff der „morbidityorientierten Ressourcensteuerung“ in der Regel mit einer Pauschalierung/Gruppierung und somit einer an Durchschnittskosten orientierten Finanzierungs-/Vergütungsform verbunden ist, wird deutlich, dass dies nicht in der Morbidityorientierung selbst begründet ist, sondern in Zusammenhang mit dem Ziel der Effizienz steht, das sowohl für Finanzierungs- als auch Vergütungssysteme zentral ist. Folglich gilt nicht, dass eine bspw. an Diagnosen orientierte pauschalierte Vergütung „morbidityorientierter“ ist als eine Einzelleistungsvergütung. Würde man ausschließlich das Kriterium der Morbidityorientierung betrachten, dann würde eine möglichst kleinteilige Vergütung, also eine Einzelleistungsvergütung, die Morbidity eines einzelnen Patienten deutlich genauer abbilden als eine zwar an der Morbidity ausgerichtete, aber pauschalierte Vergütung, da letztere ja immer nur die durchschnittliche Morbidity der Gruppe abbilden kann. Geht man nun davon aus, dass die Leistungserbringer bzw. die Krankenkassen keine perfekten Sachwalter⁴⁸ wären, also durchaus eigene Interessen verfolgten, ist diese Art der Vergütung strategisch anfällig, sodass man bei einer morbidityorientierten Ressourcenallokation in der Regel auf pauschalierte Ansätze zurückgreift, um Anreize für effizientes Handeln zu setzen. Vor diesem Hintergrund beziehen sich auch die nachfolgenden Ausführungen zur morbidityorientierten Ressourcensteuerung stets auf pauschalierte/gruppierte Ausgestaltungsformen.

Inwieweit die beschriebenen Ziele durch eine morbidityorientierte Ressourcensteuerung erreicht werden, hängt sehr stark von der Ausgestaltung des Modells ab sowie von der genauen Festlegung der Ziele und bedarf jeweils einer Untersuchung des spezifischen Systems.

⁴⁶ Vgl. Walendzik/Wasem (2019).

⁴⁷ Vgl. Schröder/Ryll (2003), S. 151.

⁴⁸ Zum „perfekten Sachwalter“ vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann (2013).

2.2 Die Gesetzliche Krankenversicherung

„Gesetzliche Krankenversicherung“ (GKV) ist der Sammelbegriff für alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Die GKV deckt heute (Stand: 01. Januar 2023) gut 90 % der deutschen Bevölkerung (ca. 74 Mio. Menschen) ab und wird von 96 Krankenkassen getragen.⁴⁹

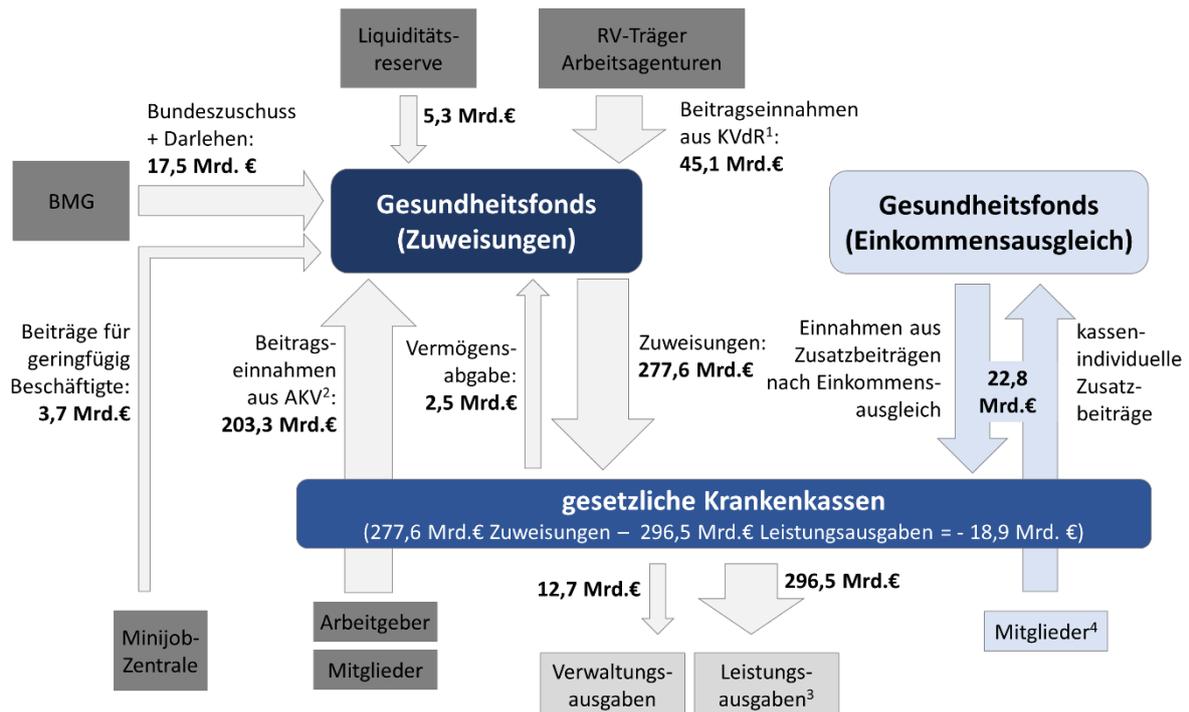
Die folgenden Abschnitte zur Finanzarchitektur sowie zum Solidaritätsprinzip und zum Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen skizzieren die wesentlichen Informationen für die nachfolgenden Erörterungen dieser Arbeit. Eine detaillierte Erläuterung der zentralen Prinzipien und Strukturmerkmale der GKV kann dem Anhang (A.1) entnommen werden.

2.2.1 Finanzarchitektur

Die GKV finanziert sich nach dem Prinzip der Umlagefinanzierung, in der die laufenden Ausgaben für die Versichertengemeinschaft durch die laufenden Einnahmen eines Jahres dieser Gemeinschaft finanziert werden.⁵⁰ Die zentralen Finanzflüsse in der GKV sind in **Abbildung 1** zusammengefasst.

⁴⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S. 3, 6.

⁵⁰ Vgl. Wasem et al. (2019), S. 127.



1) KVdR = Krankenversicherung der Rentner

2) AKV = Allgemeine Krankenversicherung, Beitragssatz 14,6 %

3) Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (282,02 Mrd.€) und Satzungs- & Ermessensleistungen (inkl. Finanzierungsanteil Innovationsfonds) (1,75 Mrd.€)

4) Einzug der Zusatzbeiträge wie beim allgemeinen Beitrag über die Krankenkasse.

Abbildung 1: Finanzarchitektur der GKV (Angaben des GKV-Schätzerkreises für das Jahr 2023)

Quelle: eigene Darstellung nach Bundesamt für Soziale Sicherung (2023a).

Haupteinnahmequelle der GKV sind Beiträge gemäß § 3 Satz 1 SGB V. Der allgemeine und gesetzlich festgelegte Beitragssatz liegt derzeit bei 14,6 %.⁵¹ Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch Zuweisungen aus dem sogenannten Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist und die Krankenkasse nicht über entsprechende Rücklagen verfügt, hat sie darüber hinaus einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zu erheben.⁵² Für die Gruppe der Beschäftigten gilt, dass der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds trägt, der Zusatzbeitrag jedoch vom Arbeitnehmer alleine zu tragen ist.⁵³ Die Beiträge der GKV fließen gemäß § 252 Abs. 2 S. 3 SGB V von den Krankenkassen an den durch das GKV-WSG⁵⁴ im Jahr 2009 eingeführten Gesundheitsfonds, der vom Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet wird.⁵⁵ Außerdem fließen Beiträge aus Rentenzahlungen gemäß § 255 SGB V von den Rentenversicherungsträgern an

⁵¹ Vgl. § 241 SGB V.

⁵² Vgl. § 242 SGB V.

⁵³ Vgl. § 249 Abs. 1 S. 1 SGB V.

⁵⁴ Vgl. BGBl. 2007 I Nr. 11 S. 378.

⁵⁵ Vgl. § 271 SGB V.

den Gesundheitsfonds. Für Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld nach dem SGB III trägt die Bundesagentur für Arbeit gemäß § 251 Abs. 4a SGB V die Beiträge und zahlt diese direkt an den Gesundheitsfonds.⁵⁶

Da die kassenindividuellen Zusatzbeiträge einkommensabhängig sind, fließen auch diese in den Gesundheitsfonds, sodass dort die Einkommensbasis der Versicherten ausgeglichen werden kann, um Wettbewerbsverzerrungen, aufgrund unterschiedlicher Einkommensniveaus der Versicherten, zwischen den Krankenkassen zu vermeiden.⁵⁷ Kernelement des Gesundheitsfonds ist jedoch der Morbi-RSA, der mit den Mitteln aus dem allgemeinen Beitragssatz durchgeführt wird. Zielsetzung dabei ist, die finanziellen Auswirkungen, die sich allein aus unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen ergeben, auszugleichen.⁵⁸

In den letzten Jahren haben zudem Zahlungen aus allgemeinen Steuermitteln in den Gesundheitsfonds (sogenannter Bundeszuschuss) zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dieser Bundeszuschuss dient gemäß § 221 Abs. 1 SGB V offiziell „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“, die von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind. Damit sind insbesondere die Leistungen für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gemeint. Es erfolgt jedoch keine explizite Berechnung des für versicherungsfremde Leistungen notwendigen Betrags.⁵⁹ Der Bundeszuschuss ist seit 2017 auf 14,5 Mrd. Euro im Jahr festgeschrieben.⁶⁰ 2020 wurde zudem ein ergänzender Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. Euro in den Gesundheitsfonds eingezahlt, um die im Wesentlichen durch die Corona-Pandemie entstandene Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben der GKV zu schließen.⁶¹ Zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes wurden in den Folgejahren ebenfalls ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds geleistet. Diese betragen im Jahr 2021 5 Mrd. Euro⁶², 2022 14 Mrd. Euro⁶³ und 2023 2 Mrd. Euro^{64, 65}.

⁵⁶ Vgl. § 252 Abs. 2 SGB V. Weitere Konstellationen der Betragstragung und -zahlung können den §§ 271 Abs. 1, 252, 255 SGB V sowie § 28k SGB IV entnommen werden.

⁵⁷ Vgl. § 270a SGB V.

⁵⁸ Vgl. § 266 Abs. 1 S. 3 SGB V.

⁵⁹ Vgl. Wasem et al. (2019), S. 102.

⁶⁰ Vgl. § 221 Abs. 1 SGB V.

⁶¹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020c), S. 1.

⁶² Vgl. § 221a Abs. 1 SGB V.

⁶³ Vgl. BT-Drs. 20/8 (2021).

⁶⁴ Vgl. § 221a Abs. 5 SGB V.

⁶⁵ Zusätzlich zahlte der Bund in den Jahren 2021 und 2022 jeweils 300 Mio. Euro und im Jahr 2023 150 Mio. Euro an den Gesundheitsfonds zum Ausgleich der pandemiebedingten Sonderregelungen zum Kinderkrankengeld; vgl. § 221a Abs. 2, 4, 6 SGB V.

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds für jeden Versicherten Zuweisungen in Form einer Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen. Die Höhe dieser Zuweisungen zur Deckung der Pflichtleistungen der Krankenkassen wird über den Morbi-RSA bestimmt. Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen Zuweisungen für das Krankengeld, für Satzungs- und Mehrleistungen, Verwaltungskosten sowie eine Programmkostenpauschale für Teilnehmer von Disease Management Programmen.⁶⁶

Um unter anderem unterjährige Schwankungen in den Einnahmen des Gesundheitsfonds auszugleichen, hat dieser eine Liquiditätsreserve vorzuhalten.⁶⁷ Für 2023 beträgt die Schätzung ca. 5,3 Mrd. Euro, die dem Gesundheitsfonds aus der Liquiditätsreserve zugeführt werden.

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (2022)⁶⁸ hat mit der Neueinführung des § 272b SGB V außerdem eine Regelung vorgesehen, nach der die Krankenkassen Mittel aus ihren Finanzreserven dem Gesundheitsfonds zuführen müssen. Der Schätzerkreis ermittelte auf dieser Basis eine sogenannte Vermögensabgabe in Höhe von knapp 2,5 Mrd. Euro für das Jahr 2023.

2.2.2 Solidarität und Wettbewerb

Zentrale Basis der GKV in Deutschland ist das Solidarprinzip, nach dem diese als „Solidargemeinschaft [mit der] Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (§ 1 Abs. 1 S. 1 SGB V) konzipiert wurde. Die Gestaltung der GKV als Solidargemeinschaft führt zu einem versicherungsübergreifenden Solidarausgleich. Dieser Ausgleich findet insbesondere zwischen Gesunden und Kranken statt, deren Beiträge unabhängig vom persönlichen Morbiditätsrisiko sind, zwischen Besserverdienenden und Schlechterverdienenden, deren Beiträge sich nach dem Einkommen und damit der finanziellen Leistungsfähigkeit richten sowie durch die kostenlose Mitversicherung von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen (§§ 3 S. 3 i.V.m. 10 SGB V) zwischen Alleinstehenden und Familien.⁶⁹

Da die Zusammensetzung der Versicherten und die damit verbundene Einnahmen- und Ausgabenstruktur zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen historisch bedingt jedoch

⁶⁶ Vgl. §§ 266, 270 SGB V.

⁶⁷ Vgl. § 271 Abs. 2 SGB V.

⁶⁸ Vgl. BGBl. 2022 I Nr. 42 S. 1990.

⁶⁹ Vgl. u.a. Fleßa (2007), S. 76 ; Cassel (2006), S. 64 ; Wasem et al. (2019), S. 83.

sehr unterschiedlich ist, ist insbesondere der Morbi-RSA, mit dem die in der Risikostruktur der Versicherten veranlagten Ausgabenunterschiede ausgeglichen werden sollen, Ausdruck und Instrument des Solidaritätsprinzips. Durch diesen sollen Risikoselektion zugunsten einzelner durch die Krankenkassen identifizierbarer Gruppen von Versicherten mit überdurchschnittlich guter Risikostruktur bzw. zuungunsten solcher mit im Durchschnitt eher schlechter Risikostruktur reduziert werden. Damit stellt der RSA eine zentrale Voraussetzung für die in der GKV verankerte Wettbewerbsordnung dar, „die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen bei der gesundheitlichen Leistungserstellung fördern [und] die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung [sicherstellen will].“⁷⁰ Vor diesem Hintergrund knüpfte der RSA zur Vermeidung wirtschaftlicher Fehlansätze bereits bei seiner Einführung an durchschnittliche und nicht tatsächliche Leistungsausgaben der Krankenkassen an, um Anreize zum wirtschaftlichen Handeln der einzelnen Krankenkassen zu bewahren.⁷¹

Neben dem RSA gibt es weitere Voraussetzungen für den Wettbewerb in der GKV. So macht die Möglichkeit für Versicherte, ihre Krankenkasse gemäß § 173 ff. SGB V frei wählen zu dürfen, Wettbewerb zwischen Krankenkassen um die Gewinnung neuer beziehungsweise die Bindung bestehender Versicherter erst möglich. Um zu vermeiden, dass Krankenkassen nur ausgewählte Versicherte aufnehmen, sind Krankenkassen gemäß § 175 Abs. 1 S. 2 SGB V verpflichtet, alle, die die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, in ihrer Krankenkasse aufzunehmen und dies unabhängig von der finanziellen Attraktivität der Versicherten in Bezug auf deren Alter, Gesundheitszustand oder Einkommen (Kontrahierungszwang). Dieser Aufnahmezwang schließt damit zwar eine unmittelbare aktive Risikoselektion durch die Krankenkasse aus, kann jedoch nicht verhindern, dass Krankenkassen mittelbar Risikoselektion betreiben, indem sie beispielsweise durch Werbe- und Marketingmaßnahmen bestimmte Gruppen ansprechen.⁷²

Für einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen Krankenkassen benötigen diese Wettbewerbsparameter, um sich von anderen Krankenkassen abgrenzen und sich den Versicherten

⁷⁰ BVerfG, Beschluss vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – 171.

⁷¹ Vgl. § 266 Abs. 2 S. 2 SGB V (i. d. F. d. GSG); Drösler et al. (2017), S. 2.

⁷² Vgl. BVerfG, Beschluss vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – 232.

gegenüber profilieren zu können. So können sich Krankenkassen beispielsweise durch qualitativ hochwertige (Zusatz-)Leistungen oder einen geringen (Zusatz-)Beitrag von anderen im Wettbewerb hervorheben.⁷³ Da in der GKV der Grundsatz der Gewährung und Finanzierung gleicher Leistungen durch alle gesetzlichen Krankenkassen gilt, ist in diesem Bereich des sogenannten einheitlichen Leistungskatalogs keine kassenindividuelle Profilierung gegenüber Versicherten über den Wettbewerbsparameter Leistungsumfang möglich. Neben den kollektivvertraglichen Regelungen zur Ausgestaltung des einheitlichen Leistungskatalogs wurden jedoch zunehmend Freiräume für gezielte selektivvertragliche Vereinbarungen zwischen einzelnen Krankenkassen oder auch Krankenkassenarten und Leistungserbringenden u.a. mit dem Ziel, Effizienzpotenziale zu heben, geschaffen.⁷⁴ Krankenkassen können beispielsweise Selektivverträge über besondere, von der Regelversorgung abweichende, Versorgungsformen auf Grundlage des § 140a SGB V mit Leistungserbringenden abschließen und ihren Versicherten als Wahltarif gemäß § 53 Abs. 3 SGB V anbieten.

Der Vertragswettbewerb in der GKV unterliegt jedoch auch Wettbewerbsverzerrungen, die im Organisationsrecht der GKV begründet sind. So kritisiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2012 das Fehlen „[...] einer bundesweit geltenden Rahmenordnung in Verbindung mit einer zentralen wettbewerblichen Aufsicht“ und spricht von drohenden „Wettbewerbsverzerrungen, u.a. zwischen regional und bundesweit ihre jeweiligen Beiträge kalkulierenden Krankenkassen“.⁷⁵ Bundesunmittelbare⁷⁶ Krankenkassen unterliegen der Rechtsaufsicht des BAS und landesunmittelbare der des jeweiligen Sozialministeriums.⁷⁷ Auch die Monopolkommission hebt in ihrem Sondergutachten „Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem“ Wettbewerbsverzerrungen für die Tätigkeit der jeweiligen Krankenkassen hervor, die unter anderem daraus resultieren, dass die „Aufsichtsbehörden den ihnen unterstehenden Kassen unterschiedliche Freiräume in Bezug auf bestimmte satzungsmäßige Leistungen einräumen“ und „relevante Vorschriften unterschiedlich auslegen“.⁷⁸ In diesem Zusammenhang geht die Monopolkommission auch auf die Problematik von Selektivverträgen im Bereich der

⁷³ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 10.

⁷⁴ Vgl. Monopolkommission (2017), S. 5.

⁷⁵ Vgl. BT-Drs. 17/10323 (2012), S. 37.

⁷⁶ Als bundesunmittelbar wird eine Kasse eingestuft, wenn sie in mehr als drei Bundesländern agiert; vgl. Art. 87 Abs. 2 GG.

⁷⁷ Vgl. § 90 SGB IV.

⁷⁸ Monopolkommission (2017), S. 5.

besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V ein, mit denen die Dokumentation von Diagnosen beeinflusst werden kann. Die Kommission kritisiert, „dass das eigentliche Ziel des Abschlusses von Verträgen für besondere Versorgungsformen – eine bessere Versorgung zu schaffen – gegenüber einer reinen zusätzlichen Vergütung von Dokumentationspflichten in den Hintergrund gerät“⁷⁹. Die Kommission plädiert zur Stärkung des Wettbewerbs für gleiche Handlungsvoraussetzungen für Krankenkassen.

Neben dem in begrenztem Umfang möglichen Wettbewerb durch das Leistungsangebot von Krankenkassen ist auf Versicherungsmärkten der Beitragssatz ein wesentlicher Wettbewerbsparameter. Die historisch gewachsenen berufs- und betriebsbezogenen Gliederungsprinzipien führten zu unterschiedlichen Risikostrukturen bei den Krankenkassen und in der Folge zu erheblichen Beitragssatzunterschieden zwischen den gesetzlichen Krankenkassen insgesamt sowie innerhalb der Krankenkassenarten.⁸⁰ In der GKV veränderten sich die Wettbewerbsbedingungen in diesem Bereich mit dem GKV-WSG ab 2007 grundlegend, da mit Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA der kassenindividuelle und stark zwischen den Krankenkassen abweichende Beitragssatz mit Wirkung im Jahr 2009 durch einen für alle Krankenkassen einheitlichen einkommensabhängigen Beitragssatz sowie einen kassenspezifischen Zusatzbeitrag abgelöst wurde.⁸¹ Seither bildete lediglich die Höhe des Zusatzbeitrages, für dessen Ausgestaltung in der Vergangenheit wechselnde Regelungen galten, ein Wettbewerbsparameter. Seit der letzten Änderung durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG, 2015)⁸² sind ausschließlich einkommensabhängige Zusatzbeiträge zulässig.⁸³ Mit dem GKV-FQWG wurden zudem die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds durch eine Reduktion des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes soweit gesenkt, dass de facto alle Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen, um ihren Finanzbedarf decken zu können. Damit reagierte der Gesetzgeber auf die zuvor herrschende Dominanz des Preiswettbewerbs durch die kategorische Vermeidung eines Zusatzbeitrages.

⁷⁹ Monopolkommission (2017), S. 3 f.

⁸⁰ Vgl. BVerfG, Beschluss vom 18 Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – 3, 5.

⁸¹ Vgl. BT-Drs. 16/3100 (2007).

⁸² Vgl. BGBl. 2014 I Nr. 33 S. 1133.

⁸³ Vgl. Wasem et al. (2019), S. 108 f.

Beurteilt man die Ausrichtung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in der Vergangenheit, so kommt der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu dem Schluss, dass es bis dahin nicht gelang, mit dem Wettbewerb einen Qualitätswettbewerb auf der Leistungsseite zu stimulieren, sondern dass primär eine Dominanz im Wettbewerb um günstige Zusatzbeiträge zu beobachten sei. Der Beirat begründet diese Ausrichtung im Wettbewerb damit, dass Differenzen in den Zusatzbeiträgen eher die Aufmerksamkeit und in der Konsequenz die Wechselbereitschaft von Versicherten erregen als Qualitätsunterschiede beim Leistungsangebot.⁸⁴ Für das große Kollektiv der Versicherten, die keinerlei Leistungen in Anspruch nehmen, scheint zudem der Wettbewerb um günstige Zusatzbeiträge das einzig relevante Element zu sein.

2.3 Historie des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der GKV

Die vorangegangenen Erläuterungen begründen die Notwendigkeit eines Risikoadjustierungsmechanismus im System der GKV, welcher in Form des Risikostrukturausgleichs in der GKV umgesetzt wurde. Dieser zielt darauf ab, risikoäquivalente Prämien mit einem prospektiven Regressionsansatz zu simulieren, um bei einem vom Bund festgelegten einheitlichen Beitragssatz für alle Krankenkassen⁸⁵ und einem gleichzeitigen Kontrahierungszwang, faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Auf diese Weise sollen Anreize für wirtschaftliches Handeln gesetzt und Anreize zur Risikoselektion reduziert werden.

Bereits seit Mitte der 1980er Jahre wurde die Einführung eines RSA in der versicherungs- und gesundheitsökonomischen Debatte als eine Voraussetzung für „mehr Kassenwettbewerb“ erörtert.⁸⁶ Dies hat der Gesetzgeber 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz⁸⁷ aufgegriffen und mit Wirkung ab 1994 einen RSA für die Allgemeine Krankenversicherung bzw. ab 1995 für die Krankenversicherung der Rentner, bei denen der vormalige Finanzausgleich abgelöst wurde, als kassen- und kassenarten-übergreifendes Ausgleichsinstrument eingeführt.⁸⁸ Der RSA wurde vom Gesetzgeber flankierend zur mit dem gleichen Gesetz realisierten Ausweitung der Kassenwahlfreiheit⁸⁹ beschlossen, um Risikoselektionsanreizen zu begrenzen und einen

⁸⁴ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 10.

⁸⁵ Da diese Zuweisungen im Durchschnitt nicht die Gesamtausgaben einer Krankenkasse decken, müssen die Krankenkassen zusätzliche kassenspezifische Zusatzbeitragssätze kalkulieren, die von den Versicherten zusätzlich zum einheitlichen Beitragssatz zu zahlen sind; vgl. Buchner/Goepffarth/Wasem (2013).

⁸⁶ Vgl. u.a. Leber (1987); Hofmann/Hühne (1988); Leber/Wasem (1989).

⁸⁷ Vgl. BGBl. 1992 I S. 2266.

⁸⁸ Vgl. BT-Drs. 12/3608 (1992), S. 75.

⁸⁹ Vgl. BGBl. 1992 I S. 2291 f.

„das Solidaritätsprinzip währenden Wettbewerb in der GKV“⁹⁰ zu ermöglichen. Die mit der freien Kassenwahl verbundene Möglichkeit zum Kassenwechsel war jedoch erst ab dem 01. Januar 1996 und damit zwei Jahre nach der Einführung des RSA möglich, um zwischen den Krankenkassen zunächst mit dem kassen- und kassenartenübergreifenden RSA die größtmögliche Chancengleichheit im Wettbewerb zu ermöglichen.⁹¹ In der Ausgestaltung des RSA bei seiner Einführung wurden die zu berücksichtigenden Versichertengruppen lediglich nach Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch und Erwerbsminderungsstatus differenziert.⁹²

Schon nach einigen Jahren der Durchführung des RSA zeigte sich jedoch, dass das Instrumentarium zur Vermeidung von Risikoselektion und zur Sicherung eines fairen Kassenwettbewerbs unzureichend ist. Auf Beschluss des Deutschen Bundestages wurde vom BMG ein Gutachten zur Wirkung des RSA und insbesondere seiner Parameter zur Verteilungsgerechtigkeit in Auftrag gegeben.⁹³ Jacobs et al. zeigten, wie weitere Autoren von zeitgleich erstellten Gutachten⁹⁴, strukturelle Fehlentwicklungen auf, da die bisher im RSA verwendeten Variablen die Morbidität nur indirekt erfassten, allerdings zwischen einzelnen Krankenkassen große Unterschiede hinsichtlich der Verteilung der Versicherten nach der Morbidität und der damit einhergehenden Ausgabendeckung durch die Zuweisungen im RSA bestünden.⁹⁵ Neben der nur indirekten Erfassung der Morbidität durch den RSA fehlten nach Auffassung der Gutachter zudem Anreize, aktives Fall- und Vertragsmanagement für bestimmte, insbesondere verbreitete und chronische, Krankheitsbilder einzusetzen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung dieser zu steigern. Dies sei insbesondere darin begründet, dass solche Verträge Versicherte für Krankenkassen attraktiv machen, die aufgrund der nur indirekten Morbiditätserfassung im RSA schlechte Risiken für diese wären.⁹⁶ Gleichwohl bestätigen die Gutachter jedoch die grundsätzliche Idee des RSA.⁹⁷

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSA-ReformG, 2001)⁹⁸ griff der Gesetzgeber daher die zentralen Überlegungen der an-

⁹⁰ BT-Drs. 12/3608 (1992), S. 74.

⁹¹ Vgl. BT-Drs. 12/3608 (1992), S. 74.

⁹² Vgl. Drösler et al. (2017), S. 2.

⁹³ Vgl. Jacobs/Wasem/Cassel (2001).

⁹⁴ Vgl. Lauterbach/Wille (2001); Breyer/Kifmann (2001).

⁹⁵ Vgl. BT-Drs. 14/5681 (2001), S. 6, 10.

⁹⁶ Vgl. BT-Drs. 14/5681 (2001), S. 7.

⁹⁷ Vgl. u.a. Jacobs/Schulze (2007), S. 7.

⁹⁸ Vgl. BGBl. 2001 I Nr. 66 S. 3465.

geführten wissenschaftlichen Gutachten auf. Danach sollten „die Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich auf der Grundlage einer direkten Erfassung der unterschiedlichen Morbidität der Versicherten gebildet werden, [um auszuschließen], dass eine Selektion günstiger Risiken zu Vorteilen im Wettbewerb führt“.⁹⁹ Die dabei zu beachtenden Vorgaben wurden in § 268 Abs. 1 S. 1 Nrn. 1 und 2 SGB V (i.d.F.d. RSA-ReformG) normiert.¹⁰⁰ Danach sollten die Versichertengruppen und Gewichtungsfaktoren nach Klassifikationsmerkmalen gebildet werden, „die Morbidität der Versicherten auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigen“ (Nr. 1) und „an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind“ (Nr. 2). Als weitere Ziele der Weiterentwicklung wurde die Verringerung von Anreizen zur Risiko-selektion (Nr. 3), die Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung (Nr. 4) sowie die Praktikabilität und Kontrollierbarkeit des Systems (Nr. 5) in § 268 Abs. 1 SGB V (i.d.F.d. RSA-ReformG) verankert.

In der Übergangszeit zur mit dem RSA-Reformgesetz initiierten direkten Morbiditätsorientierung wurde das Ausgleichssystem durch Zusatzinstrumente ergänzt: Es wurde zum einen vorübergehend bis zur Einführung der direkten Morbiditätsorientierung ein Risikopool eingeführt (§ 269 SGB V i.d.F.d. RSA-ReformG) und zum anderen wurden die in die GKV eingeführten strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) in den RSA einbezogen (§§ 266 Abs. 1 Satz 2, 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V i.d.F.d. RSA-ReformG). Aus dem Risikopool erhielten Krankenkassen ab dem Ausgleichsjahr 2002 60 % der Ausgaben eines Versicherten oberhalb eines bestimmten Schwellenwertes (§ 269 Abs. 1 SGB V, i.d.F.d. RSA-ReformG) erstattet.

Die ursprünglich zum 01.01.2007 geplante Weiterentwicklung des RSA zu einer direkten Morbiditätsorientierung wurde schließlich mit dem GKV-WSG¹⁰¹ zwei Jahre später mit Wirkung zum 01.01.2009 umgesetzt. Die bereits angeführten im RSA-ReformG normierten Ziele für die Weiterentwicklung des RSA wurden mit dem GKV-WSG modifiziert. So wurde das Ziel, „die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung zu fördern“ (§ 268 Abs. 1 S. 1 Nr. 4

⁹⁹ BT-Drs. 14/6432 (2001), S. 1.

¹⁰⁰ Vgl. BT-Drs. 14/7395 (2001), S. 8.

¹⁰¹ Vgl. BGBl. 2007 I Nr. 11 S. 378.

SGB V, i.d.F.d. RSA-ReformG) durch das Ziel „keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen [zu] setzen“ (Nr. 4, i.d.F.d. GKV-WSG) ersetzt und das Ziel eines „praktikab[le]n und kontrollierbar[en]“ Systems (Nr. 5, i.d.F.d. RSA-ReformG) durch die Begrenzung der zu berücksichtigen Morbiditätsgruppen auf „50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“ (Nr. 5, i.d.F.d. GKV-WSG) ersetzt. Mit dieser Begrenzung auf 50 bis 80 teure, schwere und/oder chronische Krankheiten sollte „eine gleitende Einführung der direkten Morbiditätsorientierung sichergestellt werden, um die Kalkulationssicherheit und Planbarkeit für die Krankenkassen zu erhöhen. Um nicht vorhersehbare Verwerfungen in der Übergangsphase zu vermeiden, [sollten] Risikozuschläge daher zunächst nur für ein begrenztes Krankheitsspektrum ermittelt werden.“¹⁰² Die Krankheitsauswahl wurde in der Regel jedes Jahr nach einem festgelegten Algorithmus neu bestimmt (mit im allgemeinen relativ geringen Veränderungen in der Liste der Krankheiten¹⁰³). Möglich wurde die direkte Berücksichtigung der Morbidität u.a. durch eine Ausweitung der Datengrundlagen wegen der obligatorischen Kodierung der Krankheitsdiagnosen nach dem ICD-10-GM durch Vertragsärzte und Krankenhäuser.¹⁰⁴ Das Modell für das Ausgleichsjahr 2020 umfasste 231 hierarchische Morbiditätsgruppen (HMGs), 40 Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs), sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMGs), sieben Kostenerstat-tergruppen (KEGs) und 40 Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs).¹⁰⁵

Die mit dem GKV-WSG normierte Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten erwies sich jedoch als problematisch. So hatte insbesondere das Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Auftrag des BMG aus dem Jahr 2017 aufgezeigt, dass dieser Ansatz zu systematischen Unterdeckungen für Versicherte, die an anderen Erkrankungen litten, führte und daher mit Anreizen für Risikoselektion einherging. Der Beirat erläuterte in diesem Gutachten, dass der Übergang zu einem sogenannten „Vollmodell, welches das ge-

¹⁰² BT-Drs. 16/3100 (2007), S. 204.

¹⁰³ Größere Effekte waren bei Einführung der Annualisierung der Ausgaben Verstorbener in die Daten zu beobachten und konnten auch für 2020 festgestellt werden, weil drei Jahre (wegen der beiden Beiratgutachten) nicht aktualisiert wurde.

¹⁰⁴ Vgl. § 295 Abs. 1 S. 2 SGB V.

¹⁰⁵ Vgl. Bundesversicherungsamt (2019).

samte Krankheitsspektrum berücksichtigt“, solchen Anreizen entgegenwirkt und die Performance des RSA-Modells dadurch verbessert würde.¹⁰⁶ Diese Überlegungen wurden vom Gesetzgeber mit der Neufassung der §§ 266, 267 SGB V sowie der daraus resultierenden Anpassungen in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) durch das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG, 2020)¹⁰⁷ aufgegriffen. Erstmals ab 2021 erfolgt der Übergang von dem bisherigen Modell mit 80 Krankheiten zu einem "Vollmodell" aller Krankheiten. Dadurch wurde ein wichtiger Schritt insbesondere in Richtung eines Abbaus der Überdeckungen für „Gesunde“ und der Unterdeckungen für „Kranke“ geleistet.¹⁰⁸ Durch die Umstellung auf das Vollmodell ab 2021 erhöhte sich die Zahl der HMGs von 231 (Ausgleichsjahr 2020) auf 495 (Ausgleichsjahr 2021); das Modell umfasst weiterhin 40 AGGs.¹⁰⁹

Zudem wurde mit dem GKV-FKG der Erwerbsminderungsstatus als Risikovariablen aus dem Morbi-RSA gestrichen. Im Sondergutachten von 2017 setzte sich der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA intensiv mit dem Erwerbsminderungsstatus als Risikovariablen auseinander und kam zu dem Schluss, dass eine Streichung der EMG-Variablen nicht sachgerecht ist, weil die betroffenen Versicherten dann deutlich unterdeckt sind. Allerdings sah der Wissenschaftliche Beirat Weiterentwicklungspotenziale darin, den Erwerbsminderungsstatus als Schweregrad-Indikator zu berücksichtigen und im Einstieg eine stärkere Altersdifferenzierung der Erwerbsminderungsvariablen vorzunehmen.¹¹⁰ Dieser Forderung wurde jedoch nicht nachgekommen, sondern es erfolgte eine ersatzlose Streichung der EMG-Variablen.

Eine weitere zentrale mit dem GKV-FKG festgelegte Veränderung des Morbi-RSA war die Einführung einer sogenannten Regionalkomponente. Ab 2021 wird ein Set von Regionalvariablen, „die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können“ (§ 266 Abs. 2 S. 3 SGB V), in das RSA-Klassifikationsmodell eingeführt. Konkretisiert werden die Angaben im SGB V durch § 2 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 der RSAV, nach der „regionale Merkmale, die insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die demografische Struktur, die Sozial-

¹⁰⁶ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 254 ff.

¹⁰⁷ Vgl. BGBl. 2020 I Nr. 15 S. 604.

¹⁰⁸ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 292 f.; Wasem/Buchner (2019), S. 4.

¹⁰⁹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020b).

¹¹⁰ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 367; Wasem/Buchner (2019), S. 5.

struktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten abbilden“, berücksichtigt werden. Nicht berücksichtigungsfähig sind Angebotsvariablen (§ 8 Abs. 4 S. 4 RSAV). Ab 2021 wird jeder Versicherte anhand der ersten fünf Stellen des amtlichen Gemeindeschlüssels seines Wohnortes im Ausgleichsjahr bis zu 10 Regionalgruppen (RGGs) zugeordnet.¹¹¹ Mit diesen RGGs sind bspw. für das Ausgleichsjahr 2021 die Variablen Sterbekosten, Zuweisungen, ambulante Pflege, stationäre Pflege, Gesamtwanderungssaldo, personenbezogene Dienstleistungen, Pendlersaldo sowie kleine und mittlere Unternehmen abgedeckt.¹¹²

Im Jahr 2021 wurde ergänzend zum Morbi-RSA ein Risikopool (wieder) eingeführt, der, wenn die Leistungsausgaben eines Versicherten im Jahr über der Schwelle von 100.000 Euro¹¹³ liegen, den darüber liegenden Betrag zu 80 % ausgleicht. Der Risikopool kommt vor Durchführung des Morbi-RSA zur Anwendung, sodass nur die Leistungsausgaben in die RSA-Berechnungen eingehen, die nicht bereits im Risikopool ausgeglichen wurden. Der Wissenschaftliche Beirat hatte sich in seinem Sondergutachten zurückhaltend zur Wiedereinführung eines Risikopools geäußert. Er wies insbesondere auf den deutlich erhöhten Kontrollaufwand bei einer Erstattung von Ist-Ausgaben und auf die mangelnden Wirtschaftlichkeitsanreize hin. Mit Blick auf die Wirtschaftlichkeitsanreize hatte der Wissenschaftliche Beirat einen an Unterdeckungen nach RSA anstelle eines an Leistungsausgaben vor RSA ansetzenden Risikopool für besser geeignet angesehen.¹¹⁴ Darüber hinaus setzt die derzeitige Ausgestaltung des Risikopools negative Anreize für innovative P4P-Verträge, insbesondere im Zusammenhang mit kostenintensiven Einmaltherapien (z.B. Arzneimittel für neuartige Therapien, engl. Advanced Therapy Medicinal Products, ATMPs).¹¹⁵ Mit dieser Problematik und einem möglichen Reformvorschlag beschäftigt sich der zweite Teil des dritten Themenkomplexes (vergleiche Abschnitt 5.2).

Mit dem GKV-FKG wurden zudem Regelungen beschlossen, die auf eine mögliche Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens durch Krankenkassen abzielen. So wird seit 2021 im Morbi-RSA eine sogenannte „Manipulationsbremse“ eingesetzt, mit der Risikogruppen mit

¹¹¹ Versicherte, die im Ausgleichsjahr keinem gültigen inländischen Wohnsitz zugeordnet werden können, werden stattdessen nur einer RGG zugeordnet; vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020b); Bundesamt für Soziale Sicherung (2021).

¹¹² Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020b), S. 7 f. Der Prozess der Auswahl der Regionalvariablen sowie die mit den Variablen abgebildeten Inhalte werden in Kapitel 5.1.3.4 sowie in Anhang A.3 erläutert.

¹¹³ Der Schwellenwert im Ausgleichsjahr 2021 beträgt 100.000 Euro und wird mit der jährlichen Veränderungsrate der ausgleichsfähigen LA je Versicherten weiterentwickelt (§ 268 Abs. 1 S. 3 SGB V).

¹¹⁴ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 410 ; Wasem/Buchner (2019), S. 7 f.

¹¹⁵ Vgl. Wasem et al. (2021).

auffällig hohen Steigerungsraten nach dem in § 19 RSAV beschriebenen Verfahren aus dem Morbi-RSA ausgeschlossen werden sollen. Problematisch an dieser Regelung sei jedoch, so Wasem und Buchner in ihrer Stellungnahme zum Regierungsentwurf des GKV-FKG, dass Krankheiten mit hohen Prävalenzanstiegen automatisch nicht mehr im RSA berücksichtigt würden, was dem Fortschritt durch den Übergang zum Vollmodell zuwiderlaufen würde. Dies liegt darin begründet, dass es durch die Streichung der HMGs zu einer Umverteilung der frei werdenden Mittel auf die übrigen Variablen kommen würde, sodass ein Teil dieser Mittel auch über die Alters- und Geschlechtsvariablen verteilt würde, was mit einem Abbau der Morbiditätsorientierung und einem Beitrag zu weiteren Überzahlung Gesunder einhergehen würde.¹¹⁶

Außerdem wurden die Krankenkassen als mögliche Berater von Vertragsärzten zu Fragen der Wirtschaftlichkeit verordneter oder veranlasster Leistungen aus § 305a Abs. 1 S. 1 SGB V gestrichen. Dies obliegt nun ausschließlich den KVen. Das im ursprünglichen Gesetzesentwurf (2019) zunächst vorgesehene Verbot, Vergütungen für Diagnosen im Rahmen von Selektivverträgen zu zahlen, wurde jedoch nicht im finalen Gesetzestext umgesetzt.¹¹⁷

Detaillierte Informationen zur Beschreibung der Funktionsweise und Datengrundlage des Morbi-RSA in seiner aktuellen Ausgestaltung nach dem GKV-FKG (2021) können Abschnitt 3.3.1 entnommen werden.

¹¹⁶ Vgl. Wasem/Buchner (2019), S. 3.

¹¹⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2019).

3. Systematischer Vergleich der Morbiditätsmodelle zur Steuerung von Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem

3.1 Hintergrund und Forschungsfragen

Zentraler Gegenstand dieses Themenkomplexes ist ein systematischer Vergleich der drei Morbiditätsmodelle auf den unterschiedlichen Ebenen der Ressourcensteuerung im deutschen Gesundheitssystem. Dafür erfolgt zunächst eine separate Betrachtung des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenkassen (Fokus: Morbi-RSA) sowie des ambulanten und stationären Vergütungssystems (Abschnitt 3.3), bevor danach ein systematischer Vergleich der in den beschriebenen Systemen verwendeten Morbiditätsmodelle auf Basis eines zuvor entwickelten analytischen Rahmens erfolgt (Abschnitt 3.4). Auf Grundlage des systematischen Vergleichs erfolgt schließlich eine qualitative Analyse der Anreizwirkungen innerhalb sowie zwischen den Systemen am Beispiel der Kodierung von Morbiditätsindikatoren (Abschnitt 3.5).

3.2 Methodische Vorgehensweise

Methodischer Ausgangspunkt dieses Themenkomplexes ist eine teilsystematische Recherche, die schwerpunktmäßig auf das deutsche Gesundheitssystem ausgerichtet ist und für die Vorbereitung des technischen Vergleichs der Systeme zudem internationale Literatur einschließt. Da das Ziel die Sammlung fundierter Informationen zu den drei Morbiditätsmodellen ist, wurden im Rahmen der teilsystematischen Recherche Informationen zur technischen Ausgestaltung des Morbi-RSA auf der Internetpräsenz des BAS, des DRG-Systems beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie des Modells zur Weiterentwicklung der MGV beim Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (InBA) eingeholt. Zudem wurden Fachartikel, die sich mit der Diskussion der drei deutschen Systeme beschäftigen, eingebunden.

Zur Strukturierung des technischen Vergleichs wurde zunächst ein analytischer Rahmen entwickelt, der verschiedene Ausgestaltungsformen und Rahmenparameter von Vergütungs- und Finanzierungssystemen abdeckt und im Folgenden beschrieben wird.

Für den Vergleich von Morbiditätsmodellen sollte zunächst die Zielsetzung bzw. Funktion im Vergütungs- bzw. Finanzierungssystem herausgearbeitet werden, da diese unmittelbar mit der technischen Ausgestaltung verbunden ist. Dabei kann bspw. unterschieden werden, ob

die Modelle zur Berechnung der Größe eines Budgets (*size the pie*) oder zur Verteilung eines bereits festgelegten Budgets (*slice the pie*) verwendet werden.

Ein Vergleichsparameter ist der Geltungsbereich der Modelle. Dabei kann sich der Vergleich zum einen auf die Anwendung für das GKV-System und/oder das System der Privaten Krankenversicherung (PKV) beziehen oder auf die regionale Gültigkeit der Morbiditätsmodelle. In einem bundeseinheitlichen Ausgleichsmechanismus werden beispielsweise regionale Preisunterschiede ausgemittelt. Die Zahlungen in Regionen mit höherem Preisniveau sind *ceteris paribus* die gleichen wie in Regionen mit geringerem Preisniveau (oder geringerer Leistungserbringerdichte, geringerem Inanspruchnahmeverhalten etc.).

Die ökonomische Bewertung der Morbidität bzw. des durch sie ausgelösten Behandlungsbedarfs kann über unterschiedliche Modellierungsansätze erfolgen. So kann zwischen Regressions- und Zellansätzen unterschieden werden. Bei einem Zellansatz (auch aktuarischer Ansatz) wird jeder Versicherte in genau eine Risikogruppe eingeteilt, wobei für jede Risikogruppe die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben ermittelt werden. Die Risikogruppe bzw. deren durchschnittlichen Ausgaben dienen als Basis zur Ermittlung der risikoadjustierten Pauschale für diese Zelle. Während beim Zellansatz jeder Versicherte genau einer Risikogruppe, seiner Zelle, zugeordnet wird, werden diesem in Regressionsmodellen (auch Zuschlagsansatz) in der Regel mehrere Zuschläge zugewiesen. Diese ergeben sich aus einer Regression auf Basis eines gegebenen Datensatzes, der in der Regel (in)direkte Morbiditätsvariablen und Ressourcenverbräuche auf Versichertenebene umfasst. Mit diesen Informationen können dann Regressionskoeffizienten zur Schätzung der erwarteten Ausgaben ermittelt werden. Regressionsmodelle schätzen demnach für Versicherte, die in bestimmte Risikoklassen (z.B. eine bestimmte Kombination von Alter, Geschlecht und Diagnose bzw. Diagnosebündel) gehören, die zu erwartenden Ausgaben. Naturgemäß kann in einem Zellansatz, im Gegensatz zum Regressionsansatz, nur eine begrenzte Anzahl an Risikomerkmale verarbeitet werden.¹¹⁸

Unabhängig ob Zell- oder Regressionsansatz können sich die Modelle entweder auf Episoden, wie Behandlungs-/Versorgungsfälle, oder auf Versorgungszeiträume/-perioden beziehen.

Ein weiterer technischer Parameter, in dem sich Modelle zur morbiditätsorientierten Ressourcenallokation unterscheiden, ist der Zeithorizont. In diesem Zusammenhang werden Begriffe

¹¹⁸ Vgl. u.a. Reschke et al. (2004), S. 52 ff.

wie zeitgleich (im Englischen „concurrent“), prospektiv und retrospektiv verwendet. Dabei scheinen für Finanzierungs- und Vergütungsmodelle andere Nomenklaturen sinnvoll.

In morbiditätsorientierten Systemen zur Finanzierung von Versicherern bezeichnet man zunächst das Zeitintervall, über das die Morbiditätsindikatoren beobachtet werden, als "Basisperiode", während der Zeitraum, für den die Leistungsausgaben vorhergesagt werden, als "Vorhersageperiode" bezeichnet wird. Mehrere Alternativen für die Wahl der Basis- und Vorhersageperioden sind möglich. So kann zwischen prospektiven und zeitgleichen Modellen unterscheiden werden. Prospektive Modelle beziehen sich auf eine Basisperiode, die der Vorhersageperiode vorausgeht und sich nicht mit dieser überschneidet. In solchen Modellen werden also die Morbiditätsindikatoren aus einer Periode mit den Leistungsausgaben einer Folgeperiode in Bezug gesetzt. Zeitgleiche Modelle verwenden Informationen aus einer Basisperiode, die mit der Vorhersageperiode übereinstimmt. Hier werden demnach die Morbiditätsindikatoren in Bezug zu Leistungsausgaben im gleichen Jahr gesetzt.¹¹⁹ Die Folge ist, dass die Leistungsausgaben für akute Krankheiten, die in der Regel in dem Kalenderjahr anfallen, in dem auch die Erstdiagnose erfolgt, in zeitgleichen Modellen erfasst werden, in prospektiven Modellen hingegen nicht. Chronische Krankheiten, die in vielen Fällen über die Jahre sehr ähnliche Kosten aufweisen, sind in beiden Modellen mit etwa den gleichen Kosten verbunden und spielen in prospektiven Modellen die dominante Rolle. An dieser Stelle zeigt sich, dass die Ausgestaltung in Bezug auf den Zeithorizont vor allem in Verbindung mit der Zielsetzung und Funktion eines Modells steht.

Eine andere Nomenklatur hat sich bei der Einteilung von Vergütungssystemen durchgesetzt. Hier wird in der Regel zwischen prospektiven und retrospektiven Modellen unterschieden. Entscheidend für die Einteilung ist hier der Zusammenhang zwischen den Kosten eines Leistungserbringers und seiner Vergütung. In einem retrospektiven System werden dem Leistungserbringer die entstehenden Kosten vollständig (oder teilweise) erstattet. In einem prospektiven Vergütungssystem ist die Vergütung ex ante festgelegt, sodass kein direkter Zusammenhang zwischen Kosten des Leistungserbringers und seiner Vergütung besteht.¹²⁰ Verändert man den Blickwinkel und betrachtet die Frage, wie die Kostengewichte, also die Grundlage für die Höhe der Vergütung für eine Leistung, entstehen, so würde man von einer zeitgleichen Ausgestaltung sprechen, wenn Diagnose- und Kostendaten aus der gleichen Periode

¹¹⁹ Vgl. u.a. Reschke et al. (2004), S. 10 ; Kautter et al. (2014), S. 4.

¹²⁰ Vgl. Jegers/Kesteloot/de Graeve (2002), S. 260 ff.

in Verbindung gesetzt werden oder von einem prospektiven Modell, wenn Diagnosedaten einer vorgelagerten Periode mit den Kostendaten einer nachgelagerten Periode in Verbindung gesetzt werden, also analog der Nomenklatur für Finanzierungssysteme.

Beim Vergleich von Morbiditätsmodellen sollten auch die Datengrundlage (Vollerhebung, Stichprobe) sowie der Zeitbezug der Morbiditäts- und Kostendaten für die Ermittlung der Kostengewichte betrachtet werden.

Zudem sollte die Modellgüte (Fit) bspw. mit dem adjustierten R^2 der Morbiditätsmodelle verglichen werden.

Ein zentraler Vergleichsparameter sind schließlich die in einem solchen Morbiditätsmodell verwendeten (in)direkten Morbiditätsindikatoren, auf die bereits in Abschnitt 2.1.1 eingegangen wurde. So kommen als direkte Morbiditätsindikatoren insbesondere ambulante und stationäre Diagnosen, also ICD-Codes, in Frage. Dabei kann zusätzlich verglichen werden, ob in den Modellen alle ICD-Codes oder nur eine eingeschränkte Auswahl dieser berücksichtigt werden. Morbiditätsmodelle können sich außerdem in der Granularität der Morbiditätsmessung unterscheiden. Dabei spielt nicht nur die Anzahl der Krankheitsgruppen, sondern auch der gewählte Modellierungsansatz eine Rolle. Auch die Strukturierung der Modelle kann sich bspw. durch Hierarchisierungs-Mechanismen unterscheiden. Neben direkten Morbiditätsindikatoren kann sich auch die Berücksichtigung indirekter Morbiditätsindikatoren unterscheiden. Dazu können bspw. demografische, aber auch sozioökonomische Informationen sowie Arzneimittel (ATC-Codes) und Prozeduren (OPS-Codes) berücksichtigt werden. Zudem kann der Anteil direkter Morbiditätsindikatoren an der Erklärungskraft des Modells verglichen werden.

Relevant sind schließlich auch Anpassungsmöglichkeiten der Morbiditätsmodelle bzw. des Finanzierungs- oder Vergütungssystems, in welches das Morbiditätsmodell eingebettet ist. Diese Anpassungsmöglichkeiten können durch das Vorhandensein und die Ausgestaltung eines *Schlussausgleichs bzw. vergleichbarer retrospektiver Elemente* und die *Rolle von Verhandlungen* unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

Falls ein Schlussausgleich durchgeführt wird, gibt es dabei zwei entscheidende Punkte: zunächst die Frage, ob das anfangs festgelegte Budgetvolumen in seiner Höhe retrospektiv noch einmal angepasst wird oder nicht. Falls ja, stellt sich die Frage, ob es beispielsweise zu einer automatischen Berücksichtigung der Inflation kommt. Geschieht dies nicht, müsste in einer

Modellogik die Inflation bereits bei der Festlegung des Budgets miteinberechnet werden. Der zweite entscheidende Punkt ist die Frage, ob die Gewichte der einzelnen Morbiditätsklassen retrospektiv anhand der aktuellen Zahlen noch einmal neu berechnet werden oder nicht. Auch das klingt wie eine technische Feinheit, hat aber entscheidende Auswirkungen beispielsweise auf die Refinanzierung von technischen Neuerungen.

Die Morbiditätsmodelle sind zudem in Finanzierungs- und Vergütungssysteme eingebettet, in welchen *Verhandlungen* eine unterschiedlich stark ausgeprägte Rolle spielen können. Der Stellenwert solcher Verhandlungen ist entscheidend bei der Frage, welche unmittelbare Wirkung die Morbiditätsmodelle auf die Finanz- bzw. Vergütungsströme entfalten können.

Daraus ergeben sich die in **Tabelle 1** zusammengefassten relevanten Dimensionen bzw. Parameter für den systematischen Vergleich von Morbiditätsmodellen.

Vergleichsparameter	Beispiele möglicher Ausgestaltungsformen
Zielsetzung / Funktion	size the pie, slice the pie
Ausgestaltung durch	Staat, Selbstverwaltungspartner
Geltungsbereich / regionale Varianz	GKV/PKV, bundesweit einheitliches Modell oder regional variierende Modelle
Modellierungsansatz	Zellansatz, Regressionsansatz
Bezug	Episode (Behandlungs-/Versorgungsfälle), Periode (Jahr, Quartal)
Datengrundlage	Vollerhebung, Stichprobe
Zeitbezug für die Ermittlung der Kostengewichte	Datenjahr der Morbiditäts- und der Kostendaten
Modellgüte (Fit)	adj. R^2 / CPM
Berücksichtigung der latenten Variable "Morbidität" im Modell	
direkte Morbiditätsindikatoren	ambulante und/oder stationäre Diagnosen
ICD-Vollständigkeit	ja/nein
Granularität der Morbiditätsmessung	Anzahl Risikogruppen
Modellstrukturierung	Reduktion der Komplexität, Hierarchisierung
indirekte Morbiditätsindikatoren	demografische und/oder sozioökonomische Informationen, Arzneimittel, Prozeduren
Anpassungsmöglichkeiten	
Anpassungsmöglichkeiten	Schlussausgleich/retrospektive Elemente, Rolle von Verhandlungen

Tabelle 1: Analytischer Rahmen für den Vergleich von Morbiditätsmodellen

Quelle: eigene Darstellung.

Nach der Darstellung möglicher Ausgestaltungsformen von Modellen für die morbiditätsorientierte Ressourcenallokation werden im Folgenden zunächst die in Deutschland verwendeten Modelle getrennt voneinander vorgestellt (Kapitel 3.3) und im Anschluss daran auf Basis des vorgestellten analytischen Rahmens systematisch verglichen (Kapitel 3.4).

3.3 Morbiditätsorientierte Ressourcensteuerung in Deutschland

In den letzten 20 Jahren wurde die Ressourcenallokation im deutschen Gesundheitssystem zunehmend am Kriterium der „Morbidität“ ausgerichtet: Krankenhäuser werden nach DRGs vergütet, KVen verhandeln mit den gesetzlichen Krankenkassen über eine regionale morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und die Krankenkassen erhalten wiederum risikoadjustierte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Als Basis für einen systematischen Vergleich der Morbiditätsmodelle werden diese zunächst separat und eingebettet in das Finanzierungs- bzw. Vergütungssystem erläutert. Zunächst wird das Finanzierungssystem der GKV mit Fokus auf den Morbi-RSA beschrieben (3.3.1). Im Anschluss daran werden die Vergütungssysteme im ambulanten bzw. vertragsärztlichen (3.3.2) sowie im stationären (3.1.1) Versorgungsbereich vorgestellt.

3.3.1 Das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenkassen – Fokus: Morbi-RSA

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten im deutschen Gesundheitssystem ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Höhe der Zuweisungen zur Deckung der Pflichtleistungen der Krankenkassen wird über den Morbi-RSA bestimmt. Daneben erhalten die Krankenkassen u.a. Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen sowie für Verwaltungskosten. Da in Kapitel 2.2.1 bereits auf die Finanzarchitektur in der GKV eingegangen wurde, soll in diesem Kapitel der Fokus auf die Rahmenbedingungen und technische Ausgestaltung des Morbi-RSA gelegt werden. Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, wurde der Morbi-RSA als lernendes System eingeführt und seit seiner Einführung kontinuierlich weiterentwickelt. Mit dem GKV-FKG (2020)¹²¹ wurde der Morbi-RSA umfassend reformiert und wird seit 2021 erstmals in neuer Form umgesetzt. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich daher auf die aktuelle Ausgestaltung des Morbi-RSA. Für eine ausführliche Erläuterung der Historie des Morbi-RSA mit den zentralen Veränderungen im Rückblick vergleiche Abschnitt 2.3.

Das Verfahren des Morbi-RSA umfasst mehrere Schritte, die vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) (bis 2019 Bundesversicherungsamt, BVA) auf Grundlage der §§ 266 bis 270 SGB

¹²¹ Vgl. BGBl. 2020 I Nr. 15 S. 604.

V sowie der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSAV)¹²² durchgeführt werden.

3.3.1.1 Datenbasis

Für die Durchführung des Morbi-RSA übermitteln die gesetzlichen Krankenkassen dem BAS diverse Daten mit Informationen zu ihren Versicherten. § 267 SGB V legt für die „Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“ den gesetzlichen Rahmen fest. Gemäß § 267 Abs. 4 SGB V bestimmt das BMG zudem in der RSAV, das Nähere zu den Fristen der Übermittlung und zum Verfahren der Verarbeitung der zu übermittelnden Daten. Der GKV-Spitzenverband bestimmt zu diesem Verfahren im Einvernehmen mit dem BAS die Einzelheiten.¹²³

Satzarten im Morbi-RSA

Dem BAS stehen die Datenmeldungen in Form einer Vollerhebung der GKV zur Verfügung. Diese können grob in die drei Bereiche Versichertenstammdaten, Morbiditätsinformationen und Leistungsausgaben unterteilt werden. Sie werden in thematisch zusammenhängenden Satzarten (SA) übermittelt und beziehen sich auf ein Berichtsjahr (Kalenderjahr).

Für den Morbi-RSA gelten die folgenden Satzarten:¹²⁴

1. Satzart 100: Versichertenstammdaten (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8 bis 11 sowie § 15 Abs. 5 RSAV)
2. Satzart 110: Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (§ 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV)
3. Satzart 111: Versichertenstammdaten (monatliches Abschlagverfahren) (§ 9 Abs. 1 RSAV)
4. Satzart 400: Daten der Arzneimittelversorgung (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)
5. Satzart 500: Diagnosen der Krankenhausversorgung (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV)
6. Satzart 600: Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV)

¹²² Vgl. BGBl. 1994 I Nr. 1 S. 55.

¹²³ Vgl. GKV-Spitzenverband (2021).

¹²⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband (2021), S. 3 f. Anlage 1.4.

7. Satzart 610: Prozeduren und Operationen der ambulanten Versorgung (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV)
8. Satzart 700: personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (§ 7 Abs. 1 Satz 6 RSAV)
9. Satzart 703: personenbezogene berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und Satz 3 RSAV)
10. Satzart 713: Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (§ 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV)
11. Satzart 701: Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, Erstattungen und Einnahmen nach KJ1 (gemäß § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V)

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind in sieben bzw. acht Hauptleistungsbereiche (HLB) unterteilt, die nach den Leistungserbringern bzw. Leistungen des Versorgungsbereichs bezeichnet sind: Ärzte (HLB 1), Zahnärzte (HLB 2), Apotheken (HLB 3), Krankenhäuser (HLB 4), Sonstige Leistungsausgaben (HLB 5), Krankengeld (HLB 6a), Kinderkrankengeld (HLB 6b) sowie Extrakorporale Blutreinigung (HLB 7).¹²⁵

Erhebungsturnus

Für die Satzarten werden in der Regel eine sogenannte Erstmeldung und zu einem späteren Zeitpunkt eine korrigierte Fassung als sogenannte Korrekturmeldung dem BAS gemeldet. Die Ausnahmen und Detailregelungen zum Erhebungsturnus für die einzelnen Satzarten können der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 264 Abs. 4 SGB V entnommen werden.¹²⁶

Pseudonymisierung

Bevor die versichertenbezogenen Daten von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband weitergeleitet werden, erfolgt zunächst eine Pseudonymisierung auf Grundlage der bundeseinheitlichen Krankenversicherungsnummer, sodass ein Rückschluss auf einzelne Versicherte nicht möglich ist. Jährlich zum 15. April erfolgt ein Wechsel des Pseudonymisierungsschlüssels. Dadurch wird sichergestellt, dass jedem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird und die versichertenbezogenen Daten

¹²⁵ Vgl. GKV-Spitzenverband (2021), S. 8.

¹²⁶ Vgl. GKV-Spitzenverband (2021), S. 10.

aus den Satzarten über zwei Berichtszeiträume hinweg verknüpfbar sind. Dies sind zwei zentrale Voraussetzungen, um den Morbi-RSA durchführen zu können. Die Details zum Pseudonymisierungsverfahren können ebenfalls der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes entnommen werden.¹²⁷

Plausibilisierung der Daten

Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 7 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. § 7 Abs. 5 Satz 2 RSAV die von den einzelnen Krankenkassen erhobenen Daten vor der Weiterleitung an das BAS auf Plausibilität und Vollständigkeit zu prüfen. Dafür sind in Anlage 1.5 der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 SGB V Kriterien definiert.¹²⁸

Die Qualität der übermittelten Daten wird vom BAS geprüft. Zunächst wird die technische Richtigkeit der Daten, also die Übereinstimmung der Daten mit dem vereinbarten Format, überprüft. Danach erfolgt u.a. die Analyse der inhaltlichen Konsistenz der einzelnen Satzarten untereinander und auch mit anderen für den Morbi-RSA zur Verfügung stehenden Satzarten, also eine inhaltliche Datenprüfung. Stellt das BAS technische oder inhaltliche Auffälligkeiten fest, werden diese den Krankenkassen zurückgemeldet, wobei verschiedene Fehler unterschiedliche Auswirkungen auf die Berücksichtigung der Daten im RSA-Verfahren haben.¹²⁹

3.3.1.2 Versichertenklassifikation

Jedem Versicherten wird eine Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG), eine oder mehrere hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), bis zu zehn Regionalgruppen (RGGs) sowie bei Krankengeldanspruch eine Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppe (KAGG) zugeordnet. Versicherten, die Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 oder § 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, werden keine HMGs, sondern wird nur eine Kostenerstattungsgruppe (KEG) zugeordnet. Auslandsversicherte werden einer Wohnlandgruppe (WLG) und keiner AGG, HMG, KEG oder RGG zugeordnet.

¹²⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband (2021), S. 11 f. und Anlage 11.13. § 7 Abs. 3 S. 2, 3 RSAV.

¹²⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband (2021), S. 12 und Anlage 11.15. § 7 Abs. 5 S. 2 RSAV.

¹²⁹ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 55 ff. § 20 RSAV.

Zuordnung zu den HMGs

Das Klassifikationssystem für das Ausgleichsjahr 2023 umfasst 396 HMGs. Jede Morbiditätsgruppe setzt sich aus mindestens einer Diagnosegruppe (DxG) zusammen, die wiederum mindestens einen ICD-Code beinhaltet.¹³⁰ Die Zuordnung zu den Morbiditätsgruppen erfolgt anhand der Versichertendaten des dem Ausgleichsjahr vorausgehenden Jahres.

Diagnosen aus der ambulanten Versorgung sowie stationäre Haupt- und Nebendiagnosen werden für die Zuordnung zu den DxGs verwendet. Die Aufgreifkriterien für die Zuordnung werden im Folgenden erläutert.¹³¹

Stationäre Hauptdiagnosen führen grundsätzlich immer zur Zuordnung in eine DxG.¹³²

Ambulante Diagnosen sowie stationäre Nebendiagnosen werden grundsätzlich gleich behandelt. Dabei sind jedoch einige Ausnahmen bzw. Besonderheiten zu berücksichtigen. So werden ambulante Diagnosen nur mit dem Kennzeichen für die Diagnosesicherheit „G“ (gesichert) berücksichtigt. Außerdem gibt es DxGs mit obligatorischer stationärer Behandlung, bei denen ambulante Diagnosen daher nicht zu einer Zuordnung führen. Zudem gibt es einige stationäre Nebendiagnosen, die Hauptdiagnosen gleichgestellt sind. Dazu zählen beispielsweise die angeführten Fälle von DxGs mit obligatorischer stationärer Behandlung. Bei diesen sind stationäre Nebendiagnosen den Hauptdiagnosen gleichgestellt.¹³³

Die Berücksichtigung von ambulanten Diagnosen und stationären Nebendiagnosen ist zudem davon abhängig, ob es sich um eine DxG ohne oder mit Arzneimittelzuordnung handelt.

Bei DxGs ohne Arzneimittelzuordnung gilt das sogenannte M2Q-Kriterium. Bei diesen DxGs werden Diagnosen nur dann berücksichtigt, wenn in einem anderen Quartal mindestens eine weitere, der gleichen Krankheit zugeordnete Diagnose vorliegt. Ausgenommen davon werden auch Diagnosen berücksichtigt, die von Personen mit weniger als 92 Tagen Versicherungszeit in der GKV stammen.¹³⁴

¹³⁰ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022b).

¹³¹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022c).

¹³² Für Ausnahmen davon vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 2.

¹³³ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 3.

¹³⁴ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 3 f.

Bei DxGs mit Arzneimittelzuordnung wird eine Diagnose nur dann berücksichtigt, wenn für den Versicherten mindestens in einem Quartal gleichzeitig zur Diagnose berücksichtigungsfähige Arzneimittel verordnet wurden.

Zunächst werden die Behandlungstage für die Verordnung mit einem ATC-Code zugehörigen Arzneimittel ermittelt. Dafür wird aus jeder gemeldeten Verordnung die Anzahl der Packungen mit der dazugehörigen definierten Tagesdosis multipliziert. Danach werden die Behandlungstage der Versicherten gemäß ihrer anteiligen Versichertenzeit im Datenjahr annualisiert. Die für jede Verordnung annualisierten Behandlungstage je Arzneimittel werden schließlich DxG-spezifisch aufsummiert.

Für die Arzneimittelzuordnung gibt es nun unterschiedliche Fälle der Berücksichtigung für eine DxG, die im Folgenden kurz erläutert werden.¹³⁵

Im ersten Fall handelt es sich um Krankheitsgruppen mit rezidivierend-akutem Krankheitsgeschehen. Hier sind mindestens 10 Behandlungstage mit dem Arzneimittel für die Zuordnung notwendig. Außerdem muss mindestens eine der passenden Verordnungen im selben Quartal vorliegen wie die für die DxG-Zuordnung maßgebliche Diagnose.

Im zweiten Fall handelt es sich um Krankheitsgruppen mit chronischem Krankheitsgeschehen. Hier sind mindestens 183 Behandlungstage mit dem Arzneimittel notwendig. Auch hier muss mindestens eine Verordnung im selben Quartal mit der relevanten Diagnose vorliegen. Die Zahl der mindestens zu erreichenden Behandlungstage wird um acht reduziert, wenn mindestens eine maßgebliche stationäre Diagnose vorliegt.

Bei der Arzneimittelzuordnung wird zudem unterschieden, ob es sich um Krankheitsgruppen mit obligater Arzneimittelzuordnung handelt oder um eine Arzneimittelzuordnung bei klinischer Relevanz. Bei der obligaten Arzneimittelzuordnung ist eine Arzneimitteltherapie aus medizinischer Sicht in jedem Fall zwingend erforderlich. Mit dem zweiten Fall der Arzneimittelzuordnung sollen nur die klinisch relevanten Fälle aufgegriffen werden. Hier ist daher neben der Behandlungstageprüfung zusätzlich das M2Q-Kriterium zu erfüllen. In beiden Fällen sind Kinder unter 12 Jahre von dieser Prüfung ausgenommen. Bei diesen muss stattdessen das M2Q-Kriterium erfüllt werden.

¹³⁵ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 4 f. ; Bundesamt für Soziale Sicherung (2022c); Bundesamt für Soziale Sicherung (2022d).

Außerdem gibt es vier sogenannte Sonderfälle bei der Arzneimittelzuordnung. Beim ersten Sonderfall erfolgt für ausgewählte DxGs, wie allgemein bereits für solche mit chronischem Krankheitsgeschehen beschrieben, eine Prüfung auf mindestens 183 Behandlungstage. Dies erfolgt jedoch altersübergreifend. Für Kinder wird ein abweichender Schwellenwert von 92 Behandlungstagen festgelegt. Der zweite Sonderfall sieht für ausgewählte DxGs eine Berücksichtigung bei 42 Behandlungstagen vor; bei Kindern unter 12 Jahre reichen 21 Tage aus. Im dritten Sonderfall spielen Behandlungstage keine Rolle. Stattdessen müssen hier bei einer DxG mindestens zwei Verordnungen in unterschiedlichen Quartalen vorliegen. Der vierte Sonderfall steht für eine Diagnosevalidierung anhand des Dialyse-Kennzeichens aus der Satzart 100. Das Dialysekennzeichen muss dabei zusätzlich zu den regulären Zuordnungsvorgaben vorliegen.

Der beschriebene Zuordnungsalgorithmus wird in **Abbildung 2** schematisch dargestellt.

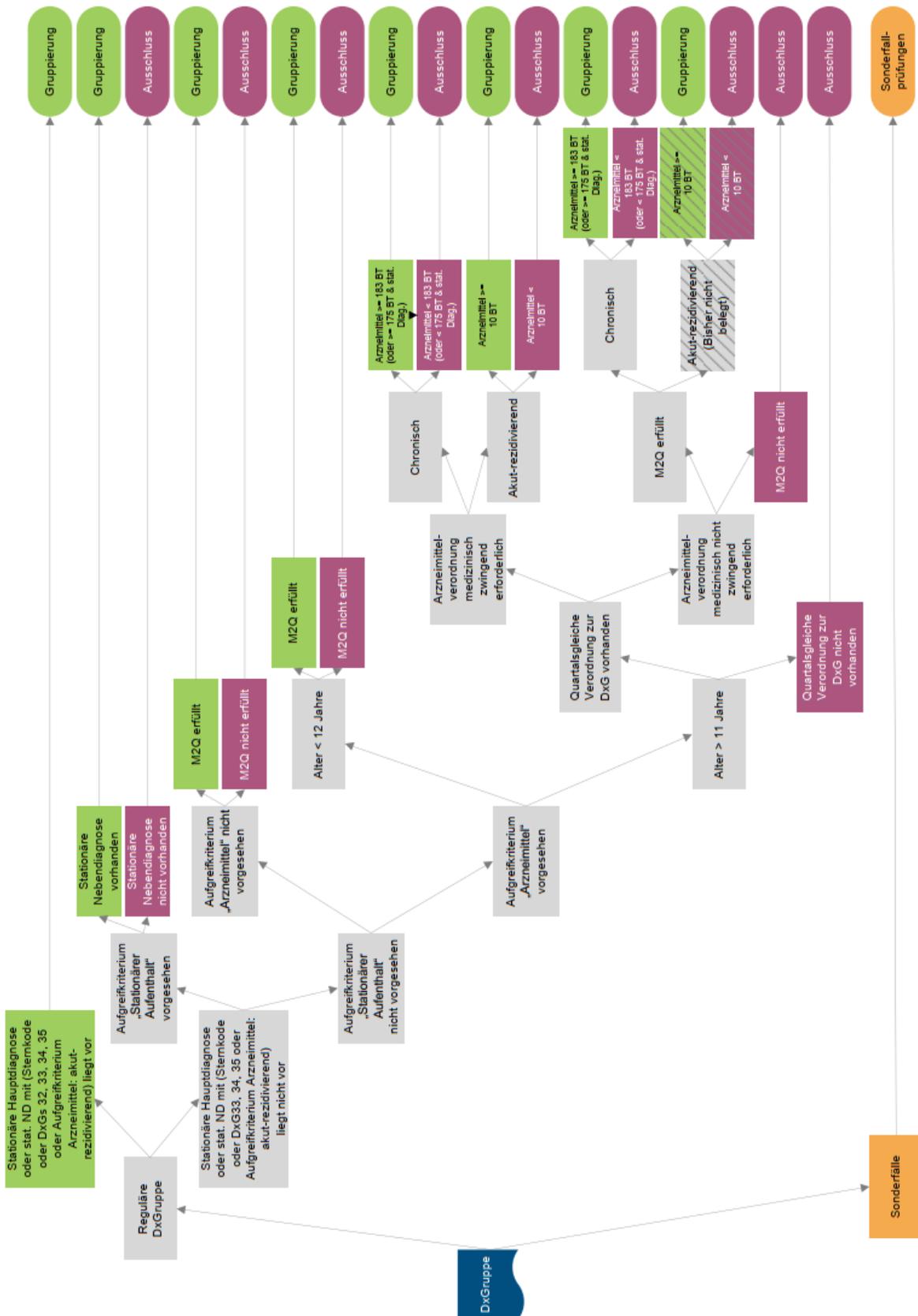


Abbildung 2: Standardalgorithmus für das Ausgleichsjahr 2023

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung (2022a), S. 309.

Die DxGs werden den Versicherten nach dem beschriebenen Aufgreifalgorithmus zugeordnet. Diese werden in einem nächsten Schritt zu Morbiditätsgruppen zusammengefasst. Diese Morbiditätsgruppen werden danach hierarchisiert, sodass sich die HMGs ergeben. Für das Modell des Ausgleichsjahres 2023 wurden die 396 HMGs in 26 Hierarchien eingeordnet.¹³⁶ Mit diesen Hierarchien wird festgelegt, welche HMGs in einem Dominanzverhältnis zueinander stehen. Diese sind nicht miteinander kombinierbar. Anders ist es bei HMGs, die innerhalb einer Hierarchie nebeneinanderstehen. Diese können miteinander kombiniert werden, da kein Dominanzverhältnis existiert. Für die Bildung der Hierarchien werden medizinische Kriterien berücksichtigt. Statistische sowie ökonomische Kriterien (z.B. Kostenhomogenität) sind wiederum für die konkrete Einordnung im Hierarchiestrang entscheidend. Grund für die Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen ist, dass nur für die jeweils schwerwiegendste Ausprägung einer Krankheit eine Zuordnung erfolgt, um mehrfache Zuschläge für eine Erkrankung zu vermeiden.¹³⁷ Die Dominanzverhältnisse in den Hierarchien können den Festlegungsunterlagen des BAS entnommen werden.¹³⁸

Exemplarisch wird der sogenannte Hierarchiebaum für die Hierarchie 01 „Infektionen“ gemäß der Festlegung für das Ausgleichsjahr 2023 in **Abbildung 3** dargestellt.

¹³⁶ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022b).

¹³⁷ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 34.

¹³⁸ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022a), S. 314 ff.

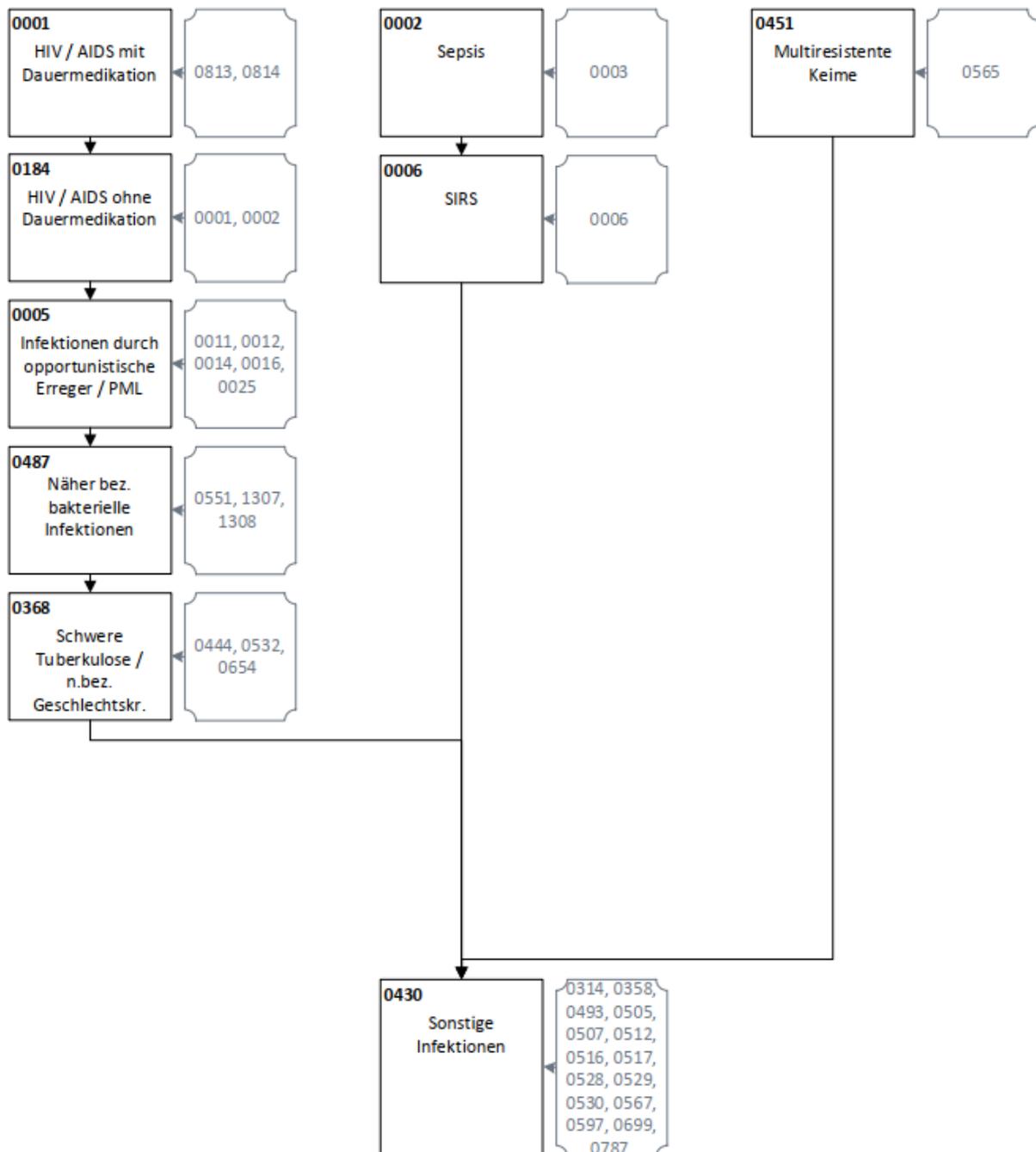


Abbildung 3: Hierarchie 01 „Infektionen“ gemäß Festlegung für das Ausgleichsjahr 2023

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung (2022a), S. 314.

HMGs, die in einer vertikalen Überordnung dargestellt sind, befinden sich in einem Dominanzverhältnis und bilden einen Hierarchiestrang. Das gilt in der Hierarchie „Infektionen“ bspw. für die HMGs 0184 (HIV/AIDS ohne Dauermedikation) und 0001 (HIV/AIDS mit Dauermedikation). Löst ein Versicherter grundsätzlich beide HMGs aus, wird ihm nur die höhere, also hier die

HMG 0001, zugeordnet und die andere HMG wird auf Null gesetzt und somit in der Zuschlagsberechnung nicht berücksichtigt. Wenn HMGs hingegen horizontal nebeneinanderstehen, besteht kein Dominanzverhältnis und beide HMGs können Zuschläge auslösen.¹³⁹

Zuordnung zu den AGGs

Anhand des Geschlechts und Alters der Versicherten im Ausgleichsjahr wird jedem Versicherten eine von insgesamt 40 AGGs zugeordnet. Die AGGs 1 bis 20 werden Frauen zugeordnet und die AGGs 21 bis 40 Männern. Für beide Geschlechtsgruppen erfolgt eine Differenzierung in jeweils 20 Altersgruppen.¹⁴⁰

Zuordnung zu den KEGs

Für Versicherte, die im relevanten Datenjahr (für Ausgleichsjahr 2023: 2022) mindestens 183 Tage mit Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V oder § 53 Abs. 4 SGB V aufweisen, erfolgt keine HMG-Zuordnung. Diesen Versicherten werden eine von insgesamt sieben KEGs, die nach der Art der Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 SGB V oder § 53 Abs. 4 SGB V) sowie dem Alter differenziert sind, zugeordnet.¹⁴¹

Zuordnung zu den RGGs

Wie in Kapitel 2.3 bereits erläutert wurden mit dem GKV-FKG ab dem Ausgleichsjahr 2021 sogenannte Regionalgruppen in den Morbi-RSA eingeführt. Von diesen werden den Versicherten anhand der ersten fünf Stellen des amtlichen Gemeindegchlüssels seines Wohnortes bis zu 10 Variablen zugeordnet. Versicherte ohne gültigen Inlandswohntort werden stattdessen nur der RGG0000 zugeordnet. Die für das Ausgleichsjahr 2023 angewendeten 91 RGGs entsprechen den 9 Regionalvariablen Sterbekosten, Zuweisungen, ambulante Pflege, stationäre Pflege, Pflegebedürftige, Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungsbereichen, Wohnfläche, kleine und mittlere Unternehmen sowie Gesamtwanderungssaldo, jeweils unterteilt in 10 Dezile. Für das Ausgleichsjahr 2023 werden jedem Versicherten somit nur 9 Variablen zugeordnet.¹⁴² Der genaue Prozess der Auswahl der Regionalvariablen sowie die mit den Variablen abgebildeten Inhalte werden in Kapitel 5.1.3.4 sowie in Anhang A.3 erläutert.

¹³⁹ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 34.

¹⁴⁰ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 6 f.

¹⁴¹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 7.

¹⁴² Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 8 f.

Zuordnung der Auslandsversicherten zu den WLGs

Für Versicherte, die mindestens 183 Tage im Jahr 2022 (Ausgleichsjahr 2023) mit Wohnsitz oder dauerhaftem Aufenthalt im Ausland aufweisen, erfolgt keine Zuordnung zu den AGGs, HMGs, KEGs und RGGs. Für diese erfolgt eine Zuordnung in eine von 24 WLGs, die nach Ländern differenziert sind. Versicherte ohne gemeldetes Länderkennzeichen werden der WLG0000 „Sonstige“ zugeordnet.¹⁴³

Zuordnung zu den KGGs

Für jeden Versicherten mit Krankengeldanspruch gemäß § 44 SGB V im Jahr 2022 (Ausgleichsjahr 2023) erfolgt zudem die Zuordnung zu einer von 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (KAGGs) anhand seines Geschlechts und seines Alters im Jahr 2022.¹⁴⁴

3.3.1.3 Regressionsverfahren und Zuweisungsberechnung¹⁴⁵

Zur Ermittlung der Regressionskoeffizienten für die AGGs, HMGs, KEGs und RGGs wird ein prospektives Regressionsmodell angewendet. Dazu werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld des Ausgleichsjahres (2023) und die Versichertenmerkmale sowie Morbiditätsdaten (SA 400, 500, 600) des Vorjahres verwendet. Um Neugeborene einzubeziehen, werden Alter und Geschlecht als zeitgleiche Variablen (des Ausgleichsjahres) verwendet. Die Ermittlung der Regressionskoeffizienten für die einzelnen Risikomerkmale ergeben sich durch eine multiple lineare Kleinste-Quadrate-Regression (im Englischen *Weighted Least Squares*, WLS) ohne Konstante, in der die Risikomerkmale die erklärenden/unabhängigen Variablen und die versichertenindividuellen Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versichertentag die zu erklärende/abhängige Variable bilden. Dazu werden zunächst die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben abzüglich des Krankengeldes versichertenbezogen aufsummiert und um den individuellen Ausgleichsbetrag aus dem Risikopool gemäß § 268 SGB V bereinigt. Dieser versichertenindividuelle Betrag wird durch die Zahl der Versichertentage des Versicherten geteilt. Die Einbeziehung der unabhängigen Variablen (AGGs, HMGs, KEGs, RGGs) erfolgt in Form von Dummy-Variablen (0/1-Variablen).¹⁴⁶

¹⁴³ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 9.

¹⁴⁴ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 9 f.

¹⁴⁵ Das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die Krankengeldgruppen ist nicht Gegenstand dieser Arbeit und kann bei Bedarf u.a. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g). entnommen werden.

¹⁴⁶ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 13 ff.

Auffällige Risikogruppen gemäß § 18 Abs. 1 S. 4 i. V. m. § 19 RSAV werden bei der Durchführung der Regression nicht berücksichtigt (Manipulationsbremse, vergleiche Abschnitt 2.3).

Wird für eine der AGGs, HMGs oder KEGs ein negativer Regressionskoeffizient ermittelt, wird der entsprechende Regressionskoeffizient auf den Wert Null gesetzt. Für die RGGs sind negative Regressionskoeffizienten hingegen zulässig.

Bei einer Verletzung der Kostendominanz, d.h. der Regressionskoeffizient einer dominierten HMG übersteigt den Regressionskoeffizienten der dominierenden HMG, kommt es zu einer Vereinigung beider HMGs, sodass sie als ein Risikomerkmale in der Regression berücksichtigt werden.

Dieses Verfahren zum Ausschluss von Hierarchieverletzungen oder negativen Regressionskoeffizienten wird so lange wiederholt, bis diese nicht mehr vorliegen (iteratives Vorgehen).¹⁴⁷

Für jeden ihrer Versicherten erhält eine Krankenkasse eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlich erwarteten Ausgaben je Versicherten (abzüglich der Disease-Management-Programm-Pauschale).

Die Grundpauschale wird mit den versichertenindividuell zugeordneten alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen, die sich aus dem oben beschriebenen Regressionsverfahren ergeben, angepasst. Außerdem erhalten Krankenkassen Zuweisungen für Satzungs- und Ermessungsleistungen sowie zur Deckung ihrer standardisierten Verwaltungsausgaben. Für in ein Disease-Management-Programm eingeschriebene Versicherte erhalten die Krankenkassen ebenfalls standardisierte Zuweisungen.

Dieses Verfahren ist als monatliches Abschlagsverfahren mit drei Strukturanpassungen und einem abschließenden Jahresausgleich ausgestaltet. So werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bereits unterjährig an aktuelle Versichertenzahlen und veränderte Versichertenstrukturen der Krankenkassen angepasst.

Die Gesamtsumme der Zuweisungen, die der Gesundheitsfonds jährlich auf Grundlage der RSA-Systematik an die Krankenkassen auszahlt, wird prospektiv vom GKV-Schätzerkreis festgelegt. Vor diesem Hintergrund erfolgt im Schlussausgleich eine Weitergabe der bestehenden Gesamtunterdeckung durch eine gleiche absolute Kürzung der Zuweisungen je Mitglied.¹⁴⁸

¹⁴⁷ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 14.

¹⁴⁸ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 30 ff.

3.3.1.4 Güte des Regressionsmodells

Für die Bewertung des Morbi-RSA, einem Regressionsmodell, werden unterschiedliche Kennzahlen herangezogen. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs verwendet in seinen Gutachten insbesondere aggregierte Gütemaße auf Individualebene, Kennzahlen auf Ebene von Versichertengruppen sowie Kennzahlen auf Krankenkassenebene.¹⁴⁹ Da diese Kennzahlen auch im dritten Themenkomplex, in dem Ansätze zur Weiterentwicklung der GKV-Finanzarchitektur vorgestellt und bewertet werden, genutzt werden, erfolgt in den folgenden Abschnitten eine nachvollziehbare Darstellung der Berechnungen und Bedeutungen der Gütemaße.¹⁵⁰

aggregierte Gütemaße auf Individualebene

Zu den aggregierten Gütemaßen auf Individualebene gehören das Bestimmtheitsmaß (R^2 bzw. adjustiertes R^2) sowie das Cumming's Prediction Measure (CPM).

Das statistische Bestimmtheitsmaß (R^2) ist definiert als:

$$R^2 = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N (LA_i - \widehat{LA}_i)^2}{\sum_{i=1}^N (LA_i - \overline{LA})^2} \quad (1)$$

mit:

LA_i = tatsächliche Leistungsausgaben von Individuum i

\widehat{LA}_i = durch das Modell prognostizierte Leistungsausgaben für Individuum i

\overline{LA} = durchschnittliche Leistungsausgaben über alle Versicherten

i = 1, ..., N Versicherte

Der R^2 -Wert gibt den Anteil an der gesamten Varianz in den Ausgaben an, der durch das verwendete Modell erklärt werden kann. Der R^2 -Wert liegt definitionsgemäß zwischen 0 (keine Varianzerklärung) und 1 (vollständige Varianzerklärung).

¹⁴⁹ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 61 ff.

¹⁵⁰ Die folgenden Ausführungen beziehen sich weitgehend auf Drösler et al. (2017), S. 61 ff.

Um die im Modell verwendete Anzahl erklärender Variablen im Rahmen der R^2 -Berechnung zu berücksichtigen (da eine zunehmende Zahl von erklärenden Variablen per se zu einer Steigerung des R^2 führt, auch wenn diese keinen zusätzlichen Erklärungsanteil liefern), wird in der Regel durch eine zusätzliche Adjustierung des R^2 -Wertes für diesen Effekt kontrolliert.

Das adjustierte R^2 berechnet sich wie folgt:

$$\mathbf{adj. R^2} = R^2 - (1 - R^2) \frac{K}{N - K - 1} \quad (2)$$

mit:

K = Anzahl der erklärenden Variablen

N = Anzahl der Versicherten

Ein weiteres aggregiertes Gütemaß auf Individualebene ist das CPM, eine lineare Version des R^2 . Im Gegensatz zum R^2 werden beim CPM die Abweichungen nicht quadriert, sondern es werden die absoluten Werte zugrunde gelegt. Da die bei Verwendung des R^2 -Wertes als Gütemaß zur Anwendung kommende Quadrierung der Über- und Unterdeckungen zu einer großen Gewichtung von Ausreißern führt, wird in Übereinstimmung mit dem Evaluationsbericht zum Morbi-RSA des Wissenschaftlichen Beirats von Drösler et al. (2017) zudem das CPM dargestellt. Der Wertebereich des CPM liegt ebenfalls zwischen 0 und 1. Analog zum R^2 zeigt ein CPM-Wert, der näher an 100% liegt, eine bessere Anpassung des Modells an.¹⁵¹

$$\mathbf{CPM} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N (|LA_i - \widehat{LA}_i|)}{\sum_{i=1}^N (|LA_i - \overline{LA}|)} \quad (3)$$

mit:

LA_i = tatsächliche Leistungsausgaben von Individuum i

\widehat{LA}_i = durch das Modell prognostizierte Leistungsausgaben für Individuum i

\overline{LA} = durchschnittliche Leistungsausgaben über alle Versicherten

i = 1,...,N Versicherte

¹⁵¹ Vgl. Cumming/Cameron (2002), S. 51 ff.; Schäfer (2011), S. 14.

Verwandt damit ist der mittlere absolute Prognosefehler (MAPE), der jedoch als absolute Größe weniger gut interpretiert werden kann als das CPM.

$$\mathbf{MAPE} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N (|LA_i - \widehat{LA}_i|)}{N} \quad (4)$$

mit:

LA_i = tatsächliche Leistungsausgaben von Individuum i

\widehat{LA}_i = durch das Modell prognostizierte Leistungsausgaben für Individuum i

i = 1,...,N Versicherte

Da mit dem GKV-FKG ab 2021 sowohl Zuweisungen aus dem Morbi-RSA als auch Ausgleichszahlungen aus dem Risikopool für die Berechnung der aggregierten Gütemaße auf Individual-ebene relevant sind, muss eine Verallgemeinerung der Formel zur Ermittlung des R^2 erfolgen (Pseudo- R^2).¹⁵²

$$\mathbf{Pseudo - R^2} = 1 - \frac{\sum (LA_i - ZW_i)^2}{\sum (LA_i - \overline{LA})^2} \quad (5)$$

mit:

LA_i = tatsächliche Leistungsausgaben von Individuum i

ZW_i = Zuweisungen aus Morbi-RSA und ggf. Risikopool für Individuum i

\overline{LA} = durchschnittliche Leistungsausgaben über alle Versicherten

i = 1,...,N Versicherte

Das so ermittelte Pseudo- R^2 misst das Ausmaß in dem die Gesamtzuweisungen einer Krankenkasse für die Person i , ZW_i , die Leistungsausgaben für diese Person, LA_i , abbilden und ermöglicht somit die Berücksichtigung von Zahlungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zu den prognostizierten Zuweisungen aus einem Risikoausgleichsmodell erhält.

¹⁵² Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020a), S. 6.

Diese Verallgemeinerung der R^2 -Formel kann analog für die des CPM vorgenommen werden.

$$\text{Pseudo - CPM} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N (|LA_i - ZW_i|)}{\sum_{i=1}^N (|LA_i - \bar{LA}|)} \quad (6)$$

mit:

LA_i = tatsächliche Leistungsausgaben von Individuum i

ZW_i = Zuweisungen aus Morbi-RSA und ggf. Risikopool für Individuum i

\bar{LA} = durchschnittliche Leistungsausgaben über alle Versicherten

i = 1, ..., N Versicherte

Die Kennzahlen für das RSA-Modell für das Ausgleichsjahr 2023 können **Tabelle 2** entnommen werden.

	R^2	adj. R^2	CPM	MAPE
Morbi-RSA ohne Risikopool	29,49 %	29,49 %	26,60 %	2.561,05 €
Morbi-RSA <u>mit</u> Risikopool	59,81 %	59,81 %	29,59 %	2.456,56 €

Tabelle 2: Aggregierte Gütemaße auf Individualebene für das RSA-Modell, Festlegung Ausgleichsjahr 2023

Quelle: eigene Darstellung nach Bundesamt für Soziale Sicherung (2022e).

Kennzahlen auf Ebene von Versichertengruppen

Neben Kennzahlen auf Individualebene ist auch die Performance von Modellen für Subgruppen der Versicherten von Interesse. Hier bietet sich zunächst die Betrachtung von Deckungsquoten bestimmter Gruppen an.

$$DQ_{VG} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^{N_{VG}} \widehat{LA}_i}{\sum_{i=1}^{N_{VG}} LA_i} \quad (7)$$

mit:

VG = Versichertengruppe

LA_i = tatsächliche Leistungsausgaben von Individuum i innerhalb der Gruppe VG

\widehat{LA}_i = durch das Modell prognostizierte Leistungsausgaben für Individuum i

$i = 1, \dots, N_{VG}$ = Versicherte in der Versichertengruppe VG

Eine Deckungsquote über 100 % gibt an, dass die Zuweisungen für die betrachtete Gruppe die Ausgaben überschreiten, d. h., dass eine Überdeckung vorliegt, während eine Deckungsquote unter 100 % eine Unterdeckung anzeigt. Eine Deckungsquote von 100 % gibt an, dass die Zuweisungen für die betrachtete Gruppe genau den Ausgaben entsprechen. Je näher die 100 % erreicht werden, umso besser kann das Modell die Leistungsausgaben für die in Betracht gezogene Gruppe schätzen.

Auch der Ausweis des absoluten Ausmaßes der Überdeckung bzw. Unterdeckung je Versichertenjahr für eine Versichertengruppe in Euro ist von Interesse: Ein positiver Deckungsbeitrag bedeutet, dass für eine Versichertengruppe höhere Zuweisungen je Versichertenjahr erfolgen als die Krankenkassen für diese Versichertengruppe je Versichertenjahr an Ausgaben getätigt haben, vice versa. Je näher der Deckungsbeitrag an der Null ist, umso besser kann das Modell die Leistungsausgaben für die in Betracht kommende Versichertengruppe schätzen.

Der Deckungsbeitrag (DB) je Versichertengruppe berechnet sich wie folgt:

$$DB_{VG} = 1 - \frac{\sum_{i=1}^{N_{VG}} \widehat{LA}_i - \sum_{i=1}^{N_{VG}} LA_i}{N_{VG}} \quad (8)$$

mit:

VG = Versichertengruppe

LA_i = tatsächliche Leistungsausgaben von Individuum i innerhalb der Gruppe VG

\widehat{LA}_i = durch das Modell prognostizierte Leistungsausgaben für Individuum i

$i = 1, \dots, N_{VG}$ = Versicherte in der Versichertengruppe VG

Kennzahlen auf Krankenkassenebene

Um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Krankenkassenebene zu beurteilen, kann der über alle Krankenkassen gemittelte absolute Prognosefehler ermittelt werden. Zusätzlich kann der gewichtete mittlere absolute Prognosefehler berechnet werden, bei dem die Krankenkassen mit ihren Fehlbeträgen, gewichtet in Abhängigkeit von der Anzahl der Versichertentage, in die Berechnung eingehen.¹⁵³

3.3.1.5 Der Risikopool

Das Risikostrukturausgleichsverfahren wurde mit dem GKV-FKG umfassend reformiert. Ein zentrales Element dabei war die Wiedereinführung eines Risikopools zum teilweisen Ausgleich der finanziellen Belastungen für aufwändige Leistungsfälle mit Wirkung ab 01. Januar 2021.¹⁵⁴ Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA hatte jedoch vor einer etwaigen Umsetzung noch weiteren Forschungsbedarf angemeldet.¹⁵⁵

Der Risikopool wurde durch eine Neufassung des § 268 SGB V mit dem GKV-FKG gesetzlich verankert. Konkretisiert wurden die für den Risikopool relevanten Berechnungen in § 14 RSAV. Gemäß § 14 Abs. 3 S. 1 i. V. m. § 18 RSAV erfolgt die Durchführung des Risikopoolverfahrens

¹⁵³ Für Berechnung der Kennzahlen auf Krankenkassenebene vgl. Drösler et al. (2017), S. 66 f.

¹⁵⁴ Genauer gesagt: wiedereingeführt, denn bereits von 2002 bis 2008 gab es einen Risikopool (damals: § 269 SGB V).

¹⁵⁵ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 410.

im Rahmen der Berechnung des Jahresausgleichs, also etwa im November 2024 für das Jahr 2023. Anders als beim Morbi-RSA ist hier kein Abschlagsverfahren vorgesehen.

Beim Risikopool handelt es sich, anders als beim Morbi-RSA, um einen (anteiligen) Ist-Kosten-Ausgleich. Im Morbi-RSA werden hingegen standardisierte, prospektive Leistungsausgaben ausgeglichen. Der Risikopool gleicht 80 % der einen festgelegten Schwellenwert übersteigenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben für einen Versicherten aus (§ 268 Abs. 1 S. 2, 3 SGB V). Der Schwellenwert wurde für die erstmalige Durchführung im Ausgleichsjahr 2021 auf 100.000 Euro festgelegt und soll in den Folgejahren vom BAS anhand der jährlichen Veränderungsrate der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten angepasst werden (§ 268 Abs. 1 S. 3 SGB V, 14 Abs. 1 RSAV). Der Anteil der Leistungsausgaben, der unter dem Schwellenwert liegt sowie die 20 % der den Schwellenwert übersteigenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben, die nicht ausgeglichen werden, gehen in den Morbi-RSA ein. Das heißt, es handelt sich um einen Ist-Kosten-Ausgleich, der vor der Regression im Morbi-RSA stattfindet. Durch den Ist-Kosten-Ausgleich werden hohe Leistungsausgaben zum Beispiel für Akuterkrankungen direkt ausgeglichen. Dadurch entstehen für die Prüfung der tatsächlichen Leistungsausgaben jedoch erhöhte Anforderungen.¹⁵⁶

3.3.1.6 Anreizwirkungen

Der Morbi-RSA, der insbesondere auf Basis kodierter Diagnosen die Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen im Gesundheitsfonds ausgleicht, indem für die Versicherten der einzelnen Krankenkasse risikoadjustierte Zuweisungen ermittelt werden, setzt für Krankenkassen Anreize, die Diagnosekodierung durch die Leistungserbringer zu optimieren.¹⁵⁷ In Kapitel 3.5 erfolgt nach einem vorausgegangenem Vergleich der drei Morbiditätsmodelle auf den unterschiedlichen Ebenen der Ressourcensteuerung im deutschen Gesundheitssystem eine qualitative Analyse von Anreizwirkungen am Beispiel der Kodierung von Morbiditätsindikatoren; dabei steht der Morbi-RSA im Fokus.

Neben Anreizen zur Erlösoptimierung sind jedoch auch Risikoselektionsanreize zulasten spezifischer Versichertengruppen, die im Morbi-RSA unterdeckt sind und von den Krankenkassen identifiziert werden können, denkbar. Vor diesem Hintergrund wird in Kapitel 5.1 analysiert,

¹⁵⁶ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022h), S. 4.

¹⁵⁷ Vgl. u.a. Drösler et al. (2017), S. 470 ff.

ob bestimmte sozioökonomisch benachteiligte Versichertengruppen im Morbi-RSA unterdeckt sind. Auf dieser Basis wird ein Lösungsansatz für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA empirisch erarbeitet.

Der Morbi-RSA wird als lernendes System kontinuierlich wissenschaftlich begleitet und auf ungewollte Anreize untersucht, die als Ansatzpunkte für seine Weiterentwicklung dienen.¹⁵⁸ Da in folgenden Kapiteln noch exemplarisch auf mit dem Morbi-RSA verbundene Anreize eingegangen wird, sollen diese Inhalte an dieser Stelle nicht weiter thematisiert werden.

¹⁵⁸ Vgl. u.a. Drösler et al. (2017).

3.3.2 Das ambulante Vergütungssystem

Die GKV bezifferte im Jahr 2022 Ausgaben in Höhe von insgesamt rund 284 Milliarden Euro, von denen 17 % auf den Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung entfielen. Somit stellt dieser nach der Krankenhausbehandlung (32 %) und der Arzneimittelversorgung (18 %) den drittgrößten Ausgabenbereich in der GKV dar.¹⁵⁹

Kernstück der ambulanten ärztlichen Versorgung im System der GKV ist die kollektivvertraglich regulierte ambulante vertragsärztliche Versorgung. Daneben wurden vom Gesetzgeber weitere Versorgungsformen (z.B. ambulante spezialfachärztliche Versorgung gem. § 116b SGB V (ASV), Sozialpädiatrische Zentren gem. § 119 SGB V) mit eigenen Vergütungssystemen etabliert, die in diesem Abschnitt jedoch nicht näher thematisiert werden sollen. Außerhalb des Kollektivsystems können zudem Selektivverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung eine Rolle spielen, die einzelne Krankenkassen mit (Gruppen von) Leistungserbringern abschließen können, um neue Versorgungsformen zu implementieren oder alternative Vergütungsmodelle zu nutzen.

In den folgenden Ausführungen zum ambulanten vertragsärztlichen Vergütungssystem soll der Frage nach der Morbiditätsorientierung nachgegangen werden. In diesem Zusammenhang sind zwei zentrale Stufen zu unterscheiden: zum einen die Weiterentwicklung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und zum anderen die Verteilung dieser Gesamtvergütung an die einzelnen Vertragsärzte.

3.3.2.1 Das ambulante vertragsärztliche Kollektivvertragssystem

Das ambulante vertragsärztliche Vergütungssystem unterliegt einer kollektivvertraglichen Regulierung auf Bundes- sowie auf Landesebene. Vor diesem Hintergrund wird es auch als zweistufiges Kollektivvertragssystem bezeichnet. Das Zusammenspiel dieser Ebenen in der Ausgestaltung des ambulanten Vergütungssystems ist detailliert in **Abbildung 4** dargestellt und wird in den folgenden Absätzen erläutert.

¹⁵⁹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S. 2.

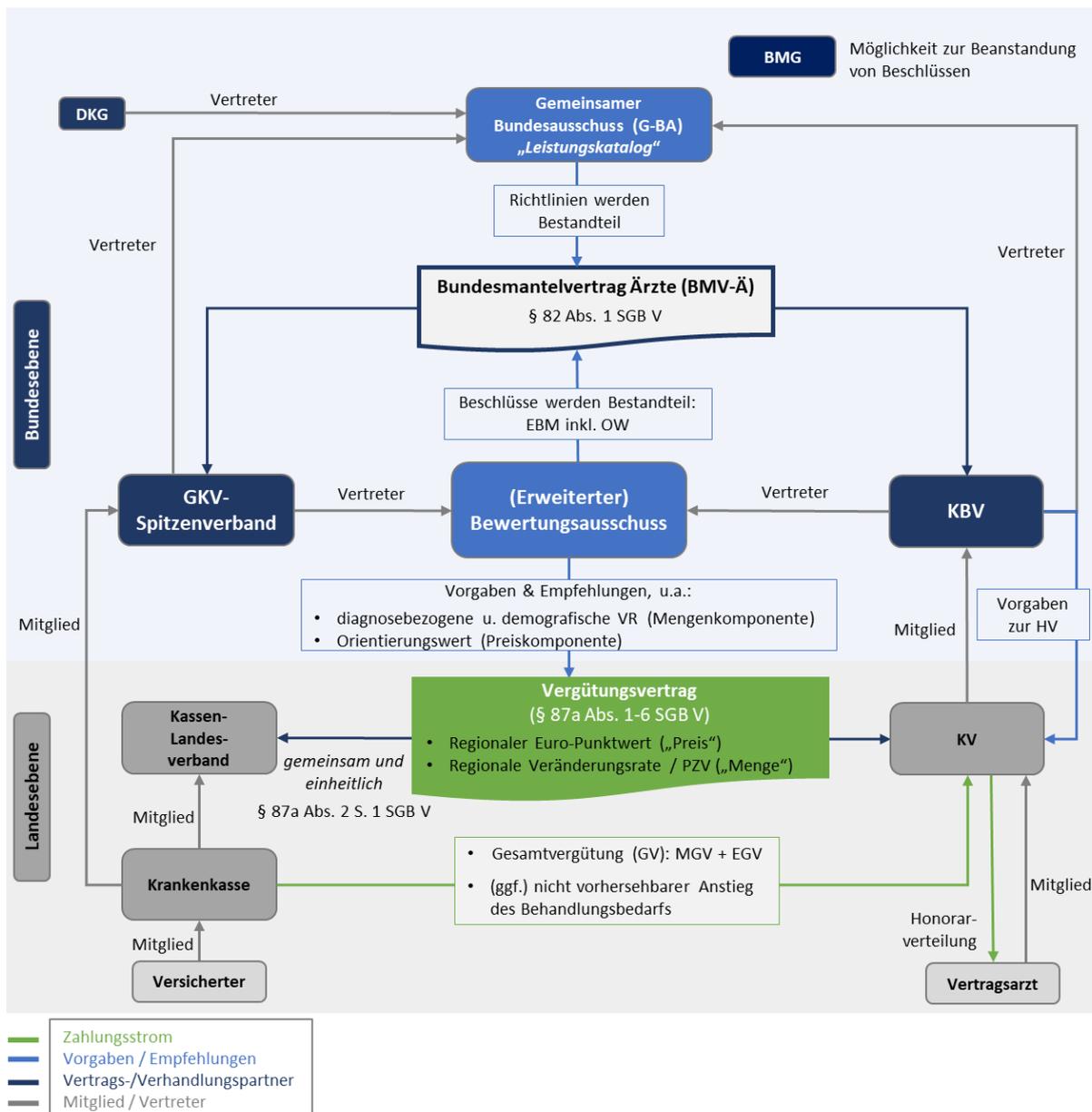


Abbildung 4: Das ambulante ärztliche Kollektivvertragssystem

Quelle: eigene Darstellung.

Zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung schließen die Vertragspartner auf Bundesebene, der GKV-Spitzenverband sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Bundemantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) mit allgemeinen Regelungen und Inhalten zur vertragsärztlichen Versorgung.¹⁶⁰ Der BMV-Ä enthält Vorgaben für die Ausgestaltung der Gesamtverträge, die auf KV-Ebene zu schließen sind, nämlich alle Normen, die notwendig und zweckmä-

¹⁶⁰ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung/GKV-Spitzenverband (2023).

ßig einer bundeseinheitlichen Regelung bedürfen. Dazu zählt zum einen der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der „den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander [bestimmt]“¹⁶¹ und den alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zur Abrechnung ihrer im Rahmen der Kollektivverträge erbrachten Leistungen bei den gesetzlichen Krankenkassen nutzen. Darüber hinaus definiert der BMV-Ä die zentralen Regelungen zur Organisation der ärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 1 S. 2 SGB V. Dies beinhaltet vor allem Regelungen über die Behandlungspflicht der Ärzte und die Ansprüche der Versicherten, das Verfahren bei Zuzahlungen, den Einsatz der Krankenversicherungskarte, das Abrechnungsverfahren, den Schutz der Patientendaten, aber auch Vordrucke und Nachweise. Zudem sind Vorgaben zu Fachkundenachweisen, Praxisausstattung und Qualitätssicherung (§ 135 Abs. 2 SGB V) im BMV-Ä erfasst. Insbesondere die Richtlinien des G-BA (§ 92 Abs. 8 SGB V) und die Vereinbarung über getrennte Vergütungsanteile des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichs (§ 85 Abs. 2c SGB V) sind ebenfalls Bestandteil des BMV-Ä.

Der EBM, der Gegenstand des BMV-Ä ist, wird vom Bewertungsausschuss Ärzte¹⁶², der nach § 87 Abs. 3 SGB V aus je drei Mitgliedern des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung besteht, erstellt und weiterentwickelt. Da in der ambulanten ärztlichen Versorgung der Erlaubnisvorbehalt gilt, können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) nur in den EBM aufgenommen und auch nur dann von den Ärzten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, wenn dies zuvor vom G-BA durch die Aufnahme in Richtlinien, die ebenfalls Gegenstand des BMV-Ä sind, beschlossen wurde. Der Bewertungsausschuss entscheidet über deren Vergütung (§ 87 Abs. 5b S. 1 SGB V) und weist den (meisten) Leistungen Punkte im EBM zu, die ihre Bewertungsrelationen ausdrücken. Grundsätzlich erfolgt die Kalkulation der Gebührenordnungspositionen (GOPs) des EBM nach einem Vollkostensystem, dem Standardbewertungssystem (STABS), und wird vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA)¹⁶³ vorbereitet. Das STABS unterscheidet zwischen dem ärztlichen

¹⁶¹ § 87 Abs. S. 1 SGB V.

¹⁶² Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und wird von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung paritätisch besetzt. § 87 SGB V stellt die gesetzliche Grundlage für seine Arbeit dar. Können GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung im Bewertungsausschuss keinen Konsens erzielen, wird als Schiedsgremium der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) einberufen. Dabei wird der Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (vgl. § 87 Abs. 4 SGB V). Um zur Vergütung der ASV notwendige Anpassungen des EBM beschließen zu können, wird der Bewertungsausschuss um die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ergänzt. Dies ist der sogenannte Ergänzter Bewertungsausschuss. Bei ausbleibender Einigkeit kommt wiederum der Erweiterte ergänzte Bewertungsausschuss zum Einsatz (vgl. § 87 Abs. 5a SGB V).

¹⁶³ Unter anderem zur Entwicklung und Pflege des hier diskutierten Morbiditätsmodells wurde 2006 von den damaligen Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das InBA gegründet (§ 87 Abs. 3b SGB V).

Leistungsanteil und dem technischen Leistungsanteil. Während für den technischen Leistungsanteil die betrieblichen Kosten nach Kostenstellen erfasst werden und unter Berücksichtigung von Jahresbetriebszeiten und Auslastungsgraden der Kostenstellen den einzelnen GOPs zugerechnet werden, geht in den ärztlichen Leistungsanteil in Gestalt von Arztminuten der kalkulatorische Arztlohn ein.¹⁶⁴ In diesen Kalkulationen werden allerdings, anders als z.B. im DRG-System, keine systematisch empirisch erhobenen (Durchschnitts-)Kosten aus den Arztpraxen, sondern Einzelerhebungen und Expertenschätzungen verwendet.¹⁶⁵ Da die Festsetzung der GOPs immer in einem Verhandlungsprozess erfolgt, kommt es hier auch immer wieder z.B. im Rahmen von Kompromisslösungen zu diskretionären Entscheidungen. Der EBM enthält sowohl arztgruppenübergreifende als auch arztgruppenspezifische Leistungen. Zur Erbringung von speziellen Leistungen sind auch Bedingungen der Strukturqualität einzuhalten, wie z.B. das Absolvieren einer spezifischen Fortbildung. Die vertretenen Vergütungsformen reichen von Fall- über Komplexpauschalen zu Einzelleistungsvergütungen. Der „Behandlungsfall“ spielt im Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung eine hervorgehobene Rolle. Die gesamte von derselben Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall.¹⁶⁶

Der Bewertungsausschuss beschließt darüber hinaus weitere Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung, wie beispielsweise den bundeseinheitlichen Orientierungswert oder Empfehlungen zur morbiditätsorientierten Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen. Der Orientierungswert wird seit dem 01. Januar 2009 jeweils bis zum 31. August eines Jahres als bundeseinheitlicher Punktwert in Euro für das Folgejahr im EBM festgelegt.¹⁶⁷ Er wird vom Bewertungsausschuss grundsätzlich entsprechend der Veränderung der Betriebs- und Investitionskosten der Arztpraxen, der Möglichkeit der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Kostendegressionseffekten aufgrund von Fallzahlsteigerung fortgeschrieben, soweit diese Faktoren nicht bereits in der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen berücksichtigt wurden.¹⁶⁸ Für das Jahr 2023 beträgt er 11,4915 Cent.¹⁶⁹

¹⁶⁴ Vgl. IGES Institut (2010), S. 10 ff.

¹⁶⁵ Vgl. Albrecht/Al-Abadi (2018), S. 34.

¹⁶⁶ Vgl. § 1a Nr. 28 BMV-Ä.

¹⁶⁷ Vgl. § 87 Abs. 2e SGB V.

¹⁶⁸ Vgl. § 87 Abs. 2g SGB V.

¹⁶⁹ Vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss Ärzte (2022b), S. 2.

Ebenfalls bis zum 31. August eines Jahres beschließt der Bewertungsausschuss u.a. Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur. Dafür errechnet das InBA für jeden KV-Bezirk zwei einheitliche Veränderungsdaten, wobei eine Rate insbesondere auf den ärztlichen Behandlungsdiagnosen und die andere Rate auf demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) basiert. Die Ergebnisse der Berechnung des InBA zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur teilt der Bewertungsausschuss den Vertragspartnern auf Landesebene mit.¹⁷⁰ Wendet man den in Abschnitt 2.1.1 eingeführten Morbiditätsbegriff an, so würde man in diesem Zusammenhang nicht von Veränderungen der „Morbiditätsstruktur“, sondern von Veränderungen der „beobachtbaren (in)direkten Variablen zur Operationalisierung der latenten Variable Morbidität“ sprechen.

Auf der Ebene der KV-Regionen beschließen die KVen einerseits und andererseits die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (gemeinsam und einheitlich) die Gesamtvergütung, die das Budget für die im folgenden Jahr zu erbringenden ambulanten vertragsärztlichen Leistungen darstellt.¹⁷¹ Die Gesamtvergütung besteht aus einem budgetierten Anteil (MGV) und einem nicht-budgetierten Anteil (extrabudgetäre Gesamtvergütung, EGV). Im Jahr 2017 umfasste die MGV ca. 66 % (25,3 Mrd. Euro) und die EGV ca. 34 % (12,9 Mrd. Euro) der Leistungen.¹⁷²

Die EGV umfasst besonders förderungswürdige Leistungen (§ 87a Abs. 3 S. 6 SGB V) und noch nicht in die MGV „einbudgetierte“ neue Leistungen, weil die Mengenentwicklung aufgrund zu weniger Erfahrungen noch nicht eingeschätzt werden kann. Zur EGV zählen beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, ambulante Operationen (§ 115b SGB V) und Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger (§ 78a Abs.3 S. 4 Nr. 1 SGB V). Mit dem TSVG (2019)¹⁷³ wurden zudem Konstellationen festgelegt, in denen erbrachte Leistungen auch dann in voller Höhe nach der regionalen Euro-Gebührenordnung extrabudgetär vergütet werden, wenn es sich um Leistungen handelt, die in der regulären vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der MGV bezahlt werden. Dazu gehören neue Zuschläge

¹⁷⁰ Vgl. § 87a Abs. 5 SGB V.

¹⁷¹ Vgl. § 87a Abs. 1-6 SGB V.

Abweichendes gilt für vertragszahnärztliche Leistungen: Hier erfolgt der Abschluss der Gesamtverträge grundsätzlich getrennt für jede Kassenart (§ 85 Abs. 2 S. 1 2. Halbsatz SGB V). Zentraler Gegenstand dieser Gesamtverträge ist die Höhe der Gesamtvergütung, die das „Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen“ im folgenden Jahr (§ 85 Abs. 2 S. 2 SGB V) darstellt und von den gesetzlichen Krankenkassen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten im KV-Bezirk an die KVen mit befreiender Wirkung entrichtet wird (§ 85 Abs. 1 SGB V).

¹⁷² Vgl. Greiner et al. (2019), S. 22.

¹⁷³ Vgl. BGBl. 2019 I Nr. 18 S. 646.

auf die Versichertenpauschale sowie die Leistungen selbst, die durch Vermittlung einer Terminservicestelle (TSS) erbracht werden (TSS-Terminfall, § 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 2 SGB V), Leistungen bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen Facharzt nach Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins durch den Hausarzt (Hausarzt-Vermittlungsfall, Nr. 4), hausärztliche Leistungen bei Patienten, die in einer Praxis erstmals behandelt werden (Neupatient, Nr. 5), Leistungen, die im Rahmen von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Woche ohne vorherige Terminvereinbarung erbracht werden (offene Sprechstunde, Nr. 6) und Leistungen für Patienten, die wegen akuter Beschwerden über die TSS an einen niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten innerhalb von 24 Stunden vermittelt werden (TSS-Akutfall, Nr. 2). Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (2022)¹⁷⁴ wurde allerdings die Neupatientenregelung (Konstellation 4) zum 1. Januar 2023 abgeschafft. Gleichzeitig wurden die Zuschläge für eine schnelle Terminvermittlung deutlich erhöht (§ 87 Abs. 2b S. 3 SGB V). Konkretisiert wurden die zu erhöhenden Zuschläge vom Erweiterten Bewertungsausschuss.¹⁷⁵ Durch die oben angeführten TSVG-Konstellationen wurde der Anteil der nicht budgetierten Leistungen deutlich erhöht.

Bei den extrabudgetären Leistungen handelt es sich im Gegensatz zur MGV um den Teil der Zahlung der Krankenkassen an die KV, der keiner Budgetierung unterliegt. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen die Leistungen der EGV in vollem Umfang, ohne Begrenzung der Menge, und zum vollen Preis der Euro-Gebührenordnung (siehe unten) vergüten.

Die Höhe der MGV wird zwischen den Gesamtvertragspartnern gemeinsam und einheitlich prospektiv bis zum 31. Oktober eines Jahres für das Folgejahr vereinbart und unabhängig von den tatsächlich erbrachten EBM-Leistungen als vereinbarte Gesamtsumme mit befreiender Wirkung von den Kassen an die KVen gezahlt (§ 87a Abs. 3 S. 1 SGB V). Die MGV in Form einer Pauschale setzt Anreize zur Mengenbegrenzung auf Ebene der KVen. Der Anteil, den eine einzelne Krankenkasse zu zahlen hat, wird durch deren Anteil an der Menge der durch ihre Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen des Vorjahres bestimmt. Hierdurch sind sowohl der Morbiditätsbezug als auch die Verursachergerechtigkeit der Gesamtvergütungen gewährleistet. Das Geld folgt den Leistungen bzw. der tatsächlichen Nachfrage der Versicherten einer Krankenkasse nach ärztlichen Leistungen vor dem Hintergrund der Morbiditätsstruktur

¹⁷⁴ Vgl. BGBl. 2022 I Nr. 42 S. 1990.

¹⁷⁵ Vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss Ärzte (2022a).

dieser Versicherten. Zur Bestimmung der Höhe der MGV wird ein regionaler Punktwert (Preiskomponente) mit einem erwarteten Punktzahlvolumen (Mengenkomponente) der Versicherten im KV-Bezirk multipliziert (§ 87a Abs. 3 S. 2 SGB V).

Ausgangspunkt der Preiskomponente auf regionaler Ebene ist zunächst der bundeseinheitliche Orientierungswert, der durch den Bewertungsausschuss jährlich festgelegt wird. Dabei können die regionalen Vertragspartner allerdings „einen Zuschlag auf den oder einen Abschlag von dem Orientierungswert ... vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen“ (§ 87a Abs. 2 S. 2 SGB V). Zudem sind KV-spezifische Zuschläge in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen sowie für besonders förderungswürdige Leistungen oder Leistungserbringer möglich (§ 87a Abs. 2 S. 3 SGB V). Im Regelfall wird jedoch der Orientierungswert unverändert übernommen. Im Jahr 2023 wurde lediglich in Hamburg ein abweichender Punktwert vereinbart (erhöht um 0,1035 Cent).¹⁷⁶ Aus diesem regionalen Punktwert und dem vom Bewertungsausschuss erstellten und weiterentwickelten EBM ist eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen (§ 87a Abs. 2 S. 5 SGB V). Der regionale Punktwert findet nicht nur Anwendung zur Ermittlung der MGV, sondern dient auch als Abrechnungsgrundlage extrabudgetärer Leistungen. Außerdem hat dieser eine zentrale Bedeutung bei der regionalen Honorarverteilung, die im folgenden Abschnitt thematisiert wird.

Die Mengenkomponente in Form des Punktzahlvolumens der MGV wird in Verhandlungen der KV mit den Landesverbänden der Krankenkassen auf Grundlage der Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses festgesetzt. Diese entspricht der Gesamtsumme der zu vergütenden Leistungen in EBM-Punkten und bildet den erwarteten Behandlungsbedarf der Versicherten im KV-Bezirk ab.¹⁷⁷ Zur Festlegung des erwarteten Behandlungsbedarfs orientieren sich die Verhandlungspartner am Punktzahlvolumen des Vorjahres. Dieses wird, unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bewertungsausschusses, entsprechend der Veränderungen bei der Anzahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten, der Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen aufgrund von Veränderungen des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs oder von Verlagerungen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor sowie der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der ärztlichen

¹⁷⁶ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (2022), S. 2.

¹⁷⁷ Darüberhinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der MGV nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind von den Krankenkassen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum, ebenfalls mit der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten (§ 87a Abs. 3 S. 4 SGB V).

Leistungserbringung von den regionalen Vertragspartnern weiterentwickelt (§ 87a Abs. 4 SGB V). Die Ausgangswerte wurden im Jahr 2009 auf Basis der erbrachten Leistungsmenge des Jahres 2008 unter Anwendung verschiedener Anpassungsfaktoren festgelegt. Eine morbiditätsorientierte Neuberechnung der gesamten MGV erfolgte jedoch zu Beginn nicht. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang vor allem von den KVen mit im Vergleich zu anderen KVen höherer Morbidität je EBM-Punkt, dass eine adäquate Anpassung des regionalen Behandlungsbedarfs seine erstmalige Festlegung auf der Grundlage der Morbiditätsstruktur der Versicherten voraussetzt und historische Behandlungsbedarfe, die in keiner Weise eine hinreichende Morbiditätsorientierung besaßen, fortgeschrieben wurden.¹⁷⁸ Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur in einem KV-Bezirk ist auf der Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen (§ 295 Abs. 1 S. 2 SGB V) einerseits und demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits durch eine gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlung mitgeteilten Raten zu vereinbaren (§ 87a Abs. 4 S. 3 SGB V). Seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG, 2011)¹⁷⁹ sieht der Gesetzgeber dafür regional differenzierte Veränderungsrate vor, die auf demografischen und diagnosebezogenen Indizes beruhen und vom InBA für jeden KV-Bezirk berechnet werden (§ 87a Abs. 5 S. 3 SGB V). Auf regionaler Ebene wird dann über die Gewichtung von demografischer und diagnosebezogener Veränderungsrate verhandelt. Angesichts der erheblichen finanziellen Auswirkungen der diagnosebezogenen Veränderungsrate ist es erforderlich, dass die zugrundeliegenden Morbiditätsinformationen insofern valide sind, als dass sie eine tatsächlich behandelte Krankheitslast dokumentieren, die im Rahmen einer innerhalb der MGV finanzierten vertragsärztlichen Behandlung von Relevanz ist. Im Zusammenhang mit der eingangs angeführten Entscheidung gegen verpflichtende ambulante Kodierrichtlinien und der damit einhergehenden unzureichenden Qualität der Diagnosekodierung fungiert die demografische Rate insofern als Korrektiv für die nicht qualitätsgesicherte diagnosebezogene Rate. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist im Regelfall von einer 50:50-Gewichtung auszugehen. Für eine davon abweichende Festsetzung fordert das BSG nachvollziehbare Angaben.¹⁸⁰ Durch einen Auftrag im TSVG (2019)¹⁸¹ wurden mit Wirkung zum 01. Januar 2022

¹⁷⁸ Vgl. Drösler et al. (2013), S. 2 ; Günther (2009), S. 212.

¹⁷⁹ Vgl. BGBl. 2011 I Nr. 70 S. 2983.

¹⁸⁰ Vgl. BSG, Entscheidung vom 13. August 2014, B 6 KA 6/14 R.

¹⁸¹ Vgl. BGBl. 2019 I Nr. 18 S. 646.

verbindliche ambulante Kodierrichtlinien durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung eingeführt.¹⁸² Aus diesem Grund sieht § 87a Abs. 4 S. 5 SGB V vor, dass die Veränderungsdaten der Morbiditätsstruktur für die KV-Bezirke „ab dem Jahr, in dem die ... Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, allein auf der Grundlage dieser Veränderungsrate zu vereinbaren [ist].“ Ab 2028 erfolgt somit voraussichtlich eine ausschließlich auf direkten Morbiditätsindikatoren (Diagnosen) beruhende Morbiditätsorientierung in der Weiterentwicklung des erwarteten Behandlungsbedarfs. Die Orientierung am Behandlungsbedarf ist historisch betrachtet relativ neu. Bis zum Jahr 2007¹⁸³ wurde die gesamte MGV (also Mengen- und Preiskomponente), dem Paradigma der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik folgend, entlang der Entwicklung der Grundlohnsumme, also der bundesweiten Summe der beitragspflichtigen Arbeitsentgelte, fortgeschrieben. Seitens der Ärzte wurde bemängelt, dass die Entwicklung des Leistungsbedarfs aufgrund der zu behandelnden Erkrankungen und die Entwicklung der Grundlohnsumme nicht in Zusammenhang stehen und insofern das Morbiditätsrisiko in solch einem System ungerechtfertigterweise bei den Ärzten liege. Die Honorarreform 2009 erfüllte insofern eine langjährige Forderung der Ärzteschaft. Seit dieser Reform ist, zumindest der allgemeinen Zielsetzung nach, das Morbiditätsrisiko teilweise auf die Krankenkassen übergegangen, da die Leistungsmengen der Gesamtvergütungen nunmehr grundsätzlich mittels eines Morbiditätsindex der zu versorgenden Versicherten weiterentwickelt werden.¹⁸⁴

3.3.2.2 Honorarverteilung

Um der Frage nach einer Morbiditätsorientierung in der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen nachzugehen, soll im Folgenden die Ebene der Gesamtvergütung, für die eine Morbiditätsorientierung beschrieben werden konnte, verlassen und die Stufe der Vergütung des einzelnen Arztes durch das ihm im Rahmen der Honorarverteilung zugewiesene „Budget“ betreten werden. Grundsätzlich erfolgt die Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen entsprechend der GOPs des EBM. Diese Vergütung erfährt jedoch eine Modifizierung durch die Zweistufigkeit des Vergütungssystems bzw. die Budgetierung der ambulanten ärztlichen Ver-

¹⁸² Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021).

¹⁸³ Für das Jahr 2008 wurde die Morbiditätsentwicklung vom Erweiterten Bewertungsausschuss normativ festgelegt; vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss Ärzte (2008b).

¹⁸⁴ Vgl. Stüwe (2006).

gütung. Die MGV stellt eine Begrenzung der abrechenbaren Leistungen der Ärzte zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung dar. Wenn einerseits die ambulanten ärztlichen Leistungen einer Gebührenordnung (dem EBM) unterliegen und andererseits ein wesentlicher Teil der Gesamtvergütung vorab von den Gesamtvertragspartnern verhandelt wird, so passen die zwei Stufen des Gebührensystems nicht notwendig automatisch zusammen. Multipliziert man die erbrachte Punktmenge nach EBM mit dem Punktwert (und addiert die anteilig wenigen EBM-Leistungen, die in Euro ausgewiesen sind), so liegt das Ergebnis in allen KVen in der Regel höher als die zu verteilende MGV. Die Honorarverteilung durch die KVen hat also die Aufgabe, die Gesamtvergütung zwischen den einzelnen Arztpraxen zu verteilen und dabei das sich aus dem EBM direkt ergebende ärztliche Honorar der Budgetierung anzupassen. Im Laufe der Zeit haben sich hier unterschiedliche Varianten ergeben, sowohl was die Budgetierungsform als auch die Zuständigkeiten für die Honorarverteilung angeht. § 87b SGB V setzt den rechtlichen Rahmen für die Honorarverteilung.

Grundsätzlich wird die MGV zunächst nach einigen Vorwegabzügen¹⁸⁵ entsprechend einem Trennungsfaktor zwischen den zwei Versorgungsbereichen, dem hausärztlichen und dem fachärztlichen, nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgeteilt (§ 87b Abs. 1 S. 1, Abs. 4 S. 1 SGB V). Durch die Aufteilung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Topf soll der Honorargerechtigkeit zwischen den Ärzten Rechnung getragen und Umverteilungen zu Lasten einer Fachgruppe vermieden werden. Danach, wiederum nach weiteren Vorwegabzügen¹⁸⁶, werden daraus die Vergütungsvolumina der einzelnen ärztlichen Fachgruppen gebildet. Aus diesen ergeben sich die Budgets für die einzelnen ärztlichen Praxen.

Im Zuge der Honorarreform 2009 war das sogenannte Regelleistungsvolumen (RLV) vom Gesetzgeber als Budgetform für die Arztpraxen vorgeschrieben worden. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass im Rahmen eines für die Praxis vorab errechneten Punktzahl-Volumens EBM-Leistungen zum garantierten Preis, nämlich dem regionalen Punktwert, abgerechnet werden können. Darüber hinaus können Leistungen nur zu einem sich ex post ergebenden abgestaffelten Punktwert vergütet werden. Seit dem GKV-VStG (2011)¹⁸⁷ ist es den KVen bis auf wenige verpflichtende Vorschriften (z.B. bezüglich der Weiterentwicklung der Versorgungsbereiche)

¹⁸⁵ Insbesondere Beträge für Laborleistungen und Leistungen des Notfalldienstes; vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022), S. 5.

¹⁸⁶ Im fachärztlichen Versorgungsbereich: Vergütung von pathologischen, zytologischen und humangenetischen Leistungen; vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022), S. 5 f.

¹⁸⁷ Vgl. BGBl. 2011 I Nr. 70 S. 2983.

freigestellt, welche Form von Mengenbegrenzung sie bei der Honorarverteilung anwenden, d.h. die gesetzliche Bindung an das RLV als Budgetform wurde abgeschafft.¹⁸⁸ Insofern bestehen seither größere Unterschiede zwischen den verschiedenen KV-Regionen, was die Ausgestaltung der Honorarverteilung angeht. 12 von 17 KVen sind bei der RLV/ Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)-Systematik geblieben.¹⁸⁹ Die restlichen fünf KVen haben ihre Honorarverteilung wieder auf fallzahlunabhängige Individualbudgets umgestellt.¹⁹⁰ Allen Systemen ist jedoch gemein, dass sie durch Regelungen der Mengen- und Zuwachsbegrenzung eine Mengenausweitung der ärztlichen Leistungen unattraktiv machen wollen.

Bei dem RLV handelt es sich um ein Honorarsystem, in dem der Arzt, abhängig von der Zahl der von ihm im jeweils entsprechenden Vorjahresquartal behandelten Patienten, ein Honorarkontingent zugewiesen bekommt, dessen Höhe im Wesentlichen durch die von seiner Fachgruppe behandelten Patienten und erbrachten Leistungen bestimmt wird. Die innerhalb des von der KV vor Quartalsanfang mitgeteilten RLV erbrachten Leistungen werden in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Darüberhinausgehende Leistungen werden abgestuft vergütet. Die genauen Abstufungsregelungen sind dem HVM zu entnehmen. Allerdings hat eine über das RLV hinausgehende Fallzahl Auswirkungen auf das RLV des Folgejahres, das sich dann entsprechend erhöht. Auf diese Weise entsteht ein Anreiz hin zur Ausweitung des Patientenstamms, nicht aber zur Ausweitung der Leistungsmenge pro Patient. Das arztindividuelle RLV wird mit nachfolgender Formel berechnet: Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal x Fallwert der Arztgruppe (MGV-Vergütungsvolumen der Facharztgruppe dividiert durch Fallzahl der Facharztgruppe; differenziert nach bzw. gewichtet mit Altersfaktor).¹⁹¹ Mit dem Altersfaktor soll unter der Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen die Morbidität in einer Arztpraxis erfasst werden. An dieser Stelle zeigt sich also eine – wenn auch nur geringe – Morbiditätsorientierung in der Vergütung von Vertragsärzten durch den indirekten Morbiditätsindikator „Alter“.

Zusätzlich zu den RLV wurden bei der Umsetzung der Honorarreform 2009 sog. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Hierbei handelt es sich um besondere Leistun-

¹⁸⁸ Vgl. Änderung des § 87b SGB V durch Artikel 1 GKV-VStG.

¹⁸⁹ Dazu gehören folgende KVen: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Westfalen-Lippe.

¹⁹⁰ Dazu gehören die KVen: Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Thüringen.

¹⁹¹ Vgl. u.a. Erweiterter Bewertungsausschuss Ärzte (2008a).

gen aufgrund spezieller Qualifikation (z.B. Leistungen der Sonographie, Teilradiologie und psychosomatischen Grundversorgung). Die QZV werden analog den RLV arztgruppenspezifisch gebildet. Dem Arzt werden für jedes Quartal beide Kontingente (RLV und QZV) zugewiesen. Die Summe aus beiden bildet die „Honorarobergrenze“.¹⁹²

Anstelle von RLV/QZV haben einige KVen wieder fallzahlunabhängige Individualbudgets eingeführt. Bei den Individualbudgets wird jedem Vertragsarzt ein bestimmtes Individualkontingent, welches nach dem Leistungsvolumen der Vergangenheit oder dem durchschnittlichen Leistungsvolumen der Fachgruppe bemessen wird, entweder in Form einer bestimmten Punktmenge oder eines bestimmten Euro-Betrages zugeordnet. Vergleichbar zu den Regelungen bei den RLV erhält der Arzt seine Leistungen bis zum Erreichen seines Budgets zum vollen Punktwert, danach nur noch abgestuft.¹⁹³

In 2009 war außerdem die Honorarverteilung generell durch eine Betonung bundesweit (durch den Gesetzgeber und in der Kompetenz des Bewertungsausschusses als bundesweites Selbstverwaltungsorgan) getroffener Regelungen gekennzeichnet, was in Verbindung zu sehen ist mit der Zielsetzung größerer Honorargerechtigkeit über die KVen hinweg. Durch das GMG (2003)¹⁹⁴ waren ab 2004 Honorarverteilungsverträge vorgeschrieben, die die KVen im Einvernehmen mit den Krankenkassen schließen mussten. Damit sollten die Krankenkassen Einfluss auf die Steuerung des Versorgungsgeschehens ausüben können, der vorher allein dem KV-System vorbehalten war. Das GKV-VStG (2011)¹⁹⁵ stellte in beiden Aspekten eine Kehrtwende dar. Kompetenzen in Honorarverhandlung und -verteilung wurden stärker regionalisiert. Gleichzeitig wurde die Vormacht in der Honorarverteilung an die KVen zurückgegeben, die hier nur noch (wie bereits bis 2004) das „Benehmen“ mit den Krankenkassen herstellen müssen, also sich nicht mehr, wie zwischen 2004 und 2011, über die Struktur des Honorarverteilungsmaßstabs einigen müssen (§ 87b Abs. 1 S. 2 SGB V).

Da im Rahmen der Honorarverteilung die Morbiditätsorientierung nur sehr am Rande eine Rolle spielt, wird in den folgenden Ausführungen der Fokus auf die Stufe davor, die Morbiditätsorientierung in der Weiterentwicklung der MGV, gelegt.

¹⁹² Vgl. Greiner et al. (2019), S. 25 f.

¹⁹³ Vgl. Greiner et al. (2019), S. 26.

¹⁹⁴ Vgl. BGBl. 2003 I Nr. 55 S. 2190.

¹⁹⁵ Vgl. BGBl. 2011 I Nr. 70 S. 2983.

3.3.2.3 Weiterentwicklung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Wie bereits angeführt, kommen bei der Weiterentwicklung der MGV diverse Faktoren zur Anwendung (§ 87a Abs. 4 SGB V). Im Fokus steht dabei die Veränderung „der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung“ (Nr. 2), zu der der Bewertungsausschuss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V in einem jährlichen Turnus Empfehlungen beschließt. Dazu berechnet das InBA für jede KV zwei Veränderungsrate (eine diagnosebezogene und eine demografische Veränderungsrate). Diese werden den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses mitgeteilt. Die Empfehlungen der KV-spezifischen Veränderungsrate für das Jahr 2023 wurden durch den Bewertungsausschuss in seiner 604. Sitzung beschlossen.¹⁹⁶ Wie die Berechnung der Veränderungsrate durch das InBA im Detail umgesetzt wird, ist Gegenstand der folgenden Ausführungen am Beispiel des Jahres 2023. Dabei liegt der Fokus auf der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate auf Basis des aktuellen Klassifikationsmodells. Zur vollständigen Abbildung der Weiterentwicklung der MGV wird zudem die Ermittlung der demografischen Rate kurz vorangestellt. Zunächst werden jedoch die diesen Raten zu Grunde liegenden Datengrundlagen vorgestellt.¹⁹⁷

Datengrundlagen¹⁹⁸

Datengrundlage für sämtliche Berechnungen zur Veränderung der Morbiditätsstruktur der gesetzlich Versicherten bildet eine bundesweit erhobene Versichertenstichprobe vertragsärztlicher Abrechnungs- und Stammdaten, die sogenannte Geburtstagsstichprobe (GSP). Für die Berechnung der Veränderungsrate für das Jahr 2023 sind die GSP der Berichtsjahre 2018 bis 2020 relevant. Die Bezeichnung als Geburtstagsstichprobe hängt mit der Auswahl der Versicherten in die Stichprobe zusammen, da jeweils die Versicherten ausgewählt werden, die an einem festgelegten Kalendertag eines beliebigen Monats Geburtstag haben. Diese Auswahl der Geburtskalendertage rotiert von Jahr zu Jahr. Dieser Datenkörper wird in der Datenstelle des Bewertungsausschusses aus pseudonymisierten Datensätzen der KVen sowie der Krankenkassen erstellt, die nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses unentgeltlich geliefert werden (§ 87 Abs. 3f SGB V). Dabei liefern die Krankenkassen pseudonymisierte Versicherten-

¹⁹⁶ Vgl. Bewertungsausschuss Ärzte (2022).

¹⁹⁷ Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den Bericht des InBA zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsrate für das Jahr 2023 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V; vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022).

¹⁹⁸ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 12 ff.

und Kostenträgerstammdaten und die jeweilige KV übermittelt die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten für die GSP, die beim InBA zusammengeführt werden. Somit umfasst der Datensatz für jeden Versicherten in der GSP u.a. Alter, Geschlecht, Wohnort, Zahl der Versichertentage, kodierte Diagnosen sowie abgerechnete Leistungen. Im Rahmen einer Qualitätssicherung der GSP werden Versicherte gekennzeichnet, die aufgrund festgestellter Auffälligkeiten aus der Datengrundlage ausgeschlossen werden. Zudem wird der Datensatz um abgeleitete Merkmale, wie bspw. KV-Zuordnung, Anzahl Versichertentage, Kennzeichen längsschnittliche Selektivvertragsteilnahme und MGV-Leistungsbedarf, erweitert. Als MGV-Leistungsbedarf, der für die Bestimmung der sogenannten Relativgewichte verwendet wird, wird die für einen Versicherten im Verlauf eines Jahres abgerechnete Leistungsmenge in Punkten bezeichnet, die der Bewertungsausschuss für seine Empfehlungen der MGV zurechnet.¹⁹⁹

Neben der GSP sind außerdem die amtliche KM6-Statistik, selektivvertragliche Teilnehmerdaten (SV-Daten) und die ANZVER-Daten für die Berechnungen notwendig. Diese werden im Folgenden kurz erläutert.

Die KM6-Statistik ist eine amtliche Stichtagsstatistik, die jeweils für den 1. Juli eines Jahres für 17 Altersgruppen, getrennt nach Geschlecht, die Zahl der gesetzlich Versicherten aufführt. Sie wird zur Berechnung der sogenannten Demografischen Hochrechnungsfaktoren (DHF) verwendet, welche der Hochrechnung der GSP auf die Grundgesamtheit aller Versicherten dienen.²⁰⁰

SV-Daten für Verträge, die gemäß §§ 73b (Hausarztzentrierte Versorgung), 73c (aufgehoben) und 140a (Besondere Versorgung) SGB V geschlossen wurden, werden an das InBA übermittelt und dort einer Qualitätssicherung unterzogen.²⁰¹

Die ANZVER87a-Daten bilden eine weitere Datengrundlage mit Angaben zu Anzahlen von Versicherten, in denen für jede Krankenkasse und KV die monatliche Anzahl von Versicherten, Betreuten (Kostenübernahme nach § 264 SGB V) und Wohnausländern gemeldet werden.²⁰²

¹⁹⁹ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 12 ff.

²⁰⁰ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 17.

²⁰¹ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 18.

²⁰² Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 18.

Demografische Veränderungsrate²⁰³

Im Folgenden wird die Ermittlung der demografischen Veränderungsrate von 2019 auf 2020 für die Gesamtvergütung des Jahres 2023 je KV dargestellt. Für die Versicherten in der sogenannten Kalibrierungsmenge²⁰⁴ werden nur das Alter und das Geschlecht im Jahr 2018 sowie deren MGV-Leistungsbedarf und deren Anzahl an Versichertenquartalen im Jahr 2020 verwendet. Mit den Angaben zum Alter und zum Geschlecht im Jahr 2018 werden die Versicherten in der Kalibrierungsmenge den AGG in der Gliederung der KM6-Statistik zugeordnet. Für jeden Versicherten wird der MGV-Leistungsbedarf mit der Anzahl von Versichertenquartalen im Jahr 2020 annualisiert. Anschließend wird der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs aller Versicherten in der Kalibrierungsmenge im Jahr 2020 wie folgt berechnet:

$$\overline{LB}^{a,2020} = \frac{\sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{4} * LB_i^{a,2020} * AV Q_i^{2020} \right)}{\sum_{i=1}^n \left(\frac{1}{4} * AV Q_i^{2020} \right)} \quad (1)$$

mit:

$LB_i^{a,2020}$ = annualisierter Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2020

$AV Q_i^{2020}$ = Anzahl der Versichertenquartale des i-ten Versicherten im Jahr 2020

n = Anzahl der Versicherten in der Kalibrierungsmenge²⁰⁵

Für 2020 beträgt der gewichtete Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge 3.605 Punkte.²⁰⁶

Im nächsten Schritt werden die bundeseinheitlichen Relativgewichte zur Berechnung der demografischen Veränderungsrate mit einem zweijährig-prospektiven Regressionsmodell berechnet. Als abhängige Variable (y_i^{2020}) geht der relative Leistungsbedarf eines Versicherten in die multiple lineare Regression ein. Der relative Leistungsbedarf eines Versicherten im Jahr

²⁰³ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 19 ff.

²⁰⁴ Dazu werden diejenigen Versicherten ausgewählt, die sowohl im Jahr 2018 als auch im Jahr 2020 als „versicherungsvollständig“ gekennzeichnet sind. Zudem werden diejenigen ausgeschlossen, die in einem der Jahre 2018 bis 2020 als „Betreute“ oder „SV-Teilnehmer“ identifiziert wurden. Außerdem werden Versicherte, die in mindestens einem der Jahre 2018 bis 2020 als „Wohnausländer“ identifiziert wurden oder im entsprechenden Jahr einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind, ausgeschlossen. Die Kalibrierungsmenge für die Ermittlung der Veränderungsrate für das Jahr 2023 lag bei 10.151.497 Versicherten; vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 21, 61.

²⁰⁵ Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 22.

²⁰⁶ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 22.

2020 wird als Quotient aus dem individuellen annualisierten Leistungsbedarf und dem gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs aller Versicherten im Jahr 2020 berechnet:

$$y_i^{2020} = \frac{LB_i^{a,2020}}{\overline{LB}^{a,2020}} \quad (2)$$

$LB_i^{a,2020}$ = annualisierter Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2020

$\overline{LB}^{a,2020}$ = gewichteter Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs im Jahr 2020²⁰⁷

Die Regressionsgleichung lautet:

$$y_i^{2020} = \sum_{j=1}^{34} \beta_j * x_{i,j}^{2018} + \varepsilon_i \quad (3)$$

mit:

y_i^{2020} = relativer Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2020

β_j = Modellparameter der j-ten AGG

$x_{i,j}^{2018}$ = Ausprägung der Variablen der j-ten AGG für den i-ten Versicherten im Jahr 2018

ε_i = Fehlerterm der Regression²⁰⁸

Die unabhängigen Variablen $x_{i,j}^{2018}$ repräsentieren die Zuordnung eines Versicherten zu genau einer AGG nach KM6 im Jahr 2018. Die Versicherten in der Regression werden mit der Anzahl ihrer Versichertenquartale im Jahr 2020 gewichtet. Die berechneten Schätzwerte ($\hat{\beta}_j$) werden als demografische Relativgewichte bezeichnet.²⁰⁹

Schließlich erfolgt die Berechnung der demografischen Veränderungsrate. Die Berechnung der (demografischen) Relativgewichte erfolgte auf der beschriebenen Kalibrierungsmenge. Die so ermittelten Relativgewichte werden für die Berechnung der demografischen Veränderungsrate auf die Daten der KM6-Statistik für die Jahre 2019 und 2020 für jeden KV-Bezirk

²⁰⁷ Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 22 f.

²⁰⁸ Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 23.

²⁰⁹ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 23.

separat angewendet. Je KV-Bezirk wird also ein Demografie-Index bezogen auf das Jahr 2019 und einer bezogen auf das Jahr 2020 berechnet, indem jeweils die Anzahl der Versicherten je AGG in der jeweiligen KV $n_j^{t,KV}$ mit dem Relativgewicht der jeweiligen AGG $\widehat{\beta}_j$ multipliziert wird und über alle AGGs summiert wird. Der Demografie-Index ergibt sich schließlich, indem die ermittelte Summe durch die Versichertenzahl in der jeweiligen KV dividiert wird.²¹⁰

$$\bar{y}_{demo}^{t,KV} = \frac{\sum_{j=1}^{34} (\widehat{\beta}_j * n_j^{t,KV})}{\sum_{j=1}^{34} n_j^{t,KV}} \quad (4)$$

mit:

$\bar{y}_{demo}^{t,KV}$ = Demografie-Index für den KV-Bezirk KV bezogen auf das Jahr t

$\widehat{\beta}_j$ = Relativgewicht der AGG j, mit j=1,...,34

$n_j^{t,KV}$ = Anzahl Versicherte in der AGG j, im KV-Bezirk KV, im Jahr t

t = Jahr, mit t= 2019,2020²¹¹

Um die demografische Veränderungsrate je KV zu berechnen, wird dann der Demografie-Index des Jahres 2020 durch den Demografie-Index des Jahres 2019 geteilt und davon der Wert eins abgezogen.²¹²

$$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV} = \frac{\bar{y}_{demo}^{2020,KV}}{\bar{y}_{demo}^{2019,KV}} - 1 \quad (5)$$

Für das Jahr 2023 lagen die demografischen Veränderungsraten zwischen -0,1970 % in Bremen und +0,2472 % in Mecklenburg-Vorpommern.²¹³

²¹⁰ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 24.

²¹¹ Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 24.

²¹² Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 24 f.

²¹³ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 26.

Diagnosebezogene Veränderungsrate²¹⁴

Der Bewertungsausschuss wurde zunächst durch das GMG (2003)²¹⁵ und dann durch das GKV-WSG (2007)²¹⁶ dazu verpflichtet, auf Grundlage der ärztlichen Behandlungsdiagnosen diagnosebezogene Risikokategorien für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem international anerkannten, zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren zu bilden. Als Ergebnis einer Ausschreibung hat der Erweiterte Bewertungsausschuss Ärzte im Dezember 2005 das HCC-System²¹⁷ der Firma DxCG (heute Verisk Health), ein ursprünglich für stationäre Diagnosen entwickeltes System, als Ausgangspunkt zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten ausgewählt. Ein solches HCC-Modell entwickelt von Ash et al. (2000) war ebenfalls Ausgangspunkt des Klassifikationssystems des Morbi-RSA (vgl. auch Abschnitt 3.3.1).

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten erfolgt in mehreren Schritten, die in den folgenden Abschnitten näher erläutert werden.

1. Schritt: Zuordnung zu Risikokategorien (Klassifikation)

Zunächst werden jedem Versicherten aufgrund seines Alters und Geschlechts eine AGG sowie aufgrund seiner Diagnosen (sofern vorhanden) eine oder mehrere diagnosebezogene Risikokategorien (Condition Categories, CC(s) bzw. Hierarchical Condition Categories, HCC(s)) zugeordnet. Hierfür ergeben sich aus den Diagnosen des Versicherten mit Hilfe sogenannter „Überleitungstabellen“ zunächst eine oder mehrere CCs. Durch diese Überleitungstabellen werden die ca. 15.500 (2020) existierenden Diagnosen zu ca. 200 CCs verdichtet. Die Schlüsselnummern der ICD-10-GM, die für einen Versicherten dokumentiert wurden, werden jedoch immer nur im Zusammenhang mit ihrem Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit (ZK-DS) in Risikokategorien übergeleitet. In Verbindung mit dem ZK-DS „G“ (gesichert) erfolgt für alle ICD-Codes eine Überleitung in Risikokategorien. Von den ICD-Codes mit dem ZK-DS „Z“ (Zustand nach) wird nur eine festgelegte Auswahl (Schlüsselnummern für Tumore) übergeleitet. Für

²¹⁴ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 35 ff.

²¹⁵ Vgl. BGBl. 2003 I Nr. 55 S. 2190.

²¹⁶ Vgl. BGBl. 2007 I Nr. 11 S. 378.

²¹⁷ Im HCC-System wird jeder Patient anhand seiner Krankheitsdiagnosen in eine von 781 Diagnostic Groups eingeordnet (DxGroups), die anhand von klinisch-medizinischen Gesichtspunkten und Kostenaspekten zu 184 Condition Categories (CCs) zusammengefasst werden, welche in sich hierarchisch gegliedert sind; vgl. Ellis/Pope/Lezzoni (1996). Jeder HCC ist je nach Schwere ein bestimmtes Kostengewicht zugeordnet. Für die Klassifizierung eines Patienten finden, neben den Parametern Alter und Geschlecht, die in der Hierarchie am höchsten stehenden und damit kostenintensivsten Condition Categories Eingang. Weist der Patient mehrere „gleichrangige“ Erkrankungen im Sinne einer Multimorbidität auf, können diese im HCC-Modell in Form mehrerer Zuschläge berücksichtigt werden; vgl. Pope et al. (2000).

ICD-Codes mit den ZK-DS „A“ (ausgeschlossen) oder „V“ (Verdacht auf) erfolgt keine Überleitung in Risikokategorien. Die Überleitungstabellen enthalten neben der Zuordnung einer Diagnose zu einer CC teilweise auch Zusatzbedingungen hinsichtlich des Alters und des Geschlechts der Versicherten. Zur anschließenden Durchführung der Hierarchisierung liegt eine sogenannte „Hierarchietabelle“ vor, die einzelne CCs „über“ andere CCs einordnet. Werden einem Versicherten mehrere CCs zugeordnet, so werden nur die in der Hierarchie am höchsten stehenden CCs weiter betrachtet. Die nach der Hierarchisierung verbleibenden CCs eines Versicherten werden als HCCs des Versicherten bezeichnet. Ergebnis der Klassifikation ist eine Tabelle, die je Versicherten eine Zeile mit den Ausprägungen (0 oder 1) der AGG- und der HCC-Variablen enthält. Die vollständige formale Beschreibung der Klassifikation, einschließlich der Überleitungstabellen und Hierarchietabellen, wird als Klassifikationssystem (KS87a_2022 zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2023) bezeichnet.²¹⁸

2. Schritt: Komprimierung der Risikokategorien

Im Rahmen der Komprimierung werden die Risikokategorien (CCs bzw. HCCs) weiter verdichtet, sodass neue Variablen entstehen, die dann als unabhängige Variablen (komprimierte Risikokategorien bzw. nach der Kalibrierung (vgl. Schritt 3) als Risikoklassen bezeichnet) im Regressionsmodell verwendet werden. Dabei werden die Risikokategorien nach drei Kriterien komprimiert: ihrer ökonomischen Relevanz, ihrem (vorläufigen) Relativgewicht sowie ihrem maximalen Beitrag zur erklärten Varianz. Zur Bestimmung der vorläufigen Risikogewichte der HCCs erfolgt zunächst eine erste gewichtete multiple lineare Regression, in der die Risikokategorien der Versicherten des Jahres 2018 als unabhängige Variablen und der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf dieser Versicherten des Jahres 2020, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, als abhängige Variable eingehen. Zur Ermittlung der ökonomischen Relevanz einer HCC wird das Produkt aus ihrem vorläufig bestimmten Relativgewicht und der Anzahl der Versicherten im Jahr 2018 mit dieser HCC in der Kalibrierungsmenge herangezogen. Dementsprechend werden die HCCs in absteigender Rangfolge sortiert und es werden die HCCs aufgenommen, bis die Summe der ökonomischen Relevanzen mindestens 70 % erreicht hat. Diese HCCs werden als THCCs bezeichnet. Im Anschluss daran werden zusätzlich diese HCCs als THCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen, deren vorläufiges

²¹⁸ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 37 f.

Relativgewicht mindestens 1,5 beträgt. Das letzte Kriterium für die Aufnahme von HCCs als THCCs ist ihr maximaler Beitrag zur erklärten Varianz des Klassifikationsmodells. Dazu wird ein Regressionsmodell mit den 34 AGGs und einer Anzahl von HCCs gebildet, wobei die Anzahl der in dieses Regressionsmodell aufzunehmenden HCCs auf die gleiche Anzahl beschränkt wird, wie THCCs aufgrund ihrer ökonomischen Relevanz ausgewählt wurden. Diese HCCs werden zusätzlich als THCCs aufgenommen, sofern sie nicht bereits zuvor aufgenommen wurden. Die nicht ausgewählten HCCs werden nach Organbezug zusammengefasst und als RHCCs in das Klassifikationsmodell aufgenommen. THCCs und RHCCs bilden zusammen mit den 34 AGGs die unabhängigen Variablen des diagnosebezogenen Klassifikationsmodells und werden als komprimierte Risikokategorien bezeichnet.²¹⁹

So wurden für das Klassifikationssystem zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2023 45 THCCs und 30 RHCCs verwendet.²²⁰

3. Schritt: Kalibrierung

Im Anschluss daran werden die komprimierten Risikokategorien kalibriert, d. h. das Klassifikationsmodell wird mittels deterministischer Regeln um negative und insignifikante Relativgewichte bereinigt. Dafür gehen zunächst die komprimierten Risikokategorien und der annualisierte morbiditätsbedingte Leistungsbedarf, dividiert durch den mit der Anzahl der Versichertenquartale gewichteten Mittelwert des annualisierten Leistungsbedarfs in der Kalibrierungsmenge, in ein Regressionsmodell ein. Das genaue Vorgehen der Kalibrierung kann beispielsweise dem Bericht des InBA zur Weiterentwicklung der MGV für das Jahr 2023 entnommen werden.²²¹

4. Schritt: Berechnung bundeseinheitlicher Relativgewichte

Nach der abgeschlossenen Klassifikation erfolgt die Berechnung bundeseinheitlicher diagnosebezogener Relativgewichte auf der Grundlage eines zweijährig-prospektiven Regressionsmodells. Diese werden anhand einer gewichteten linearen Regression mit dem relativen Leistungsbedarf als abhängige Variable und den Risikogruppen (AGGs, THCCs, RHCCs) als unabhängige Variablen auf der Kalibrierungsmenge bestimmt. Die für die Modellparameter (β_j) errechneten Schätzwerte ($\hat{\beta}_j$) sind die (diagnosebezogenen) Relativgewichte.²²²

²¹⁹ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 39 f.

²²⁰ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 61.

²²¹ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 40 f.

²²² Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 38 f., 42.

$$y_i^{2020} = \sum_{j=1}^m \beta_j * x_{i,j}^{2018} + \varepsilon_i \quad (6)$$

mit:

y_i^{2020} = relativer Leistungsbedarf des i-ten Versicherten im Jahr 2020

β_j = Modellparameter der j-ten Variablen (Risikoklasse)

$x_{i,j}^{2018}$ = Ausprägung der j-ten Variablen beim i-ten Versicherten im Jahr 2018

m = Anzahl der Variablen der Regression

ε_i = Fehlerterm der Regression²²³

5. Schritt: Ermittlung der KV-spezifischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten

Die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten erfolgt auf der Anwendungsmenge. Zu dieser gehören (für die Veränderungsdaten für das Jahr 2023) Versicherte, die in den Jahren 2019 und 2020 jeweils mindestens 120 Tage Versichertenzeit aufweisen oder im jeweiligen Jahr gestorben sind oder für die in mindestens einem Quartal des betreffenden Kalenderjahres ohne Versichertenzeit Abrechnungsfälle vorliegen. SV-Teilnehmer werden grundsätzlich bei der Ermittlung der KV-spezifischen diagnosebezogenen Veränderungsdaten nicht berücksichtigt. Eine Ausnahme stellen KV-Bezirke dar, in denen der Anteil längsschnittlicher SV-Teilnehmer in einem der relevanten Jahre (hier: 2019 und 2020) über einem Schwellenwert von 10 % liegt. Dies ist in Bayern (2020: 12,61%) und Baden-Württemberg (2020: 26,80%) der Fall.²²⁴ Nur SV-Teilnehmer, die diesen beiden KV-Bezirken zugeordnet werden und in allen Quartalen der Jahre 2019 bis 2020 ausschließlich als Teilnehmer in Selektivverträgen nach § 73b SGB V (hausarztzentrierte Versorgung) gekennzeichnet sind, werden in die Anwendungsmenge aufgenommen. Für diese eingeschlossenen SV-Teilnehmer werden bei der Ermittlung der Risikoklassen jedoch ausschließlich nicht-hausärztliche Diagnosen herangezogen.²²⁵ Für diese beiden KV-Bezirke erfolgt eine separate Berechnung der Morbiditätsindizes für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer. Aus der Anwendungsmenge ausgenommen

²²³ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 39.

²²⁴ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 68 f.

²²⁵ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 45.

werden Personen, die zu irgendeinem Zeitpunkt in den Jahren 2019 bis 2020 als Betreute (Kostenübernahme nach § 264 SGB V) gekennzeichnet sind oder Versicherte, die in mindestens einem der Anwendungsjahre als Wohnausländer identifiziert wurden und zudem im entsprechenden Jahr einem der KV-Bezirke Baden-Württemberg oder Nordrhein zugeordnet sind.²²⁶ Im nächsten Schritt wird die ermittelte Anwendungsmenge zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2023 mit den DHF mit ihrer Alters-Geschlechts-Verteilung auf alle GKV-Versicherten im jeweiligen KV-Bezirk in der Alters-Geschlechts-Struktur der KM6-Statistik hochgerechnet. So ergibt sich je KV-Bezirk, Alters- und Geschlechtsgruppe sowie Wohnausländerstatus jahresspezifisch ein DHF, der den Versicherten in der Anwendungsmenge zugeordnet wird.²²⁷

Nachdem die Anwendungsmenge mit den DHF auf alle GKV-Versicherten im jeweiligen KV-Bezirk in der Alters-Geschlechts-Struktur der KM6-Statistik hochgerechnet wurde, kann die KV-spezifische Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate erfolgen.²²⁸

²²⁶ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 42 f.

²²⁷ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 43 f.

²²⁸ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 43 ff.

Zunächst werden für jeden Versicherten der Anwendungsmenge jahresspezifisch für die Jahre 2019 und 2020 relative Risikowerte berechnet:

$$\hat{y}_{i,VB}^{t,KV} = \sum_{j=1}^r \hat{\beta}_j * x_{i,j,VB}^{t,KV} \quad (7)$$

mit:

$\hat{y}_{i,VB}^{t,KV}$ = relativer Risikowert des i-ten Versicherten der entsprechenden KV bezogen auf das Jahr t, VB (Versorgungsbereich) = „gesamt“ für alle Diagnosen von Nicht-SV-Teilnehmern und „Nicht-HA“ für alle Diagnosen aus dem nicht hausärztlichen Versorgungsbereich von SV-Teilnehmern mit Teilnahme an Verträgen ausschließlich nach § 73b SGB V in den KV-Bezirken Baden-Württemberg und Bayern

$x_{i,j,VB}^{t,KV}$ = Ausprägung der Risikoklasse j beim i-ten Versicherten der entsprechenden KV im Jahr t für den Versorgungsbereich VB

$\hat{\beta}_j$ = bundeseinheitliches Relativgewicht der Risikoklasse j ²²⁹

r = Anzahl der Risikoklassen

t = Jahr (2019,2020)²³⁰

Aus den relativen Risikowerten aller Versicherten einer KV werden im zweiten Schritt Morbiditätsindizes für Nicht-SV-Teilnehmer (Formel 8) in allen KV-Bezirken und separate Morbiditätsindizes für SV-Teilnehmer in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg berechnet.²³¹ Der Morbiditätsindex einer KV ist der mit der Anzahl der Versichertenquartale und den DHF gewichtete Mittelwert der relativen Risikowerte der Versicherten einer KV.

²²⁹ Ergebnis der Regression auf Grundlage der Jahre 2018 (Alter, Geschlecht, Diagnosen) bzw. 2020 (individueller relativer Leistungsbedarf).

²³⁰ Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 45.

²³¹ Zur abweichenden Berechnung für die KV-Bezirke Bayern und Baden-Württemberg vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 46 f.

$$\bar{y}_{gesamt}^{t,KV} = \frac{\sum_{i \in \text{NichtSVTN}} (\hat{y}_{i,gesamt}^{t,KV} * AVQ_i^{t,KV} * DHF_i^{t,KV})}{\sum_{i \in \text{NichtSVTN}} (AVQ_i^{t,KV} * DHF_i^{t,KV})} \quad (8)$$

mit:

$\bar{y}_{gesamt}^{t,KV}$ = Morbiditätsindex für Bezirk KV des Jahres t mit Versorgungsbereich „gesamt“

$\hat{y}_{i,gesamt}^{t,KV}$ = relativer Risikowert des i-ten Versicherten der entsprechenden KV bezogen auf das Jahr t für den Versorgungsbereich „gesamt“

$AVQ_i^{t,KV}$ = Anzahl der Versicherten quartale des i-ten Versicherten der entsprechenden KV für das Jahr t

$DHF_i^{t,KV}$ = Demografischer Hochrechnungsfaktor des i-ten Versicherten der entsprechenden KV für das Jahr t²³²

Das Verhältnis der Morbiditätsindizes zweier aufeinanderfolgender Jahre abzüglich eins ergibt schließlich die diagnosebezogene Veränderungsrate einer KV.²³³

$$VR_{2019 \rightarrow 2020}^{KV} = \frac{\bar{y}_{gesamt}^{2020,KV}}{\bar{y}_{gesamt}^{2019,KV}} - 1 \quad (9)$$

Für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern ergeben sich die diagnosebezogenen Veränderungsraten aus der gewichteten Summe der Veränderungsrate für SV-Teilnehmer und Nicht-SV-Teilnehmer. Gewichtet wird mit dem Anteil des MGV-Leistungsbedarfs der SV-Teilnehmer im jeweiligen KV-Bezirk am gesamten MGV-Leistungsbedarf.²³⁴

Für das Jahr 2023 lagen die diagnosebezogenen Veränderungsraten zwischen -0,5493 % in Berlin und +0,6124 % in Mecklenburg-Vorpommern.²³⁵

Trotz der Bezeichnung als diagnosebezogene Veränderungsrate nehmen die AGGs einen hohen Stellenwert im Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate ein. So betrug der Anteil der AGGs an der ökonomischen Relevanz für das Jahr 2023 29,35 %.²³⁶

²³² Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 46 f.

²³³ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 47.

²³⁴ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 47 ff.

²³⁵ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 26.

²³⁶ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 61.

Das adjustierte R^2 für das Regressionsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr 2023 beträgt 35,68 % und der gewichtete MAPE 54,45 %.²³⁷

3.3.2.4 Anreizwirkungen

In den vorangegangenen Abschnitten zur ambulanten Vergütung wurde deutlich, dass sich das Kriterium der „Morbidity“ primär auf die Ebene der Gesamtvergütung einer KV beschränkt. Dies geschieht jedoch auch dort nur in begrenzter Form, da das diagnosebezogene Klassifikationssystem zum einen nur zur Ermittlung einer Veränderungsrate zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung eingesetzt wird. Dies wäre grundsätzlich unproblematisch, wenn nicht zum anderen die Ausgangswerte im Jahr 2009 auf Basis der erbrachten Leistungsmenge des Jahres 2008 ohne morbiditätsorientierte Neuberechnung der gesamten MGV festgelegt worden wären. Kritisiert wird in diesem Zusammenhang vor allem von einigen KVen, dass historische Behandlungsbedarfe, die in keiner Weise eine hinreichende Morbiditätsorientierung besaßen, fortgeschrieben wurden.²³⁸

Geht man im Folgenden eine Aggregationsebene tiefer und betrachtet die Vergütung des einzelnen Leistungserbringers in einer KV, dann erfolgt diese grundsätzlich entsprechend den Punkten für abgerechnete GOPs des EBM, die mit dem entsprechenden regionalen Punktwert multipliziert werden. Da die MGV eine Begrenzung der abrechenbaren Leistungen der Ärzte zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung in einer KV-Region darstellt, erfährt die Vergütung des einzelnen Vertragsarztes jedoch eine Modifizierung durch die Honorarverteilung durch die KVen, deren Aufgabe es ist, die Gesamtvergütung zwischen Arztgruppen und Arztpraxen in der KV-Region zu verteilen und dabei das sich aus dem EBM direkt ergebende ärztliche Honorar der Budgetierung anzupassen. Diese Notwendigkeit, die regionalen Budgets auf einzelne Arztpraxen herunterzubrechen, führt zwangsläufig zu Verteilungskämpfen zwischen Arztgruppen.²³⁹ An dieser Stelle fehlt eine Morbiditätsorientierung fast völlig. KVen sind in der Gestaltung der Honorarverteilung bis auf wenige verpflichtende Vorgaben grundsätzlich frei und die gesetzliche Bindung an das RLV als Budgetform wurde abgeschafft. Bei den nach wie vor überwiegend eingesetzten RLVs werden dem Vertragsarzt darüberhinausgehende Leistungen

²³⁷ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 62.

²³⁸ Vgl. Drösler et al. (2013), S. 2 ; Günther (2009), S. 212.

²³⁹ Vgl. Neumann et al. (2014), S. 20.

nur abgestuft vergütet. Allerdings hat eine über das RLV hinausgehende Fallzahl Auswirkungen auf das RLV des Folgejahres, das sich dann erhöht. Auf diese Weise entsteht ein Anreiz hin zur Ausweitung des Patientenstamms, nicht aber zur Ausweitung der Leistungsmenge pro Patient. Allerdings wird der Anreiz zur Ausweitung des Patientenstamms durch eine Abstufungsregelung in der Ermittlung des RLV für das Folgejahr, nach der ab einer 50 % höheren Fallzahl im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe der Fallwert reduziert wird, beschränkt. Betrachtet man die Berechnung des RLV eines Vertragsarztes (Fallzahl im Vorjahresquartal x Fallwert der Arztgruppe (differenziert nach bzw. gewichtet mit Altersfaktor)), dann zeigt sich mit dem Altersfaktor eine – wenn auch nur geringe – Morbiditätsorientierung in der Vergütung von Vertragsärzten durch den indirekten Morbiditätsindikator „Alter“. Mit dem Altersfaktor soll unter der Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen die Morbidität in einer Arztpraxis erfasst werden. Dabei wird der KV-bezogene, arztgruppenspezifische Leistungsbedarf je RLV-Fall im Vorjahr aus Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, für Versicherte in bestimmten Altersklassen herangezogen und für jeden Vertragsarzt ein individueller Altersfaktor gebildet, indem die Anzahl seiner Versicherten im Vorjahresquartal in den entsprechenden Altersklassen mit den zuvor ermittelten Werten für die Altersklassen in der Arztgruppe zunächst multipliziert und dann durch die Gesamtfallzahl in seiner Praxis geteilt wird. So nutzen u.a. die KV Westfalen-Lippe sowie die KV Bayern in ihrer Honorarverteilung für den hausärztlichen Bereich fünf (analog zur Ausgestaltung der Versichertenpauschalen) und für den fachärztlichen Bereich drei Altersklassen.²⁴⁰ Eine stärkere Morbiditätsorientierung der Honorarverteilung, insbesondere bis zur Ebene der einzelnen Leistungserbringerorganisation, würde jedoch in Richtung einer bedarfsgerechteren und regional angeglichenen ambulanten ärztlichen Versorgung anreizen.²⁴¹

Für die Leistungen, die ein Arzt innerhalb seines RLV erbringt, gelten die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Abstufung. Grundsätzlich erfolgt die Kalkulation der GOPs des EBM nach einem Vollkostensystem, dem STABS, und wird vom InBA vorbereitet. In diesen Kalkulationen werden allerdings, anders als z.B. im DRG-System, keine systematisch empirisch

²⁴⁰ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2022); Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2022).

²⁴¹ Vgl. Walendzik/Lüngen (2018).

erhobenen Durchschnittskosten aus den Arztpraxen, sondern Einzelerhebungen und Expertenschätzungen verwendet.²⁴² Da die Festsetzung der GOPs immer in einem Verhandlungsprozess erfolgt, kommt es hier auch immer wieder, z.B. im Rahmen von Kompromisslösungen, zu diskretionären Entscheidungen. Die im EBM vertretenen Vergütungsformen reichen grundsätzlich von Fall- über Komplexpauschalen zu Einzelleistungsvergütungen. Im SGB V ist jedoch sowohl für den hausärztlichen als auch den fachärztlichen Vergütungsbereich eine Pauschalierung von Leistungen vorgegeben. So sieht § 87 Abs. 2b SGB V für den hausärztlichen Bereich vor, dass Leistungen grundsätzlich in Form von Fall- bzw. Versichertenpauschalen abgebildet und lediglich für besonders förderungswürdige Leistungen sowie Leistungen, die telemedizinisch im Wege der Delegation erbracht werden können, Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen sind. Dabei gilt bei Fallpauschalen die gesamte von derselben Arztpraxis innerhalb eines Quartals an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung als Behandlungsfall (§ 1a Nr. 28 BMV-Ä). Für die Bewertung erfolgt eine Mischkalkulation, die sowohl leichte Fälle mit geringer als auch schwere Fälle mit höherer Leistungsintensität berücksichtigt. Anders als im DRG-System orientieren sich bspw. die Fallpauschalen jedoch grundsätzlich nicht an direkten Morbiditätsindikatoren, wie Diagnosegruppen, sondern im hausärztlichen Bereich beispielsweise lediglich am indirekten Morbiditätsindikator Alter über eine Differenzierung der Pauschale in fünf Altersklassen (GOP 03000). Für den fachärztlichen Versorgungsbereich stellt § 87 Abs. 2c SGB V ähnliche Vorgaben auf. Hier sollen Leistungen grundsätzlich in Form von Grund- und Zusatzpauschalen ausgestaltet werden. Die Grundpauschalen entsprechen dabei in der Systematik den hausärztlichen Versichertenpauschalen. Die Zusatzpauschalen sollen besondere Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale der Leistungserbringer vergüten. Einzelleistungen sind dort vorzusehen, wo dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung notwendig erscheint. Der Ausdruck Komplexpauschale wird häufig verwendet, wenn eine nicht notwendigerweise alle indikationsspezifischen Leistungen umfassende Gruppe von Leistungen gemeinsam vergütet wird. Ökonomisch reizen Versichertenpauschalen grundsätzlich zur jeweiligen Maximierung der Fälle unter Minimierung der pro Fall erbrachten Einzelleistungen an. Hieraus kann sich – in Abhängigkeit vom Differenzierungs-

²⁴² Vgl. Albrecht/Al-Abadi (2018), S. 34.

grad der Pauschale – ein Anreiz zur Risikoselektion zum Nachteil besonders behandlungsbedürftiger Patienten ergeben.²⁴³ Da bei pauschalierten Vergütungsformen in der ambulanten Vergütung i.d.R. das Quartal als Bezugszeitraum festgelegt wird, wird hier zudem das Phänomen der Verschiebung von Leistungen in das Folgequartal aus ökonomischen Gründen diskutiert, was Wartezeiten am Ende eines Quartals und somit Versorgungsbrüche nach sich ziehen kann.²⁴⁴ Für hausärztlich tätige Ärzte stellen hier z.B. Zuschläge für chronisch kranke Patienten auf die Versichertenpauschale (GOPs 03220-03222) ein diesen Anreiz abschwächendes Element dar. Gleichsam ist hier ein Element der Morbiditätsorientierung zu beobachten.

Möchte man nun den Bogen spannen von dem Klassifikationssystem zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate, die entscheidend für die Weiterentwicklung des Gesamtbudgets für alle Ärzte in einer KV ist, zu möglichen Anreizwirkungen auf den einzelnen Vertragsarzt, dann scheinen Anreize bspw. für Upcoding, um das KV-Gesamtbudget für Folgejahre zu erhöhen, unwahrscheinlich, da der positive Ertrag aus dem zusätzlichen individuellen Aufwand nicht unmittelbar dem einzelnen Vertragsarzt zugeht. Betrachtet man jedoch die Anreize einer KV als Vertretung der Vertragsärzte, so löst die aktuelle Systematik sehr wohl Anreizwirkungen aus. Unabhängig von der morbiditätsorientierten Weiterentwicklung setzt die Art der Vergütung, also die Gesamtvergütung in Form einer Pauschale, Anreize zur Mengengrenzung auf Ebene der KVen. Dieser Anreiz zur Mengengrenzung wurde bereits in Zusammenhang mit den Quartalspauschalen auf Ebene des einzelnen Vertragsarztes thematisiert. Neben dem Anreiz zur Mengengrenzung ist für KVen zudem der Anreiz naheliegend, den „Kuchen“ zukünftig immer weiter zu vergrößern, also durch eine detaillierte Kodierung die diagnosebezogene Veränderungsrate in der KV-Region zu erhöhen.

²⁴³ Vgl. Walendzik/Wasem (2019), S. 55 f.

²⁴⁴ Vgl. Himmel/Schneider (2017).

3.3.3 Das stationäre Vergütungssystem

Von den Gesamt-GKV-Ausgaben in Höhe von 284 Milliarden Euro (2022) entfielen 32 % auf den Bereich der Krankenhausbehandlung. Somit stellt dieser den größten Ausgabenbereich vor der Arzneimittelversorgung (18 %) und der ambulanten ärztlichen Behandlung (17 %) in der GKV dar.²⁴⁵

In den folgenden Ausführungen zum stationären Vergütungssystem soll der Frage der Morbiditätsorientierung nachgegangen werden. Zunächst werden die Strukturprinzipien und die Ausgestaltung des stationären Vergütungssystems erläutert (3.3.3.1) und im Anschluss daran wird auf die Details der DRG-Kalkulation sowie ihrer Bepreisung durch Landesbasisfallwerte (LBFW) eingegangen (3.3.3.2). Anschließend werden die Budgetverhandlungen (3.3.3.3), die einen zentralen Unterschied zum ambulanten System bilden, dargestellt. In einem abschließenden Abschnitt (3.3.3.4) werden dann die systemimmanenten Anreizwirkungen analysiert.

3.3.3.1 Strukturprinzipien und Ausgestaltung

Zentrale Eigenschaft der deutschen Krankenhausfinanzierung ist die sogenannte duale Finanzierung, die mit dem KHG im Jahr 1972 eingeführt wurde und sich durch eine Aufteilung in zwei Säulen, die Betriebs- und die Investitionskostenfinanzierung, auszeichnet. Während die Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Bundesländer getragen werden sollen²⁴⁶, bringen die Krankenkassen die sogenannten Betriebskosten auf, zu denen insbesondere die durch voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen erzeugten Kosten zählen.

Zu Beginn der dualen Krankenhausfinanzierung erfolgte die Erstattung sämtlicher Betriebskosten im Nachhinein, also retrospektiv, nach dem Selbstkostendeckungsprinzip. Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG, 1984)²⁴⁷ führte ab 1986 eine prospektive Selbstkostendeckung ein, nach der die Verbände der Krankenkassen und die Krankenhausträger im Vorhinein für das kommende Jahr eine Budgetvereinbarung mit einem tagesgleichen Pflegesatz

²⁴⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S. 2.

²⁴⁶ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist in seinem Gutachten von 2018 jedoch wiederholt auf das stark rückläufige Fördervolumen durch die Länder hin. So belief sich die reale Förderung im Jahr 2015 auf ca. 50 % des Wertes von 1991, die nominale Förderung sank ebenfalls um etwa 25 %; vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 229 f.

²⁴⁷ Vgl. BGBl. 1984 I Nr. 56 S. 1716.

des Krankenhauses für das jeweilige Jahr schlossen. In Verbindung mit dem durch die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV, 1985)²⁴⁸ eingeführten flexiblen Budget, bei dem einem Krankenhaus bei Abweichung von der Vorkalkulation 75 % der Mehr- bzw. Mindererlöse ausgeglichen wird, kann jedoch nicht von einer vollständigen Selbstkostendeckung gesprochen werden. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, 1992)²⁴⁹ erfolgte dann ab 1993 eine Abkehr von der Selbstkostendeckung; so wurde die Fortschreibung des individuellen Krankenhausbudgets mit der Grundlohnsumme sowie diversen weiteren Faktoren (nicht jedoch den individuellen Kosten des Krankenhauses) in der Bundespflegesatzverordnung verankert, wobei das für 1992 vereinbarte Budget zugrunde gelegt wurde. Schließlich wurde die Vergütung stationärer Leistungen nach Fallpauschalen, den DRGs, mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GRG, 1999)²⁵⁰ zunächst budgetneutral, dabei im Jahr 2003 optional, ab 2004 schließlich verpflichtend und im Jahr 2005 budgetrelevant in somatischen Krankenhäusern eingeführt. Seitdem bemisst sich die Höhe der Vergütung der meisten stationären Leistungen nach dem bundesdurchschnittlichen relativen Ressourcenaufwand einer Fallgruppe, bewertet mit landesspezifischen Durchschnittspreisen. Bis dahin lässt sich demnach eine Abkehr von einer retrospektiven Ausgestaltung beobachten, bei der das Finanzierungs- bzw. Morbiditätsrisiko vollständig beim Finanzierungsträger lag, hin zu einer prospektiven, in der das Finanzierungs- bzw. Morbiditätsrisiko auf die Krankenhäuser übergegangen ist. Eine Umkehr dieser Entwicklung konnte erstmal mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG, 2018)²⁵¹ beobachtet werden, mit dem in § 17b Abs. 4 KHG festgelegt wurde, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erstmals für das Jahr 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert und in einen Pflegeerlöskatalog überführt werden. Seitdem werden die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen dem Krankenhaus nach dem Prinzip der retrospektiven Selbstkostendeckung vollständig vergütet. Auch die aktuelle Diskussion um die Einführung von Vorhaltepauschalen für Krankenhäuser geht in eine ähnliche Richtung.²⁵²

²⁴⁸ Vgl. BGBl. 1985 I S. 1666.

²⁴⁹ Vgl. BGBl. 1992 I S. 2266.

²⁵⁰ Vgl. BGBl. 1999 I Nr. 59 S. 2626.

²⁵¹ Vgl. BGBl. 2018 I Nr. 45 S. 2394.

²⁵² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023a), S. 3 f.

Neben der Bundes- und Landesebene ist im stationären Vergütungssystem auch die Ebene des einzelnen Krankenhauses in den sogenannten Budgetverhandlungen relevant. Das Zusammenspiel dieser Ebenen in der Ausgestaltung des stationären Vergütungssystems ist in der folgenden **Abbildung 5** dargestellt und wird in den folgenden Absätzen und Unterpunkten erläutert.

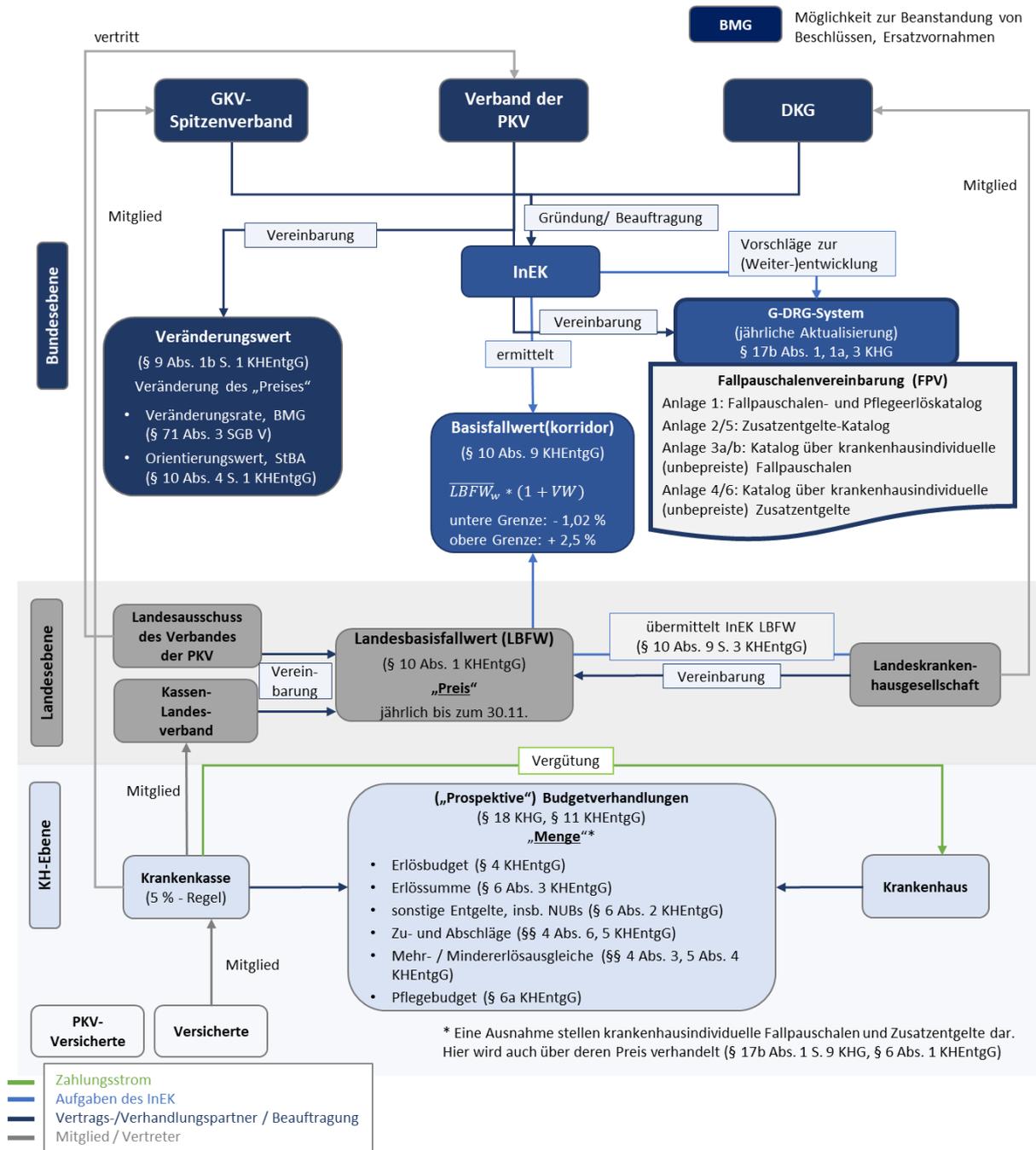


Abbildung 5: Das stationäre Vergütungssystem (Betriebskostenfinanzierung)

Quelle: eigene Darstellung.

Die zentralen rechtlichen Grundlagen der stationären Vergütung bilden das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Die Ausgestaltung dieses rechtlichen Rahmens obliegt den zuständigen Selbstverwaltungspartnern, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband²⁵³ sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung, die für die Entwicklung, Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Systems im Jahr 2001 das InEK gegründet haben.

Durch die Integration des § 17b Abs. 1 S. 1 KHG mit dem GRG (1999) wurde festgelegt, dass „für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen ... ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ zu konzeptionieren ist. Der Grundsatz der *Durchgängigkeit* stellt auf die Erfassung aller Krankenhausleistungen und Fachrichtungen in dem neuen System ab. Dies ist weitgehend mit dem DRG-System erfüllt. Lediglich psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sind von der Vergütung über DRGs ausgenommen und werden nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (kurz PEPP-System) vergütet, das die hohe Variabilität des Behandlungsverlaufs in diesem Versorgungsbereich durch eine (degressive) tagespauschalierte Vergütung besser abbilden kann, als die Fallpauschalen im DRG-System dies könnten. Ähnlich wie beim DRG-System wird aber auch beim PEPP-System das Ziel angestrebt, Patienten ausgehend von kodierten Diagnosen in kostenhomogene Abrechnungsgruppen – die sogenannten PEPPs – einzuteilen. Insofern kann auch hier eine an der Morbidität orientierte Messung des Ressourcenverbrauchs beobachtet werden.²⁵⁴

Die Verankerung der *Leistungsorientierung* zielt auf eine einheitliche Vergütung für vergleichbare Leistungen ab, die sich an den durchschnittlichen Kosten der einzelnen Fallgruppen orientiert. *Pauschalierend* meint im Gegensatz zu einer Einzelleistungsvergütung die Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen. Die „Einheit“ der Vergütung ist der Aufenthalt eines Patienten von Aufnahme bis Entlassung, also die einzelne Episode und bspw. nicht die Kosten aller Krankenhaustage eines Versicherten im Jahr.

Ausgangspunkt der Umsetzung dieses Auftrags durch das InEK bildete das australische AR-DRG-Modell, da es sich gut auf deutsche Verhältnisse anpassen ließ.²⁵⁵ Zentrale Regularien

²⁵³ Zusammenschluss zum GKV-Spitzenverband erst seit dem 1. Juli 2008

²⁵⁴ Vgl. u.a. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022e).

²⁵⁵ Vgl. Hilgers (2011).

wurden in die deutsche Sprache übersetzt, die Höhe der Fallpauschalen basierend auf Durchschnittskosten kalkuliert, Anpassungen hinsichtlich der deutschen Diagnose- und Prozeduren-Codes vorgenommen sowie die Aufnahme weiterer Leistungsbereiche geprüft. Das InEK unterbreitet den Selbstverwaltungspartnern jedes Jahr einen Vorschlag für eine Anpassung des G-DRG-Systems, die nach Beratung und Vereinbarung veröffentlicht wird. In diesem Zusammenhang wird ein Fallpauschalenkatalog erstellt, in dem für jede DRG u.a. das Relativgewicht, die mittlere Verweildauer, die Grenzverweildauern sowie die entsprechenden Bewertungsrelationen für Zu- und Abschläge bei Über- bzw. Unterschreiten dieser aufgeführt sind. Außerdem ist in einem Definitionshandbuch die jeweilige DRG-Version sowie ihre Anwendung beschrieben und für jede einzelne DRG eine Definition hinterlegt. Zudem veröffentlicht das InEK eine Migrationstabelle zur Erläuterung von Fallwanderungen zwischen zwei aufeinanderfolgenden Entgelt-Katalogen sowie die Deutschen Kodierrichtlinien.

Eingesetzt wird das deutsche DRG-System bundesweit gleichermaßen für die Abrechnung stationärer Leistungen in zugelassenen somatischen Krankenhäusern (§ 108 SGB V) für Versicherte der GKV und der PKV.

3.3.3.2 Kalkulation der DRGs und Bepreisung durch Landesbasisfallwerte

Das DRG-System ist zunächst ein Klassifikationssystem, in welches die Fälle eines Krankenhauses nach bestimmten Kriterien eingeordnet werden können. Das Hauptkriterium, das für das System namensgebend ist, ist die (stationäre) Diagnose, „die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“²⁵⁶ (Hauptdiagnose). Um von diesem Klassifikationssystem zu einem Vergütungssystem zu gelangen, wird jede Fallgruppe mit einem Relativgewicht bewertet und mit dem LBFW monetär gewichtet. Daraus ergibt sich die Höhe der Fallpauschale, also das Entgelt des Krankenhauses für diesen Fall. Bei der Vergütung auf Basis von DRGs handelt es sich folglich um einen Zellansatz, da jeder Fall genau einer Morbiditätszelle, also einer DRG, zugeordnet werden kann, die eine festgelegte Vergütung auslöst. Individuelle Abweichungen sind möglich, indem die Relativgewichte bei Unter- bzw. Überschreiten festgelegter Grenzverweildauern angepasst werden²⁵⁷ oder wenn einem Fall bspw. ergänzend noch

²⁵⁶ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022c), S. 4.

²⁵⁷ Streng genommen entstehen durch das Hinzuziehen von Zu- und Abschlägen für Ausreißer weitere abgrenzbare Zellen.

ein Zusatzentgelt zugerechnet wird. Eine Erläuterung der angeführten Elemente (DRG, Relativgewichte, LBFW, Zusatzentgelte) folgt im Verlauf dieses Abschnittes.

Die DRG stellt die Zuordnung des Falles in das System dar. Zur Ermittlung der abzurechnenden DRGs muss das Krankenhaus jeden Patienten mithilfe eines zertifizierten EDV-basierten Algorithmus, dem sogenannten Grouper, auf Basis der während des Krankenhausaufenthaltes routinemäßig dokumentierten Patienten- und Falldaten in genau eine der 1.292 DRGs (2023) einordnen.²⁵⁸ Grundlage für die Einordnung des Patienten sind die Hauptdiagnose sowie weitere Nebendiagnosen, die nach dem ICD-10-GM-Katalog kodiert werden und durchgeführte Prozeduren nach dem OPS-Katalog sowie u.a. das Alter, Geschlecht und Gewicht des Patienten (§ 1 Abs. 6 FPV). Neben dem alphanumerischen Code einer DRG sind im Fallpauschalenkatalog eine Beschreibung der DRG in Textform, das Relativgewicht sowie Ab- und Zuschläge bei Erreichen der sogenannten unteren bzw. oberen Grenzverweildauer aufgeführt.²⁵⁹ Auch ohne den Text zur Beschreibung einer DRG lässt sich über den vierstelligen alphanumerischen Code einer DRG deren Einordnung in das System nachvollziehen. So kann die DRG beispielsweise über den ersten Buchstaben einer der 25 Hauptdiagnosegruppen, den sogenannten Major Diagnostic Categories, die im Wesentlichen nach dem Organsystem sortiert sind, zugeordnet werden.²⁶⁰ Die zweistellige Nummer in der Mitte des Codes bezeichnet die Subkategorie innerhalb der Major Diagnostic Category und weist in den meisten Fällen darauf hin, welche Behandlung dem Fall zu Grunde liegt. Dabei umfassen die Ziffern 01 bis 39 operative Eingriffe (OR-Prozeduren²⁶¹), 40 bis 59 andere (NonOR-Prozeduren²⁶²) und 60 bis 99 rein medizinische Behandlungen. Der Buchstabe an vierter Stelle unterscheidet die ökonomische Fallschwere innerhalb einer Basis-DRG aufgrund patientenspezifischer Merkmale, um den zu erwartenden Mehrbedarf an Ressourcen im Vergleich zu Patienten z.B. ohne Nebendiagnosen oder ohne bestimmte Prozeduren abbilden zu können. Die ökonomische Fallschwere wird mit den Buchstaben A (höchste Fallschwere) bis I (niedrigste Fallschwere) abgebildet. Ein Z an vierter Stelle steht für DRGs ohne Schweregradunterteilung.²⁶³ Neben anderen Informationen, wie Anga-

²⁵⁸ Die detaillierten Gruppierungsregeln können dem aktuellen Definitionshandbuch entnommen werden; vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022b).

²⁵⁹ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a), S. 4.

²⁶⁰ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022b), S. 1.

²⁶¹ OR-Prozeduren = operative Prozeduren

²⁶² NonOR-Prozeduren = nicht operative Prozeduren

²⁶³ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022b), S. 4 f.

ben zum Alter und Geschlecht, ist insbesondere der sogenannte patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL = Patient Clinical Complexity Level) ausschlaggebend für die Einstufung der Fallschwere durch die vierte Stelle im DRG-Code. Zur Ermittlung des PCCL-Wertes wird jeder Diagnose durch den Grouper eine Schweregradstufe zugewiesen (CCL = Complication or comorbidity level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität). Es folgt ein rekursives Ausschlussverfahren, um zu vermeiden, dass ähnliche Umstände mehrfach gewertet werden. Im Anschluss daran aggregiert der Grouper die Komplikationen und Komorbiditäten zum patientenbezogenen Gesamtschweregrad. Es werden sieben PCCL-Stufen unterschieden, die den kumulativen Effekt der CCs je Behandlungsepisode anzeigen (von 0 = keine CC bis 6 = schwerste CC).²⁶⁴

An dieser Stelle wird deutlich, dass es sich beim DRG-System um keine rein diagnosebezogenen Fallgruppen handelt, sondern vielmehr das Kriterium der Kostenhomogenität ausschlaggebend ist.

Der Fallpauschalenkatalog 2023 umfasste 1.292 DRGs²⁶⁵, während es bei Einführung im Jahr 2003 nur rund 650 waren.²⁶⁶ Diese Verdopplung der DRGs ist jedoch im Wesentlichen auf das Hinzuziehen von Prozeduren und weniger auf die differenziertere Darstellung von Diagnosen zurückzuführen.

Die fallbezogenen Behandlungskosten, ausgedrückt durch Relativgewichte, werden durch das InEK jährlich mit einem Vollkostenansatz auf Ist-Kosten-Basis ermittelt. Sämtliche Kosten, die nicht in Zusammenhang mit DRG-Leistungen stehen, werden dabei abgegrenzt und Gemeinkosten nach einheitlichen Regeln auf den jeweiligen Behandlungsfall²⁶⁷ umgelegt. Die diesem Vorgang zu Grunde liegenden Leistungs- und Kostendaten stammen von den sogenannten Kalkulationshäusern, die (freiwillig) in diesen Prozess eingebunden sind. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG, 2015)²⁶⁸ wurde zudem die Möglichkeit geschaffen, Krankenhäuser zur Datenlieferung zu verpflichten, da vor allem private Krankenhäuser und bestimmte Hauptleistungserbringer in der Kalkulationsstichprobe unterrepräsentiert waren. Für das DRG-System 2023 nahmen 240 Einrichtungen am Kalkulationsprozess teil. Insgesamt lag damit eine

²⁶⁴ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a), S. 45 f.

²⁶⁵ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022d).

²⁶⁶ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2002).

²⁶⁷ Anders als in der ambulanten Versorgung wird ein „Behandlungsfall“ im stationären System vom InEK wie folgt definiert: „Der Behandlungsfall bezeichnet einen Behandlungsaufenthalt im Krankenhaus“; Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2004), S. 4.

²⁶⁸ Vgl. BGBl. 2015 I Nr. 51 S. 2229.

Stichprobe von 4.009.550 Fällen (für die Kostenkalkulation) vor. Für die krankenhausbezogenen Strukturdaten und fallbezogenen Leistungsdaten liegt dem InEK allerdings aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung eine Vollerhebung mit 1.415 Krankenhäusern und 19.212.603 Fällen vor.²⁶⁹

Im Unterschied zur Ermittlung der Kostengewichte im Morbi-RSA liegt in der InEK-Kalkulation also nur eine Stichprobe in Bezug auf die Kostendaten und keine Vollerhebung vor.

In Abhängigkeit von der Höhe der aus den Kalkulationsdaten ermittelten durchschnittlichen Behandlungskosten wird jeder DRG ein Relativgewicht zugewiesen, das die relativen Kosten dieser Fallgruppe im Vergleich zum Bundesdurchschnitt aller Fallgruppen aufzeigt. Diese Bezugsgröße wird jährlich angepasst, wodurch sich die Relativgewichte entsprechend jährlich ändern. Je höher der durchschnittliche Ressourcenaufwand ist, desto höher ist das Relativgewicht. Es gilt auf Bundesebene für alle Krankenhäuser.

Bei extremen Abweichungen der Verweildauer eines Falles nach oben wird das Relativgewicht pro Tag um einen bestimmten Anteil erhöht und bei extremen Abweichungen nach unten erfolgt ein Abschlag. Dafür sind die sogenannte untere bzw. obere Grenzverweildauer ausschlaggebend und zusammen mit den Ab- und Zuschlägen pro unterschrittenen bzw. zusätzlichen Belegungstag eines Patienten im Fallpauschalenkatalog für jede DRG definiert. Durch Abschläge pro Tag vor Erreichen der unteren Grenzverweildauer soll der Anreiz einer zu frühen Entlassung eines Patienten verringert werden. Mit den Zuschlägen pro Tag ab Erreichen der oberen Grenzverweildauer sollen teure Langliegerfälle besser abgebildet werden. Diese sollen allerdings nur die variablen Kosten abdecken, die je Belegungstag anfallen, wenn die Hauptleistung abgeschlossen wurde (§ 1 Abs. 2, 3 FPV). Außerdem ist im Fallpauschalenkatalog eine mittlere Verweildauer angegeben, die insbesondere bei Verlegungen relevant ist. Unterschreitet ein Patient zum Zeitpunkt einer Verlegung die mittlere Grenzverweildauer in dem verlegenden Krankenhaus, erfolgt für jeden fehlenden Tag bis zur kaufmännisch gerundeten mittleren Grenzverweildauer ein Abschlag vom Relativgewicht in definierter Höhe, der ebenfalls dem Fallpauschalenkatalog zu entnehmen ist (§ 3 FPV). Sind alle Zu- bzw. Abschläge für einen Fall berücksichtigt, so spricht man auch vom effektiven Relativgewicht.

Die (effektiven) Relativgewichte nehmen auch bei der Bildung von Leistungskennzahlen im Krankenhausgeschehen eine zentrale Position ein. So ergibt die Summe aller Relativgewichte

²⁶⁹ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a), S. 8.

eines Krankenhauses den sogenannten Case Mix. Wird dieser durch die Fallzahl des Krankenhauses dividiert, ergibt sich der Case Mix Index, der Aussagen zur durchschnittlichen ökonomischen Fallschwere eines Krankenhauses zulässt.

Durch die Ermittlung der DRG und des entsprechenden Relativgewichts liegt zunächst nur eine relative Angabe vor. Um einen Betrag in Euro zu berechnen, wird das Relativgewicht mit dem LBFW monetär bewertet. Die bei Einführung des DRG-Systems zunächst krankenhausesindividuell vereinbarten Basisfallwerte wurden in einer Konvergenzphase bis 2009 einander auf Ebene der Bundesländer angeglichen (LBFW). Weiterhin unterschieden sich die LBFW jedoch deutlich zwischen den Bundesländern²⁷⁰, sodass in einem nächsten Schritt eine Annäherung der LBFW innerhalb eines eng begrenzten Korridors von 2009 bis 2016 erfolgen sollte. Ziel war es, einen Fallwert pro Bundesland zu erreichen, der maximal 2,5 % höher als ein einheitlicher Basisfallwert (§ 10 Abs. 9 KHEntgG) und maximal 1,25 % unter diesem liegt. So konnte die Abweichung zwischen dem höchsten und dem niedrigsten LBFW (2014 = untere Korridor-grenze) von 17,1 % (2005) auf 6,7 % (2014) reduziert werden.²⁷¹ Aufgrund einer Schutzregelung wurde jedoch festgelegt, dass ein Bundesland seinen Fallwert in diesem Zeitraum pro Jahr maximal um 0,3 % absenken musste, was dazu geführt hat, dass Rheinland-Pfalz im Jahr 2014 noch immer über dem Korridor lag. Durch das KHSG (2015)²⁷² wurde diese Schutzregelung aufgehoben und die untere Korridor-grenze wurde auf 1,02 % angehoben, sodass sich die LBFW oberhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors (faktisch nur Rheinland-Pfalz) weiter vom 1. Januar 2016 bis 2021 in sechs gleichen Schritten in Richtung auf den oberen Grenzwert des Korridors angleichen werden (§ 10 Abs. 8, 9 KHEntgG). Im Jahr 2023 beträgt der Unterschied zwischen dem höchsten (4.096,61 Euro in Rheinland-Pfalz) und dem niedrigsten LBFW (3.992,34 Euro in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) 2,6 % und liegt somit im erlaubten Korridor von 3,52 % (2,5 % + 1,02 %) um den Bundesbasisfallwert (BBFW).²⁷³

Für die jährliche Ermittlung des einheitlichen Basisfallwertes für die Ermittlung des Korridors gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG wird das InEK mit Vorarbeiten von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene beauftragt. Dafür berechnet es den, mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei der Vereinbarung der LBFW zu Grunde gelegt wurden, gewichteten

²⁷⁰ Im Jahr 2005 betrug die Abweichung zwischen dem höchsten und niedrigsten LBFW 17,1 %; vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 252.

²⁷¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 252.

²⁷² Vgl. BGBl. 2015 I Nr. 51 S. 2229.

²⁷³ Vgl. Verband der Ersatzkassen (2023), S. 1.

Mittelwert aller LBFW des Ausgangsjahres. Dieser Wert wird danach um den von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbarten Veränderungswert für das Folgejahr nach § 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG erhöht. Auf Basis der Berechnungsergebnisse des InEK haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG den BBFW für das Jahr 2023 in Höhe von 4.000,71 Euro vereinbart. Dementsprechend umfasst der einheitliche Basisfallwertkorridor den Bereich 3.959,90 Euro (-1,02 %) bis 4.100,73 Euro (+2,5 %).²⁷⁴

Die Vereinbarung der LBFW erfolgt gemäß § 10 Abs. 1 KHEntgG jährlich zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene. Vertragsparteien dieser Verhandlungen sind die jeweilige Landeskrankengesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der PKV (§ 18 Abs. 1 S. 2 KHG). Bei den Vereinbarungen auf Landesebene werden unter anderem die allgemeine Kostenentwicklung, Wirtschaftlichkeitsreserven und die Leistungsentwicklung berücksichtigt (§ 10 Abs. 3 KHEntgG), sodass gewisse regionale Unterschiede zwischen den LBFW (umgesetzt in der Korridor-Lösung) nachvollziehbar erscheinen. Die auf Landesebene vereinbarte Veränderung des LBFW darf jedoch den auf Bundesebene vereinbarten Veränderungswert nicht übersteigen (§ 10 Abs. 4 S. 1 KHEntgG). Für die Vereinbarung des Veränderungswertes sind der sogenannte Orientierungswert und die Veränderungsrate relevant. Bei dem Orientierungswert handelt es sich um einen vom Statistischen Bundesamt jährlich zu ermittelnden und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen Wert, „der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ... wiedergibt“ (§ 10 Abs. 6 S. 1 KHEntgG). Die Veränderungsrate wird jährlich bis zum 15. September vom BMG ermittelt und bildet die durchschnittliche Veränderung „der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied“ gegenüber einer Vorperiode ab (§ 71 Abs. 3 SGB V). Der Veränderungswert ist der von den Vertragsparteien auf Bundesebene, mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres, schließlich vereinbarte Wert (§ 9 Abs. 1b S. 1 KHEntgG). Dabei ist folgende Systematik zu beachten: Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Ver-

²⁷⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband /Verband der Privaten Krankenversicherung /Deutsche Krankenhausgesellschaft (2023), S. 2.

änderungsrate, ermitteln die Vertragsparteien auf Bundesebene die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren einen Veränderungswert, der die Veränderungsrate um bis zu einem Drittel der Differenz erhöht (§ 10 Abs. 6 S. 2 KHEntgG, § 9 Abs. 1 Nr. 5 BPfIV).²⁷⁵

Aufgrund der andauernden Konvergenz-Vorgaben und der Tatsache, dass mittlerweile in allen Bundesländern ein LBFW innerhalb des vorgegebenen Korridors vereinbart wurde, nimmt die Bedeutung der Verhandlungen jedoch ab. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen übt in seinem Gutachten von 2018 Kritik an der Korridor-Lösung. Er verweist auf ein von Augurzky und Schmitz (2013) im Auftrag des BMG erstelltes Gutachten, in dem gezeigt werden konnte, dass die Unterschiede in den LBFW (Bezugsjahr 2007) nur zu rund einem Drittel auf Kosten- und Versorgungsunterschiede in den Ländern zurückzuführen sind. Der überwiegende Teil der Variation der LBFW basiert jedoch auf ökonomisch nicht erklärbaren historischen Unterschieden. Deshalb postuliert der Sachverständigenrat Gesundheit: „Eine Streuung der Landesbasisfallwerte ist daher nicht zu empfehlen, da sie lediglich Unterschiede der historischen Krankenhausbudgets widerspiegelt, die nicht auf Krankenhaus- oder Bundeslandstrukturen rückführbar sind“²⁷⁶. Vor diesem Hintergrund schlägt der Sachverständigenrat Gesundheit vor, einen einheitlichen Bundesbasisfallwert zu ermitteln, der dann auf Basis eines jährlich zu errechnenden regionalen Preisindex mit einer automatisierten regionalen Komponente versehen würde, um den tatsächlichen regionalen Kostenunterschieden Rechnung zu tragen. Dieser regionale Preisindex müsste, so der Sachverständigenrat Gesundheit, aus einem Warenkorb von Produkten und Dienstleistungen berechnet werden, die Krankenhäuser für ihren Leistungserstellungsprozess einkaufen bzw. beziehen.²⁷⁷

3.3.3.3 Budgetverhandlungen

Die so ermittelten Vergütungen pro Fall kann ein Krankenhaus jedoch nicht ohne Mengengrenzung mit den Krankenkassen abrechnen, sondern muss dabei weitere Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung beachten. So legen die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG zunächst unter Beachtung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses die Leistungsstruktur und das Budget des Krankenhauses in sogenannten Budgetverhandlungen fest. Ver-

²⁷⁵ Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen, zu prüfen; vgl. § 10 Abs. 6 S. 3 KHEntgG.

²⁷⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 253.

²⁷⁷ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 253 f.

tragsparteien sind der Krankenhausträger sowie die Krankenkassen, auf die allein oder im Verband im vorangegangenen Jahr mindestens fünf Prozent der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfielen. Die Verhandlung können sowohl die Krankenkassen als auch das Krankenhaus selbst durch eine schriftliche Aufforderung einleiten (§ 11 Abs. 3 S. 1 KHEntgG). Die Vereinbarungen sind „für einen zukünftigen Zeitraum“ (§ 11 Abs. 1 S. 2 KHEntgG) zu schließen. Der Gesetzgeber legt demnach eine prospektive Ausrichtung der Budgetverhandlungen fest und verankert mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG, 2022)²⁷⁸ in § 11 Abs. 4 S. 1 KHEntgG für die Übermittlung der notwendigen Informationen zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen durch den Krankenhausträger als Frist den Dezember des Jahres vor dem Vereinbarungszeitraum. Für einen Übergangszeitraum bis einschließlich des Vereinbarungszeitraumes 2025 wurden in Absatz 6 abweichende und deutlich spätere Fristen vorgegeben, die vermuten lassen, dass in der bisherigen Praxis die Budgetverhandlungen eher unterjährig oder retrospektiv erfolgen.

Gegenstand dieser Verhandlungen sind das Erlösbudget²⁷⁹, die Erlössumme, die sogenannten sonstigen Entgelte, die Zu- und Abschläge und die Mehr- und Mindererlösausgleiche sowie das Pflegebudget²⁸⁰ (§ 11 Abs. 1 S. 1 KHG).

Das Erlösbudget umfasst gemäß § 4 KHEntgG die Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach den auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalogen. Zusatzentgelte können Fallpauschalen ergänzen, wenn eine Leistung in den DRGs typischerweise nicht abgebildet und mit hohen Kosten verbunden ist (z.B. eine Dialyse als Nebenleistung oder teure Arzneimittel). Die verschiedenen Zusatzentgelte werden im Anhang des jährlich veröffentlichten Fallpauschalenkatalogs dargestellt. Es existieren sowohl bundeseinheitlich geregelte Zusatzentgelte, die jährlich vom GKV-Spitzenverband und der DKG verhandelt werden, als auch Zusatzentgelte, die krankenhaushausindividuell vereinbart werden (insgesamt 228, davon 87 operative, interventionelle und

²⁷⁸ Vgl. BGBl. 2022 I Nr. 56 S. 2793.

²⁷⁹ Für Überlieger werden die Erlöse aus Fallpauschalen in voller Höhe dem Jahr zugeordnet, in dem die Patienten entlassen werden; vgl. § 4 Abs. 2 S. 3 KHEntgG.

²⁸⁰ Mit dem PpSG wurde die Herauslösung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem DRG-System beauftragt. Dafür wurden die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem durch das InEK erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der ausgliedernden Pflegepersonalkosten vermindert und um bundeseinheitliche Bewertungsrelationen je Belegungstag für Pflegeleistungen ergänzt. Die Pflegepersonalkosten werden seit 2020 in einem ebenfalls zu verhandelnden Pflegebudget abgebildet und nach dem Selbstkostendeckungsprinzip durch die Krankenkassen finanziert. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen krankenhaushausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert mit der Mengenkompone (Bewertungsrelationen und Pfl egetage); vgl. §17b Abs. 4 KHG, § 6a KHEntgG.

diagnostische Verfahren; 131 hochpreisige Medikamente und 10 besondere Behandlungsformen).²⁸¹ Die krankenhausesindividuell vereinbarten Zusatzentgelte gelten in der Regel für Leistungen, die nur von wenigen Krankenhäusern erbracht werden und für die verlässliche bundesweite Kalkulationsgrundlagen fehlen. Die krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte sind jedoch nicht Gegenstand des Erlösbudgets, sondern der Erlössumme.

Für gegenüber dem Vorjahr des Vereinbarungszeitraums zusätzlich vereinbarte Fallpauschalen im Erlösbudget ist gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 %, der sogenannte Fixkostendegressionsabschlag²⁸², anzuwenden. § 4 Abs. 2a S. 2 KHEntgG definiert Tatbestände, bei denen der Abschlag nicht (Nr. 1) bzw. nur zur Hälfte (Nr. 2) anzuwenden ist.

Zur Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG gehören krankenhausesindividuell zu verhandelnde Entgelte für Leistungen, die mit den bundeseinheitlich bepreisten DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können. Die Kataloge über diese unbepreisten, also krankenhausesindividuell zu verhandelnden, Leistungen und Zusatzentgelte können den Anlagen 3a, 3b, 4 sowie 6 der Fallpauschalenvereinbarung entnommen werden. Zur Erlössumme zählen außerdem Entgelte für die sogenannten besonderen Einrichtungen (§ 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG). Dabei handelt es sich um Krankenhäuser oder Abteilungen, „deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden“ (§ 17b Abs. 1 S. 10 KHG).

Zentraler Bestandteil in den sonstigen Entgelten sind die Entgelte für die NUBs (§ 6 Abs. 2 KHEntgG). Diese können krankenhausesindividuell in den Budgetverhandlungen vereinbart werden für Leistungen, die im bestehenden System noch nicht sachgerecht vergütet werden können, wenn sie nicht bereits durch den G-BA von der Erstattung ausgeschlossen wurden. Sonstige Entgelte werden außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme aufgeführt. Voraussetzung für die Vereinbarung einer krankenhausesindividuellen Vergütung einer NUB in der Budgetverhandlung ist, dass das Krankenhaus zuvor bis zum 31. Oktober des Vorjahres vom InEK auf individuellen Antrag die Bestätigung erhält, dass die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht bereits sachgerecht abgerechnet werden

²⁸¹ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a), S. 128.

²⁸² Bis 2016 Mehrleistungsabschlag, Änderung durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit Wirkung zum 01.01.2017.

kann. Art und Höhe der vereinbarten Entgelte müssen dem InEK von den beteiligten Krankenkassen mit einer detaillierten Beschreibung der NUB im Nachgang mitgeteilt werden.²⁸³

Neben den Fallpauschalen gibt es folglich, trotz der Zielsetzung, ein durchgängiges und pauschalierendes System zu sein, ergänzende Entgeltarten.

Der Gesamtbetrag aus Erlösbudget und Erlössumme ist für die Ermittlung sogenannter Mehr- und Mindererlösausgleiche gemäß § 4 Abs. 3 KHEntgG relevant. Weicht dieser Gesamtbetrag für das laufende bzw. abgeschlossene Jahr von dem vereinbarten Budget ab, so werden diese Über- bzw. Unterschreitungen ausgeglichen. Unterschreitungen werden zu 20 % erstattet, um Kosten für personelle oder sachliche Infrastruktur aufzufangen. Hier werden dem Krankenhaus also nachträglich 20 % der „fehlenden“ Erlöse gegenüber den geplanten Leistungen, die in der zurückliegenden Budgetverhandlung vereinbart wurden, erstattet. Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel werden hingegen nicht ausgeglichen, da hier keine Vorhaltekosten zu verzeichnen sind. Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten sind vom Krankenhaus zu 25 %, sonstige Mehrerlöse zu 65 % auszugleichen. Das bedeutet, dem Krankenhaus wird für die nicht geplante zusätzliche Behandlung von Schwerverletzten nachträglich 25 % der bereits abgerechneten Erlöse abgezogen und für die sonstigen Mehrerlöse sogar 65 %, d.h. hier verbleiben lediglich 35 % der Erlöse beim Krankenhaus.²⁸⁴ Diese Ausgleichsmechanismen werden durch Zu- und Abschläge auf die zukünftig abzurechnenden Fallpauschalen umgesetzt, die in den Budgetverhandlungen festgelegt werden (§ 5 Abs. 4 KHEntgG). Mehrerlösausgleiche sind nicht mit dem Fixkostendegressionsabschlag zu verwechseln, der sich auf die Vereinbarung künftig zu erbringender zusätzlicher Fallpauschalen im Vereinbarungszeitraum bezieht und somit prospektiv ausgerichtet ist. Im deutschen Vergütungssystem stationärer Leistungen liegt demnach kein ausschließlich ex ante vereinbartes und fixes Budget vor, sondern es besteht eine gewisse Flexibilität durch die Möglichkeit der Generierung von Mehr- und Mindererlösen, was jedoch durch den beschriebenen Ausgleichsmechanismus eingedämmt werden soll.

²⁸³ Abweichend gilt für Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) gemäß § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG eine bis zum 30.04. verlängerte Anfragefrist. Anfragen, die nicht bereits bis zum 31.10. gestellt wurden, können ab dem 15.11. dem InEK übermittelt werden.

²⁸⁴ Neben den dargestellten Prozentwerten gibt es zur Höhe der Mehr- und Mindererlösausgleiche weitere Spezialregelungen in den § 4 Abs. 3 S. 5, 6 KHEntgG.

Weitere in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigende Zu- und Abschläge sind beispielsweise Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung (§ 4 Abs. 6 KHEntgG) oder Zuschläge für besondere Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG).

Zur Vorbereitung der Verhandlungen muss das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien sowie der Landeskrankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen, dem Landesausschuss des Verbandes der PKV und der zuständigen Landesbehörde die sogenannte Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) nach § 11 Abs. 4 KHEntgG zur Verfügung stellen. Diese Aufstellung umfasst Informationen zur Art und Menge (und bei individuellen Entgelten zur Höhe) der bepreisten Fallpauschalen (E1), der bepreisten Zusatzentgelte (E2), der krankenhausesindividuell verhandelten Entgelte (E3) sowie die Ermittlung des Erlösbudgets (B1). Diese Informationen sind für insgesamt drei Perioden zur Verfügung zu stellen; für das zurückliegende Kalenderjahr (z.B. 2021), das laufende (z.B. 2022) sowie das zu vereinbarende zukünftige (z.B. 2023). Zunächst müssen die Tabellen für das abgelaufene Kalenderjahr mit den Ist-Zahlen auf Basis des DRG-Katalogs bzw. des ZE-Katalogs oder der vereinbarten Entgelte des abgelaufenen Jahres erstellt werden, um in der Budgetverhandlung die Erlösausgleiche bestimmen zu können; dabei werden auch die Rechnerkürzungen durch den Medizinischen Dienst berücksichtigt. Zudem ist diese Aufstellung für das laufende Kalenderjahr mit einer Hochrechnung der Ist-Zahlen auf Basis der gültigen Werte zu erstellen, sodass vorläufige Erlösausgleiche ermittelt werden können. Darüber hinaus ist für die Fallpauschalen für das laufende Kalenderjahr noch eine Aufstellung der hochgerechneten Ist-Daten nach dem DRG-Katalog für den Vereinbarungszeitraum zu erstellen als Grundlage für die Vereinbarung des Budgets sowie der Mehr- und Minderleistungen. Schließlich ist noch für alle Entgeltarten für den Vereinbarungszeitraum eine Aufstellung der Forderung mittels Prognose nach den im Vereinbarungszeitraum geltenden Werten als Grundlage für die Budgetvereinbarung vorzunehmen.

3.3.3.4 Anreizwirkungen

Jedes Vergütungssystem ist mit systemimmanenten Anreizwirkungen, die für das DRG-System bereits an einigen Stellen deutlich wurden, verbunden. Im Folgenden soll auf die erlös- sowie kostenorientierten Anreize des DRG-Systems eingegangen werden.

Bei einer pauschalen Vergütung pro Fall ist der wohl augenscheinlichste Anreiz in einer Erhöhung der Fallzahlen (vorausgesetzt diese sind mindestens kostendeckend), beispielsweise

durch den Versuch der Steigerung elektiver Eingriffe, zu sehen. Diesem Effekt stehen jedoch Regelungen zur Fallzusammenführung, nach denen unter bestimmten Bedingungen zwei stationäre Behandlungsfälle zu einem Fall zusammenzuführen sind, begrenzend gegenüber.²⁸⁵ Der Sachverständigenrat Gesundheit weist in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 in diesem Zusammenhang darauf hin, ein Zweitmeinungsverfahren oder eine Dokumentationspflicht bei elektiven Eingriffen einzuführen. Empirisch war seit 2005 bis 2015 ein kontinuierlicher Fallzahlenanstieg zu beobachten. Von 2016 bis einschließlich 2019 lagen die Fallzahlen auf einem stabilen Niveau bei 19,4 Millionen Fälle. Mit Beginn der Covid-19-Pandemie kam es zu einem deutlichen Rückgang der Fallzahlen um 2,6 Mio. Fälle auf 16,8 Mio. (2020) bzw. 16,7 Mio. (2021).²⁸⁶ Allerdings muss an der Stelle darauf hingewiesen werden, dass der lange beobachtete Fallzahlenanstieg auch maßgeblich mit demografischen sowie medizinisch-technischen Entwicklungen zusammenhängt. Insbesondere das Ausmaß, mit dem der Fallzahlenanstieg durch die genannten Faktoren bedingt ist, wird kontrovers diskutiert. Auch Mindestmengenregelungen (§ 137 SGB V), die Mindestfallzahlen bei bestimmten Eingriffen fordern, machen den Anstieg solcher Fälle, um diese Leistungen als Krankenhaus zukünftig weiterhin erbringen zu dürfen, naheliegend. Dieser Effekt gilt als empirisch belegt.²⁸⁷

In diesem Zusammenhang sei jedoch auch auf den Anreiz, eine realistische Mengenplanung vorzunehmen, hingewiesen.²⁸⁸ Betrachtet man die Höhe der Prozentsätze des Fixkostendegressionsabschlags (35 % über 3 Jahre, 65 % verbleiben beim Krankenhaus) und des Mehrerlösausgleichs (65 %, nur 35 % verbleiben beim Krankenhaus) im Vergleich, so wird die Bedeutung einer guten Planung, die bestenfalls auch so in der Budgetverhandlung durchgesetzt werden kann, offensichtlich.

Zudem werden im Zusammenhang mit dem Kodierverhalten der Krankenhäuser neben Rightcoding auch Tendenzen zum Upcoding vermutet. Beim Rightcoding handelt es sich um eine erlösoptimierende Kodierweise durch die vollständige, präzise und zeitnahe Kodierung von Diagnosen und Prozeduren, und beim Upcoding wird von einem regelwidrigen Kodierverhalten durch die Kodierung inkorrekturer Angaben zur Generierung eines höheren Entgeltes gesprochen. Allerdings ist das Vorliegen von Upcoding oder Rightcoding nur schwer voneinander zu trennen. Die zunehmende Prüf- sowie insbesondere die zunehmende Beanstandungsquote

²⁸⁵ Vgl. Reifferscheid/Thomas/Wasem (2013), S. 8 f.

²⁸⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2023).

²⁸⁷ Vgl. dazu u.a. Geraedts et al. (2010); Kostuj et al. (2011).

²⁸⁸ Vgl. Reifferscheid/Thomas/Wasem (2013), S. 9.

des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gibt Hinweise auf mögliches Up-coding durch die Krankenhäuser.²⁸⁹ Beanstandet werden dabei neben der Dokumentationsvollständigkeit vor allem auch die Verweildauern (sekundäre Fehlbelegung) sowie die Notwendigkeit einer stationären Versorgung (primäre Fehlbelegung). Dabei ist die Prüfung auf eine primäre Fehlbelegung eher losgelöst von der Kodierung zu betrachten, da diese nicht durch eine Änderung des Kodierverhaltens beeinflusst werden kann. Eine Ausnahme könnte hier die Kodierung vieler Nebendiagnosen darstellen, die eine stationäre Notwendigkeit begründen könnte. Bei der sekundären Fehlbelegung (v.a. Überschreitung der oberen Grenzwelldauer) könnte der Fall jedoch durch eine „bessere“ Kodierung und einen damit gegebenenfalls verbundenen Wechsel in eine höher bewertete DRG zu einem Normlieger werden. Die vollständige Dokumentation (zum Beispiel bei Komplexcodes, wie der Schlaganfallbehandlung) lässt sich hingegen nicht beeinflussen, wobei die Kodierung der aufwendigen Behandlung ebenfalls einem „optimierten Kodierverhalten“ unterliegt. Bei Auffälligkeiten sind die zu hohen Erlöse zurückzuerstatten, dafür ist zudem eine Mindestrückzahlung vorgesehen (§ 17c KHG, § 275c SGB V). Mit dem MDK-Reformgesetz (2019)²⁹⁰ wurde für das Jahr 2020 eine maximale Prüfquote von 12,5 % festgelegt. Nur wenige Monate später wurde diese als Reaktion auf die Pandemie auf 5 % gesenkt (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz, 2020)²⁹¹. Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (2021)²⁹² wurde die Prüfquote für Krankenhausabrechnungen jedoch wieder auf die, mit dem MDK-Reformgesetz festgelegten, maximal 12,5 % erhöht. Im Jahr 2022 wurde erstmals die quartalsweise variable Prüfquote zwischen 5 % und 100 % eingeführt; perspektivisch wird die Prüfquote von dem Ausgang der Rechnungsprüfungen abhängig sein.

Neben der Einflussnahme auf die Erlöse eines Krankenhauses durch das Kodierverhalten, also im Nachgang eines Patientenaufenthaltes, können zudem Patientenselektionsanreize hergeleitet werden, wenn nicht alle Komorbiditäten vollständig vom DRG-System erfasst und so spezielle, für das Krankenhaus definierbare, Patientenklientele benachteiligt bzw. bevorzugt werden. So kann beispielsweise trotz Schweregradsplits innerhalb der DRGs eine hohe Kostenvarianz verbleiben.²⁹³ Eine Studie von Schreyögg et al. aus dem Jahr 2014 konnte zudem

²⁸⁹ Vgl. Reifferscheid/Thomas/Wasem (2013), S. 10, 14 f.

²⁹⁰ Vgl. BGBl. 2019 I Nr. 51 S. 2789.

²⁹¹ Vgl. BGBl. 2020 I Nr. 14 S. 580.

²⁹² Vgl. BGBl. 2021 I Nr. 26 S. 1174.

²⁹³ Vgl. Ellis (1998).

zeigen, dass Krankenhäuser auf Veränderungen der Relativgewichte von einem Jahr auf das nächste mit einer Veränderung der Fallzahlen reagieren.²⁹⁴ Eine im Auftrag der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung und dem Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen 2016 durchgeführte Studie zeigte zudem, dass das Wachstum der DRGs besonders stark bei denen mit hohem Fixkostenanteil ist.²⁹⁵

Kostenorientierte Anreize zeigen sich bspw. in der Reduktion der Verweildauer eines Patienten, um variable Kosten bei gleichzeitiger Ausschöpfung der vollen Fallpauschale zu reduzieren.²⁹⁶ Eng damit verbunden ist die Kritik, dass Patienten tendenziell kränker in nachgelagerte Einrichtungen, wie bspw. die Rehabilitation, entlassen werden, um so bei gleichbleibender Pauschale die Kosten in einen anderen Sektor zu verlagern.²⁹⁷ Für eine Zunahme der Anzahl der Entlassungen seit der DRG-Einführung in einem schlechteren Gesundheitszustand in Rehabilitations-, Pflegeeinrichtungen und Hospizen gibt es Hinweise.²⁹⁸ Insgesamt ist jedoch auch herauszustellen, dass der Verweildauerrückgang schon vor Einführung des DRG-Systems bestand. So ist die durchschnittliche Verweildauer von 14 Tagen im Jahr 1991 auf 9,7 Tage im Jahr 2000 zurückgegangen. Danach ist sie dann weiter gesunken und liegt seit 2018 bei 7,2 Tagen (Stand 2022).²⁹⁹ Insofern kann der Rückgang der Verweildauer seit der Einführung des DRG-Systems nicht eindeutig auf dieses zurückgeführt werden, da bspw. auch Entwicklungen, wie der medizinisch-technische Fortschritt (z.B. durch minimal-invasive Chirurgie) dazu beigetragen haben.

Möchte man den zeitlichen Bezug des deutschen DRG-Systems bestimmen, so können zwei Phasen bzw. Blickwinkel in dieser Systematik unterschieden werden, zum einen die Phase der Kalkulation der relativen Höhe der Fallpauschalen durch Daten der Kalkulationskrankenhäuser beim InEK und zum anderen die eigentliche Vergütung des einzelnen Krankenhauses.

Für die jährlich aktualisierte Kalkulation der Relativgewichte der DRGs durch das InEK werden Morbiditäts- und Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem gleichen Jahr herangezogen (für 2023 Morbiditäts- und Kostendaten bspw. aus dem Jahr 2021).³⁰⁰ Hier würde

²⁹⁴ Vgl. Schreyögg et al. (2014).

²⁹⁵ Vgl. Augurzky et al. (2016).

²⁹⁶ Vgl. Reifferscheid/Thomas/Wasem (2013), S. 10 f.

²⁹⁷ Vgl. Eiff/Schüring/Niehaus (2007); Reifferscheid/Thomas/Wasem (2013), S. 16.

²⁹⁸ Vgl. dazu u.a. Hilgers (2011); Eiff/Schüring/Niehaus (2011).

²⁹⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2021), S. 10.

³⁰⁰ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a), S. 8.

man folglich von einer zeitgleichen Ausgestaltung sprechen, da Diagnose- und Kostendaten aus der gleichen Periode in Verbindung gesetzt werden. Geht man an dieser Stelle noch einen Schritt weiter und bedenkt, dass diese Relativgewichte, die auf Basis der Morbiditäts- und Kostendaten einer vorgelagerten Periode (z.B. 2021) kalkuliert wurden, wiederum für die Vergütung von Leistungen der Krankenhäuser einer nachgelagerten Periode (z.B. 2023) eingesetzt werden, so erkennt man eine prospektive Ausrichtung.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen den Kosten eines Krankenhauses und seiner Vergütung im DRG-System, so könnte man hier von einem prospektiven Vergütungssystem sprechen, da die Vergütung eines Krankenhauses ex ante in den prospektiv durchzuführenden Budgetverhandlungen festzulegen ist und somit kein direkter Zusammenhang zwischen Kosten und Vergütung besteht. Allerdings liegt im deutschen DRG-System kein ausschließlich ex ante vereinbartes und somit fixes Budget vor, sondern es besteht eine gewisse Flexibilität durch die Möglichkeit der Generierung von Mehr- und Mindererlösen, was jedoch durch Mehr- und Mindererlösausgleiche eingedämmt werden soll.

Berücksichtigt man zudem die Bedeutung von Prozeduren in der Konzeption und Weiterentwicklung der DRGs, den Umgang mit Ausreißern (Überschreitung der oberen Grenzverweildauer) sowie die in der Praxis eher retrospektiv durchgeführten Budgetverhandlungen, so kommen im deutschen DRG-System in einem nicht zu vernachlässigenden Ausmaß auch von McClellan (1997) als retrospektiv eingestufte Elemente zum Vorschein.³⁰¹ Retrospektiv deshalb, da sie einen Zusammenhang zwischen den Kosten eines Leistungserbringers und seiner Vergütung herstellen. Die starke Zunahme von „Prozeduren-DRGs“ stellt nicht nur eine Schwächung der direkten Morbiditätsorientierung dar, sondern deutet insbesondere darauf hin, dass Krankenhäuser in erheblichem Ausmaß, trotz der theoretisch prospektiven Ausgestaltung des DRG-Systems, durch bewusste Entscheidungen, Einfluss auf ihre Erlöse nehmen können. So zeigen die Ergebnisse des Forschungsauftrags nach § 17b Abs. 9 KHG, dass im Analysezeitraum zwischen 2007 und 2012 medizinische Gruppen mit eher planbarem oder prozedurenbezogenem Charakter (z.B. Spondylose) besonders große Fallzahlsteigerungen aufwiesen, während Gruppen mit medizinisch eher akutem Charakter (z.B. akuter Herzinfarkt) hingegen durch geringe Fallzahlsteigerungen gekennzeichnet sind.³⁰² Hier wird also die Möglich-

³⁰¹ Vgl. McClellan (1997).

³⁰² Vgl. Schreyögg et al. (2014).

keit der Einflussnahme der Krankenhäuser deutlich. Dadurch zeigt sich wiederum die Abhängigkeit zwischen dem aktuellen Ressourcenverbrauch eines Krankenhauses und seiner Vergütung. Der Sachverständigenrat Gesundheit moniert in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 ebenfalls den starken Prozedurenbezug vieler DRGs, der dem DRG-System Elemente eines Einzelleistungsvergütungssystems hinzufüge. Er weist ebenfalls auf die sich dadurch ergebende Gefahr der Verlagerung konservativer Therapien zugunsten interventioneller hin. Um eine Rückkehr von einer prozedurenbezogenen zu einer diagnosebezogenen Ausgestaltung des DRG-Systems zu ermöglichen, empfiehlt der Sachverständigenrat Gesundheit, eine Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System vorzunehmen.³⁰³ McClellan stellte bereits 1997 das Gewicht dieser retrospektiven Elemente in eigentlich diagnosebezogenen Fallpauschalensystemen am Beispiel des Medicare-Systems heraus. Diese von ihm als „retrospective limits on cost sharing“ bezeichneten Bestandteile, zu denen er insbesondere prozedurenbezogene DRGs zählt, ermöglichen es Krankenhäusern, durch bewusste Entscheidungen während eines konkreten Krankenhausaufenthaltes, die Behandlung eines Patienten anzupassen, um so Anteile ihrer Produktionskosten direkt auf die Kostenträger übertragen zu können.³⁰⁴

³⁰³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), S. 247.

³⁰⁴ Vgl. McClellan (1997).

3.4 Vergleich der Morbiditätsmodelle

Nach der isolierten Darstellung des Morbi-RSA, des DRG-Systems sowie der morbiditätsorientierten Weiterentwicklung der MGV (eingebettet in das ambulante Vergütungssystem) schließt sich nun ein systematischer Vergleich der drei Morbiditätsmodelle an. **Tabelle 3** fasst zunächst die Ergebnisse des systematischen Vergleichs der drei Modelle morbiditätsorientierter Ressourcensteuerung im deutschen Gesundheitssystem für das Ausgleichsjahr 2023 zusammen. In sechs thematischen Unterkapiteln werden diese Ergebnisse dann erläutert.

	Finanzierung Krankenkassen: Morbi-RSA	Stationäres Vergütungssystem: DRGs	Ambulantes Vergütungssystem / Weiterentwicklung der MGV
Zielsetzung / Funktion	Simulation risikoäquivalenter Prämien, um faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen und Risikoselektion zu reduzieren. → <i>slice the pie</i>	Krankenhausvergütung mit durchschnittlichen Kosten in diagnosebezogenen Fallpauschalen, um Wirtschaftlichkeitsanreize zu schaffen und Risikoselektion zu reduzieren. → <i>size the pie</i>	Ermittlung der Morbiditätsstrukturveränderung in KVen bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung von Wirtschaftlichkeitsanreizen. → <i>change the size of the pie</i>
Ausgestaltung durch	BMG; BAS	Selbstverwaltung: GKV-Spitzenverband, PKV-Verband, DKG; InEK	Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss, bestehend aus GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung; InBA
Geltungsbereich / regionale Varianz	GKV	GKV und PKV	GKV
	bundesweit einheitliche Klassifikationsmodelle		
	Regionalkomponente (seit 2021)	LBFW mit begrenzter Variation (<i>Preis</i>)	zwei regionale Veränderungsrate (VR), die auf KV-Ebene gewichtet werden (<i>Menge</i>) regionale Anpassungen des Punktwertes möglich (<i>Preis</i>)

	Finanzierung Krankenkassen: Morbi-RSA	Stationäres Vergütungssystem: DRGs	Ambulantes Vergütungssystem / Weiterentwicklung der MGV
Verfahren	Regressionsansatz	Zellenansatz	Regressionsansatz
Bezug	Periodenbezug (1 Jahr)	Episodenbezug (KH-Fall)	Periodenbezug (1 Jahr)
Datengrundlage	Vollerhebung	Kostendaten: Auswahl von Kalkulations-KHs (2021: 240 KHs, 4 Mio. Fälle) Leistungsdaten: Vollerhebung (2021: 1.415 KHs, 19,2 Mio. Fälle) ³⁰⁵	rollierende GBS: ca. 10 Mio. Versi- cherte (=Kalibrierungs- menge für Kostenge- wichte) ³⁰⁶
Zeitbezug Er- mittlung Kosten- gewichte (Aus- gleichsjahr 2023)	Morbidaten: 2022 Kostendaten: 2023 → 1-jährig prospek- tiv ³⁰⁷	Morbidaten: 2021 Kostendaten: 2021 → zeitgleich ³⁰⁸	Morbidaten: 2018 Kostendaten: 2020 → 2-jährig prospek- tiv ³⁰⁹
Fit (adj. R²)	mit Risikopool: 59,81 % ohne Risikopool: 29,49 % ³¹⁰	alle Fälle: 76,28 % nur Inlier: 84,36 % ³¹¹	35,68 % (diagnosebe- zogene VR) 15,57 % (demografi- sche VR) ³¹²
Berücksichtigung der latenten Variable "Morbidity" im Modell			
direkte Morbidi- tätsindikatoren	ambulante Diagnosen, stationäre Haupt- und Nebendiagnosen ³¹³	stationäre Diagnosen	ambulante Diagnosen
ICD-Vollständig- keit	ja ³¹⁴ bis 2020: Krankheits- auswahl (80 von 360)	ja ³¹⁵	ja ³¹⁶

³⁰⁵ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a), S. 8.

³⁰⁶ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 12 ff., 61.

³⁰⁷ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022f).

³⁰⁸ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a), S. 8.

³⁰⁹ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 78.

³¹⁰ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022a), S. 303 f.

³¹¹ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a), S. 7.

³¹² Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 29, 62.

³¹³ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 2.

³¹⁴ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022b).

³¹⁵ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a).

³¹⁶ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 79.

	Finanzierung Krankenkassen: Morbi-RSA	Stationäres Vergütungssystem: DRGs	Ambulantes Vergütungssystem / Weiterentwicklung der MGV
Granularität der Morbiditymes- sung	396 HMGs ³¹⁷ ; hohe Granularität, da Mehrfachzuschläge	1.292 DRGs ³¹⁸ Zuordnung zu nur ei- ner Zelle	75 HCCs/RHCCs ³¹⁹ ; hohe Granularität, da Mehrfachzuschläge
Modellstrukt- urierung	Hierarchisierung (HMG)	Zellansatz impliziert Reduktion der Kom- plexität	Hierarchisierung (HCC) Komprimierung (200 CCs → 45 THCCs + 30 RHCCs) ³²⁰
indirekte Morbidity- indikatoren	Alter und Geschlecht (40 AGGs), ³²¹ Arzneimittel (Validie- rung u. Schweregrad- differenzierung), ³²² Regionalvariablen (91 RGGs in 2023) ³²³	Prozeduren (OPS- Codes), u.a. Alter, Geschlecht, Gewicht, Beatmungs- dauer (primär zur Schweregraddifferen- zierung)	Alter und Geschlecht (34 AGGs) ³²⁴
Anpassungsmöglichkeiten			
retrospektive Elemente	vom Schätzerkreis prospektiv festgeleg- tes Budget (Inflation berücksichtigt) → Rekalibrierung der Relativgewichte für Schlussausgleich	Über-/Unterschrei- tung des verhandelten Budgets möglich (fle- xibles Budget), aber: Mehr-/Mindererlös- ausgleiche (prozentu- ale Höhe ist dem KH prospektiv bekannt)	MGV „mit befreiender Wirkung“ → Decke- lung auf KV-Ebene, retrospektive Korrek- tur um „nicht vorher- sehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs“ möglich, EGV
Rolle von Verhandlungen	Keine	KH-Ebene (KH und Kassen): KH-Budget (Menge) Landesebene: LBFW (Preis)	KV-Ebene (KV und Kas- sen): Gewichtung der demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate

Tabelle 3: Systematischer Vergleich der Morbiditymodelle

Quelle: eigene Darstellung.

³¹⁷ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 1.

³¹⁸ Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a), S. 4.

³¹⁹ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 61.

³²⁰ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 37, 61.

³²¹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 6 f.

³²² Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 4 ff.

³²³ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g), S. 8 f.

³²⁴ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 61.

3.4.1 Zielsetzung und Funktion

Wie in den vorangegangenen Abschnitten bereits erläutert wurde, wurde der Morbi-RSA eingeführt, um Unterschiede zwischen den Krankenkassen auszugleichen, die allein auf eine unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten zurückzuführen sind. Zielsetzung bzw. Funktion ist folglich die Simulation risikoäquivalenter Prämien, um bei einem von der Bundesregierung festgelegten einheitlichen Beitragssatz für alle gesetzlichen Krankenkassen und gleichzeitig bestehendem Kontrahierungszwang einen fairen Wettbewerbsrahmen zu schaffen und so Anreize zu wirtschaftlichem Handeln zu setzen sowie Anreize für Risikoselektion zu reduzieren. Wenn die Zuweisungen, die eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, nicht ausreichen, um den Finanzbedarf zu decken, muss sie einen für alle Mitglieder einheitlichen, aber kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 SGB V erheben.

Beim Morbi-RSA wird die Morbiditätsorientierung zur „Verteilung des Kuchens“ herangezogen, d.h. die Morbiditätsstruktur einer Kasse bestimmt die Zahlung aus dem Pool an die Kasse. Da das Gesamtbudget gemäß § 220 SGB V aber durch die Bundesregierung auf Basis einer Schätzung des Schätzerkreises prospektiv festgelegt ist und auf dieses Gesamtbudget kalibriert wird, wird dadurch letztendlich nur bestimmt, welchen Anteil die Krankenkasse entsprechend ihrer Versichertenstruktur am gesamten Kuchen erhält. Insbesondere in einer Situation, in welcher durch den Gesundheitsfonds eine Unterdeckung gegeben ist, entsprechen die errechneten Werte nicht den tatsächlichen Zahlungen aus dem Pool; vielmehr werden diese Werte durch den Abzug einer entsprechenden (derzeit) mitgliederbezogenen³²⁵ und risikounabhängigen Pauschale (welche sich aus der systemweiten Unterdeckung ergibt) vermindert.

Das vom Bewertungsausschuss bzw. InBA angewendete Modell wird zur Weiterentwicklung der MGV in der vertragsärztlichen Versorgung auf KV-Ebene angewendet. Dieses, die ambulanten Leistungserbringer betreffende System, kann jedoch in seiner Funktion nicht im vollen Umfang mit einstufigen Vergütungssystemen verglichen werden, da es in gewisser Weise eine Vorstufe, also die „Finanzierung“ der KVen, und nicht die unmittelbare Vergütung des einzelnen Vertragsarztes betrifft. Dafür erfolgt in jeder KV die Honorarverteilung, sodass i.d.R. ein „Budget“ für jeden Vertragsarzt entsteht, innerhalb dessen er nach einem festgelegten Punktwert auf Basis des EBM seine erbrachten Leistungen (mehrheitlich über Pauschalen, die nicht

³²⁵ Dies ist auch versichertenbezogen denkbar bzw. sinnvoll; vgl. Wasem/Lux/van der Linde (2014).

morbiditätsorientiert sind) abrechnen kann. So soll für den einzelnen Vertragsarzt Kalkulationsunsicherheit gewährleistet werden.

Beim Morbiditätsmodell des InBA ist die Zielrichtung klar auf die Bestimmung der Veränderungsrate der vertragsärztlichen MGV auf KV-Ebene ausgerichtet. Es geht also um die Veränderung der Größe eines Budgets (change of size of the pie), was von der Bestimmung eines absoluten Gesamtbudgets zu unterscheiden ist.

Im DRG-System werden die Krankenhäuser mit diagnosebezogenen und nach Schweregraden gesplitteten Pauschalen, die durchschnittliche Ressourcenaufwände innerhalb der Fallgruppen abbilden, vergütet, sodass bei einer ineffizienten Leistungserstellung finanzielle Unterdeckungen auftreten und umgekehrt Gewinne erzielt werden können. Dadurch sollen Anreize für eine effiziente Versorgung geschaffen und zugleich Risikoselektion reduziert werden, für die starke Anreize beständen, wenn für alle Patienten eine gleich hohe Pauschale gezahlt würde. Außerdem führt das DRG-System zu einer leistungsgerechten Umverteilung von Ressourcen zwischen Krankenhäusern.

An dieser Stelle soll auch in Bezug auf das DRG-System der Frage nachgegangen werden, ob es zur Berechnung der Größe eines Budgets (size the pie) oder zur Verteilung (slice the pie) eines bereits festgelegten Budgets eingesetzt wird. Im DRG-System wird das Budget eines Krankenhauses in sogenannten Budgetverhandlungen festgelegt, die in der Theorie prospektiv zwischen den Kassen (stellvertretend mit denjenigen, die einen festgelegten Prozentsatz der Belegung überschreiten) und dem Krankenhaus durchzuführen sind. Die übliche Praxis entspricht jedoch einer unterjährigen oder retrospektiven Durchführung. Dabei ergibt sich das Budget eines Krankenhauses aus der Summe von Erlösbudget, Erlössumme sowie sonstigen Entgelten, wobei insbesondere die Summe der den DRGs zugeordneten Relativgewichten multipliziert mit dem LBFW einen relevanten Teil des Budgets ausmacht, sodass hier also von der Funktion „size the pie“ auf Krankenhausebene gesprochen werden kann.

3.4.2 Geltungsbereich

Während das Modell des Morbi-RSA sowie das im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung verwendete Modell nur für den Bereich der GKV gelten, gelten die DRGs auch für den Bereich der PKV.

werden könnten, nicht in Form einer Regionalvariable sondern als individuelle Risikomerkmale³²⁷ berücksichtigt werden sollten, um die Zielgenauigkeit des RSA zu verbessern. Zur individuellen Berücksichtigung sozioökonomischer Variablen vergleiche die Analysen in Kapitel 5.1.

3.4.3 Technische Ausgestaltung der Modelle

Betrachtet man die technischen Rahmenparameter in den Modellen, so werden Parallelen, aber auch entscheidende Unterschiede deutlich. In den folgenden Absätzen wird auf die Parameter Perioden-/Episodenbezug, Regressions-/Zellansatz sowie die Granularität der Morbiditätsmessung eingegangen.

Beim Morbi-RSA handelt es sich um einen periodenbezogenen Regressionsansatz zur Prognose von zukünftigen Leistungsausgaben, d.h., dass sich die einzelnen Zahlungen auf einen vorher festgelegten Versorgungszeitraum in der Zukunft, in diesem Fall ein Jahr, für ein Individuum beziehen. Demnach ergeben sich die Zuweisungen für einen Versicherten primär durch das Aufaddieren von Zuschlägen je ausgelöster Risikogruppe sowie durch einen Zu- oder Abschlag je nach AGG auf eine einheitliche Grundpauschale.

Für die Berechnung der (regionalen) diagnosebezogenen Veränderungsraten der MGV einer KV durch das InBA kommt ebenfalls ein periodenbezogenes Regressionsmodell zum Einsatz; auch hier umfasst die Periode ein Jahr.

Im Gegensatz dazu ist im DRG-System jeweils die Zuordnung zu genau einer Morbiditäts“zelle“ notwendig, die eine festgelegte Zahlung für einen Behandlungsfall auslöst (episodenbezogener Zellansatz).

Die Zahl der morbiditätsorientierten Variablen ist in den beiden Regressionsansätzen mit 396 Variablen im deutschen Morbi-RSA und 75 Variablen im Morbiditätsmodell des InBA für das Jahr 2023 deutlich geringer als die Zahl der Zellen im deutschen DRG-System mit 1.292 Zellen – was aber nicht auf eine größere Detailgenauigkeit des letzteren Modells schließen lässt, sondern mit der unterschiedlichen Herangehensweise von Regressions- und Zellenmodellen zu-

³²⁷ Wasem/Buchner (2019), S. 6.

sammenhängt. Aufgrund der Vielzahl von Kombinationen von Zuschlägen beim Regressionsansatz kann gegenüber dem Zellenmodell ein größerer Raum an möglichen Konstellationen aufgespannt werden, als es die 1.292 DRG-Zellen erlauben.

3.4.4 Berücksichtigung der latenten Variable „Morbidity“

Im Morbi-RSA werden ambulante und stationäre Diagnosen sowie Arzneimittelinformationen (ATC-Codes) verwendet, während das Morbi-Modell des InBA aufgrund seiner inhaltlichen Ausrichtung nur ambulante Diagnosen und im DRG-System stationäre Diagnosen sowie Informationen über Operationen und Prozeduren (OPS-Codes) verwendet. Betrachtet man die Diskussion über eine nicht ausreichende Kodierqualität insbesondere im ambulanten, aber auch im stationären Bereich, dann könnte man die These aufstellen, dass auch in den Vergütungssystemen der Einbezug von Arzneimittelinformationen zur Validierung der ambulanten bzw. stationären Diagnosen und/oder Schweregraddifferenz eine sinnvolle Ergänzung darstellen könnte.

In allen Modellen werden alle ICD-Codes abgedeckt. Allerdings werden im InBA-Modell durch einen „Kompressionsalgorithmus“ in drei Schritten (ökonomische Relevanz, Risikogewicht, Beitrag zur erklärten Varianz) sogenannte TopHCCs identifiziert und die übrigen HCCs werden – weitgehend aufgrund ihrer Organzugehörigkeit – zu RestHCCs aggregiert. Das Morbi-Modell des deutschen RSA deckt seit 2021 mit dem Umstieg auf das sogenannte Vollmodell ebenfalls alle Krankheiten ab. Es ist mit seinen 396 HMGs (2023) deutlich feingliedriger als das zur Weiterentwicklung der MGV genutzte Modell, das lediglich 75 (2023) Krankheitsgruppen nutzt. Dies liegt insbesondere an der starken Komprimierung (ca. 200 CCs werden zu 45 THCCs und 30 RHCCs komprimiert), die im ambulanten Modell durchgeführt wird. Drösler et al. (2016) kritisieren diese „erheblich stärkere Komprimierung ... [,die] .. Gefahr [läuft], in einer zu heterogenen Risikoklasse mit einem mittleren Kostengewicht Risiken zusammenzufassen, die in ihrem Leistungsbedarf in ökonomisch relevantem Umfang voneinander abweichen. Sofern innerhalb einer solchen ökonomisch zu heterogenen Risikoklasse die aufwendigeren (weniger aufwendigen) Risiken stärker (schwächer) zunehmen, weist das VKS-BA die Steigerungsrate der Morbiditätsstruktur zu niedrig (hoch) aus“³²⁸.

³²⁸ Drösler et al. (2016), S. 19 f.

An dieser Stelle zeigt sich, dass die „Einnahmen“ der Krankenkassen stärker morbiditätsorientiert sind als deren „Ausgaben“ im ambulanten Bereich. Dies zeigt sich auch im Anteil der direkten Morbiditätsparameter an der Erklärungskraft der Modelle. So liegt dieser für den Morbi-RSA bei 48 % (2014)³²⁹ und für die gemeinsame Betrachtung der Modelle beider Veränderungsrate zur Weiterentwicklung der MGV bei nur 35 % (2023). Dies wiederum hängt primär damit zusammen, dass zur Weiterentwicklung der MGV in der Regel eine 50/50-Gewichtung der demografischen und diagnosebezogenen Rate vorgenommen wird.³³⁰

Die stärkere Morbiditätsorientierung in den Einnahmen als in den Ausgaben der Krankenkassen wird auch in einem Gutachten von Drösler et al. (2016) zum Weiterentwicklungsbedarf des Versichertenklassifikationsverfahrens im Anwendungskontext der vertragsärztlichen Versorgung angeführt. So resultieren regionale Verwerfungen daraus, „dass das Morbiditätsniveau der Versicherten bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen möglichst exakt gemessen wird, bei der Ermittlung der Veränderungsrate der MGV der Krankenkassen an die Vertragsärzte aber wesentlich geringer berücksichtigt wird. Durch die Neuberechnung des Morbiditätsniveaus mit Hilfe des Klassifikationssystems könnte diese Verzerrung verringert bzw. beseitigt werden“³³¹. Dass die MGV nur weiterentwickelt und das Niveau nicht grundsätzlich morbiditätsorientiert neu bestimmt wird, wird jedoch in der Regel eher von Seiten der Ärzteschaft und weniger von den Krankenkassen kritisiert. Dies liegt insbesondere in der Befürchtung begründet, dass eine Neukalkulation der Niveaus auf KV-Ebene in Summe mit einer deutlichen Erhöhung der MGV einhergehen würde.

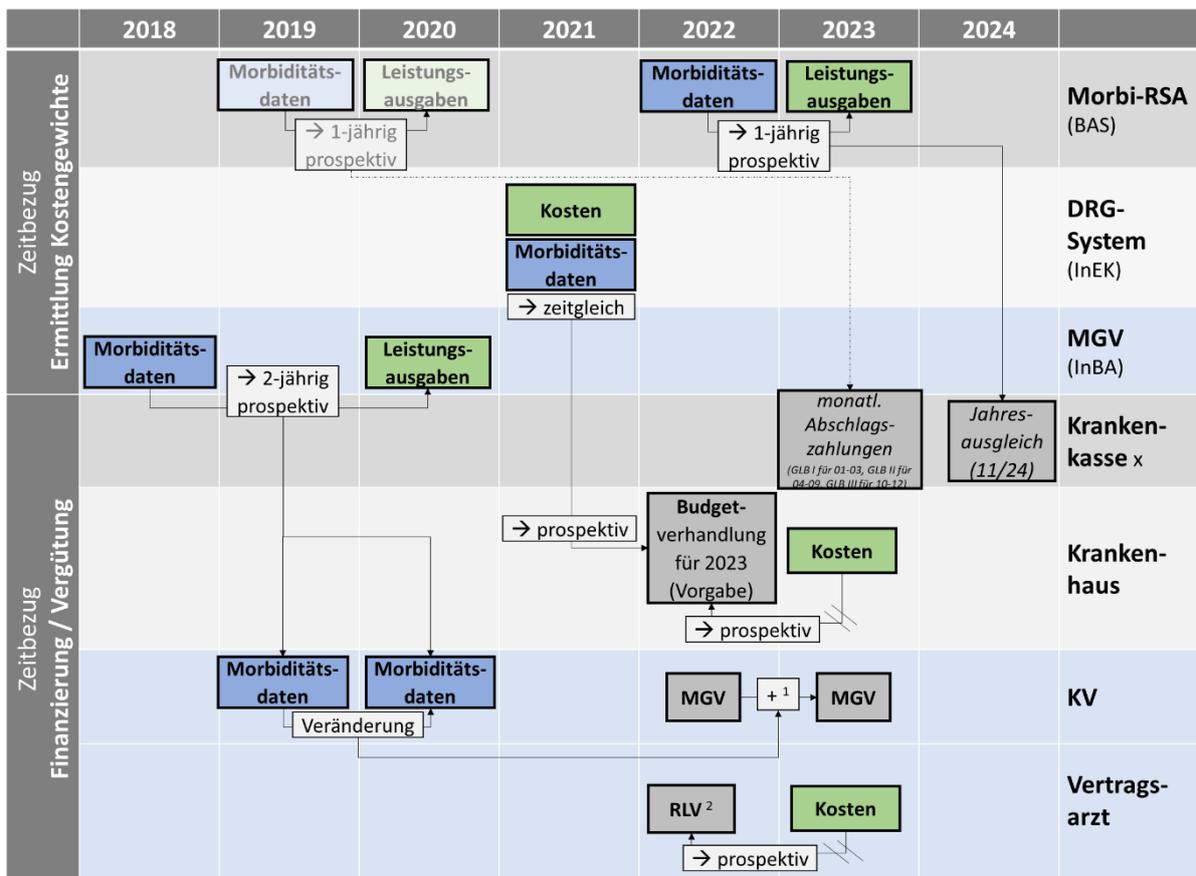
3.4.5 Zeitbezug

Ein weiterer technischer Parameter, in dem sich die drei Modelle unterscheiden, ist der Zeithorizont. Wie in Kapitel 3.2 bereits allgemein für Modelle zur morbiditätsorientierten Ressourcensteuerung beschrieben, werden in diesem Zusammenhang grundsätzlich die Begriffe zeitgleich (im englischen „concurrent“), prospektiv und retrospektiv verwendet. Den nachfolgenden Ausführungen geht zunächst **Abbildung 6** voraus, in der die zentralen Bezüge für das Ausgleichsjahr 2023 dargestellt sind.

³²⁹ Vgl. Demme (2015), S. 8. Dieser Wert stellt den Stand vor dem Wechsel zum Vollmodell dar, sodass für das Ausgleichsjahr 2023 ein höherer Wert wahrscheinlich ist.

³³⁰ $0,5 \times (1 - 0,2935) = \sim 35 \%$; $29,35 \%$ = Anteil der Alters- und Geschlechtsklassen an der ökonomischen Relevanz; vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 216.

³³¹ Drösler et al. (2016), S. 70.



- 1) Dies ist eine vereinfachte Darstellung; für eine detaillierte Erläuterung zur Weiterentwicklung der MGV vgl. Abschnitt 3.3.2.3.
- 2) Die Anwendung von RLV in der Honorarverteilung ist für KVen nicht mehr verpflichtend.

Abbildung 6: Zeitbezug des Finanzierungs- sowie der Vergütungssysteme in der GKV (Ausgleichsjahr 2023)

Quelle: eigene Darstellung.

Beim Morbi-RSA werden Morbiditätsdaten aus der unmittelbaren Vorperiode (hier 2022) mit den Leistungsausgaben des Ausgleichsjahres (2023) in Bezug gesetzt, sodass man von einer prospektiven Ausrichtung spricht. Der Finanzfluss an die Krankenkassen erfolgt in Form von monatlichen Abschlagszahlungen, wobei es zweimal jährlich (im März mit dem Grundlagenbescheid (GLB) II und im September mit dem GLB III) eine Aktualisierung hinsichtlich der veränderten Versichertenstrukturen der Kassen gibt. Für das Regressionsmodell, auf dem die monatlichen Abschlagszahlungen basieren, werden zunächst die Morbiditätsdaten aus dem Jahr 2019 und die Leistungsausgaben aus dem Jahr 2020 verwendet. Erst am 16. November 2024 (bzw. am 16. November 2025 mit dem Korrekturverfahren für den Jahresausgleich) erfolgt dann der Jahresausgleich für das Jahr 2023. In diesem werden dann mit den Morbiditätsdaten

des Jahres 2022 und den Leistungsausgaben des Jahres 2023 die Zuschlagshöhen neu ermittelt.³³²

Für die jährlich aktualisierte Kalkulation der Relativgewichte der DRGs durch das InEK werden Morbiditäts- und Kostendaten aus dem gleichen Jahr (für 2023 aus dem Jahr 2021) herangezogen, sodass man folglich von einer zeitgleichen Ausgestaltung sprechen könnte. Geht man an dieser Stelle noch einen Schritt weiter und bedenkt, dass diese Relativgewichte, die auf Basis der Morbiditäts- und Kostendaten einer vorgelagerten Periode kalkuliert wurden, wiederum für die Vergütung von Leistungen der Krankenhäuser einer nachgelagerten Periode eingesetzt werden, so erkennt man eine prospektive Ausrichtung.

Das DRG-System könnte auch als prospektives Vergütungssystem klassifiziert werden, da die Vergütung eines Krankenhauses ex ante in den prospektiv durchzuführenden Budgetverhandlungen festgelegt wird und somit kein direkter Zusammenhang zwischen Kosten und Vergütung besteht. Allerdings liegt im deutschen DRG-System kein ausschließlich ex ante vereinbartes und somit fixes Budget vor, sondern es besteht eine gewisse Flexibilität, deren Ausgestaltung in Kapitel 3.4.6 erläutert wird.

Für die Weiterentwicklung der MGV für das Jahr 2023 werden im ambulanten Morbiditätsmodell die Morbiditätsdaten aus dem Jahr 2018 mit den Leistungsausgaben des Jahres 2020 in Bezug gesetzt, sodass man von einer zweijährig-prospektiven Ausrichtung sprechen kann. Betrachtet man den gesamten Zeitraum von der Kalkulation der Relativgewichte (Diagnosen aus dem Jahr 2018) bis zur tatsächlichen Weiterentwicklung der MGV (2023), dann stellt man sogar eine Differenz von 5 Jahren fest, wobei eine Inflationsanpassung erfolgt.

Bei der Vergütung des einzelnen Vertragsarztes kommt ein prospektiv festgelegtes „Budget“, wie z.B. das Regelleistungsvolumen³³³, zum Einsatz. Die Ausgestaltung und Abweichungsmöglichkeiten werden in den Abschnitten 3.3.2.2 und 3.4.6 beschrieben.

Mit dem gewählten Zeitbezug der Modelle geht eine andere Berücksichtigung akuter und chronischer Erkrankungen einher. Bei akuten Krankheiten fallen Kosten in der Regel im gleichen Kalenderjahr an, in dem auch die Erstdiagnose erfolgt. Diese weisen jedoch im Folgejahr meist keine Folgekosten auf. Chronische Krankheiten weisen in vielen Fällen hingegen über

³³² Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2023b).

³³³ KVen können von der Budgetierungsform *Regelleistungsvolumen (RLV)* abweichen.

die Jahre sehr ähnliche Kosten auf. Vor diesem Hintergrund liegt bei den prospektiv ausgestalteten Modellen Morbi-RSA und dem Klassifikationsverfahren zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate der Fokus auf chronischen Erkrankungen. Bei der direkten Vergütung von Leistungserbringern ist es hingegen von zentraler Bedeutung auch akute Krankheiten angemessen zu berücksichtigen, um diese wirtschaftlich zu sichern. An dieser Stelle zeigt sich, wie durch die zeitliche Ausgestaltung eines Modells seine Zielsetzung bzw. Funktion unterstützt wird.

3.4.6 Anpassungsmöglichkeiten

Schließlich sollen die Anpassungsmöglichkeiten der Morbiditätsmodelle bzw. des Finanzierungs- oder Vergütungssystems durch das Vorhandensein und die Ausgestaltung eines Schlussausgleichs bzw. vergleichbarer retrospektiver Elemente und die Rolle von Verhandlungen verglichen werden.

Bei der Frage, ob das anfangs festgelegte Budgetvolumen in seiner Höhe retrospektiv noch einmal angepasst wird, gibt es bei Risikostrukturausgleichsmodellen für Versicherer keinen internationalen Konsens: Während in den Niederlanden beim Ausgleich der Risikostrukturen retrospektiv eine Anpassung des Gesamtvolumens erfolgt,³³⁴ behält in Deutschland das vom Schätzerkreis prospektiv festgelegte Volumen im Morbi-RSA Gültigkeit (Inflation entsprechend berücksichtigt).

Die Vergütung eines Krankenhauses wird in den (theoretisch) prospektiv durchzuführenden Budgetverhandlungen festgelegt (§ 11 Abs. 1 S. 2 KHEntG). Zur Begrenzung des Anreizes zur Ausweitung der Fallzahl wurde im DRG-System der Fixkostendegressionsabschlag eingeführt, der auf neu verhandelte Leistungen einen Vergütungsabschlag von 35 % über drei Jahre vorsieht (§ 4 Abs. 2a KHEntG).³³⁵ Allerdings liegt im DRG-System kein ausschließlich ex ante vereinbartes Budget vor, sondern es besteht eine gewisse Flexibilität durch die Möglichkeit der Generierung von Mehr- und Mindererlösen, was jedoch durch, dem Krankenhaus bereits bei Verhandlung des Budgets bekannte und bundesweit einheitliche, Mehr- und Mindererlösausgleiche eingedämmt werden soll (§ 4 Abs. 3 KHEntG).³³⁶

³³⁴ Vgl. van Kleef et al. (2018), S. 410 ff.

³³⁵ § 4 Abs. 2a S. 2 KHEntG definiert Tatbestände, bei denen der Abschlag nicht (Nr. 1) bzw. nur zur Hälfte (Nr. 2) anzuwenden ist.

³³⁶ Eine detaillierte Beschreibung der Anpassungsmöglichkeiten im stationären Vergütungssystem kann Abschnitt 3.3.3.3 entnommen werden.

Die Höhe der MGV wird prospektiv vereinbart und als vereinbarte Gesamtsumme mit befreiender Wirkung von den Kassen an die KVen gezahlt (§ 87a Abs. 3 S. 1 SGB V). Bei der ambulanten Gesamtvergütung ist retrospektiv jedoch eine Anpassung des Gesamtbudgets aufgrund eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, z.B. aufgrund einer schweren Grippeepidemie, möglich (§ 87a Abs. 3 S. 4 SGB V). Diese Anpassungsmöglichkeit setzt an der Bedeutung der Abbildung akuter Erkrankungen in der Vergütung von Leistungserbringern an, die in Kapitel 3.4.5 bereits angeführt wurde.

Innerhalb des i.d.R. verwendeten RLV zur Vergütung eines Vertragsarztes wird eine praxisbezogene Honorarsumme festgelegt, bis zu der die Preise der Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Für darüber liegende Leistungen werden dem Vertragsarzt jedoch nur abgestaffelte Preise vergütet. Hier zeigt sich eine Parallelität zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen im DRG-System, deren Höhe dem Krankenhaus jedoch vorab bekannt ist. Diese Parallelität gilt auch für die prospektive Festlegung der Höhe des Budgets. So soll im stationären Bereich die geplante Ausweitung von Leistungen durch den Fixkostendegressionsabschlag und im ambulanten Bereich durch einen abgestaffelten Fallwert (sobald die prozentuale Erhöhung der Fallzahl eine festgelegte Grenze überschreitet) bei der RLV-Ermittlung begrenzt werden.

Der zweite Aspekt beim Schlussausgleich ist die Frage, ob die Gewichte der einzelnen Morbiditätsgruppen retrospektiv anhand der aktuellen Zahlen noch einmal neu berechnet werden. Auch dies wird international in Risikostrukturausgleichsmodellen nicht einheitlich gehandhabt: Während in Deutschland die Risikogewichte des Morbi-RSA retrospektiv neu berechnet werden (allerdings bei stabilem Gesamtausgabenvolumen), werden die Gewichte in den Niederlanden lediglich linear an das tatsächlich festgestellte Ausgabenvolumen angepasst.³³⁷

Bei der Ermittlung der Relativgewichte für die DRGs sowie der Berechnung der Veränderungsrate zur Weiterentwicklung der MGV erfolgt keine Rekalibrierung der Gewichte.

Die Morbiditätsmodelle sind jeweils in Finanzierungs- und Vergütungssysteme eingebettet, in welchen auch Verhandlungen eine Rolle spielen können. Der Stellenwert solcher Verhandlungen ist entscheidend bei der Frage, welche unmittelbare Wirkung die Morbiditätsmodelle auf die Finanzierung bzw. Vergütung der Akteure entfalten können.

³³⁷ Vgl. van Kleef et al. (2018), S. 410 ff.

Bei der Weiterentwicklung der MGV spielen Verhandlungen eine entscheidende Rolle. Dabei wird auf regionaler Ebene über die Gewichtung von demografischer und diagnosebezogener Veränderungsrate, die vom InBA für jede KV ermittelt wurden, zwischen KV und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich verhandelt. In diesen Verhandlungen ist das Ergebnis der morbiditätsgestützten Berechnung von Veränderungsrate der ambulanten Gesamtvergütung nur ein Aspekt und hat so nur mittelbar Einfluss auf tatsächliche Zahlungsströme. In der Regel wird eine 50:50 Verteilung der diagnosebezogenen und demografischen Rate zur Bestimmung des finalen Wertes angesetzt. An dieser Stelle wird auch deutlich, warum eine Rekalibrierung im Morbiditätsmodell wenig Sinn macht, da sich die endgültigen Werte im vertragsärztlichen System durch Verhandlungen ergeben und die Morbiditätsberechnungen nur eine Art Orientierung geben.

Bei der Vergütung von Krankenhäusern legen die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG unter Beachtung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses die Leistungsstruktur und das Budget des Krankenhauses in sogenannten Budgetverhandlungen fest. Vertragsparteien sind der Krankenhausträger sowie die Krankenkassen, auf die allein oder im Verband im vorangegangenen Jahr mindestens fünf Prozent der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfielen. Die Verhandlung des Mengengerüsts in den Budgetverhandlungen hat aufgrund möglicher Ab- und Zuschläge bei Unter-/Übererfüllung der vereinbarten Mengen, einen hohen Stellenwert. Zudem werden LBFW, also die Preiskomponente im Vergütungssystem, auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den Landeskrankenhausesgesellschaften verhandelt. Aufgrund der von 2010 bis 2021 vorgeschriebenen Konvergenz der LBFW hin zu einem vorgegebenen Korridor um einen einheitlichen Bundesbasisfallwert wird in einigen Ländern aufgrund der Konvergenz-Vorgaben praktisch nicht mehr verhandelt.

Bei den RSA-Zahlungsflüssen sind Verhandlungen überhaupt nicht im System vorgesehen.

3.5 Qualitative Analyse von Anreizwirkungen der Modelle für die Kodierung von Morbiditätsindikatoren

Nach dem Vergleich der drei Morbiditätsmodelle auf den unterschiedlichen Ebenen der Ressourcensteuerung im deutschen Gesundheitssystem soll im Folgenden eine qualitative Ana-

lyse von Anreizwirkungen am Beispiel der Kodierung von Morbiditätsindikatoren erfolgen. Dabei steht eine befürchtete (indirekte) Einflussnahme von Versicherern auf Leistungserbringer im Fokus der Diskussion. Zur Visualisierung möglicher Anreizwirkungen zwischen den Systemen dient die folgende **Abbildung 7**.

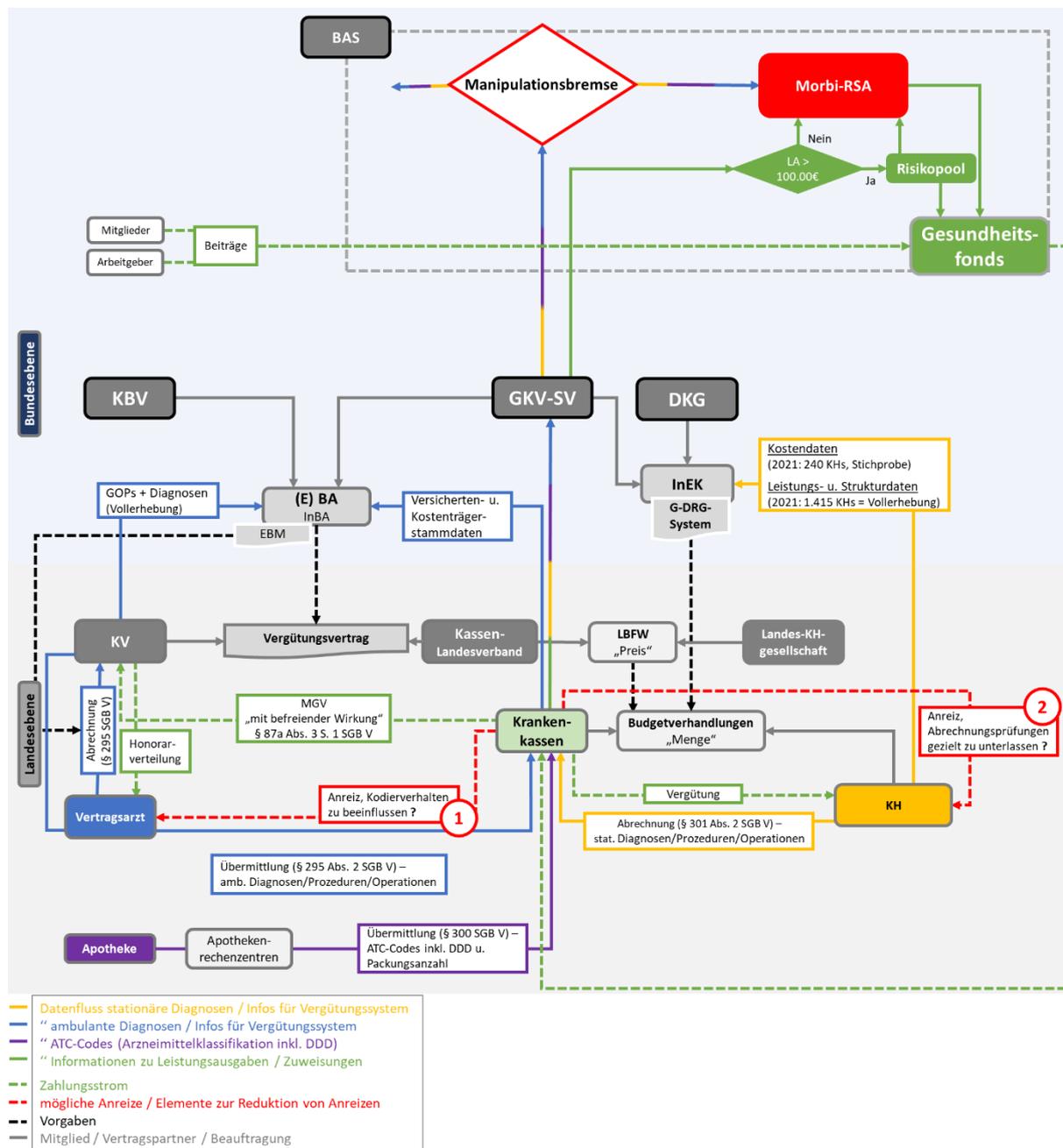


Abbildung 7: Fluss der Diagnose- und Abrechnungsdaten zwischen den Vergütungssystemen und dem Finanzierungssystem in der GKV

Quelle: eigene Darstellung.

Betrachtet man den Fluss der Diagnose- und Abrechnungsdaten in **Abbildung 7**, so wird deutlich, dass Krankenkassen einerseits Empfänger von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und andererseits Datenlieferanten sind, wobei diese Daten wiederum der Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zugrunde liegen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach einem möglichen Anreiz für Krankenkassen, das Kodierverhalten der vertragsärztlichen Leistungserbringer zu beeinflussen, um durch eine detailliertere Kodierung von Morbiditätsindikatoren höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten (siehe roter Kasten mit Nr. 1). Dafür müsste es der Kasse gelingen, die Leistungserbringer so zu beeinflussen, dass sie in ihrem Sinne Up-/Rightcoding betreiben, was bei in der Regel nicht gleichgerichteten Anreizen mit Schwierigkeiten verbunden sein könnte. Insbesondere solche Kodiervariationen liegen im Interesse der Krankenkassen, die die Zuordnung eines Versicherten zu einer höher hierarchisierten Morbiditätsgruppe auslösen könnten. Aber auch eine kontinuierliche Kodierung ist wichtig, da es aufgrund des M2Q-Kriteriums (mindestens zwei Quartale) für die Zuordnung zu manchen HMGs ausschlaggebend ist, dass eine Diagnose mindestens in zwei Quartalen kodiert wurde. Im ambulanten Morbi-Modell kommt das M2Q-Kriterium hingegen nicht zum Einsatz, sodass KVen nicht den Anreiz hätten, Vertragsärzte auf eine kontinuierliche Kodierung chronischer Erkrankungen hinzuweisen. Es wäre also denkbar, dass sich für einen Versicherten das Volumen in der MGV erhöht (erhöhte Leistungsausgaben der Krankenkassen), dies im Morbi-RSA allerdings folgenlos bliebe (unveränderte Zuweisungen der Krankenkassen). Der Anreiz einer KV als Vertretung der Vertragsärzte könnte jedoch dahingehend gerichtet sein, den „Kuchen“ zu vergrößern, sodass diese über gezielte Informationen eine detaillierte Kodierung forcieren könnte. Nicht gleichgerichtet sind die Anreize der Beteiligten in diesem Zusammenhang jedoch, da insbesondere Vertragsärzte in der Regel kein wirtschaftliches Interesse daran haben, ausgesprochen detailliert zu kodieren, da bspw. in der hausärztlichen Versorgung Leistungen grundsätzlich durch Quartalspauschalen vergütet werden, die durch eine Mischkalkulation, die sowohl leichte Fälle mit geringer als auch schwere Fälle mit höherer Leistungsintensität berücksichtigt, bemessen wurden. Für den Hausarzt ist es egal, ob er bspw. bei Fällen mit höherer Leistungsintensität auch jede einzelne Leistung kodiert, da damit in der Regel keine Erlössteigerungen einhergehen. Eine Ausnahme stellen hier jedoch die Chronikerpauschalen (GOP 03220 bis 03222) dar, die die Kodierung gesicherter chronischer Diagnosen voraussetzen.

Die vom Arzt kodierten Diagnosen werden von den KVen nicht nur den Krankenkassen übermittelt, die diese dann über den GKV-Spitzenverband an das BAS für die Umsetzung des Morbi-RSA weiterleiten, sondern auch dem InBA, welches diese zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate zur Weiterentwicklung der MGV nutzt. Das heißt, auch hier hätte eine mögliche Einflussnahme der Krankenkassen Auswirkungen. Dass es sich dabei nicht nur um einen theoretischen, sondern um einen in der Praxis durchaus relevanten Zusammenhang handelt, zeigen bereits Beschlüsse zur diagnosebezogenen Veränderungsrate des Bewertungsausschusses Ärzte, in denen sehr hohe Zuwachsraten spezifischer Diagnosen aufgegriffen wurden. So wurde im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung (2017) darauf hingewiesen, dass in den Beratungen zu den diagnosebezogenen Veränderungsrate in Bremen (+1,98 %) und im Saarland (+1,87 %) außergewöhnliche Prävalenzänderungen (Durchschnitt der anderen 15 KVen lag bei +0,71 %) aufgefallen sind. Vor diesem Hintergrund empfahl der Bewertungsausschuss den Partnern der Gesamtverträge in Bremen und im Saarland, die diagnosebezogene Veränderungsrate im Verhältnis zur demografiebezogenen Veränderungsrate geringer zu gewichten.

Die durch Einflussnahme bewirkte inkrementelle Zuweisungserhöhung sollte aus Sicht einer Krankenkasse größer sein als eine damit gegebenenfalls einhergehende inkrementelle Ausgabenerhöhung. An dieser Stelle kommt Krankenkassen aber die Tatsache zugute, dass höhere Zuweisungen bei den eigenen Versicherten aus dem Gesundheitsfonds durch eine Einflussnahme des ärztlichen Kodierverhaltens der einzelnen Krankenkasse in voller Höhe zukommen, während die gegebenenfalls höheren Zuwachsraten in der MGV ceteris paribus von allen Krankenkassen im KV-Bezirk kollektiv getragen werden. Gestaltet sich die Einflussnahme einzelner Krankenkassen also unterschiedlich, so können daraus Verzerrungen im Wettbewerb resultieren.

Aufgrund der nicht vollständig gleichgerichteten Anreize im Kollektivvertragssystem ist es naheliegend, dass Krankenkassen bspw. Selektivverträge nutzen, in denen Vergütungen für Diagnosen gezahlt werden, um vorteilhafte Effekte im Morbi-RSA zu forcieren. Dieser Anreiz wird für Krankenkassen durch die Tatsache verstärkt, dass die in Selektivverträgen kodierten Diagnosen grundsätzlich nicht bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

im ambulanten Morbi-Modell berücksichtigt werden³³⁸, sondern nur in den Morbi-RSA eingehen. Dies wiederum führt dazu, dass ein Anstieg kodierter Diagnosen insoweit nur mit positiven Effekten assoziiert ist und nicht mit dem (wenn auch kollektiv von allen Krankenkassen im KV-Bezirk getragenen) negativen Effekt höherer Zuwachsraten der MGV einhergeht.

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Einflussnahme von Krankenkassen auf Leistungserbringer sind methodisch nur schwierig umzusetzen, sodass eindeutige Ergebnisse kaum zu finden sind. Gaßner et al. (2010) stellen zwar einen Diagnoseanstieg im ersten Jahr des Morbi-RSA fest, sehen aber gleichzeitig einen noch stärkeren Anstieg von Diagnosen vor seiner Einführung. Außerdem umfasst dieser Diagnoseanstieg auch Diagnosen, welche nicht in die für den RSA gemessene Morbidität eingehen. Die Autoren ziehen multiple Gründe für den beobachteten Diagnosezahlanstieg in Erwägung: Eine Änderung der Versichertenstruktur wird weitgehend verworfen. Verbesserte diagnostische Möglichkeiten könnten für einen Teil des Anstiegs verantwortlich sein. Eine Änderung im Kodierverhalten wird genauer analysiert. Der Anstieg der Fallzahlen ist bezogen auf die Morbiditätsgruppen sehr heterogen. Die 10 Krankheitsgruppen mit dem stärksten Anstieg von 2007 auf 2008 zeigen fast ausnahmslos einen kontinuierlichen Anstieg von 2006 über 2007 auf 2008. Eine Ausnahme bilden die Morbiditätsgruppen „Diabetes mit renalen Komplikationen“ und „Dialysestatus“, die vom letzten Quartal 2008 auf das erste Quartal 2009 sprunghaft angestiegen sind. Aus mehreren Gründen, unter anderem, da die Höhe des Zuschlags trotz Mengenausweitung weitgehend gleichgeblieben ist und das Phänomen bei allen Kassen zu beobachten war, gehen die Autoren im Fall des Dialysestatus eher von einem „Right-Coding“ als von einem „Up-Coding“ aus. Als weiterer Erklärungsansatz wird eine datentechnische Vervollständigung der Erfassung diskutiert. Die Autoren sehen starke Indizien dafür, u.a. stellen sie den stärksten Diagnoseanstieg bei den Kassen mit der geringsten Morbidität fest. Die Autoren sehen keine einfache Erklärung für den Anstieg der Diagnosezahlen, sondern vielmehr eine Vielzahl von Einzeleffekten und abgesehen von dem Sonderfall „Dialysestatus“ keinen Zusammenhang mit der Einführung des Morbi-RSA. Sie gehen davon aus, dass bei einem nicht vorab gedeckelten Gesamtvolumen des RSA

³³⁸ Vgl. Entscheidung des 40. EBA am 25. Juni 2014. Eine Ausnahme stellt die Berücksichtigung von SV-Teilnehmern in den KV-Bezirken Bayern und Baden-Württemberg dar, die ausschließlich als Teilnehmer in Selektivverträgen nach § 73b SGB V (hausarztzentrierte Versorgung) gekennzeichnet sind. Für diese werden jedoch ausschließlich nicht-hausärztliche Diagnosen für die separate Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate für SV-Teilnehmer in den KV-en herangezogen; vgl. dazu die Ausführungen in Abschnitt 3.3.2.3.

eine erheblich größere Auswirkung auf das morbiditätsorientierte Vergütungssystem zu erwarten wäre.³³⁹ Bauhoff et al. (2017) stellen einen Anstieg der validierten Diagnosen um 3 bis 4 Prozentpunkte zwischen 2008 und 2013 fest und führen diesen zum einen auf eine Verlagerung von nicht validierten zu validierten Diagnosen und zum anderen auf eine Zunahme der Anzahl solcher Diagnosen zurück. Den Krankenkassen sei es gelungen, die Kodierungspraxis der Ärzte in einer Weise zu beeinflussen, die zu höheren Zahlungen führen könnte.³⁴⁰

Mit dem GKV-FKG (2020) wurden Regelungen beschlossen, die auf die Reduzierung oder den Ausgleich einer möglichen Beeinflussung des ärztlichen Kodierverhaltens durch Krankenkassen abzielen sollen.

So wird seit 2021 im Morbi-RSA eine „Manipulationsbremse“ eingesetzt, nach der die 10 % der Risikogruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten identifiziert werden. Aus dieser Gruppe schließt das BAS die Risikogruppen mit dem höchsten Zuweisungsvolumen aus; maximal jedoch 5 % aller Risikogruppen. Für den GKV-Spitzenverband ist zudem die Möglichkeit vorgesehen, dem BAS mit Begründung Risikogruppen zu nennen, bei denen medizinische oder diagnostische Gründe einen möglichen überdurchschnittlichen Anstieg der Risikogruppenbesetzung bedingen (§ 19 RSAV). Der automatische Ausschluss von Krankheiten mit hohen Prävalenzänderungen wird kritisch diskutiert, da es durch die Streichung der HMGs zu einer Umverteilung der frei werdenden Mittel auf die übrigen Variablen kommt, sodass ein Teil dieser Mittel auch über die AGGs verteilt wird, was mit einem Abbau der Morbiditätsorientierung und einem Beitrag zu weiteren Überzahlung Gesunder einhergehen würde.³⁴¹ Außerdem wurden die Krankenkassen als Berater von Vertragsärzten zu Fragen der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen ausgeschlossen (§ 305a Abs. 1 S. 1 SGB V). Das im Gesetzesentwurf zunächst vorgesehene Verbot, Vergütungen für Diagnosen im Rahmen von Selektivverträgen zu zahlen, wurde nicht umgesetzt. Hintergrund dieser Streichung war die Einschätzung, dass es auch in Strukturverträgen analog zum Vorgehen im EBM Abrechnungspositionen geben müsse, die die Kodierung bestimmter Diagnosen voraussetzen.³⁴² Schließlich ist noch der bereits angeführte Übergang zum Vollmodell zu nennen, der ebenfalls an dieser „Problematik“ ansetzt, da damit eine Erhöhung der Kosten-Nutzen-Relation von entsprechenden Aktivitäten für Krankenkassen durch niedrigere Beträge der Zuweisungen für einzelne Erkrankungen

³³⁹ Vgl. Gaßner et al. (2010).

³⁴⁰ Vgl. Bauhoff et al. (2017).

³⁴¹ Vgl. Wasem/Buchner (2019), S. 3.

³⁴² Vgl. Bundesärztekammer (2019), S. 7.

wahrscheinlich ist (und auch für die überwiegende Zahl der HMGs beobachtet wurde); zumal bei besonders teuren Erkrankungen durch den Risikopool ebenfalls eine Reduktion der Zuweisungen über die entsprechenden HMGs bewirkt wird.

Im stationären Bereich geht eine möglichst detaillierte Kodierung mit einer optimierten Erlössituation für das Krankenhaus einher. In diesem Zusammenhang wurde 2014 von Ballesteros-Kracher untersucht, ob eine bewusste Unterlassung der Krankenhausabrechnungsprüfung durch eine Kasse aufgrund paralleler Anreizwirkungen zu Einsparungen für die Krankenkasse führt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass dies in der Regel kontraproduktiv wäre. Dies liegt u. a. an der Prospektivität des Modells – und damit an der Beschränkung auf chronische Krankheiten – sowie an der Unsicherheit bezüglich eines möglichen Krankenkassenwechsels des Versicherten und der Hierarchisierung des Modells. In einigen speziellen Fällen könnten geringe Gewinne erzielt werden, die aber einerseits unsicher sind und andererseits eine Größenordnung haben, die aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen heraus keine Konzentration auf dieses Vorgehen rechtfertigen.³⁴³ Hinzu kommt, dass die einzelne Kasse, anders als im ambulanten System, den Ausgabeneffekt für Upcoding hier alleine tragen muss.

Betrachtet man abschließend die Anreize zur detaillierten Erfassung verordneter Arzneimittel, fallen Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Vergütungssystem auf. Im Morbi-RSA dienen einige Arzneimittel zur Schweregraddifferenzierung sowie als Aufgreifkriterium für die Zuordnung zu bestimmten HMGs. Dabei ist die detaillierte Kodierung für Krankenkassen zentral, da zur Ermittlung der Behandlungstage die definierte Tagesdosis je Packung mit der Anzahl der verordneten Packungen multipliziert wird. In der stationären Vergütung sind die meisten Arzneimittel (Ausnahme Zusatzentgelte für besonders teure/seltene Arzneimittel) aus den Fallpauschalen zu bezahlen, sodass eine detaillierte Erfassung verabreichter Arzneimittel – zumindest zur Erlössteigerung – nicht erforderlich ist (aus haftungsrechtlicher Sicht könnte sich das anders darstellen). Im ambulanten Bereich erfolgt indes eine detaillierte Erfassung aller verordneter und verschreibungspflichtiger Arzneimittel, da die Übermittlung der entsprechenden ATC-Codes durch die Apothekenrechenzentren erfolgt.

³⁴³ Vgl. Ballesteros Kracher (2010).

3.6 Diskussion und Schlussfolgerungen

Betrachtet man die multiple Morbiditätsorientierung im deutschen Gesundheitssystem, drängt sich die Frage auf, ob für die morbiditätsorientierte Ressourcensteuerung drei unterschiedliche und in ihrer Ausgestaltung stark voneinander abweichende Morbiditätsmodelle benötigt werden. In diesem Zusammenhang stellt beispielsweise Felder (2009) die These auf, dass die Verwendung von ein und demselben Klassifikationssystem für die Schätzung der Entwicklung der ambulanten Vergütungsvolumina und die Vergütung der Krankenkassen möglich wäre, sowie Kosten bei der Aktualisierung des Systems sparen und für mehr Transparenz sorgen würde.³⁴⁴

Krankenkassen erhalten für ihre Versicherten im Rahmen des Morbi-RSA weitgehend morbiditätsorientierte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die sie prinzipiell in die Lage versetzen, die Leistungserbringer auch morbiditätsorientiert vergüten zu können. Im rechtlichen Sinne besteht jedoch keine direkte Verknüpfung zwischen dem Morbi-RSA und den Vergütungssystemen in der GKV.

In der vergleichenden Analyse der Modelle wurde deutlich, dass die Morbiditätsorientierung in den einzelnen Bereichen unterschiedlich (stark) ausgeprägt und in unterschiedlicher Form umgesetzt ist. So sind die Zuweisungen einer Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds sehr viel stärker morbiditätsorientiert als ihre Ausgaben in Form von Vergütungen an Leistungserbringer insbesondere im vertragsärztlichen Bereich. Durch die Umstellung des Morbi-RSA auf ein Vollmodell wird seit 2021 eine weiter zunehmende Morbiditätsorientierung in den Zuweisungen der Krankenkassen erzeugt. Der geringe Anteil direkter Morbiditätsparameter im ambulanten Modell (ca. 35 %³⁴⁵) hängt primär damit zusammen, dass zur Weiterentwicklung der MGV in der Regel eine 50/50-Gewichtung der demografischen und diagnosebezogenen Rate vorgenommen wird, wobei in beiden Raten die Demografie berücksichtigt wird; so beträgt der Anteil der Alters- und Geschlechtsklassen an der ökonomischen Relevanz allein in der diagnosebezogenen Rate schon 30,5 %. Hinzu kommt im ambulanten Modell, dass damit lediglich Veränderungsrate zur Weiterentwicklung der MGV berechnet werden und das Niveau nicht grundsätzlich morbiditätsorientiert neu bestimmt wird. Dies wird jedoch in der Regel eher von

³⁴⁴ Vgl. Felder (2009).

³⁴⁵ $0,5 * (1 - 0,2935) = \sim 35 \%$; $29,35 \%$ = Anteil der Alters- und Geschlechtsklassen an der ökonomischen Relevanz; vgl. Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022), S. 216.

Seiten der Ärzteschaft (wobei auch hier regional sehr unterschiedlich und wesentlich stärker in östlichen KV-Regionen mit deutlich höherer Morbidität) und weniger von den Krankenkassen kritisiert, was vermutlich mit der Befürchtung zusammenhängt, dass eine Neukalkulation der Niveaus auf KV-Ebene in Summe mit einer deutlichen Erhöhung der MGV einhergehen würde. Die weniger starke Morbiditätsorientierung im ambulanten Bereich wird auch daran deutlich, dass mehr als ein Drittel (2017 ca. 34 %³⁴⁶) der Ausgaben nicht zur MGV gehören, sondern extrabudgetär nach der erbrachten Leistungsmenge vergütet werden und damit nicht mit dem ambulanten Modell morbiditätsorientiert weiterentwickelt werden.

Der Anteil an der MGV, den eine einzelne Krankenkasse wiederum an eine KV zu zahlen hat, wird durch deren Anteil an der Menge der durch ihre Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen (MGV-Punkte) des Vorjahres bestimmt. Diese nicht morbiditätsorientierten Kopfpauschalen, die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die KVen zahlen, können dann zu Verwerfungen im Wettbewerb führen, wenn der RSA die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen angemessen ausgleicht, sodass es, überspitzt ausgedrückt, zu Situationen kommen könnte, in denen die Ausgaben einer Krankenkasse in Relation zu einer anderen Krankenkasse geringer sein könnten, als der im Risikostrukturausgleich ermittelte Morbiditätsunterschied zwischen den Krankenkassen. Allerdings sollte einschränkend darauf hingewiesen werden, dass sich dies nur auf die Ausgabenunterschiede beziehen kann, die mit dem Morbi-RSA erklärt werden, wobei ohne Risikopool ca. 70 % der Ausgabenunterschiede nicht durch das verwendete Morbi-Modell erklärt werden und mit Risikopool nur noch 40 % nicht erklärt werden.

Eine morbiditätsorientierte Steuerung von Ressourcen im Gesundheitswesen soll die Voraussetzungen für eine faire, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung im Zusammenspiel von Versicherern und Leistungserbringern schaffen. Das bedeutet aber nicht, dass dafür auch die gleichen technischen Details in der Ausgestaltung der Systeme sinnvoll sind, da stets das damit verbundene Ziel berücksichtigt werden muss. Wie bereits erläutert, ist zentrales Ziel im RSA, Anreize zur Risikoselektion für Krankenkassen zu reduzieren. Mit diesem Ziel geht auch der gewählte Zeitbezug im Morbi-RSA einher. Hintergrund ist, dass eine Krankenkasse Risikoselektion vorwiegend in Bezug auf chronische Erkrankungen betreiben kann, da Akutereignisse eher dem Zufall unterliegen. So führt der prospektive Zeitbezug im

³⁴⁶ Vgl. Greiner et al. (2019), S. 22.

Morbi-RSA dazu, dass der Fokus auf chronischen Erkrankungen liegt, da chronische Erkrankungen in vielen Fällen über die Jahre sehr ähnliche Kosten aufweisen, wohingegen bei akuten Krankheiten Kosten in der Regel nicht im Folgejahr anfallen. Vor diesem Hintergrund ist eine Unterdeckung von Akutkrankheiten im RSA, wie etwa eine Deckungsquote von nur 27% für akuten Myokardinfarkt, kein Zeichen für eine unzureichende Steuerungswirkung, sondern Folge der primären Zielsetzung, Anreize zur Risikoselektion zu reduzieren.³⁴⁷ Die Aufgabe von Vergütungssystemen ist dagegen eine andere und daher ist auch eine andere Ausgestaltung der morbiditätsorientierten Ressourcensteuerung in diesem Zusammenhang notwendig. Aus Sicht der Leistungserbringer ist eine Vergütung von Akutkrankheiten, wie etwa dem akuten Myokardinfarkt, mit einer Deckungsquote von nur 27% nicht praktikabel und nicht akzeptabel. Auch bei den zu berücksichtigenden Diagnosen begründet die sich unterscheidende inhaltliche Ausrichtung der Modelle Unterschiede zwischen den Modellen. So berücksichtigt das Morbi-Modell des InBA nur ambulante Diagnosen und das DRG-System nur stationäre Diagnosen, während in den RSA ambulante und stationäre Diagnosen einfließen.

Bei der Weiterentwicklung morbiditätsorientierter Systeme werden die beteiligten Akteure weiterhin an der technischen Ausgestaltung eines „optimalen“, an der Morbidität orientierten, Ressourcenallokationssystems arbeiten müssen. Was dabei als „optimal“ eingestuft werden kann, wird sich jedoch je nach Einsatzgebiet und Gesamtsystem unterscheiden. Finanzierungs- und Vergütungssysteme können jedoch immer nur die Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb und eine qualitativ hochwertige Versorgung schaffen und sollten nicht mit Erwartungen überladen werden, da sie stets in das Gesamtsystem eingebettet gesehen werden müssen.

³⁴⁷ Vgl. Göppfarth (2013), S. 13.

4. Analyse der „Balance of Fit“ in der versichertenindividuellen Vorhersagekraft des Morbi-RSA zwischen Leistungsbereichen

4.1 Hintergrund

Um zu messen, wie gut die morbiditätsorientierten Zuweisungen für einen Versicherten seine Ausgaben decken, ist es üblich, das Bestimmtheitsmaß (R^2) des Regressionsmodells zu berechnen. Dies wird auch als „Fit“ bezeichnet. Wenn sich die Messung des Fit nicht nur auf ein Regressionsmodell bezieht, sondern auch Zuweisungen aus Risikoteilungselementen (z.B. aus einem Risikopool) einschließt, wird auch der Begriff Pseudo- R^2 verwendet. Dies wird durch eine Verallgemeinerung der Formel für R^2 erfasst. Darüber hinaus wird zunehmend auch das CPM verwendet, bei dem es sich um eine lineare Version von R^2 handelt, die durch die Verwendung absoluter Abweichungen weniger ausreißeranfällig ist. Die Formel des CPM kann ebenfalls zu einem „Pseudo-CPM“ verallgemeinert werden.³⁴⁸

Was aber, wenn das verwendete Risikostrukturausgleichsverfahren die Ausgaben für verschiedene Leistungsbereiche (z.B. Ausgaben für ambulante Versorgung, für stationäre Versorgung, für Arzneimittel, für Dialyse) mit unterschiedlicher Genauigkeit vorhersagt und somit ein Ungleichgewicht des Fit zwischen Leistungsbereichen besteht? Ein solches Ungleichgewicht des Fit in verschiedenen Leistungsbereichen kann zu unerwünschten Verzerrungen führen. Wenn der Fit in einem Leistungsbereich viel besser ist als in einem anderen, so könnte man (ohne Berücksichtigung weiterer ggf. bestehender Einflussfaktoren) annehmen, dass Krankenkassen ihre Versicherten in den Bereich mit dem besseren Fit steuern, da risikoaverse Krankenkassen die geringere Restvarianz bevorzugen würden.

Zur Beantwortung dieser Frage wird in dieser Analyse der 2016 von Geruso und McGuire veröffentlichte Artikel über "Tradeoffs in the design of health plan payment systems: fit, power and balance" als Referenz herangezogen und weiterentwickelt.³⁴⁹ Geruso und McGuire führen das Konzept von „Fit, Power and Balance“ ein. Während Fit wie eingangs bereits thematisiert

³⁴⁸ Für eine Diskussion der zahlreichen Ansätze zur Bestimmung des Fit in Risikoadjustierungsmodellen vgl. van Veen et al. (2015).

³⁴⁹ Vgl. Geruso/McGuire (2016).

beschreibt, wie gut die Risikoausgleichszahlungen an die Krankenkassen deren Kosten abbilden, misst „Power“ den marginalen Effekt in den Zuweisungen aufgrund von marginalen Änderungen in den Ausgaben aus der Perspektive einer einzelnen Krankenkasse. „Balance“ bewertet die Unterschiede in der Power zwischen verschiedenen Leistungsbereichen. In diesem Kapitel wird dieses Konzept weiterentwickelt, indem die Balance auf Basis des Fit zwischen den Hauptleistungsbereichen (HLBs) im deutschen Gesundheitssystem berechnet wird, um die Auswirkungen auf das Verhalten von Krankenkassen zu analysieren. Es soll also eine neue Maßzahl zur Bewertung von Gesundheitssystemen entstehen: die „Balance of Fit“.

Da das in Deutschland angewandte Risikoausgleichsmodell im Jahr 2021 umfassend reformiert wurde (für detaillierte Informationen siehe Abschnitt 2.3), wird diese Analyse vergleichend für die folgenden Modelle des deutschen Risikostrukturausgleichssystems durchgeführt:

Der in der GKV eingesetzte Morbi-RSA berücksichtigte in seiner Ausgestaltung ab 2009 neben Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung auch eine Auswahl von in der Regel 80 teuren, schweren und/oder chronischen Krankheiten. Das Modell für das Ausgleichsjahr 2020 umfasste 231 HMGs, 40 AGGs und 6 EMGs. Zur Berechnung der Zuweisungen an die Krankenkassen wird eine Kleinst-Quadrate-Regression auf individueller Ebene durchgeführt, gewichtet mit dem Anteil des Jahres, in dem die Person in der Krankenkasse versichert ist. Die Einbeziehung der unabhängigen Variablen erfolgt in Form von Dummy-Variablen.³⁵⁰ Hierbei handelt es sich um das **Modell A** in dieser Analyse.

Mit dem GKV-FKG (2020) erfolgte ab dem Ausgleichsjahr 2021 eine Umstellung auf ein sogenanntes "Vollmodell" und somit eine Abschaffung der bis dahin geltenden Krankheitsauswahl. Dadurch erhöhte sich die Zahl der HMGs im Ausgleichsjahr 2021 auf 495. Das Modell umfasst weiterhin 40 AGGs.³⁵¹ Außerdem wurden mit demselben Gesetz die EMGs abgeschafft und RGGs eingeführt. Jedem Versicherten werden seitdem anhand der ersten fünf Stellen des amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssels seines Wohnortes im Ausgleichsjahr bis zu 10 RGGs (im AJ 2021:

³⁵⁰ Für weitere Informationen zur Ausgestaltung des deutschen Morbi-RSA bis 2021 vergleiche 2.3.

³⁵¹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020b).

maximal acht) zugeordnet.³⁵² Die aktuelle Ausgestaltung des Morbi-RSA für das Ausgleichsjahr 2021 repräsentiert **Modell B** in dieser Analyse.

Im Jahr 2021 wurde außerdem der Risikopool (wieder) eingeführt, um den Morbi-RSA zu ergänzen.³⁵³ Das vollständige Risikostrukturausgleichssystem aus Risikopool und Morbi-RSA stellt **Modell C** dar. Dieses Modell nimmt jedoch eine Sonderstellung ein, da es für dieses nicht möglich ist, die Balance of Fit zu berechnen. Dies liegt daran, dass die Zuweisungen aus dem Risikopool zunächst auf individueller Ebene ermittelt und dann von den gesamten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben des jeweiligen Versicherten abgezogen werden. Damit kann Modell C nicht ohne größere Ungenauigkeiten als Grundlage für die Ermittlung der *Balance of Fit* herangezogen werden, da unklar ist, von welchen Hauptleistungsbereichen die vom Pool erstatteten Ausgaben abgezogen werden müssten, sodass nur der *Fit* auf Basis der Gesamtausgaben auf individueller Ebene berechnet werden kann. Modell C dient daher nur der vollständigen Veranschaulichung des deutschen Risikostrukturausgleichssystems vor dem Hintergrund der jüngsten Reform durch das GKV-FKG.

Die Regionalgruppen sind in den Modellen B und C nicht enthalten, da die erforderlichen Informationen über den Wohnort nicht verfügbar waren.

Dieses Kapitel ist wie folgt aufgebaut: In Abschnitt 4.2 werden die Daten sowie die methodische Vorgehensweise dieser Analyse vorgestellt. Die empirischen Ergebnisse werden in Abschnitt 4.1 erläutert und in Abschnitt 4.4 diskutiert.

4.2 Empirische Vorgehensweise und Datenbasis

Zur Berechnung des Balance-of-Fit-Ansatzes werden die zentralen HLBs des deutschen Risikostrukturausgleichssystems (Ausgaben für ambulante Versorgung, für stationäre Versorgung, für Arzneimittel, für Dialyse) herangezogen. Es werden mehrere multiple lineare Regressionen auf die Ausgaben in den unterschiedlichen Hauptleistungsbereichen durchgeführt, um den Fit (adjustiertes R^2 und CPM) getrennt für die betrachteten Bereiche zu ermitteln. Darauf

³⁵² Versicherte, die im Ausgleichsjahr keinem gültigen inländischen Wohnsitz zugeordnet werden können, werden stattdessen nur einer RGG zugeordnet; vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020b).

³⁵³ Für weitere Informationen zur technischen Ausgestaltung von Morbi-RSA und Risikopool vergleiche 3.3.1.

aufbauend kann die Balance of Fit für alle Modell-Hauptleistungsbereich-Kombinationen berechnet werden.

4.2.1 Empirische Vorgehensweise

Die hier dargestellte Vorgehensweise wird analog für das Modell A (Morbi-RSA bis 2020 mit einer Auswahl von 80 Krankheiten) und B (Morbi-RSA ab 2021 mit einem Vollmodell ohne Regionalvariablen) durchgeführt.

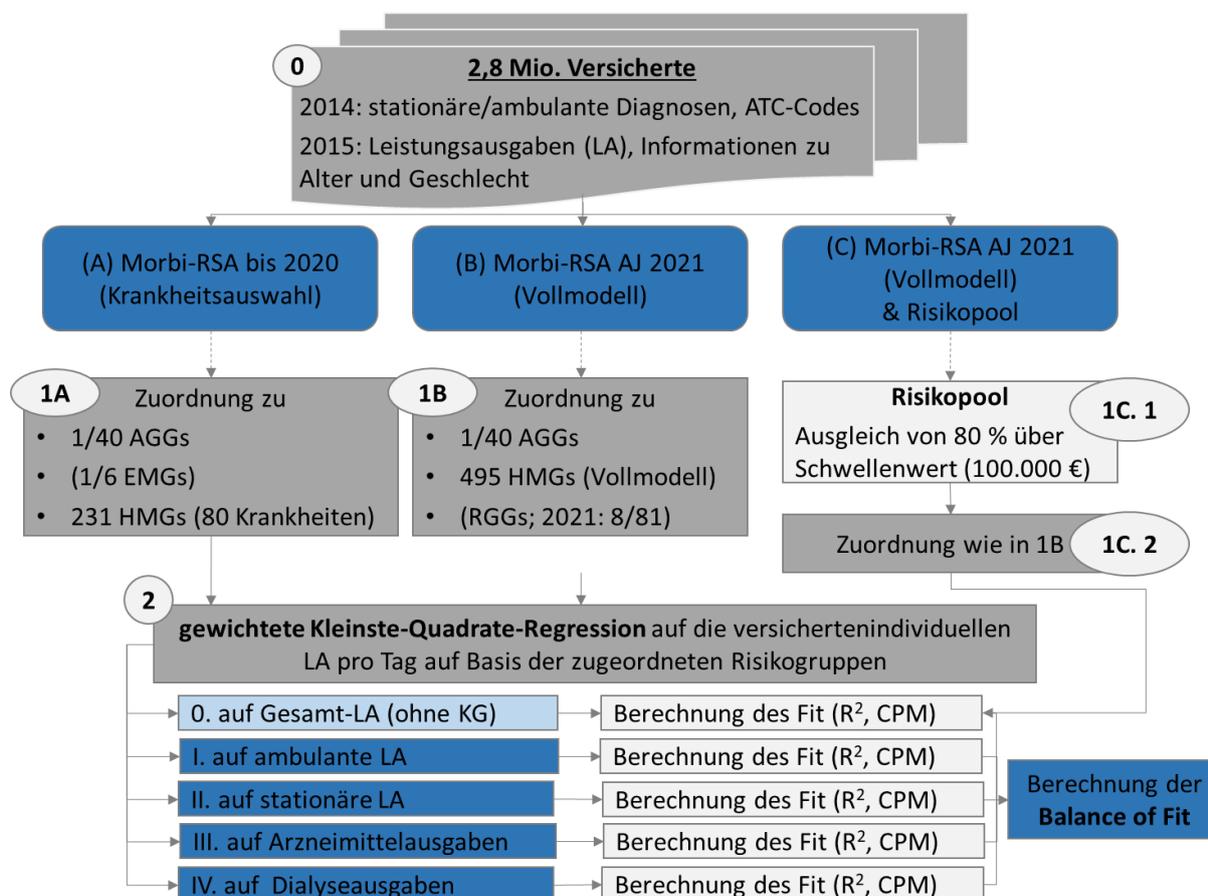


Abbildung 8: Berechnungsverfahren Balance of Fit

Quelle: eigene Darstellung.

Ausgangspunkt der Analyse ist die Zuordnung der unabhängigen Variablen (AGGs, HMGs, sowie in Modell A zusätzlich EMGs) zu den Versicherten auf der Basis von demografischen Informationen, ambulanten und stationären Diagnosen sowie ATC-Codes (siehe **Abbildung 8**, Schritt 1).

Zur Umsetzung des Balance of Fit-Ansatzes werden multiple lineare Regressionen separat auf die zentralen Hauptleistungsbereiche des deutschen Risikostrukturausgleichssystems (Ausgaben für ambulante Versorgung, für stationäre Versorgung, für Arzneimittel und für Dialyse) jeweils für Modell A und B durchgeführt, um den Fit (adjustiertes R^2 und CPM³⁵⁴) für jeden Hauptleistungsbereich separat zu bestimmen (siehe **Abbildung 8**, Schritt 2). Der Vergleich der Vorhersagekraft wird sowohl zwischen den Hauptleistungsbereichen als auch zwischen den verwendeten Modellen durchgeführt. Da im Modell C sowohl Zuweisungen aus dem Morbi-RSA als auch die Ausgleichszahlungen aus dem Risikopool für die Berechnung des Fit relevant sind, werden hier die verallgemeinerten Formeln für das R^2 sowie das CPM verwendet.³⁵⁵

Wurde der Fit für alle Modell-Hauptleistungsbereich-Kombinationen ermittelt, kann darauf aufbauend die mit dieser Analyse neu eingeführte Balance of Fit für Modell A und B berechnet werden. Diese wurde von der von Geruso und McGuire definierten Balance of Power abgeleitet, die Unterschiede in der Power³⁵⁶ zwischen unterschiedlichen Leistungsbereichen misst:

$$Imbalance_{Power} = \sum_j \bar{S}_j (p_j - \bar{p})^2 \quad (1)$$

Die Imbalance of Power wird berechnet als gewichtete Varianz der Power der betrachteten Leistungsbereiche. Dabei handelt es sich um die Summe der quadrierten Abweichungen der Power in den Leistungsbereichen p_j von der durchschnittlichen Power des Gesundheitssystems \bar{p} ; gewichtet wird mit dem Anteil der Ausgaben für den jeweiligen Leistungsbereich \bar{S}_j (im Englischen „share“) an allen Leistungsausgaben. Wenn die Power für jeden Leistungsbereich gleich ist ($p_j = \bar{p}$ für alle j), gibt es keine Imbalance; diese beträgt dann Null. Die Imbalance nimmt mit dem Anteil der Ausgaben für Leistungsbereiche zu, deren Power von der durchschnittlichen Power abweicht.³⁵⁷

Diese Formel wird wie folgt auf Fit übertragen:

$$Imbalance_{Fit} = \sum_j AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2 \quad (2)$$

³⁵⁴ Die verwendeten Formeln zur Berechnung des adjustierten R^2 und des CPM werden in Kapitel 3.3.1.4 erläutert.

³⁵⁵ Diese Formeln werden in Kapitel 3.3.1.4 erläutert.

³⁵⁶ Für eine detaillierte Ausführung zur Bedeutung und Berechnung der Maßzahl Power vgl. Geruso/McGuire (2016), S. 4 f.

³⁵⁷ Vgl. Geruso/McGuire (2016), S. 6.

Die Imbalance of Fit wird durch die Summe der quadrierten Abweichungen der hauptleistungsbereichspezifischen Fit-Werte $\text{Fit}(j)$ vom (gewichteten) durchschnittlichen Fit, gewichtet mit dem jeweiligen Anteil der Ausgaben des Hauptleistungsbereichs an allen Leistungsausgaben AL_j , ermittelt. Als Fit kann sowohl das adjustierte R^2 als auch das CPM in die Formel eingesetzt werden.

Neben der Balance wird außerdem die Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Fit-Wert in einem Modell ermittelt, da dies ein ergänzendes und intuitives Maß für eine gegebenenfalls bestehende vorhandene Imbalance darstellt.

Als Ergänzung zur beschriebenen empirischen Vorgehensweise erfolgte zudem eine Variation der Morbiditätsinformationen, die für die erklärenden Variablen in den Regressionsmodellen genutzt wurden. Dadurch ergaben sich vielfältige Regressionen, die neben den im Hauptteil beschriebenen Regressionen, auf Basis aller Morbiditätsinformationen, beispielsweise nur ambulante Diagnosen, nur stationäre Diagnosen, nur ambulante Diagnosen und ATC-Codes oder nur stationäre Diagnosen und ATC-Codes berücksichtigten. Die Ergebnisse werden in Anhang A.2 dargestellt, im Folgenden jedoch nicht weiter diskutiert.

4.2.2 Datenbasis

Für diese Analyse wird eine Stichprobe von rund 2,8 Millionen Versicherten einer großen bundesweiten Krankenkasse verwendet. Für diese Versicherten liegen demografische Informationen, ambulante und stationäre Diagnosen sowie Informationen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für das Jahr 2014 und die im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Jahr 2015 vor. **Tabelle 4** fasst die zentralen Informationen der verwendeten Daten zusammen. Der Mittelwert der Ausgaben liegt bei 2.958 Euro p.a. und der Median bei 853 Euro. Da in bestimmten Fällen die Ausgaben von GKV-Versicherten eines Jahres im nächsten Jahr erstattet werden, z.B. von einer Haftpflichtversicherung, wenn Ausgaben durch einen Autounfall verursacht wurden, können negative Ausgaben entstehen (siehe das Ausgabenminimum in Tabelle 4).

Datenquelle	bundesweite gesetzliche Krankenkasse
Anzahl Versicherte	2,8 Millionen
Jahr (Morbiditätsinformationen)	2014
Jahr (Leistungsausgaben, Alter, Geschlecht)	2015
Mittelwert der Ausgaben (2015)	2.958 € p.a.
Median der Ausgaben (2015)	852 € p.a.
1. Ausgabenperzentil	0 € p.a.
10. Ausgabenperzentil	97 € p.a.
90. Ausgabenperzentil	6.579 € p.a.
99. Ausgabenperzentil	33.991 € p.a.
Minimale Ausgaben	- 44.979 € p.a.
Maximale Ausgaben	2.267.508 € p.a.
Altersspanne	0 – 111 Jahre (2015)
Anteil Versicherte mit mindestens einer HMG	49,1 % (RSA-Modell 2020, 80 Krankheiten) 70,9 % (RSA-Modell 2021, Vollmodell)

Tabelle 4: Datenbasis für Balance of Fit - Berechnungen

Quelle: eigene Darstellung.

Bei allen Berechnungen werden die Daten in gleich große sogenannte Trainings- und Teststichproben aufgeteilt, um Probleme der Überanpassung des Regressionsmodells zu vermeiden. Alle Schätzungen werden mit der Trainingsstichprobe durchgeführt. Alle Ergebnismaße werden anhand der Teststichprobe berechnet. Für die Berechnungen wird das Statistikprogramm SPSS (Version 25) von IBM verwendet.

4.3 Ergebnisse

Tabelle 5 enthält die Fit-Ergebnisse getrennt für die durchgeführten Regressionen. Dargestellt sind jeweils das adjustierte R^2 und das CPM für jede Modell-Hauptleistungsbereich-Kombination sowie die Spanne zwischen dem Minimum und dem Maximum der Fit-Werte innerhalb eines Modells.

	Gesamt-LA	gewicht. durchschnittl. Fit	ambulante LA	stationäre LA	LA für Arzneimittel	LA für extrakorporale Blutreinigung	Spannweite (mit extrakorp. Blutreinigung)	Spannweite (ohne extrakorp. Blutreinigung)
Fit / (adjustiertes) R^2								
(A) RSA bis 2020 (Krankheitsauswahl)	26,89%	19,87%	23,58%	5,93%	37,35%	75,72%	31,42	69,80
(B) RSA ab 2021 (Vollmodell)	29,85%	21,89%	27,15%	5,79%	41,67%	77,85%	35,89	72,06
(C) RSA ab 2021 (Vollmodell) & Risikopool	55,19%							
Fit / CPM								
(A) RSA bis 2020 (Krankheitsauswahl)	25,26%	22,07%	22,79%	12,24%	35,38%	73,24%	23,15	61,00
(B) RSA ab 2021 (Vollmodell)	26,35%	23,49%	26,74%	12,35%	37,04%	71,44%	24,68	59,09
(C) RSA ab 2021 (Vollmodell) & Risikopool	28,49%							

Tabelle 5: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte sowie Spannweite

Quelle: eigene Darstellung

Vergleicht man zunächst die Ergebnisse der Regressionen auf die Gesamtleistungsausgaben zwischen den drei Modellen, so zeigt sich, dass die vollständige Erfassung aller ICD-Codes in Modell B zu einer Verbesserung des Fit gegenüber Modell A führt, wobei die Verbesserung des R^2 höher ausfällt als die des CPM. Darüber hinaus führt der hinzugefügte Risikopool zu einem weiteren Anstieg der Fit-Werte (Modell C). Hier fällt auf, dass die R^2 -Werte deutlich

stärker ansteigen als die CPM-Werte, was darauf zurückzuführen ist, dass das R^2 viel stärker auf Ausreißer (hier Hochkostenfälle) reagiert als das CPM. Da dies genau die Fälle sind, die durch den Risikopool angesprochen werden, führt dies zu einem starken Anstieg der R^2 -Werte. Die für das Gesamtmodell beschriebene Verbesserung der Fit-Werte ist auch in fast allen Regressionen auf die beobachteten Leistungsbereiche zu beobachten. In der Regression auf die stationären Leistungsausgaben kommt es allerdings zu einem Rückgang des R^2 um 0,14 Prozentpunkte und das CPM steigt um nur 0,11 Prozentpunkte.

Tabelle 5 zeigt auch die Spannweite der hauptleistungsbereichsspezifischen Fit-Werte. Für Modell A (bis 2020, Krankheitsauswahl) besteht, bezogen auf das adjustierte R^2 , eine Spannweite von 31 Prozentpunkten, wobei hier der Hauptleistungsbereich extrakorporale Blutreinigung nicht berücksichtigt wurde (mit diesen läge die Spannweite bei 70 Prozentpunkten). Für Modell B (Vollmodell ab 2021) liegt die Spannweite bei 36 Prozentpunkten (mit dem Hauptleistungsbereich extrakorporale Blutreinigung sogar bei 72 Prozentpunkten). In beiden Modellen führt die Regression auf die Arzneimittelausgaben zum höchsten R^2 (nach der Regression auf die Leistungsausgaben für extrakorporale Blutreinigung) und die auf die stationären Leistungsausgaben zum niedrigsten R^2 . Da der Einsatz extrakorporaler Blutreinigungsverfahren in den Daten und in der Risikoadjustierungslogik eindeutig identifizierbar ist und es sich hierbei primär um eine chronische Therapie handelt, ist der Fit für eine Regression nur auf die Dialyseausgaben extrem hoch (76 % bis 78 %). Daher werden die Ergebnisse hier vorzugsweise ohne das Ergebnis für diesen Bereich berichtet.

Vergleicht man die Werte für das R^2 und das CPM, so fällt auf, dass das R^2 für die Variante auf Basis der stationären Leistungsausgaben sowohl für Modell A als auch für Modell B um etwa 6 Prozentpunkte niedriger ist als das CPM. Außerdem ist für Modell C das R^2 auf die Gesamtleistungsausgaben mit 55,19 % sehr hoch im Vergleich zu einem CPM von 28,49 %. Beides ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass das R^2 ausreißerempfindlich ist, während das CPM dies nicht ist. Modell C berücksichtigt den Risikopool und gleicht damit die Ausreißer deutlich besser aus. Das stationäre Modell scheint die Kosten im mittleren Bereich recht gut abzubilden (CPM von 12,24 % für Modell A und 12,35 % für Modell B). Dagegen beträgt das R^2 nur 5,93 % bzw. 5,79 % für die Modelle A und B. Stationäre Kostenausreißer werden von diesen Modellen

nicht gut erfasst. In den anderen Leistungsbereichen unterscheiden sich die Werte für R^2 und CPM eher geringfügig.

Die folgenden Abbildungen stellen die hauptleistungsbereichsspezifischen Fit-Werte als R^2 (siehe **Abbildung 9**) bzw. CPM (siehe **Abbildung 10**) noch einmal grafisch dar.

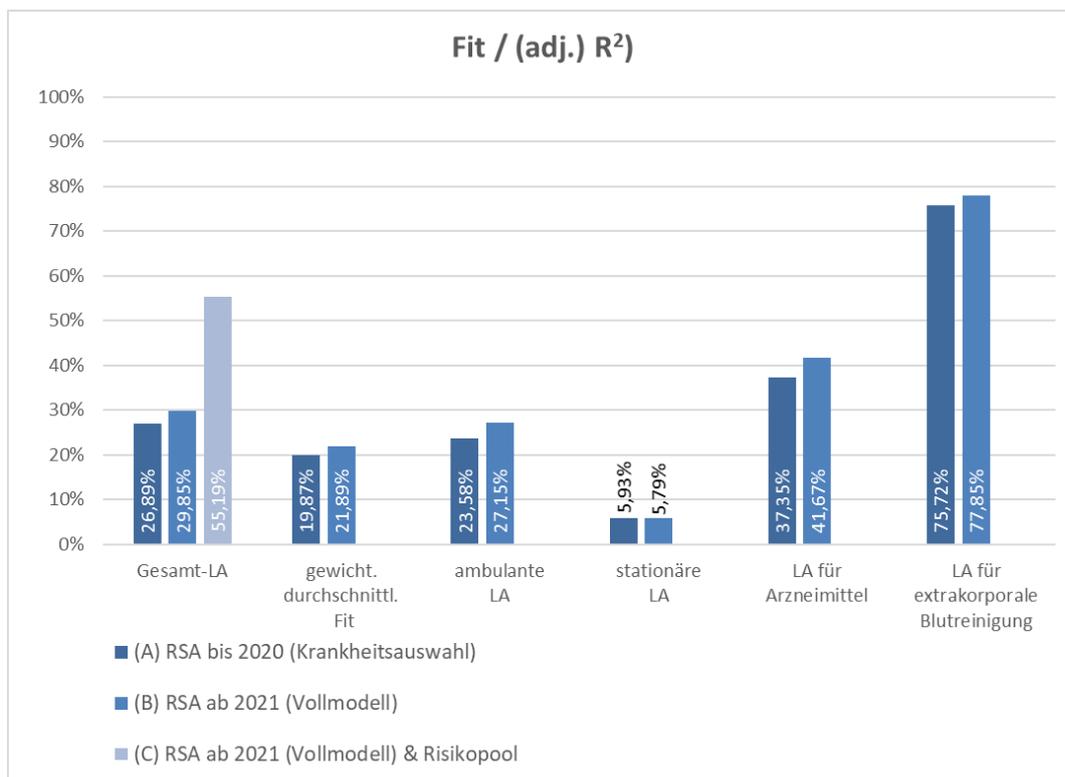


Abbildung 9: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte / (adj.) R^2

Quelle: eigene Darstellung.

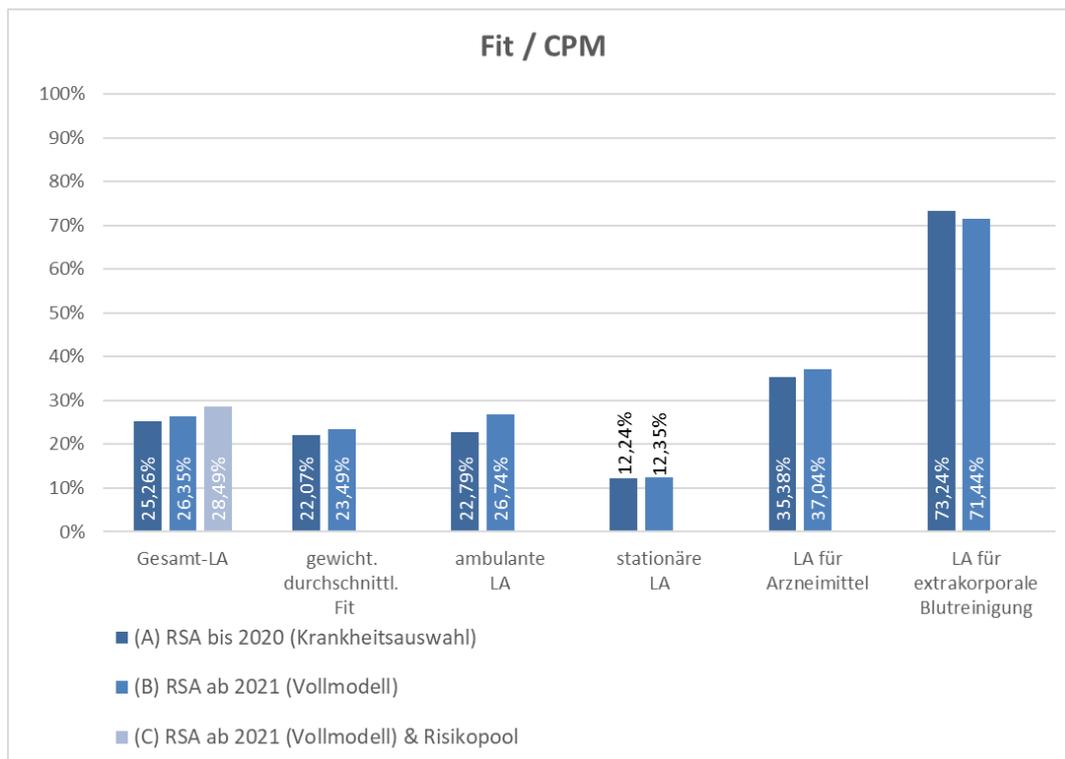


Abbildung 10: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte / CPM

Quelle: eigene Darstellung.

Aufbauend auf den hauptleistungsbereichsspezifischen Fit-Werten für die Modelle A und B kann die Balance of Fit berechnet werden. Der Rechenweg wird in **Tabelle 6** dargestellt.

Fit / (adjustiertes) R ²		(Im)balance of Fit													
		Gesamt-LA		ambulante LA		stationäre LA		LA für Arzneimittel		LA für extrakorp. Blutreinigung		Imbalance of Fit		Balance of Fit	
Fit (R ²)	Fit = $\sum_{j=1}^{AL_j} AL_j \times Fit(j)$	AL _j	0,235	AL _j	0,470	AL _j	0,281	AL _j	0,014	AL _j	0,014	$\sum_j AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2$	$1 - \sum_j AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2$	0,978	0,972
		(adj.) R ²	$AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2$	(adj.) R ²	$AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2$	(adj.) R ²	$AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2$	(adj.) R ²	$AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2$	(adj.) R ²	$AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2$	0,022	0,978		
(A) RSA bis 2020 (Krankheitsauswahl)	0,199	0,236	0,0003	0,059	0,0091	0,373	0,0086	0,757	0,0044	0,022	0,978				
(B) RSA ab 2021 (Vollmodell)	0,219	0,271	0,0007	0,058	0,0122	0,417	0,0110	0,778	0,0044	0,028	0,972				
		Fit / CPM													
Fit (CPM)	Fit = $\sum_{j=1}^{AL_j} AL_j \times Fit(j)$	Gesamt-LA		ambulante LA		stationäre LA		LA für Arzneimittel		LA für extrakorp. Blutreinigung		Imbalance of Fit		Balance of Fit	
		CPM	0,253	0,228	0,0000	0,122	0,0045	0,354	0,0050	0,732	0,0037	0,013	0,987	$\sum_j AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2$	$1 - \sum_j AL_j (Fit(j) - \overline{Fit})^2$
(A) RSA bis 2020 (Krankheitsauswahl)	0,221	0,267	0,0002	0,124	0,0058	0,370	0,0051	0,714	0,0032	0,014	0,986				
(B) RSA ab 2021 (Vollmodell)	0,235	0,263	0,0002	0,124	0,0058	0,370	0,0051	0,714	0,0032	0,014	0,986				

Tabelle 6: Berechnung der (Im)balance of Fit (R² und CPM)

Quelle: eigene Berechnungen.

Vergleicht man Modell A und B auf der Grundlage von R^2 und CPM, so stellt man eine Zunahme der Imbalance für das Vollmodell (B) fest. Die Imbalance auf der Grundlage des R^2 hat sich für Modell B (Vollmodell) im Vergleich zu Modell A (Auswahl von 80 Krankheiten) um etwa 26 % erhöht. Dies ist darauf zurückzuführen, dass einige Bereiche in Modell B besser vorhergesagt werden (z. B. Arzneimittel), während andere Bereiche schlechter vorhergesagt werden (stationäre Ausgaben), so dass die Bandbreite größer wird. Die Messung auf Basis des CPM zeigt ebenfalls eine Zunahme der Imbalance (etwa 9 %), die jedoch geringer ist als bei Verwendung des R^2 .

4.4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Um der Frage nachzugehen, ob der verwendete Regressionsansatz die Ausgaben für verschiedene Leistungsbereiche im deutschen Vergütungssystem (z.B. Ausgaben für ambulante Versorgung, für stationäre Versorgung, für Arzneimittel, für extrakorporale Blutreinigung) mit unterschiedlicher Genauigkeit vorhersagt und somit ein Ungleichgewicht bzw. eine Imbalance des Fit besteht, wurde in dieser Analyse ein mehrschrittiges Verfahren durchgeführt und der von Geruso und McGuire 2016 vorgestellte "Fit, Power and Balance"-Ansatz an diese Forschungsfrage angepasst. Um die daraus abgeleitete Balance of Fit zu berechnen, wurden zunächst verschiedene Regressionen für die Hauptleistungsbereiche im deutschen Morbi-RSA durchgeführt, was zu unterschiedlichen Fit-Werten für jeden Bereich führte.

Die intuitivste Herangehensweise an die Frage, ob eine Imbalance besteht, besteht darin, die Spanne zwischen dem Minimum und dem Maximum der hauptleistungsbereichsspezifischen Fit-Werte zwischen den Modellen A und B zu vergleichen. Die Analyse zeigte eine große Spannweite für beide Modelle, was auf ein hohes Maß an Imbalance zwischen den Hauptleistungsbereichen im deutschen Finanzierungssystem hinweist. Auffällig war, dass die Spannweite im Vollmodell (B), im Vergleich zu der im Modell bis 2020 mit einer Auswahl von 80 Krankheiten (A), größer geworden ist. Betrachtet man den Fit für die einzelnen Leistungsbereiche, so findet man den Grund dafür in einem Anstieg des Fit bei der Regression auf die Arzneimittelausgaben und einem leichten Rückgang des Fit bei der Regression auf die stationären Ausgaben in Modell B, sodass die Spannweite größer geworden ist. Diese Abnahme des Fit im stationären Bereich ist eine Ausnahme, da in allen anderen Bereichen eine Verbesse-

rung des Fit mit dem Vollmodell festgestellt werden konnte, was die Frage nach den zugrundeliegenden Ursachen aufwirft. Betrachtet man die Kriterien für die in Modell A ausgewählten Krankheiten (teure, schwere und/oder chronische Krankheiten), könnte man argumentieren, dass stationäre Diagnosen bereits vor dem Vollmodell überwiegend in die Krankheitsauswahl einbezogen wurden und das Vollmodell zu einer Verschiebung der Zuweisungen zugunsten anderer (z.B. ambulanter) Diagnosen geführt hat, sodass ein leichter Rückgang im stationären Bereich zu sehen ist.

Balance of Fit erlaubt eine differenziertere Beurteilung der bestehenden Imbalance zwischen Leistungsbereichen, da sie durch die Summe der quadrierten Abweichungen der leistungsbereichsspezifischen Fit-Werte vom (gewichteten) durchschnittlichen Fit gemessen wird.

In dieser Analyse werden die Ergebnisse für die (Im)balance of Fit nicht isoliert für eines der Modelle A oder B interpretiert, sondern nur im Vergleich zwischen den Modellen. Geruso und McGuire gehen in ihrem Artikel analog vor und interpretieren die Balance of Power Ergebnisse nur im Verhältnis zueinander.³⁵⁸ Ein Grund dafür könnte sein, dass die Ergebnisse für Balance of Power alle nahe bei Null liegen (wie auch in unserem Fall für Balance of Fit).³⁵⁹ Vor diesem Hintergrund erscheint eine Interpretation der Imbalance nur im Vergleich zwischen den Modellen plausibel, zumal die große Spannweite der Fit-Werte in beiden Modellen eine bestehende Imbalance nahelegt.

Balance of Fit zielt darauf ab, festzustellen, ob Unterschiede im Fit zwischen verschiedenen Hauptleistungsbereichen bestehen, da dies bedeuten würde, dass die Leistungsausgaben in einem Bereich auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu Zuweisungen aus dem Morbi-RSA führen würden als Leistungsausgaben in einem Bereich mit einem geringen Fit. Obwohl ein Ungleichgewicht des Fit in den verschiedenen Leistungsbereichen vermutlich von geringerer Bedeutung sein mag als ein Ungleichgewicht der Power, kann dies dennoch zu unerwünschten Verzerrungen führen und im Gegensatz zur Power gründet diese Formel auf breit verwendete Kennzahlen (adjustiertes R^2 und CPM) für den Fit eines Regressionsmodells. Unter der Annahme, dass Krankenkassen risikoscheu sind, könnte dies den Anreiz auslösen, Leistungen in solche Versorgungsbereiche zu verlagern, in denen der Fit hoch ist, da risikoscheue

³⁵⁸ Vgl. Geruso/McGuire (2016), S. 10.

³⁵⁹ Vgl. Geruso/McGuire (2016), S. 11.

Krankenkassen die geringere Restvarianz bevorzugen könnten. In beiden Modellen könnten die Krankenkassen einen Anreiz haben, Patienten z. B. in die ambulante Versorgung zu lenken, da die dort anfallenden Leistungsausgaben mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zu Zuweisungen aus dem Morbi-RSA führen als im stationären Sektor. Ob diese Steuerungseffekte aus Gesamtsystem-Perspektive erwünscht sind, ist eine von dieser Fragestellung unabhängige Frage. So kann beispielsweise eine Ambulantisierung zuvor stationär erbrachter Leistungen aufgrund einer damit einhergehenden effizienteren Leistungserbringung durchaus wünschenswert sein, während andere Verlagerungen zwischen Leistungsbereichen gegebenenfalls nicht erwünscht sein könnten.

Balance of Fit liefert dem Gesetzgeber in jedem Fall zusätzliche Informationen für die Gestaltung eines Risikostrukturausgleichsverfahrens.

5. Ansätze zur Weiterentwicklung der GKV-Finanzarchitektur

Wie in den vorangegangenen Ausführungen bereits deutlich wurde, wurde der Morbi-RSA seit seiner Einführung im Jahr 1994 als „lernendes System“ kontinuierlich weiterentwickelt und unterliegt einer ständigen Prüfung. Dieses Kapitel beschäftigt sich daher mit zwei Weiterentwicklungsansätzen, die nicht nur auf den Morbi-RSA abstellen, sondern auch das Zusammenspiel von Morbi-RSA und dem ab 2021 wiedereingeführten Risikopool berücksichtigen.

Der erste Teil dieses Themenkomplexes zur Weiterentwicklung der GKV-Finanzarchitektur behandelt die Frage, inwieweit bestimmte **sozioökonomisch benachteiligten Versichertengruppen** im bestehenden Morbi-RSA angemessen berücksichtigt werden oder ob Anpassungen am Morbi-RSA für diese Versichertengruppen notwendig erscheinen.

Im zweiten Teil dieses Kapitels erfolgt ein breiterer Blick auf Weiterentwicklungspotentiale im Rahmen der GKV-Finanzarchitektur, indem das Zusammenspiel von Morbi-RSA und Risikopool am Beispiel der anreizgerechten Finanzierung **kostenintensiver Einmaltherapien** analysiert wird und konkrete Anpassungsoptionen im GKV-Finanzsystem erarbeitet werden.

5.1 Berücksichtigung sozioökonomischer Versichertenmerkmale im Morbi-RSA³⁶⁰

5.1.1 Hintergrund

Aus versicherungs- und gesundheitsökonomischer Perspektive ist es zentral, Krankenkassen mit dem RSA möglichst risikoäquivalente Einnahmen für ihre Versicherten zur Verfügung zu stellen. Diese sind eine wichtige Voraussetzung, um Anreize zur Risikoselektion zu reduzieren und einen unverzerrten Wettbewerb zu ermöglichen.³⁶¹ Bei der Ausgestaltung des RSA ist es daher zentral, systematische Unter- und Überdeckungen für Versichertengruppen möglichst zu vermeiden. Werden solche identifiziert, sollte der RSA entsprechend modifiziert werden, sodass diese abgebaut werden.

³⁶⁰ Diese Fragestellung wurde im Rahmen eines Gutachtens für den AOK-Bundesverband von der Autorin in Zusammenarbeit mit den Professoren Jürgen Wasem und Florian Buchner vom Lehrstuhl für Medizinmanagement sowie Professor Gerald Lux vom Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement (EsFoMed) bearbeitet und als IBES Diskussionsbeitrag veröffentlicht, der hier in großen Teilen unverändert wiedergegeben wird; vgl. A.4 und Lux et al. (2022).

³⁶¹ Vgl. van de Ven et al. (2013).

Solche unterdeckten Versichertengruppen könnten besonders Personen mit bestimmten sozioökonomischen Merkmalen sein (z.B. Empfänger von Arbeitslosengeld II³⁶² oder Pflegebedürftige). Sozioökonomisch benachteiligte Versichertengruppen sind von gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich gut zu identifizieren, sodass bei bestehender Unterdeckung im Morbi-RSA Risikoselektion zuungunsten dieser Gruppen wahrscheinlich ist.

Betrachtet man die Ausgleichssysteme unserer Nachbarländer Niederlande und Belgien, deren Gesundheitssysteme ebenfalls durch eine wettbewerbliche Krankenversicherung mit Risikostrukturausgleich gekennzeichnet sind, finden sich im belgischen wie auch im niederländischen Ausgleichssystem eine ganze Reihe unterschiedlicher sozioökonomischer Variablen, die neben demografischen und morbiditätsbezogenen Variablen im RSA eingesetzt werden. Auch mit der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung in diesen Ländern hatten sozioökonomische Variablen weiterhin eine relevante Erklärungskraft in den Modellen und konnten die ansonsten auch mit Morbiditätsorientierung bestehenden Unterdeckungen sozioökonomisch benachteiligter Personengruppen verringern. Daher verblieben sie in beiden Ländern im RSA-Modell. In den Niederlanden sind dies z.B. die Variablen „sozioökonomischer Status“, „Einkommensquelle“, „Bildungsstand“ oder „Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung“; in Belgien beispielhaft die Variablen „Bezieher von Existenzsicherung“, „Arbeitsunfähigkeit unter einem Jahr Dauer“ oder „Anspruch auf Behindertengeld“.³⁶³

Vor diesem Hintergrund soll auch für den deutsche Morbi-RSA in seiner aktuellen Ausgestaltung mit Vollmodell, Regionalvariablen und Risikopool mittels eines großen, an die GKV adjustierten, Datensatzes untersucht werden, inwieweit vulnerable Versichertengruppen, die durch bestimmte sozioökonomische Merkmale charakterisiert werden können, im bestehenden Morbi-RSA systematisch unterdeckt sind. Falls sich dies bestätigt, soll in einem nächsten Schritt geprüft werden, wie der Morbi-RSA weiterentwickelt werden könnte, um ggf. bestehende Unterdeckungen der Versichertengruppen bestmöglich zu reduzieren. Konkret geht es

³⁶² Durch das Bürgergeld-Gesetz vom 20. Dezember 2022 wurde das Arbeitslosengeld II durch das Bürgergeld abgelöst. Diese Teilstudie bezieht sich nicht direkt auf den Personenkreis der Bürgergeld-Empfänger, sondern auf den der Empfänger von Arbeitslosengeld II, wobei wesentliche Überlappungen zwischen beiden Personenkreisen zu verzeichnen sind; vgl. BGBl. 2022 I Nr. 51 S. 2328.

³⁶³ Vgl. van Kleef et al. (2018); Schokkaert/Guillaume/van de Voorde (2018).

dabei um eine ergänzende Berücksichtigung dieser sozioökonomischen Versichertenmerkmale als Variablen im Morbi-RSA. Schließlich soll diskutiert werden, ob die Veränderung im Morbi-RSA manipulationssicher und anreiztheoretisch unproblematisch ist.

Untersucht werden sollen die folgenden Merkmale, für deren Auswahl, neben ihrer Verfügbarkeit bei den Krankenkassen, insbesondere auch ihre Manipulationsresistenz sowie – angesichts der Größe der entsprechenden Versichertengruppen – ihre (mutmaßliche) Relevanz sprechen:

- **Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung** (Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI): Da Pflegebedürftigkeit in der Regel mit hoher Morbidität einhergeht, besteht eine Apriori-Vermutung, dass diese Personengruppe im Morbi-RSA unterdeckt sein könnte.
- **Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II)**: ALG II-Empfänger verfügen definitionsgemäß über ein niedriges Einkommen in Kombination mit vorhandener Arbeitslosigkeit. Dies könnte eine Apriori-Vermutung begründen, dass die Personengruppe im Morbi-RSA unterdeckt sein könnte.
- **Bezug einer Erwerbsminderungsrente** der gesetzlichen Rentenversicherung: Da Erwerbsminderung regelhaft mit Morbidität und intensiver Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einhergeht, besteht die Vermutung, dass diese Personengruppe im Morbi-RSA unterdeckt sein könnte.
- **Zuzahlungsbefreiung** (sogenannte „Härtefälle“ nach § 62 SGB V): Die Zuzahlungsbefreiung gemäß § 62 SGB V greift, wenn die Zuzahlungen die Grenze von 1 % bzw. 2 % (bei chronisch bzw. nicht chronisch Erkrankten) der jährlichen Bruttoeinnahmen überschreiten. Versicherte, die von Zuzahlungen befreit sind, nehmen sowohl intensiv Gesundheitsleistungen in Anspruch, als auch sind sie Bezieher eher niedriger Einkommen, sodass auch hier eine Apriori-Vermutung einer möglichen Unterdeckung im RSA vorliegt.

Dieses Kapitel ist wie folgt aufgebaut: Nach der konzeptionellen und internationalen Einordnung des Forschungsgegenstandes in diesem Abschnitt wird in 5.1.2 die empirische Vorgehensweise sowie die verwendete Datenbasis beschrieben. In Abschnitt 5.1.3 folgen die Ergebnisse der Analyse, die sich in die Darstellung der Deckungssituation der vulnerablen Versicher-

tengruppen sowie die Bewertung möglicher RSA-Modellanpassungen untergliedern. Schließlich werden die Ergebnisse mit Empfehlungen für die Weiterentwicklung des RSA in 5.1.4 im Lichte bestehender Limitationen der Untersuchung diskutiert.

5.1.2 Empirische Vorgehensweise und Datenbasis

5.1.2.1 Empirische Vorgehensweise

Den Ausgangspunkt stellt in Abschnitt 5.1.3.1 eine Analyse der Deckungsquoten und -beiträge der im Fokus dieser Analyse stehenden Versichertengruppen im RSA in seiner aktuellen Ausgestaltung dar. Das Status quo Modell wurde, basierend auf der RSA-Logik des Ausgleichsjahres 2021, mit RGGs und mit der Anwendung des Risikopools (RP) berechnet.

Im Anschluss daran erfolgen RSA-Modellanpassungen auf der im Folgenden beschriebenen Datenbasis durch die isolierte und kombinierte Hinzunahme von weiteren Variablen in den RSA. Zunächst wird der isolierte Effekt des Einbezuges eines der zusätzlichen Merkmale „Härtefall“, „ALG II-Bezug“, „Pflege“, „Pflegegrade“, „Pflegesetting“ sowie „EMG“ analysiert. In einem zweiten Schritt erfolgt eine kombinierte Berücksichtigung jeweils einiger dieser Variablen.

Für die Analyse des Status quo Modells und der weiteren Modellsimulationen werden unterschiedliche Kennzahlen zur Bewertung herangezogen. Die Güte der Modelle wird zum einen über die statistischen Gütemaße auf Individualebene wie mit dem Bestimmtheitsmaß (R^2 bzw. adjustiertes R^2) und CPM sowie zum anderen über Deckungsquoten und -beiträge auf Gruppenebene dargestellt.³⁶⁴

Die folgenden methodischen Grundlagen wurden in den Modellen berücksichtigt:

- Es wurde das RSA-Klassifikationssystem des Ausgleichsjahres 2021 verwendet.
- Die bereitgestellten amtlichen Gemeindeschlüssel wurden in 80 RGGs überführt (Auslandsversicherte oder Versicherte unbekanntem Wohnorts waren nicht im Datensatz enthalten).

³⁶⁴ Die verwendeten Formeln zur Berechnung des adjustierten R^2 und des CPM werden in Kapitel 3.3.1.4 erläutert.

- Der Risikopool wurde gemäß RSA-Logik umgesetzt, indem die über 100.000 Euro hinausgehenden versichertenindividuellen Leistungsausgaben für die Regression um 80 % gekürzt wurden.
- Die sich aus dem Regressionsmodell ergebenden Zuweisungen wurden anschließend um denselben Kürzungsbetrag aus dem Risikopool erhöht.
- Eine Pflegebedürftigkeit lag im Sinne dieser Analyse vor, wenn diese im Vorjahr mindestens sechs Monate bestand.
- Bei mehreren Pflegegraden wurde der mit der größeren Monatsanzahl im Vorjahr berücksichtigt; bei gleicher Monatszahl im Vorjahr wurde der jeweils schwerere Pflegegrad berücksichtigt.
- Eine Erwerbsminderungsrente lag im Sinne dieser Analyse vor, wenn diese im Vorjahr mindestens sechs Monate bestand.
- Ein ALG II-Bezug lag im Sinne dieser Analyse vor, wenn dieser im Vorjahr mindestens ein Monat bestand.
- Eine Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V lag im Sinne dieser Studie vor, wenn diese im Vorjahr bewilligt wurde.
- In den Regressionsmodellen wurden jeweils negative HMG-Koeffizienten in weiteren Modelldurchläufen dem Modell entnommen.
- In den Regressionsmodellen wurden analog zum Vorgehen des BAS insgesamt 8 RGGs aus dem Modell entnommen, um Multikollinearität zu vermeiden (jeweils das 10. Dezil je regionalem Merkmal).
- Die Auswertungen wurden mit der Statistiksoftware SPSS in der Version 25 sowie in Excel in der Office-365-Version 2206 vorgenommen.

5.1.2.2 Datenbasis

Die Analysen wurden mit einer vom AOK-Bundesverband gelieferten, anonymisierten Stichprobe AOK-Versicherter durchgeführt, die an die Zusammensetzung der GKV-Versichertenklientel adjustiert wurde. Die Adjustierung der AOK-Daten an die GKV erfolgte in Abstimmung mit dem AOK-Bundesverband und basierte auf einer Angleichung der Besetzungszahlen der AGGs, der HMGs, der zu untersuchenden Versichertenklientel, des Verstorbenenanteils und der regionalen Verteilung auf Kreisebene.

Als Datenbasis dienten die Jahre 2018 (Morbiditätsinformationen) und 2019 (Leistungsausgaben, Alter, Geschlecht). So konnten Verzerrungen durch die COVID-19-Pandemie in den versichertenindividuellen Leistungsausgaben ab 2020 vermieden werden. Die versichertenindividuellen Gruppierungen in AGGs, HMGs und KEGs sowie die amtlichen Gemeindeschlüssel wurden vom AOK-Bundesverband zur Verfügung gestellt. Auf Versichertenebene wurden zusätzlich die für die Analysen im Fokus stehenden Merkmale (Pflegebedürftigkeit, Zuzahlungsbefreiung, ALG II, Erwerbsminderungsrente) bereitgestellt.

Tabelle 7 fasst die zentralen Informationen der verwendeten Daten zusammen.

Datenquelle	AOK Bundesverband
Größe der Stichprobe	ca. 9,2 Mio. adjustierte AOK-Versicherte
Jahr (Morbiditätsinformationen)	2018
Jahr (Leistungsausgaben, Alter, Geschlecht)	2019
Mittelwert der Ausgaben (2018)	9,03 € / Tag
25. Ausgabenperzentil	0,79 € / Tag
50. Ausgabenperzentil / Median	2,13 € / Tag
75. Ausgabenperzentil	6,08 € / Tag
Minimale Ausgaben	- 7,89 € / Tag
Maximale Ausgaben	11.401,74 € / Tag
Altersspanne	0 – 110 Jahre
durchschnittliches Alter	43,57 Jahre
Versichertentage	348, 17 (1 – 365) Tage
DMP-Tage	34,29 (0 – 365) Tage
Besetzungen der im Fokus stehenden Versichertengruppen	
Pflegebedürftige	424.924 (4,53 %)
Zuzahlungsbefreite („Härtefälle“)	714.131 (7,79 %)
Erwerbsminderungsrentner	235.447 (2,57 %)
ALG II-Empfänger	478.246 (5,22 %)

Tabelle 7: Datenbasis – an die GKV adjustierte Stichprobe AOK-Versicherter

Quelle: eigene Darstellung.

Die relevanten Leistungsausgaben (exkl. Leistungsausgaben für Krankengeld und ohne Auslandsversicherte) im Jahr 2019 lagen bei durchschnittlich 9,03 Euro pro Tag und einem Median von 2,13 Euro pro Tag. Die durchschnittliche Versichertenzeit lag in der Studienstichprobe bei 348 Tagen. Die Versicherten der Studienstichprobe wiesen ein durchschnittliches Alter von 43,57 Jahren auf mit einem Maximum von 110 Jahren.

Bewertung der GKV-Simulation

Die AGG-Verteilung³⁶⁵ konnte durch die GKV-Simulation gut an die AGG-Verteilung der GKV angenähert werden (siehe **Abbildung 11**).

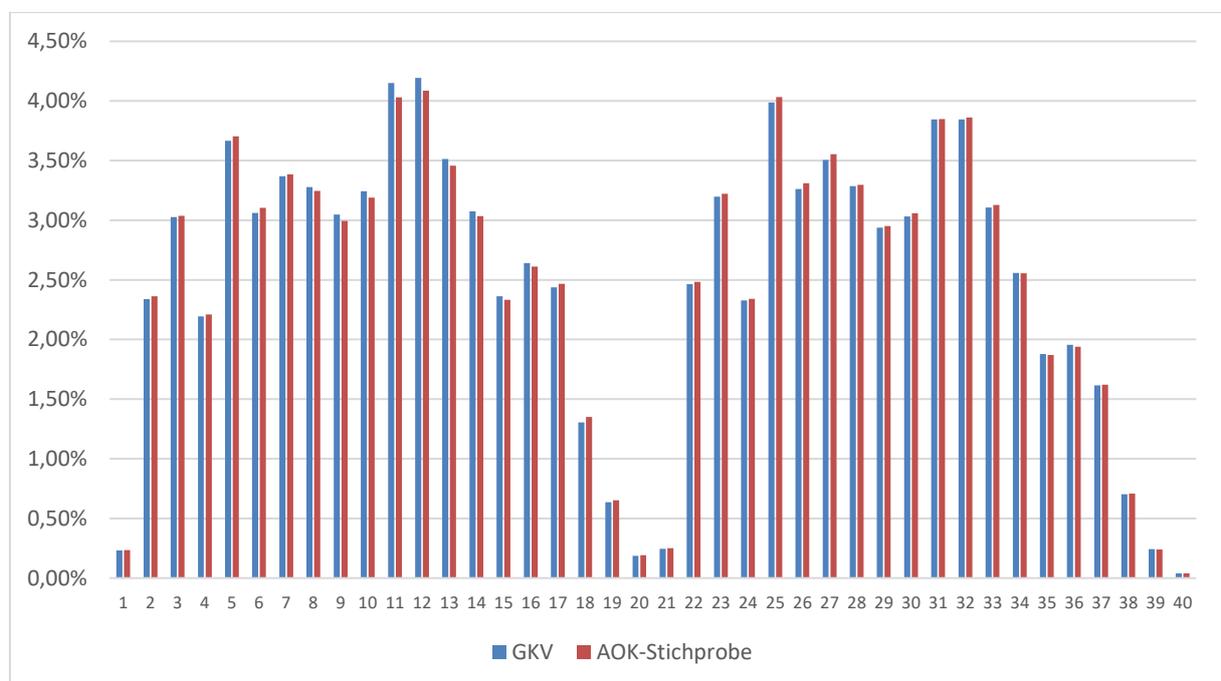


Abbildung 11: AGG-Verteilung GKV und Studienstichprobe (GKV-Simulation)

Quelle: eigene Berechnungen.

Auch die Besetzungen der HMGs konnten durch die GKV-Simulation den Besetzungen der GKV angenähert werden, sodass die durchschnittliche gewichtete prozentuale Abweichung über alle AGG- und HMG-Variablen bei 1,1 % lag. Für die untersuchten Versichertengruppen lag die mittlere Abweichung der Besetzungszahlen von den amtlichen GKV-Werten nach Adjustierung

³⁶⁵ AGG1 = weiblich (w), 0 Jahre, AGG2 = w, 1-5 Jahre, AGG3 = w, 6-12 Jahre, AGG4 = w, 13-17 Jahre, AGG5 = w, 18-24 Jahre, AGG6 = w, 25-29 Jahre, AGG7 = w, 30-34 Jahre, AGG8 = w, 35-39 Jahre, AGG9 = w, 40-44 Jahre, AGG10 = w, 45-49 Jahre, AGG11 = w, 50-54 Jahre, AGG12 = w, 55-59 Jahre, AGG13 = w, 60-64 Jahre, AGG14 = w, 65-69 Jahre, AGG15 = w, 70-74 Jahre, AGG16 = w, 75-79 Jahre, AGG17 = w, 80-84 Jahre, AGG18 = w, 85-89 Jahre, AGG19 = w, 90-94 Jahre, AGG20 = w, 95 Jahre und älter; ab AGG 21 bis 40 Männer mit der gleichen Altersgruppierung.

bei 1,7 %. Damit liegt eine geeignete Datenbasis für die Untersuchung der möglichen Weiterentwicklung des RSA vor.

Besetzung der im Fokus stehenden Versichertengruppen

Tabelle 7 zeigt ebenfalls die Besetzung der im Fokus dieser Analyse stehenden Versichertengruppen in der Studienstichprobe.

A) Pflegebedürftige nach § 14 SGB XI

Die 424.924 Pflegebedürftigen nach § 14 SGB XI weisen einen Anteil von 4,53 % in der Studienstichprobe auf. Die Pflegebedürftigkeit tritt (wie zu erwarten) insbesondere in den höheren Altersklassen auf (siehe **Abbildung 12**), da Pflegebedürftigkeit positiv mit steigendem Alter korreliert.

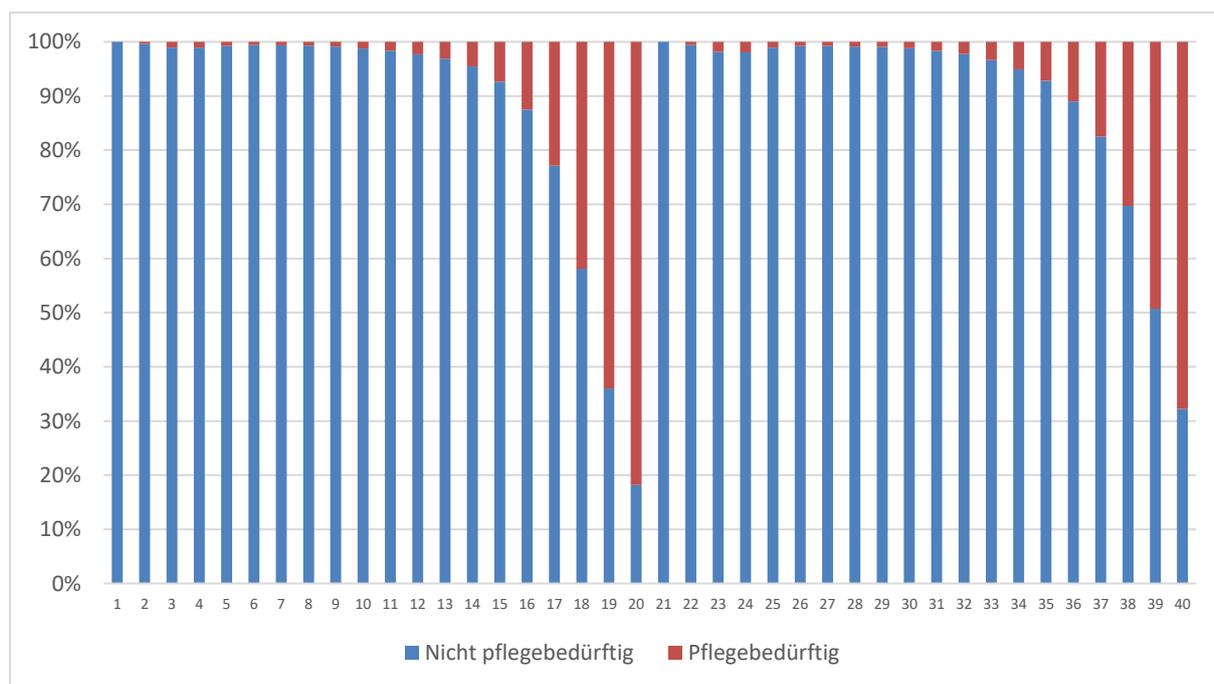


Abbildung 12: Anteil Pflegebedürftige nach AGGs

Quelle: eigene Berechnungen.

Bei der Gegenüberstellung der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten zeigen sich bei Pflegebedürftigen in den niedrigeren und den mittleren Altersklassen deutlich höhere Leistungsausgabenniveaus als bei nicht pflegebedürftigen Versicherten. In den hohen Altersklassen nähern sich die GKV-relevanten Leistungsausgaben im Durchschnitt aber wieder einander an (siehe **Abbildung 13**).

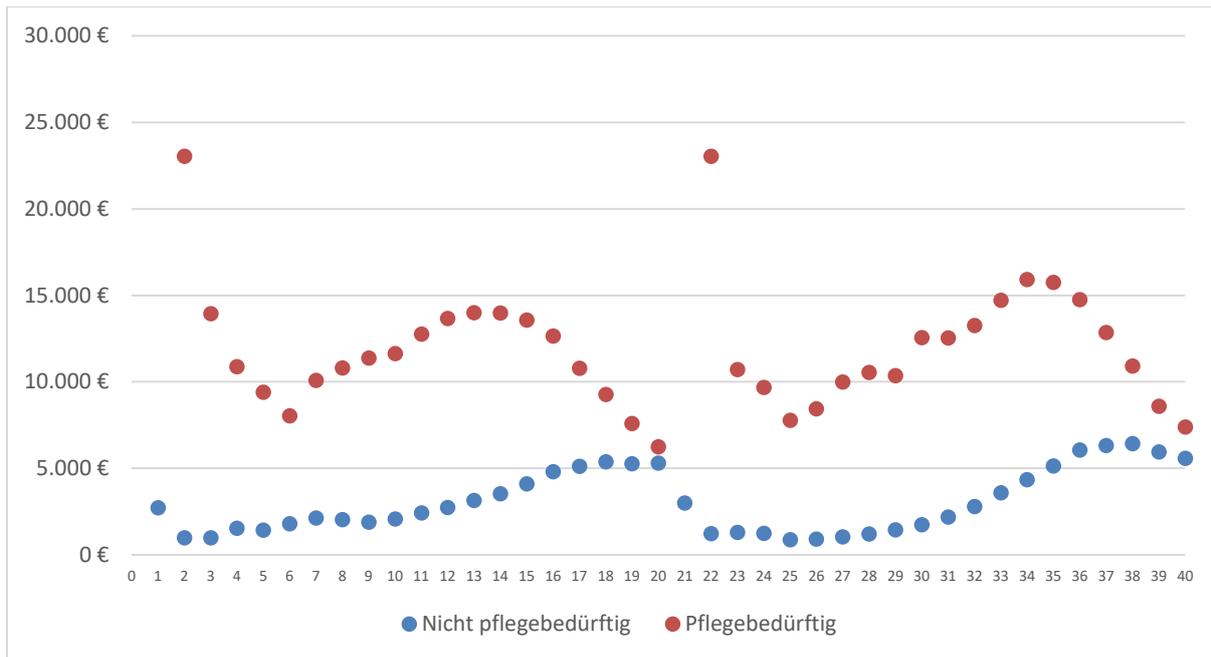


Abbildung 13: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Pflegebedürftigkeit)

Quelle: eigene Berechnungen.

Die zusätzliche Betrachtung der Pflegegrad-Variable zeigt, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben mit steigendem Pflegegrad korrelieren – dies ist sowohl für Frauen (siehe **Abbildung 14**) als auch für Männer (siehe **Abbildung 15**) zu sehen, wobei der Effekt bei den sehr alten Versicherten nicht mehr vorliegt.

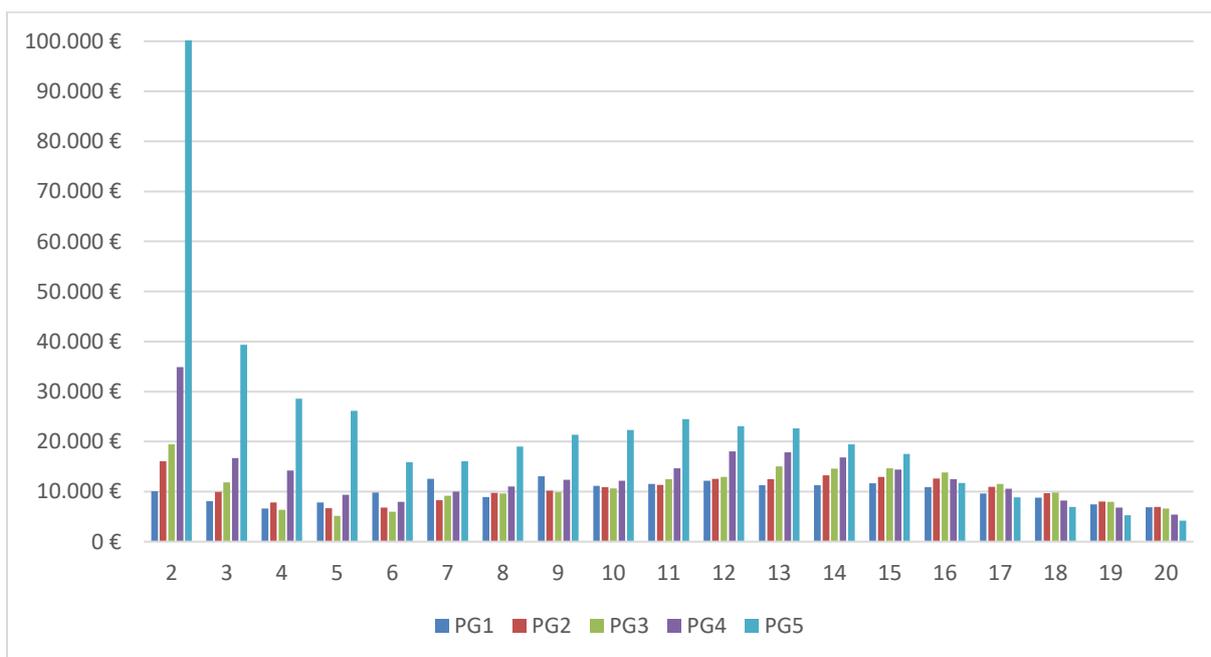


Abbildung 14: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Frauen, AGG 02 - 20), Pflegegrad

Quelle: eigene Berechnungen.

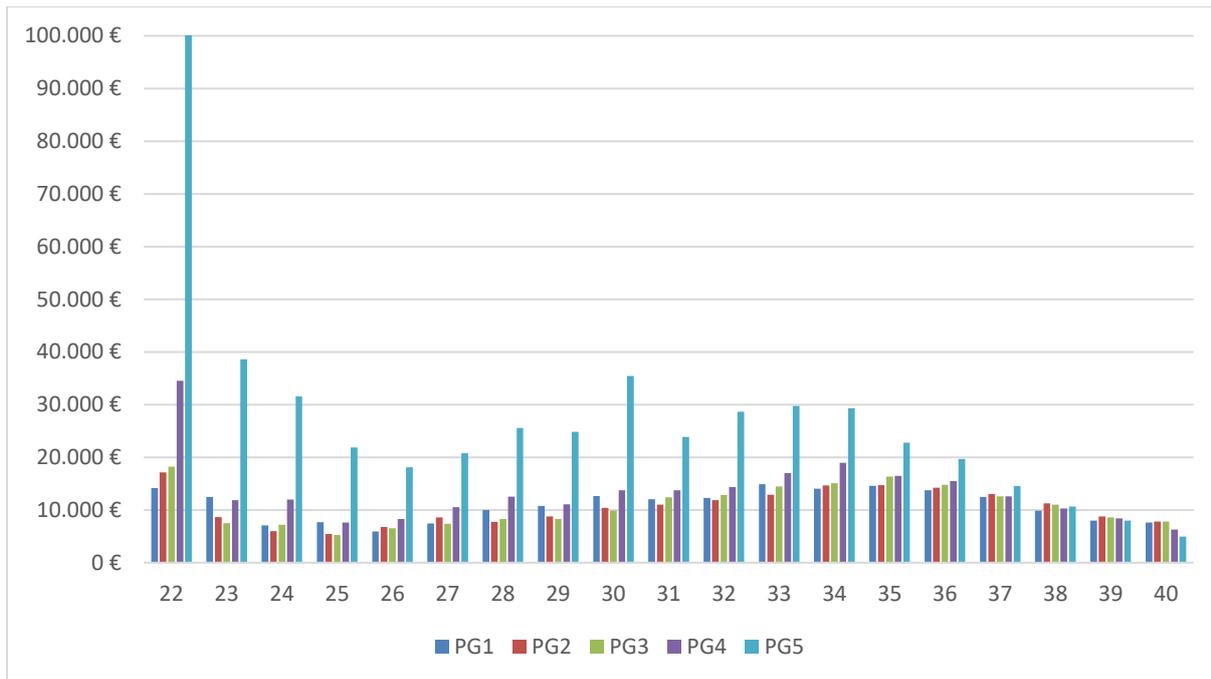


Abbildung 15: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Männer, AGG22 - 40), Pflegegrad
Quelle: eigene Berechnungen.

Eine Analyse der durchschnittlichen Leistungsausgaben nach Pflegesetting (ambulant versus stationär) zeigt, dass diese für ambulant Gepflegte (durch formelle oder informelle Pflege) in den meisten AGGs höher ausfallen als für stationär Gepflegte (siehe **Abbildung 16**).

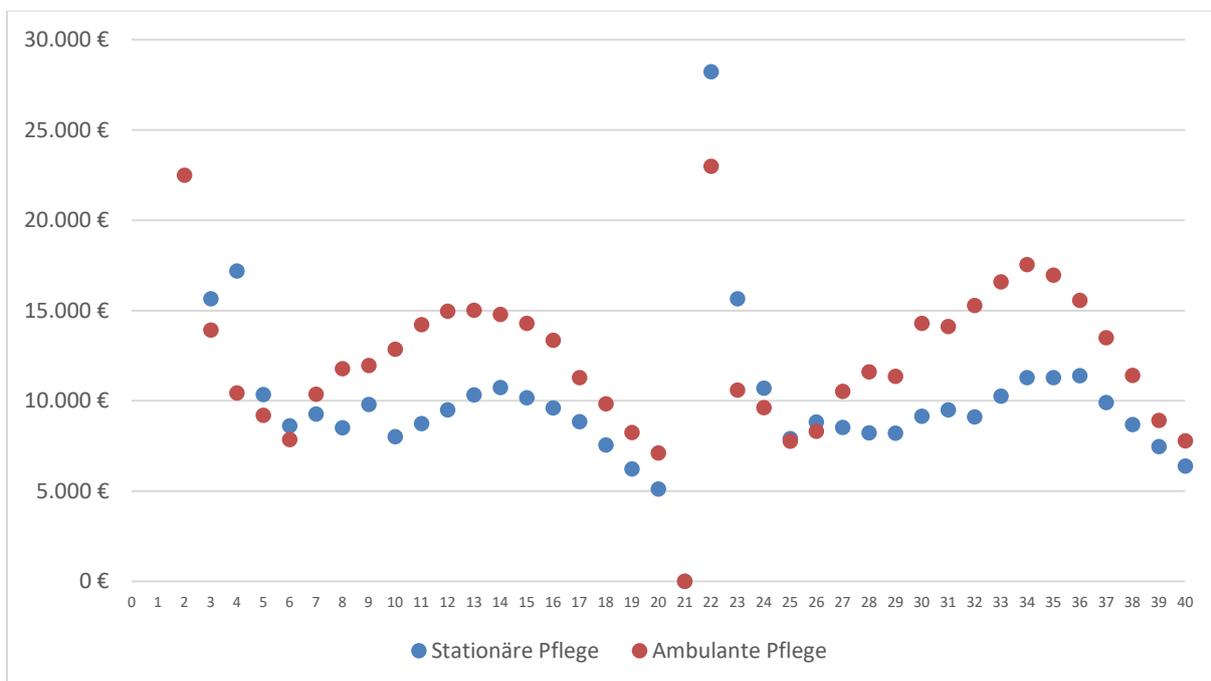


Abbildung 16: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Pflegesetting)
Quelle: eigene Berechnungen.

B) Zuzahlungsbefreite nach § 62 SGB V

Die 714.131 Zuzahlungsbefreiten nach § 62 SGB V weisen einen Anteil von 7,79 % in der Studienstichprobe auf. Sie sind insbesondere in den höheren Altersklassen mit größeren Anteilen vertreten (siehe **Abbildung 17**). Dies ist mit der durchschnittlich höheren Krankheitslast und somit größeren finanziellen Belastung bei Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auf der einen Seite und dem durch Rentenbezug geringeren Haushaltseinkommen auf der anderen Seite zu begründen, da die Zuzahlungsbefreiung greift, wenn die Zuzahlungen die Grenze von 1 % bzw. 2 % (bei chronisch bzw. nicht chronisch Erkrankten) des Haushaltsjahreseinkommens überschreiten.

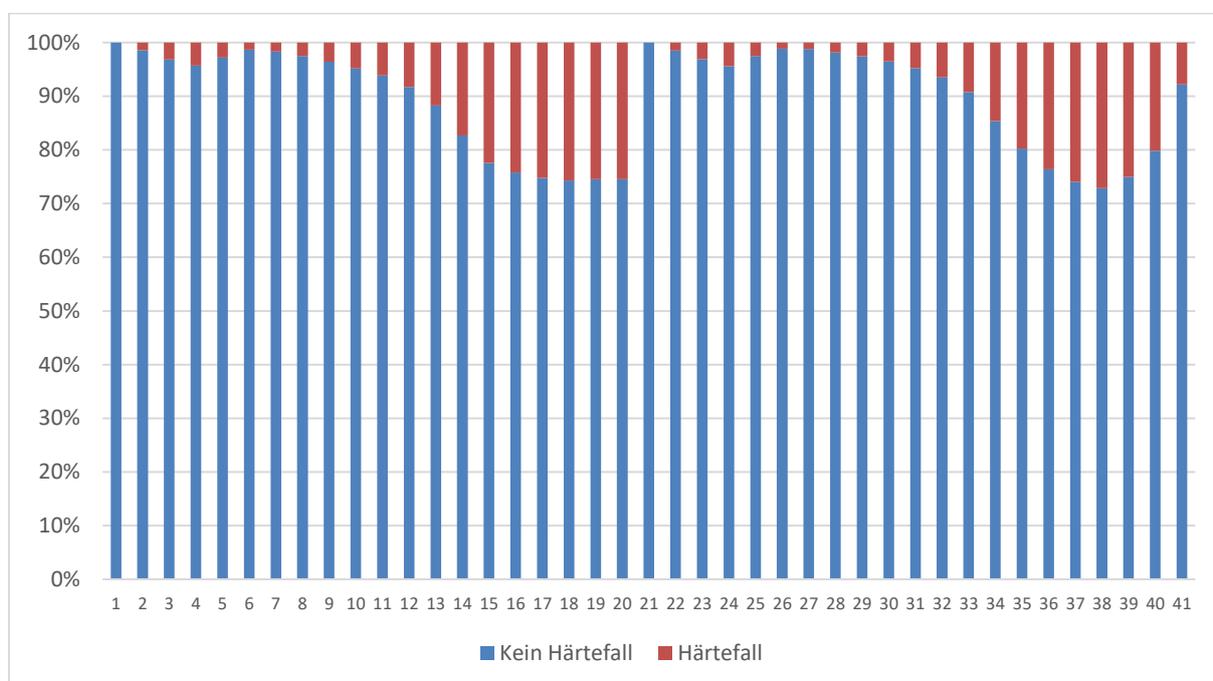


Abbildung 17: Anteile von Zuzahlungsbefreiten nach AGGs

Quelle: eigene Berechnungen.

Bei der Gegenüberstellung der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten zeigen sich bei den Zuzahlungsbefreiten („Härtefällen“) teilweise deutlich höhere Werte (siehe **Abbildung 18**).

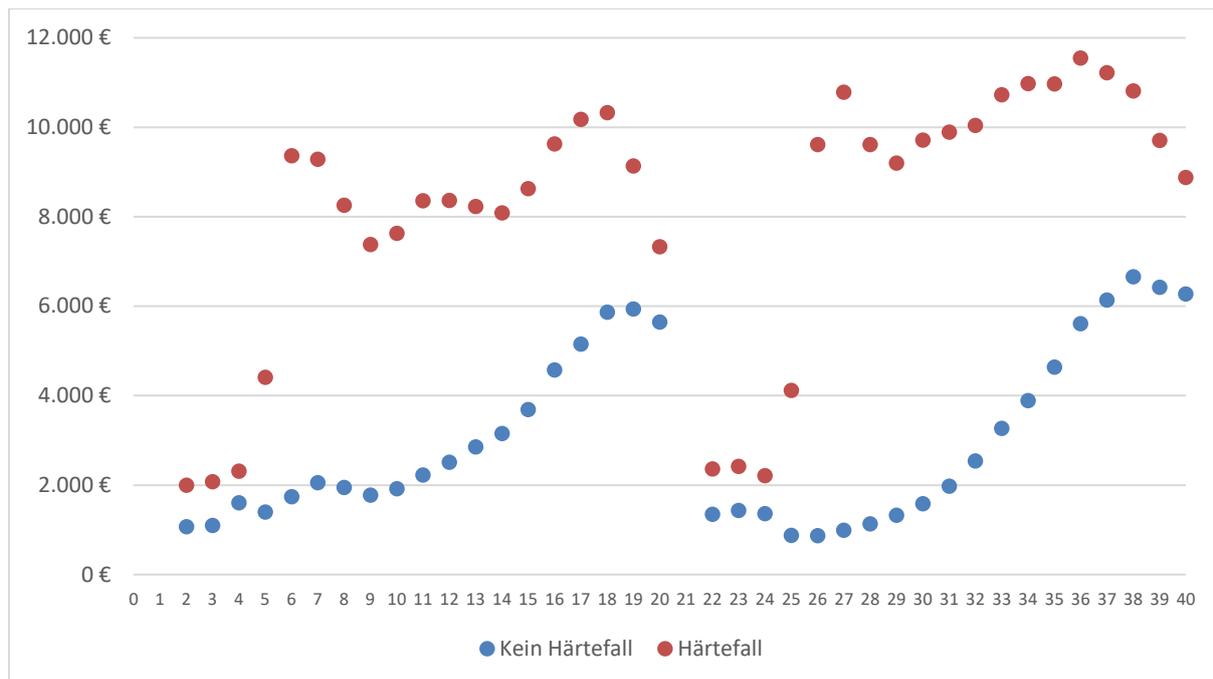


Abbildung 18: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Zuzahlungsbefreiung)

Quelle: eigene Berechnungen.

C) Erwerbsminderungsrentner

Die 235.447 Erwerbsminderungsrentner weisen einen Anteil von 2,57 % in der Studienstichprobe auf. Sie sind in den relevanten Altersklassen der Erwerbsfähigkeit vertreten (siehe **Abbildung 19**). Für Erwerbsminderungsrentner wird – entsprechend der Praxis im bis Ende 2020 geltenden RSA-Modell – die Statusbezeichnung „EMG“ verwendet (vergleiche Kapitel 2.3). Mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze ab der AGG 15 bzw. 35 sind keine Erwerbsminderungsrentner mehr vorhanden.

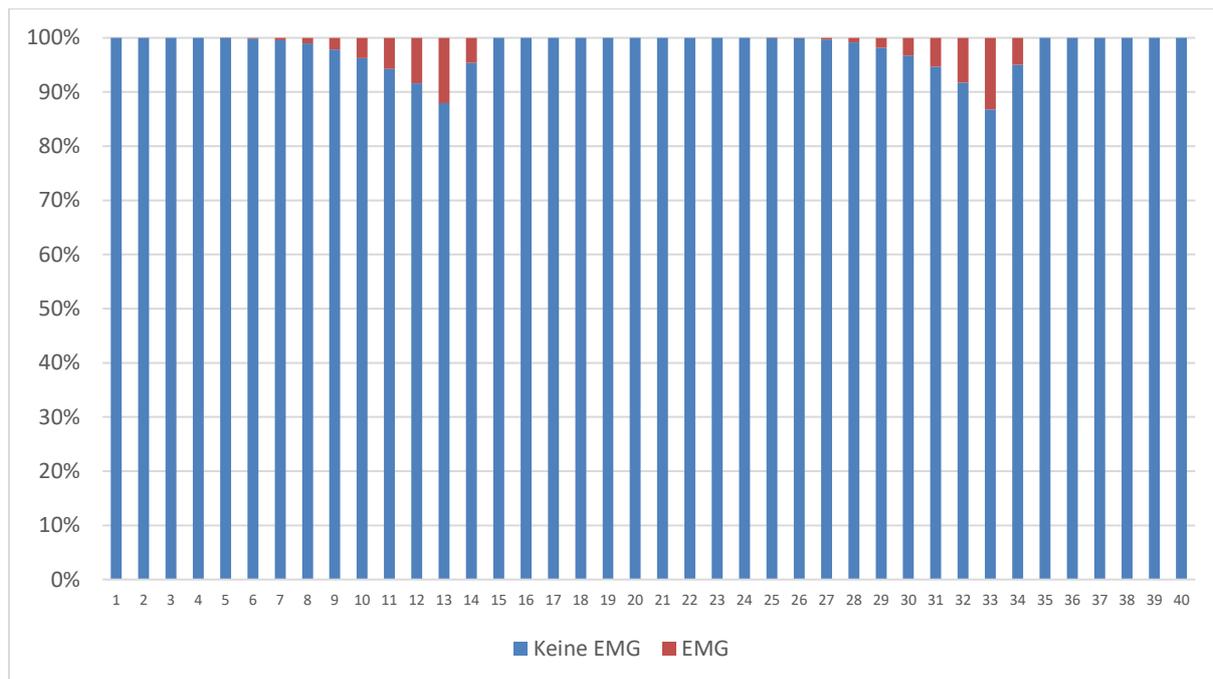


Abbildung 19: Anteil Erwerbsminderungsrentner nach AGGs

Quelle: eigene Berechnungen.

Bei der Gegenüberstellung der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten zeigen sich bei Erwerbsminderungsrentnern grundsätzlich höhere Ausgabenniveaus, was mit der (in der Regel) überdurchschnittlichen Morbiditätsschwere zu erklären ist, die mit dem Erreichen einer Erwerbsminderungsrente verbunden ist (siehe **Abbildung 20**). Die Leistungsausgabenunterschiede fallen in den höheren Altersklassen allerdings niedriger aus als in jüngeren Altersklassen und die Unterschiede zu den Nicht-EMG-Versicherten werden deutlich geringer.

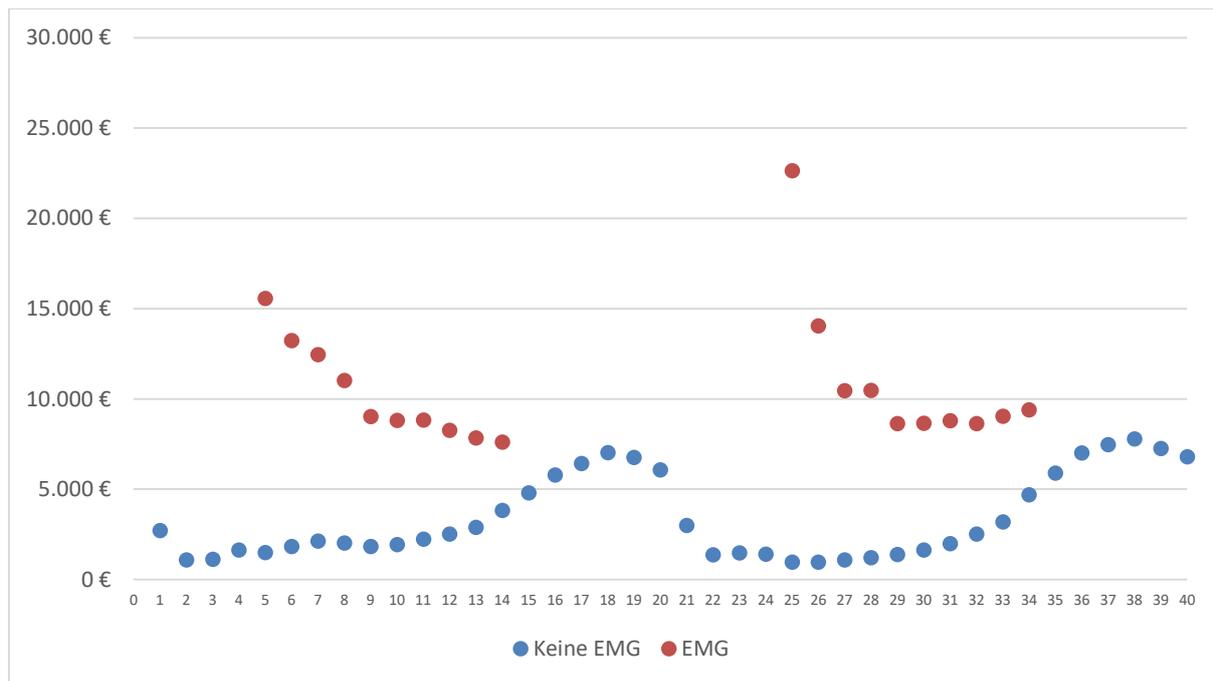


Abbildung 20: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (Erwerbsminderungsrentenstatus)

Quelle: eigene Berechnungen.

D) ALG II-Empfänger

Die 478.246 ALG II-Empfänger weisen einen Anteil von 5,22 % in der Studienstichprobe auf. Sie sind in den relevanten Altersklassen der Erwerbsfähigkeit vertreten (siehe **Abbildung 21**). Mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze ab der AGG 15 bzw. 35 sind kaum noch ALG II-Empfänger vorhanden.

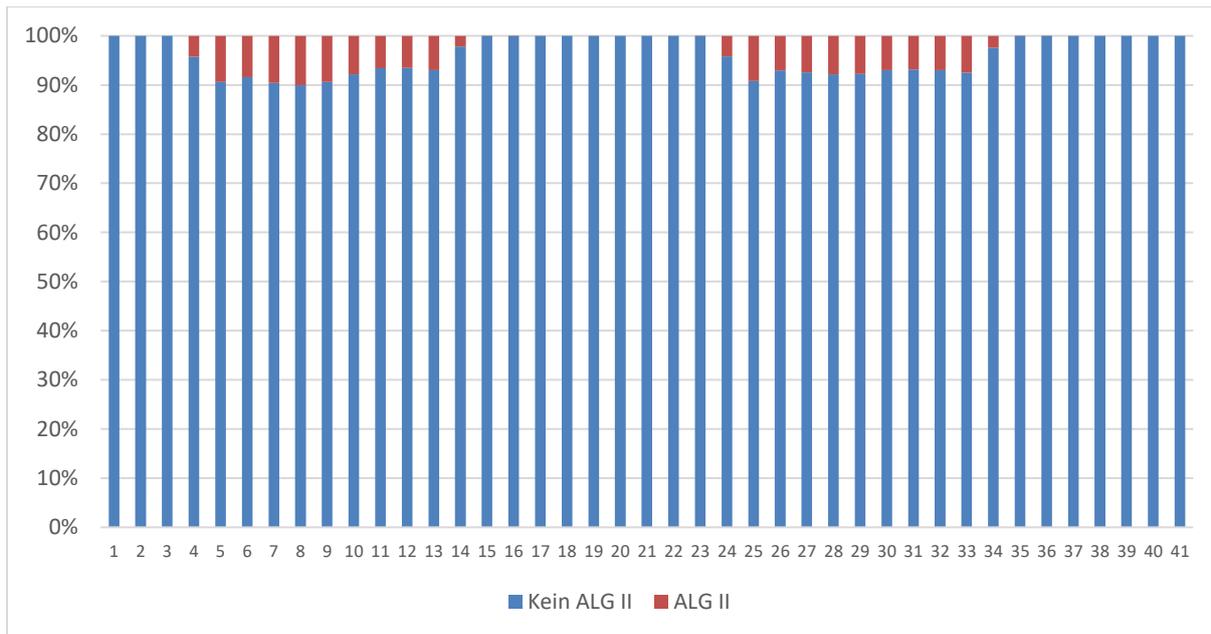


Abbildung 21: Anteile von ALG II-Empfängern nach AGGs

Quelle: eigene Berechnungen.

Bei der Gegenüberstellung der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten zeigen sich bei ALG II-Empfängern in den niedrigeren und den mittleren Altersklassen etwas höhere Leistungsausgabenniveaus als bei Versicherten ohne ALG II-Bezug. Die Umkehr dieses Effektes ab der AGG 14 bzw. 34 ist aufgrund der geringen Fallzahlen von ALG II-Empfängern schwer zu interpretieren (siehe **Abbildung 22**).

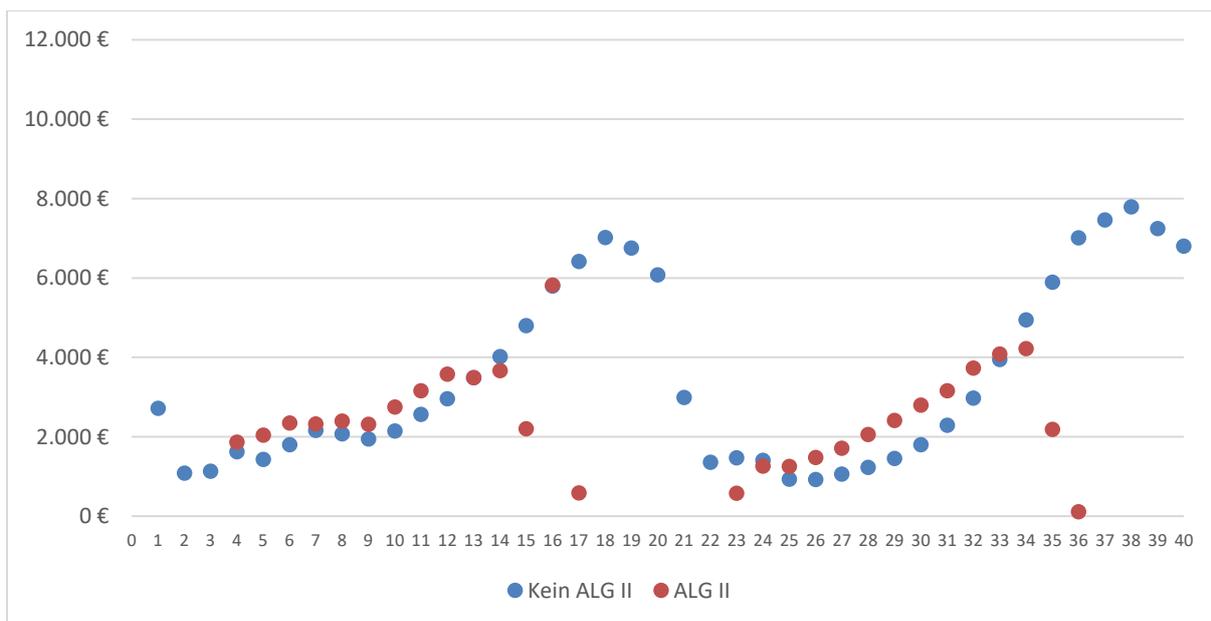


Abbildung 22: Mittelwerte der Leistungsausgaben je Versicherten je AGG (ALG II)

Quelle: eigene Berechnungen.

5.1.3 Ergebnisse

Zur Beantwortung der Forschungsfragen dieser Analyse erfolgt zunächst eine Darstellung der Deckungssituation (Deckungsquoten und -beiträge) der im Fokus stehenden sozioökonomisch benachteiligten Versichertengruppen (vergleiche Abschnitt 5.1.3.1). Im Anschluss daran werden mögliche Konstellationen der Erweiterung des Morbi-RSA vorgestellt und bewertet (vergleiche Abschnitt 5.1.3.2).

5.1.3.1 Deckungsquoten und Deckungsbeiträge im Status Quo

Für die im Fokus dieser Analyse stehenden sozioökonomisch benachteiligten Versichertengruppen wurden zunächst die Deckungsquoten und -beiträge ermittelt, um der Frage nach einer möglichen Unterdeckung im RSA in seiner aktuellen Ausgestaltung nachzugehen.

Für die Deckungsquotenanalysen wurden die folgenden Variablen verwendet:

- Pflegebedürftigkeit (ja/nein)
- Pflegesetting (ambulant/stationär)
- Pflegegrade 1 bis 5 (PG 1 bis PG 5)
- Arbeitslosengeld II-Bezug (ja/nein)
- Zuzahlungsbefreiung (ja/nein)
- Erwerbsminderungsrente (ja/nein)
- Erwerbsminderungsgruppen (EMG 01 bis EMG 06)

Im Status quo Modell (inkl. Risikopool und Regionalmerkmalen) weisen alle im Fokus stehenden Versichertengruppen zum Teil deutliche Unterdeckungen auf. Die niedrigste Deckungsquote weist die Gruppe der Pflegebedürftigen auf (Deckungsquote 86,24 %), gefolgt von den „Härtefällen“ (Deckungsquote 88,98 %), den Erwerbsminderungsrentnern (Deckungsquote 90,53 %) und den ALG II-Empfängern (Deckungsquote 95,25 %). Werden die Deckungsbeiträge je Versichertenjahr betrachtet, ist im Status quo die Unterdeckung bei den Pflegebedürftigen mit 1.685 Euro von den vier Versichertengruppen am größten. Am zweitgrößten ist die Unterdeckung bei Härtefällen, wo sie 1.038 Euro beträgt. Erwerbsminderungsrentner sind mit 891 Euro unterdeckt. Bei ALG II-Empfängern ist die Unterdeckung im Status Quo demgegenüber mit 123 Euro vergleichsweise gering (vergleiche **Tabelle 8**).

RSA Modell 2021 (inkl. Risikopool)		
Versichertengruppe	Deckungsquote	Deckungsbeitrag
Pflegebedürftige	86,24 %	-1.684,96 €
Zuzahlungsbefreite („Härtefälle“)	88,98 %	-1.037,56 €
Erwerbsminderungsrentner	90,53 %	-829,40 €
ALG II-Empfänger	95,25 %	-122,71 €

Tabelle 8: Deckungsquoten und -beiträge der Versichertengruppen im Status Quo

Quelle: eigene Darstellung.

Hinsichtlich der Pflegebedürftigen ist eine weitergehende Deckungsquotenanalyse bzw. Deckungsbeitragsanalyse nach dem Setting sowie Pflegegraden in **Tabelle 9** aufgeführt.

RSA Modell 2021 Fokus Pflegebedürftige		
Subgruppe	Deckungsquote	Deckungsbeitrag
Pflegebedürftige ambulant	82,05 %	-2.329,23 €
Pflegebedürftige stationär	106,02 %	582,26 €
Pflegegrad 1	83,79 %	-1.803,04 €
Pflegegrad 2	86,10 %	-1.619,62 €
Pflegegrad 3	86,63 %	-1.640,58 €
Pflegegrad 4	88,96 %	-1.417,25 €
Pflegegrad 5	83,62 %	-2.953,83 €

Tabelle 9: Deckungsquoten und -beiträge der Pflegebedürftigen im Status Quo

Quelle: eigene Darstellung.

Für Pflegebedürftige, die stationär gepflegt werden, besteht eine deutliche Überdeckung mit einer Deckungsquote von 106,02 % und in der ambulanten pflegerischen Versorgung besteht eine deutliche Unterdeckung mit einer Deckungsquote von nur 82,05 %. Dies spiegelt sich auch in den Deckungsbeiträgen wider. Der Deckungsbeitrag für ambulante Pflegefälle liegt bei -2.329 Euro (Unterdeckung) und bei den stationären Pflegefällen bei 582 Euro (Überdeckung). Es ist zu vermuten, dass diese deutlichen Unterschiede unter anderem mit der Übernahme der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zusammenhängen, die im Rahmen

der pauschalierten Leistungen bei vollstationärer Pflege nach § 43 SGB XI von der Pflegeversicherung getragen werden, während die entsprechenden Leistungen bei ambulanter Pflege von den Krankenkassen zu tragen sind. So zeigt eine entsprechende Auswertung (hier nicht enthalten), dass insbesondere im RSA-Leistungsbereich „sonstige Leistungsausgaben“, dem die Behandlungspflege zuzurechnen ist, eine hohe Unterdeckung bei ambulanter Pflege und eine hohe Überdeckung bei stationärer Pflege besteht.³⁶⁶

Es zeigt sich außerdem, dass im Status quo die Deckungsquoten nach Pflegegraden ebenfalls deutliche Unterschiede aufweisen, aber allesamt unterhalb von 100 % liegen. Die niedrigste Deckungsquote liegt für Pflegegrad 5 vor (83,62 %), gefolgt von Pflegegrad 1 (83,79 %). Die Deckungsquoten der Pflegegrade 2 bis 4 liegen auf ähnlichem Niveau (86 bis 89 %). Analog liegt der höchste negative Deckungsbeitrag im Status quo mit 2.954 Euro für Pflegegrad 5 vor. Die negativen Deckungsbeiträge der anderen vier Pflegegrade im Status quo liegen zwischen 1.417 Euro (Pflegegrad 4) und 1.803 Euro (Pflegegrad 1).

5.1.3.2 Bewertung der RSA-Modellanpassungen

Auswirkungen auf die Vorhersagekraft der Modelle

Tabelle 10 fasst für die berechneten RSA-Modelle die aggregierten Gütemaße auf Individual-ebene zusammen. Die adjustierten R^2 -Werte aller Modelle mit Einbindung des Risikopools weisen Niveaus zwischen 52,43 % und 52,83 % auf.

Das Status quo Modell mit RGGs und Risikopool erreicht ein adjustiertes R^2 von 52,43 % und ein CPM von 27,31 %. Der Einbezug des Risikopools hat im Wesentlichen Einfluss auf das R^2 und nur geringfügig auf das CPM, da mit dem Risikopool Hochkostenfälle erfasst werden, die aufgrund der Berechnungsmethode insbesondere auf die R^2 -Werte Einfluss haben.

Die höchste Modellgüte bei den „nicht-kombinierten“ Modellen wird mit Einbezug des „Pflegesettings“ (ambulant/stationär) mit 52,72 % erreicht und die geringste bei Verwendung der ALG II-Variable (52,44 %).

³⁶⁶ Dieser Befund schafft seitens der Krankenkassen aus ökonomischer Sicht auch den Anreiz einer stationären Pflege der Versicherten; vgl. Rothgang/Müller (2013), S. 5 ; Jahn et al. (2009).

Bei den kombinierten Modellen erreicht das Modell mit Berücksichtigung von Pflegesetting, EMGs und „Härtefall“-Status die höchste Modellgüte mit einem adjustierten R^2 von 52,83 % und einem CPM von 27,84 % (fett markierte Werte in **Tabelle 10**).

Modell	adj. R^2	CPM
Status Quo (= RSA Modell 2021 inkl. Risikopool)	52,43 %	27,31 %
isolierte Hinzunahme neuer Variablen		
Status quo + 1 Härtefall -Variable	52,57 %	27,46 %
Status quo + 1 ALG II -Variable	52,44 %	27,32 %
Status quo + 1 EMG	52,46 %	27,33 %
Status quo + 6 EMGs	52,47 %	27,34 %
Status quo + 1 Pflege -Variable	52,67 %	27,70 %
Status quo + 5 Pflegegrad -Variablen (PG 1-5)	52,68 %	27,70 %
Status quo + 2 Pflegesetting -Variablen (ambulant/stationär)	52,72 %	27,74 %
kombinierte Modelle		
Status quo + EMGs (1-6) + Pflegesetting	52,74 %	27,76 %
Status quo + EMGs (1-6) + Pflegesetting + Härtefall	52,83 %	27,84 %
Status quo + Pflege + Härtefall + ALG II	52,76 %	27,79 %
Status quo + EMG + Pflege + Härtefall + ALG II	52,77 %	27,80 %

Tabelle 10: Gütemaße der Modelle

Quelle: eigene Darstellung.

Deckungsquoten- und beiträge der RSA-Modellanpassungen

Für die hinsichtlich des Einbezugs sozioökonomischer Merkmale in dieser Analyse relevanten Versichertengruppen wurden für alle Modelle die entsprechenden Deckungsquoten und -beiträge ermittelt. Die systematischen Unterdeckungen der im Fokus stehenden Versichertengruppen können durch Einbezug der entsprechenden Variablen in das RSA-Modell durchschnittlich vollständig egalisiert werden (vergleiche **Tabelle 11** und **Tabelle 12**).

Modell	Härtefälle	ALG II	EMG	Pflege
Status Quo (= RSA Modell 2021 inkl. Risikopool)	88,98 %	95,25 %	90,53 %	86,24 %
isolierte Hinzunahme neuer Variablen				
Status quo + 1 Härtefall -Variable	100 %	100,42 %	92,45 %	87,80 %
Status quo + 1 ALG II -Variable	89,07 %	100 %	90,44 %	86,23 %
Status quo + 1 EMG	89,40 %	94,20 %	100 %	86,50 %
Status quo + 6 EMGs	89,41 %	94,18 %	100 %	86,50 %
Status quo + 1 Pflege -Variable	91,31 %	94,12 %	92,38 %	100 %
Status quo + 5 Pflegegrad -Variablen (PG 1-5)	91,41 %	94,10 %	92,22 %	100 %
Status quo + 2 Pflegesetting -Variablen (ambulant/stationär)	90,95 %	94,34 %	92,33 %	100 %

Tabelle 11: Deckungsquoten bei isolierter Hinzunahme neuer Variablen

Quelle: eigene Darstellung.

Modell	Härtefälle	ALG II	EMG	Pflege
Status Quo (= RSA Modell 2021 inkl. Risikopool)	-1.037,56€	-122,71€	-829,40€	-1.684,96€
isolierte Hinzunahme neuer Variablen				
Status quo + 1 Härtefall -Variable	0 €	10,92 €	-660,70€	-1.493,65€
Status quo + 1 ALG II -Variable	-1.028,93€	0 €	-836,70€	-1.686,52€
Status quo + 1 EMG	-997,65€	-149,98€	0 €	-1.653,15€
Status quo + 6 EMGs	-996,49€	-150,49€	0 €	-1.653,08€
Status quo + 1 Pflege -Variable	-818,22€	-151,85€	-667,17€	0 €
Status quo + 5 Pflegegrad -Variablen (PG 1-5)	-808,50€	-152,56€	-681,12€	0 €
Status quo + 2 Pflegesetting -Variablen (ambulant/stationär)	-852,18€	-146,21€	-671,21€	0 €

Tabelle 12: Deckungsbeiträge (je VJ) bei isolierter Hinzunahme neuer Variablen

Quelle: eigene Darstellung.

Der Einbezug einer Pflegedummy-Variable sorgt zwar für eine 100 %-ige Deckung bei Pflegebedürftigen insgesamt (vergleiche **Tabelle 11**), allerdings führt dies gleichzeitig zu Überdeckungen der niedrigeren Pflegegrade 1 und 2 (103,03 % bzw. 102,40 %) bei weiterhin vorhandenen (wenn auch geringeren) Unterdeckungen bei Pflegegrad 3 (99,44 %), Pflegegrad 4 (98,03 %) und insbesondere Pflegegrad 5 (88,40 %). Außerdem führt eine Pflegedummy-Variable zu einer Verstärkung der Überdeckung für stationäre Pflegefälle (118,39 %). Der isolierte Einbezug von fünf Pflegegrad-Variablen sorgt definitionsgemäß für eine 100%-ige Deckung der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden, verstärkt die Überdeckung stationärer Pflegefälle aber im Vergleich zur Pflegedummy-Variable weiter (120,80 %). In der dritten Ausgestaltung mit einem Einbezug von zwei Pflegesetting-Variablen werden die Unterschiede in den Gruppen der Pflegebedürftigen insgesamt am ehesten ausgeglichen. Zwar gibt es noch leichte Überdeckungen in den Pflegegraden 1 und 2, aber die extreme Überdeckung stationärer Pflegefälle wird vollständig ausgeglichen (vergleiche **Tabelle 13**). Diese Wirkungen gelten analog für die Deckungsbeiträge (vergleiche **Tabelle 14**).

Modell	amb.	stat.	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Status Quo (= RSA Modell 2021 inkl. Risikopool)	82,05%	106,02%	83,79%	86,10%	86,63%	88,96%	83,62%
isolierte Hinzunahme neuer Variablen							
Status quo + 1 Pflege -Variable	96,11%	118,39%	103,03%	102,40%	99,44%	98,03%	88,40%
Status quo + 5 Pflegegrad -Variablen (PG 1-5)	95,60%	120,80%	100%	100%	100%	100%	100%
Status quo + 2 Pflegesetting -Variablen	100%	100%	106,79%	103,62%	98,71%	94,80%	85,54%

Tabelle 13: Deckungsquoten nach Pflegesetting und -graden bei isolierter Hinzunahme neuer Variablen

Quelle: eigene Darstellung

Modell	amb.	stat.	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Status Quo (= RSA Modell 2021 inkl. Risikopool)	-2.329,2 €	582,3 €	-1.803,0 €	-1.619,6€	-1.640,6€	-1.417,3€	-2.953,8€
isolierte Hinzunahme neuer Variablen							
Status quo + 1 Pflege- Vari- able	-505,3€	1.778,1€	336,8€	280,0€	-69,3€	-253,6€	-2.091,3€
Status quo + 5 Pflegegrad- Variablen (PG 1-5)	-571,5€	2.011,3€	0 €	0€	0€	0€	0€
Status quo + 2 Pflegesetting- Variablen	0€	0€	754,7€	421,4€	-158,0€	-667,3€	-2.606,9€

Tabelle 14: Deckungsbeiträge nach Pflegesetting und -graden bei isolierter Hinzunahme neuer Variablen

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 15 zeigt die Deckungsquoten für die kombinierten Modelle im Vergleich zum Status quo. Wie sich bereits für die aggregierten Gütemaße auf Versichertenebene zeigte, geht das kombinierte Modell mit der Hinzunahme von zwei Variablen zum Pflegesetting, 6 EMG-Variablen sowie einer Härtefall-Dummyvariable auch hier mit den besten Deckungsquoten für die vier Gruppen insgesamt einher.

Modell	Härtefälle	ALG II	EMG	Pflege
Status Quo (= RSA Modell 2021 inkl. Risikopool)	88,98%	95,25%	90,53%	86,24%
kombinierte Modelle				
Status quo + EMGs (1-6) + Pflegesetting	91,27%	93,48%	100%	100%
Status quo + EMGs (1-6) + Pflegesetting + Härtefall	100%	97,99%	100%	100%
Status quo + Pflege + Härtefall + ALG II	100%	100%	93,76%	100%
Status quo + EMG + Pflege + Härtefall + ALG II	100%	100%	100%	100%

Tabelle 15: Deckungsquoten der kombinierten Modelle

Quelle: eigene Darstellung.

5.1.3.3 Auswirkungen auf die Regressionskoeffizienten

Im Folgenden werden die Effekte der Einführung zusätzlicher Variablen in das Status quo-Modell auf die Regressionskoeffizienten (und damit die Zuweisungsbeträge für diese Variablen) ausgewiesen. Die grauen Schattierungen in **Tabelle 16** kennzeichnen die jeweils in das Modell zusammen einbezogenen Variablen.

Variable	Koeffizient (Jahr)
Härtefall	1.457 €
ALG II	137 €
Pflege	2.960 €
Pflege stationär	860 €
Pflege ambulant	3.361 €
PG 1	2.636 €
PG 2	2.715 €
PG 3	3.108 €
PG 4	3.359 €
PG 5	5.336 €
EMG	1.027 €
EMG 1	2.087 €
EMG 2	1.232 €
EMG 3	711 €
EMG 4	1.485 €
EMG 5	1.116 €
EMG 6	874 €

Tabelle 16: Koeffizienten bei Einbezug von Variablen in das Status quo Modell

Quelle: eigene Darstellung.

Neben den Pflegegraden 4 und 5 erreicht die Variable „Pflege ambulant“ mit 3.361 Euro die höchsten Koeffizienten. Aufgrund der größten Unterdeckung für diese Versichertenklientel im Status quo (siehe **Tabelle 16** mit 82,05 %) war dieser Effekt mit Blick auf den Koeffizienten der ambulanten Pflege zu erwarten. Der Koeffizient für stationär Gepflegte weist einen Wert von

860 Euro auf. Dass trotz vorhandener Überdeckung stationärer Pflegefälle bei der Einführung je einer ambulanten und einer stationären Pflegesetting-Variable zwar die Deckungsquote für diese Gruppe 100 % und der Deckungsbeitrag 0 Euro beträgt, der Koeffizient für die stationär Gepflegten positiv ist, mag auf den ersten Blick überraschen. Nähere Analysen zeigen, dass insbesondere die Koeffizienten für Erkrankungen, die mit Pflegebedürftigkeit stark korrelieren, entsprechend sinken. Versicherte, die an solchen Erkrankungen leiden, ohne stationär pflegebedürftig zu sein, werden ceteris paribus im Status quo überdeckt und die Überdeckung wird durch die Einführung der Pflegesetting-Variablen abgebaut.

Den niedrigsten Koeffizienten erreicht die ALG II-Variable (mit 137 Euro) und die „Härtefall“-Variable erreicht einen Koeffizienten von 1.457 Euro. Die pflegegradspezifische Analyse zeigt einen steigenden Koeffizienten mit steigendem Pflegegrad (von 2.636 Euro bei PG1 bis 5.336 Euro bei PG5). Die Koeffizienten der EMGs reichen von 711 Euro (EMG 3) bis zu 2.087 Euro (EMG 1).

Tabelle 17 zeigt schließlich die Koeffizienten für das sich als empirisch besonders geeignet erweisende Modell (Einbezug der Härtefallfall-Variable, der sechs EMG-Variablen und der zwei Variablen für das ambulante und das stationäre Pflegesetting).

Variable	Koeffizient (Jahr)
Härtefall	1.193 €
Pflege stationär	382 €
Pflege ambulant	3.067 €
EMG 1	1.704 €
EMG 2	844 €
EMG 3	404 €
EMG 4	1.075 €
EMG 5	711 €
EMG 6	542 €

Tabelle 17: Koeffizienten des kombinierten Modells (EMGs, Pflegesetting, Härtefall)

Quelle: eigene Darstellung.

5.1.3.4 Auswirkungen auf die Regionalkomponente im RSA-Modell

Da die Einführung zusätzlicher Variablen in den RSA aufgrund der zu erwartenden unterschiedlichen regionalen Verteilungen der hierdurch adressierten Versichertengruppen auch die Unter- und Überdeckungen in regionaler Perspektive beeinflusst, wurde zudem der Effekt des Einbezugs der untersuchten sozioökonomischen Versichertenmerkmale auf die Variablenauswahl bei der Regionalkomponente untersucht.

Bei den Regionalvariablen handelt es sich um „regionale Merkmale, die insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur oder die Siedlungsstruktur am Wohnort des Versicherten abbilden“. Grundlage der insgesamt 91 RGGs für das Ausgleichsjahr 2021 waren die Variablen Sterbekosten, Zuweisungen, ambulante Pflege, stationäre Pflege, Gesamtwanderungssaldo, personenbezogene Dienstleistungen, Pendlersaldo sowie kleine und mittlere Unternehmen.³⁶⁷ Die Basis zur Bildung dieser Ausgangsvariablen bilden Indikatoren zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR) des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-, und Raumforschung, Daten der KBV, des Robert Koch-Instituts und weitere Daten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder sowie Daten im Zusammenhang mit dem RSA. So bildet die Variable „Sterbekosten“ beispielsweise die sich aus RSA-Daten ergebenden durchschnittlichen Leistungsausgaben ohne Krankengeld Verstorbener ab. Die Regionalvariable „Ambulante Pflege“ bildet den Anteil der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege an den Pflegebedürftigen insgesamt in % ab und die Variable „Stationäre Pflege“ dementsprechend den Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Dauerpflege an den Pflegebedürftigen insgesamt in %.³⁶⁸

Das Vorgehen bei der Variablenauswahl erfolgte analog zu den Erläuterungen zum Festlegungsentwurf für das Ausgleichsjahr 2021.³⁶⁹ Es wurde eine lineare Regression mit der abhängigen Variable „Deckungsbeitrag je Kreis je Versichertenjahr“ und (zunächst) insgesamt 34 unabhängigen Variablen durchgeführt.³⁷⁰

³⁶⁷ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020b), S. 7 f. Eine vollständige Auflistung der 34 Regionalvariablen mit deren Inhalten kann dem Anhang (A.3) entnommen werden.

³⁶⁸ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020a), S. 483 ff.

³⁶⁹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020a), S. 482 ff.

³⁷⁰ Die unabhängigen Variablen wurden größtenteils aus dem INKAR-Portal des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-, und Raumforschung für die ebenfalls vom BAS genutzten Datenjahre beschafft. Lediglich für die drei Variablen *Sterberate*, *GKV-Sterbekosten* und *GKV-Zuweisungen* musste abweichend auf das Datenjahr 2019 (anstelle 2018) zurückgegriffen werden, da diese auf GKV-Ebene erstmals im Zuge der Festle-

Die Kreise wurden dabei in der linearen Regression mit den zugrundeliegenden Versichertenjahren gewichtet. In einem ersten Schritt erfolgte eine Bereinigung von Multikollinearität im verwendeten Modell, indem in einem iterativen Verfahren die Variablen „Personen in Bedarfsgemeinschaften“, „Pflegebedürftige“, „Lebenserwartung“ und „Mehrfamilienhäuser“ ausgeschlossen wurden. Die so wegen Multikollinearität ausgeschlossenen Variablen sind erwartungsgemäß deckungsgleich mit den vom BAS für das Ausgleichsjahr 2021 ausgeschlossenen Variablen.³⁷¹ In einem zweiten Schritt wurden die 10 Variablen mit der höchsten Signifikanz ausgewählt. Angebotsseitige Variablen gingen zwar in das Modell ein, durften aber gemäß § 8 Abs. 4 RSAV nicht berücksichtigt werden (Variable „Hausarztdichte“ wurde ausgeschlossen), sodass auf Basis des Modells mit der höchsten Modellgüte (unter Einbezug von Pflegesetting, EMGs und „Härtefälle“) schließlich 9 Variablen als Grundlage zur Abgrenzung regionaler Risikogruppen ausgewählt wurden. Für die Einordnung der Ergebnisse wurden die ausgewählten Variablen auf Basis des Modells mit der höchsten Modellgüte zum einen der Variablenauswahl des BAS für das Ausgleichsjahr 2021 sowie zum anderen der Variablenauswahl im Status quo Modell auf Basis der GKV-Simulation gegenübergestellt (siehe **Tabelle 18**).

gung für das Ausgleichsjahr 2022 veröffentlicht wurden. Vergleichbare Ergebnisse in der Multikollinearitätsanalyse (wegen Multikollinearität ausgeschlossene Variablen in der richtigen Reihenfolge mit lediglich leicht abweichenden VIF-Werten) zeigen, dass dadurch jedoch keine grundlegenden Verzerrungen zu erwarten sind.

³⁷¹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020a), S. 493.

BAS Ausgangsmodell 2021 (Festlegungsentwurf, Ausgleichsjahr 2021)		GKV-Simulation (Status Quo ohne RGGs, inkl. RP)		GKV-Simulation (SQ ohne RGGs + EMGs + Pflegesettings + "Härtefälle", inkl. RP)	
Nr.	Variable	Nr.	Variable	Nr.	Variable
1	Sterbekosten	1	Sterbekosten	1	Sterbekosten
2	Zuweisungen	2	Zuweisungen (BAS)	2	Stationäre Pflege
3	Ambulante Pflege	3	Ambulante Pflege	3	Ambulante Pflege
4	Gesamtwanderungs- saldo	4	Erwerbsquote	4	Altersarmut
5	Personenbezogene Dienstleistungen	5	Personenbezogene Dienstleistungen	5	Zuweisungen (BAS)
6	Stationäre Pflege	6	Wohnfläche	6	Erwerbsquote
7	Pendlersaldo	7	Selbstständige	7	Ausländeranteil
8	Facharzt dichte*	8	Altersarmut	8	Langzeitarbeitslosig- keit
9	Kleine und mittlere Unternehmen	9	Kleine und mittlere Unternehmen	9	Hausarzt dichte*
10	Überversorgung *	10	Hausarzt dichte*	10	Pendlersaldo
			...		
		26	Stationäre Pflege		

Tabelle 18: Variablenauswahl Regionalkomponente im Vergleich zum BAS

Quelle: eigene Berechnungen und Bundesamt für Soziale Sicherung (2020a), S. 495.

*ausgeschlossene Angebotsvariable

Die Ergebnisse zeigen, dass die Variablenauswahl im Status Quo Modell auf Basis der GKV-Simulation bereits von der Festlegung des BAS für das Ausgleichsjahr 2021 abweicht (Spalte links versus Spalte mittig).³⁷²

³⁷² Da das BAS-Vorgehen für das Ausgleichsjahr 2021 reproduziert wurde, ist ein Umsetzungsfehler unwahrscheinlich. Die Multikollinearitätsanalyse bei den unabhängigen Variablen führte zu denselben Ergebnissen wie sie vom BAS veröffentlicht wurden. Es wurden dieselben Variablen ausgeschlossen und dies in derselben Reihenfolge. Somit kann nur die abhängige Variable (Deckungsbeitrag je Kreis) die Ursache für

Es ist festzustellen, dass die Regionalvariablen „ambulante Pflege“ und „stationäre Pflege“ in der untersuchten Stichprobe in diesem RSA-Modell weiterhin enthalten sind, obwohl in dem präferierten Modell auch die versichertenindividuellen Merkmale des ambulanten bzw. stationären Pflegestatus enthalten sind. Der zusätzliche Einbezug der Pflegekennzeichen auf Individualebene sorgt in den vorliegenden Modellanalysen also nicht dafür, dass die Pflegevariablen in der Regionalkomponente obsolet werden. Auf den ersten Blick scheint dies unerwartet zu sein. Allerdings haben ergänzende Analysen gezeigt, dass auch die Deckungsquoten bzw. -beiträge in Bezug auf die Pflege in einer Simulation mit und ohne Regionalvariablen quasi identisch sind. Die komplexen Zusammenhänge, die durch das Set der Regionalvariablen repräsentiert werden, haben in Bezug auf die Deckungssituation Pflegebedürftiger keinen Einfluss – dann ist es umgekehrt auch nicht überraschend, dass diese Regionalvariablen auch bei einer 100%-Deckung, die durch die zwei Individualmerkmale zum Pflegesetting bewirkt wird, gleichwohl im Modell enthalten sind.

5.1.4 Diskussion und Schlussfolgerungen

In dieser Analyse wurden an einem großen Datensatz von mehr als 9 Mio. AOK-Versicherten systematische Unter- und Überdeckungen für Versichertengruppen mit bestimmten sozioökonomischen Merkmalen untersucht. Da die Stichprobe der AOK-Versicherten an die GKV-Grundgesamtheit adjustiert wurde, ist zu erwarten, dass sich auch in der Gesamt-GKV zumindest ähnliche Effektrichtungen und tendenziell auch ähnliche Effektniveaus zeigen. Gleichwohl ist dies keine Untersuchung an Daten aus mehreren Kassenarten und insoweit keine für die GKV insgesamt repräsentative Stichprobe. Auch war eine getrennte Analyse von Pflegegeldempfängern und Empfängern von ambulanten Pflegesachleistungen auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich; diese Differenzierung hätte zusätzliche Erkenntnisse in der Analyse der Subgruppen Pflegebedürftiger bringen können.

Die Ergebnisse der Modellsimulationen zeigen, dass im Status quo für alle im Fokus dieser Analyse stehenden Versichertengruppen systematische Unterdeckungen vorliegen (siehe Abschnitt 5.1.3.1). Aufgrund der deutlichen Unterdeckungen bestehen bei Krankenkassen An-

die Abweichungen im Status quo sein. Die Deckungsbeiträge wurden basierend auf dem Datensatz der GKV-Simulation ermittelt. Hierin drücken sich unterschiedliche Verteilungen zwischen GKV- und AOK-Versicherten aus, die durch das vom AOK-Bundesverband vorgenommene Gewichtungsverfahren zur Angleichung an die Gesamt-GKV nicht neutralisiert werden konnten.

reize möglicher Risikoselektionsstrategien. Mit Blick auf das zentrale Ziel des RSA, Risikoselektion zu vermeiden, erscheint dies unerwünscht, zumal die Merkmale in den administrativen Daten der Krankenkassen vorhanden und diese Versichertengruppen daher leicht identifizierbar sind. Zudem haben unterschiedliche Verteilungen solcher unterdeckten Versichertengruppen Auswirkungen auf den Kassenwettbewerb – Krankenkassen mit überproportionalen Anteilen an solchen Versichertengruppen erfahren ceteris paribus Nachteile gegenüber Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen Anteilen an den Versichertengruppen. Dass die Vermeidung von Verzerrungen im Kassenwettbewerb ein eigenständiges Ziel des RSA ist, hat der Wissenschaftliche Beirat in seinem 2017er Gutachten betont.³⁷³

Die in dieser Analyse untersuchte Berücksichtigung der sozioökonomischen Versichertenmerkmale im RSA ist in der Lage, diese systematischen Unterdeckungen durch den zusätzlichen Einbezug der entsprechenden Variablen zu beheben (vergleiche Kapitel 5.1.3.2). Welche der analysierten Merkmale im RSA zusätzlich berücksichtigt werden sollten und in welchem Detaillierungsgrad, hängt unter anderem von der Zielsetzung ab, inwieweit die Deckungsquoten dieser Subgruppen auf 100 % gebracht werden sollen. Die statistischen Gütemaße aller Modellsimulationen weisen Verbesserungen in der Erklärungskraft auf. Der Einbezug der EMGs, der zwei Pflegesetting-Variablen und der „Härtefall“-Variable erreicht mit einem R^2 von 52,83 % und einem CPM von 27,84 % die höchste Modellgüte. Ein zusätzlicher Einbezug der ALG II-Variable erscheint aufgrund der geringen Unterdeckung der betroffenen Versicherten und der somit geringen Verteilungswirkung im Status quo weniger zielführend.

Die Analyse zeigt eindrücklich auf, dass Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus mit einer Deckungsquote von 89,53 % im RSA deutlich unterdeckt sind. Dieser Befund bestätigt die Analysen des Wissenschaftlichen Beirats, der sich aus diesem Grund eindeutig gegen eine Streichung der EMG-Variablen im RSA ausgesprochen hatte.³⁷⁴ Der Deckungsbeitrag je Versichertenjahr für Versicherte mit einer EMG liegt im Status quo bei -829,40 Euro (siehe **Tabelle 8**). Dies verdeutlicht das Ausmaß der Unterdeckung für diese Personengruppe. Die vom Gesetzgeber des GKV-FKG angeführten Gründe für ein Streichen der EMG-Variablen aus dem RSA, die auch bei den Beratungen des Wissenschaftlichen Beirats erörtert worden sind, ver-

³⁷³ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 11 ff.

³⁷⁴ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 367.

mögen nicht durchzugreifen: Es mag zutreffen, dass es Personen ohne Erwerbsminderungsrente gibt, die an den gleichen Erkrankungen leiden und daher ebenfalls unterdeckt sind, aber insbesondere sind diese nicht als Gruppe identifizierbar und bieten daher keinen Anknüpfungspunkt für Risikoselektion. Sofern der Gesetzgeber bei der Weiterentwicklung des lernenden Systems RSA die Überlegung des Wissenschaftlichen Beirats, Erwerbsminderung als Merkmal zur Schweregraddifferenzierung der Morbidität zu verwenden, nicht aufgreift, sollte mindestens eine Rückkehr zu den 6 EMG-Variablen erfolgen.

Die Berücksichtigung der „Härtefall“-Variable im RSA ist basierend auf der deutlichen Unterdeckung im Status quo ebenfalls zu empfehlen. Der Einbezug der Variable zur Zuzahlungsbefreiung in den RSA wäre in der Lage, die systematischen Unterdeckungen für diese Versicherten zu beseitigen. Die systematischen Unterdeckungen basieren dabei auf zwei unterschiedlichen Effekten: Zum einen bestehen für diese Versicherten erhöhte Ausgaben bei den Krankenkassen aufgrund der ausbleibenden Zuzahlungen seitens der Versicherten. Zum anderen können eine überdurchschnittliche Leistungsanspruchnahme bzw. ein überdurchschnittlicher Ressourcenverbrauch die Unterdeckung erzeugen. Die deutliche Unterdeckung von Zuzahlungsbefreiten von jährlich ca. 1.500 Euro (siehe **Tabelle 8**) lässt den Schluss zu, dass nicht nur entgangene Zuzahlungen als Erklärung herangezogen werden können. Sollte die politische Willensbildung dahin gehen, lediglich die entgangenen Zuzahlungen der Versicherten auszugleichen, wäre alternativ auch eine Erstattung dieser aus dem Gesundheitsfonds ein sachgerechter und umsetzbarer Ansatz.³⁷⁵

Innerhalb der Gruppe der Pflegebedürftigen ist die Ausgangssituation relativ komplex. Die weitergehenden Analysen zeigen hier, dass eine Unterdeckung nicht in allen Subgruppen vorliegt. Insbesondere häuslich Gepflegte weisen deutliche Unterdeckungen auf. Stationär Gepflegte hingegen weisen bereits im Status quo Modell mit einer Deckungsquote von 106,02 % und einem positiven Deckungsbeitrag von 582 Euro eine Überdeckung auf. Bei Einführung nur einer einzigen Pflegedummy-Variable sind zwar die Pflegebedürftigen insgesamt exakt zu 100 % gedeckt, jedoch wird die Überdeckung bei stationär Gepflegten dadurch noch größer (Deckungsquote 118,39 %; Deckungsbeitrag + 1.778 Euro) als im Status quo. Die Unterdeckung der häuslich Gepflegten nimmt dabei zwar ab, die Deckungsquote liegt aber immer noch nur

³⁷⁵ Vgl. Lux et al. (2015), S. 36.

bei 96,11 % und der Deckungsbeitrag liegt bei -505 Euro. Wie in 5.1.3.1 ausgeführt, dürfte die hohe Deckungsquote bei stationär Gepflegten bereits im Status quo Modell wesentlich in der Übernahme der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen nach SGB XI begründet sein. Eine weitere Begründung könnte aber eventuell auch eine geringere Wahrscheinlichkeit einer Eskalation in Form von Akutereignissen in der stationären Pflege sein. Da die Pflegebedürftigen im Vergleich zur häuslichen Pflege unter ständiger Beobachtung sind, können medizinische Ereignisse, aber auch Stürze, zu geringe Trinkmengen, nicht eingenommene Medikamente usw. von Pflegekräften im Pflegeheim frühzeitig erkannt werden, sodass rechtzeitige Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können. Außerdem könnte aus einer im Vergleich zum ambulanten Setting engmaschigeren medizinischen Betreuung eine höhere Kodierdichte im stationären Setting resultieren, die in der Konsequenz mit höheren Zuweisungen für stationär Gepflegte einhergehen würde. Hier wären allerdings weitergehende Forschungsansätze notwendig. Um die unterschiedliche Deckungssituation bei stationär und ambulant Gepflegten angemessen zu berücksichtigen, erscheint es somit sinnvoll, eine entsprechende Unterscheidung in diese beiden Pflegesettings vorzunehmen, also eine „ambulante“ und eine „stationäre“ Pflegevariable in den RSA einzuführen. Damit wird die Deckungsquote für beide Gruppen auf 100 % gesetzt und die Deckungsbeiträge liegen bei 0 Euro.

Die empirischen Ergebnisse legen daher nahe, den RSA um Merkmale für den „Härtefall“-Status, Erwerbsminderungsstatus und das Vorliegen von ambulanter bzw. stationärer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI zu ergänzen. Die vorgeschlagenen Ergänzungen des RSA um sozioökonomische Statusvariablen führen jeweils zu entsprechenden standardisierten Zuweisungen. Diese sind unabhängig von den tatsächlichen Leistungsausgaben für die jeweiligen Versicherungengruppen, insofern sind die vorgeschlagenen Ergänzungen vollständig anreizkompatibel. Eine Ausnahme stellt in dieser Hinsicht der Vorschlag dar, ggf. bei Versicherten, die als „Härtefälle“ von Zuzahlungen befreit sind, den Krankenkassen die entgangenen Einnahmen aus den Zuzahlungen zu erstatten. Hierbei würde es sich nicht um standardisierte Größen handeln. Allerdings ist das Greifen der Befreiungsregelung bei Versicherten für die Krankenkasse eine fixe Größe, die sie nicht beeinflussen kann. Daher bleiben auch bei diesem Ansatz die Wirtschaftlichkeitsanreize gewahrt.

5.2 Anreizgerechte Finanzierung kostenintensiver Einmaltherapien ³⁷⁶

5.2.1 Hintergrund

Arzneimittel für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP), die biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte, Gentherapeutika und somatische Zelltherapeutika umfassen (Artikel 2 Abs. 1 EU-Verordnung 1394/2007), werden infolge der dynamischen Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und insbesondere der Genomforschung in der Gesundheitsversorgung zunehmend eingesetzt.³⁷⁷ Da die Patientenpopulationen der ATMP meist jedoch relativ klein sind, bleibt der Budget Impact gegenwärtig zwar noch überschaubar, mit Blick in die Zukunft, in der bspw. Gentherapeutika auch für Erkrankungen mit hoher Prävalenz erwartet werden, könnte der kurzfristige Budget Impact jedoch beträchtlich sein und die kurzfristige Liquidität insbesondere kleiner Krankenkassen stark belasten. Aktuell befindet sich bspw. das Arzneimittel Invossa® (Wirkstoff: Tonogenchoncel-L) zur Behandlung von Osteoarthritis am Kniegelenk bereits in einer Phase 3-Studie und wäre potenziell bei mehr als 6,5 Mio. GKV-Versicherten anwendbar.³⁷⁸

Für ATMP geht die klinische Prüfung mit diversen Herausforderungen einher, die die Anwendung des allgemein anerkannten Goldstandards für den Beleg von Wirksamkeit und Sicherheit einer neuen Therapie, d. h. die randomisierten kontrollierten Studien, in der Regel erheblich erschweren. Da die angestrebte anhaltende Wirkdauer vieler Gentherapeutika bei gesunden Probanden potenziell schädlich wirken kann, ist die Durchführung von Phase 1-Studien meistens nur mit erkrankten und nicht mit gesunden Probanden möglich³⁷⁹ und würde zum Beispiel beim Arzneimittel Zynteglo® zu einer für gesunde Menschen gefährlichen erhöhten Produktion von Erythrozyten führen.³⁸⁰ Für Gentherapeutika gegen seltene Leiden kommt erschwerend das national und international kleine Patientenkollektiv hinzu, sodass eine Phase-

³⁷⁶ Dieser Fragestellung wurde von der Autorin zusammen mit den Professoren Jürgen Wasem und Volker Ulrich sowie Dr. Markus Thalmeier nachgegangen. Die Inhalte aus einem dazu gemeinsam verfassten Artikel werden hier in großen Teilen unverändert wiedergegeben; vgl. A.4 und Wasem et al. (2021). Außerdem gingen Inhalte aus zwei von der Autorin mit verfassten Artikeln zur Vergütung und Finanzierung von (insbesondere hochteuren) Arzneimitteln in das Unterkapitel 5.2.1 (Hintergrund) ein; vgl. Wasem/Hüer/Abels (2021); Hüer/Abels/Wasem (2021).

³⁷⁷ Vgl. Lücke/Bädeker/Hildingier (2020).

³⁷⁸ Vgl. Berkemeier/Diel/Sussmann (2018); National Health Service (2017); Wasem/Hüer/Abels (2021), S. 22.

³⁷⁹ Vgl. Kulozik/Kunz (2019).

³⁸⁰ Zynteglo® ist eine Gentherapie für Patienten ab zwölf Jahren mit transfusionsabhängiger „Thalassämie (TDT), die keinen “0/“0-Genotyp haben, für die eine Transplantation mit hämatopoetischen Stammzellen (HSC) geeignet ist, für die jedoch ein HLA-passender verwandter HSC-Spender nicht verfügbar ist“; bluebird bio GmbH (2019).

3-Studie mit größeren Patientenzahlen oftmals kaum durchzuführen ist. Zudem ist aus ethischer Perspektive häufig eine randomisierte kontrollierte Studie mit Placebo als Kontrolle bei fehlenden adäquaten Therapiemöglichkeiten nicht vertretbar, sodass auf einarmige Interventionsstudien ausgewichen werden muss.³⁸¹ Durch die langwirkende Dauer und möglicherweise bestehende Nebenwirkungen, die erst sehr spät auftreten, ist die Definition von klinischen Endpunkten zudem enorm komplex, sodass diese vielfach durch Surrogatparameter ersetzt werden müssen.³⁸²

Aufgrund der damit einhergehenden noch geringen Evidenzgrundlage durchlaufen ATMP in der Regel sogenannte besondere Zulassungsverfahren. Solche Verfahren nehmen auf europäischer Ebene kontinuierlich zu.³⁸³ Eines dieser Verfahren ist die bedingte Zulassung (conditional approval), die von der EMA etabliert wurde, um die Entwicklung von Arzneimitteln zu unterstützen, die zur Behandlung von schweren Erkrankungen mit lebensbedrohlichem Verlauf eingesetzt werden. Das Verfahren senkt die Anforderungen an die Datengrundlage zum Zeitpunkt der Zulassung, verpflichtet den pharmazeutischen Unternehmer aber dazu, die Datengrundlage nach der Zulassung zu erweitern, um die angenommene positive Nutzen-Risiko-Abwägung zu bestätigen und damit eine reguläre Zulassung zu erhalten. Die bedingte Zulassung gilt zunächst für ein Jahr, kann aber jährlich verlängert werden.³⁸⁴ Ein weiteres Sonderverfahren ist die Zulassung unter besonderen Umständen (exceptional circumstances). Dieses Verfahren kann eingesetzt werden, wenn es für den pharmazeutischen Unternehmer nachweisbar nicht möglich ist, die für eine reguläre Zulassung notwendigen Daten vorzulegen, bspw. weil eine Erkrankung sehr selten ist, der Aufwand unzumutbar wäre oder ethische Gründe eine strenge Überprüfung auf Wirksamkeit und Sicherheit nicht zulassen.³⁸⁵

Nach der Zulassung durchlaufen die neuartigen Therapien für den regulären Erstattungsprozess in Deutschland in der GKV die mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG, 2010)³⁸⁶ ab 2011 eingeführte Nutzenbewertung (§ 35a SGB V) durch den G-BA. Dies erfolgt bislang überwiegend unter Anwendung der speziellen Rahmenbedingungen, die der Gesetz-

³⁸¹ Vgl. u.a. European Medicines Agency (2018).

³⁸² Vgl. Wasem/Hüer/Abels (2021), S. 21.

³⁸³ Vgl. u.a. Fricke/Schwabe (2011); Fricke/Hein/Schwabe (2020).

³⁸⁴ Artikel 1 Verordnung (EG) Nr. 507/2006; EMA 2016

³⁸⁵ Vgl. CHMP 2005, Artikel 22 der Richtlinie 2001/83/EG.

³⁸⁶ Vgl. BGBl. 2010 I Nr. 67 S. 2262.

geber für die Nutzenbewertung von Arzneimitteln für seltene Leiden (sog. Orphan Drugs) vorgesehen hat. Der Orphan Drug-Status geht nach der gesetzgeberischen Konzeption – da per definitionem keine (gleichwertige) Behandlungsalternative verfügbar ist – bereits mit einem Zusatznutzen einher, nur sein Ausmaß ist noch durch den G-BA zu quantifizieren.³⁸⁷ Übersteigt der Umsatz des Orphan Drugs jedoch eine Schwelle von 30 Mio. Euro (vor GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (2022))³⁸⁸ 50 Mio. Euro) oder erwartet der pharmazeutische Unternehmer bereits Umsätze in dieser Höhe, ist ein volles AMNOG-Verfahren zu durchlaufen. An die Nutzenbewertung schließen sich die Preisverhandlungen des pharmazeutischen Unternehmers mit dem GKV-Spitzenverband an (§ 130b SGB V), in deren Ergebnis der vom pharmazeutischen Unternehmer frei wählbare Einführungspreis des Arzneimittels ab Monat 7 (vor GKV-Finanzstabilisierungsgesetz: Monat 13) durch einen vereinbarten – im Konfliktfall von der AMNOG-Schiedsstelle festgesetzten – Erstattungsbetrag ersetzt wird. Abweichend von der Erstattungsbetragsvereinbarung auf Bundesebene können einzelne Krankenkassen oder ihre Verbände mit dem pharmazeutischen Unternehmer ergänzende Vereinbarungen über die Erstattung der Arzneimittel und die Versorgung ihrer Versicherten treffen (§ 130c SGB V).

Besteht bereits grundsätzlich Unsicherheit über den Nutzen eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff in der Versorgungswirklichkeit, so gilt dies für Gentherapien und andere ATMP aufgrund der skizzierten Gegebenheiten in besonderer Weise. In Anbetracht der geringen Evidenzbasis wird deutlich, dass veränderte Erstattungsmodelle aufgrund einer großen Unsicherheit notwendig sind, weil langfristige Risiken und Therapieerfolge noch offen sind, sodass in Deutschland zunehmend Pay-for-Performance-Ansätze (P4P) diskutiert werden, um eine angemessene Risikoteilung bei Unsicherheit zu realisieren.³⁸⁹ Das BAS hat dazu im Juli 2021 eine Abfrage beim GKV-Spitzenverband durchgeführt, die von Juni 2019 bis Juni 2021 eine deutliche Erhöhung der Anzahl abgeschlossener erfolgsabhängiger Verträge in diesem Kontext ergab. Auf Basis dieser Rückmeldungen wurde das Finanzvolumen für P4P-Verträge vom BAS auf einen Betrag im mittleren dreistelligen Millionenbereich geschätzt.³⁹⁰

³⁸⁷ Vgl. § 35a Abs. 1 Satz 11 Halbsatz 1 SGB V sowie die Verordnung (EG) Nr. 141/2000.

³⁸⁸ Vgl. BGBl. 2022 I Nr. 42 S. 1990.

³⁸⁹ Vgl. u.a. Haas et al. (2020).

³⁹⁰ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022h), S. 24 ff.

ATMP sind nicht nur von der angeführten Evidenzproblematik betroffen, sondern gehen aufgrund transformierter Ausgabenverläufe insbesondere in den Erstattungsbetragsverhandlungen im AMNOG-System mit neuen Herausforderungen einher. Da es sich häufig um Einmal-/Impulstherapien handelt, fallen im ersten Jahr einmalig teilweise sehr hohe Kosten durch die Arzneimittelgabe an, ohne aber in den Folgejahren Kosten auszulösen; wenn das Wirkversprechen eingelöst wird, etwa durch eine Gentherapie der Gendefekt behoben wird, Heilung einsetzt und keine Notwendigkeit für Therapie in künftigen Jahren besteht.³⁹¹ So weist das 2020 zugelassene Arzneimittel Zolgensma® (Wirkstoff Onasemnogen Apeparvovec) zur Behandlung der Spinalen Muskelatrophie mit einem Preis von 1.945.000 Euro (Lauer Taxe-Klinik-Einkaufskosten) extrem hohe Kosten auf, verspricht jedoch auch, dass Patienten, die ohne Behandlung in der Regel noch vor dem zweiten Lebensjahr versterben würden, bei präsymptomatischer Behandlung eine nahezu normale motorische Entwicklung zeigten.³⁹²

Modelle erfolgsabhängiger Bezahlung können daher einen wichtigen Baustein der Vergütung für kostenintensive Einmaltherapien darstellen. Dies wird nur dann nachhaltig möglich sein, wenn diese P4P-Vergütungsmodelle und die GKV-Finanzarchitektur passgerecht zueinander sind.³⁹³ Dies ist aktuell allerdings nicht der Fall, was in Abschnitt 5.2.2 zunächst hergeleitet wird. Bei dieser Problemanalyse geht es insbesondere um die Anreizkonstellationen bei der Finanzierung kostenintensiver Einmaltherapien im Spannungsfeld zwischen Risikopool und erfolgsorientierten Vergütungsmodellen. Auf dieser Basis wird ein Reformvorschlag in Abschnitt 5.2.3 vorgestellt. Da dieser nicht empirisch, sondern konzeptionell-analytisch erarbeitet wird, wird in diesem Unterkapitel auf einen eigenen Abschnitt zur methodischen Vorgehensweise verzichtet. In 5.2.4 schließt sich eine Diskussion mit einer Einordnung in ein Ende 2022 vom BAS erstelltes Gutachten zu dieser Thematik an.

5.2.2 Problemanalyse

Zwei Arten von P4P-Modellen für hochpreisige Arzneimittel sind in der jüngsten Zeit entwickelt worden: Ratenzahlungsmodelle und Rückerstattungsmodelle. Bei Ratenzahlungsmodellen wird der Erstattungsbetrag des Arzneimittels im Jahr der Verordnung nicht komplett gezahlt, sondern auf mehrere Jahre aufgeteilt. Die Verknüpfung mit dem P4P-Gedanken erfolgt

³⁹¹ Vgl. Hüer/Abels/Wasem (2021), S. 11.

³⁹² Vgl. Novartis Gene Therapies EU Ltd. (2021).

³⁹³ Vgl. Wasem/Hüer/Abels (2021), S. 22.

dadurch, dass die Raten der Folgejahre nicht fällig werden, wenn in diesen Jahren kein Therapieerfolg eintritt. Bei Rückerstattungsmodellen wird der vollständige Erstattungsbetrag im Jahr der Verordnung gezahlt; tritt jedoch in diesem oder einem oder mehreren der Folgejahre kein Behandlungserfolg ein, hat die Krankenkasse Anspruch auf eine Rückzahlung eines Teiles des Preises.³⁹⁴

Gäbe es – wie bis Ende 2020 – keinen Risikopool, wären beide Modelle (wenn von Liquiditätsaspekten abgesehen wird) unter ansonsten gleichen Bedingungen für Krankenkassen gleich attraktiv. Dafür sei im Weiteren angenommen, dass für ein gentechnisches Arzneimittel, welches für sich beansprucht, mit einer einmaligen Anwendung eine dauerhafte Wirkung zu erzielen, ein Erstattungsbetrag von 1 Mio. Euro vereinbart sei. Im Ratenzahlungsmodell sei vereinbart, dass anstelle einer einmaligen Zahlung dieses Betrages fünf Ratenzahlungen von jeweils 200.000 Euro fällig würden. Tritt bei dem Versicherten Therapieversagen auf, entfallen ab dem Jahr des Eintritts des Therapieversagens die noch ausstehenden Raten der Krankenkasse. Im Rückerstattungsmodell sei vereinbart, dass der pharmazeutische Unternehmer für das Jahr des Eintritts des Therapieversagens und die weiteren Jahre bis zum vierten Jahr nach der Verordnung jeweils ein Fünftel des Arzneimittelpreises, also 200.000 Euro, an die Krankenkasse zurückzahlt.

Tabelle 19 illustriert die Situation ohne Risikopool unter der Annahme, dass ab dem vierten Jahr Therapieversagen festzustellen ist. Im Ratenzahlungsmodell zahlt die Krankenkasse an den pharmazeutischen Unternehmer daher nur die ersten drei Raten, im Rückerstattungsmodell erhält die Krankenkasse in den Jahren 4 und 5 jeweils eine Rückzahlung von 200.000 Euro von dem pharmazeutischen Unternehmer. In beiden Modellen ist die Krankenkasse daher effektiv über die Vertragslaufzeit mit 600.000 Euro belastet.

	2021	2022	2023	2024	2025	Effektive Belastung
Ratenzahlungsmodell						
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 200.000 €	- 200.000 €	- 200.000 €	-	-	- 600.000 €
Rückerstattungsmodell						
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 1.000.000 €			+ 200.000 €	+ 200.000 €	- 600.000 €

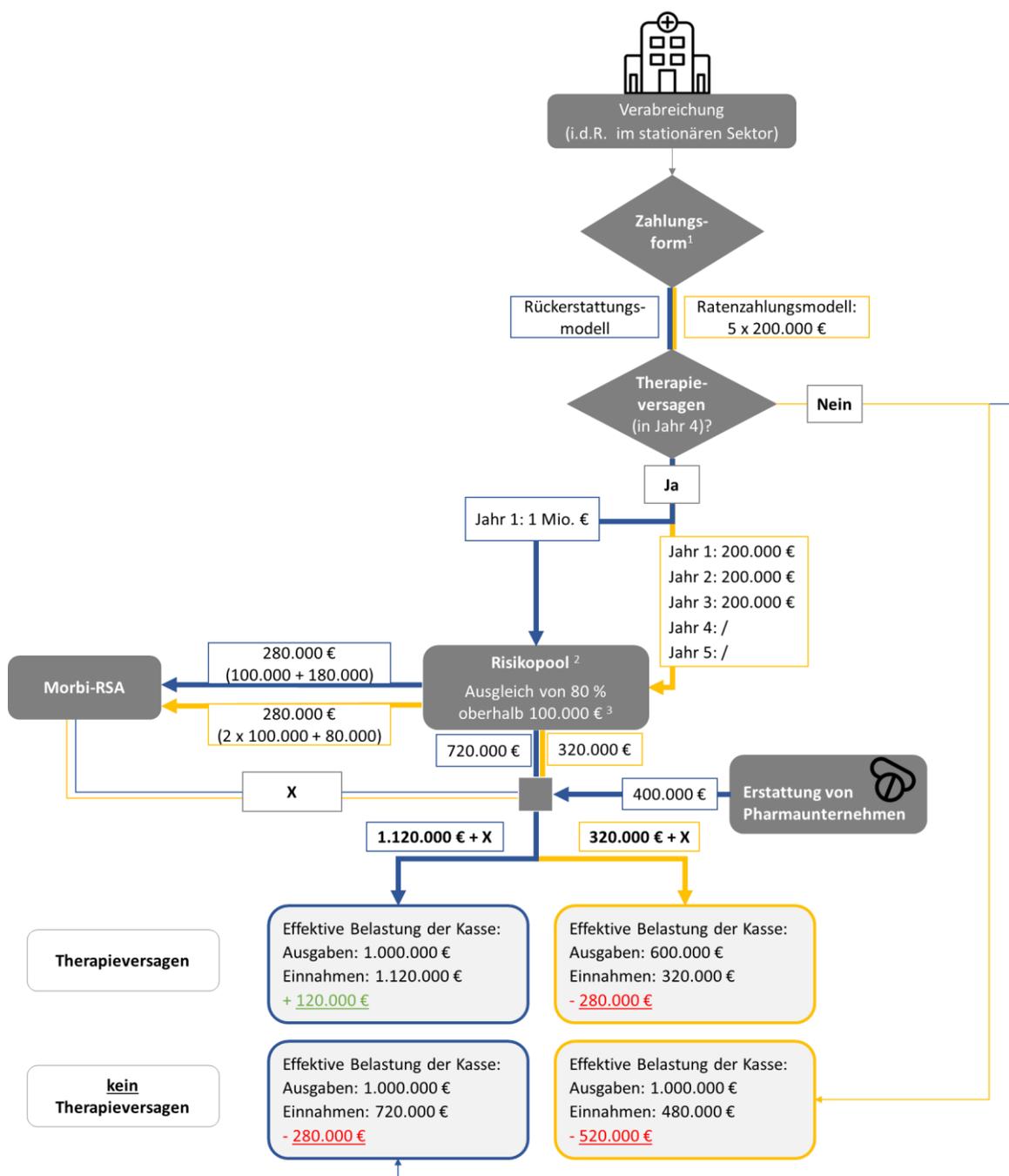
³⁹⁴ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022h), S. 11 f.

Arzneimittelpreis: 1 Mio. €; es bedeutet: - = Kasse zahlt; + = Kasse erhält; pU = pharmazeutischer Unternehmer

Tabelle 19: Ratenzahlungs- und Rückerstattungsmodell ohne Risikopool, Therapieversagen in Jahr 4

Quelle: eigene Darstellung.

Abbildung 23 illustriert schematisch die Situation mit Risikopool unter der Annahme, dass ab dem vierten Jahr Therapieversagen festzustellen ist, und weist eine gravierende Ungleichbehandlung zwischen Ratenzahlungs- und Rückerstattungsmodellen aus.



1) Vorab schließen Pharmaunternehmen und Kasse Verträge gem. § 130a Abs. 8 SGB V, mögliche Inhalte: Ratenzahlungsmodalitäten, Definition „Erfolg“ für P4P.
 2) ab AJ 2021, GKV-FKG; LA für Krankengeld sind nicht ausgleichsfähig (§ 268 Abs. 2 SGB V)
 3) Schwellenwert = 100.000 € (AJ 2021), Weiterentwicklung mit jährlicher Veränderungsrate der ausgleichsfähigen LA je Versicherten (§ 268 Abs. 1 S. 3 SGB V).

Abbildung 23: Ungleichbehandlung zwischen Ratenzahlungs- und Rückerstattungsmodellen im Risikopool

Quelle: eigene Darstellung.

Neben die finanzielle Beziehung der Krankenkasse zum pharmazeutischen Unternehmer tritt die finanzielle Beziehung der Krankenkasse zum Risikopool. Dabei wird im Folgenden vereinfachend die im Gesetz vorgesehene Dynamisierung des Schwellenwertes des Risikopools ebenso vernachlässigt wie andere Ausgaben des Versicherten in dem jeweiligen Kalenderjahr.

Im Ratenzahlungsmodell ist grundsätzlich in jedem Jahr die „Selbstbeteiligung“ in Höhe von 100.000 Euro plus 20 % des den Schwellenwert übersteigenden Betrags von der Krankenkasse zu tragen. Die verbleibenden Beträge übernimmt hingegen der Risikopool. Für das zweite Jahr gilt allerdings, dass die Ratenzahlung, da sie nach dem „Für-Prinzip“ dem Jahr der Verordnung zuzurechnen ist und § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 der RSAV vorsieht, dass für das Folgejahr des Berichtsjahres eine Korrekturmeldung durchzuführen ist, noch dem Jahr der Verordnung zugeordnet wird. Es ergibt sich, dass die Krankenkasse für die ersten beiden Jahre, die zusammen dem Verordnungsjahr (hier: 2021) zuzurechnen sind, von den zwei gezahlten Raten á 200.000 Euro insgesamt 240.000 Euro aus dem Pool erstattet bekommt [80% von (400.000 Euro-100.000 Euro)] und von der Zahlung im dritten Jahr 80.000 Euro [nämlich 80% von (200.000 Euro-100.000 Euro)] aus dem Pool erhält.³⁹⁵ Im Ergebnis trägt die Krankenkasse von den Zahlungen an den pharmazeutischen Unternehmer in Höhe von 600.000 Euro einen Betrag von 280.000 Euro selbst, während der Risikopool 320.000 Euro übernimmt (siehe **Tabelle 20**).

³⁹⁵ Abweichend von der hier angenommenen Zahlung aus dem Risikopool in Jahr 3 (t+2) kann auch die Auffassung vertreten werden, dass diese nicht erfolgt, wenn die Leistungsausgaben ab Jahr 3 (t+2) keiner RSA-relevanten Verordnung mehr zugeordnet werden könnten und dementsprechend weder im RSA noch im Risikopool berücksichtigungsfähig wären; vgl. dazu Bundesamt für Soziale Sicherung (2022h), S. 17. Dies ändert jedoch an der grundsätzlichen Problematik nichts, sondern verschärft diese vielmehr.

	2021	2022	2023	2024	2025	Effektive Belastung
Ratenzahlungsmodell						
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 200.000 €	- 200.000 €	- 200.000 €	-	-	- 600.000 €
Kasse erhält aus Risikopool	+ 240.000 €		+ 80.000 €			+ 320.000 €
Effektive Belastung	- 160.000 €		- 120.000 €			- 280.000 €
Rückerstattungsmodell						
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 1.000.000 €			+ 200.000 €	+ 200.000 €	- 600.000 €
Kasse zahlt an / erhält vom pU	+ 720.000 €					+ 720.000 €
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 280.000 €					+ 120.000 €

Arzneimittelpreis: 1 Mio. €; es bedeutet: - = Kasse zahlt; + = Kasse erhält; pU = pharmazeutischer Unternehmer

Tabelle 20: Ratenzahlungs- und Rückerstattungsmodell unter Risikopool, Therapieversagen in Jahr 4

Quelle: eigene Darstellung.

Die Berücksichtigung der Rate des zweiten Jahres im Risikopool gemeinsam mit der Rate des ersten Jahres sowie die Berücksichtigung der den Schwellenwert übersteigenden Rate des dritten Jahres im Risikopool unter den geltenden Regeln setzt allerdings voraus, dass der Versicherte mindestens einen Tag in den Jahren 2 und 3 bei der Krankenkasse versichert war. Hätte der Versicherte hingegen z.B. im ersten Jahr die Krankenkasse gewechselt, würde sich der Risikopool nur an der Rate des ersten Jahres beteiligen, die Krankenkasse würde von den letztlich an den pharmazeutischen Hersteller gezahlten 600.000 Euro also nur 80.000 Euro [80 % aus (200.000 Euro – 100.000 Euro)] im ersten Jahr vom Pool erstattet bekommen, hingegen die restlichen 520.000 Euro selbst tragen.

Im Rückerstattungsmodell bekommt die Krankenkasse im Jahr der Verordnung des Arzneimittels von dem an den pharmazeutischen Unternehmer gezahlten Betrag von 1 Mio. Euro vom Risikopool eine Erstattung in Höhe von 720.000 Euro [80 % von (1.000.000 Euro – 100.000 Euro)]. In den Jahren 4 und 5 kann die Krankenkasse jeweils 200.000 Euro von dem pharmazeutischen Unternehmer vereinnahmen, ohne dass der Risikopool hieran beteiligt wäre. Im Ergebnis hat die Krankenkasse größere Rückflüsse aus dem Risikopool (720.000 Euro) als sie

überhaupt effektiv über den Vertragszeitraum von 5 Jahren für das Arzneimittel ausgegeben hat (600.000 Euro) (vergleiche **Tabelle 20**).

Der Risikopool führt also zu einer erheblichen Ungleichbehandlung der beiden P4P-Modelle. Diese rührt daher, dass im Ratenzahlungsmodell die „Eigenbeteiligung“ der Krankenkasse bis zum Schwellenwert ab dem dritten Jahr mehrfach zur Anwendung kommt, während bei dem Rückerstattungsmodell einerseits die Eigenbeteiligung bis zum Schwellenwert nur einmal (nämlich im Jahr 1) zur Anwendung kommt und andererseits spätere Rückzahlungen von der Krankenkasse nicht mit dem Risikopool zu teilen sind. Diese Ungleichbehandlung ist aus gesundheitspolitischer Perspektive allerdings wenig plausibel, insbesondere der starke Anreiz, dass sich der pharmazeutische Unternehmer und die Krankenkasse auf Konstruktionen verständigen könnten, an denen sich die Krankenkasse im Falle von Therapieversagen „bereichert“, ist zu kritisieren.

5.2.3 Reformvorschlag

Der Risikopool ist nicht in erster Linie, aber auch, wegen der hochteuren Arzneimittel eingeführt worden. Er soll eine Lastenteilung für sehr aufwändige Leistungsfälle zwischen der Einzelkasse und der GKV-weiten Solidargemeinschaft aller Versicherten bewirken, die über die Lastenverteilung durch den morbiditätsorientierten RSA mit seinen standardisierten Zuweisungen hinausgeht.³⁹⁶ Die aktuelle Ausgestaltung des Risikopools aber geht mit wenig wünschenswerten Anreizen einher. Daher ist eine Reform des Risikopools sinnvoll. Im Ergebnis sollte der Risikopool so ausgestaltet sein, dass beide Varianten von P4P-Modellen zu gleichen finanziellen Ergebnissen für die Krankenkassen führen.

Eine Gleichbehandlung erfordert im Wesentlichen zwei Änderungen:

1. Insoweit bei Ratenzahlungsverträgen für Hochkostentherapien die geleistete erste Rate für das Jahr der Leistungsanspruchnahme den Schwellenwert übersteigt, werden ab dem zweiten Jahr der Ratenzahlung 80 % des gezahlten Betrages ohne erneuten Abzug des Schwellenwerts durch den Risikopool ausgeglichen. Der Vorschlag läuft also darauf hinaus, dass bei Ratenzahlungsmodellen die „Eigenbeteiligung“ der Krankenkasse bis zum Schwellenwert nur einmal anfällt, in den Folgejahren hingegen nur die 20 % von der Krankenkasse zu zahlen sind.

³⁹⁶ Vgl. BT-Drs. 19/15662 (2019), S. 93.

2. Sofern im Rahmen von Rückzahlungsmodellen bei Hochkostentherapien eine Rückzahlung an die Krankenkasse erfolgt, ist diese – egal wann sie anfällt – zu 80 % von der Krankenkasse in den Risikopool einzuzahlen, sofern die ursprünglich gezahlten Kosten der Therapie den Schwellenwert überstiegen haben. Die Rückzahlung an den Risikopool sollte dabei bis maximal zu dem Betrag erfolgen, den die Krankenkasse aus dem Risikopool für diese Hochkostentherapie erhalten hat.

	2021	2022	2023	2024	2025	Effektive Belastung
Ratenzahlungsmodell						
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 200.000 €	- 200.000 €	- 200.000 €	-	-	- 600.000 €
Kasse erhält aus Risikopool	+ 240.000 €		+ 160.000 €			+ 400.000 €
Effektive Belastung	- 160.000 €		- 40.000 €			- 200.000 €
Rückerstattungsmodell						
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 1.000.000 €			+ 200.000 €	+ 200.000 €	- 600.000 €
Kasse zahlt an / erhält vom pU	+ 720.000 €			- 160.000 €	- 160.000 €	+ 400.000 €
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 280.000 €			+ 40.000 €	+ 40.000 €	- 200.000 €

Arzneimittelpreis: 1 Mio. €; es bedeutet: - = Kasse zahlt; + = Kasse erhält; pU = pharmazeutischer Unternehmer

Tabelle 21: Ratenzahlungs- und Rückerstattungsmodell unter reformiertem Risikopool, Therapieversagen in Jahr 4

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 21 veranschaulicht für das bereits zuvor gezeigte Szenario beispielhaft die finanziellen Ströme, die sich bei diesem Reformvorschlag ergeben würden. Im Ratenzahlungsmodell bleiben die finanziellen Ströme in den ersten beiden Jahren gegenüber der aktuellen Situation unverändert, da die Berücksichtigung der Kosten des zweiten Jahres im Risikopool-Verfahren des ersten Jahres im Korrekturverfahren sachgerecht ist und keiner Modifikation bedarf. Im dritten Jahr erhält die Krankenkasse allerdings nunmehr 80 % der gezahlten Rate, damit also 160.000 Euro, vom Risikopool erstattet. Über die fünf Jahre erhält sie damit 400.00 Euro aus dem Risikopool, trägt also von den letztlich an den pharmazeutischen Unternehmer gezahlten

600.000 Euro einen Betrag in Höhe von 200.000 Euro selbst. Dieser Betrag ergibt sich unter dem Reformvorschlag für den Risikopool auch im Rückerstattungsmodell. Denn von den beiden Rückzahlungen des pharmazeutischen Unternehmers an die Krankenkasse in den Jahren 4 und 5 muss die Krankenkasse 80 %, also jeweils 160.000 Euro, an den Pool abführen, womit von der ursprünglichen Erstattung aus dem Pool von 720.000 Euro noch 400.000 Euro übrigbleiben.

Sofern Therapieversagen auftritt, unterscheidet sich das finanzielle Ergebnis der Krankenkasse unter P4P-Modellen logischerweise von ihrem finanziellen Ergebnis, wenn sie kein P4P-Modell abgeschlossen hätte. Demgegenüber erscheint es sinnvoll, dass im Falle, dass kein Therapieversagen vorliegt, das finanzielle Ergebnis bei Abschluss und Nicht-Abschluss von P4P-Verträgen identisch ist. Auch dies gewährleistet der vorliegende Reformvorschlag. Dies verdeutlicht **Tabelle 22** für das vorliegende Beispiel. Das Rückerstattungsmodell und der Verzicht auf einen P4P-Vertrag führen hier ohnehin zu den gleichen Zahlungsströmen, da keine Rückforderungen anfallen und es beim im ersten Jahr an den pharmazeutischen Hersteller gezahlten Preis bleibt, der der Krankenkasse jenseits des Schwellenwertes zu 80 % aus dem Risikopool erstattet wird, so dass sie letztlich 280.000 Euro selber trägt. Aber auch das Ratenzahlungsmodell führt zu dem gleichen Ergebnis. Aus den ersten beiden Jahren erhält die Krankenkasse 240.000 Euro aus dem Risikopool, in den drei Folgejahren jeweils 160.000 Euro, in der Summe also ebenfalls 720.000 Euro.

	2021	2022	2023	2024	2025	Effektive Belastung
kein P4P-Modell						
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 1.000.000 €					- 1.000.000 €
Kasse erhält aus Risikopool	+ 720.000 €					+ 720.000 €
Effektive Belastung	- 280.000 €					- 280.000 €
Ratenzahlungsmodell						
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 200.000 €	- 200.000 €	- 200.000 €	- 200.000 €	- 200.000 €	- 1.000.000 €
Kasse erhält aus Risikopool	+ 240.000 €		+ 160.000 €	+ 160.000 €	+ 160.000 €	+ 720.000 €
Effektive Belastung	- 160.000 €		- 40.000 €	- 40.000 €	- 40.000 €	- 280.000 €
Rückerstattungsmodell						
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 1.000.000 €					- 1.000.000 €
Kasse zahlt an / erhält vom pU	+ 720.000 €					+ 720.000 €
Kasse zahlt an / erhält vom pU	- 280.000 €					- 280.000 €

Arzneimittelpreis: 1 Mio. €; es bedeutet: - = Kasse zahlt; + = Kasse erhält; pU = pharmazeutischer Unternehmer

Tabelle 22: Finanzielles Ergebnis mit und ohne P4P-Modell unter reformiertem Risikopool, kein Therapieversagen

Quelle: eigene Darstellung.

Der skizzierte Reformvorschlag ist grundsätzlich plausibel. Er ist allerdings in der technischen Umsetzung durchaus komplex. Zur Umsetzung der vorgeschlagenen Änderung ist es für Ratenzahlungsmodelle erforderlich, dass die Ratenzahlungen ab der 2. Rate gesondert gebucht und im RSA-/Risikopool-Verfahren gekennzeichnet werden. Es bietet sich an, hierfür einen eigenen Hauptleistungsbereich einzuführen. Zudem ist es erforderlich, dass diese Ratenzahlungen nach dem Abfluss-/Ist-Prinzip gebucht werden; sie sind dem Jahr zuzurechnen, in dem sie gezahlt werden. Dabei handelt es sich um eine zentrale Abkehr vom sonst üblichen Für-Prinzip. Gemäß § 267 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 4 Abs. 4 RSAV sind die Leistungsausgaben für

ein Arzneimittel einer Krankenkasse dem Ausgleichsjahr zuzuordnen, in dem das Arzneimittel geliefert wurde bzw. die Leistung erbracht wurde (Für-Prinzip).

Bei Ratenzahlungsmodellen ist es zudem erforderlich, dass die Krankenkasse bei den Folgeraten nachweisen kann, dass sie bei der ersten Rate bereits die Eigenbeteiligung bis zum Schwellenwert geleistet hat. Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass dies keine Änderung in Bezug auf den gleitenden Wechsel des Pseudonymisierungsschlüssels³⁹⁷ nach jeweils zwei Jahren im RSA-Verfahren bedeutet, da es nicht erforderlich ist, dass die Versicherten grundsätzlich im RSA-Verfahren über mehr als zwei Jahre verfolgt werden.

Auch bezüglich der Rückzahlungen im Rückerstattungsmodell ist es erforderlich, dass diese gesondert gebucht und im RSA-/Risikopool-Verfahren gekennzeichnet werden. Hier muss entsprechend für diese Leistungen anstelle des Für-Prinzips das Zufluss-/Ist-Prinzip angewendet werden.

Zur Umsetzung des Reformvorschlages ist vorzusehen, dass für den Fall, dass für Versicherte, die die Krankenkasse gewechselt haben oder verstorben sind, sich aus den Hochkostentherapien in Folgejahren noch Zahlungen ergeben, diese unabhängig davon in die RSA-/Risikopool-Datenmeldungen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben einzubeziehen sind, ob die Krankenkasse für das jeweilige Berichtsjahr auch Versicherungszeiten für den betreffenden Versicherten aufweist.

5.2.4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Unsicherheit bezüglich des Nutzens von ATMP in der Versorgungswirklichkeit ist oft hoch. Dies liegt vor allen Dingen daran, dass diese Arzneimittel, wegen des von der EMA gesehenen hohen medizinischen Bedarfs, oft auf einer noch vergleichsweise unreifen Datenbasis zugelassen werden. Daher ist es in besonderer Weise sachgerecht, die Vergütung für solche Therapien erfolgsabhängig auszugestalten.

Allerdings „leiden“ P4P-Modelle aktuell daran, dass die GKV-Finanzarchitektur die Anreize für solche Modelle verzerrt. Während Ratenzahlungsmodelle, bei denen bei Therapieversagen weitere Ratenzahlungsverpflichtungen der Krankenkassen an den pharmazeutischen Hersteller entfallen, für die Krankenkassen relativ unattraktiv sind und der Verzicht auf einen solchen

³⁹⁷ Vgl. GKV-Spitzenverband (2021), S. 11 f. und Anlage 11.13. § 7 Abs. 3 S. 2,3 RSAV.

Abschluss wegen höherer Rückflüsse aus dem Risikopool ggf. attraktiver ist, können sie sich umgekehrt an Rückerstattungsmodellen aktuell „bereichern“. Beide Fehlanreize liegen in der Konstruktion des Risikopools begründet, der seit Jahresbeginn 2021 in der GKV zur Ergänzung des Risikostrukturausgleichs wiedereingeführt wurde.

Allerdings sind Änderungen der Regelungen zum Risikopool denkbar, die mit einem adäquaten Anreizsystem einhergehen. Dazu wurde ein erster Lösungsansatz in diesem Kapitel vorgestellt, der von der Autorin zusammen mit den Professoren Jürgen Wasem und Volker Ulrich sowie Dr. Markus Thalmeier in einem gemeinsamen Beitrag veröffentlicht wurde.³⁹⁸

Dieser Lösungsansatz und ein weiterer des BKK Dachverbandes wurde vom BAS in einem Sondergutachten zu den *Wirkungen von Pay-for-Performance-Verträgen vor dem Hintergrund des Risikopools* aufgegriffen, welches am 31. März 2022 veröffentlicht wurde.³⁹⁹ Das BAS bewertet den hier dargestellten Lösungsansatz grundsätzlich positiv. Es kritisiert allerdings aus Datenschutzgründen die aus seiner Sicht notwendige Nachverfolgung von versichertenbezogenen P4P-Zahlungen, die bereits abgeschlossene Ausgleichsjahre betreffen, weil diese nicht mit dem jährlichen Pseudonymwechsel vereinbar wäre. Zudem wird die Abkehr vom Für-Prinzip für die Aufwendungen im Zusammenhang mit P4P-Verträgen als nicht praktikabel eingeschätzt. Aufgegriffen wird aus dem Lösungsansatz die vorgeschlagene Kennzeichnung der Versicherten mit P4P-Vertrag in den Satzarten sowie bei Erstattungen die Begrenzung der Rückzahlungen der Krankenkasse an den Gesundheitsfonds auf 80 %. Dies wird vom BAS Ausgleichsquote genannt.⁴⁰⁰

Das BAS schlägt in seinem Gutachten schließlich ein neues Verwaltungsverfahren vor, das es P4P-Ausgleichsverfahren nennt. Es fußt auf einer neu einzuführenden Datenmeldung für Versicherte, die eine Arzneimittelversorgung über einen P4P-Vertrag erhalten. Diese soll nach der Korrektur des Jahresausgleichs über den GKV-Spitzenverband an das BAS erfolgen. Identifiziert werden die in der neuen Datenmeldung aufzunehmenden P4P-Fälle über ein neues Feld „P4P-Fall“ in der Satzart 713, das die Anzahl der erstmalig für den Versicherten angewandten P4P-Verträge in dem Ausgleichsjahr enthält. Das BAS erstellt für jede Krankenkasse nach der

³⁹⁸ Vgl. Wasem et al. (2021).

³⁹⁹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022h).

⁴⁰⁰ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022h), S. 28 ff.

Verarbeitung der für ein Ausgleichsjahr in der SA 713 gemeldeten Daten eine P4P-Schlüsselta-
belle mit Ausgleichsjahr, Pseudonym und Fall-ID, die an die Krankenkassen übermittelt wird.
Die Fall-ID ist einzigartig für jede Kombination aus versicherter Person und Ausgleichsjahr. So
können die Daten über mehrere Jahre hinweg verknüpft werden. Die Krankenkasse meldet
entsprechend der Fall-ID die auf das Ausgleichsjahr bezogenen Leistungsausgaben des P4P-
Falles. Im Rahmen des P4P-Ausgleichsverfahren werden zwei Berechnungen durchgeführt.
Damit werden, getrennt voneinander, der P4P-Ausgleichsbetrag ermittelt, den die Kranken-
kasse aus dem Gesundheitsfonds aufgrund der Datenmeldung für eine Fall-ID erhält, sowie
die ggf. an den Gesundheitsfonds zu zahlende Rückzahlung, die von der Krankenkasse auf
Grund einer Erstattung durch den pharmazeutischen Unternehmer an den Gesundheitsfonds
zurückzahlen ist. Durch diese getrennte Berechnung beider Beträge kann das Verfahren
auch bei Hybrid-Modellen angewendet werden, die Ratenzahlungs- und Rückerstattungsele-
mente kombinieren. Es erfolgt eine kumulierte Berücksichtigung der Leistungsausgaben bei
der Ermittlung der P4P-Leistungsausgaben, sodass der Risikopool-Schwellenwert nur einmalig
angesetzt wird. Bei den Rückzahlungen ist eine Ausgleichsquote von 80 % vorgesehen, jedoch
maximal der P4P-Ausgleichsbetrag. Mit diesem Vorschlag wird vom BAS eine Gleichstellung
beider Vertragsmodelle bei Wahrung finanzieller Anreize für Krankenkassen erzeugt. Das BAS
ermittelt schließlich für eine Krankenkasse saldiert über alle Fall-IDs für ein Ausgleichsjahr ei-
nen Verrechnungsbetrag, der über die mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen ge-
mäß § 17 RSAV im jeweils darauffolgenden Jahresausgleich zu berücksichtigen ist. Weitere
Details zum Vorschlag des BAS können dem Sondergutachten entnommen werden.⁴⁰¹

⁴⁰¹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2022h), S. 34 ff.

6. Schlussfolgerungen

Im deutschen Gesundheitssystem stellt die Ausrichtung zentraler Finanzflüsse am Kriterium der „Morbidity“ in einem wettbewerblichen Kontext ein wesentliches Charakteristikum der von der Gesundheitspolitik in den vergangenen gut 20 Jahren vorgenommenen Umgestaltungen dar: Krankenhäuser werden nach DRGs vergütet, Kassenärztliche Vereinigungen verhandeln mit den gesetzlichen Krankenkassen über die morbiditätsbedingte Veränderung einer regionalen Gesamtvergütung und die gesetzlichen Krankenkassen erhalten wiederum risikoadjustierte Zuweisungen für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds.

In der vergleichenden Analyse der Modelle zeigte sich, dass die Morbiditätsorientierung in den einzelnen Bereichen unterschiedlich (stark) ausgeprägt ist. So sind die Zuweisungen einer Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds stärker morbiditätsorientiert als ihre Ausgaben in Form von Vergütungen an Leistungserbringer (insbesondere im vertragsärztlichen Bereich). Dies könnte insbesondere im Spannungsfeld zwischen ambulanter Vergütung und Finanzierungssystem zu Verwerfungen im Wettbewerb führen. Damit geht ein starker Anreiz für Krankenkassen einher, das Kodierverhalten der vertragsärztlichen Leistungserbringer so zu beeinflussen, dass durch eine detailliertere Kodierung von Morbiditätsindikatoren höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds resultieren.

Systeme morbiditätsorientierter Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen sind eine zentrale Voraussetzung für eine faire, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung im Zusammenspiel von Versicherern und Leistungserbringern. Gleichwohl impliziert dies jedoch nicht, dass dafür auch die gleichen technischen Details in der Ausgestaltung der Systeme sinnvoll sind, da die Ausgestaltung eng mit den Zielen eines Finanzierungs- bzw. Vergütungssystems verbunden ist, die sich durchaus gut begründet unterscheiden können. Bei der Weiterentwicklung morbiditätsorientierter Systeme werden die beteiligten Akteure weiterhin an der technischen Ausgestaltung eines „optimalen“, an der Morbidität orientierten, Ressourcenallokationssystems arbeiten müssen.

Mit der Weiterentwicklung der GKV-Finanzarchitektur im weiteren Sinne beschäftigten sich daher der zweite und dritte Themenkomplex dieser Abhandlung. Während im zweiten Themenkomplex mit der neu eingeführten Maßzahl „Balance of Fit“ ein primär theoretischer An-

satz für die Bewertung von Morbiditätsmodellen vorgestellt wurde, richtete der dritte Themenkomplex seinen Fokus auf exemplarische Weiterentwicklungsansätze, die zentrale Forschungsergebnisse der Autorin dieser Arbeit darstellen.

Der zweite Themenkomplex befasste sich konkret mit der Frage, ob der Morbi-RSA die Leistungsausgaben für unterschiedliche Leistungsbereiche (so zum Beispiel die ambulante oder stationäre Versorgung oder die Arzneimittelversorgung) gleich gut voraussagen kann oder ob Unterschiede bestehen, die zu unerwünschten Verzerrungen im Wettbewerb zwischen Krankenkassen führen könnten. Dafür wurde der von Geruso und McGuire 2016 vorgestellte "Fit, Power and Balance"-Ansatz weiterentwickelt mit dem Ergebnis einer neuen Maßzahl, der Balance of Fit. Balance of Fit zielt darauf ab, festzustellen, ob Unterschiede im Fit zwischen verschiedenen Leistungsbereichen bestehen, da dies bedeuten würde, dass die Leistungsausgaben in einem Bereich auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu Zuweisungen aus dem Morbi-RSA führen würden als Leistungsausgaben in einem Bereich mit einem geringen Fit. Unter der Annahme, dass Krankenkassen risikoscheu sind, könnte dies (ohne Berücksichtigung weiterer ggf. bestehender Einflussfaktoren) den Anreiz auslösen, Leistungen in solche Versorgungsbereiche zu verlagern, in denen der Fit hoch ist, da risikoscheue Krankenkassen die geringere Restvarianz bevorzugen könnten. In beiden untersuchten Ausgestaltungsformen des deutschen Morbi-RSA könnten die Krankenkassen einen Anreiz haben, Patienten z.B. in die ambulante Versorgung zu lenken, da die dort anfallenden Leistungsausgaben mit einer größeren Wahrscheinlichkeit zu Zuweisungen aus dem Morbi-RSA führen als im stationären Sektor. Ob diese Steuerungseffekte aus Gesamtsystem-Perspektive erwünscht sind, ist eine davon getrennt zu betrachtende Fragestellung. Eine Ambulantisierung zuvor stationär erbrachter Leistungen aufgrund einer damit einhergehenden effizienteren Leistungserbringung kann beispielsweise durchaus wünschenswert sein, während andere Verlagerungen zwischen Leistungsbereichen gegebenenfalls nicht erwünscht sein könnten. In jedem Fall liefert die neue Maßzahl den beteiligten Akteuren zusätzliche Informationen für die Weiterentwicklung von Risikostrukturausgleichsverfahren.

Im ersten Teil des dritten Themenkomplexes zur Weiterentwicklung der GKV-Finanzarchitektur wurde die Frage, inwieweit bestimmte soziökonomisch benachteiligte Versichertengruppen im bestehenden Morbi-RSA angemessen berücksichtigt werden, untersucht. Dabei zeigte sich deutlich, dass für alle untersuchten Versichertengruppen systematische Unterdeckungen

in der aktuellen RSA-Logik vorliegen. Aufgrund der deutlichen Unterdeckungen bestehen bei Krankenkassen Anreize zu möglichen Risikoselektionsstrategien. Mit Blick auf das zentrale Ziel des RSA, Risikoselektion zu vermeiden, erscheint dies unerwünscht, zumal die Merkmale in den administrativen Daten der Krankenkassen vorhanden und diese Versichertengruppen daher leicht identifizierbar sind. Unterschiedliche Verteilungen solcher unterdeckten Versichertengruppen haben zudem unerwünschte Auswirkungen auf den Kassenwettbewerb. Die ergänzende Berücksichtigung sozioökonomischer Versichertenmerkmale im RSA ist in der Lage, diese systematischen Unterdeckungen zu beheben. Welche der analysierten Merkmale im RSA zusätzlich berücksichtigt werden sollten und in welchem Detaillierungsgrad, hängt unter anderem von der Zielsetzung ab, inwieweit die Deckungsquoten dieser Subgruppen auf 100 % gebracht werden sollen.

Im zweiten Teil des dritten Themenkomplexes wurde ein breiterer Blick auf notwendige Weiterentwicklungen im Rahmen der GKV-Finanzarchitektur gerichtet, indem das Zusammenspiel von Morbi-RSA und Risikopool im Zusammenhang mit der anreizgerechten Finanzierung kostenintensiver Einmaltherapien analysiert wurde. Die Unsicherheit bezüglich des Nutzens von ATMP in der Versorgungswirklichkeit machen es in besonderer Weise sachgerecht, die Vergütung für solche Therapien erfolgsabhängig auszugestalten. Allerdings wurde exemplarisch gezeigt, dass P4P-Verträge aktuell daran leiden, dass die GKV-Finanzarchitektur die Anreize für solche Modelle verzerrt. So ist der Abschluss von Ratenzahlungsmodellen für Krankenkassen bei der aktuellen Ausgestaltung des Risikopool-Verfahrens unattraktiv, während Rückerstattungsmodelle im Vergleich für Krankenkassen deutlich attraktiver sind und sogar dazu führen können, dass Krankenkassen bei Therapieversagen höhere Zuweisungen aus dem Risikopool erhalten, als sie an den pharmazeutischen Hersteller überhaupt gezahlt haben. Vor diesem Hintergrund wurde ein Reformvorschlag entwickelt, der diese Anreize theoretisch beheben konnte. Die Relevanz dieser Thematik und der damit verbundenen Arbeiten der Autorin zusammen mit den Professoren Jürgen Wasem und Volker Ulrich sowie Dr. Markus Thalmeier wurde mit dem Sondergutachten des BAS dazu im Jahr 2022 hervorgehoben. Der erarbeitete Reformvorschlag war ein Ansatzpunkt für die Verfassung dieses Sondergutachtens und einzelne Elemente davon wurden vom BAS aufgegriffen.

Anhang

A.1 Die Gesetzlichen Krankenversicherung – ausführliche Erläuterungen

Als Ergänzung zu der kurzen Darstellung der zentralen Strukturen und Prinzipien der GKV in Kapitel 2.2 erfolgt in diesem Abschnitt eine ausführlichere Beschreibung der bereits angeführten Sachverhalte.

Zentrale Basis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist das Solidarprinzip, nach dem diese als „Solidargemeinschaft [mit der] „Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (§ 1 Abs. 1 S. 1 SGB V) konzipiert wurde. Es zieht sich durch alle wesentlichen Bereiche der GKV. Deutlich wird es insbesondere im solidarisch geprägten Beitragsrecht, nach dem Versicherte nicht entsprechend ihrer persönlichen Risikostruktur, sondern nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einheitliche einkommensabhängige Beiträge leisten. Da die Zusammensetzung der Versicherten und die damit verbundene Einnahmen- und Ausgabenstruktur zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen historisch bedingt jedoch sehr unterschiedlich ist, ist insbesondere der Risikostrukturausgleich (RSA), mit dem die in der Risikostruktur der Versicherten veranlagten Ausgabenunterschiede ausgeglichen werden sollen, Ausdruck und Instrument des Solidaritätsprinzips. Durch diesen sollen Risikoselektion zugunsten einzelner durch die Krankenkassen identifizierbarer Gruppen von Versicherten mit überdurchschnittlich guter Risikostruktur bzw. zuungunsten solcher mit im Durchschnitt eher schlechter Risikostruktur reduziert werden. Gleichzeitig wurde der RSA als zentrale Voraussetzung für die in der GKV verankerte Wettbewerbsordnung eingeführt, „die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effizientes Verhalten der Krankenkassen bei der gesundheitlichen Leistungserstellung fördern [und] die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung [sicherstellen will]“⁴⁰².

In den folgenden Abschnitten wird zunächst das Organisations- und Mitgliedschaftsrecht sowie die Finanzarchitektur und das Beitragsrecht in der GKV skizziert, bevor dann schwerpunktmäßig auf das Solidaritäts- und Wettbewerbsprinzip in der GKV eingegangen werden kann.

⁴⁰² BVerfG, Beschluss vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – 171.

Organisations- und Mitgliedschaftsrecht

„Gesetzliche Krankenversicherung“ ist der Sammelbegriff für alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Die GKV deckt heute (Stand: 01. Januar 2023) gut 90 % der deutschen Bevölkerung (ca. 74 Mio. Menschen) ab und wird von 96 Krankenkassen getragen.⁴⁰³ Gemäß § 4 Abs. 1 SGB V sind diese „rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung“. Rechtsfähigkeit bedeutet, die Eigenschaft zu haben, selbständiger Träger von Rechten und Pflichten sein zu können. Körperschaften sind selbstständige Verwaltungsträger, die sich durch eine mitgliedschaftliche Struktur kennzeichnen und mittelbar Staatsgewalt ausüben.⁴⁰⁴ „Mit Selbstverwaltung“ bedeutet schließlich, dass die Krankenkassen sogenannte Selbstverwaltungsorgane besitzen, die im SGB IV geregelt sind. Zu den Selbstverwaltungsorganen der Krankenkassen gehören in der Regel ein ehrenamtlicher Verwaltungsrat und ein hauptamtlicher Vorstand.⁴⁰⁵ Der Verwaltungsrat setzt sich in der Regel zu gleichen Teilen aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitsgeber zusammen, sodass die Mitglieder der Krankenkassen, im Rahmen der Selbstverwaltung, durch die Sozialwahlen die Geschicke der GKV mitbestimmen können. Eine Ausnahme stellen die Verwaltungsräte von Ersatzkassen dar, die ausschließlich aus Vertretern der Versicherten bestehen können.⁴⁰⁶

Die Wurzeln der GKV reichen weit zurück. Die deutsche Sozialversicherung wurde mit der Kaiserlichen Botschaft Wilhelm des Ersten, verlesen durch Reichskanzler Otto von Bismarck, am 17.11.1881 offiziell ins Leben gerufen. In dieser wurde das Vorhaben, ein dreigeteiltes Sozialversicherungssystem einzuführen, verkündet. So trat zunächst das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter am 01.12.1884⁴⁰⁷ als erstes Gesetz der sogenannten Bismarck'schen Sozialversicherungsgesetzgebung in Kraft.⁴⁰⁸ Damit wurde eine Versicherungspflicht eingeführt, die zunächst auf Arbeiter beschränkt war.⁴⁰⁹ Die Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 schuf für die Sozialversicherung einen einheitlichen Rechtsrahmen und

⁴⁰³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023b), S. 3, 6.

⁴⁰⁴ Vgl. Fleßa (2007), S. 47.

⁴⁰⁵ Vgl. § 31 Abs. 3a i.V.m. 35a SGB IV.

⁴⁰⁶ Vgl. § 44 Abs. Abs. 1 SGB V.

⁴⁰⁷ Vgl. RGBl. 1883 I Nr. 9 S. 73.

⁴⁰⁸ 1884 folgte die Unfallversicherung und 1889 die Alters- und Invaliditätsversicherung; vgl. RGBl. 1889 I Nr. 13 S. 97. Die Gesetzliche Rentenversicherung wurde erst mit dem 1992 in Kraft getretenen Rentenreformgesetz in das SGB aufgenommen; vgl. BGBl. 1989 I Nr. 60 S. 2261. Mit dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wurde schließlich die Soziale Pflegeversicherung mit Wirkung zum 01.01.1995 mit dem SGB XI in das SGB integriert, was sie zum jüngsten Zweig der Sozialversicherung macht; vgl. BGBl. 1994 I Nr. 30 S. 1014.

⁴⁰⁹ Die Entwicklung von der Arbeiter- zur Volksversicherung, abgesehen von dem daneben bestehenden System der Privaten Krankenversicherung (PKV), welches sich erst in den 1930er-Jahren entwickelte, vollzog sich erst nach 1949; vgl. SGB, S. XXXIII.

wurde 1989 durch das heutige Sozialgesetzbuch (SGB) abgelöst. Träger der Krankenversicherung waren Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Baukrankenkassen, Innungskrankenkassen, Knappschaftskassen (heute Knappschaft-Bahn-See) und Hilfskassen. Aus den Hilfskassen wurden mit der RVO von 1911 die heutigen Ersatzkassen. Diesen Kassenarten wurden Arbeiter nach regionalen, beruflichen, betrieblichen oder branchenspezifischen Kriterien zugewiesen. Angestellte konnten hingegen faktisch wählen zwischen der Mitgliedschaft bei einer Pflichtkrankenkasse oder bei einer Angestellteneratzkasse.⁴¹⁰

Die noch heute bestehende Gliederung von Krankenkassen in Kassenarten gemäß § 4 Abs. 2 SGB V hat somit lange zurückreichende historische Wurzeln. Sie ist heute jedoch in der praktischen Ausgestaltung für die Versicherten von geringer Bedeutung, da kassenartenübergreifend ein einheitlicher Leistungskatalog maßgebend ist, die Versicherten außerdem über die freie Kassenwahl verfügen und Fusionen auch kassenartenübergreifend möglich sind.⁴¹¹ Allerdings bestehen noch heute Unterschiede im Organisationsrecht, die mit abweichenden Voraussetzungen im Wettbewerb für Kassenarten einhergehen können.

Eine zentrale Funktion haben die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, da Krankenkassen als Sozialversicherungsträger nach dem Prinzip der Sozialen Selbstverwaltung organisiert sind. Das Mitgliedschaftsrecht umfasst Regelungen zur Versicherungspflicht und zur Versicherungsberechtigung in den §§ 5 ff. SGB V. Die Versicherungstatbestände im SGB V lassen sich in die Bestimmungen über die Versicherung kraft Gesetzes (§§ 5-8 SGB V), die freiwillige Versicherung (§ 9 SGB V) und die Bestimmungen über die Versicherung von Familienangehörigen (§ 10 SGB V) systematisieren.

Die Versicherungspflichttatbestände sind in § 5 festgelegt und begründen den Zwang für diverse Personengruppen, Versicherte in der GKV zu sein. Ergänzend bildet § 5 Abs. 1 Nr. 13 unter bestimmten Voraussetzungen eine Auffangversicherung für Personen ohne anderweitige Absicherung, die zuletzt gesetzlich oder noch nie krankenversichert waren. Greifen die dort genannten Voraussetzungen jedoch nicht, besteht die Verpflichtung, einen privaten Krankenversicherungsvertrag abzuschließen.⁴¹² Durch dieses Zusammenspiel soll sichergestellt werden, dass keine Person in Deutschland ohne Krankenversicherungsschutz ist. Zudem

⁴¹⁰ Vgl. SGB, S. XXXIII.

⁴¹¹ Vgl. §§ 173, 175, 171a SGB V.

⁴¹² Vgl. § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz.

gibt es Personen, die grundsätzlich die Versicherungspflichttatbestände erfüllen, für die jedoch Ausnahmeregelungen greifen, sodass sie sich von der Versicherungspflicht befreien lassen können.⁴¹³ Darüber hinaus gibt es Personengruppen, deren Schutzbedürftigkeit zwar nicht für die Begründung eines Versicherungspflichtverhältnisses ausreicht, die aber schutzbedürftig genug sind, um, im Rahmen einer freiwilligen Versicherung, der GKV beitreten zu dürfen.⁴¹⁴ Ein wesentliches Element des die GKV prägenden Familienleistungsausgleichs und Ausdruck des Solidaritätsprinzips ist die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen gemäß § 10 SGB V. Fällt ein Versicherter grundsätzlich unter den beschriebenen Personenkreis, so darf er bei einer Krankenkasse nicht abgelehnt werden, was als Kontrahierungszwang bezeichnet wird und ebenfalls Ausdruck des Solidaritätsprinzips in der GKV ist.

Finanzarchitektur und Beitragsrecht

Die GKV finanziert sich nach dem Prinzip der Umlagefinanzierung. Dabei handelt es sich um ein Verfahren, bei dem die laufenden Ausgaben für die Versichertengemeinschaft durch die laufenden Einnahmen eines Jahres dieser Gemeinschaft finanziert werden.⁴¹⁵

Die zentralen Finanzflüsse in der GKV können **Abbildung 1 in Abschnitt 2.2.1** entnommen werden. Haupteinnahmequelle der GKV sind Beiträge gemäß § 3 Satz 1 SGB V. In den letzten Jahren haben zudem Zahlungen aus allgemeinen Steuermitteln in den Gesundheitsfonds (sog. Bundeszuschuss) zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dieser Bundeszuschuss dient gemäß § 221 Abs. 1 SGB V offiziell „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“, die von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind. Damit sind insbesondere die Leistungen für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gemeint. Es erfolgt jedoch keine explizite Berechnung des für versicherungsfremde Leistungen notwendigen Betrags.⁴¹⁶ Der Bundeszuschuss ist seit 2017 auf 14,5 Mrd. Euro im Jahr festgeschrieben.⁴¹⁷ 2020 wurde zudem ein ergänzender Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. Euro in den Gesundheitsfonds

⁴¹³ Vgl. §§ 6-8 SGB V.

⁴¹⁴ Vgl. § 9 SGB V.

⁴¹⁵ Vgl. Wasem et al. (2019), S. 127.

⁴¹⁶ Vgl. Wasem et al. (2019), S. 102.

⁴¹⁷ Vgl. § 221 Abs. 1 SGB V.

eingezahlt, um die im Wesentlichen durch die Corona-Pandemie entstandene Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben der GKV zu schließen.⁴¹⁸ Zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes wurden in den Folgejahren ebenfalls ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds geleistet. Diese betragen im Jahr 2021 5 Mrd. Euro⁴¹⁹, 2022 14 Mrd. Euro⁴²⁰ und 2023 2 Mrd. Euro^{421, 422}

Die Systematik des Beitragsrechts der GKV setzt sich aus vier Schritten zusammen. Zur Bestimmung des Beitrags muss in der GKV zunächst ermittelt werden, welches die beitragspflichtigen Einnahmen sind.⁴²³ Bei versicherungspflichtig Beschäftigten, der beitrags häufigsten Gruppe, sind das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung und gegebenenfalls weitere Einnahmequellen, wie Rentenansprüche, die beitragspflichtigen Einnahmen. Diese unterliegen jedoch nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Beitragspflicht.⁴²⁴ Die Höhe des Beitrags bestimmt sich nach einem Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen, dem sogenannten Beitragssatz.⁴²⁵ Der allgemeine und gesetzlich festgelegte Beitragssatz liegt derzeit bei 14,6 %.⁴²⁶

Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch Zuweisungen aus dem sogenannten Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist und die Krankenkasse nicht über entsprechende Rücklagen verfügt, hat sie darüber hinaus einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zu erheben.⁴²⁷

Die Frage, wer durch die Beiträge wirtschaftlich belastet wird, nennt sich Beitragstragung. Für die Gruppe der Beschäftigten gilt, dass der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds trägt, der Zusatzbeitrag jedoch vom Arbeitnehmer alleine zu tragen ist.⁴²⁸ Für die Gruppe der Beschäftigten wird der Krankenversicherungsbeitrag zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag von der Einzugsstelle, den Krankenkassen, im Rahmen des Lohnabzugsverfahrens, eingezogen. Diese ziehen demnach nicht nur für die GKV, sondern auch für die Pflege-

⁴¹⁸ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020c), S. 1.

⁴¹⁹ Vgl. § 221a Abs. 1 SGB V.

⁴²⁰ Vgl. BT-Drs. 20/8 (2021).

⁴²¹ Vgl. § 221a Abs. 5 SGB V.

⁴²² Zusätzlich zahlte der Bund in den Jahren 2021 und 2022 jeweils 300 Mio. Euro und im Jahr 2023 150 Mio. Euro an den Gesundheitsfonds zum Ausgleich der pandemiebedingten Sonderregelungen zum Kinderkrankengeld; vgl. § 221a Abs. 2, 4, 6 SGB V.

⁴²³ Vgl. §§ 226-240 SGB V.

⁴²⁴ Vgl. §§ 5 Abs. 1 Nr. 5, 226 Abs. 1, 223 Abs. 3 SGB V.

⁴²⁵ Vgl. §§ 241-248 SGB V.

⁴²⁶ Vgl. § 241 SGB V.

⁴²⁷ Vgl. § 242 SGB V.

⁴²⁸ Vgl. § 249 Abs. 1 S. 1 SGB V.

und Rentenversicherung sowie für die Bundesagentur für Arbeit die Beiträge ein, die sie dann an die jeweiligen Sozialversicherungsträger weiterleiten.⁴²⁹

Die Beiträge der GKV fließen gemäß § 252 Abs. 2 S. 3 SGB V von den Krankenkassen an den durch das GKV-WSG⁴³⁰ im Jahr 2009 eingeführten Gesundheitsfonds, der vom Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet wird.⁴³¹ Außerdem fließen die Beiträge aus Rentenzahlungen gemäß § 255 SGB V von den Rentenversicherungsträgern an den Gesundheitsfonds. Für Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld nach dem SGB III trägt die Bundesagentur für Arbeit gemäß § 251 Abs. 4a SGB V die Beiträge und zahlt diese direkt an den Gesundheitsfonds.⁴³²

Da die kassenindividuellen Zusatzbeiträge einkommensabhängig sind, fließen auch diese in den Gesundheitsfonds, sodass dort die Einkommensbasis der Versicherten ausgeglichen werden kann, um Wettbewerbsverzerrungen, aufgrund unterschiedlicher Einkommensniveaus der Versicherten, zwischen den Krankenkassen zu vermeiden.⁴³³ Kernelement des Gesundheitsfonds ist jedoch der Morbi-RSA, der mit den Mitteln aus dem allgemeinen Beitragssatz durchgeführt wird. Zielsetzung dabei ist, die finanziellen Auswirkungen, die sich allein aus unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen ergeben, auszugleichen.⁴³⁴

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds für jeden Versicherten Zuweisungen in Form einer Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen. Die Höhe dieser Zuweisungen zur Deckung der Pflichtleistungen der Krankenkassen wird über den Morbi-RSA bestimmt. Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen Zuweisungen für das Krankengeld, für Satzungs- und Mehrleistungen, Verwaltungskosten sowie eine Programmkostenpauschale für Teilnehmer von Disease Management Programmen.⁴³⁵

⁴²⁹ Vgl. § 253 SGB V, § 28 d, e, g, h IV.

⁴³⁰ Vgl. BGBl. 2007 I Nr. 11 S. 378.

⁴³¹ Vgl. § 271 SGB V.

⁴³² Vgl. § 252 Abs. 2 SGB V. Weitere Konstellationen der Betragstragung und -zahlung können den §§ 271 Abs. 1, 252, 255 SGB V sowie § 28k SGB IV entnommen werden.

⁴³³ Vgl. § 270a SGB V.

⁴³⁴ Vgl. § 266 Abs. 1 S. 3 SGB V.

⁴³⁵ Vgl. §§ 266, 270 SGB V.

Um unter anderem unterjährige Schwankungen in den Einnahmen des Gesundheitsfonds auszugleichen, hat dieser eine Liquiditätsreserve vorzuhalten.⁴³⁶ Für 2023 beträgt die Schätzung ca. 5,3 Mrd. Euro, die dem Gesundheitsfonds aus der Liquiditätsreserve zugeführt werden.

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (2022)⁴³⁷ hat mit der Neueinführung des § 272b SGB V außerdem eine Regelung vorgesehen, nach der die Krankenkassen Mittel aus ihren Finanzreserven dem Gesundheitsfonds zuführen müssen. Der Schätzerkreis ermittelte auf dieser Basis eine sogenannte Vermögensabgabe in Höhe von knapp 2,5 Mrd. Euro für das Jahr 2023.

Solidaritätsprinzip

Die GKV ist gemäß § 1 SGB V als „Solidargemeinschaft“ ausgestaltet. Das Solidaritätsprinzip besagt, dass Mitglieder einer definierten Solidargemeinschaft sich im Krankheitsfall gegenseitig Hilfe und Unterstützung leisten. In der GKV erfolgt diese Hilfe nicht durch direkte Hilfeleistungen zwischen einzelnen Personen der Solidargemeinschaft, sondern über die gesetzlichen Krankenkassen, deren Mitglieder gemeinsam die erforderlichen Finanzmittel für die Versorgung der Kranken aufbringen und damit die gemäß § 1 SGB V gesetzlich verankerte Solidargemeinschaft bilden. Aus diesem die GKV prägenden Solidaritätsprinzip folgen eine Reihe weiterer Prinzipien bzw. Ausgestaltungsgrundsätze, die im Folgenden angeführt werden.

So ist in § 3 SGB V die solidarische Finanzierung in der GKV verankert, nach der sich die Beiträge in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, also ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, richten.

Unabhängig von der Höhe der Beitragszahlungen in der GKV hat jeder Versicherte dem sogenannten Bedarfsdeckungsprinzip folgend Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen. Dabei ist jedoch stets das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V zu beachten, nach dem Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. In der GKV besteht demnach, anders als in der privaten Krankenversicherung, in der das Äquivalenzprinzip gilt, nach dem Versicherungsleistung und Beitrag in einem äquivalenten Verhältnis zueinander stehen sollen, kein Zusammenhang zwischen dem Umfang der Leistungen und der Höhe der geleisteten Beiträge einer Person.⁴³⁸

⁴³⁶ Vgl. § 271 Abs. 2 SGB V.

⁴³⁷ Vgl. BGBl. 2022 I Nr. 42 S. 1990.

⁴³⁸ Vgl. Simon (2013), S. 105.

In Deutschland wird aus dem Solidaritätsprinzip auch geschlossen, dass gesetzliche Krankenkassen keine Versicherten ablehnen dürfen. Für diese gilt ein sogenannter Kontrahierungszwang unabhängig von Einkommen, Alter und Morbiditätsrisiko, der die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, jeden Antragsteller aufzunehmen, sofern dieser grundsätzlich zu dem Personenkreis gehört, der verpflichtet oder berechtigt ist, sich in der GKV zu versichern.⁴³⁹

Die Solidargemeinschaft der GKV ist durch eine gesetzlich verankerte Versicherungspflicht in der GKV für einen Großteil der deutschen Bevölkerung (§ 5 SGB V) eine Zwangsgemeinschaft, um die solidarische Finanzierung der notwendigen Leistungen in der GKV dauerhaft sicherstellen zu können.

Durch diese Strukturierung der GKV als Solidargemeinschaft kommt es somit zu einem versicherungsübergreifenden Solidarausgleich. Dieser Ausgleich findet insbesondere zwischen Gesunden und Kranken statt, deren Beiträge unabhängig vom persönlichen Morbiditätsrisiko sind, zwischen Besserverdienenden und Schlechterverdienenden, deren Beiträge sich nach dem Einkommen und damit der finanziellen Leistungsfähigkeit richten sowie durch die kostenlose Mitversicherung von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen (§§ 3 S. 3 i.V.m. 10 SGB V) zwischen Alleinstehenden und Familien.⁴⁴⁰

Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen

In großen Teilen ist das System der GKV nicht durch freie Marktkräfte gesteuert. Der Gesetzgeber hat für die GKV ein eigenständiges Wettbewerbsmodell entworfen, das „dem Ziel [dient], das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen. Dieser Wettbewerb muss unter Berücksichtigung der Finanzierung der Krankenkassen durch Beiträge und des sozialen Auftrags der Krankenkassen angemessen sein. Maßnahmen, die der Risikoselektion dienen oder diese unmittelbar oder mittelbar fördern, sind unzulässig“⁴⁴¹. Mit einer Wettbewerbsordnung auf Basis des Solidaritätsprinzips, in der der Wettbewerb erst dort beginnen soll, wo das Solidarprinzip endet, wird der Zusammenhang zwischen Solidarität und Wettbewerb im SGB V deutlich zum Ausdruck gebracht.⁴⁴² In § 4a Abs. 1 SGB V wird außerdem klar gemacht, dass der Wettbewerb in

⁴³⁹ Vgl. § 175 Abs. 1 S. 2 SGB V.

⁴⁴⁰ Vgl. u.a. Fleßa (2007), S. 76 ; Cassel (2006), S. 64 ; Wasem et al. (2019), S. 83.

⁴⁴¹ § 175 Abs. 1 S. 2 SGB V.

⁴⁴² Vgl. BT-Drs. 12/3608 (1992), S. 68 f.

der GKV kein Selbstzweck ist, sondern ein Instrument zur Verbesserung der Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen.

Die zentralen Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb auf Basis des Solidaritätsprinzips in der GKV wurden im Entwurf des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz, GSG)⁴⁴³ von 1992 vom Gesetzgeber niedergeschrieben und umfassen „weitgehend gleiche Wahlrechte für die Versicherten zwischen allen Krankenkassen, ausgewogene Risikostrukturen sowie größtmögliche Chancengleichheit aller konkurrierenden Krankenkassen vor Ort“⁴⁴⁴.

Die Möglichkeit für Versicherte, ihre Krankenkasse gemäß § 173 ff. SGB V frei wählen zu dürfen, macht Wettbewerb zwischen Krankenkassen um die Gewinnung neuer beziehungsweise die Bindung bestehender Versicherter erst möglich. Um zu vermeiden, dass Krankenkassen nur ausgewählte Versicherte aufnehmen, sind Krankenkassen gemäß § 175 Abs. 1 S. 2 SGB V verpflichtet, alle, die die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, in ihrer Krankenkasse aufzunehmen und dies unabhängig von der finanziellen Attraktivität der Versicherten in Bezug auf deren Alter, Gesundheitszustand oder Einkommen (Kontrahierungszwang). Dieser Aufnahmezwang schließt damit zwar eine unmittelbare aktive Risikoselektion durch die Krankenkasse aus, kann jedoch nicht verhindern, dass Krankenkassen mittelbar Risikoselektion betreiben, indem sie beispielsweise durch Werbe- und Marketingmaßnahmen bestimmte Gruppen ansprechen.⁴⁴⁵

Vor diesem Hintergrund wurde neben der Einführung der Kassenwahlfreiheit auch ein Risikoausgleich, der sogenannte Risikostrukturausgleich (RSA), eingeführt, mit dem die zentralen Risiken der Krankenkassen auf der Einnahmen- (Einkommensstruktur der Versicherten) und der Ausgabenseite (Leistungsausgaben) teilweise ausgeglichen werden sollten. Mit dem RSA sollte das Morbiditätsrisiko zunächst indirekt über die Faktoren Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und Krankengeldanspruch zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden. Da der RSA als „technischer Kern der Solidarischen Wettbewerbsordnung“⁴⁴⁶ mit der Aufgabe, die Funktionalität des Wettbewerbs der Krankenkassen um Qualität und Effizienz in der Versorgung zu verbessern, eingeführt wurde, knüpfte dieser zur Vermeidung wirtschaftlicher

⁴⁴³ Vgl. BGBl. 1992 I S. 2266.

⁴⁴⁴ BT-Drs. 12/3608 (1992), S. 69.

⁴⁴⁵ Vgl. BVerfG, Beschluss vom 18 Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – 232.

⁴⁴⁶ Buchner/Göpfarth (2014).

Fehlanreize bereits bei seiner Einführung an durchschnittliche und nicht tatsächliche Leistungsausgaben der Krankenkassen an, um Anreize zum wirtschaftlichen Handeln der einzelnen Krankenkassen zu bewahren.⁴⁴⁷

Funktion des RSA in der GKV ist es folglich, Risikoselektion zu vermeiden und den Krankenkassen durch die Simulation risikoäquivalenter Prämien faire Chancen im Wettbewerb um die Gewinnung von Versicherten einzuräumen. Eine detaillierte Erläuterung zur Funktion und Ausgestaltung des RSA kann Abschnitt 3.3.1 entnommen werden.

Der Morbi-RSA bildet zwar die notwendige Bedingung für einen Wettbewerb auf Basis des Solidaritätsprinzips, reicht für einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen Krankenkassen jedoch nicht aus. Dafür benötigen diese Wettbewerbsparameter, um sich von anderen Krankenkassen abgrenzen und sich den Versicherten gegenüber profilieren zu können. So können sich Krankenkassen beispielsweise durch qualitativ hochwertige (Zusatz-)Leistungen oder einen geringen (Zusatz-)Beitrag von anderen im Wettbewerb hervorheben.⁴⁴⁸

Da in der GKV der Grundsatz der Gewährung und Finanzierung gleicher Leistungen durch alle gesetzlichen Krankenkassen gilt, ist in diesem Bereich des sogenannten einheitlichen Leistungskatalogs keine kassenindividuelle Profilierung gegenüber Versicherten über den Wettbewerbsparameter Leistungsumfang möglich. Der einheitliche Leistungskatalog ist dabei kein physischer Katalog, sondern in den §§ 27 bis 52 SGB V als Rahmenrecht vorgegeben und wird im Rahmen der die GKV prägenden gemeinsamen Selbstverwaltung durch Kollektivverträge, die zwischen allen Krankenkassen und den entsprechenden für die GKV zugelassenen Leistungserbringenden gemeinsam und einheitlich geschlossen werden, ausgestaltet. Neben diesen kollektivvertraglichen Regelungen wurden jedoch zunehmend Freiräume für gezielte selektivvertragliche Vereinbarungen zwischen einzelnen Krankenkassen oder auch Krankenkassenarten und Leistungserbringenden u.a. mit dem Ziel, Effizienzpotenziale zu heben, geschaffen.⁴⁴⁹ Krankenkassen können beispielsweise Selektivverträge über besondere, von der Regelversorgung abweichende, Versorgungsformen auf Grundlage des § 140a SGB V mit Leistungserbringenden abschließen und ihren Versicherten als Wahltarif gemäß § 53 Abs. 3 SGB V anbieten.

⁴⁴⁷ Vgl. § 266 Abs. 2 S. 2 SGB V (i. d. F. des GSG); Drösler et al. (2017), S. 2.

⁴⁴⁸ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 10.

⁴⁴⁹ Vgl. Monopolkommission (2017), S. 5.

Durch diese Möglichkeiten zur Differenzierung des Angebots im Markt außerhalb der Regelversorgung soll der Wettbewerb zwischen Krankenkassen gefördert werden. Außerdem soll mit Selektivverträgen auch Wettbewerb zwischen Leistungserbringenden initiiert werden, die durch das selektive Kontrahieren außerhalb der Regelversorgung nicht mehr automatisch im Rahmen dieser Verträge Leistungen erbringen können, sondern sich beispielsweise durch eine gute Qualität hervorheben müssen, um Vertragspartner zu werden.

Dieser Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen wurde vom Gesetzgeber durch eine zunehmende Liberalisierung neben dem bestehenden Kollektivvertragssystem in den zurückliegenden Jahren zunehmend gefördert. Die Reformen durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG, 1999)⁴⁵⁰, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG, 2007)⁴⁵¹ und das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG, 2015)⁴⁵² verdeutlichten die Zielsetzung des Gesetzgebers, eine Effizienz- und Qualitätssteigerung durch die Integration der verschiedenen und im Status Quo eher voneinander getrennten Leistungssektoren zu erreichen⁴⁵³ und im dezentral ausgerichteten, wettbewerblichen Selektivvertragssystem neue Versorgungsstrukturen zu entwickeln.⁴⁵⁴

Der Vertragswettbewerb in der GKV unterliegt jedoch auch Wettbewerbsverzerrungen, die im Organisationsrecht der GKV begründet sind. So kritisiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2012 das Fehlen „[...] einer bundesweit geltenden Rahmenordnung in Verbindung mit einer zentralen wettbewerblichen Aufsicht“ und spricht von drohenden „Wettbewerbsverzerrungen, u.a. zwischen regional und bundesweit ihre jeweiligen Beiträge kalkulierenden Krankenkassen“.⁴⁵⁵ Bundesunmittelbare⁴⁵⁶ Krankenkassen unterliegen der Rechtsaufsicht des BAS und landesunmittelbare der des jeweiligen Sozialministeriums.⁴⁵⁷ Auch die Monopolkommission hebt in ihrem Sondergutachten „Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem“ Wettbewerbsverzerrungen für die Tätigkeit der jeweiligen Krankenkassen hervor, die unter anderem daraus resultieren, dass die „Aufsichtsbehörden den ihnen unterstehenden

⁴⁵⁰ Vgl. BGBl. 1999 I Nr. 59 S. 2626.

⁴⁵¹ Vgl. BGBl. 2007 I Nr. 11 S. 378.

⁴⁵² Vgl. BGBl. 2015 I Nr. 30 S. 1211.

⁴⁵³ Vgl. BT-Drs. 14/1977 (1999), S. 153.

⁴⁵⁴ Vgl. BT-Drs. 16/3100 (2007), S. 113 ; Drösler et al. (2017), S. 20.

⁴⁵⁵ Vgl. BT-Drs. 17/10323 (2012), S. 37.

⁴⁵⁶ Als bundesunmittelbar wird eine Kasse eingestuft, wenn sie in mehr als drei Bundesländern agiert; vgl. Art. 87 Abs. 2 GG.

⁴⁵⁷ Vgl. § 90 SGB IV.

Kassen unterschiedliche Freiräume in Bezug auf bestimmte satzungsmäßige Leistungen einräumen“ und „relevante Vorschriften unterschiedlich auslegen“.⁴⁵⁸ In diesem Zusammenhang geht die Monopolkommission auch auf die Problematik von Selektivverträgen im Bereich der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V ein, mit denen die Dokumentation von Diagnosen beeinflusst werden kann. Die Kommission kritisiert, „dass das eigentliche Ziel des Abschlusses von Verträgen für besondere Versorgungsformen – eine bessere Versorgung zu schaffen – gegenüber einer reinen zusätzlichen Vergütung von Dokumentationspflichten in den Hintergrund gerät.“⁴⁵⁹ Die Kommission plädiert zur Stärkung des Wettbewerbs für gleiche Handlungsvoraussetzungen für Krankenkassen.

Neben der nicht einheitlichen Aufsicht für alle gesetzlichen Krankenkassen gibt es weitere im Organisationsrecht der GKV begründete Unterschiede, insbesondere zwischen Krankenkassenarten, die Wettbewerbsverzerrungen auslösen können. So können sich Betriebs- und Innungskrankenkassen beispielsweise der freien Kassenwahl entziehen, neue Kassen gründen und durch ihre Träger geschlossen werden. Im Gegensatz dazu können neue Allgemeine Ortskrankenkassen (AOKen) oder Ersatzkassen nur durch Zusammenschluss bestehender Krankenkassen errichtet werden und auch die Schließung von Ersatzkassen und AOKen kann nicht durch diese selbst, sondern nur durch deren Aufsicht geschehen, wenn sie nicht mehr leistungsfähig sind.⁴⁶⁰

Neben dem in begrenztem Umfang möglichen Wettbewerb durch das Leistungsangebot von Krankenkassen ist auf Versicherungsmärkten der Beitragssatz ein wesentlicher Wettbewerbsparameter. Die historisch gewachsenen berufs- und betriebsbezogenen Gliederungsprinzipien führten zu unterschiedlichen Risikostrukturen bei den Krankenkassen und in der Folge zu erheblichen Beitragssatzunterschieden zwischen den gesetzlichen Krankenkassen insgesamt sowie innerhalb der Krankenkassenarten.⁴⁶¹ In der GKV veränderten sich die Wettbewerbsbedingungen in diesem Bereich mit dem GKV-WSG ab 2007 grundlegend, da mit Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA der kassenindividuelle und stark zwischen den Krankenkassen abweichende Beitragssatz mit Wirkung im Jahr 2009 durch einen für alle Krankenkassen einheitlichen einkommensabhängigen Beitragssatz sowie einen kassenspezifischen

⁴⁵⁸ Monopolkommission (2017), S. 5.

⁴⁵⁹ Monopolkommission (2017), S. 3 f.

⁴⁶⁰ Vgl. § 143 ff. SGB V.

⁴⁶¹ Vgl. BVerfG, Beschluss vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 – 3, 5.

Zusatzbeitrag abgelöst wurde.⁴⁶² Seither bildete lediglich die Höhe des Zusatzbeitrages ein Wettbewerbsparameter. Dieser konnte zu Beginn (2009 und 2010) durch die Kassen entweder einkommensabhängig oder absolut erhoben werden, war jedoch auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder begrenzt. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG, 2010)⁴⁶³ wurde diese alternative Ausgestaltung sowie die Begrenzung auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen abgeschafft, sodass seither lediglich absolute Zusatzbeiträge, also einkommensunabhängige und für alle Mitglieder einer Krankenkasse einheitliche Beiträge, möglich waren. Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG, 2015)⁴⁶⁴ kam es schließlich zu einer erneuten Änderung in der Ausgestaltung der Zusatzbeiträge. Seitdem sind ausschließlich einkommensabhängige Zusatzbeiträge zulässig, die bis heute zur Anwendung kommen.⁴⁶⁵ Wenn die Zuweisungen, die eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, nicht ausreichen, um den Finanzbedarf zu decken, muss sie einen für alle Mitglieder einheitlichen, aber kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 SGB V erheben. Mit dem GKV-FQWG wurden zudem die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds durch eine Reduktion des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes soweit gesenkt, dass de facto alle Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen, um ihren Finanzbedarf decken zu können. Damit reagierte der Gesetzgeber auf die zuvor herrschende Dominanz des Preiswettbewerbs durch die kategorische Vermeidung eines Zusatzbeitrages.

Bei gleichen Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen beschreiben Buchner und Göppfarth (2014) zwei Ursachen für die Erhebung eines vom Durchschnitt aller Krankenkassen abweichenden Zusatzbeitrages. Entweder der Morbi-RSA gleicht die abweichende Risikostruktur der betroffenen Krankenkasse nicht angemessen aus, sodass Wettbewerbsverzerrungen resultieren oder der abweichende Zusatzbeitragssatz spiegelt effizientes bzw. ineffizientes Verhalten der entsprechenden Krankenkasse wider.⁴⁶⁶

Beurteilt man die Ausrichtung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in der Vergangenheit, so kommt der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu dem Schluss, dass es bis dahin nicht gelang, mit dem Wettbewerb ei-

⁴⁶² Vgl. BT-Drs. 16/3100 (2007).

⁴⁶³ Vgl. BGBl. 2010 I Nr. 68 S. 2309.

⁴⁶⁴ Vgl. BGBl. 2014 I Nr. 33 S. 1133.

⁴⁶⁵ Vgl. Wasem et al. (2019), S. 108 f.

⁴⁶⁶ Vgl. Buchner/Göppfarth (2014), S. 81.

nen Qualitätswettbewerb auf der Leistungsseite zu stimulieren, sondern dass primär eine Dominanz im Wettbewerb um günstige Zusatzbeiträge zu beobachten sei. Der Beirat begründet diese Ausrichtung im Wettbewerb damit, dass Differenzen in den Zusatzbeiträgen eher die Aufmerksamkeit und in der Konsequenz die Wechselbereitschaft von Versicherten erregen als Qualitätsunterschiede beim Leistungsangebot.⁴⁶⁷ Für das große Kollektiv der Versicherten, die keinerlei Leistungen in Anspruch nehmen, scheint zudem der Wettbewerb um günstige Zusatzbeiträge das einzig relevante Element zu sein.

⁴⁶⁷ Vgl. Drösler et al. (2017), S. 10.

A.2 Ergänzung zu Kapitel 4 – Variation der Morbiditätsinformationen

Als Ergänzung zur empirischen Vorgehensweise in Kapitel 4 erfolgte zudem eine Variation der Morbiditätsinformationen, die für die erklärenden Variablen im Regressionsmodell genutzt wurden. Dadurch ergaben sich vielfältige Regressionen, die neben den im Hauptteil beschriebenen Regressionen auf Basis aller Morbiditätsinformationen beispielsweise nur ambulante Diagnosen, nur stationäre Diagnosen, nur ambulante Diagnosen und ATC-Codes oder nur stationäre Diagnosen und ATC-Codes berücksichtigten.

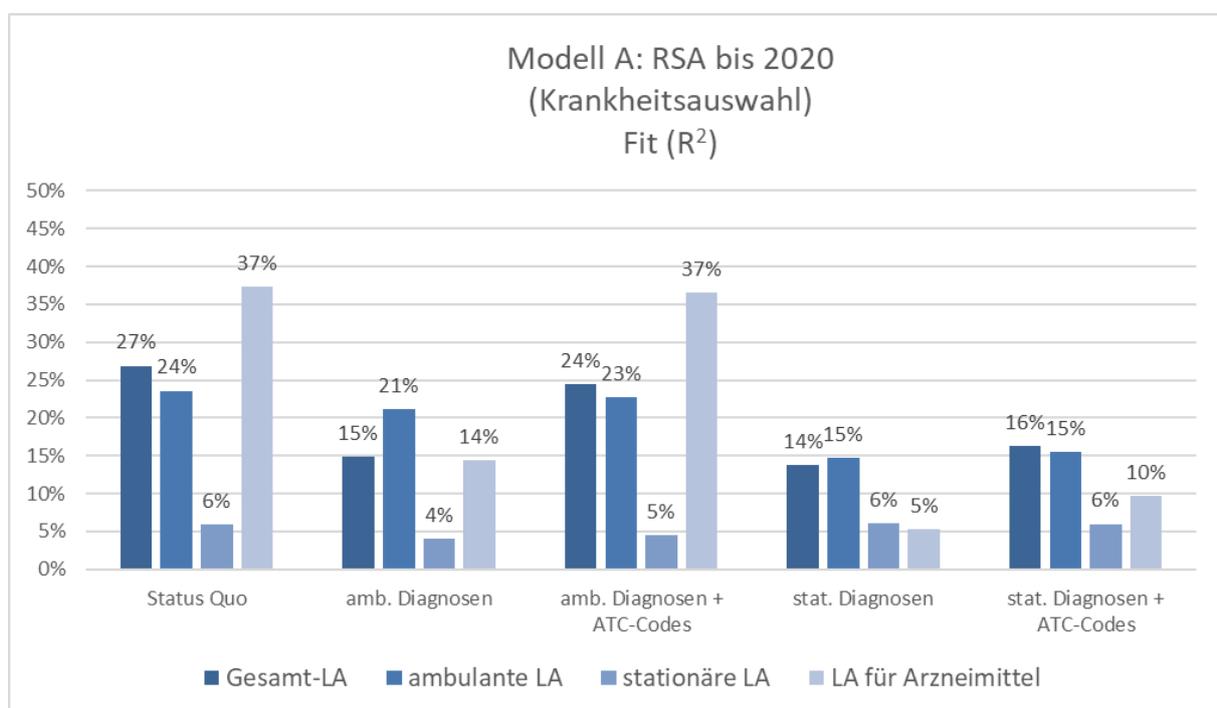


Abbildung 24: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte (R^2) mit Variation der Morbiditätsinformationen (Modell A)

Quelle: eigene Darstellung.

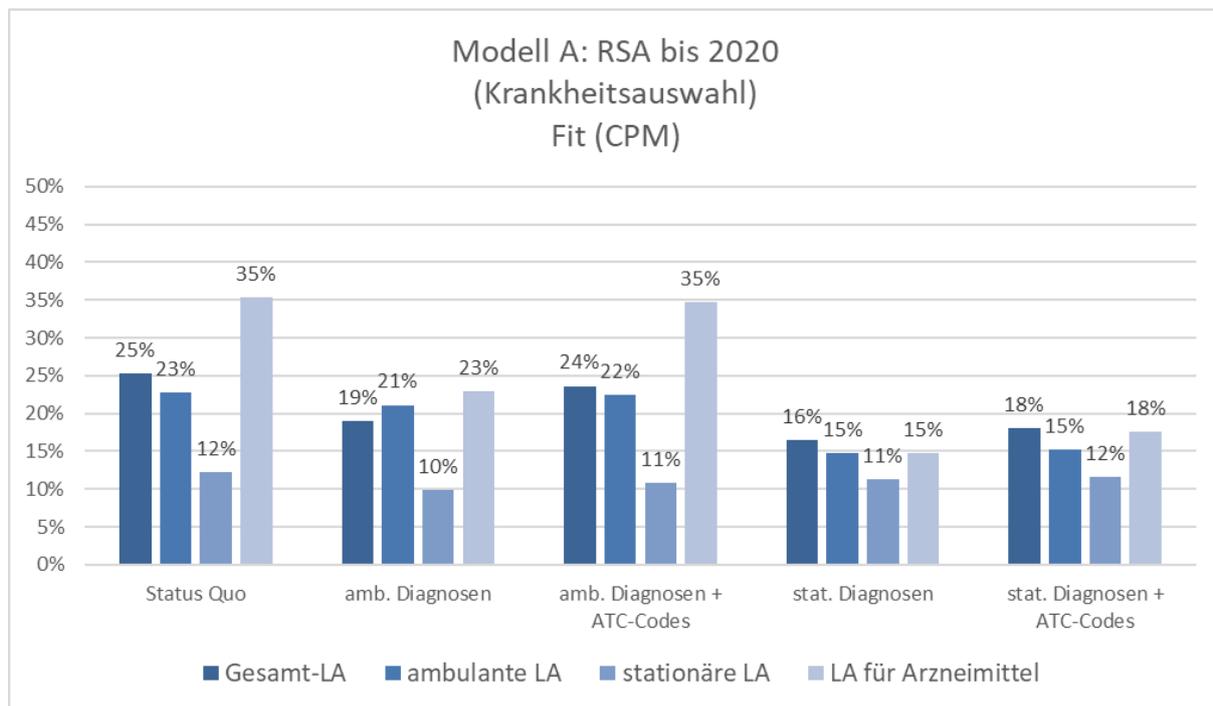


Abbildung 25: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte (CPM) mit Variation der Morbiditätsinformationen (Modell A)

Quelle: eigene Darstellung.

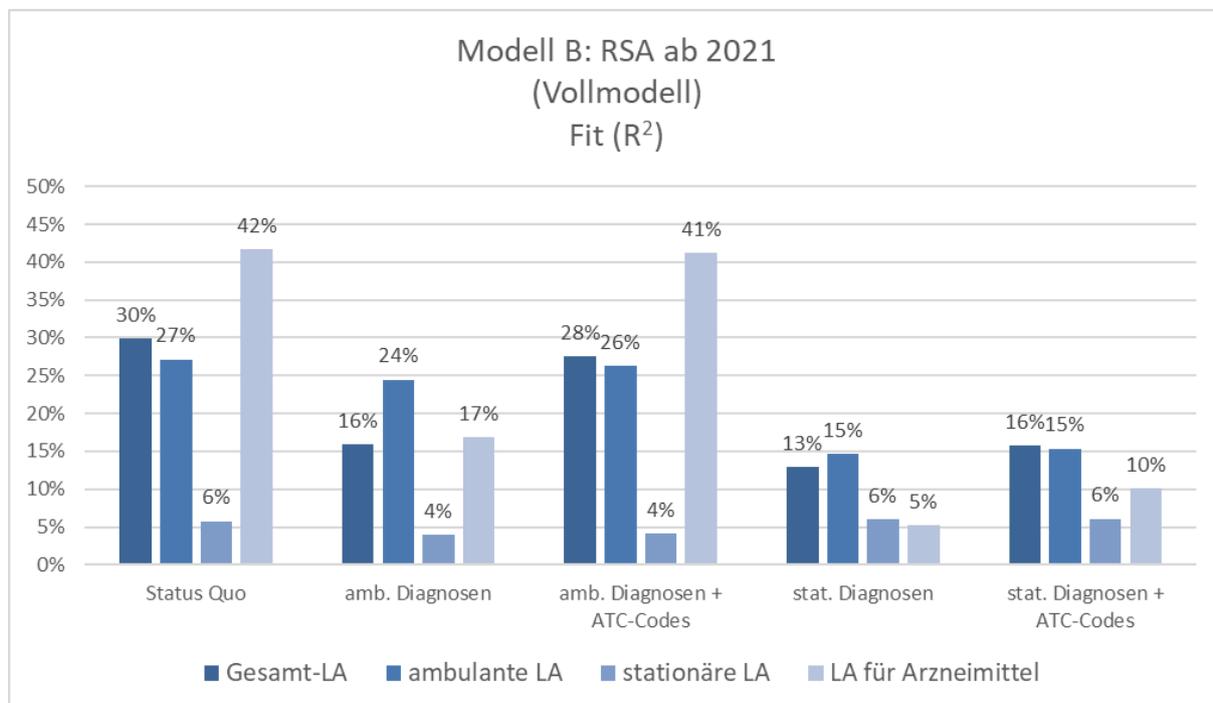


Abbildung 26: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte (R^2) mit Variation der Morbiditätsinformationen (Modell B)

Quelle: eigene Darstellung.

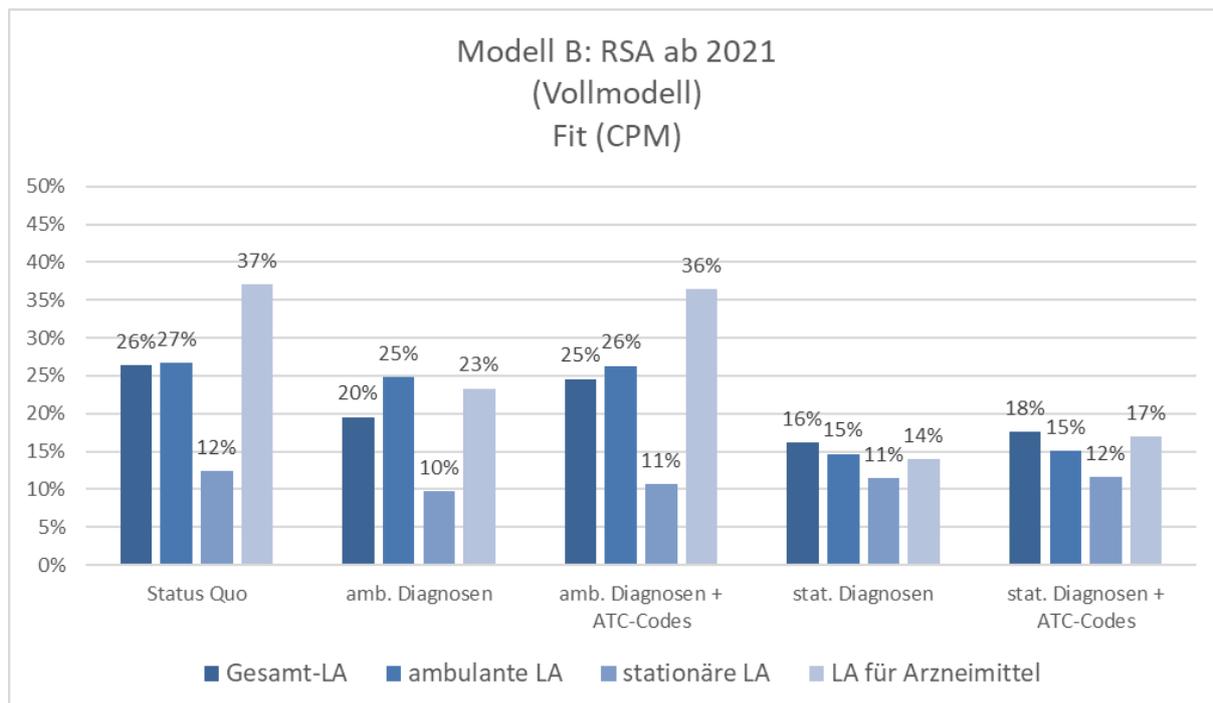


Abbildung 27: Hauptleistungsbereichsspezifische Fit-Werte (CPM) mit Variation der Morbiditätsinformationen (Modell B)

Quelle: eigene Darstellung.

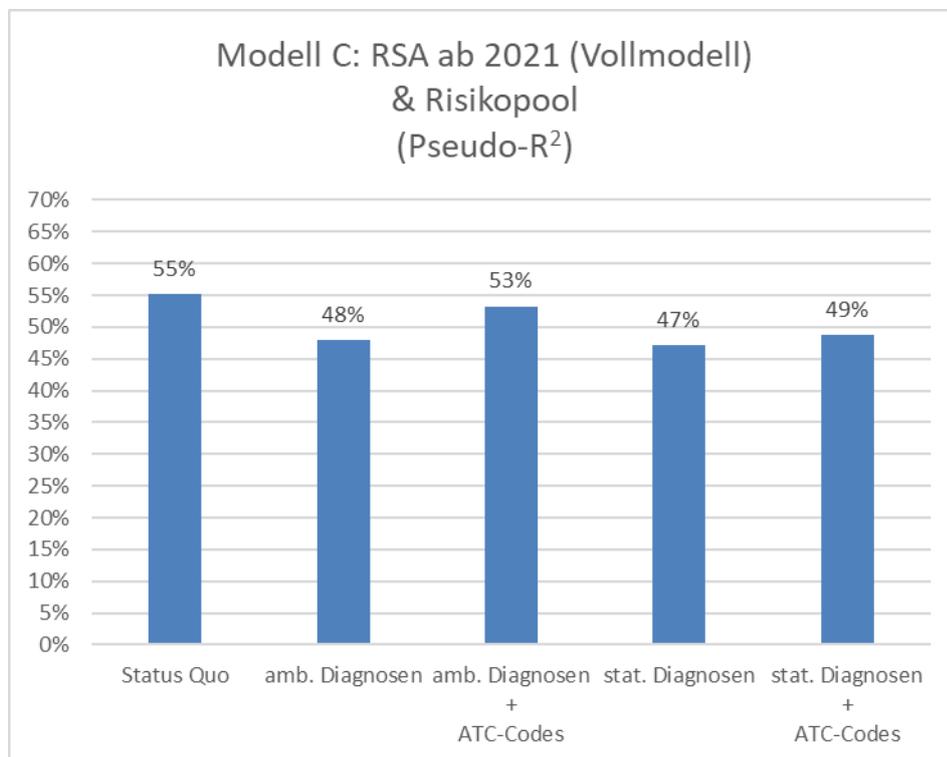


Abbildung 28: Fit-Werte (Pseudo-R²) bei Variation der Morbiditätsinformationen (Modell C)

Quelle: eigene Darstellung.

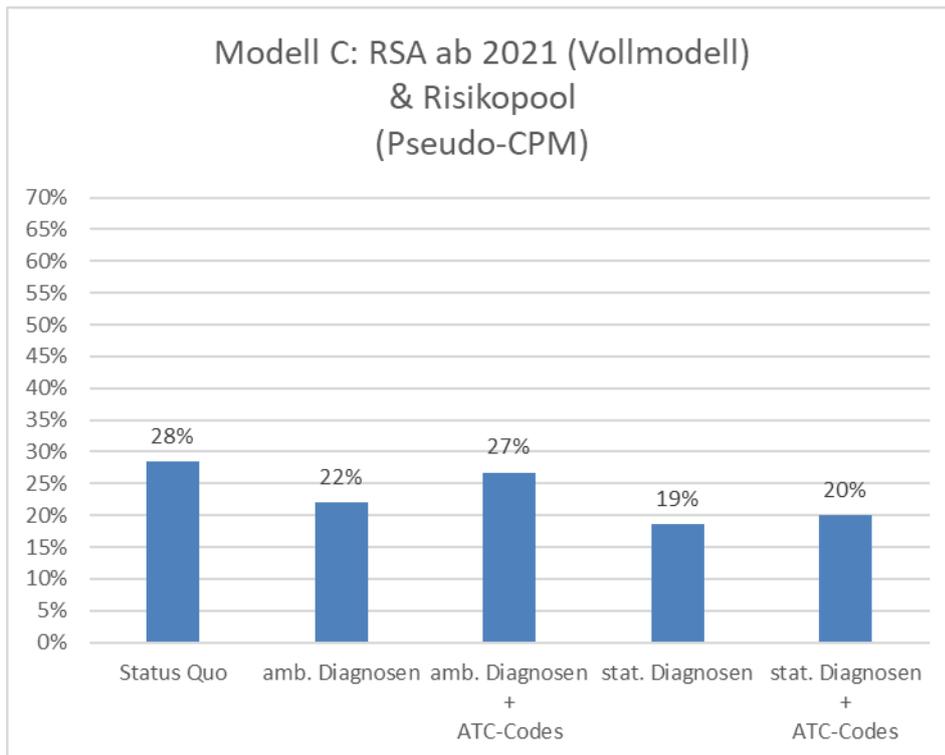


Abbildung 29: Fit-Werte (Pseudo-CPM) bei Variation der Morbiditätsinformationen (Modell C)

Quelle: eigene Darstellung.

A.3 Liste aller Regionalvariablen zur Bildung von Regionalgruppen im RSA

Variablengruppe	Variablenname	Einheit	Quelle	Jahr
Zu erklärende Variable	Deckungsbeitrag	Euro je Versichertenjahr	RSA	2018
Normkosten	Zuweisungen	Zuweisung in Euro je Versichertenjahr	RSA	2018
Morbidity und Mortalität	Pflegebedürftige	Pflegebedürftige je 10.000 Einwohner	INKAR	2017
	Ambulante Pflege	Anteil der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege an den Pflegebedürftigen insgesamt in %	INKAR	2015
	Stationäre Pflege	Anteil der Pflegebedürftigen in stationärer Dauerpflege an den Pflegebedürftigen insgesamt in %	INKAR	2017
	Lebenserwartung	Mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen in Jahren	INKAR	2017
	Säuglingssterblichkeit	Anteil der Gestorbenen unter 1 Jahr je 1.000 Einwohner unter 1 Jahr	INKAR	2017
	Sterberate	Standardisierte Sterbefälle je 100.000 Versicherte	RSA	2018
	Sterbekosten	Durchschnittliche LAoKG Verstorbener	RSA	2018
	Demografie	Ausländeranteil	Anteil der Ausländer an den Einwohnern in %	INKAR
Gesamtwanderungssaldo		Gesamtwanderungssaldo je 1.000 Einwohner	INKAR	2017
Wohnfläche		Wohnfläche je Einwohner in m ²	INKAR	2017

	Mehrfamilienhäuser	Anteil der Wohngebäude mit 3 und mehr Wohnungen an den Wohngebäuden in %	INKAR	2017
Angebot	Hausarztichte	Hausärzte je 100.000 Einwohner	KBV/BAR	2018
	Facharztichte	Fachärzte je 100.000 Einwohner	KBV/BAR	2018
	Überversorgung	Arztgruppen mit Versorgungsgrad > 140%	KBV/BAR	2018
	Krankenhausbetten	Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	INKAR	2016
	Pflegeheimplätze	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen je 10.000 Einwohner	INKAR	2017
Sozialstruktur	Arbeitslose Frauen	Anteil der arbeitslosen Frauen an den Arbeitslosen in %	INKAR	2017
	Arbeitslosenquote Jüngere	Anteil der Arbeitslosen unter 25 Jahren an den zivilen Erwerbspersonen unter 25 Jahre in %	INKAR	2017
	Langzeitarbeitslosigkeit	Anteil der Arbeitslosen, 1 Jahr und länger arbeitslos	INKAR	2017
	Personen in Bedarfsgemeinschaften	Personen in Bedarfsgemeinschaften je 1.000 Einwohner	INKAR	2017
	Bedarfsgemeinschaften mit Kindern	Anteil der Bedarfsgemeinschaften mit Kindern an den Bedarfsgemeinschaften insgesamt in %	INKAR	2017
	Alleinerziehende	Anteil der alleinerziehenden erwerbsfähigen Leistungsberechtigten an	INKAR	2017

		den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in %		
	Altersarmut	Einwohner 65 Jahre und älter in Promille	INKAR	2017
	Wahlbeteiligung	Anteil der Zweitstimmen an den Wahlberechtigten in %	INKAR	2017
Markt- und Wirtschaftsstruktur	GKV-Marktanteil	Anteil der GKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung	RSA/ Destatis	2018
	Bruttoinlandsprodukt	Bruttoinlandsprodukt in 1.000 € je Einwohner	INKAR	2017
	Erwerbsquote	Erwerbspersonen je 100 Einwohner im erwerbsfähigen Alter	INKAR	2017
	Selbstständige	Selbstständige je 1.000 Erwerbstätige	INKAR	2016
	Weibliche Beschäftigte	Anteil der weiblichen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten am Arbeitsort an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in %	INKAR	2017
	Personenbezogene Dienstleistungen	Anteil der Beschäftigten in personenbezogenen Dienstleistungsberufen an den Beschäftigten in %	INKAR	2017
	Pendlersaldo	Pendlersaldo je 100 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort	INKAR	2017
	Kleine und mittlere Unternehmen	Anzahl der Unternehmen mit bis zu 250 sozialversi-	INKAR	2015

		cherungspflichtig Beschäftigten je 1.000 Unternehmen		
Siedlungsstruktur	Siedlungs- und Verkehrsfläche	Anteil in % der Siedlungs- und Verkehrsfläche an der Fläche	INKAR	2017

Tabelle 23: Übersicht über die verwendeten Regionalvariablen (Festlegungsentwurf 2021)

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung (2020a), S. 488 f.

A.4 Erklärungen zur Koautorenschaft

Erklärung zur Koautorenschaft

Die Publikation „Weiterentwicklung des RSA – Berücksichtigung sozio-ökonomischer Versichertenmerkmale. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes“ ist eine gemeinsame Forschungsarbeit von Prof. Dr. Gerald Lux, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Prof. Dr. Florian Buchner sowie Theresa Hüer. Diese wurde 2022 in der IBES-Schriftenreihe veröffentlicht.

Die Literaturangabe lautet:

Lux, G./Wasem, J./Buchner, F./Hüer, T. (2022): Weiterentwicklung des RSA – Berücksichtigung sozio-ökonomischer Versichertenmerkmale. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. IBES Diskussionsbeitrag. Nr. 235. Im Internet unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/270986/1/1820392236.pdf>

Ich erkläre hiermit, dass Frau Hüer an der Entstehung dieser Arbeit maßgeblich beteiligt war. Dies umfasste insbesondere die Mitwirkung an den konzeptionellen Überlegungen, die eigenständige Durchführung von Teilanalysen (insbesondere zur Regionalkomponente) sowie die Mitwirkung an der Interpretation und Einordnung der Ergebnisse.

Mülheim, den 23.11.2023

Ort, Datum



Prof. Dr. Gerald Lux

Essen, den 23.11.2023

Ort, Datum



Prof. Dr. Jürgen Wasem

Augsburg, den 23.11.2023

Ort, Datum



Prof. Dr. Florian Buchner

Erklärung zur Koautorenschaft

Die Publikation „Hochteure Arzneimittel und die Finanzarchitektur der GKV – Vorschlag für eine Anpassung des gesetzlichen Rahmens“ ist eine gemeinsame Forschungsarbeit von Prof. Dr. Jürgen Wasem, Prof. Dr. Volker Ulrich, Dr. Markus Thalheimer sowie Theresa Hüer. Diese wurde 2021 bei der Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen veröffentlicht.

Die Literaturangabe lautet:

Wasem, J./Thalheimer, M./Hüer, T./Ulrich, V. (2021): Hochteure Arzneimittel und die Finanzarchitektur der GKV – Vorschlag für eine Anpassung des gesetzlichen Rahmens. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Jahrgang 27, Heft 2.

Ich erkläre hiermit, dass Frau Hüer an der Entstehung dieser Arbeit maßgeblich beteiligt war. Dies umfasste insbesondere die Mitwirkung an den konzeptionellen Überlegungen zur Problemanalyse sowie an der Entwicklung des Reformvorschlags für eine anreizgerechte Finanzierung kostenintensiver Einzeltherapien in der GKV.

Essen, den 27.11.2023

Ort, Datum

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Bayreuth, den 27.11.2023

Ort, Datum

Prof. Dr. Volker Ulrich

Heidelberg, den 24.11.2023

Ort, Datum

Dr. Markus Thalheimer

Literatur

Albrecht, M./Al-Abadi, T. (2018): Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen. Studie für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Im Internet unter:

https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Gutachten/IGES-Gutachten_Sektoreneuebergreifende_Verguetung_2018-06-11.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Ash, A. S./Porell, F./Gruenberg, L./Sawitz, E./Beiser, A. (1989): Adjusting medicare capitation payments using prior hospitalization data. In: Health Care Financing Review, Jahrgang 10, Heft 4, S. 17-29.

Augurzky, B./Bünnings, C./Pomorin, N./Reifferscheid, A./Wasem, J. (2016): Bestimmung des Fixkostenanteils von zusätzlichen Leistungen in der stationären Versorgung. Projektbericht im Auftrag der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. in Vertretung aller Landeskrankenhausgesellschaften. Im Internet unter:

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/148928/1/874336570.pdf> (Zugriff am 26.10.2023)

Ballesteros Kracher, P. (2010): Wie manipulierbar ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich? In: Göppfarth, D./Greß, S./Jacobs, K./Wasem, J. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010, Heidelberg, S. 13-25.

Bauhoff, S./Fischer, L./Göppfarth, D./Wuppermann, A. C. (2017): Plan responses to diagnosis-based payment: Evidence from Germany's morbidity-based risk adjustment. In: Journal of Health Economics, Jahrgang 56, S. 397-413.

Berkemeier, F./Diel, M./Sussmann, S. (2018): Langwirksame Genterapien: Aktuelle Entwicklungsaktivitäten und Herausforderungen für das GKV-System. Systematische Registerrecherche zur Identifikation langwirksamer Genterapien ab Entwicklungsphase III und deren möglichen Auswirkungen auf das Finanzierungssystem der GKV. Im Internet unter:

https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6666/e22790/e23474/e23475/e23476/attr_objs23480/IGES_LangwirksameGenterapien_20180906_ger.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Bewertungsausschuss Ärzte (2022): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 604. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2023 mit Wirkung zum 1. August 2022. Im Internet unter: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-08-19_ba604.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

bluebird bio GmbH (2019): Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V. Eine genetisch modifizierte, autologe, mit CD34 + -Zellen angereicherte Population, die mit einem für das β A-T87Q -Globin-Gen kodierenden lentiviralen Vektor (LVV) transduzierte hämatopoetische Stammzellen (HSZ) enthält (Zynteglo™). Im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/92-975-3404/2019-11-13_Modul2_Zynteglo_final.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Breyer, F./Kifmann, M. (2001): Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV. DIW Diskussionspapier Nr. 236. Im Internet unter: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.38592.de/dp236.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2013): Gesundheitsökonomik. 6. vollständig erweiterte und überarbeitete Auflage. Springer Gabler. DOI: 10.1007/978-3-642-30894-9

BT-Drs. 12/3608 (1992): Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz).

BT-Drs. 14/1977 (1999): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/1245 – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) und zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 14/1721 – Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000).

BT-Drs. 14/5681 (2001): Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

BT-Drs. 14/6432 (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

BT-Drs. 14/7395 (2001): Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/6432 – Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 14/7123 und 14/7168 – Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung – Drucksache 14/5681 – Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

BT-Drs. 16/3100 (2007): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz).

BT-Drs. 17/10323 (2012): Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.

BT-Drs. 19/15662 (2019): Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG).

BT-Drs. 20/8 (2021): Verordnung zur Festsetzung des ergänzenden Bundeszuschusses nach § 221a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2022 (Bundeszuschussverordnung 2022).

Buchner, F./Goepffarth, D./Wasem, J. (2013): The new risk adjustment formula in Germany: Implementation and first experiences. In: Health Policy, Jahrgang 109, S. 253–262.

Buchner, F./Göpffarth, D. (2014): Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel, D./Jacobs, K./Vauth, C./Zerth, J. (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 77-117.

Bundesamt für Soziale Sicherung (2020a): Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2021. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2020b): Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2021.

Festlegung der Risikogruppen, des Zuordnungsalgorithmus, der regionalen Merkmale, des Regressions- und des Berechnungsverfahrens. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2020c): GKV-Schätzerkreis schätzt die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2020 und 2021.

Pressemitteilung. Bonn, 13. Oktober 2020. Im Internet unter:

https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Presse/2019_2020/20201013GKV_Schaetzerkreis.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2021): Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2022.

Festlegung der Risikogruppen, des Zuordnungsalgorithmus, der regionalen Merkmale, des Regressions- und des Berechnungsverfahrens. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022a): Erläuterungen zur Festlegung von Risikogruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren im

Risikostrukturausgleich für das RSA-Ausgleichsjahr 2023. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022b): Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2023.

01_Anlage_1_ICD_Zuordnung_AJ2023_Festlegung.xlsx. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022c): Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2023.

02_Anlage_2_Aufgreifkriterien_AJ2023. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022d): Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2023.

03_Anlage_3_DXG_ATC_AJ2023. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022e): Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2023.

06a_Anlage_Erlaeuterungen_Regressionskoeffizienten_AJ2023. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022f): Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2023.

Festlegung der Risikogruppen, des Zuordnungsalgorithmus, der regionalen Merkmale, des Regressions- und des Berechnungsverfahrens. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022g): Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2023. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2022h): Sondergutachten zu den Wirkungen von Pay-for-Performance-Verträgen vor dem Hintergrund des Risikopools. Im Internet unter:

[https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wweiterentwicklung/20221025Sondergutachten_BAS_P4P_Vertraege_Risikopool.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20221025Sondergutachten_BAS_P4P_Vertraege_Risikopool.pdf) (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2023a): Schätztableau des GKV-Schätzerkreises. Stand der Schätzung: 12.10.2023. Im Internet unter:

https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20231012_Schaetztableau_2023_2024.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesamt für Soziale Sicherung (2023b): Verfahrensbestimmung nach § 16 Absatz 3 Satz 5 RSAV und § 18 Absatz 5 Satz 3 RSAV für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2023. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/verfahrensbestimmungen/> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesärztekammer (2019): Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG) (BT-Drs. 19/15662). Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD. Im Internet unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/GKV-FKG.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023a): ATC-Klassifikation mit definierten Tagesdosen DDD. Im Internet unter:

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ATC/_node.html (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023b): OPS-Katalog. Im Internet unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/_node.html (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheits. Im Internet unter:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/RefE_Gesetz_fuer_eine_faire_Kassenwahl_in_der_GKV.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesministerium für Gesundheit (2023a): Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Im Internet unter:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesministerium für Gesundheit (2023b): Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung im 1. - 4. Quartal 2022. Im Internet unter:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/2023-03-03_PMANlagen_GKV-Finanzergebnisse_1.-4._Quartal_2022__002__bf.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz (2022):

Strukturreform Sozialversicherung. Im Internet unter:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Strukturreform-Sozialversicherung.html> (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz (2023):

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Im Internet unter:

[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-\(LKF\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Leistungsorientierte-Krankenanstaltenfinanzierung-(LKF).html) (Zugriff am 26.10.2023)

Bundesversicherungsamt (2019): Festlegung der Morbiditätsgruppen, des

Zuordnungsalgorithmus, des Regressions- sowie des Berechnungsverfahrens. Im Internet unter:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegung-en/> (Zugriff am 26.10.2023)

Cassel, D. (2006): Zur Irenik von Solidarität und Wettbewerb in der GKV. In: Göppfarth, D./Greß, S./Jacobs, K./Wasem, J. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Asgard-Verlag, St. Augustin, S. 55-93.

Cumming, R. B./Cameron, B. A. (2002): A Comparative Analysis of Claims-based Methodes of Health Risk Assessment for Commercial Populations. A research study sponsored by the Society of Actuaries. Im Internet unter:

https://www.researchgate.net/publication/228378875_A_Comparative_Analysis_of_Claims_Based_Risk_Assessment_for_Commercial_Populations (Zugriff am 26.10.2023)

Czypionka, T./Berger, M. (2014): Zum Nutzen von Diagnosekodierungen für Österreich. In: Soziale Sicherheit, Heft 4, S. 1-16.

Demme, S. (2015): Ergebnisse des Jahresausgleichs 2014 und aktueller Planungsstand zu den Ausgleichsjahren 2016 und 2017. 4. GKV-Informationsveranstaltung „Gesundheitsfonds“, Berlin, 26. November 2015.

Dixon, J./Smith, P./Gravelle, H./Martin, S./Bardsley, M./Rice, N./Georghiou, T./Dusheiko, M./Billings, J./Lorenzo, M. D./Sanderson, C. (2011): A person based formula for allocating commissioning funds to general practices in England: development of a statistical model. In: BMJ, Jahrgang 343, S. 1-16.

Drösler, S./Garbe, E./Hasford, J./Schubert, I./Ulrich, V./van de Ven, W./Wambach, A./Wasem, J./Wille, E. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn. Im Internet unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Drösler, S./Neukirch, B./Ulrich, V./Wille, E. (2013): Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt Möglichkeiten und Notwendigkeit der Morbiditätsmessung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung unter besonderer Berücksichtigung des Klassifikationsmodells des Bewertungsausschusses. Im Internet unter: https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Presse/Pressemitteilungen/2013/Gutachten_KV_Sachsen-Anhalt.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Drösler, S./Neukirch, B./Ulrich, V./Wille, E. (2016): Weiterentwicklungsbedarf des Versichertenklassifikationsverfahrens im Anwendungskontext der vertragsärztlichen Versorgung. Gutachten im Auftrag von KBV und Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Im Internet unter: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/KBV-Zi-Gutachten_Klassifikationsverfahren_2016-10-31.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Eiff, W./Schüring, S./Niehaus, C. (2007): REDIA-Studie II. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation. Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht. LIT-Verlag, Münster.

Eiff, W./Schüring, S./Niehaus, C. (2011): REDIA-Studie - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation - Ergebnisse einer prospektiven und medizin-ökonomischen Langzeitstudie 2003 bis 2011. Münsteraner Schriften zu Medizinökonomie, Gesundheitsmanagement und Medizinrecht. LIT-Verlag, Münster.

Ellis, R. P. (1998): Creaming, skimping and dumping – provider competition on the intensive and extensive margins. In: Journal of Health Economics, Jahrgang 17, Heft 5, S. 537-555.

Ellis, R. P./Martins, B./Rose, S. (2018): Risk Adjustment for Health Plan Payment. In: McGuire, T. G. /van Kleef, R. C. (Hrsg.): Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets. Theory and Practice. Academic Press, North Holland, S. 55-104.

Ellis, R. P./Pope, G. C./Lezzoni, L. I. (1996): Diagnostic Cost Group (DCG) and Hierarchical Coexisting Conditions (HCC) Models for Medicare Risk Adjustment. Final Report to the Health Care Financing Administration under Contract Number 500-92-0020, Delivery Order Number 6. In: Health Economics Research.

Enthoven, A. C. (1988): Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. Elsevier Science, New York.

Erler, A./Beyer, M./Muth, C./Gerlach, F. M./Brennecke, R. (2009): Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen. In: Das Gesundheitswesen, Jahrgang 71, Heft 12, S. 823-831.

Erweiterter Bewertungsausschuss Ärzte (2008a): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008. Im Internet unter: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2008-09-02_eba7.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Erweiterter Bewertungsausschuss Ärzte (2008b): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008. Im Internet unter: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2008-09-02_eba7.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Erweiterter Bewertungsausschuss Ärzte (2022a): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 79. Sitzung am 14. Dezember 2022. Im Internet unter: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14_eba79_1.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Erweiterter Bewertungsausschuss Ärzte (2022b): Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V in seiner 77. Sitzung am 14. September 2022 zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Absatz 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2023 mit Wirkung zum 14. September 2022. Im Internet unter: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-09-14_eba77.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

European Medicines Agency (2018): Zolgensma: EPAR – summary for the public. Im Internet unter: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/zolgensma-epar-product-information_en.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Felder, S. (2009): Morbiditätsorientierung beim Risikostrukturausgleich und bei der Vergütung von Leistungserbringern: Zwei Seiten der gleichen Medaille? In: Göppfarth, D./Greß, S./Jacobs, K./Wasem, J. (Hrsg.): Risikostrukturausgleich 2008. Asgard Verlag, Sankt-Augustin, S. 169-184.

Fischer, W. (2007): Do You Speak DRG? Measuring the Complexity of Labels of Medicare DRGs, AR-DRGs, and G-DRGs by Counting Conjunctions. 23rd PCSI International Working Conference, Venezia. Im Internet unter: <https://fischer-zim.ch/paper-en-pdf/DRG-Labels-0711-PCSI.pdf> (Zugriff am 26.10.2023)

Fleßa, S. (2007): Gesundheitsökonomik. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner. 2. Auflage. Springer, Berlin, Heidelberg.

Fricke, U./Hein, L./Schwabe, U. (2020): Neue Arzneimittel 2019. In: Schwabe, U. /W-D., L. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2020. Springer, Berlin, S. 43-150.

Fricke, U./Schwabe, U. (2011): Neue Arzneimittel 2010. In: Schwabe, U. /Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2010. Springer, Heidelberg, S. 43-117.

Gaßner, M./Arndt, V./Fischer, L./Göppfarth, D. (2010): Sind die Diagnosezahlen nach Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs angestiegen? . In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jahrgang 63, Heft 6, S. 11-19.

Geraedts, M./de Cruppé, W./Bluhm, K./Ohmann, C. (2010): Distanzen zu Krankenhäusern mit mindestmengenrelevante Eingriffen 2004 – 2006. In: Das Gesundheitswesen, Jahrgang 72, Heft 5, S. 271-278.

Geruso, M./McGuire, T. G. (2016): Tradeoffs in the design of health plan payment systems: Fit, power and balance. In: Journal of Health Economics, Jahrgang 47, S. 1-19. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2016.01.007

GKV-Spitzenverband (2021): Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V vom 20.12.2021 inkl. Beschreibung des Datenmeldeverfahrens zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V i. V. m. § 22 Abs. 2 und 4 RSAV sowie die Datenmeldung zur Vorsorgepauschale nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV. Im Internet unter:
https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Datengrundlagen/Bestimmungen_GKV-SV/20220224_Bestimmung_nach___267_Abs._4_SGB_V_-_Stand_vom_20.12.2021.pdf
 (Zugriff am 26.10.2023)

GKV-Spitzenverband /Verband der Privaten Krankenversicherung /Deutsche Krankenhausgesellschaft (2023): Vereinbarung gemäß § 10 Absatz 9 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2023 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln, – gemeinsam – und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin. Im Internet unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/KH_BBFW_2023.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Göppfarth, D. (2013): Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich. Verständnis und Missverständnisse. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jahrgang 67, Heft 1, S. 10-16.

Greiner, W./Gerlach, F./Brosig-Koch, J./Drösler, S./Felix, D./Haubitz, M./Kingreen, T./Schreyögg, J./Sundmacher, L./Thüsing, G./Ulrich, V./Wallrabenstein, A./Wollenschläger, F. (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bricht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Internet unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Günther, H. (2009): Das Unglück der Dreiecksbeziehung morbiditätsgerechte Vergütung, Codierung ärztlicher Diagnosen und morbiditätsgerechte Zuweisung. In: Repschläger, U. (Hrsg.): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2009. Beiträge und Analysen. BARMER Ersatzkasse, Wuppertal, S. 200-218.

Haas, A./Tebinka-Olbrich, A./Erdmann, D./Henck, S./Kuhn, M./Nickel, A. (2020): Rückblick und Ausblick aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes. In: Storm, A. (Hrsg.): AMNOG-Report 2020. 10 Jahre AMNOG – Rückblick und Ausblick. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. medhochzwei Verlag, Heidelberg, S. 87-104.

Habermehl, A. (1986): Mortalität – Letalität – Morbidität (Inzidenz – Prävalenz). In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 833, S. 98-99.

Hilgers, S. (2011): DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern. Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität. Gabler, Wiesbaden.

Himmel, K./Schneider, U. (2017): Ambulatory Care at the End of a Billing Period. Research Paper 14. hche Hamburg Center for Health Economics. Im Internet unter: <https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/research-papers/rp14-himmelschneider.pdf> (Zugriff am 26.10.2023)

Hofmann, J./Hühne, P. (1988): GKV-Solidarprinzip, Wettbewerb und Finanzierungsverfahren. In: Arbeit und Sozialpolitik, Jahrgang 42, S. 238-246.

Hür, T./Abels, C./Wasem, J. (2021): 10 Jahre AMNOG aus Sicht der Gesundheitsökonomik. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jahrgang 75, Heft 1, S. 7-12. DOI: 10.5771/1611-5821-2021-1-7

IGES Institut (2010): Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Im Internet unter: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5280/e5342/e7150/e7784/attr_objjs12662/IGES_Institut_Expertise_EBM_ger.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

IGES Institut (2012): Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes in Kooperation mit der BARMER GEK, Berlin. Im Internet unter: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/verguetung_und_leistungen/klassifikationsverfahren/9_Endbericht_Kodierqualitaet_Hauptstudie_2012_12-19.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Institut des Bewertungsausschusses Ärzte (2022): Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2023 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Freigegeben durch die Trägerorganisationen des Instituts des Bewertungsausschusses am 13. September 2022. Im Internet unter: https://institut-ba.de/berichte/InBA_Bericht_VR2023.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2002): Fallpauschalen-Katalog. G-DRG Version 1.0 für 2003. Im Internet unter: <https://www.g-drg.de/archiv/drg-systemjahr-2003-datenjahr-2002#sm2> (Zugriff am 26.10.2023)

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2004): Daten zum G-DRG-System. Auswertung der Datenbereitstellung gem. § 21 KHEntgG zum Zweck der Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG. Datenjahr 2004. Im Internet unter: <https://www.g-drg.de/einspaltig/media/files/datenbereitstellung/datenauswertung-21-khentgg-zur-begleitforschung-gemaess-17b-abs.-8-khg-datenjahr-2004> (Zugriff am 26.10.2023)

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022a): Abschlussbericht Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2023 (21.12.2022). Im Internet unter: www.g-drg.de (Zugriff am 26.10.2023)

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022b): aG-DRG. German Diagnosis Related Groups. Version 2023. Definitionshandbuch Kompaktversion. Im Internet unter: <https://www.g-drg.de/media/files/definitionshandbuch-2023/definitionshandbuch-2023-kompaktversion-band-1> (Zugriff am 26.10.2023)

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022c): Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Im Internet unter: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/kodierrichtlinien/deutsche-kodierrichtlinien-2023> (Zugriff am 26.10.2023)

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022d): Fallpauschalen-Katalog gemäß § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Katalog ergänzender Zusatzentgelte gemäß § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Pflegeerlöskatalog gemäß § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Im Internet unter: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20232> (Zugriff am 26.10.2023)

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2022e): PEPP. Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie Psychosomatik. Version 2023. Definitionshandbuch. Kompaktversion. Im Internet unter: <https://www.g-drg.de/content/view/full/7822> (Zugriff am 26.10.2023)

Jacobs, K./Schulze, S. (2007): Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich: notwendige Funktionsbedingung für sinnvollen Wettbewerb in der GKV. In: G+G Wissenschaft, Heft 3, S. 7-14.

Jacobs, K./Wasem, J./Cassel, D. (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht. Im Internet unter: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6488/e9854/e9856/attr_objs12665/RSA-Gutachten2001_ger.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Jahn, R./Lux, G./Walendzik, A./Wasem, J. (2009): Weiterentwicklung des RSA zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Erarbeitung eines Konzepts zur nachhaltigen Stärkung von Anreizen für die gesetzlichen Krankenkassen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen Campus Essen, Nr. 175. Im Internet unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/32118/1/610129082.pdf> (Zugriff am 26.10.2023)

Jegers, M./Kesteloot, K./de Graeve, D. (2002): A typology for provider payment systems in health care. In: Health Policy, Jahrgang 60, Heft 2002, S. 255-273.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V. Im Internet unter: https://www.kbv.de/media/sp/Ambulante_Kodierunterstuetzung.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Dezernat Vergütung und Gebührenordnung. Im Internet unter: https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Vorgaben_2022-11-29_LF.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Kassenärztliche Bundesvereinigung/GKV-Spitzenverband (2023): Bundesmantelvertrag - Ärzte vom 1. Januar 2023. Im Internet unter: <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf> (Zugriff am 26.10.2023)

Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2022): Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Im Internet unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Service/Rechtsquellen/HVM/KVB-RQ-HVM-ab-010722.pdf> (Zugriff am 26.10.2023)

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (2022): Honorarvereinbarung 2023. Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), der IKK classic, der KNAPPSCHAFT und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). Im Internet unter:

https://www.kvhh.net/_Resources/Persistent/6/d/5/1/6d51bc51244847334a5cd73d7781ee1f408f47df/hon2023_vertrag_2022-12-01%20-mit%20hinweisen.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2022): Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (HVM – KVWL). Im Internet unter: https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Amtliche_Bekanntmachungen/Honorarverteilungsmaassstab__HVM__ab_2023.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Kautter, J./Gregory, C./Pope, G./Ingber, M./Freeman, S./Patterson, L./Cohen, M./Keenan, P. (2014): The HHS-HCC risk adjustment model for individual and small group markets under the Affordable Care Act. In: Medicare Medicaid Research Review, Jahrgang 4, Heft 3, S. E1-E46.

Kostuj, T./Schulze-Raestrup, U./Noack, M./Buckup, K./Smektala, R. (2011): Mindestmengen in der Knieendoprothetik. In: Der Chirurg, Jahrgang 82, Heft 5, S. 425-432.

Kulozik, A./Kunz, J. (2019): Gentherapie von Hämoglobinkrankheiten – aktuelle Konzepte und Herausforderungen. In: Transfusionsmedizin, Jahrgang 9, Heft 3, S. 155-163. DOI: 10.1055/a-0825-9666

Lauterbach, K. W./Wille, E. (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm ‚Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung‘ unter Berücksichtigung der Morbidität“. VdAK e.V., AEV e.V., AOK-BV und IKK-BV. Im Internet unter: http://hpm.org/kai/igmg/endgutachten_rsa.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Leber, W. D. (1987): Finanzausgleich als Voraussetzung für funktionsfähigen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arbeit und Sozialpolitik, Jahrgang 41, S. 266-272.

Leber, W. D./Wasem, J. (1989): Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst, Jahrgang 69, S. 87-93.

Lücke, J./Bädeker, M./Hildinger, M. (2020): Medizinische Biotechnologie in Deutschland 2020. Biopharmazeutika: Wirtschaftsdaten und Fortschritte für Patienten durch Zell- und Gentherapien. Im Internet unter: https://www.healthcapital.de/files/user_upload/Biotech-Report_2020-kl.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Lux, G./Schillo, S./van der Linde, K./Walendzik, A./Wasem, J. (2015): Die Berücksichtigung von Zuzahlungsbefreiungen im RSA – Ausgestaltungsmöglichkeiten und Wirkungen einer erweiterten Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren. Im Internet unter: https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/Forschung/IBES_Diskussionbeitraege/IBES_2015_nr207.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Lux, G./Wasem, J./Buchner, F./Hüer, T. (2022): Weiterentwicklung des RSA – Berücksichtigung sozio-ökonomischer Versichertenmerkmale. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. IBES Diskussionsbeitrag. Nr. 235. Im Internet unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/270986/1/1820392236.pdf> (Zugriff am 26.10.2023)

McClellan, M. (1997): Hospital reimbursement incentives: an empirical analysis. In: Journal of Economic & Management Strategy, Jahrgang 6, Heft 1, S. 91-128.

Monopolkommission (2017): Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem. Sondergutachten 75. Im Internet unter: http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

National Health Service (2017): Evidence Briefing – Tonogenchancel-L (Invossa) gene therapy for regeneration of cartilage in patients with degenerative arthritis or osteoarthritis of the knee. Im Internet unter: <http://www.io.nihr.ac.uk/report/tonogenchancel-l-invossa-gene-therapy-for-regeneration-of-cartilage-in-patients-with-degenerative-arthritis-or-osteoarthritis-of-the-knee/> (Zugriff am 26.10.2023)

Neumann, K./Gierling, P./Albrecht, M./Dietzel, J./Wolfschütz, A. (2014): Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor. Prüfung der Machbarkeit. Im Internet unter: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e9536/e9537/e9539/attr_objs9540/IGES_Gutachten_Aerztliche_Verguetung_Langfassung_WEB_ger.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Novartis Gene Therapies EU Ltd. (2021): Dossier zur Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V. Modul 3A 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie mit biallelischer Mutation von SMN1 und klinischer Diagnose SMA Typ 1 oder bis zu drei SMN2-Kopien Zweckmäßige Vergleichstherapie, Anzahl der Patienten mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen, Kosten der Therapie für die GKV, Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung. Im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/92-975-4737/2021_05_12_Modul3A_Onasemnogen_Abeparvovec.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Ozegowski, S. (2013): Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. In: *Gesundheit & Gesellschaft Wissenschaft*, Jahrgang 13, Heft 1, S. 23-34.

Pope, G. C./Ellis, R. P./Ash, A. S./Ayanian, J. Z./Bates, D. W./Burstin, H./Lezzoni, L. I./Marcantonio, E./Wu, B. (2000): Diagnostic Cost Group Hierarchical Condition Category Models for Medicare Risk Adjustment. Final Report to the Health Care Financing Administration under Contract Number 500-95-048. Im Internet unter: https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/reports/downloads/pope_2000_2.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Reifferscheid, A./Thomas, D./Wasem, J. (2013): Zehn Jahre DRG-System in Deutschland – Theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz. In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J./Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2013. Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?*. Schattauer, Stuttgart, S. 3-19.

Reschke, P./Sehlen, S./Schiffhorst, G./Schröder, W. F./Lauterbach, K. W./Wasem, J. (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für eine direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht. Im Internet unter: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6488/e9854/e9856/attr_objs9861/EndberichtRSA-Gutachten_ger.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Rothgang, H./Müller, R. (2013): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. Im Internet unter: https://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Im Internet unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Schäfer, T. (2011): Statistische Bewertung unterschiedlicher Hierarchievarianten im Klassifikationssystem für den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes. Im Internet unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/Gutachten_Schaefer.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Schmid, C. P. R./Beck, K./Kauer, L. (2018): Chapter 16. Health Plan Payment in Switzerland. In: McGuire, T. G. /van Kleef, R. C. (Hrsg.): Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets. Theory and Practice Academic Press, S. 453-489.

Schokkaert, E./Guillaume, J./van de Voorde, C. (2018): Chapter 7. Risk Adjustment in Belgium: Why and How to Introduce Socioeconomic Variables in Health Plan Payment. In: McGuire, T. G. /van Kleef, R. C. (Hrsg.): Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets. Theory and Practice Academic Press, S. 209-234.

Schräder, W. F./Ryll, A. (2003): Pauschalierende Vergütungssysteme in der integrierten Versorgung. In: Tophoven, L. /Lieschke, L. (Hrsg.): Integrierte Versorgung – Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 131-168.

Schreyögg, J./Bäumli, M./Krämer, J./Dette, T./Busse, R./Geissler, A. (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG Endbericht. Hamburg Center for Health Economics. Im Internet unter: <https://www.g-drg.de/aktuelles/endbericht-zum-forschungsauftrag-zur-mengenentwicklung-gem.-17b-abs.-9-khg> (Zugriff am 26.10.2023)

Simon, M. (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.

Starfield, B./Weiner, J./Mumford, L./Steinwachs, D. (1991): Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. In: Health Services Research, Jahrgang 26, Heft 1, S. 53-74.

Statistisches Bundesamt (2021): Grunddaten der Krankenhäuser 2019. Im Internet unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html#_9qI0jhmq5 (Zugriff am 26.10.2023)

Statistisches Bundesamt (2023): Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1998 bis 2021. Im Internet unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhausern-seit-1998/> (Zugriff am 26.10.2023)

Stüwe, H. (2006): Kassenärztliche Bundesvereinigung: Keine Honorarreform ohne Aufhebung der Budgets. In: Deutsches Ärzteblatt, S. 394-395.

Sundmacher, L./Schang, L./Schüttig, W./Flemming, R./Frank-Tewaag, J./Geiger, I./Franke, S./Wende, D./Weinhold, I./Höser, C./Kistemann, T./Kemen, J./van den Berg, N./Hoffmann, W./Kleinke, F./Becker, U./Brechtel, T. (2018): Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Im Internet unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Thompson, J. D./Fetter, R. B./Mross, C. D. (1975): Case Mix and Resource Use. In: Inquiry, Jahrgang 12, Heft 4, S. 300-312.

Tuschen, K.-H. (2002): DRG-Einführung in Deutschland vor dem Hintergrund »australischer Erfahrungen«. In: Das Krankenhaus, Jahrgang 96, Heft 4, S. 292-296.

van de Ven, W. P./Beck, K./Buchner, F./Schokkaert, E./Schut, F. T./Shmueli, A./Wasem, J. (2013): Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? In: Health Policy, Jahrgang 109, Heft 3, S. 226-245. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.01.002

van Kleef, R./Eijkenaar, F./van Vliet, R./van de Ven, W. (2018): Chapter 14. Health Plan Payment in the Netherlands. In: McGuire, T. G. /van Kleef, R. C. (Hrsg.): Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets. Theory and Practice. Academic Press, 397-429.

van Veen, S. H./van Kleef, R. C./van de Ven, W. P./van Vliet, R. C. (2015): Is there one measure-of-fit that fits all? A taxonomy and review of measures-of-fit for risk-equalization models. In: Medical Care Research and Review, Jahrgang 72, Heft 2, S. 220-243. DOI: 10.1177/1077558715572900

Verband der Ersatzkassen (2023): Landesbasisfallwerte 2023. Im Internet unter: https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_180935136/file.res/LBFW_2023.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Vladeck, B. C. (1984): Medicare Hospital Payment by Diagnosis-Related Groups. In: Annals of Internal Medicine, Jahrgang 100, Heft 4, S. 576-591. DOI: 10.7326/0003-4819-100-4-576

Walenzik, A./Lüngen, M. (2018): Ökonomische Fundierung des Vergütungssystems oder ‚Ökonomisierung‘ der Medizin. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jahrgang 72, Heft 4-5, S. 22-28.

Walenzik, A./Wasem, J. (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme. Im Internet unter: https://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/AmbulanteVergu__tung_13lay.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Wasem, J./Buchner, F. (2019): Stellungnahme zum Regierungsentwurf des GKV-FKG: Grundrichtung stimmt, Nachbesserungsbedarf besteht. Im Internet unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/673574/042cb344cd614079ccb0c3ff05869559/19_14_0123-31-_ESV-Prof-Dr-Wasem_GKV-FKG-data.pdf (Zugriff am 26.10.2023)

Wasem, J./Buchner, F./Lux, G./Schillo, S. (2018): Chapter 11. Health Plan Payment in Germany. In: McGuire, T. G. /van Kleef, R. C. (Hrsg.): Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets. Theory and Practice Academic Press, S. 295-329.

Wasem, J./Hüer, T./Abels, C. (2021): Gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Sicht auf die (zukünftige) Finanzierbarkeit von Arzneimitteln. In: Schröder, H./Thürmann, P./Telschow, C./Schröder, M./Busse, R. (Hrsg.): Arzneimittel - Kompass 2021. Hochpreisige Arzneimittel – Herausforderung und Perspektiven. Springer, Berlin, S. 19-34.

Wasem, J./Lux, G./van der Linde, K. (2014): Beim Einkommensausgleich Versichertenbezug herstellen, beim Krankengeld Kurs beibehalten. In: HighLights Magazin, Jahrgang 11, S. 35-39.

Wasem, J./Matusiewicz, D./Neumann, A./Noweski, M. (2019): Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis des Managements in Gesundheitssystem und Versorgung. 2. Auflage. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Wasem, J./Thalheimer, M./Hüer, T./Ulrich, V. (2021): Hochteure Arzneimittel und die Finanzarchitektur der GKV – Vorschlag für eine Anpassung des gesetzlichen Rahmens. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Jahrgang 27, Heft 2, S. 39-46.

Wockenfuss, R./Frese, T./Herrmann, K./Claussnitzer, M./Sandholzer, H. (2009): Three-and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. In: Scandinavian Journal of Primary Health Care, Jahrgang 27, Heft 3, S. 131-136. DOI: 10.1080/02813430903072215

Rechtsnormenverzeichnis

Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 6. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel / 28. November 2001 veröffentlicht im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften L 311/67

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2478) geändert worden ist

Das **Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung** – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Mai 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 123) geändert worden ist

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1b des Gesetzes vom 11. Mai 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 123) geändert worden ist

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist

Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz, KHNG) in der Fassung vom 20. Dezember 1984 / 29. Dezember 1984 veröffentlicht im Bundesanzeiger 1984 I Nr. 56

Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 22. Februar 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 51) geändert worden ist

Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung in der Fassung vom 22. Juni 1889 / 26. Juni 1889 veröffentlicht im Deutschen Reichsgesetzblatt Band 1889, Nr. 13

Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter in der Fassung vom 15. Juni 1883 / 21. Juni 1883 veröffentlicht im Deutschen Reichsgesetzblatt Band 1883, Nr. 9

Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) in der Fassung vom 14. Dezember 2019 / 20. Dezember 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2019 I Nr. 51

Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) in der Fassung vom 22. März 2020 / 31. März 2020 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2020 I Nr. 15

Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) in der Fassung vom 06. Mai 2019 / 10. Mai 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2019 I Nr. 18

Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) in der Fassung vom 27. März 2020 / 27. März 2020 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2020 I Nr. 14

Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) in der Fassung vom 07. November 2022 / 11. November 2022 veröffentlicht im Bundesgesetzblatt 2022 I Nr. 42

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) in der Fassung vom 14. November 2003 / 19. November 2003 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003 I Nr. 55

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) in der Fassung vom 22. Dezember 2010 / 31. Dezember 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010 I Nr. 68

Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) in der Fassung vom 22. Dezember 2010 / 27. Dezember 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010 I Nr. 67

Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) in der Fassung vom 20. Dezember 2022 / 28. Dezember 2022 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2022 I Nr. 56

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz – GRG) in der Fassung vom 22. Dezember 1999 / 29. Dezember 1999 veröffentlicht im Bundesgesetzblatt 1999 I Nr. 59

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenreformgesetz – RRG) in der Fassung vom 18. Dezember 1989 / 28. Dezember 1989 veröffentlicht im Bundesanzeiger 1989 I Nr. 60

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) in der Fassung vom 10. Dezember 2015 / 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2015 I Nr. 51

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSA-ReformG) in der Fassung vom 10. Dezember 2001 / 14. Dezember 2001 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2001 I Nr. 66

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) in der Fassung vom 21. Dezember 1992 / veröffentlicht im Bundesanzeiger 1992 I

Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) in der Fassung vom 26. Mai 1994 / 28. Mai 1994 veröffentlicht im Bundesanzeiger 1994 I Nr. 30

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) in der Fassung vom 16. Juli 2015 / 22. Juli 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2015 I Nr. 30

Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) in der Fassung vom 11. Dezember 2018 / 14. Dezember 2018 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2018 I Nr. 45

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) in der Fassung vom 26. März 2007 / 30. März 2007 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 I Nr. 11

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) in der Fassung vom 22. Dezember 2011 / 23. Dezember 2011 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 I Nr. 70

Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) in der Fassung vom 21. Juli 2014 / 24. Juli 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2014 I Nr. 33

Zweites Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzes und weiterer Gesetze in der Fassung vom 28. Mai 2020 / 31. Mai 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2021 I Nr. 26

Zwölftes Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – Einführung eines Bürgergeldes (Bürgergeld-Gesetz) in der Fassung vom 16. Dezember 2022 / 20. Dezember 2022 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2022 I Nr. 51

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BPfIV) vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666)

Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist

Verordnung des EDI über die Umsetzung des Risikoausgleichs in der Krankenversicherung (VORA-EDI) vom 14. Oktober 2019 (Stand am 1. April 2023), 832.112.1

Eidesstattliche Erklärung

Ich gebe folgende eidesstattliche Erklärung ab:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen unter der Angabe der Quelle als solche gekennzeichnet habe.

Die Grundsätze für die Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis an der Universität Duisburg-Essen sind beachtet worden.

Ich habe die Arbeit keiner anderen Stelle zu Prüfungszwecken vorgelegt.

Essen, 08.07.2024

Ort, Datum

Theresa Hüer