

# Keine Schnellschüsse beim Risikostrukturausgleich

von Klaus Jacobs<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs** in der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Dauerthema. Vor dem Hintergrund der Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs werden in dem Beitrag zwei aktuelle Reformvorschläge analysiert: der Wegfall des Ausgleichsmerkmals „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ sowie ein verändertes Verfahren zur Auswahl der berücksichtigten Krankheiten. Beide Vorschläge werden als isolierte Reformmaßnahmen verworfen. Der Risikostrukturausgleich kann nur auf der Grundlage einer umfassenden Gesamtevaluation sinnvoll weiterentwickelt werden. Dabei sollte künftig das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt werden.

**Schlüsselwörter:** Risikostrukturausgleich, Krankheitszuschläge, Erwerbsminderungsstatus, Krankheitsauswahl

*Developing the risk adjustment scheme further is a matter of constant debate. Bearing in mind the genesis and the historic development of the morbidity orientation of the risk adjustment scheme, the analysis concentrates on two reform proposals: deleting the feature „receipt of a disability pension“ and changing the criteria for choosing the diseases which trigger a surcharge. Both proposals are discarded, since they only concentrate on isolated parts of the adjustment scheme. A sensible development, however, presupposes the comprehensive evaluation of the complete scheme. The risk adjustment scheme should take the full spectrum of diseases into account.*

**Keywords:** risk adjustment scheme, morbidity-based risk adjusters, disability, selection of morbidity groups

## 1 Aktuelle RSA-Reformdebatte

Die aktuelle Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Krankenkassen gibt es seit 2009. Sie wurde durch das 2007 verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zusammen mit der neuen Finanzkonstruktion der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus Gesundheitsfonds und kassenindividuellen Zusatzbeiträgen eingeführt. Bei der Beitragsgestaltung der GKV gibt es seither schon die dritte Ausgestaltungsform, nachdem 2011 obligatorisch pauschale Zusatzbeiträge mit steuerfinanziertem Sozialausgleich und 2015 prozentuale Zusatzbeiträge bei vermindertem Beitragssatz zum Gesundheitsfonds eingeführt worden waren. Demgegenüber war es um den RSA lange Zeit bemerkenswert ruhig. Vielen Unkenrufen zum Trotz war die Einführung seiner direkten Morbiditätsorientierung durch das Bundesversicherungsamt (BVA) fast geräuschlos umgesetzt worden.

Die mehrjährige Ruhe um den RSA hat sich mittlerweile allerdings gelegt und ist teilweise sogar in hektische Betriebsamkeit umgeschlagen, mit der manche Akteure aus Kassen und Verbänden angesichts vermeintlicher Schiefen bei den Zusatzbeiträgen Korrekturen am RSA fordern. Die Berliner Politik hat darauf bislang nicht reagiert und tut auch weiterhin gut daran, sich nicht zu Schnellschüssen verleiten zu lassen.

Für diese Einschätzung spricht vor allem, dass die Problemdiagnose hinter den Forderungen nach schnellen RSA-Reformen in aller Regel zu kurz springt (Jacobs 2015). So haben insbesondere die unterschiedlich hohen Rücklagen einzelner Kassen und daraus resultierende Unterschiede bei den Zusatzbeiträgen keineswegs unmittelbar mit der angeblich unzureichenden Zielgenauigkeit des RSA zu tun. Sie sind vielmehr Resultat der von 2009 bis 2014 untauglichen Beitragsregelung der GKV. Da die Politik ihrer eigenen Konstruktion misstraute, wurde der Gesundheitsfonds mit unnötig viel Finanzmitteln geflutet. Deshalb musste zwar kaum eine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben, doch wurden zugleich sechs Jahre lang unterschiedlich hohe Rücklagen aufgebaut. Dazu wäre es vom Grundsatz her bei jeder Ausgestaltung des RSA gekommen, der bekanntlich keine tatsächlichen Ausgaben ausgleicht, sondern durchschnittliche Ausgabenrisiken. Folglich gibt es bei jedem RSA immer Kassen, die mit den Zuweisungen besser zurechtkommen als andere, und zwar quer durch alle sogenannten Kassenarten. Dass Krankenkassen mit positiven Deckungsbeiträgen diese sechs Jahre lang ansammeln konnten, ist indes nicht dem RSA anzukreiden.

Es gibt noch einen zweiten Grund, der gegen vorschnelle RSA-Reformen spricht. Was bislang an Reformvorschlägen vorliegt, taugt relativ wenig. Das gilt für die konzeptionellen

<sup>1</sup> Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182  
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Grundlagen der Vorschläge wie für die Abschätzung ihrer Finanzwirkungen. Deshalb wäre die Gefahr von Kollateralschäden größer als die Aussicht auf eine sachadäquate Weiterentwicklung des RSA. In diesem Beitrag sollen zwei aktuelle Reformvorschläge betrachtet werden, die im Auftrag verschiedener Kassen vorgelegt wurden, die als sogenannte RSA-Allianz auftreten. Dabei geht es zum einen um eine veränderte Auswahl der maximal 80 Krankheiten, die im RSA mit Zuschlägen bedacht werden (*IGES et al. 2015*), sowie zum anderen um den Verzicht auf das Ausgleichsmerkmal „Erwerbsminderungsstatus“ im RSA (*IGES und Glaeske 2016*). Zuvor soll jedoch ein kurzer Rückblick auf die Genese des Morbi-RSA geworfen werden, weil die aktuelle Debatte stellenweise eine bemerkenswerte Unkenntnis über die gerade einmal 15 Jahre lange Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte der direkten Morbiditätsorientierung des RSA offenbart. Ein Fazit und ein kurzer Ausblick schließen den Beitrag ab.

## 2 Zur Genese des Morbi-RSA

Zur Geschichte des RSA und seiner direkten Morbiditätsorientierung gibt es viele Quellen von unmittelbaren Zeitzeugen (etwa *Buchner und Göppfarth 2014*; *Knieps und Reiners 2015, 130 ff.*; zum RSA von 1994/95 *Schneider 1994*). Was IGES und Glaeske bewogen haben mag, in ihrem Gutachten zur Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus im RSA ein langes Kapitel zur historischen Entwicklung des RSA auf eine Masterarbeit der Hochschule Magdeburg-Stendal von 2010 zu stützen (*IGES und Glaeske 2016*), ist vor diesem Hintergrund schwer nachvollziehbar. Dies umso weniger, als bei der vorgenommenen chronologischen Darstellung in drei Zeitabschnitten (ab 1994, ab 2001 und ab 2009) nach der Reihenfolge des Inkrafttretens der relevanten Gesetzesregelungen der falsche Eindruck entstehen kann, als seien die zentralen RSA-Reformen seit Anfang des vergangenen Jahrzehnts auch nacheinander konzipiert gewesen.

Dieser Eindruck ist falsch, weil die zwischen 2002 und Ende 2008 eingeführten Regelungen – die Einführung eines als Risikopool bezeichneten partiellen Ausgabenausgleichs von Hochkostenfällen und die Ermittlung gesonderter Beitragsbedarfe für eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen (DMP) – von vornherein als befristete Kurzfristmaßnahmen bis zum Inkrafttreten eines direkt morbiditätsorientierten RSA fungieren sollten.

Zentrale Grundlage der Morbiditätsorientierung des RSA waren zwei Gutachten von Anfang 2001: ein Gutachten von IGES, Cassel und Wasem im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (*IGES et al. 2001*) sowie ein Gutachten von Lauterbach und Wille im Auftrag der Bundesverbände der AOK, IKK und der Ersatzkassen (*Lauterbach und Wille 2001*). Auf

Veranlassung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt verständigten sich beide Gutachtergruppen im Februar 2001 auf folgenden Konsens: mittelfristig die Einführung eines vollständigen Morbi-RSA ab 2007, wie im Gutachten von IGES, Cassel und Wasem vorgeschlagen, sowie kurzfristig als „partiell vorgezogene Morbiditätsorientierung“ die gesonderte Beitragsbedarfsermittlung für Versicherte, die in zugelassene DMP eingeschrieben waren (nach dem Gutachten von Lauterbach und Wille). Daneben befürworteten IGES, Cassel und Wasem als weitere Übergangsmaßnahme die Einführung eines Risikopools, während Lauterbach und Wille für eine sogenannte Wechslerkomponente plädierten (siehe *Deutscher Bundestag 2001*). Die Politik folgte den Vorschlägen der Gutachter im Ende 2001 verabschiedeten RSA-Reformgesetz. Dabei entschied sie sich als zweite Kurzfristmaßnahme – neben der DMP-Anbindung – zwar vom Grundsatz her für den Risikopool, hatte diesem aber „die Zähne gezogen“ (*Göppfarth 2004, 6*), denn anstelle des vorgeschlagenen Schwellenwerts von gut 10.000 Euro wurde dieser auf mehr als 20.000 Euro genauso verdoppelt wie der vorgeschlagene Eigenanteil der Kassen von 20 auf 40 Prozent (siehe auch *Schillo et al. 2016, 142*). Dass ein solcherart ausgestalteter Risikopool bei der Mehrzahl der Kassen keine Beitragsatzrelevanz erreichte (*Otto und Göppfarth 2010, 187*), war von vornherein absehbar.

Dieser Rückblick macht deutlich, dass die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA sehr wohl ein großer Wurf war – und keineswegs eine Abfolge vieler Teilschritte zur immer weiteren Verfeinerung des RSA. Im Grundsatz ist 2009 mit der RSA-Reform vollzogen worden, was bereits etliche Jahre zuvor gutachterlich vorbereitet und vom Gesetzgeber auf den Weg gebracht worden war – lediglich mit zwei Modifikationen: Der Morbi-RSA kam zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds erst 2009 und nicht schon 2007, wie ursprünglich beabsichtigt, und er wurde nicht für das gesamte prospektiv ausgabenrelevante Krankheitsspektrum eingeführt, sondern lediglich für maximal 80 Krankheiten, wodurch – so die Begründung im Gesetz – „eine gleitende Einführung der direkten Morbiditätsorientierung sichergestellt werden (soll), um die Kalkulationssicherheit und Planbarkeit für die Krankenkassen zu erhöhen“ (*Deutscher Bundestag 2006, 204*).

Ansonsten aber wurde dem Reform-Fahrplan von 2001 gefolgt, und dabei gab es einen ganz wesentlichen Meilenstein, der im aktuellen Gutachten von IGES und Glaeske bemerkenswerterweise vollständig ignoriert wird: das Gutachten von IGES, Lauterbach und Wasem zu den Klassifikationsmodellen für Versicherte im Morbi-RSA (*IGES et al. 2004*; siehe auch *Wasem et al. 2005* sowie *Schröder et al. 2007*). Dass der Gesetzgeber 2001 entschied, den RSA nicht sofort, sondern erst mittelfristig morbiditätsorientiert auszugestalten – weshalb kurzfristig wirksame Übergangsregelungen erfor-

derlich wurden – hatte den triftigen Grund, dass für die Einführung des Morbi-RSA noch umfangreiche Vorbereitungen getroffen werden mussten. Sie wurden jedoch bereits mit dem 2001 verabschiedeten RSA-Gesetz in die Wege geleitet, und zwar nicht zuletzt in Gestalt des gerade genannten Gutachtens zur umfassenden Bestandsaufnahme geeigneter Versicherten-Klassifikationsmodelle einschließlich der empirischen Überprüfung ihrer Auswirkungen. Daneben enthielt das Gutachten aber auch eine Reihe von Analysen zu weiteren Gestaltungselementen des Morbi-RSA, unter anderem auch zu den Fragen,

- ob nach Einführung des Morbi-RSA weiterhin am Ausgleichsmerkmal „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ festgehalten,
- wie mit DMP-Versicherten – auf der Grundlage von vier alternativen Modellvarianten – umgegangen und
- ob ein flankierender Hochrisikopool eingerichtet werden sollte.

Wie vor diesem Hintergrund behauptet werden kann, dass mit dem Start des Morbi-RSA keine Bewertung des Schätzers „Erwerbsminderungsstatus“ erfolgt sei (*IGES und Glaeske 2016, 52*) und deshalb „erstmalig eine umfassende Diskussion und Analyse des Erwerbsminderungsstatus im Morbi-RSA erfolgen (soll)“ (*ebenda, 28*), ist nicht nachvollziehbar. Künftigen RSA-Gutachtern sei dringend empfohlen, sich mit der Geschichte des RSA und der einschlägigen Literatur hinreichend vertraut zu machen. Angesichts der gewachsenen Bedeutung der Thematik in der internationalen Gesundheitsökonomie muss die Lektüre dabei keineswegs auf das deutsche Schrifttum beschränkt bleiben.

### 3 Ausgleichsmerkmal „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“

Seit Einbeziehung der Krankenversicherung der Rentner in den RSA, also seit 1995, wurde für die damals Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner (BU/EU-Rentner) genannten Invaliditätsrentner ein gesonderter Beitragsbedarf ermittelt. Der zentrale empirische Befund dazu stammte aus einem GKV-Transparenzprojekt in Baden-Württemberg in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre. Danach überstiegen die durchschnittlichen Leistungsausgaben von BU/EU-Rentnern diejenigen gleichaltriger Versicherter ohne BU/EU-Rente teilweise um ein Mehrfaches, und zwar besonders ausgeprägt im mittleren Lebensalter. Dieser Befund wurde in die damalige Diskussion um die Einführung von freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich eingebracht (*Jacobs und Schröder 1989*). Obwohl es in dieser Zeit zahlreiche Untersuchungen zur Risikostruktur bestimmter Versichertengruppen (unter anderem Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger) gab, waren die BU/EU-Rentner die einzige Versichertengruppe, für die im

RSA ab 1994/95 gesonderte Beitragsbedarfe ermittelt wurden. Dafür war – neben der eindeutigen Empirie zum Ausgabengeschehen, die auch mit Befunden zur hohen (Früh-)Sterblichkeit dieser Personen korrespondierte (*Schröder und Reschke 2006, 324*) – vor allem ausschlaggebend, dass für den Bezug einer BU/EU-Rente eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung Voraussetzung war und dass deren Feststellung „von dritter Seite“ (nämlich von der Rentenversicherung) erfolgte. Damit handelte es sich eindeutig um ein Merkmal, das inzwischen als manipulationsresistent bezeichnet wird.

Dies gilt heute unverändert wie damals – außer dass die früheren BU/EU-Renten seit 2001 durch Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Erwerbsminderung; EM) abgelöst worden sind. Dies mit einer „Erweiterung“ gleichzusetzen (*IGES und Glaeske 2016, 28*) verkennt die rentenrechtliche Realität allerdings diametral, denn mit dem damals unter anderem erfolgten Wegfall der Berufsunfähigkeitsrenten haben sich die Voraussetzungen für den Bezug einer Invaliditätsrente gegenüber früher eher verschärft.

Der Morbi-RSA ist ein Zuschlagsmodell, in dem nicht mehr – wie beim früheren Zellenansatz – jeder Versicherter eindeutig einer bestimmten Zelle mit einem Euro-Betrag zugeordnet ist, sondern zusätzlich zu einem Sockelbetrag additiv Zuschläge erhalten kann. Mit Hilfe eines Regressionsmodells wird statistisch ermittelt, in welchem Umfang bestimmte Risikomerkmale (als unabhängige Variable) zur Schätzung der Leistungsausgaben beitragen. Dabei gibt es a priori keine besseren (weil „direkten“) oder schlechteren (weil „indirekten“) Merkmale, wie der von IGES und Glaeske gewählte Begriff „Surrogatparameter“ für das Merkmal EM-Status nahelegen könnte (oder soll?) – was allein zählt, ist die statistische Erklärungskraft eines Merkmals in Bezug auf die Leistungsausgaben der Versicherten im Folgejahr.

IGES und Glaeske empfehlen, auf das Merkmal EM-Status im RSA künftig zu verzichten. Die überwältigende Mehrheit der EM-Versicherten erhalte mindestens einen Krankheitszuschlag, „die bedarfsgerechte Zuweisung finanzieller Mittel für diese Versicherten wäre also bei Herausnahme der EMGs gesichert“ (*IGES und Glaeske 2016, 52*). Dieser Argumentation haben sich auch der Verband der Ersatzkassen und der BKK-Dachverband in einer gemeinsamen Pressemitteilung angeschlossen, in der es heißt, „das IGES-Gutachten belege eindeutig, dass es einer Berücksichtigung von gesonderten Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner nicht mehr bedarf, da der Finanzbedarf von EM-Rentnern heute bereits im Morbi-RSA abgebildet wird“ (*BKK und vdek 2016*).

Das Problem ist nur, dass die Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit der Zuweisungen für Versicherte mit EM-Status in dem Gutachten gar nicht untersucht wird. Das Gutachten

zeigt lediglich, dass Versicherte mit EM-Status fast immer auch einen Krankheitszuschlag erhalten. Das ist aber noch keine besonders relevante Information, auf die man im Übrigen auch schon durch einen Abgleich der Statistik der Rentenversicherung zu den Diagnose(gruppe)n der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der Krankheitsliste des RSA gekommen wäre.

Ob die „normalen“ Krankheitszuschläge für EM-Rentner ausreichend sind oder nicht, hätte eine andere Analyse erfordert. Insbesondere geben die von IGES und Glaeske betrachteten Gütemaße ( $R^2$ , CPM, MAPE) keine Auskunft auf die Frage, ob der Verzicht auf das Ausgleichsmerkmal EM-Status Anreize zur Risikoselektion gegen diese Versicherten setzt. Wie etwa im Evaluationsbericht zum Morbi-RSA 2009 des wissenschaftlichen Beirats beim BVA nachzulesen ist, müssen zur Beantwortung dieser Frage Deckungsquoten auf Gruppenebene betrachtet werden: „Wenn es für die Krankenkassen leicht identifizierbare Gruppen gibt, die systematisch negative Deckungsbeiträge aufweisen, so bestünde die Gefahr, dass Krankenkassen dies bei etwaigen Selektionsstrategien berücksichtigen könnten“ (Drösler et al. 2011, 38). „Grundsätzlich sollten Deckungsquoten auf Gruppenebene für Merkmale gewählt werden, die bei der Krankenkasse verfügbar und leicht zur Identifizierung relevanter Gruppen eingesetzt werden könnten“ (ebenda, 39).

Im Gutachten von IGES, Lauterbach und Wasem von 2004 ist eine solche Analyse für die Versicherten mit EM-Status erfolgt. Ergebnis: „Die Gutachter sehen es als sachgerecht an, den Bezug einer Erwerbsminderungsrente weiterhin als Ausgleichsmerkmal im RSA zu berücksichtigen. Die empirischen Untersuchungen haben gezeigt, dass dieses Merkmal auch unter Berücksichtigung von direkten Morbiditätsindikatoren weiterhin zur Erklärung systematischer Ausgabenunterschiede beiträgt“ (IGES et al. 2004, 14). Konkret wurde für die EM-Versicherten bei einem Morbi-RSA ohne EM-Zuschläge eine Deckungsquote (Predictive Ratio) von 76 Prozent ermittelt, während sie bei einem Morbi-RSA mit EM-Zuschlägen 100 Prozent betrug (ebenda, 252 f.). Dabei ist zu beachten, dass die Gutachter ihre damalige Analyse auf der Grundlage eines anderen Klassifikationsmodells durchgeführt hatten, denn anstelle des von ihnen für den Morbi-RSA empfohlenen (und bei der Analyse verwendeten) Modells RxGroups+IPHCC (ohne ambulante Diagnosen) entschied sich das BVA aufgrund der 2007 beschlossenen Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten für das von den Gutachtern lediglich als „second best“ bewertete HCC-Modell (Göpfarth 2009, 110 ff.). Überdies basierte die Analyse auf einem Morbi-RSA für das gesamte Krankheitsspektrum. Die Gutachter vermuteten, dass das Ausgleichsmerkmal „auf weitere Morbiditätsmerkmale verweist, die vom Klassifikationsmodell nicht berücksichtigt werden“ (IGES et al. 2004, 255), und empfahlen, das Merkmal im RSA zu belassen, weil auch

„noch nach Anwendung eines morbiditätsorientierten Klassifikationsmodells (...) der Erwerbsminderungsrentner-Status ein zwar abgemildertes Selektionsmerkmal (wäre), das den Kassen zur Verfügung stünde“ (ebenda, 253).

Sofern die damaligen Analyseergebnisse vom Grundsatz her auch heute noch zutreffen, wäre es zur Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion somit geradezu zwingend, daran festzuhalten, was in der BKK-vdek-Pressemitteilung als „ungerechtfertigte Mehrfachzuweisung“ bezeichnet wird, nämlich dass „für einen EMG-Rentner zum Beispiel mit der Diagnose Depression (...) eine Kasse heute mehr Zuweisungen (erhalte) als ein normaler Versicherter mit haargenau der gleichen Diagnose“ (BKK und vdek 2016). Abgesehen davon, dass die Kassen auch aufgrund des „Surrogatparameters“ Alter unterschiedlich hohe Zuweisungen für Versicherte mit der gleichen Diagnose erhalten, sind die Ausgaben für Versicherte, deren Erkrankung derart schwerwiegend ist, dass sie auf längere Dauer oder überhaupt nicht mehr erwerbstätig sein können, mutmaßlich systematisch höher als bei Versicherten, bei denen dies nicht der Fall ist. Bei einem Morbi-RSA mit Zellenmodell wären die Ausgaben in den Zellen für EM-Versicherte mit Depression (oder einer anderen für das EM-Geschehen relevanten Erkrankung) – bei jeweils gleichem Alter und Geschlecht – entsprechend höher als in den Zellen für die übrigen Versicherten. Im heutigen Morbi-RSA wird dies über einen entsprechenden EM-Zuschlag berücksichtigt – das bleibt sachgerecht bis zum empirisch geführten Gegenbeweis, den das Gutachten von IGES und Glaeske nicht einmal ansatzweise erbracht hat.

## 4 Krankheitsauswahl im Morbi-RSA

Ein zweites von der sogenannten RSA-Allianz initiiertes Gutachten zum RSA befasst sich mit dem Verfahren zur Auswahl der maximal 80 im RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten. Es empfiehlt ein modifiziertes Auswahlverfahren, bei dem die Häufigkeit (Prävalenz) der Krankheiten weniger stark gewichtet wird, was im Ergebnis dazu führt, dass weniger Krankheiten mit hoher Verbreitung, aber im Einzelfall geringeren Ausgaben im RSA mit Zuschlägen bedacht werden.

Die Frage der Krankheitsauswahl im Morbi-RSA hatte bereits vor dessen Einführung eine Kontroverse ausgelöst. In dem Ende 2007 vom ersten wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA vorgelegten Gutachten (Busse et al. 2007) war insbesondere dessen Empfehlung zur Prävalenzgewichtung der Krankheiten auf Kritik gestoßen. Der Beirat hatte sich gegen eine lineare Prävalenzgewichtung (Fallzahl mal Kosten) ausgesprochen, weil kostenintensive Krankheiten mit geringer Verbreitung in diesem Fall unbe-

rücksichtigt geblieben wären, und schlug „zur Abschwächung des Einflusses der Krankheitshäufigkeit“ vor, „die ermittelten diagnosebezogenen Kosten nicht linear, sondern logarithmisch mit der Prävalenz“ zu gewichten (*ebenda*, 25).

Das für die Krankheitsauswahl zuständige BVA folgte dieser Empfehlung jedoch nicht, sondern entschied sich für eine höhere Gewichtung der Prävalenz in Gestalt der Wurzelfunktion. Das war bereits ein Kompromiss, weil es einen Mittelweg zwischen den vom Beirat genannten Alternativen der linearen beziehungsweise logarithmischen Prävalenzgewichtung darstellt. Zur Begründung wurde insbesondere auf eine Vielzahl von Stellungnahmen verwiesen, denen zufolge der Vorschlag des Beirats nicht der Zielsetzung des Gesetzgebers entspreche, Krankheiten auszuwählen, die „für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben“ (*Deutscher Bundestag 2006, 204*), und auch das Ziel der Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion für eine stärkere Berücksichtigung der Prävalenz spreche (*BVA 2008, 27*).

Im Kontext der Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2016 hat das BVA seine damalige – „und vom zweiten wissenschaftlichen Beirat in allen weiteren Festlegungen mitgetragene“ (*BVA 2015, 10*) – Entscheidung zur Verwendung der Wurzelfunktion zur Prävalenzgewichtung bei der Krankheitsauswahl noch einmal überprüft und umfangreiche Auswertungen zu unterschiedlichen Prävalenzgewichtungen durchgeführt. Als Ergebnis wird festgestellt, dass „eine Rückkehr zur logarithmischen Gewichtungsfunktion (...) auf Basis dieser Kennzahlen nicht mehr zur Diskussion stehen (sollte)“ (*ebenda*, 14) und dass der wissenschaftliche Beirat empfehle, „an der Quadratwurzel der Prävalenz als Funktion zur Gewichtung der Kostenintensität der Krankheiten festzuhalten“ (*ebenda*, 15).

Dieser Vorschlag der logarithmischen Gewichtung bei der Krankheitsauswahl, der laut BVA „nicht mehr zur Diskussion stehen sollte“, ist nunmehr von IGES, Glaeske und Greiner wieder unterbreitet worden. Was das für das Ausgleichsjahr 2015 konkret bedeutet hätte, zeigt Tabelle 1 in Bezug auf die weggefallenen Krankheiten. Im Ergebnis hätte sich das Gesamtvolumen der über Krankheitszuschläge erfolgten Zuweisungen massiv reduziert. Für diesen Vorschlag werden vor allem zwei Gründe angeführt. Zum einen seien dann weniger Erkrankungen vertreten, die vor allem über ambulante Diagnosen abgebildet werden; dadurch sinke die Manipulationsanfälligkeit des Ausgleichs. Zum anderen würden Unter- und Überdeckungen einzelner Kassenarten angeglichen, wodurch die Chancengleichheit im Wettbewerb steige (*IGES et al. 2015, 9*). Zur Vermeidung von Kodier-Manipulationen verfügt das BVA über probate Prüf- und Sanktionsmöglichkeiten (siehe dazu auch *Drösler et al. 2011, 172 ff.*) – ausgerechnet die Krankheitsauswahl hierfür zu instrumentalisieren, er-

scheint recht weit hergeholt. Völlig in die Irre führt die Orientierung an Deckungsquoten auf Kassenartenebene. Nicht „Kassenarten“ stehen miteinander im Wettbewerb, sondern einzelne Kassen, und zwar vielfach auch aus derselben „Kassenart“. Zudem kann sich die Deckungsquote einer „Kassenart“ auch verbessern, wenn sich Über- und Unterdeckungen bei den Einzelkassen vergrößern. Was hätte aber etwa die DAK davon, wenn Überdeckungen bei der TK aufgrund einer veränderten Krankheitsauswahl zunehmen und sich die aggregierte Deckungsquote aller Ersatzkassen per Saldo verbesserte, sie selbst aber womöglich wachsende Unterdeckungen aufwiese? Für welche Versichertengruppen die Ermittlung von Deckungsquoten Sinn macht, zeigt der Evaluationsbericht zum Morbi-RSA 2009 (*Drösler et al. 2011, 48 ff.*) – „Kassenarten“ zählen nicht dazu, denn sie taugen nicht als „Surrogat“ – nicht einmal als ein schlechtes – zur Analyse der Wettbewerbswirkungen alternativer RSA-Modelle.

Die stets mit Kontroversen verbundene Aufgabe der Krankheitsauswahl gibt es nur aufgrund der einem politischen Kompromiss geschuldeten Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten im RSA auf 50 bis 80 – „aus fachlicher Sicht (...) ein unsinniges Vorhaben“ (*Knieps und Reiners 2015, 146*). Diese Einschätzung wird auch von der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geteilt, die in ihren Stellungnahmen zur Krankheitsauswahl wiederholt darauf hingewiesen haben, dass „die festgelegte Obergrenze von 80 Krankheiten keine medizinisch sachgerechte Begrenzung darstellt“ (*KBV und BÄK 2014, 4*). Da der Gesetzgeber – wie gesehen – die Begrenzung mit der Absicht einer gleitenden Einführung des Morbi-RSA begründet hat, wäre es nunmehr an der Zeit, die Gleitphase für beendet zu erklären und das gesamte prospektiv ausgabenrelevante Krankheitsspektrum im RSA zu berücksichtigen, zumal damit – bei einem für das gesamte Krankheitsspektrum ausgearbeiteten Klassifikationsmodell – ein beträchtliches Potenzial zur weiteren Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA verbunden wäre, wie die Analyse des BVA erkennen lässt (*BVA 2015, 14 f.*). IGES, Glaeske und Greiner verwerfen diese Reformalternative vor allem wegen ihrer vermeintlich mangelnden Praktikabilität und Verwaltungseffizienz (*IGES et al. 2015, 64 f.*). Das erscheint zumindest vorschnell und lässt unberücksichtigt, dass sich zum einen für einen Teil der neu hinzukommenden Krankheiten im prospektiven Modellansatz, zum Beispiel aufgrund eines vorwiegend akuten Krankheitsverlaufs, keine relevanten Folgekosten ergeben dürften und deshalb für diese Erkrankungen eine schlanke Umsetzung im Klassifikationsmodell über einfache Klassifikationsregeln ausreichend und sachgerecht wäre und dass zum anderen der aktuell mit der Krankheitsauswahl verbundene Verwaltungsaufwand entfiel und erforderlicher Mehraufwand somit kompensiert würde.

TABELLE 1

## Entfallene Krankheiten im Morbi-RSA 2015 bei logarithmischer Prävalenzgewichtung

Nummer	Krankheitsbezeichnung	N GKV 2012	Mittlere Folgekosten 2012
32	Bösartige Neubildungen der Genitalorgane	762.776	584 Euro
43	Neubildungen unsicheren oder bekannten Verhaltens unterschiedlicher Organe	895.683	552 Euro
81	Depression	6.379.485	541 Euro
82	Angst- und Zwangsspektrumsstörungen	2.446.417	319 Euro
101	Sekundärer Parkinsonismus unter anderem extrapyramidale Bewegungsstörungen	698.873	532 Euro
109	Schlaganfall und Komplikationen	1.338.093	415 Euro
151	Erkrankungen der Herzklappen	1.925.504	375 Euro
152	Hypertonie	18.633.271	302 Euro
153	Ischämische Herzkrankheit	4.796.280	537 Euro
162	Herzinsuffizienz	2.982.090	608 Euro
235	Psoriasis und Parapsoriasis	1.135.877	481 Euro
250	Osteoarthritis der großen Gelenke	5.410.224	233 Euro
262	Spinalkanalstenose	1.051.729	600 Euro
267	Osteoporose und Folgeerkrankungen	2.520.807	366 Euro
<b>Gesamt/gew. Mittelwert</b>		<b>50.986.199</b>	<b>396 Euro</b>

Nach dem Vorschlag von IGES et al. (2015) zur Krankheitsauswahl würden 2015 mehr als 50 Millionen Patienten mit krankheitsbedingten Folgekosten von durchschnittlich 396 Euro nicht mehr im RSA berücksichtigt. Zusätzliche Morbiditätszuweisungen durch die neu aufgenommenen Krankheiten würden lediglich 500.000 Patienten mit krankheitsbedingten Folgekosten von durchschnittlich 1.270 Euro erhalten.

Quelle: Eigene Berechnung nach BVA (2014, 2015); Grafik: G+G Wissenschaft 2016

## 5 Fazit und Ausblick

Die beiden betrachteten Gutachten der sogenannten RSA-Allianz sind als Auftakt einer Begleitforschung angekündigt, bei der Ergebnisse zum Morbi-RSA in regelmäßigen Abständen publiziert werden sollen (IGES et al. 2015, 6). Bereits nach den ersten beiden Gutachten zeigt sich, dass dieses Unterfangen zum Scheitern verurteilt ist. Dieses Urteil gründet sich keineswegs allein auf die vielen Schwächen der beiden Gutachten, von denen hier einige aufgezeigt wurden. Vor allem zeigt sich, dass es grundsätzlich unmöglich ist, einzelne Komponenten des RSA isoliert analytisch und empirisch zu untersuchen und zu bewerten, weil dabei eine Fülle wesentlicher Interdependenzen unbeachtet bleibt. Dafür nur drei Beispiele aus den beiden Gutachten:

- Im Prävalenzgutachten wird das Modell „vollständiges Krankheitsspektrum“ unter anderem verworfen, weil wesentliche Ausgabeneffekte der bislang nicht explizit berücksichtigten Erkrankungen auch durch Alter, Geschlecht und EM-Status erfasst würden (IGES et al. 2015, 64) – auf

letzteres Merkmal soll dem EM-Gutachten zufolge jedoch gerade verzichtet werden.

- Dieser Verzicht auf den EM-Status wird unter anderem damit begründet, dass dadurch „eine stärkere Morbiditätsorientierung des Ausgleichs umgesetzt und damit dem ursprünglichen Ansatz des Morbi-RSA entsprochen (würde)“ (IGES und Glaeske 2016, 52); abgesehen von der Fragwürdigkeit dieser Aussage, würde der Vorschlag zur Krankheitsauswahl dazu führen, dass sich der Anteil der über Krankheitszuschläge erfolgenden Zuweisungen gegenüber den Zuweisungen nach Alter und Geschlecht spürbar verminderte, also das Gegenteil einer stärkeren Morbiditätsorientierung erreicht würde.
- Zugunsten des vorgeschlagenen Verzichts auf das Ausgleichsmerkmal EM-Status wird angeführt, dass praktisch jeder EM-Versicherte schon einen Krankheitszuschlag erhält. Nach dem Reformvorschlag zur Krankheitsauswahl wäre das aber womöglich gar nicht mehr der Fall; nach Analysen des BVA würde es bei einer logarithmischen Prävalenzgewichtung zum Beispiel keine Krankheitszu-

schläge mehr für Depression, Schlaganfall und Komplikationen, Ischämische Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz geben (BVA 2015, 12), also für Krankheiten, die beim EM-Geschehen von Bedeutung sind (vergleiche Tabelle 1).

Für die Notwendigkeit der interdependenten Analyse der gesamten RSA-Konstruktion gibt es auch ein Beispiel aus der RSA-Geschichte. In ihrer Untersuchung von 2004 waren IGES, Lauterbach und Wasem zu dem Schluss gekommen, dass bei einem vollständigen Morbi-RSA auf einen flankierenden Hochrisikopool verzichtet werden könne, wie er noch im Gutachten von IGES, Cassel und Wasem von 2001 als modifizierte Fortführung des 2002 eingeführten Risikopools vorgesehen war. Daraufhin schaffte der Gesetzgeber den Risikopool ab, obwohl es gar nicht zur Einführung eines vollständigen Morbi-RSA kam, sondern die Anzahl der mit Zuschlägen bedachten Krankheiten auf maximal 80 begrenzt wurde. Bei einem derart reduzierten Morbi-RSA wäre die Empfehlung der Gutachter von 2004 möglicherweise anders ausgefallen.

Auch der Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirats zum Morbi-RSA 2009 verweist auf starke Interdependenzen einzelner RSA-Parameter – hier konkret in Bezug auf unterschiedliche Varianten von Anzahl und Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten sowie den Stellenwert des EM-Status. So schwankt der Anteil der Zuweisungen über EM-Zuschläge bei verschiedenen untersuchten Krankheitsmodellen zwischen 1,8 und 4,2 Prozent (Drösler et al. 2011, 105, 118, 125).

Es gibt keine Alternative zur einer neuerlichen Gesamtevaluation des RSA durch den wissenschaftlichen Beirat. Dass so etwas nicht ohnehin regelhaft mindestens alle drei Jahre erfolgt, ist angesichts der Bedeutung des RSA schlicht nicht nachvollziehbar. Dabei steht es grundsätzlich jedem frei, Anregungen für die Untersuchung zu geben. Eine Analyse durch den wissenschaftlichen Beirat ist auch wegen der notwendigen repräsentativen Datenbasis alternativlos. Allein das BVA verfügt über alle erforderlichen Daten der gesamten GKV. Ob dagegen zum Beispiel die Datengrundlage der sogenannten RSA-Allianz auch nach Adjustierung hinreichend repräsentativ ist, lässt sich von außen kaum einschätzen. Hinweise in den Gutachten lassen zumindest erkennen, dass die Versichertenstruktur der beteiligten Kassen gegenüber der GKV insgesamt gesünder ist sowie weniger Hochkostenfälle und EM-Versicherte aufweist, was gerade im Hinblick auf die untersuchten Fragen Probleme aufwerfen könnte.

Natürlich ist es verständlich, wenn Kassen mit unterdurchschnittlich vielen kranken Versicherten ein Interesse daran haben, dass der Anteil der Morbiditätszuschläge an der Gesamtheit der Zuweisungen eher klein ausfällt und Kassen mit relativ wenig EM-Versicherten sehr gut ohne dieses Merkmal

im RSA auskommen können. Dass Gutachter solche Partikularinteressen in ein vermeintliches Gesamtinteresse zu transformieren helfen, muss gleichfalls akzeptiert werden. Wer dabei erkennbar wissenschaftliche Mindeststandards reißt, schadet sich und seinen Auftraggebern am Ende selbst. Etwas bedenklich muss es dagegen stimmen, wenn sich Verbände allzu leichtfertig vor jeden Karren spannen lassen. Wer nach dem heutigen Kenntnisstand die Erwerbsminderungszuschläge im RSA abschaffen will, sollte sich darüber im Klaren sein, dass damit die Tür für Risikoselektion gegen rund 1,7 Millionen Versicherte geöffnet würde. Das sollte nicht die Zukunft der sozialen Krankenversicherung sein.

## Literatur

- BKK, vdek (BKK Dachverband, Verband der Ersatzkassen) (2016):** Gemeinsame Pressemitteilung: Verband der Ersatzkassen e. V. und BKK Dachverband e. V. unterstützen Forderung nach Reform des Morbi-RSA: Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen. Erster Schritt: Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner!, Berlin, 3. März 2016; [www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2016/03-03-2016.html](http://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2016/03-03-2016.html)
- Buchner F, Göppfarth D (2014):** Der 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. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 75–117
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2008):** Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt. Dokumentation des Festlegungsprozesses, 13. Mai 2008; [www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c4336](http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c4336)
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2014):** Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV. Anhang 3, 14. März 2014; [www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html)
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2015):** Anlage 1: Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016, 30. Januar 2015; [www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c4336](http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c4336)
- Busse R, Drösler S, Glaeske G et al. (2007):** Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Dezember 2007; [www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html)
- Deutscher Bundestag (2001):** Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 14/5681 vom 28. März 2001. Berlin

**Deutscher Bundestag (2006):** Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Drucksache 16/3100 vom 14. Oktober 2006. Berlin

**Dröslers S, Hasford J, Kurth B-M et al. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich; [www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html)

**Göpffarth D (2004):** Die Reform des Risikostrukturausgleichs – Eine Zwischenbilanz. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII, Diskussionspapier; [www.dbwm.tu-berlin.de/fileadmin/f8/wiwidok/diskussionspapiere\\_wiwidok/dp18-2004.pdf](http://www.dbwm.tu-berlin.de/fileadmin/f8/wiwidok/diskussionspapiere_wiwidok/dp18-2004.pdf)

**Göpffarth D (2009):** Auswahl und Anpassung eines Versichertenklassifikationsmodells für den Risikostrukturausgleich. In: Göpffarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. St. Augustin: Asgard Verlag, 101–131

**IGES, Cassel D, Wasem J (2001):** Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; [iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6630/e6632/e9590/e9592/attr\\_objs12667/RSA-Gutachten2001\\_ger.pdf](http://iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6630/e6632/e9590/e9592/attr_objs12667/RSA-Gutachten2001_ger.pdf)

**IGES, Glaeske G (2016):** Begleitforschung zum Morbi-RSA – Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren? Abschlussbericht für den BKK-Landesverband Bayern. Berlin, Februar 2016; [iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2016/morbi-rsa-ii/index\\_ger.html](http://iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2016/morbi-rsa-ii/index_ger.html)

**IGES, Glaeske G, Greiner W (2015):** Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1). Kriterien, Wirkungen, Alternativen. Gutachten für den BKK-Landesverband Bayern. Berlin, Dezember 2015; [iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2016/morbi-rsa/index\\_ger.html](http://iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2016/morbi-rsa/index_ger.html)

**IGES, Lauterbach KW, Wasem J (2004):** Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung; [iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6488/e9854/e9856/attr\\_objs9861/EndberichtRSA-Gutachten\\_ger.pdf](http://iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6488/e9854/e9856/attr_objs9861/EndberichtRSA-Gutachten_ger.pdf)

**Jacobs K (2015):** Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 15, Heft 4, 23–30

**Jacobs K, Schröder WF (1989):** Die Krankenversicherung der Rentner im Kontext der GKV-Organisationsreform. Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 43, Heft 7, 182–189

**KBV, BÄK (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer) (2014):** Anhörung zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2015. Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer, 20. Januar 2014; [www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html) > Stellungnahmen zur Anhörung vom 6. Dezember 2013

**Knieps F, Reiners H (2015):** Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Verlag Hans Huber

**Lauterbach KW, Wille E (2001):** Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Gutachten im Auftrag von VdAK/AEV, AOK-Bundesverband und IKK-Bundesverband; [www.hpm.org/kai/igmg/endgutachten\\_rsa.pdf](http://www.hpm.org/kai/igmg/endgutachten_rsa.pdf)

**Otto F, Göpffarth D (2010):** RSA-Jahresausgleich 2007 – Daten und Fakten. In: Göpffarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010: Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: medhochzwei Verlag, 169–209

**Schillo S, Lux G, Wasem J, Buchner F (2016):** High Cost Pool or High Cost Groups—How to Handle High(est) Cost Cases in a Risk Adjustment Mechanism? Health Policy, Jg. 20, Heft 2, 141–147

**Schneider W (1994):** Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Erich Schmidt Verlag

**Schröder WF, Reschke P (2006):** Die empirischen Grundlagen zur Einführung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Göpffarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. St. Augustin: Asgard Verlag, 317–329

**Schröder WF, Sehlen S, Schiffforst G (2007):** Komponenten der Morbiditätsorientierung im RSA – Nachlese zum Gutachten 2004. In: Göpffarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard Verlag, 115–138

**Wasem J, Lauterbach KW, Schröder WF (2005):** Klassifikationsmodelle für Versicherte im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 5, Heft 2, 7–15

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 28. März 2016)

## DER AUTOR



**Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,**

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.