

Optionen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Vollständiger Ausgleich der Leistungsausgaben im Sterbejahr?

von Maximilian Gaßner¹ und Rüdiger Wittmann²

ABSTRACT

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland gleicht unterschiedliche Risikolagen (hauptsächlich Alter, Geschlecht und Morbidität) in der Versichertenstruktur aus, um vergleichbare Wettbewerbsbedingungen zwischen den Körperschaften herzustellen. Weil das Versterben einzelner Versicherter keines der RSA-relevanten Ausgleichsmerkmale darstellt, wird die Tatsache, dass die Leistungsausgaben der Versicherten insbesondere am Lebensende besonders hoch ausfallen, im Verfahren nicht explizit berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund befürchten einzelne Krankenkassen mit hohen Sterberaten systematische Wettbewerbsnachteile. Um diese Nachteile auszugleichen, fordern sie die Einführung eines vollständigen Ausgleichs der Leistungsausgaben, die von versterbenden Versicherten im Jahr ihres Ablebens verursacht werden. Wie jedoch Berechnungen des Bundesversicherungsamtes zeigen, lässt sich die Hypothese eines Wettbewerbsnachteils im Zusammenhang mit der Sterbequote empirisch nicht untermauern. Die Einführung eines „Sterbekostenausgleichs“ wäre weder sachgerecht, noch würde sie nennenswerte Umverteilungswirkungen mit sich bringen.

Schlüsselwörter: morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Sterberaten, Bundesversicherungsamt, Gesundheitsfonds, Unterdeckung

The risk adjustment scheme of the German statutory health insurance seeks to overcome the different risk situations between sickness funds (mainly by adjusting for the parameters age, sex and morbidity) to establish equal conditions for competition. However, the death of an insured does not constitute a relevant parameter in the risk adjustment formula, although the costs incurred for insured rise towards the end of their lives, i.e. strongly correlate with the event of death. Given this situation some sickness funds with high death rates anticipate systematic competitive disadvantages. To counteract these disadvantages those sickness funds demand full compensation of the costs incurred for deceased for the year of their demise. However, calculations by the Federal Social Insurance Office (BVA) substantiate empirically that there are no competitive disadvantages between sickness funds due to varying death rates. The introduction of a full “cost-of-deceased compensation” would neither be appropriate nor bring about substantial reallocation of financial resources.

Keywords: risk adjustment scheme, death rate, Federal Social Insurance Office, German Health Fund, underfunding

1 Einleitung

Während die Finanzausstattung des Gesundheitsfonds – und damit die Höhe der Zuweisungen, die der Fonds innerhalb eines Jahres an die gesetzlichen Krankenkassen leistet – eine

vorgegebene Größe darstellt, hängt die Verteilung der Mittel, das heißt die Höhe der Zuweisungen, die die einzelnen Kassen zur Deckung ihrer Leistungsausgaben erhalten, insbesondere von der Anzahl der Versicherten ab beziehungsweise von der Risikostruktur, die diese Versicherten aufwei-

¹Dr. jur. Maximilian Gaßner, Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn
Telefon: 0228 619-1808 · E-Mail: praesident@bva.de

²Dipl. Ges.-Ök. Rüdiger Wittmann, Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn
Telefon: 0228 619-1664 · E-Mail: ruediger.wittmann@bva.de

sen. Zur Ermittlung der kassenindividuellen Risikostruktur werden im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) bestimmte Merkmale der Versicherten, etwa deren Alter, deren Geschlecht oder auch das Vorliegen bestimmter Erkrankungen herangezogen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat hierbei die Aufgabe, den Algorithmus zur Klassifikation der genannten Risikomerkmale sowie das Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen festzulegen. Darüber hinaus wickelt das BVA selbst auch die Zuweisungen der Finanzmittel an die Krankenkassen ab.

Angesichts der Bedeutung, die das RSA-Verfahren für die Finanzierung der Krankenkassen hat, verwundert es nicht, dass das BVA regelmäßig zum Adressaten verschiedenster Reformvorschläge wird, die von unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitswesen an das Amt herangetragen werden. Vor diesem Hintergrund ist auch die folgende Auseinandersetzung mit der Thematik eines vollständigen Ausgleichs der Leistungsausgaben im Sterbejahr aus dem Gesundheitsfonds zu verstehen:

Von verschiedenen Krankenkassen – und hier insbesondere von einer relativ großen Körperschaft mit mehreren Millionen Mitgliedern – wird die aus ihrer Sicht erhebliche Unterdeckung in der besonders ausgabenintensiven Personengruppe der versterbenden Versicherten thematisiert. Es wird bei dieser Diskussion betont, dass die Unterdeckungen selbst dann nicht über den Risikostrukturausgleich kompensiert werden könnten, wenn der sogenannte „Methodenfehler“ (*LSG NRW 2013*) bei der Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener beseitigt werden würde. Krankenkassen mit ungünstiger Alters- und Morbiditätsstruktur und einer damit verbundenen erhöhten Sterberate hätten somit systematische Wettbewerbsnachteile.

Aus diesem Grund wird von einigen Krankenkassen ein Modell favorisiert, in dem die Leistungsausgaben, die im Jahr des Versterbens eines Versicherten bis zu dessen Tod angefallen sind, vollständig aus dem Gesundheitsfonds erstattet werden.

Im Folgenden soll zunächst untersucht werden, ob die beschriebene Problemlage tatsächlich existiert. Darüber hinaus soll das von den Krankenkassen vorgeschlagene Modell auf Grundlage der dem BVA zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs vorliegenden Daten simuliert werden. Die vorzunehmenden Bewertungen werden sich dabei einerseits auf die Gesamtheit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehen, andererseits aber auch – exemplarisch für die Abschätzung möglicher Auswirkungen auf Einzelkassenebene – auf die große Krankenkasse, die diesen Vorschlag mit besonderem Nachdruck an das BVA herangebracht hat.

2 Fakten

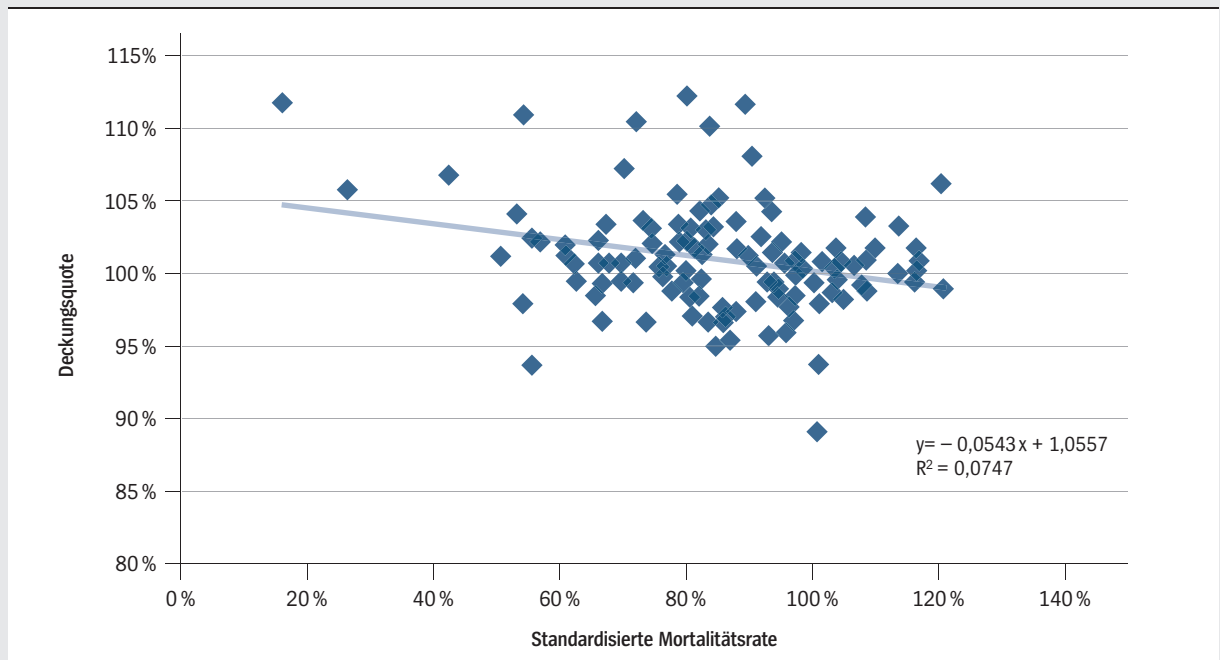
Es ist zutreffend, dass die Leistungsausgaben für versterbende Versicherte nur zu einem verhältnismäßig geringen Anteil über Zuweisungen für diesen Personenkreis gedeckt werden. Dieser Sachverhalt wurde am Rande der öffentlichkeitswirksam geführten Diskussion um den bereits erwähnten „Methodenfehler“ gelegentlich auch auf ebendiesen Personenkreis zurückgeführt (*Helmecke 2012; Nößler 2012*). Dabei wird auf die Tatsache verwiesen, dass die Leistungsausgaben verstorbener Versicherter im RSA-Berechnungsverfahren – anders als bei allen übrigen nicht über ein ganzes Jahr versicherten Personen – bislang nicht auf ein ganzes Jahr hochgerechnet, das heißt „annualisiert“ worden sind. Bei Anwendung dieser Berechnungssystematik liegt die mittlere Deckungsquote für Verstorbene bei etwa 29,2 Prozent (*Jahresausgleich 2012*). Das bedeutet, dass über 70 Prozent der GKV-weit anfallenden Sterbekosten durch Überdeckungen finanziert werden müssen, die die Krankenkassen im Rahmen ihrer Zuweisungen für die Überlebenden erwirtschaften.

Wie vonseiten einiger Krankenkassen vorgetragen wird, würde selbst bei mathematisch korrekter Berücksichtigung der Leistungsausgaben Verstorbener die Deckungsquote dieser Gruppe auf lediglich 32 Prozent ansteigen. Die Annahme, dass die Behebung des „Methodenfehlers“ an der bestehenden Unterdeckung der Ausgaben Verstorbener kaum etwas ändern würde, trifft somit ebenfalls zu. Vor diesem Hintergrund ist allerdings zu betonen, dass es bei der Frage der Annualisierung der Ausgaben Verstorbener niemals um eine Verbesserung der Zuweisungen für die verstorbenen Versicherten ging, sondern einzig um eine korrekte Ermittlung der Höhe der Zuschläge, die die Krankenkassen für die nach Alter, Geschlecht und Morbidität gebildeten Risikogruppen ihrer Versicherten erhalten. Somit war schon immer die Erhöhung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen der Hintergrund zur Einführung einer Annualisierung der Ausgaben auch für Verstorbene – niemals aber war es das Ziel, einen Sterbekostenausgleich zu erreichen.

Dass die Nähe zum Tod die Höhe der Leistungsausgaben eines Versicherten maßgeblich beeinflusst, ist in der Vergangenheit vielfach beschrieben worden (*Lubitz und Riley 1993; Felder 2008; Nöthen 2011*). Dies kann auch auf Grundlage der RSA-Daten des Ausgleichsjahres 2012 nachvollzogen werden: Ohne Berücksichtigung gegebenenfalls vorangehender Krankengeldzahlungen fielen im Jahr 2012 für versterbende Versicherte durchschnittlich 14.317 Euro an, wobei die Ausgaben in den jüngeren Altersgruppen deutlich über denen der älteren lagen. Die entsprechenden mittleren Ausgaben für die Überlebenden beliefen sich im selben Jahr dagegen auf lediglich 2.070 Euro.

ABBILDUNG 1

Deckungsquoten der Krankenkassen in Abhängigkeit von der standardisierten Mortalitätsrate



Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen schwanken (vor allem bedingt durch „Ausreißereffekte“ bei kleineren Krankenkassen) die mittleren Leistungsausgaben je Sterbefall zwischen rund 8.000 Euro und 26.700 Euro. Diese extremen Schwankungen sind ausnahmslos durch kleinere Krankenkassen bedingt, bei den mitgliederstarken Krankenkassen variieren die durchschnittlichen Sterbekosten in deutlich geringerem Ausmaß. Deshalb ist weniger die Höhe der Sterbekosten im Fokus der Diskussion, sondern die Sterberate. Diese beträgt im GKV-Durchschnitt pro Jahr 1.093 Sterbefälle je 100.000 Versicherte. Bei der hier exemplarisch betrachteten großen Krankenkasse, die eine eher ungünstige Morbiditätsstruktur aufweist, beträgt sie 1.233 Todesfälle je 100.000 Versicherte.

Es muss jedoch angezweifelt werden, dass sich aus dieser etwas überdurchschnittlichen Sterberate ein systematischer Wettbewerbsnachteil für diese spezielle Kasse (beziehungsweise für alle Kassen mit überdurchschnittlichen Sterberaten im Allgemeinen) ableiten lässt. Bereits im Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zum Jahresausgleich 2009 wurde darauf hingewiesen, dass zwischen der – um

Alters- und Geschlechtseffekte bereinigten – Mortalitätslast (der sogenannten „standardisierten Mortalitätsrate“, SMR) und der Deckungssituation einer Krankenkasse kaum ein Zusammenhang festzustellen ist (Drösler et al 2011, 81 ff.). Auch bei einer erneuten Betrachtung auf Grundlage der Daten des Ausgleichsjahres 2012 zeigt sich ein nur sehr geringer negativer Zusammenhang zwischen standardisierter Mortalitätsrate und den Deckungsquoten der Krankenkassen (Abbildung 1).

Ein vermeintlicher Wettbewerbsnachteil mag sich aus der Perspektive einzelner Krankenkassen dennoch durch die folgende (verkürzte) Betrachtung der durch die Versterbenden verursachten Deckungslücken ergeben:

- GKV-weit betragen die Leistungsausgaben für Verstorbene (ohne Krankengeld) im Jahr 2012 rund 11 Milliarden Euro. Dies entspricht in etwa 7 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der GKV; allein die hier näher betrachtete Krankenkasse hatte für ihre versterbenden Versicherten etwa 1,18 Milliarden Euro aufzubringen.
- Den durch versterbende Versicherte entstehenden Ausgaben standen jedoch lediglich Zuweisungen in Höhe von

3,6 Milliarden Euro (GKV) beziehungsweise 380 Millionen Euro (betrachtete Einzelkasse) gegenüber.

- Aus einer Gegenüberstellung der Werte ergibt sich somit schon allein für die exemplarisch betrachtete Krankenkasse eine rechnerische Deckungslücke in Höhe von rund 800 Millionen, die mit dem eingebrachten Änderungsverschlagn vermutlich geschlossen werden soll.

3 Vorschlag: Vollständiger Ausgleich der Leistungsausgaben im Sterbejahr

Der Vorschlag wird wie folgt interpretiert und modelliert: Für Versicherte, die im Ausgleichsjahr versterben, erhalten Krankenkassen die im gesamten Sterbejahr angefallenen versichertenbezogenen Leistungsausgaben vollständig ersetzt. Im Gegenzug werden die betroffenen Versicherten im Regressions- und Zuweisungsverfahren nicht weiter berücksichtigt, das heißt, die Ausgaben der im Ausgleichsjahr versterbenden Versicherten werden nicht bei der Berechnung der Höhe der Zu- und Abschläge einbezogen; konsequenterweise werden für sie auch keine Zuweisungen für Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und Morbidität ausgelöst. Die Finanzierung des hier diskutierten Ist-Ausgleichs der Sterbekosten würde somit über die implizite Absenkung der „regulären“ Zuschläge (für Alter, Geschlecht und Morbiditätsgruppen) für die Überlebenden sichergestellt werden. Die Umsetzung des Vorschlags zöge daher keinen externen Finanzierungsbedarf nach sich.

4 Ergebnisse der Modellsimulation

In allen hier dargestellten Berechnungen wurden die Leistungsausgaben der verstorbenen Versicherten auf das Gesamtjahr hochgerechnet (annualisiert). Mögliche Auswirkungen, die der sogenannte Methodenfehler auf die Ergebnisse

gehabt haben könnte, schlagen sich in unserer Betrachtung somit nicht mehr nieder. Durch die Umstellung auf einen vollständigen Ausgleich der Kosten im Sterbejahr steigt die Deckungsquote für die betroffene Personengruppe auf 100 Prozent an. Dies geht, wie oben bereits angedeutet, mit einer Absenkung der Zuweisungen für die Überlebenden um GKV-weit insgesamt 7,4 Milliarden Euro einher.

Ob eine Krankenkasse durch das vorgeschlagene Modell besser gestellt wäre als im Status quo, hängt nunmehr davon ab, ob die absinkenden Zuweisungen für die überlebenden Versicherten (mindestens) in gleicher Höhe durch den Istkosten-Ausgleich für die Verstorbenen kompensiert werden.

Wie sich zeigt, fallen die Nettoeffekte auf Ebene der Kassenarten trotz des hohen Gesamtvolumens des Sterbekostenausgleichs sehr gering aus. So erhielte etwa das AOK-System zur Deckung der Leistungsausgaben von Verstorbenen 3,32 Milliarden Euro zusätzlich zugewiesen; allerdings müssten die Kassen der Kassenart im Gegenzug auch auf Zuweisungen über Altersgeschlechtsgruppen (AGG), Erwerbsminderungsgruppen (EMG) und hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) verzichten, die mit 3,27 Milliarden Euro eine nahezu identische Höhe aufweisen. Insgesamt würde das AOK-System nur um 49 Millionen Euro erhöhte Zuweisungen erhalten, was einer Zuweisungssteigerung von nicht einmal 0,1 Prozent entspräche.

Auf Kassenartenebene lässt sich das Ersatzkassenlager als (einziger) Verlierer des Modells identifizieren (Tabelle 1). Die Ersatzkassen hätten die erhöhten Zuweisungen an alle übrigen Kassenarten in Höhe von insgesamt 108 Millionen Euro allein zu tragen.

Auch auf Einzelkassenebene würde ein „Sterbekostenausgleich“ eher überschaubare Auswirkungen nach sich ziehen. Sowohl der größte Zugewinn (+63 Millionen Euro) als auch der größte Zuweisungsverlust (-52 Millionen Euro) wären

TABELLE 1

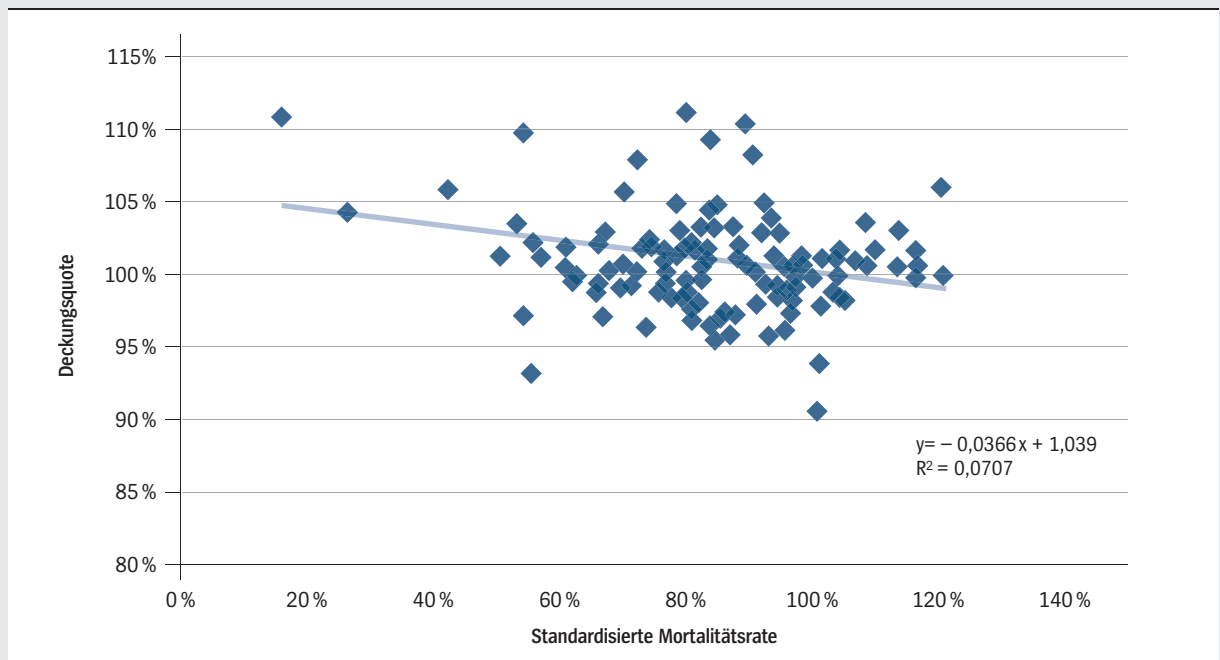
Finanzielle Auswirkungen eines „Sterbekostenausgleichs“ auf Ebene der Kassenarten

Kassenart	Nettotransfer	Transfer	Zuweisung Überlebende	Zuweisung Versterbende
AOK	49 Mio. €	0,1 %	- 3.272 Mio. €	3.321 Mio. €
BKK	31 Mio. €	0,1 %	- 928 Mio. €	958 Mio. €
IKK	4 Mio. €	0,0 %	- 393 Mio. €	397 Mio. €
EAN	- 108 Mio. €	- 0,2 %	- 2.448 Mio. €	2.340 Mio. €
KBS	24 Mio. €	0,4 %	- 387 Mio. €	411 Mio. €
GKV	0 Mio. €	0,0 %	- 7.427 Mio. €	7.427 Mio. €

Quelle: BVA; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

ABBILDUNG 2

Deckungsquoten der Krankenkassen in Abhängigkeit von der standardisierten Mortalitätsrate (mit „Sterbekostenausgleich“)



Quelle: BVA; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

jeweils bei sehr großen Krankenkassen zu verbuchen, sodass sich – trotz des genannten Gesamtvolumens – deren versichertenbezogene Zuweisungen nicht wesentlich verändern würden. Interessant ist, dass sich die Erwartung, die die hier wiederholt betrachtete Krankenkasse überhaupt erst dazu bewegen haben mag, dem BVA einen Vorschlag zum direkten Ausgleich der Ausgaben im letzten Lebensjahr zu unterbreiten, offensichtlich nicht erfüllt wird: Insgesamt wäre die Krankenkasse etwas schlechter gestellt als im Status quo (ca. 5 Millionen Euro), da sie zwar einerseits 799 Millionen Euro an zusätzlichen Zuweisungen für die Verstorbenen erhalte, im Gegenzug allerdings auf 804 Millionen Euro an regulären Zuweisungen verzichten müsste.

Auch in Bezug auf den weiter oben diskutierten, möglicherweise in geringem Ausmaß bestehenden Zusammenhang zwischen (standardisierten) Mortalitätsraten und Deckungsquoten einzelner Krankenkassen ergibt sich durch den diskutierten Vorschlag keine nennenswerte Veränderung (Abbildung 2).

Soweit es das seit 2009 durchgeführte Verfahren des morbiditätsorientierten RSA betrifft, haben sich insbesondere zwei statistische Kennzahlen bewährt, mittels derer die Vorhersagegenauigkeit der Versichertenklassifikation auf Individualebene beurteilt werden kann. Sowohl das statistische Bestimmtheitsmaß R^2 als auch das „Cumming’s Prediction Measure“ (CPM) messen beziehungsweise bewerten den Unterschied zwischen den für jedes Individuum geschätzten und den tatsächlich anfallenden Leistungsausgaben. Im Regelfall nehmen die beiden Maße Werte zwischen 0 und 1 an. Je besser nun ein Vorhersagemodell in der Lage ist, die tatsächlichen Leistungsausgaben der Versicherten im Einzelfall zu prognostizieren, desto höher fallen die Werte aus, die R^2 und CPM annehmen (zur vertieften Auseinandersetzung mit den verwendeten Gütemaßen sei verwiesen auf *Drösler et al. 2011, 37 ff.* sowie *Schäfer 2011*). In diesem Zusammenhang zeigt sich nun immerhin, dass das vorgeschlagene Modell deutlich bessere Gütemaße auf der Ebene der versicherten Individuen aufweist als das „Status quo“-Modell des bestehenden RSA ohne direkten Ausgleich der Ausgaben

im letzten Lebensjahr. In der vorliegend diskutierten Modellvariante steigen die Gütemaße R^2 (von 24,3 Prozent auf 36,3 Prozent) und CPM (von 23,6 Prozent auf 30,1 Prozent) beträchtlich an.

5 Fazit

Festzuhalten bleibt zunächst, dass die Umsetzung des Vorschlags, einen vollständigen Ausgleich der Leistungsausgaben einzuführen, die von versterbenden Versicherten im Jahr ihres Ablebens verursacht werden, ein zusätzliches Ausgleichselement schaffen würde, das – etwas zugespitzt formuliert – weitestgehend zu einer Mittelschichtung „von der linken in die rechte Tasche“ führen würde. Allein mit Blick auf die ausbleibende Umverteilungswirkung erscheint der Sinn des vorgeschlagenen Modells fraglich.

Ein Abweichen vom Paradigma des Ausgleichs standardisierter Ausgaben darf – wenn überhaupt – nur dann in Betracht gezogen werden, wenn schwerwiegende Probleme im Verfahren bestehen, die mit den Zielsetzungen des Risikostrukturausgleichs kollidieren und die sich nicht (zielführend) durch ein Standardisierungsverfahren beheben lassen. Dies ist jedoch vorliegend nicht erkennbar: Weder hat die obige Analyse eine schwerwiegende systematische Benachteiligung einzelner Krankenkassen belegt, noch muss nach gegenwärtigem Erkenntnisstand davon ausgegangen werden, dass Krankenkassen Versuche unternehmen, das Versterben (beziehungsweise das Überleben) einzelner Versicherte im Laufe eines Jahres zu prognostizieren, mit dem Ziel, hieraus eine Risikoselektionsstrategie gegen einzelne Versicherte zu entwickeln.

Auch wenn man kaum unterstellen kann, dass Krankenkassen gezielt Einfluss auf das Überleben eines schwerkranken Versicherten oder gar den Zeitpunkt des Versterbens nehmen können, muss darauf hingewiesen werden, dass der Frage nach Überleben oder Versterben sowie dem tatsächlichen Todeszeitpunkt im vorgeschlagenen Modell eine kaum zu kommunizierende Finanzwirksamkeit zukommen würde: Sind für einen schwersterkrankten oder -verletzten Versicherten bis zum Ende eines Jahres Leistungsausgaben in signifikanter Höhe aufgelaufen, ist dessen Ableben innerhalb desselben Jahres für die Krankenkasse aus finanzieller

Sicht wesentlich attraktiver als dessen weiteres Überleben in das nächste Jahr hinein. Während im ersten Fall eine 100-prozentige Deckung der Leistungsausgaben über den Sterbekostenausgleich erfolgen würde, erhielte die Krankenkasse im zweiten Fall lediglich Zuweisungen in Höhe der standardisierten Leistungsausgaben, die im Regelfall deutlich unter den faktischen Ausgaben liegen dürften. Ob dies nun sachlich gerechtfertigt wäre oder nicht: Eine neuerliche öffentlichkeitswirksame und inhaltlich schwer handhabbare Desinformationskampagne unter der Überschrift „Geld für Tote“ würde nicht lange auf sich warten lassen.

Soweit die Bewertung schließlich die im obigen Abschnitt („Modellsimulation“) zuletzt dargestellte Beobachtung ansteigender Gütemaße (R^2 und CPM) des Modells betrifft, so kann diese ebenfalls nicht als Argument für einen gesonderten Ausgleich der Sterbekosten interpretiert werden: Immer, wenn ein Standardisierungsverfahren um Elemente eines Ist-Ausgleichs erweitert wird, ist ein Anstieg der genannten Kennzahlen nichts weiter als eine logische mathematische Konsequenz. Wie weiter oben bereits dargestellt, messen die Kennzahlen, mit welcher Genauigkeit die versichertenindividuell geschätzten Leistungsausgaben die tatsächlichen Ausgaben treffen. Werden nun aber für einen bestimmten Teil der Versicherten nicht mehr geschätzte Zuweisungen ermittelt, sondern die tatsächlichen Ausgaben angesetzt, so ergibt sich hieraus zwangsläufig eine höhere „Trefferquote“ und damit auch höhere Kennzahlwerte. „Perfekte“ Werte für die Gütemaße (R^2 und CPM = 100 Prozent) würden sich bei einem vollständigen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben einstellen. Ein solcher Ausgleich ist jedoch unter Anreizgesichtspunkten strikt abzulehnen. Auch der im vorliegenden Fall gemessene Anstieg der Gütemaße durch den (partiellen) Verzicht auf ein Standardisierungsverfahren sollte daher keineswegs als Beleg für eine höhere Funktionalität der Klassifizierungs- beziehungsweise Zuweisungssystematik interpretiert werden.

Das vorgeschlagene Modell eines vollständigen Ausgleichs der im Sterbejahr eines Versicherten tatsächlich angefallenen Leistungsausgaben hat keine wesentlichen Auswirkungen auf die Ausgabendeckung der Krankenkassen. Demgegenüber geht das Modell mit den bekannten negativen Anreizen eines Ist-Ausgleichs einher und wirft unter ethischen Aspekten kontrovers zu diskutierende Fragen auf. Der Vorschlag ist somit abzulehnen.

Literatur

Drösler S, Hasford J, Kurt BM et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich; www.bmg.bund.de → Ministerium → Kontakt und Service → Publikationen → Titel in die Suche eingeben

Felder S (2008): Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 8, Heft 4, 23–30

Helmecke J (2012): Krankenkasse BKK vor Ort erklärt Gesundheitsfonds für gescheitert, *Westfälische Rundschau online*, 02.10.2012; www.derwesten.de → Titel in die Suche eingeben

LSG NRW (2013): Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 04.07.2013, Az.: L 16 KR 800/12 KL und L 16 KR 774/12 KL

Lubitz JD, Riley GF (1993): Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. *New England Journal of Medicine*, Band 328, 1092–1096

Nöbler D (2012): Mehr Geld für Tote, *Ärzte Zeitung online*, 01.08.2012; www.aerztezeitung.de → Titel in die Suche eingeben

Nöthen M (2011): Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? *Wirtschaft und Statistik*, 2011, Heft 7, 665–675

Schäfer T (2011): Statistische Bewertung unterschiedlicher Hierarchievarianten im Klassifikationssystem für den Risikostrukturausgleich, Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes, Oberuhldingen

DIE AUTOREN



Dr. jur. Maximilian Theodor Gaßner,

Jahrgang 1950, Studium der Rechtswissenschaften mit anschließender Promotion am Lehrstuhl für Politik und öffentliches Recht an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Anschließend Richter am Arbeitsgericht München, Mitarbeiter im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung im Bereich Personal und Organisation, Referatsleiter in der Richtlinienabteilung der Bayerischen Staatskanzlei und Leiter des Ministerbüros im Bayerischen Staatsministerium für

Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit. Seit März 2010 Präsident des Bundesversicherungsamtes. Davor Leiter der Abteilung „Gesundheitspolitik, Krankenversicherung“ im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit. Bis Ende 2008 Leiter der Abteilung „Sozialversicherung, Pflege, Altenpolitik“ im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Diverse Publikationen vorwiegend im Bereich der Rechtswissenschaft.



Dipl. Ges-Ök. Rüdiger Wittmann,

Jahrgang 1976, ist seit 2007 als Referent im Referat „Risikostrukturausgleich“ des Bundesversicherungsamtes tätig und beschäftigt sich dort unter anderem mit der stetigen Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells zur

Durchführung des RSA. Vor seinem Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität Köln absolvierte er eine Ausbildung zum staatlich anerkannten Physiotherapeuten an der Universitätsklinik in Heidelberg.