

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

**Die Reform des Morbi-RSA durch das Gesetz für einen fairen
Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
FKG) – Einschätzung des Beitrags zur Minderung von
Wettbewerbsverzerrungen**

Bachelorarbeit
im Studiengang Gesundheitswissenschaften

Vorgelegt von
Moska Kohsar

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Hamburg,
19. August 2020

Erstgutachter: Prof. Dr. York F. Zöllner (HAW Hamburg)
Zweitgutachter: Prof. Dr. Michael Haufs (HAW Hamburg)

Abstract

Introduction The morbidity based risk adjustment (Morbi-RSA) in the German health insurance system makes sure that risk selection is avoided and fair competitive conditions are given to health insurance companies. The current framing of the Morbi-RSA only partially meets those goals which cause unequal treatment of health insurance companies relating to the competition. For this reason, a law to reform the Morbi-RSA has been implemented thus compromises several measures for further development of the Morbi-RSA. This study aimed to examine whether measures by law can reduce existing distortions of competition among the health insurance companies.

Methods To answer this question a qualitative document analysis is being used. The first step is to analyze statements regarding the measures by law. Also, interviews with health care experts are being performed. The interviews are based on generated guidelines. In a final step, the data is interpreted by using qualitative content analysis according to German psychologist Mayring.

Results A total of seven statements were identified, analyzed, and two interviews with health care experts were performed. Due to different argumentation and assessment, comparison and weighing of the measures was complex. Most of the measures can be considered as effective to reduce distortions of competition. However, the deletion of the EMR is not substantiated.

Conclusion In summary, the measures can provide fair competition among the health insurance companies and reduce the distortion in the Morbi-RSA system. The actual effects of the measures remain to be seen.

Key words: morbidity-based risk adjustment, German health care reform, competition,

Abstract

Einleitung Der Morbi-RSA im solidarischen System der gesetzlichen Krankenversicherung sorgt dafür, dass eine Risikoselektion von Versicherten vermieden wird und gleichzeitig faire Wettbewerbsbedingungen für die Kassen geschaffen werden. Diesen Zielen wird der Morbi-RSA in seiner aktuellen Fassung nur bedingt gerecht. Die Verteilungswirkungen führen zu einer Ungleichbehandlung von Krankenkassen. Aus diesem Grund sieht das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) eine umfassende Reform des Morbi-RSA vor. Mit dem Gesetzesentwurf sind vielseitige Maßnahmen zur Weiterentwicklung umgesetzt worden. Die Beurteilung dieser Maßnahmen ist das Ziel dieser Forschungsarbeit. Es wird der Frage nachgegangen, inwiefern die Reformmaßnahmen des GKV-FKG dazu beitragen, dass vorhandene Wettbewerbsverzerrungen reduziert werden.

Methode Für die Beantwortung der Forschungsfrage wird die qualitative Dokumentenanalyse angewendet. Es werden schriftliche Stellungnahmen von verschiedenen Akteur*innen des Gesundheitswesens herangezogen und analysiert. Zusätzlich werden leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Die Auswertung der Daten erfolgt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse Insgesamt wurden sieben Stellungnahmen für die Beantwortung der Forschungsfrage identifiziert und analysiert und zwei Experteninterviews durchgeführt. Die Reformmaßnahmen werden von den Akteur*innen unterschiedlich bewertet und ihre Auswirkung verschieden argumentiert, wodurch sich die Abwägung der Argumente sehr komplex gestaltet. Die Einführung einer versichertenindividuellen Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten und die regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA sind ohne Einwände zielführend. Die Streichung der EMR hingegen wird nicht befürwortet. Die der weiteren Maßnahmen können ebenfalls als geeignete Maßnahmen zur Reduzierung von Wettbewerbsverzerrungen beurteilt werden, hier muss jedoch die Anwendungen in der Praxis abgewartet werden.

Fazit Zusammengefasst werden mit dem Reformmaßnahmen richtige Impulse für einen fairen Kassenwettbewerb und der Verringerung von Verzerrungen im Morbi-RSA System gesetzt. Die eigentlichen Wirkungsentfaltungen der Maßnahmen bleiben jedoch abzuwarten.

Schlüsselwörter: Morbi-RSA, Kassenwettbewerb; GKV-FKG, Gesundheitsreform

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
2. Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	1
3. Hintergrund.....	2
3.1 Die gesetzliche Krankenversicherung.....	3
3.2 Der Risikostrukturausgleich	5
3.2.1. <i>Entwicklung und Zielsetzung.....</i>	<i>5</i>
3.2.2. <i>Funktionsweise des Morbi-RSA (Status quo).....</i>	<i>7</i>
3.2.3. <i>Reformbedarf.....</i>	<i>9</i>
3.3 Weiterentwicklung des Morbi-RSA durch das GKV-FKG	11
4. Methodik	13
4.1. Datenerhebung.....	14
4.1.1 <i>Dokumentenanalyse</i>	<i>14</i>
4.1.2. <i>Experteninterview.....</i>	<i>15</i>
4.2. Datenauswertung	17
5. Ergebnisse	18
5.1. Ergebnisse der Dokumentenanalyse.....	18
5.1.1. <i>AOK-Bundesverband</i>	<i>18</i>
5.1.2. <i>Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V.....</i>	<i>20</i>
5.1.3. <i>Bundesärztekammer/Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.....</i>	<i>21</i>
5.1.4. <i>BKK Dachverband.....</i>	<i>22</i>
5.1.5. <i>Knappschaft-Bahn-See.....</i>	<i>23</i>
5.1.6. <i>Innungskrankenkassen e.V.</i>	<i>24</i>
5.1.7. <i>Verband der Ersatzkassen.....</i>	<i>25</i>
5.1.8. <i>Zusammenfassende Ergebnisdarstellung</i>	<i>26</i>
5.2. Ergebnisse der Experteninterviews	28
6. Diskussion	29
6.1. Diskussion der Methodik	29
6.2. Diskussion der Ergebnisse	32

7. Fazit.....	36
Literaturverzeichnis.....	1
Rechtsquellenverzeichnis	1
Drucksache	1
Anhang 1: Informationsschreiben.....	1
Anhang 2: Einwilligungserklärung zum Interview	1
Anhang 3: Transkriptionsregeln für die computergestützte Auswertung n. Kuckartz.....	1
Anhang 4: Ergebnisse der Suche nach Stellungnahmen zum GKV-FKG	1
Eidesstattliche Erklärung	1

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ziele des RSA	S. 7
Abb. 2: Entwicklung der Deckungsbeitragsfähigen Leistungsausgaben	S.10
Abb. 3: Planung und Durchführung der Experteninterviews	S. 16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Allgemeine Stellungnahmen zu Reformmaßnahmen	S. 27
Tabelle 2: Themenkategorien und ihre Häufigkeit	S. 28

Abkürzungsverzeichnis

A

AGG	.....	Alters-Geschlechts-Gruppe
AJ	.....	Ausgleichsjahr
AM	.....	Arzneimittel
AOK	.....	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOK-BV	.....	Allgemeine Ortskrankenkassen Bundesverband
AusAGG	.....	Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppe

B

BÄK	.....	Bundesärztekammer
BAS	.....	Bundesamt für Soziale Sicherung
BKK	.....	Betriebskrankenkasse

D

dggö	.....	Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie
DMP	.....	Disease Management Programme

E

EMG	.....	Erwerbsminderungsgruppe
EMR	.....	Erwerbsminderungsrente

G

GKV	.....	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	.....	Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb
GKV-WSG	.....	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GSG	.....	Gesundheitsstrukturgesetz

H

HMG	hierarchisierte Morbiditätsgruppe
-----	-------	-----------------------------------

I

IKK	Innungskrankenkasse
-----	-------	---------------------

K

KBS	.....	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
KEG	.....	Kostenerstattergruppe

M

Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
-----------	-------	---

R

RSA	.....	Risikostrukturausgleich
SLFGV	.....	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

1. Einleitung

Um einen fairen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren wurde erstmals 1994 der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Dieser soll die Risikounterschiede der Versicherten in den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) bereinigen und gilt als essentieller Bestandteil für eine solidarische Wettbewerbsordnung. Eine Kasse, die beispielsweise viele ältere Mitglieder oder überwiegend Mitglieder mit niedrigem Einkommen versichert, sollte keinen Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Kassen haben (bpb, 2013; BMG, 2020a). Im Jahre 2009 wurde die Erweiterung des RSA zum morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) durchgesetzt. Seither berücksichtigt der Finanzausgleich auch den Krankheitszustand (Morbidität) der Versicherten (ebd.).

Trotz erfolgter Weiterentwicklung und regelmäßiger Evaluation des Finanzausgleiches weist dieser noch vorhandene Mängel auf, die einen Einfluss auf den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen haben. Die derzeitige Beschaffenheit des Morbi-RSA führt beispielsweise zur Fehldeckung von bestimmten Versichertengruppen. So sind die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA in einigen Fällen höher, in anderen wiederum niedriger als die angefallenen Ausgaben. Dass der Morbi-RSA damit seine Aufgaben nur beschränkt erfüllt wird nicht nur seitens der gesetzlichen Krankenkassen kritisiert, auch der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Versicherungen (BAS) sieht aufgrund von durchgeführten Sondergutachten zur Wirkung des Morbi-RSA einen Weiterentwicklungsbedarf (vdek, 2018 und Drösler et al., 2017).

Mit dem Gesetz für fairen Kassenwettbewerb (GKV-FKG) sollen die vorhandenen Mängel im Finanzausgleich behoben werden. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Gesetzes sind die Regelungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Mit der geplanten Reform erfährt der Morbi-RSA seit der letzten größeren Änderung im Jahre 2009 erstmals wieder eine strukturelle Weiterentwicklung (TK, 2019). Die Reformmaßnahmen sollen den Morbi-RSA hinsichtlich Manipulationsresistenz und Prävention stärken, sodass sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen fairer gestaltet (BMG, 2020b). Die Bachelorarbeit untersucht, inwiefern die Reform des Morbi-RSA durch das GKV-FKG einen Beitrag dazu leistet, die vorhandenen Wettbewerbsverzerrungen zu beseitigen. Die genaue Zielsetzung der Arbeit wird im Folgenden näher erläutert.

2. Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Der Risikostrukturausgleich ist ein komplexes System, welches nicht nur die Verteilung der finanziellen Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung regelt, sondern damit auch Einfluss auf den Wettbewerb zwischen den Kassen nimmt. Umso wichtiger ist es deshalb, dass dieser Finanzausgleich zielgerichtet bleibt und den Kassen keine Anhaltspunkte zur Beeinflussung bietet (TK, 2019).

Das Ziel der Bachelorarbeit ist die Auseinandersetzung mit der aktuellen Reform zum Morbi-RSA. Dabei soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Reformierung dazu beiträgt, dass der Morbi-RSA in seiner Manipulationsresistenz und Präventionsorientierung gestärkt wird, Fehlanreize verringert werden und damit Wettbewerbsverzerrungen beseitigt werden. Dazu werden die Reformmaßnahmen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA aus dem GKV-FKG erläutert und analysiert. Es wird die Positionierung von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen gegenüber dem Gesetzesentwurf erfasst und anhand einer Gegenüberstellung werden die Stärken und mögliche Schwächen der Reform herausgearbeitet. Infolgedessen werden Anhaltspunkte zur Optimierung der Reform und den Strukturen des Morbi-RSA hergeleitet.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage ist diese Arbeit in insgesamt sieben Hauptkapitel gegliedert. Nach diesen einleitenden Kapiteln folgt ein Einblick in den theoretischen Hintergrund. Es wird auf die gesetzliche Krankenversicherung und die Regelung ihres Wettbewerbs eingegangen, der RSA wird in seinen Grundzügen beschrieben und relevante Reformmaßnahmen aus dem GKV-FKG werden präsentiert. Im nächsten Kapitel wird die methodische Vorgehensweise beschrieben. Kapitel vier dient der Darstellung der Ergebnisse. Im darauffolgenden Kapitel werden diese Ergebnisse dann ausdiskutiert. Schließlich wird ein Fazit gezogen.

3. Hintergrund

Für ein besseres Verständnis werden in diesem Kapitel die Themenschwerpunkte der Forschungsarbeit näher erläutert. Es folgt zunächst ein Überblick über die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland und die Regelung ihres Wettbewerbes. Anschließend wird der Risikostrukturausgleich in seiner Entwicklung, Zielsetzung und Funktionsweise näher betrachtet. Zuletzt wird auf das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb eingegangen und die damit einhergehenden Reformmaßnahmen werden erläutert.

3.1 Die gesetzliche Krankenversicherung

Laut dem Sozialgesetzbuch besteht die Aufgabe der GKV darin, die *„Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und ihren Gesundheitszustand zu verbessern“* sowie *„durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“* (§ 1 Kapitel 1 Absatz 1 SGB V). Als Träger der GKV führen die gesetzlichen Krankenkassen das staatliche Sozialrecht aus. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes und handeln im Interesse der Sozialgesetzgebung. Demnach ist es den Kassen nicht gestattet, sich gewinnorientiert zu verhalten (Simon, 2017, S.115-119). Einige Grundprinzipien kennzeichnen die Struktur der GKV: Das Solidaritätsprinzip ist das tragende Prinzip in der GKV. Es stellt den Zugang zur medizinischen Leistung für jeden Patienten sicher, unabhängig vom Krankheitsrisiko und dem Einkommen. Dem ergänzt sich das Subsidiaritätsprinzip, welches die Eigenverantwortung und Selbsthilfe der Versicherten meint. Das Prinzip der Selbstverwaltung erlaubt es den Kassen, eigenverantwortlich und finanziell unabhängig ihre Aufgaben zu erfüllen. Ein weiteres Grundprinzip, das Sachleistungsprinzip, stellt sicher, dass die Versicherten medizinische Sachleistungen von Leistungserbringern durch die Krankenkassen erhalten (Meckel, 2010, S.27ff.). Außerdem unterliegen die gesetzlichen Krankenkassen einem Kontrahierungszwang, welches bedeutet, dass die Krankenkassen verpflichtet sind antragsstellende Personen in ihre Kasse aufzunehmen und sie unterliegen dem Diskriminierungsverbot, welches ausschließt, dass die Kasse abhängig vom Versichertenrisiko ihre Prämien erhebt. Seit dem Jahr 2009 gilt außerdem für alle Personen mit einem Wohnsitz in Deutschland die allgemeine Versicherungspflicht (BMG, 2016).

Insgesamt sind in Deutschland rund 90 Prozent der Bevölkerung bei einer der 105 gesetzlichen Krankenkassen versichert (GKV-Spitzenverband, 2020). Die Krankenkassen lassen sich in die Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SLFGV), die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) und den Ersatzkrankenkassen gliedern (BMG, 2018). Die Aufsicht dieser Kassen wird von staatlichen Aufsichtsbehörden wahrgenommen. Hierbei unterscheiden sich die Aufsichtsbehörden zwischen bundesweit tätigen Krankenkassen (bundesunmittelbar, z.B. Ersatzkassen) und Kassen, die in einem Bundesgebiet tätig sind (landesunmittelbar, z.B. AOK). Während die bundesunmittelbaren Kassen vom BAS beaufsichtigt werden, liegt die Aufsicht für landesunmittelbare Kassen bei der Landesaufsicht (BMG, 2020c).

Die GKV finanziert sich durch die Beiträge der Versicherten. Ein gesetzlich festgelegter Prozentsatz, der Beitragssatz, wird von den beitragspflichtigen Einnahmen (z.B. das

Arbeitseinkommen) erhoben und je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Außerdem gibt es seit 2009 einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag, der ebenfalls als festgelegter Prozentsatz von den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten erhoben wird. Die Höhe des Zusatzbeitragsatzes wird von der jeweiligen Kasse festgelegt und dann erhoben, wenn nicht genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um die Ausgaben für die Versorgung der Versicherten zu zahlen (vdek, 2020). Je nach Beschäftigungsverhältnis können noch weitere Beitragssatzarten unterschieden werden, die Unterscheidung ist jedoch für den weiteren Verlauf der Forschungsarbeit nicht relevant und wird deshalb nicht weiter ausgeführt. Die GKV wird zudem durch einen Bundeszuschuss finanziell unterstützt. Die Höhe des Zuschusses variiert dabei von Jahr zu Jahr. Seit 2009 fließen alle finanziellen Mittel in einen bundesweiten Gesundheitsfonds. Aus diesem erhalten dann die Krankenkassen Zuweisungen für ihre Versicherten. Nach welchen Kriterien eine Zuweisung erfolgt wird durch den Morbi-RSA bestimmt (Simon, 2017, S.115-119).

Die Krankenkassen stehen miteinander im direkten Wettbewerb. Um Versicherte zu gewinnen, müssen sich die Kassen in Preis und Leistung von anderen abheben. Im Sozialversicherungssystem ist dieser Wettbewerb jedoch reguliert. Aufgrund eines definierten Leistungskataloges findet der Wettbewerb um Leistung bzw. Versorgung nur über zusätzliche Versorgungsverträge statt. Die sogenannten Selektivverträge werden ohne gesetzliche Verpflichtung zwischen der Kasse und ausgewählten Leistungserbringern ausgehandelt. Zudem kann das Versorgungsangebot einer Krankenkasse durch Zusatzversicherungen ausgeweitet werden. Auch der Preiswettbewerb der Kassen beschränkt sich aufgrund des einheitlichen Beitragssatzes für alle Versicherten der GKV auf den jeweiligen kassenindividuellen Zusatzbeitragsatz (Müller, 2017).

Im Wettbewerb ist es den Kassen verboten, eine Selektion nach guten und schlechten Risiken zu Lasten der Versicherten vorzunehmen. Als schlechte Risiken werden Versicherte verstanden, die hohe Leistungsausgaben verursachen und ggf. auch nur einen geringen Beitrag einzahlen. Auf der anderen Seite sind gute Risiken diejenigen Versicherten, die sehr geringe Leistungsausgaben verursachen, wie beispielsweise junge gesunde Versicherte (Breyer, Zweifel, Kifmann, 2013, S.305f.). Der Wettbewerb in der GKV bezweckt, dass sich die Kassen wirtschaftlich in der Versorgung der Versicherten verhalten und nach innovativen Versorgungsformen streben. Er führt dazu, dass insgesamt sich die Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen bessert (Müller, 2017). Welche Rolle dem RSA in diesem Wettbewerb zugeschrieben ist, wird im nächsten Kapitel erklärt.

3.2 Der Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist ein Mechanismus, der zur Regulierung des Kassenwettbewerbes dient. Seine Aufgabe besteht darin, die finanziellen Mittel in der GKV umzuverteilen. Eine Umverteilung ist nötig, da die Krankenkassen eine ungleiche Versichertenstruktur aufweisen. So gibt es beispielsweise Kassen, die viele Mitglieder mit hoher Krankheitslast und/oder mit niedrigem Einkommen versichern. Andersrum kann eine ungleiche Versichertenstruktur auch heißen, dass eine GKV viele gesunde und gutverdienende Mitglieder hat, als der Durchschnitt (BMG, 2020a). Um im weiteren Verlauf die Reformierung des RSA bewerten zu können erfolgt ein Einblick in die Entwicklung und Zielsetzung des RSA, der Funktionsweise sowie in die bisherigen Erfahrungen mit dem RSA.

3.2.1. Entwicklung und Zielsetzung

Vor dem Hintergrund steigender Kosten in der GKV hat die Regierung im Jahre 1993 das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeführt. Ein Ziel des GSG war es, den Wettbewerb zwischen den Kassen einzuführen und dabei jedoch die Prinzipien der Solidarität in der GKV beizubehalten. Es wurde die Kassenwahlfreiheit für die Mitglieder der GKV ab dem Jahr 1996 eingeführt. Bis zu dem Zeitpunkt wurden die Versicherten, abhängig von ihrem Familienstatus und des ausgeübten Berufes, einer bestimmten Krankenkasse zugewiesen (AOK-BV, 2016). Diese gesetzlichen Zuweisungen hatten zur Folge, dass die Krankenkassen, je nach sozialem Status ihrer Mitglieder, unterschiedliche Morbiditätsstrukturen und Unterschiede im Finanzierungspotenzial aufwiesen. Deutlich zu erkennen waren diese Unterschiede in der Entwicklung der Beitragssätze, welche sich zwischen den Kassenarten in einer Bandbreite von acht bis 16,8 Prozent entwickelten (Simon, 2017, S.47f.). Aus diesem Grund sah das GSG auch vor, dass ab dem Jahr 1994 erstmalig ein RSA eingeführt wird, damit die historisch bedingten ungleichen Risikostrukturen der Versicherten ausgeglichen werden und den Krankenkassen gleiche Startchancen für einen Wettbewerb ermöglicht werden (AOK-BV, 2016).

Wenige Jahre nach der Einführung des RSA steht fest, dass sich dieser in seinen Grundzügen bewährt hat, jedoch in seiner Zielgenauigkeit noch Verwerfungen aufweist, die mit der ungenügenden Erfassung der Morbidität der Versicherten begründet werden. Um die Versicherten in entsprechende Risikogruppen einzuteilen und zu klassifizieren wurden im RSA des GSG die Merkmale Alter, Geschlecht, und der Bezug einer Erwerbsminderungsrente (EMR) berücksichtigt. Die eigentliche Erfassung einer Morbidität der Versicherten erfolgt nur indirekt durch die genannten Merkmale. Als Antwort auf die zunehmende Diskussion um den RSA führt der Gesetzgeber im Jahre 2002 das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Darin ist die

Weiterentwicklung des RSA um eine direkte Morbiditätserfassung bis zum Jahr 2006 geregelt. Außerdem werden kurzfristige Maßnahmen der Morbiditätsberücksichtigung eingeführt: Ein Risikopool soll Leistungsausgaben der Versicherten, die besonders aufwändig und hochpreisig sind, ausgleichen. Außerdem wird die Teilnahme von Versicherten an strukturierten Behandlungsprogrammen, den sogenannten Disease Management Programmen (DMP), als Merkmal der Versichertenklassifizierung im RSA aufgenommen, um die ungleiche Verteilung von chronisch erkrankten Versicherten und den damit verbundenen Kosten auszugleichen (Göpffarth, 2004, S.4f. und AOK-BV, 2016).

Im Jahre 2007 trat dann das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in Kraft. In diesem ist die Weiterentwicklung des RSA um die Morbiditätsorientierung konkretisiert. Die bisherigen Klassifikationsmerkmale (Alter, Geschlecht, EMR und Teilnahme an DMP) werden um das Merkmal der Morbidität der Versicherten ergänzt. Es wurde sich darauf geeinigt, dass 50 bis 80 Krankheiten jährlich festgelegt werden, für diese man aus dem RSA risikoadjustierte Zuschläge erhält. Im GKV-WSG wird außerdem das BAS als zuständige Bundesbehörde für die Verwaltung des Morbi-RSA ernannt. Die jährliche Auswahl der zu berücksichtigenden Krankheiten und die Auswahl des Versichertenklassifikationsmodells gehören damit zu den Aufgaben des BAS (AOK-BV, o.J.). Um das BAS bei der Erfüllung dieser Aufgaben zu unterstützen wird zusätzlich ein Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA (im weiteren Verlauf nur Wissenschaftlicher Beirat) benannt. Dieser berät seither das BAS und legt regelmäßig, auf Anforderungen der Politik, Gutachten zur Funktionsweise und Wirkung des RSA vor. Nach zweijähriger Vorbereitung ist der Morbi-RSA zum 01.01.2009, zeitgleich mit der Einführung eines Gesundheitsfonds, wirksam (Pressel, 2012b, S.149ff.). In den Gesundheitsfonds fließen alle finanziellen Mittel der GKV ein und werden aus diesem heraus anhand des Morbi-RSA an die Krankenkassen verteilt (Pressel, 2012a, S.123f.).

Weitere kleinere Änderungen am Morbi RSA sind mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsentwicklungsgesetz von 2014 durchgesetzt worden. Es geht im Wesentlichen um die Anpassung von Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte und außerdem die Ausgabenberücksichtigung von verstorbenen Versicherten (BMG, 2020a).

In Abbildung 1 werden die Ziele des RSA zusammenfassend veranschaulicht. In einem solidarischen Krankenversicherungssystem mit Wettbewerb ist die Aufgabe des RSA in erster Linie, die unterschiedlichen Risikostrukturen der Kassen auszugleichen, damit eine Risikoselektion der Versicherten durch die Krankenkassen verhindert wird und die Kassen vor den gleichen wettbewerblichen Chancen stehen. Die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA erfolgen so, dass jede Kasse eine Risikostruktur aufweist, die dem Durchschnitt aller Kassen

entspricht. Dadurch können sich die Krankenkassen im Wettbewerb vor allem um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bemühen (Gerlinger & Burkhardt, 2014). Auf der Zielebene erreicht der RSA durch die Sicherstellung eines Wettbewerbes, dass sich die Gesundheitsversorgung optimiert. Außerdem werden mit dem RSA personale, branchenmäßige oder regionale Verteilungseffekte abgesichert (Ulrich, 2017, S.15ff.).

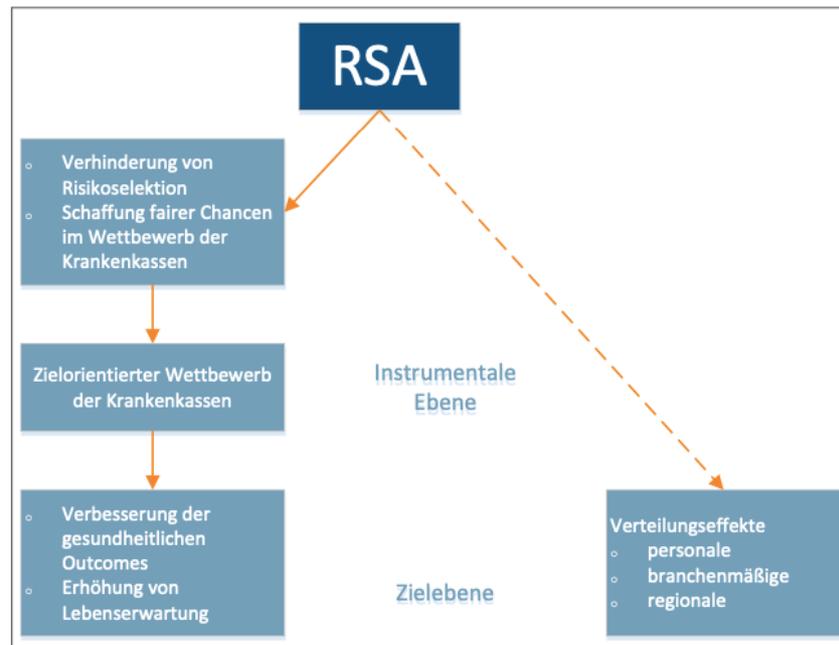


Abb. 1: Ziele des RSA 1
Quelle: Drösler et al. 2017 S.11 nach Wille et al. 2007 S.31

Auf welche Art und Weise der Morbi-RSA funktioniert, um dieser Zielsetzung gerecht zu werden wird im folgenden Kapitel beschrieben.

3.2.2. Funktionsweise des Morbi-RSA (Status quo)

Der Morbi-RSA ist als ein lernendes System konzipiert und unterlag bisher einigen strukturellen Veränderungen. Die folgenden Erläuterungen beschränken sich auf den Morbi-RSA im Status quo, da diese für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant ist. Außerdem wird aufgrund der Komplexität des Finanzausgleiches von einer detaillierten Beschreibung der Funktionsweise abgesehen und der Morbi-RSA in seinen Grundzügen beschrieben. Dazu wird sich überwiegend auf die Aussagen des BAS, sowie die Aussagen des Wissenschaftlichen Beirates gestützt.

Die Mittel aus dem Gesundheitsfonds werden anhand des Morbi-RSA so verteilt, wie sie für die Versorgung der Versicherten benötigt werden. Die Kassen erhalten also Zuweisungen aus dem Fonds, die in ihrer Höhe von bestimmten Faktoren abhängen. Bevor es jedoch an die

Berechnung der Zuweisung geht, müssen im Vorfeld zwei wesentliche Faktoren bestimmt werden: Das Zuweisungsvolumen und das Versichertenklassifikationsmodell.

Mit dem Zuweisungsvolumen wird die Höhe der Summe an finanziellen Mittel bestimmt, die aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen fließen. Das Versichertenklassifikationsmodell bestimmt die Kriterien, nach denen die Zuweisungen aufgeteilt werden.

Die Grundlage für die Berechnungen des Morbi-RSA sind die Beitragseinnahmen in der GKV. Die finanziellen Mittel der GKV werden aus dem Gesundheitsfonds heraus an die einzelnen Kassen in Form von risikoadjustierten Zuweisungen, die durch den Morbi-RSA bestimmt werden, verteilt. Es werden vier verschiedene Arten von Zuweisungen unterschieden:

- Zuweisungen zur Deckung der Leistungsausgaben,
- Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen,
- Zuweisungen zur Deckung der Aufwendung zur Entwicklung und Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme und
- Zuweisungen zur Deckung der Verwaltungsausgaben

Der höchste Anteil an Zuweisungen entsteht für die Deckung der Leistungsausgaben. Diese Zuweisungsart dient der Deckung von Pflichtleistungen einer Krankenkasse gegenüber der Versicherten. Für jeden Versicherten erhalten die Kassen eine Grundpauschale, die den zu erwartenden durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der Kasse entspricht. Die Grundpauschale wird um Zu- und Abschläge nach Alter und Geschlecht korrigiert. Weitere Zuschläge erfolgen im Falle einer vorliegenden Krankheit und der Beziehung einer EMR. Die Krankheit muss zur Gruppe der 50 bis 80 berücksichtigungsfähigen Krankheiten gehören, um entsprechende Zuschläge zu verrechnen. Am Ende sind die Zuweisungen an der Risikostruktur der jeweiligen Kasse angepasst (Drösler et al., 2017, S. 30ff. und BMG, 2008, S. 3f.).

Um die Zuweisungen zu berechnen, werden die Versicherten entsprechenden Risiko- und Morbiditätsgruppen zugeordnet. Folgende Arten an Risikogruppen können unterschieden werden: Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs), Erwerbsminderungsgruppen (EMGs), Kostenerstattergruppen (KEGs), Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs) und die hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs). Jeder Versicherten wird einer AGG zugeordnet. Liegt der Bezug einer EMR vor, wird der/die Versicherte einer EMG zugeordnet. Selbiges gilt bei der Wahl einer Kostenerstattung oder beim Vorliegen eines Wohnsitzes außerhalb der Bundesrepublik. Diese werden ebenfalls jeweils einer KEG und einer AusGG zugeordnet. Eine Ausnahme bildet hier die Einteilung in HMGs. Hier können die Versicherten unbegrenzt mehreren HMGs zugeordnet werden. Die Einteilung wird anhand von stationär und ambulant gestellten Diagnosen vorgenommen. Die Aufteilung der Diagnosen in HMG entsteht durch die Zusammenfassung von Diagnosen mit ähnlichen medizinischen Versorgungsbedarf. Diese

werden dann nochmal nach Schweregrad und Versorgungsaufwand differenziert wodurch sich die entsprechende HMGs bilden. Versicherte können zwar mehreren HMGs zugeordnet werden, jedoch immer nur einer HMG derselben Hierarchie. Im Morbi-RSA von 2015 wurden beispielsweise aus den 80 zu berücksichtigenden Krankheiten insgesamt 192 HMGs gebildet und diese 25 Hierarchien zugeordnet (Drösler et al., 2017, S. 32ff. und BMG, 2008, S. 4ff.). Die ausführliche Beschreibung der weiteren Zuweisungsarten ist für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht weiter relevant und fällt deshalb weg.

Die Ausgleiche aus dem Morbi-RSA erfolgen nicht für die laufenden Versorgungskosten, sondern für die Kosten, die im Jahr nach der Diagnosestellung aufgrund der Krankheit anfallen (prospektives Modell). Damit verfolgt der Morbi-RSA das Ziel, ungleiche Risikostrukturen der Kassen auszugleichen. Er ist in Ausgleichsjahren (AJ) organisiert, wobei ein AJ einem Kalenderjahr entspricht. In jedem AJ wird ein eigener Mori-RSA realisiert (Drösler et al., 2017, S.28f).

Der Morbi-RSA ist als ein „lernendes System“ konzipiert und bedarf aus diesem Grund Weiterentwicklungen, um die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA erhöhen.

3.2.3. Reformbedarf

Der Morbi-RSA regelt die jährliche Verteilung von über 200 Milliarden Euro auf über 100 gesetzlichen Krankenkassen. Die Zielgenauigkeit des Ausgleiches spielt daher für den Kassenwettbewerb eine wichtige Rolle und die Ausgestaltung wird von den jeweiligen Kassen(arten) umstritten diskutiert wird (IKK e.V., 2020).

Dass der Morbi-RSA in seiner aktuellen Fassung einer Reform bedarf kann Anhand der Entwicklung der Deckungsbeiträge dargestellt werden, die gleichzeitig die Zielgenauigkeit des Systems widerspiegeln. Demnach führen die bisherigen Verteilungswirkungen des Morbi-RSA dazu, dass einige Kassen überdeckt sind, also mehr Gelder aus dem Gesundheitsfonds erhalten, als für die Versorgung der Versicherten notwendig, und andere wiederum unterdeckt sind. Im Laufe der Jahre habe sich diese Schieflage der Deckungsbeiträge verschärft (vdek, 2018). Abbildung 2 stellt die Entwicklung der Deckungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben dar. Aus der Abbildung ist zu entnehmen, dass die Überdeckungen der AOKen seit 2013 deutlich zugenommen haben, während auf der anderen Seite sich die Ersatzkassen mit zunehmenden Unterdeckungen abfinden müssen. Im Jahre 2018 beträgt die Überdeckung für die AOKen rund 1,58 Milliarden Euro, und die Unterdeckung der Ersatzkassen rund 1,06 Milliarden Euro. Auch die BKK, IKK und die KBS weisen im Jahr 2018 Unterdeckungen in unterschiedlicher Höhe auf.

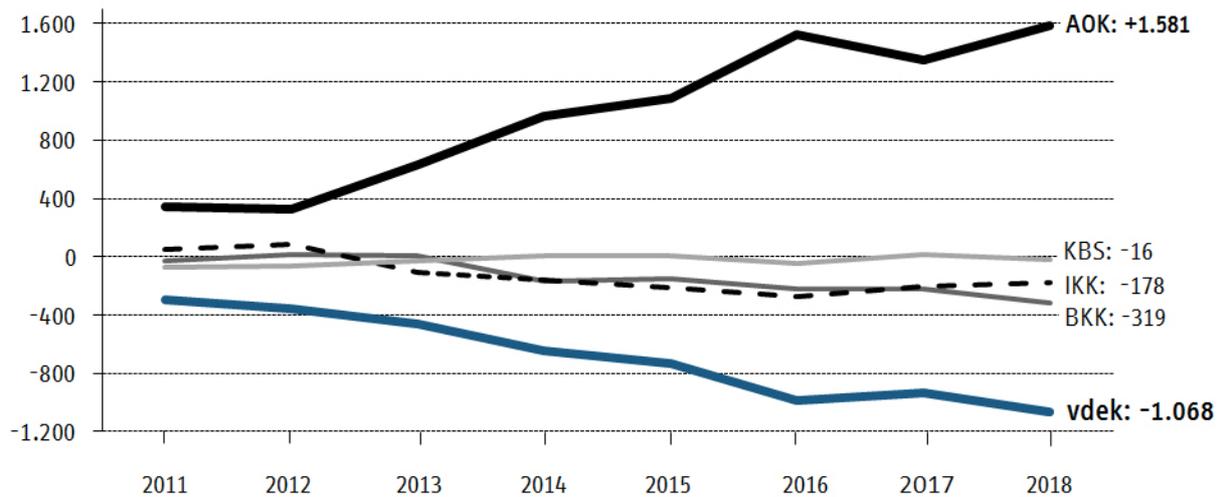


Abbildung 2: Entwicklung der Deckungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
Quelle: vdek 2019

Grund für eine derartige Entwicklung der Deckungsbeiträge seien Fehlanreize und Manipulationen von Seiten der Krankenkassen. Bekanntermaßen werden im Morbi-RSA 50 bis 80 Krankheiten mit hoher Prävalenz berücksichtigt. Damit sei ein Anreiz gesetzt, dass sich die Kassen bemühen für ihre Versicherten möglichst viele RSA-relevante Diagnosen vorzuweisen, um mehr Geld aus dem Fonds zu erhalten. Die Diagnosestellung vom Arzt*in wird anhand von Versorgungsverträgen, die eine Vergütung für die Diagnosestellung versprechen, so beeinflusst, dass der Versicherte kranker zu sein scheint. Befestigt wird diese Annahme auch durch die Entwicklung der Prävalenz von berücksichtigungsfähigen Krankheiten seit der Einführung des Morbi-RSA (IKK e.V., 2020). Der Fokus im aktuellen Morbi-RSA liegt somit stärker in der Diagnosekodierung, als im eigentlichen Ziel der Verbesserung der Versorgung (Möws, 2018). Dem sich anschließend gibt der aktuelle Morbi-RSA nur wenig bis kaum Anreiz für Prävention, da Zuweisungen nur im Fall von Erkrankungen erfolgen. Der RSA sollte so umgestaltet werden, dass sich Prävention für die Kassen ebenso lohnt und aussichtsreich scheint, wie es ohne den Morbi-RSA der Fall wäre. Die Stärkung der Versorgungsneutralität im RSA ist hier notwendig (Hohnl & Berndt, 2016).

Im Zusammenhang mit der Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA wird auch die fehlende regionale Berücksichtigung genannt. Die GKV-Finanzstruktur weist bundesweit unterschiedliche Kosten in der Versorgung auf. Diese werden bislang im Morbi-RSA nicht beachtet, wodurch Über- und Unterdeckungen entstehen. Auch sei hier ein Anreiz für Risikoselektion gegeben, indem sich die Kassen auf profitable Regionen konzentrieren (Wende & Weinhold, 2016).

Ende 2016 wurde der Wissenschaftliche Beirat beauftragt, den Morbi-RSA zu evaluieren. Anhand der Ergebnisse kann festgehalten werden, dass Weiterentwicklungsbedarf besteht.

Jedoch merkt der Wissenschaftliche Beirat auch an, dass der Morbi-RSA zielgerichteter ist, als seine Vorgänger. Außerdem wird von einer Beurteilung der Zielgenauigkeit des RSA anhand der Entwicklung von Zusatzbeitragssätzen und der Differenzen in den Deckungsbeiträgen abgeraten. Stattdessen sollte die Entwicklung von Risikoselektionsanreizen zur Beurteilung der Zielgenauigkeit herangezogen werden (AOK-BV, 2017).

3.3 Weiterentwicklung des Morbi-RSA durch das GKV-FKG

Unter der Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats hat der Gesetzgeber mit dem GKV-FKG Maßnahmen eingeführt, die eine faire Wettbewerbsordnung ermöglichen sollen. Das Gesetz ist nach langwierigen Debatten nach 2./3. Lesung im Februar 2020 vom Bundestag verabschiedet worden. Neben den Maßnahmen, die die Bekämpfung von Lieferengpässen bei Arzneimittel (AM) betreffen und Maßnahmen des allgemeinen Organisationsrechtes von Krankenkassen, wurde als Kernstück des Gesetzesentwurfes die Weiterentwicklung des Morbi-RSA mit Wirkung zum 01.01.2021 durchgesetzt (Deutscher Bundestag, 2020). Die wesentlichen Reformmaßnahmen werden nachfolgend genannt und kurz erläutert.

Risikopool für Hochkostenfälle

Nach der Abschaffung des ersten Risikopools im Jahr 2009 wird nun erneut ein Hochrisikopool eingeführt. Der Risikopool gleicht Leistungsausgaben aus, die besonders hochpreisig sind und zur finanziellen Belastung einer Krankenkasse führen könnten. Übersteigen die Ausgaben einer Kasse im Leistungsfall einen festgelegten Schwellenwert, erhält die Kasse einen Ausgleich der Ist-Kosten aus dem Risikopool. Es werden allerdings nicht die gesamten Kosten berücksichtigt und ausgeglichen, sondern 80 Prozent des Ausgabenwertes, der über dem Schwellenwert liegt. Durch die Teilerstattung der Kosten wird versucht, den Anreiz der Kassen zum wirtschaftlichen Handeln zu erhalten (BT Drs.19/17155, S.113ff.). Die Entscheidung inwiefern die Berechnung und Durchführung des Risikopools stattfindet ist Aufgabe des BMG (§268 Absatz 4 SGB V). Die Höhe des Schwellenwertes ist für das Jahr 2021 auf 100.000 Euro festgelegt und variiert jährlich (BT Drs.19/17155, S.113ff.).

Regionalkomponente

Neu eingeführt wurde außerdem eine Regionalkomponente im Morbi-RSA. Für die Zuteilung der Versicherten in Risikogruppen werden zukünftig auch regionale Merkmale berücksichtigt. Diese Merkmale können beispielsweise die Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur der Lebensregionen der Versicherten sein oder andere, wie die Sozialstruktur oder die Markt- und Wirtschaftsstruktur. Nach welchem Ansatz die regionalen Merkmale bestimmt werden ist vom

BAS festzulegen (BMG, 2020b). Die Einführung einer Regionalkomponente wird damit begründet, dass sich deutschlandweit die Höhe der Ausgaben für medizinische Leistungen unterscheiden. Diese Kostenunterschiede wurden auch vom Wissenschaftlichem Beirat im Gutachten von 2017 bestätigt (Drösler et al., 2017, S. 460ff.).

Versichertenindividuelle Arzneimittelrabatte

Eine weitere Maßnahme der Reform ist die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten und -abschlägen. Für den Arzneimittelbereich gilt im Morbi-RSA die Besonderheit, dass die tatsächlich angefallenen Kosten ausgeglichen werden. Die Krankenkassen melden demnach ihre Ausgaben für Arzneimittel und erhalten dafür Zu- oder Abschläge aus dem Morbi-RSA, die um einen versichertenindividuellen Rabatffaktor korrigiert sind. Dieses Verfahren soll eine zielgenauere Zuweisung ermöglichen, als die bisherige Berücksichtigung eines durchschnittlichen kassenbezogenen Arzneimittelrabatffaktors (BT Drs. 19/15662 S.59).

Erwerbsminderungsrente

Auf der anderen Seite hat der Gesetzgeber die Berücksichtigung des Bezuges einer EMR als Risikomerkmale gestrichen. Bisher waren im Falle des Bezugs einer EMR Zuschläge für den Versicherten aus dem Morbi-RSA vorgesehen. Für Versicherte mit ähnlicher Erkrankung, die jedoch kein Anspruch auf eine EMR haben, werden keine Zuschläge zugewiesen. Aus diesem Grund entschied sich der Gesetzgeber die Berücksichtigung der EMR ersatzlos zu streichen und dadurch eine gerechte Behandlung zu ermöglichen (BT Drs. 19/15662 S.59).

Krankheits-Vollmodell und Manipulationsstärkung

Weiterhin führt der Gesetzgeber ein Krankheits-Vollmodell ein. Anstelle des jährlichen Auswahlverfahrens von 50 bis 80 zu berücksichtigenden Krankheiten wird das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt. Krankheiten, die bisher keine Berücksichtigung fanden, werden in entsprechende HMG eingeteilt. Die Zuschläge fließen weiterhin nur dann, wenn die berücksichtigte Erkrankung Folgekosten verursacht, die sich im Jahr nach der Diagnosestellung ergeben. Außerdem werden sogenannte Altersinteraktionstermen (AIT) eingeführt, die altersbezogene Krankheitsverläufe erfassen. Die Einführung eines Vollmodells verlangt auf der anderen Seite auch Maßnahmen, die die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA bestärken. So hat der Gesetzgeber eine Manipulationsbremse beschlossen. Sollte eine HMG in der Diagnosekodierung auffällig oft auftauchen, d.h. die HMG wird häufiger codiert, als nach einer festgelegten Steigerungsrate, dann tritt die Manipulationsbremse in Kraft. Folglich erhalten alle Krankenkassen für diese HMG keine Zuweisungen aus dem Morbi-RSA und die jeweilige HMG wird als Ausgleichsvariable nicht mehr berücksichtigt. Die

Manipulationsbremse ist ein Versuch, die mögliche Einflussnahme der Kassen auf das Kodierverhalten der Ärzte zu verhindern. Vor diesem Hintergrund ist im Rahmen der Weiterentwicklung des Morbi-RSA auch die Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch die Krankenkassen abgeschafft worden. Außerdem wurden Regelungen, die das Verbot der Diagnosevergütung in Versorgungsverträgen betreffen mit dem GKV-FKG nochmals angepasst. Unzulässig sind alle Verträge, in denen eine Vergütung durch die Diagnosestellung erfolgt (BT Drs. 19/15662 S.59f.).

Als weitere Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz im RSA ist es den Krankenkassen erstattet, untereinander zu klagen, sollte der Verdacht eines wettbewerbswidrigen Verhaltens bestehen (BT Drs. 19/15662 S.59f.).

Vorsorge-Pauschale

Nicht zuletzt hat der Gesetzgeber eine Vorsorge-Pauschale im Morbi-RSA eingeführt. Für Versicherte, die bestimmte Leistungen der Prävention in Anspruch nehmen, erhalten die Kassen eine Pauschale aus dem Morbi-RSA. Damit werden die Kassen ermutigt, ihre Präventionsaufgaben nicht aus den Augen zu verlieren und ihre Versicherten dabei zu fördern, die Leistungen der Prävention in Anspruch zu nehmen (BT Drs. 19/15662 S.60). Eine Unterteilung der Vorsorgeuntersuchungen in drei mögliche Stufen bestimmt die Höhe der Pauschale. Wenn ein/eine Versicherte*r an mehrere Untersuchungen im AJ teilnimmt, wird jeweils nur eine Untersuchung ausgeglichen (AOK, 2019, S. X).

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Neben den genannten Maßnahmen ist mit dem GKV-FKG auch eine regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat bestimmt worden. Der RSA soll in Hinblick auf seine Manipulationsresistenz sowie die Wirkungen auf den Kassenwettbewerb untersucht werden (BT Drs. 19/15662 S.60).

4. Methodik

Die folgenden Abschnitte widmen sich der Methodik, die dieser Arbeit zugrunde liegt. Es werden die Instrumente zur Erhebung der Daten vorgestellt und die analytische Vorgehensweise wird erläutert.

4.1. Datenerhebung

In Anbetracht der Forschungsfrage eignen sich für die Erhebung der Daten die Instrumente der qualitativen Forschung. Die Wirkungen der Reform des Morbi-RSA auf vorhandene Wettbewerbsverzerrungen können mit Hilfe der Interpretation von beispielsweise Textpassagen und Aussagen dargestellt und erfasst werden. Aus diesem Grund erfolgt die Datenerhebung anhand einer wissenschaftlichen Dokumentenanalyse. Ergänzend dazu werden leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Nachfolgend werden diese Erhebungsmethoden im Detail beschrieben.

4.1.1 Dokumentenanalyse

Die wissenschaftliche Dokumentenanalyse ist eine Datenerhebungsmethode, in der Dokumente systematisch und in Anbetracht eines festgelegten Ziels gesammelt und archiviert werden. Es kann sich dabei um verschiedene Arten von Dokumenten handeln, wie beispielsweise persönliche oder offizielle Dokumente, oder eine Unterscheidung nach textuelle Dokumente, visuelle Dokumente (z.B. Fotos), auditive Dokumente (z.B. Aufzeichnungen), sowie Mischformen wie audiovisuelle Dokumente (z.B. Videos) und hypermediale Dokumente (z.B. Online Diskussionsforum). Vor der Sammlung und Archivierung wird zunächst festgelegt, welche Dokumentenart für die Beantwortung der Fragestellung relevant ist. Schließlich werden die Dokumente nach formalen und inhaltlichen Merkmalen ausgewertet (näheres dazu in Kapitel 3.2. *Datenauswertung*) (Döring & Bortz, 2016, S.536ff.). Die Dokumentenanalyse eignet sich, um an Informationen zu gelangen, die mit Hilfe anderer Methoden, wie Interviews oder Beobachtungen, nicht oder nur schwer zugänglich sind (Mayring, 2016, S.46).

In dieser Arbeit wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage Stellungnahmen zum GKV-FKG der Akteur*innen im Gesundheitswesen erhoben. Berücksichtigt wurden offizielle Stellungnahmen, die in textueller Form und in deutscher Sprache vorliegen. Dazu wurde die Suchmaschine „Google“ nach den Suchbegriffen „Stellungnahme“ und „GKV-FKG“ durchsucht. Da die Berücksichtigung und Analyse aller veröffentlichten Stellungnahmen sich nicht mit dem zeitlichen Rahmen dieser Arbeit vereinbaren lässt, wurden nach gezielter Auswahl nur die Aussagen bestimmter Akteure*innen berücksichtigt. Folgende Kriterien haben bei der Auswahl eine Rolle gespielt:

1. *Stellungnahme bezieht sich auf Reformierung des Morbi-RSA*

Erklärung: Mit dem GKV-FKG ist nicht nur die Reform des Morbi-RSA durchgesetzt worden, es wurden auch andere gesundheitspolitische Maßnahmen getroffen.

Stellungnahmen, die sich nicht, oder nur im geringen Umfang auf die Reform des Morbi-RSA beziehen sind für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht zweckvoll und werden außer Acht gelassen.

2. *Umfang des Dokumentes (Seitenzahl)*

Erklärung: Stellungnahmen, die weniger als sechs Seiten beinhalten werden unter der Annahme, dass aus diesen Stellungnahmen nicht genügend Informationen gewonnen werden, ausgeschlossen. Damit soll auch eine Vergleichbarkeit der Dokumente garantiert werden.

3. *Rolle des Herausgebers*in*

Erklärung: Die Akteure im Gesundheitswesen haben unterschiedliche Rollen und vertreten dementsprechend unterschiedliche Interessen. Bei der Datenerhebung sollen diese Interessensunterschiede berücksichtigt werden

4.1.2. Experteninterview

Ein weiterer Teil der Datenerhebung erfolgt über Experteninterviews. Experteninterviews zählen zu einer Variante der Leitfaden-Interviews und sind ein Verfahren zur Datenerhebung, in denen Personen, die über exklusives Wissen verfügen, zu einem Themengebiet befragt werden. Dabei wird versucht neben dem Fachwissen des Experten, auch an Praxis- und Handlungswissen zu gelangen. In dieser Arbeit sollen mit Hilfe der Interviews zum einen die Aussagen aus den Stellungnahmen manifestiert werden. Auf der anderen Seite kann anhand der Interviews auf eine Aussage oder Problematik näher eingegangen werden und ggf. können nicht veröffentlichte Meinungen gewonnen werden. Die Abbildung 3 stellt dar, in welchen Schritten die Planung und Durchführung der Experteninterviews in dieser Arbeit erfolgte. Die Vorgehensweise ist in insgesamt sechs Schritten gegliedert worden, auf diese wird im Folgenden näher eingegangen.

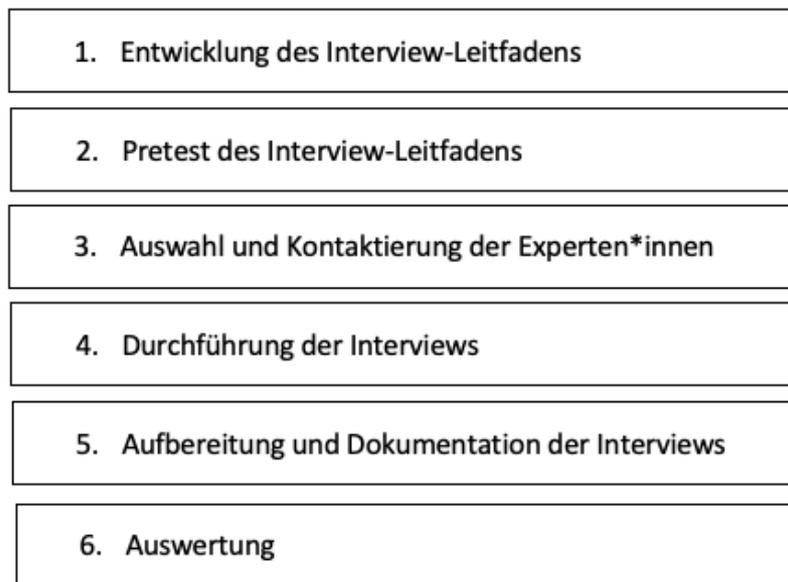


Abb. 3: Planung und Durchführung der Experteninterviews (eigene Darstellung in Anlehnung an Kaiser 2014 S.12)

Die Entwicklung des Interview-Leitfadens und der Pretest

Der Einsatz eines Leitfadens für die Befragung von Experten hat sich in der Forschung als hilfreich erwiesen. Der Interview-Leitfaden dient dazu, den Ablauf des Interviews zu gestalten und schafft Orientierung im zu untersuchenden Themengebiet (Helfferich, 2014, S.570ff.). Bei der Entwicklung des Leitfadens wurden im ersten Schritt möglichst viele Fragen zum Forschungsthema gesammelt. Anschließend wurden die gesammelten Fragen nochmals kritisch reflektiert. Es wurde darauf geachtet, dass die Fragen in einem direkten Zusammenhang mit dem Forschungsinteresse stehen und für die Beantwortung der Forschungsfrage bedeutsam sind. Außerdem wurde geschaut, ob mit den Fragen bereits bekannte Aussagen widerlegt, widersprochen oder bestätigt werden können. Alle Fragen wurden offen formuliert. Im nächsten Schritt wurden aus den verbliebenen Fragen sechs Themenkomplexen gebildet und die Fragen diesen zugeordnet. Im ersten Themenkomplex werden allgemeine Fragen zum Gesetzesentwurf gestellt. Diese dienen dazu, ein allgemeines Meinungsbild zu den Maßnahmen im Gesetzesentwurf zu gewinnen. Die Themenkomplexen zwei bis fünf beinhalten Fragen zu explizit genannten Reformmaßnahmen. Der letzte Themenkomplex dient der Zusammenfassung und Erklärung von möglichen Schwächen der Reformmaßnahmen und es sollen Anhaltspunkte für weitere notwendige Maßnahmen gefunden werden. Neben diesen Themenkomplexen wurden zu Beginn des Interviews Einstiegsfragen gestellt, um das Gespräch aufzulockern.

Um die Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit des Leitfadens zu überprüfen wurde ein Pretest an zwei Studierende durchgeführt.

Auswahl und Kontaktierung der Experten*innen

Die Experten*innen wurden über Kontakte vermittelt und gezielt ausgewählt. Es wurden Personen als Experten*innen definiert, die im Gesundheitswesen tätig sind und aufgrund ihres Berufes mit der Funktion, den Zielen und der Problematik des Morbi-RSA vertraut sind. Die Experten*innen sollten dabei nicht weniger als fünf Jahre Berufserfahrungen aufweisen. Bei der Kontaktaufnahme muss der/die Interviewer*in soweit über die Forschungsarbeit und den datenschutzrechtlichen Aspekten aufklären, dass ein vertrauensvoller Eindruck geschaffen wird (Dresing & Pehl, 2015, S.12). Die infrage kommenden Experten*innen wurden per E-Mail angeschrieben. In der E-Mail wurden sie über Hintergrund, Zweck, Dauer und Durchführung des Interviews aufgeklärt. Ein Informationsschreiben, welches die Forschungsarbeit in seiner Zielsetzung und angewendeten Methodik darlegt, wurde der E-Mail angehängt (s. Anhang 1). Ebenso erhielten die kontaktierten Experten*innen eine Einwilligungserklärung, in der erklärt wird, wie der Umgang mit sensiblen und personenbezogenen Daten von statten geht (s. Anhang 2). Die Einwilligung bedarf einer Unterschrift der Experten*innen und soll an den/die Interviewer*in zurückgeschickt werden.

Durchführung, Aufbereitung und Dokumentation der Interviews

Die Interviews wurden allesamt vom selben Interviewer*in und in deutscher Sprache durchgeführt. Sie erfolgten telefonisch unter Anwendung desselben Leitfadens (s. Anhang 3). Eine maximale Interviewzeit von 30 Minuten wurde vorab festgelegt. Die Interviews wurden auf einem privaten Laptop aufgezeichnet und anschließend an diesem auch vollständig transkribiert. Die Transkription ist mit Hilfe des Programms „Microsoft Word“ und nach den Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2010, s. Anhang 3) durchgeführt worden. Der letzte Schritt „Auswertung“ wird im nächsten Kapitel näher beschrieben.

4.2. Datenauswertung

Die Auswertung und Analyse der Daten aus der Dokumentenanalyse und aus den Experteninterviews erfolgten unter Anwendung der qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

Die Qualitative Inhaltsanalyse ist eine Auswertungsmethode von Texten, die sich im Rahmen der Datenerhebung herausbilden. Diese Methode erlaubt das Untersuchen von großen Materialmengen und ist in seiner Vorgehensweise fest reguliert. In Abhängigkeit von der Zielsetzung der Analyse können unterschiedliche Techniken differenziert werden. In dieser Forschungsarbeit wurde die Technik der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse angewandt, welche eine Reduktion von umfangreichem Datenmaterial auf Hauptaussagen beabsichtigt (Mayring & Fenzl, 2014, S.543ff.). Zunächst wurde das Datenmaterial fallbezogen

ausgewertet, d.h. jede Stellungnahme bzw. jedes Interview stellt einen eigenen Fall dar. Anschließend erfolgte die Analyse nach den folgenden Schritten:

Im ersten Schritt, der Paraphrasierung, werden Textabschnitte des Interviews, die für die Beantwortung der Forschungsfrage wichtig erscheinen, in ihrem Inhalt reduziert und zusammengefasst. Dazu werden beispielsweise unwichtige Textpassagen ausgelassen oder Aussagen gebündelt. Bei der Paraphrasierung wird sich am chronologischen Verlauf des auszuwertenden Textes orientiert. Als nächstes werden die Paraphrasen generalisiert, und anschließend werden unwichtige und inhaltlich gleiche Paraphrasen gestrichen. Die übrigen Paraphrasen werden auf übergeordnete Kategorien gegliedert, sodass am Ende die Hauptaussagen in komplexen Paraphrasen zusammengefasst sind. Die Kategorien entstehen im Laufe der Analyse und werden auf alle Fälle übertragen. Technisch unterstützt wird die Auswertung unter der Anwendung von „Microsoft Excel“. Zuletzt werden die übergeordneten Kategorien in ihrer Häufigkeit dargestellt.

5. Ergebnisse

Dieses Kapitel dient der Darlegung der Ergebnisse aus den zuvor beschriebenen Analysemethoden. Es werden zunächst die Ergebnisse der Dokumentenanalyse mit anschließende Argumentationsanalyse vorgestellt. Daraufhin folgt die Darstellung der Ergebnisse aus den Experteninterviews.

5.1. Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Für die Dokumentenanalyse wurden die Stellungnahmen von unterschiedlichen Akteuren*innen des Gesundheitswesens herangezogen. Eine erste Erhebung ergab insgesamt 36 Stellungnahmen zum Referenten- oder Gesetzesentwurf des GKV-FKG in schriftlicher Form (s. Anhang 4). Vermerkt wurde von jedem/jeder Akteur*in die aktuellste Fassung einer Stellungnahme. Infolge einer Selektion nach den Kriterien aus Kapitel 3.1.2. *Dokumentenanalyse* konnten schließlich sieben Stellungnahmen für die Analyse identifiziert werden. Diese werden somit nach kurzer Vorstellung des/der jeweiligen Akteurs*in dargestellt.

5.1.1. AOK-Bundesverband

Der AOK Bundeverband (AOK-BV) vertritt die Interessen der elf verschiedenen AOKs gegenüber Presse und Politik. Insgesamt sind ca. 26 Mio. Menschen in der AOK Gemeinschaft versichert. Als Ortskrankenkassen sind alle AOKen regional geöffnet (AOK-BV, 2016).

Der AOK-BV sieht an vielen Stellen des Gesetzesentwurfes eine Schwächung des Kassenwettbewerbes, an Stelle der beabsichtigten Stärkung. Maßnahmen, die die Resistenz gegenüber Manipulation stärken sollen, werden in ihrer Zielsetzung begrüßt, jedoch werden hier falsche Anreize gesetzt. Der AOK-BV weist auf die wichtige Funktion der Diagnose in Versorgungsverträgen hin, in Bezug auf die beabsichtigte Diagnoseentkoppelung aus den Verträgen. Ohne Diagnose würde die Versorgungsleistung gefährdet sein, da der Versorgungsaufwand einer Erkrankung nicht mehr differenziert werden kann und besonders aufwendige Versorgung nicht entsprechend vergütet werden kann. Die dazu erfassten Ausnahmeregelungen aus der Gesetzesbegründen greifen zu kurz und sind zudem nicht im Gesetzestext formuliert. Auch die Manipulationsbremse sieht der AOK-BV kritisch. Diese kann bei auffälliger Steigerung einer HMG die Ursache nicht erfassen, wodurch Fehlinterpretationen möglich sind und Zuweisungsausschlüsse falsch getroffen werden. Ein Zuweisungsausschluss selbst hat den Nachteil, dass die Neuverteilung der Mittel eine Überdeckung junger und gesunder Versicherten verursachen kann, wodurch ein Selektionsanreiz für diese Gruppe besteht. Auch müssen Kassen mit finanziellen Einbußen rechnen und können aufgrund der Ausschlussmöglichkeit einer HMG ihren Haushalt nicht sicher planen (AOK-BV, 2019, S. 25, 36f., 74f.). Kritisiert wird seitens des AOK-BV auch die Streichung der EMR, wodurch Risikoselektionsanreize für diese Gruppe entstehen und die Zuweisungen nicht zielgerecht erfolgen (ebd., S.73). Des Weiteren wird mit der Einführung der Präventionspauschale befürchtet, dass langfristig die Zielgenauigkeit der Zuweisung abnimmt und dass Fehlanreize entstehen, sich ausschließlich auf Präventionsangebote zu konzentrieren, für die eine entsprechende Pauschale erfolgt (AOK-BV, 2019, S.131). Von dem AOK-BV abgelehnt werden die Regionalkomponente und der Risikopool. Die Regionalkomponente wird abgelehnt, weil einerseits eine regionale Risikoselektion nicht wissenschaftliche belegt ist und zum anderen Über- und Unterdeckungen bzw. Fehldeckungen bekräftigt werden. Durch eine Umverteilung der Zuweisungsbeträge von ländliche auf städtische Regionen Fehlen die Beiträge in der ländlichen Versorgung und es besteht die Möglichkeit, dass die Konzentration von Kassen in den Städten zunimmt. Die Regionalkomponente mit einem anteiligen Ist-Kostenausgleich beeinflusst außerdem das wirtschaftliche Handeln von Kassen negativ. Selbiges gilt auch für den Risikopool mit direktem Kostenausgleich. Im Risikopool werden zudem die berücksichtigungsfähigen Krankheiten bereits über die risikoadjustierten Zuweisungen erfasst und ausgeglichen. Ein Risikopool würde damit eine zweifache Berücksichtigung von bestimmten Krankheitsbildern verursachen. Außerdem sind die Ausführung des Risikopools mit höherem administrativem Aufwand verbunden (ebd., S.73, 81f.). Abgelehnt wird auch die Streichung der EMR in der Versichertenklassifikation. Die EMR ist manipulationssicher und eignet sich, um den Schweregrad einer Erkrankung zu ermitteln. Durch die Streichung dieses Merkmals kann es

zu Unterdeckung der Betroffenen kommen und die Zuweisungen im Morbi RSA verlieren an Zielgenauigkeit. Außerdem besteht die Gefahr, dass die EMR-Empfänger von den Kassen selektiert werden. Begrüßt wird die lange geforderte regelmäßige Evaluation des Ausgleiches. Es wird jedoch angeraten, dass auch die neuen Maßnahmen und deren Wirkung in der Evaluation beachtet werden (AOK-BV, 2019, S.76, 78). Ebenfalls wird die Einführung eines Vollmodells positiv bewertet, da das Modell Risikoselektions- und Manipulationsanreize mindert und gleichzeitig exaktere Zuweisungen erfolgen können. Auch die Einführung der versichertenindividuellen AM-Rabatte trägt dazu bei, dass die Zielgenauigkeit der Zuweisungen sich verbessert (ebd., S.72, 118). Nicht zuletzt positioniert sich der AOK-BV auch gegenüber den Regelungen um das Aufsichtshandeln positiv. Eine Verstärkung der Zusammenarbeit ist nur möglich, wenn regelmäßige Treffen in Form von Präsenzsitzungen stattfinden und sich die Aufsichtsbehörden verpflichtend unterrichten (AOK-BV, 2019, S.14).

5.1.2. Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö) führt Forschungen und Politikberatung zu gesundheitsökonomischen Themen durch. Zu ihren Aufgaben gehört auch die Verbreitung von gesundheitsökonomischen Erkenntnissen, sowie die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie. Die dggö wurde im Oktober 2008 von 17 Hochschulprofessoren gegründet (dggö, o.J.).

In der veröffentlichten Stellungnahme bezieht sich die dggö auf den Referentenentwurf des GKV-FKG. Es wird ein Großteil der Reformmaßnahmen positiv bewertet. Zu diesen gehört zum einen die Einführung eines Vollmodells. Mit einem Vollmodell können nach Angaben der dggö die Anreize zur Risikoselektion und vorhandene Wettbewerbsverzerrungen abgebaut werden. Durch den Wegfall der jährlichen Krankheitsauswahl reduziert sich der Aufwand im Morbi-RSA und gleichzeitig entwickelt sich eine stärkere Morbiditätsorientierung. Der Anreiz zur Kodierbeeinflussung verringert sich ebenfalls, jedoch besteht noch die Gefahr der Manipulation von Diagnosen (dggö, 2019, S.3). Zum anderen begrüßt die dggö die Maßnahme der Präventionspauschale. Der Morbi-RSA vor der Reform sein nur wenig präventionsorientiert. Daher sieht die dggö die Einführung von der Vorsorge-Pauschale als ein sinnvolles Mittel, um Prävention in einem Vollmodell zu stärken. Allerdings empfiehlt die dggö die Evaluation der Präventionsanreize, da hier die Möglichkeiten besteht, dass Selektionsanreize für Versicherte, die Leistungen der Prävention in Anspruch nehmen, entstehen (ebd., S.5). Die Einführung einer Regionalkomponente wird ebenso positiv bewertet und ist geeignet, um Deckungsbeitragsunterschieden auszugleichen. Für die Regionalkomponente wird empfohlen, dass weitere Variablen in das regionalstatistische Direktmodell aufgenommen werden und dass regionale Unterschiede in den

Versorgungsstrukturen ebenfalls beachtet und zukünftig abgebaut werden sollten (dggö, 2019, S.2). Des Weiteren wird die regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA befürwortet, sowie die versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten. Letztere sei besonders im Zusammenspiel mit der Einführung eines Risikopools erforderlich, um Manipulationsanreize zu verhindern (ebd., S.4f.). Zum Risikopool äußert sich die dggö mit der Kritik, dass die dargestellte Ausgestaltung Fehlanreize herbeiführt. Daher wird ein zweiseitiger Risikopool, welcher an den Deckungsbeiträgen ansetzt, vorgeschlagen. Die Maßnahme der Manipulationsbremse ist ebenfalls in einigen Punkten zu verbessern: zum einen sollte definiert werden, in welchem Fall eine Entwicklung der HMGs als auffällig und damit manipuliert gilt. Außerdem sei dann eine Prüfung von einzelnen Kassen zielführender, wenn Steigerungsraten erfasst werden (dggö, 2019, S.3). In der Stellungnahme werden die Streichung der EMR als Klassifikationsmerkmal abgelehnt. Das Kriterium der EMR ist geeignet, um den Schweregrad der Morbidität von Versicherten zu differenzieren. Da die EMR durch die Deutsche Rentenversicherung identifiziert wird, besteht hier zudem Manipulationssicherheit. In Hinblick auf die geäußerte Kritik wird nochmal auf die Bedeutsamkeit von regelmäßiger Evaluation des Morbi-RSA hingewiesen (ebd., S.4).

5.1.3. Bundesärztekammer/Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Die Bundesärztekammer (BÄK) repräsentiert die berufspolitischen Interessen der Ärzteschaft in Deutschland. Sie ist eine Arbeitsgemeinschaft aller Ärztekammern der Bundesrepublik mit vielfältigem Tätigkeitsbereich. Zur BÄK gehört auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Diese unterstützt die BÄK bei Belangen rund um das Thema Arzneimittel (BÄK, o.J. und AkdÄ, 2018). Im weiteren Verlauf werden beide Akteure zur Vereinfachung unter der BÄK zusammengefasst.

Nach Aussagen der BÄK sorgt die Einführung des Vollmodells dafür, dass Zuweisungen aus dem Morbi-RSA gerechter verteilt werden können. Jedoch ist das Vollmodell mit einem Mehraufwand für die Ärzteschaft verbunden, für diesen im Gesetzesentwurf keine Kompensation in Form von angemessener Vergütung vorgesehen ist. Die BÄK empfiehlt zudem eine engmaschige Evaluation, um die Auswirkungen des Vollmodells zu prüfen (BÄK, 2019, S.9). Die Maßnahmen zur Stärkung des Manipulationsschutzes für Ärzte*innen kritisiert die BÄK hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf innovativer Versorgung. Die Diagnosen in Versorgungsverträgen tragen dazu bei, dass die Leistungen für die Patienten verbessert werden. Die jahrelange Berücksichtigung von Diagnosen hat dafür gesorgt, dass nach innovative Versorgungsansätze gearbeitet wird. Ein Diagnoseentkoppelung würde in diesem Zusammenhang Nachteile nach sich ziehen, die besonders die Qualität der Versorgung betreffen. Zudem sei bereits ausreichender Manipulationsschutz durch andere

Reformmaßnahmen gegeben (BÄK, 2019, S.7). Positiv ist die Einführung eines Risikopools, welcher den langjährigen Forderungen der BÄK entspricht, sowie die Berücksichtigung regionaler Merkmale. Bezogen auf den Risikopool sei eine Berücksichtigung dieser in den bevorstehenden Evaluationen der RSA nötig. Auch die Regelungen zur Stärkung der Zusammenarbeit der Aufsichtsbehörden in der GKV begrüßt die BÄK (BÄK, 2019, S.6,8ff.).

5.1.4. BKK Dachverband

Rund 72 Betriebskrankenkassen in Deutschland sind Mitglied des BKK Dachverbandes (BKK-DV). Dieser repräsentiert seine Mitglieder in der Politik, der Presse und gegenüber anderen Akteuren des sozialen Sicherungssystem. Die verschiedenen BKK sind sowohl bundes- als auch landesunmittelbar geöffnet (BKK-DV, o.J.).

Der BKK-DV sieht die Streichung des Berücksichtigungsmerkmals EMR als folgerichtige Maßnahme im Gesetzesentwurf. Die EMR Berücksichtigung hat nach deren Angaben zu Verwerfungen geführt und Über- bzw. Unterdeckungen hervorgerufen. Die Streichung der EMR wäre zudem mit der Einführung eines Vollmodells und der daraus resultierenden Berücksichtigung aller Krankheiten ohnehin hinfällig. Die Gefahr einer Risikoselektion sieht der BKK-DV hier nicht gegen, sondern im Gegenteil den Vorteil, dass die Morbiditätsorientierung gestärkt wird und die Versicherten gleichbehandelt werden (BKK-DV, 2019, S.7f.). Mit der Einführung eines Vollmodells ist größere Gefahr geboten, dass die Diagnosen manipuliert werden. Das Modell ist in seiner Realisierung komplexer und die Prognosegüte nur in geringem Maß höher. Außerdem können mit dem Modell die Verzerrungen in den Deckungsbeiträgen sowie Verzerrungen durch regionale Selektion nicht ausreichend behoben werden (ebd., S.9). Deshalb seien die Maßnahmen, um eine Manipulation zu verhindern in diesen Fall unabdingbar und werden vom BKK-DV begrüßt. Die Manipulationsbremse ist angemessen und kann die Zielgenauigkeit des RSA stärken. Allerdings ist es wichtig, dass die Mittel aus freiwerdenden (nicht mehr berücksichtigungsfähigen) HMGs nicht pauschal verteilt werden und dass die Krankenkassen über die HMGs, die aus medizinischen Gründen nicht ausgeschlossen werden sollen, informiert werden. Weitere Maßnahmen der Manipulationsresistenz, wie die eine einheitliche Kodierrichtlinie, die Beweislastumkehr und das Verbot der Wirtschaftlichkeitsberatung werden ebenfalls befürwortet (BKK-DV, 2019, S.10, 21). Die Einführung von Altersinteraktionstermen (AIT) im Versichertenklassifikationsmodell sieht der BKK-DV positiv. Es können Fehldeckungen ausgeglichen und Überdeckungen von überwiegend multimorbiden Patienten*innen reduziert werden (ebd., S.11f.). Anerkennung findet auch die Einführung einer Regionalkomponente, welche geeignet scheint um regionalbedingte Differenzen auszugleichen. Durchdacht ist bei der Regionalkomponente außerdem, dass nur die regionale

Angebotsstrukturen einbezogen werden und damit die Krankenkassen keinen Einfluss nehmen können (BKK-DV, 2019, S.12). In der Stellungnahme werden auch die Präventionspauschale, welche den Fokus der Kassen auf die Gesundheit stärkt, sowie die versichertenindividuelle Berücksichtigung von AM-Rabatten befürwortet. AM-Rabatte individuell zu berücksichtigen ermöglicht eine genauere Abbildung der Kosten und es können entsprechende Zuweisungen ermittelt werden. Der BKK-DV empfiehlt hier, dass neben den gesetzlichen Rabatten auch die vertraglichen Rabatte berücksichtigt werden (ebd., S.17). In Bezug auf die Weiterentwicklung und Evaluation des Morbi-RSA wird die regelmäßige Evaluation für richtig gehalten. Allerdings sollten die Wirkungen der neuen Maßnahmen in der Evaluation mitberücksichtigt. Außerdem ist mehr Transparenz im Morbi-RSA-System gefördert. Dieses könnte man durch den Zugang der Kassen zu Forschungsstichproben und durch den Einbezug der Kassen in Evaluation erreichen (BKK-DV, 2019, S.19f.).

5.1.5. Knappschaft-Bahn-See

Die KBS ist ein Verbund von Rentenversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung, Rehabilitationskliniken, eigenem medizinischen Netz und weiteren. Sie gehört zu den größten Gesundheitsverbänden der Bundesrepublik und ist ein bundesweit agierender Sozialversicherungsträger (KBS, o.J.).

Die KBS begrüßt die Einführung einer Regionalkomponente. Diese ist geeignet, um die Zuweisungsgenauigkeit zu erhöhen und eine Risikoselektion nach regionalen Merkmalen zu reduzieren. Der mit der Maßnahme einhergehender Mehraufwand in der Datenerhebung ist verglichen mit den Vorteilen einer Regionalkomponente gerechtfertigt. Allerdings erhebt die Regionalkomponente aus dem Entwurf die regionalen Unterschiede nicht ausreichend. Damit besteht die Gefahr eines Systembruchs und die Erklärungskraft der Komponente sinkt (KBS, 2019, S.4, 18). Das Vollmodell hat ebenfalls Potenzial, um Risikoselektion zu reduzieren und insgesamt die Zielgenauigkeit des Ausgleichsystems zu verbessern. Dazu wird mit einem Vollmodell das RSA-Verfahren deutlich vereinfacht (ebd., S.4f.). Zudem bewertet die KBS die Einführung eines Hochrisikopools als zielführend und vor dem Hintergrund steigender Kosten von Arzneimitteltherapien sinnvoll. Der geplante Ausgleich für die Leistungsausgaben sorgt dafür, dass noch Anreize zum wirtschaftlichen Handeln der Kasse bestehen (KBS, 2019, S.5). Die versichertenindividuelle Berücksichtigung von AM-Rabatten ist in seiner Durchführung zwar aufwendig, jedoch überwiegen auch hier die gewonnenen Vorteile aus der Maßnahme (ebd., S.7). Abgelehnt wird die ersatzlose Streichung der EMR. Dieses Vorhaben vermindert die Zuweisungsgenauigkeit des RSA aufgrund falscher Umverteilung der Zuschläge und führt außerdem zu einer Unterdeckung von Patienten*innen, die eine EMR beziehen. Dadurch entsteht das Risiko, dass EM-Rentner*innen von den Kassen selektiert werden. Auch weil die

EMR ein manipulationssicheres Kriterium ist, kann hier die Streichung nicht nachvollzogen werden (KBS, 2019, S.6). Die Stärkung der Präventionsanreize im Morbi-RSA bewertet die KBS grundsätzlich positiv. Jedoch vermindert eine Finanzierung der Präventionspauschale innerhalb des Morbi-RSA die Zuweisungsgenauigkeit (ebd., S.7). Kritisiert werden einzelne Punkte der Manipulationsbremse. Nach der KBS wäre es sinnvoller, dass bei auffälligen Steigerungsraten der HMGs, die HMG ausgeschlossen wird, die die höchste Veränderungsrate aufweist, anstatt wie geplant HMGs mit den höchsten Zuweisungsvolumen auszuschließen. Mit dem Ausschluss einer HMG resultiert zudem eine Verringerung des Morbiditätsspektrums. Aufgrund der genannten Bedenken ist eine Begutachtung der Maßnahmenwirkung erforderlich (KBS, 2019, S.8). Die Regelungen zur regelmäßigen Evaluation des Morbi-RSA werden begrüßt (ebd., S.9). Weiteren Änderungsbedarf im Morbi-RSA sieht die KBS in folgenden Punkten: Zum einen sollte im Versichertenklassifikationsmodell die Kriterien der Pflegebedürftigkeit und eines Härtefalls aufgenommen werden. Diese zwei Personengruppen sind im aktuellen Morbi-RSA unterdeckt, welches Wettbewerbsverzerrungen aufwirft. Zum anderen wünscht die KBS, dass die vollständigen GKV-Daten im RSA auch den Kassen zur Verfügung gestellt werden. Aktuell können die Kassen nur eingeschränkt am Weiterentwicklungsprozess des Morbi-RSA teilhaben, da ihnen die genannten Daten für eine Gesamtbeurteilung fehlen. Bundesweit geöffnete und große Kassen haben in dem Zusammenhang einen Wettbewerbsvorteil, da sie über einen größeren Satz an Versichertendaten verfügen. Eine Bereitstellung der Daten für alle Kassen bereinigt die bestehenden Wettbewerbsvorteile und schafft mehr Transparenz im gesamten System. Außerdem schlägt die KBS regelmäßige Versammlungen, die dem Austausch der Morbi-RSA Systematik dienen, vor (KBS, 2019, S.18ff.).

5.1.6. Innungskrankenkassen e.V.

Der IKK e.V. ist die gemeinsame Vertretung aller IKK. Im Jahr 2019 waren rund 5,1 Mio. Menschen in Deutschland bei einer der sechs IKK versichert. Die IKK sind teils regional und teils bundesweit geöffnet (IKK e.V., 2020).

In der Stellungnahme begrüßt der IKK e.V. die Einführung einer Präventionspauschale im Morbi-RSA, welche seitens der IKK e.V. lange gefordert wurde. Im Morbi-RSA vor der Reform besteht nur geringer Anreiz zur Prävention, da damit verlorene gehende Zuweisungen verbunden sind. Eine Stärkung der Prävention ist daher sinnvoll und kann auch die Kosten in der GKV senken. Allerdings befürchtet der IKK e.V., dass die Begrenzung der Pauschalzahlung sich wiederum negativ auf die Präventionsanreize auswirkt. Zusätzlich wird vorgeschlagen, dass die Zuweisungen für Prävention anhand eines gedeckelten Ist-Ausgleiches erfolgen. Damit steigt aus Sicht des IKK e.V. der Anreiz zur Förderung von

Prävention für die Kassen (IKK e.V., 2019, S.22f.). Die Manipulationsbremse als Maßnahme eignet sich, um das System manipulationsresistenter zu machen und um die Ausweitung von Morbidität zu verhindern (ebd., S.4). Änderungsbedarf besteht für die geplanten regelmäßigen Evaluationen des RSA. Hier sind die Untersuchungsinhalte der Evaluation bereits vorgenommen und explizit erfasst. Der IKK e.V. schlägt vor, dass die Untersuchungsinhalte nach Anhörung des GKV-SV näher bestimmt werden sollten und die Kassen bei der Anhörung der Themenwahl teilnehmen dürfen. Des Weiteren wird bemängelt, dass im Evaluationszeitraum von vier Jahren nur wenig Bewegungsfreiheit steckt, um bei Fehlentwicklungen zu korrigieren (IKK e.V., 2019, S. 19). Die Ausführungen zur Datenverarbeitung und Weiterentwicklung des RSA sollten um die Bereitstellung des Datenmaterials für die Kassen ergänzt werden. Dieses fördert die Transparenz im System, und ermöglicht es den Kassen, sich uneingeschränkt an der Weiterentwicklung zu beteiligen (ebd., S.3f.).

5.1.7. Verband der Ersatzkassen

Der vdek vertritt die Interessen der sechs Ersatzkassen: Techniker Krankenkasse (TK), BARMER, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse, Handelskrankenkasse und Hanseatische Krankenkasse. Diese bundesunmittelbaren Kassen versichern zusammen rund 28 Millionen Menschen in Deutschland (vdek, 2020).

Die Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA werden zu einem weitestgehend großen Anteil vom vdek begrüßt. Darunter fällt die Einführung einer Regionalkomponente, welche nach Aussagen des vdek zwingend erforderlich war. Die Umsetzung in Form eines Direktmodells trägt dazu bei, dass Verzerrungen durch regionale Unterschiede verringert werden. Ebenso bewertet der vdek die Streichung der EMR als positiv, weil folglich die Morbiditätsorientierung im RSA verbessert wird (vdek, 2019, S.21). Auch die Einführung einer Präventionspauschale und eines Hochrisikopool sind sinnvolle Ansätze in der Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Der Risikopool steigert die Zielgenauigkeit im RSA System, aber bietet gleichzeitig, aufgrund des vorhandenen Schwellenwertes und einer Eigenbeteiligung, noch genug Anreiz für die Kassen, sich wirtschaftlich zu verhalten (ebd., S.22, 28f.). Eine Steigerung der Zielgenauigkeit im RSA wird außerdem durch die geplante versichertenindividuelle Berücksichtigung von AM erreicht. Durch diese Maßnahme können die entstandenen Kosten exakter abgebildet werden und damit Verzerrungen beseitigt werden (vdek, 2019, S.26). Bezogen auf die Einführung eines Vollmodells äußert sich die Kritik, dass es zu vermehrter Überdeckung von multimorbiden Versicherten kommen kann und weiterhin die Gefahr besteht, dass seitens der Kassen die Diagnosestellung beeinflusst wird. Aus diesem Grund ist die Einführung eines Vollmodells nur zielführend, wenn entsprechend die

Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz umgesetzt werden. Hier bewertet der vdek vor allem die Manipulationsbremse und das Verbot der Vergütung einer Diagnosestellung als hilfreich, um Manipulationsanreize zu dämpfen (ebd., S.21f.). Außerdem wird die regelmäßige Evaluation zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA begrüßt und in dem Zusammenhang empfohlen, dass auch die Regionalkomponente eine dauerhafte Weiterentwicklung erfährt und die Instrumente der Manipulationsresistenz regelmäßig evaluiert werden. Zudem empfiehlt der vdek, dass die Berücksichtigung einer DMP Pauschale zukünftig abgeschafft wird, da die Berücksichtigung nicht zu der versorgungsneutralen Ausrichtung des Morbi-RSA passt (vdek, 2019, S.22, 27, 29).

5.1.8. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

Zur Veranschaulichung werden in diesem Kapitel die Aussagen aus der Dokumentenanalyse nochmals zusammenfassend dargestellt.

Anhand von Tabelle 1 lässt sich die allgemeine Haltung der Akteur*innen zu den Reformmaßnahmen darstellen. Es wird zwischen der Haltung „Befürwortung“, „Ablehnung“ und „Unklar/kritisch“ unterschieden. Während die ersten beiden Haltungen selbsterklärend sind, erfolgt eine Einteilung in die Kategorie „Unklar/kritisch“, wenn zu der jeweiligen Maßnahme zwar Kritik geäußert, jedoch keine klare Stellung für oder gegen die Maßnahme genommen wird.

Vier der acht Maßnahmen (Stärkung der Prävention, Stärkung der Manipulationsresistenz, Versichertenindividuelle AM-Rabatte und regelmäßige Evaluation) werden von keinem/keiner Akteur*in abgelehnt. Die restlichen vier Maßnahmen werden von mindestens einem/einer Akteur*in nicht befürwortet. Die meisten Stimmen einer Ablehnung hat die Streichung der EMR (insgesamt drei) und die meisten befürwortenden Stimmen fallen auf die Maßnahmen der Einführung einer Regionalkomponente und der regelmäßigen Evaluation (jeweils fünf befürwortenden Akteur*innen). Zu sehen ist hier auch, dass nicht jede/r Akteur*in sich zu allen Maßnahmen positioniert hat.

Maßnahme	Befürwortung	Unklar/Kritisch	Ablehnung
Vollmodell	AOK dggö BÄK KBS	BKK	vdek
Risikopool	BÄK KBS vdek	dggö	AOK

Regionalkomponente	dggö BÄK BKK KBS vdek		AOK
Streichung der EMR	BKK vdek		AOK dggö KBS
Stärkung der Prävention	dggö BKK IKK vdek	AOK KBS	
Stärkung der Manipulationsresistenz	BKK IKK vdek	AOK dggö BÄK KBS	
Versichertenindividuelle AM Rabatte	AOK BKK KBS vdek		
Regelmäßige Evaluation	AOK dggö BKK KBS vdek	IKK	

Tabelle 1: Allgemeine Stellung zu Reformmaßnahmen

In Tabelle 2 werden die Themenkategorien aufgelistet, die während der Auswertung zu Stande gekommen sind. Die jeweiligen Themenkategorien sind nach der Häufigkeit ihrer Nennungen sortiert. Die Absolute Häufigkeit gibt an, wie viele Aussagen nach Paraphrasierung, Generalisierung und Sortierung zur jeweiligen Kategorie aus den Stellungnahmen ermittelt wurden. Am häufigsten wurde sich bezüglich der Kategorie „Stärkung der Manipulationsresistenz“ geäußert. Darauf folgen die Kategorien „Risikopool“ und „Vollmodell“. In Bezug auf die Themen „Aufsichtshandeln“ und „Sonstige Anmerkungen/Änderungen“ wurden die geringsten Aussagen gemacht.

Themenkategorie	Absolute Häufigkeit
Stärkung der Manipulationsresistenz	50
Risikopool	32

Vollmodell	30
Regionalkomponente	28
Streichung der EMR	24
Stärkung der Prävention	20
Evaluation	14
Versichertenindividuelle AM-Rabatte	12
Aufsichten	7
Sonstige Anmerkungen/Änderungen	7

Tabelle 2: Themenkategorien und ihre Häufigkeit

5.2. Ergebnisse der Experteninterviews

Ergänzend zur Dokumentenanalyse wurden leitfadengestützte Experteninterviews geführt, mit dem Ziel die Aussagen aus der Dokumentenanalyse zu untermauern, widerlegen oder zu ergänzen. Insgesamt wurden zwei Experten*innen in jeweils 30-minütigen Telefoninterviews befragt.

Der/Die erste Expert*in ist seit 2002 bei einer Ersatzkasse tätig und leitet dort den Arzneimittelbereich. Die Zuständigkeit von Ausschreibungen von AM und die Zuständigkeit von Selektivverträgen mit Pharmaunternehmen fällt in den Aufgabenbereich des/der Expert*in. Expert*in zwei ist ebenfalls bei einer Ersatzkasse seit 20 Jahren tätig. Als Leiter*in einer Landesvertretung gehört zum Aufgabenbereich des/der Expert*in die Interessenvertretung der Ersatzkasse zu Themen der Gesundheitspolitik sowie die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus beiden Interviews zusammengefasst präsentiert. Im Text werden auf die Aussagen der/des jeweiligen Expert*in anhand von Kürzeln hingewiesen. Expert*in eins wird E1 gekürzt und Expert*in zwei mit E2.

Aus den Interviews geht hervor, dass mit der Einführung einer Regionalkomponente die regionalen Kostenunterschiede ausgeglichen werden können und gerechtere Zuweisungen erfolgen (E1, E2). Die Berücksichtigung regionaler Kosten im Morbi-RSA hat dabei keinerlei Auswirkungen auf die Grundversorgung in ländlichen Gebieten, da mit der Regelung nur die Geldflüsse bereinigt werden (E1). Die Streichung der EMR wird von beiden Expert*innen begrüßt. Mit der Einführung eines Vollmodells wird die EMR-Berücksichtigung überflüssig und

daher sachgerecht abgelöst (E1, E2). Die EMR wurde ursprünglich als vorübergehende Maßnahme eingeführt und führt nun Morbi-RSA zu Verzerrungen (E2). Außerdem ist die EMR aufgrund der Erhebung durch die Deutsche Rentenversicherung in der GKV eine fremde Sachmaterie (E2). Die Gefahr einer Risikoselektion von EMR-Empfänger*innen besteht nicht (E1, E2), unter anderem weil in der GKV der Kontrahierungszwang gilt und damit eine Selektion verhindert (E1). Aus dem Reformpaket werden auch die Maßnahmen zur Reduktion von Manipulationen begrüßt und für zielführend gehalten (E1, E2). Dass im Morbi-RSA System manipuliert wird ist erwiesen und die Maßnahmen der Manipulationsbremse damit zielführend (E2). Die Haftung aller Kassen bei dem Manipulationsverdacht einer Kasse lässt sich aufgrund der mangelnden direkten Zuordnung von Manipulationen nicht verhindern (E2). Zu den Maßnahmen äußern sich hier noch die Bedenken, dass das Ausgleichssystem auf andere Art und Weise manipuliert werden kann (E1). Die Einführung eines Hochrisikopools war lange gefordert und in Anbetracht der steigenden Therapiekosten sinnvoll (E1). Er schützt besonders kleine Kassen vor finanziellen Einbußen (E2). Die Frage, ob der Risikopool den Anreiz einer Kasse zum wirtschaftlichen Handeln aufgrund des geltenden Ist-Kostenausgleiches verringert, wird verneint (E1, E2). Zum einen ist ein Anreiz weiterhin gegeben, da nur die Kosten über den Schwellenwert in Form eines Ist-Ausgleiches ausgeglichen werden (E1, E2). Andererseits ist der Spielraum an Möglichkeiten, wirtschaftlicher zu handeln bei Krankheiten mit jährlichen Kosten von über 100.000 Euro, sehr begrenzt (E1). Als nicht zielführend wird die Einführung des Krankheits-Vollmodells gesehen, da mit diesem mehr Anreize zur Manipulation entstehen und ein Vollmodell wenig Anreize zur Wirtschaftlichkeit setzt (E2). Inwiefern sich die Auswirkungen der Reformmaßnahmen aufzeigen bleibt abzuwarten (E1).

6. Diskussion

In Anlehnung an die Fragestellung dieser Arbeit werden in diesem Kapitel die methodische Vorgehensweise und die Ergebnisse diskutiert. Zuerst erfolgt die Diskussion der Methodik, welche den Einfluss der angewendeten Methodik auf das Ergebnis herausarbeitet. Anschließend wird in der Ergebnisdiskussion eine Abwägung der gesammelten Argumente getroffen und beurteilt.

6.1. Diskussion der Methodik

Das Interesse dieser Forschung liegt nicht in der Erfassung von standardisierten Daten, sondern vielmehr in der Erfassung von Meinungen und Einstellungen. Aus diesem Grund ist es richtig und begründet, Methoden der qualitativen Forschung anzuwenden. Die Anwendung von verschiedenen Methoden innerhalb einer Arbeit hat sowohl Vorteile als auch Nachteile.

Als Nachteil ist festgestellt worden, dass die methodischen Vorgehensweisen einen hohen Aufwand verursachen, sowohl bei der Vorbereitung, der Erläuterung als auch bei der Durchführung der Methodik. Außerdem bleibt in diesem Fall die Fokussierung auf eine wesentliche Methodik aus. Als Vorteil kann festgehalten werden, dass die Variation an Methoden unterschiedliche Einblicke in das Themenfeld erlaubt und bereits gesicherte Ergebnisse bestätigt. Eine Variation der Methoden hat außerdem auch den Vorteil, dass die Ergebnisse um fehlende Aussagen ergänzt werden können.

Die Dokumentenanalyse ist als hauptsächliche Datenerhebungsmethode angewandt worden. Aus dieser konnten die Positionierung der Akteure*innen und die Stärken und Schwächen des Gesetzesentwurfes herausgearbeitet werden und anschließend in ihrer Bedeutsamkeit für den Kassenwettbewerb beurteilt werden. Die Vorteile der Dokumentenanalyse sind, dass die Dokumentenanalyse eine rentable Datenerhebung möglich macht. Durch das Hinzuziehen von Dokumenten, die unabhängig von der Forschungsarbeit entstanden sind, ist zudem der Einfluss des Forschenden in der Datenerhebung gering. Außerdem lassen sich anhand dieser Methodik gewisse Themen effektiver untersuchen. So ist es beispielsweise üblich, dass im politikwissenschaftlichen Bereich die Dokumentenanalyse angewendet wird (Döring & Bortz, 2016, S.554f.). Das Interesse dieser Forschungsarbeit ist dem gesundheitspolitischen Themengebiet zuzuordnen, weshalb die Datenerhebung anhand einer Dokumentenanalyse bekräftigt wird. Die Festlegung, dass Stellungnahmen als Dokumente berücksichtigt werden ist aufgrund der Aktualität des Gesetzes sinnvoll. Die Erhebung der Stellungnahmen verlief weitestgehend problemlos, weil die Dokumente das politische Interesse des/der Herausgebers*in widerspiegeln und dadurch öffentlich zugänglich sind. Eine gezielte Auswahl an Stellungnahmen, die in der Arbeit berücksichtigt werden, ist nötig, da der zeitliche Rahmen dieser Arbeit und der mit einer Dokumentenanalyse verbundene Aufwand es anders nicht zulassen. Die Kriterien, nach denen die Auswahl erfolgt, sind umfassend erläutert, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Das Ziel hinter der Auswahl ist es, eine umfassende Beurteilung des Gesetzesentwurfes aus verschiedenen Perspektiven und von unterschiedlichen Akteuren zu erlangen. Gleichzeitig werden überwiegend die Krankenkassen berücksichtigt, weil diese maßgeblich von den Gesetzesänderungen betroffen sind und damit auch eine Vergleichbarkeit der Stellungnahmen erreicht werden kann. Die Daten aus der Erhebung wurden zusammengefasst, wodurch die Objektivität gegen ist.

Zu kritisieren ist, dass die Dokumente sich hinsichtlich ihrer Qualität und des Umfanges unterscheiden. Dadurch ist es nicht immer möglich, bezüglich einer Reformmaßnahme Vergleiche zu ziehen und diese aus allen Perspektiven zu beurteilen. Zum Teil wurde sich in den Stellungnahmen stark auf eine bis wenige Maßnahmen fokussiert (z.B. die Stellungnahme

der IKK mit Fokus auf die Förderung von Prävention). Dadurch blieb die Bewertung anderer Maßnahmen in der Stellungnahme vergeblich aus. Andererseits fehlten dem/der Forschenden in kurz gefassten Anmerkungen eine ausreichende Begründung für die jeweilige Positionierung. Weitere mögliche Nachteile einer Dokumentenanalyse, die in der Literatur genannt werden, wie beispielweise ein unterschiedlicher Grad an Zugänglichkeit der Dokumente oder die Festlegung eines nicht-experimentellen Studiendesigns, treffen in dieser Arbeit nicht zu (Döring & Bortz, 2016, S.554f.).

Neben der bereits beschriebenen Datenerhebungsmethode wurden auch Experteninterviews hinzugezogen. Diese wurden telefonisch unter Anwendung eines Leitfadens durchgeführt. Das Interview in telefonsicher Form erwies sich als geeignet, da sich ein Experte*in nicht am Forschungsort befand. Die Interviews wurden begleitend zur Dokumentenanalyse und zum Zwecke der Datenergänzung bzw. Vertiefung der Argumentation umgesetzt. Aus diesem Grund ist die Festlegung auf zwei Interviews, auch in Anbetracht der zeitlichen Gegebenheiten dieser Arbeit, begründet. Die Rekrutierung der Expert*innen war mühelos. Beide Experten*innen sind aufgrund ihrer Berufung als Interviewpartner*in geeignet. Die unterschiedlichen Berufungen generieren eine vielfältige Sichtweise, die sich in den Daten widerspiegeln kann (Bogner, Littig, Menz, 2014, S.27f.). In diesem Fall war eine vielfältige Sichtweise nicht gegeben, da beide Expert*innen bei Ersatzkassen angestellt sind und damit gleiche Interessen vertreten. Zielführender wäre hier ein zusätzlicher Experte*in einer anderen Kassenart gewesen. Die Erwartungen des/der Forschers*in wurden bezüglich der Antworten nur bedingt erfüllt. In Bezug einiger Fragen fielen die Antworten sehr kurz aus. Die gewünschte Argumentationstiefe konnte nicht erreicht werden. Mit entsprechender Schulung des Interviewenden sowie eine präzisere Vorbereitung könnte diese Kritik umgangen werden. Außerdem konnten anhand der Interviews bereits festgestellte Aussagen aus der Dokumentenanalyse bestätigt werden, jedoch fehlten dem/der Forscher*in ergänzende Aussagen zu den Reformmaßnahmen, die ggf. nicht veröffentlicht werden. Die Länge des Fragebogens und die geplante Interviewlänge von max. 30 Minuten passen. Die Fragen waren für die Experten verständlich, dank erfolgreichem Pretest.

Die Auswertung der Daten aus beiden Erhebungsmethoden erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Diese Methode stellt sich insgesamt betrachtet als geeignet dar, weil sie die Interpretation und Analyse von Textdokumenten möglich macht. Die Paraphrasierung und Generalisierung von Textstellen und die Bildung von Kategorien wurden alleine vom Forschenden durchgeführt. Dadurch ist eine Validierung durch andere Forscher*innen nicht möglich. Auch das Kriterium der Reliabilität der Kodierung nach Mayring (2010) bleibt unerfüllt und ist im Fall eines einzigen Forschers*in nicht veränderbar. Im Vorfeld

der Analyse hat sich der/die Forscher*in ausgiebig mit dem Thema auseinandergesetzt. Dieses Vorwissen muss bei der Analyse kritisch betrachtet werden. Die Rolle des/der Forschers*in kann hier als eine potenzielle Einflussgröße auf das Ergebnis verstanden werden. Die Vorgehensweise der Analyse wurde in ihren Einzelheiten erläutert, um dadurch eine möglichst hohe Nachvollziehbarkeit zu erzielen.

6.2. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse wurden vor dem Hintergrund der Forschungsfrage „Inwiefern die Reform des Morbi-RSA durch das GKV-FKV dazu beiträgt, dass Wettbewerbszerrungen reduziert werden?“ erfasst und werden im Folgenden einander gegenübergestellt, abgewogen und mit den Aussagen aus weiterer Literatur verglichen. Die Ergebnisse werden außerdem um die Argumente aus den Experteninterviews ergänzt.

Durch die Dokumentenanalyse ist festgestellt worden, dass sich zu den Maßnahmen, die die Stärkung der Manipulationsresistenz im Morbi-RSA fördern sollen, am häufigsten geäußert wurde. Vor allem die Manipulationsbremse wurde kontrovers diskutiert. Für den Fall, dass eine HMG ihre Steigerungsrate übertrifft und damit aus den Zuweisungen gestrichen wird, haften alle Kassen. Vor dem Hintergrund der bekannten Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA sowie mit einem bald wirksamen Vollmodell hält der/die Forscher*in diese Maßnahme momentan für angezeigt. Auf der anderen Seite lassen sich auch die Argumente, dass Fehlinterpretationen durch externe Effekte nicht erfasst werden können nachvollziehen. Aus diesem Grund sollte diese Maßnahme evaluiert und weiterentwickelt werden, damit Ursachenunterscheidungen möglich sind. Die Diagnoseentkoppelung aus Verträgen wird besonders vom BÄK und der AOK kritisiert. Diese sehen innovative Versorgungsansätze gefährdet. Die Diagnose in Verträgen verbessere die medizinische Leistung und sei deshalb unabdingbar. Die Expert*innen aus den Interviews weisen in dem Bezug darauf hin, dass es mit der Einführung des Morbi-RSA deutliche Veränderungen im Kodierverhalten der Ärzte aufgrund von Manipulation gegeben hat. Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates (2017) wird eine Entkoppelung der Vergütung von Diagnosen für sinnvoll erachtet, damit Manipulationen verhindert werden können. Aus diesem Grund wird auch hier die Maßnahme vom Forscher*in positiv bewertet.

Mit der Einführung einer Regionalkomponente werden aus Sicht der Expert*innen regionale Kostenunterschiede ausgeglichen und dadurch die Zielgenauigkeit des RSA erhöht. Auch aus den weiteren Stellungnahmen kann diese Aussage gewonnen werden. Lediglich die AOKen sprechen sich gegen die Einführung einer Regionalkomponente aus. Demnach stellen regionale Deckungsbeitragsunterschiede kein Problem einer Risikoselektion dar. Gerade vor

dem Hintergrund von steigender Marktkonzentration der Kassen in städtischen Gebieten ist die Regionalkomponente kritisch zu betrachten. Sie würde außerdem Fehlversorgung und Über- bzw. Unterdeckungen tolerieren. Während die AOKen von einer möglichen Unterdeckung in ländlichen Gebieten durch die Komponente sprechen, wird von den Befürwortern auf die jetzige Unterdeckung in städtischen Gebieten hingewiesen. Der Wissenschaftliche Beirat sieht eine Regionalkomponente nur dann sinnvoll, wenn die regionalen Kosten sich nicht von Krankenkassen beeinflussen lassen können. Im aktuellen Kassenwettbewerb werden vom Wissenschaftlichen Beirat auch bestehende Anreize zur regionalen Risikoselektion und ungleichen Wettbewerbschancen gesehen. Kritisch an einer Regionalkomponente im Morbi-RSA ist jedoch, dass die Gelder von günstigeren Versorgungsmärkten auch kostenintensive verteilt werden (Drösler et al., 2017, S.36). In Bezug auf die Regionalkomponente kann hier keine abschließende Stellung des/der Forscher*in genommen werden. Es werden sowohl Vor- als auch Nachteile in der Regionalkomponente gesehen. Hier bedarf es Forschungsarbeit in Hinblick auf eine mögliche Ausgestaltung und der Wirkung von regionalem Ausgleich durch den Morbi-RSA.

Die meisten Widersprüche lassen sich in der Streichung der EMR feststellen. Während die BKK und der vdek die Streichung begrüßen, wird diese von der AOK, dggö und KBS abgelehnt. Die Befürworter*innen der Streichung halten eine Beibehaltung dieses Merkmals vor allem bei Einführung eines Vollmodells für überflüssig. Die Streichung würde die Morbiditätsorientierung stärken und vorhandene Verwerfungen reduzieren. Kritiker*innen hingegen halten dieses Merkmal für manipulationssicher und sehen hohe Erklärungskraft. Eine (ersatzlose) Streichung würde die Zielgenauigkeit des RSA reduzieren und auf der anderen Seite zu Unterdeckungen und Risikoselektion führen. Die Gefahr einer Risikoselektion besteht in den Augen der Befürworter*innen nicht. Auch die Expert*innen aus den Interviews sehen keine Gefahr für Risikoselektion, aufgrund von geltendem Kontrahierungszwang. Andererseits wird jedoch von einem/einer Expert*in zugegeben, dass es Risikoselektion in den Kassen gibt bzw. gegeben hat. Ein von diversen BKKen in Auftrag gegebenes Gutachten hat die EMR als Morbiditätsindikator untersucht und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Streichung des Merkmals keine Auswirkungen auf die Genauigkeit von Zuweisungen hat (IGES und Glaeske, 2016). Ebenfalls hat der Wissenschaftliche Beirat sich in seinem Gutachten (2017) mit dem Merkmal der EMR auseinandergesetzt. Eine ersatzlose Streichung der EMR als Merkmal würde zu durchschnittlichen Unterdeckungen der EM-Rentner*innen von über 1100 Euro führen. Auch die Überdeckung gesunder Versicherte würde sich ausweiten. Daher spricht sich der Beirat gegen eine ersatzlose Streichung aus und empfiehlt, das EMR Merkmal zur Differenzierung vom Krankheitsschweregrad einzusetzen (Drösler et al., 2017, S.34). Der/Die Forschende

schließt sich in diesem Fall die Aussagen des Wissenschaftlichen Beirates als neutrale Instanz an. Die Streichung dieses Merkmales scheint nicht sinnvoll. Die Nachteile in der Streichung überwiegen deutlich den Vorteilen. Da eine Risikoselektion nicht ausgeschlossen werden kann und Über- und Unterdeckungen zunehmen, ist diese Maßnahme nicht zielführend, um Wettbewerbsverzerrungen zu verringern. Die Argumentation der Befürworter*innen dieser Maßnahme ist für den/die Forscher*in nicht nachvollziehbar.

Des Weiteren werden unterschiedliche Positionierungen in der Einführung eines Vollmodells erfasst. Während der vdek und der BKK-DV mit dieser Maßnahme höhere Manipulationsreize in der Diagnosestellung sehen, sehen andere Akteure*innen (AOK, dggö, BÄK und KBS) eine Stärkung der Zuweisungsgenauigkeit und eine Steigerung der Morbiditätsorientierung. Die Bedenken des vdek und BKK-DV sind nachvollziehbar, da die Manipulation von Diagnosen und Kodierbeeinflussung durch die Kassen bewiesen ist (Baas, 2016). Allerdings werden mit dem GKV-FKG auch entsprechende Maßnahmen gegen Manipulation eingeführt und verschärft. Eine Ablehnung der Maßnahme mit dem alleinigen Grund der möglichen Steigerung von Manipulationsanreize ist nicht ausreichend. Außerdem stehen der Kritik, dass die Komplexität des Verfahrens durch das Vollmodell steigt gegenüber, dass andererseits die aufwändige jährliche Krankheitsauswahl entfällt, Unter- und Überdeckungen verringert und die Zuweisungsgenauigkeit verbessert wird. Hier überwiegen die Vorteile eines Vollmodells deutlich. Wie der dggö in seiner Stellungnahme schreibt, ist die Einschränkung der Morbiditätsorientierung „willkürlich, nicht zeitgemäß und international einzigartig“ (dggö, 2019). Mit der Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 wurde vorgesehen, dass eine Weiterentwicklung zum Vollmodell folgt. Die Beschränkung auf bis zu 80 Krankheiten war vorübergehend und als Kompromiss zwischen den politischen Parteien durchgesetzt. Die direkte Einführung eines Vollmodells war mit entsprechenden Vorbereitungen verbunden, die vorerst laufen mussten (Göpffarth, 2016). Aus diesem Grund wird vom Forscher*in das Vollmodell als zielführend erachtet.

In Bezug den Hochrisikopool steht vor allem die Ausgestaltung des Pools in der Kritik. Nach Aussagen der AOK und dggö werden Fehlanreize gesetzt, die mit dem direkten Leistungsausgleich entstehen. BÄK, vdek, BKK-DV und KBS teilen diese Bedenken nicht. Für sie ist mit der Regelung eines Eigenanteils dafür gesorgt, dass noch Anreize zum wirtschaftlichen Handeln bestehen. Auch beide Expert*innen aus den Interviews sehen hier Wirtschaftlichkeitsanreize gegeben. Auf der anderen Seite wird auch vermerkt, dass Erkrankungen, die im Hochrisikopool berücksichtigt werden, sowieso wenig Spielraum zur Wirtschaftlichkeit geben. Des Weiteren empfiehlt die dggö einen zweiseitigen Risikopool, welcher an den Deckungsbeiträgen ansetzt.

Die Maßnahme der Präventionspauschale wird von den Akteuren, im Vergleich zu den bereits genannten Maßnahmen, weniger ausdiskutiert. Hier fallen auch nur wenige Argumente, die den Ausbau der Präventionspauschale betreffen und keine Argumente, die dieses Vorhaben ablehnen. Ausnahme bildet die IKK, die sich in der Stellungnahme ausgiebig zur Maßnahme äußert. Unter anderem sieht die IKK in der Vorsorgepauschale die Möglichkeit Prävention für die Kassen attraktiver zu machen und Krankheitskosten zu senken. Die IKK hält auch fest, dass der Morbi-RSA Prävention verhindert, weil den Kassen die Zuweisungen für Krankheit entgehen. In der Literatur wird dieser Aussage wiederum nicht gefolgt. So argumentieren beispielsweise Gaßner, Treusch und Göppfarth (2011) sowie Bödeker (2011), dass sich Prävention für die Kassen weiterhin lohnt. Im Morbi-RSA werden lediglich die Ausgabenrisiken einer Kasse ausgeglichen und nicht die Krankheitskosten. Damit bestünde für eine Kasse der Präventionsanreiz weiterhin (ebd.). Der dggö und die AOK befürchten, dass mit der Vorsorgepauschale falsche Anreize in Richtung einer Selektion von Versicherten, die Präventionsangebote annehmen, oder in Richtung der alleinigen Fokussierung auf ausgleichsfähige Präventionsmaßnahme entstehen könnten. Die Annahmen können weder ausreichend belegt noch widerlegt werden, daher bleibt es abzuwarten, wie sich die Maßnahme auswirkt. In jeden Fall wäre eine Evaluation der Wirkung sinnvoll.

In der Berücksichtigung versichertenindividueller AM-Rabatte sehen mehrere Akteure (AOK, dggö, vdek, BKK, KBS) eine Verbesserung der Zielgenauigkeit von Zuweisungen. Es wird dafür gesorgt, dass die angefallenen Kosten für AM eindeutig abgebildet werden (BKK). Eine Studie des IGES Institut zusammen mit GWQ ServicePlus AG (2017) hat die Wirkungen von AM-Rabatten untersucht und ist zu dem Entschluss gekommen, dass das Alter und die Morbidität Einfluss auf die kassenindividuelle Rabattquote haben und im aktuellen Morbi-RSA dadurch die Zuweisungen für Versicherte nicht genau erfolgen. Mit dieser Studie können demnach die Aussagen aus den Stellungnahmen bekräftigt werden. Allerdings ist zu beachten, dass die Studie im Auftrag von diversen BKKen erfolgt ist. Zu dieser Maßnahme werden keinerlei Argumente gegen die Einführung gebracht, vielmehr wird das derzeitige Problem der AM-Rabatte veranschaulicht. Aus diesem Grund wird die Maßnahme auch vom Forscher*in begrüßt und als zielführend erachtet.

Als weiteres Ergebnis aus der Dokumentenanalyse ist hervorgegangen, dass die Verankerung einer regelmäßigen Evaluation des Morbi-RSA sinnvoll und notwendig ist. In dieser Hinsicht sind sich die Akteure*innen einig. Auch der Wissenschaftliche Beirat spricht sich in seinem Gutachten von 2017 für eine regelmäßige und systematische Evaluation aus (Drösler et al., 2017). Von Seiten der Krankenkassen wird darauf hingewiesen, dass die Eingrenzung des Forschungsauftrages ausbaufähig sei und dass künftige Evaluationen transparenter gestaltet werden sollten, damit die Krankenkassen ebenfalls in die Evaluation einbezogen werden.

Nicht zuletzt möchte an dieser Stelle noch angemerkt sein, dass eine objektive Bewertung des/der Forscher*in eingeschränkt möglich ist. Je nach Interessen der Krankenkasse wurden die Reformmaßnahmen mit unterschiedlicher Intensität von den Akteur*innen beurteilt, wodurch eine Gegenüberstellung und Vergleichbarkeit erschwert ist. Zudem liegen wenige Studien oder Untersuchungen vor, die den Morbi-RSA und dessen Weiterentwicklung von einer neutralen Perspektive und nicht Interessen geleitend untersuchen.

7. Fazit

Der Morbi-RSA hat sich in vielerlei Hinsicht für den Kassenwettbewerb bewährt und ist in seiner aktuellen Fassung zielgenauer, als seine Vorgänger. Dennoch bestehen Verwerfungen, die auf den Kassenwettbewerb Einfluss nehmen und Fehlanreize verursachen. Aus diesem Grund wurde mit dem GKV-FKG eine systematische Weiterentwicklung des Morbi-RSA vorgenommen. Der Gesetzesentwurf enthält zum einen Maßnahmen, die bestehende Strukturen im Morbi-RSA verändern. Zum anderen werden auch eine Reihe neuer Komponenten eingeführt.

Neu in den Strukturen des Morbi-RSA ist der Ausbau zum Vollmodell, die Einführung einer Regionalkomponente sowie die Einführung eines Hochrisikopools. Außerdem wurde eine Vorsorge-Pauschale entwickelt und Maßnahmen getroffen, die die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA reduzieren. Dahingegen liegen verändernde Maßnahmen des Systems in der Streichung der EMR als Morbiditätsmerkmal und einer versichertenindividuellen Berücksichtigung von AM-Rabatten. Außerdem ist mit dem Gesetzesentwurf eine kontinuierliche Evaluation des Morbi-RSA beschlossen.

Mit dieser Ausarbeitung hat sich gezeigt, dass die versichertenindividuelle Berücksichtigung von AM-Rabatten positiv auf die Ziel- und Zuweisungsgenauigkeit des Morbi-RSA auswirken kann. Außerdem ist die Ausweitung des Morbi-RSA zu einem Vollmodell geeignet, um Wettbewerbsverzerrungen zu reduzieren und das Zielvorhaben des Ausgleichssystems zu untermauern. Eine regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA ist dem Sinne zweckvoll, weil mögliche die Entstehung von Wettbewerbsverzerrungen oder Fehlanreizen kontinuierlich überprüft werden. Die verbliebenen Maßnahmen sind in ihrer Idee durchdacht, jedoch werden hier nicht ausreichende Anhaltspunkte und Argumente gebracht, um eine endgültige Einschätzung zu treffen.

Insgesamt sind die Maßnahmen aus dem Gesetzesentwurf ein Schritt in Richtung, um den Morbi-RSA hinsichtlich seiner Manipulationsanfälligkeit und fehlenden Präventionsorientierung weiterzuentwickeln. Inwiefern sich die Maßnahmen in der Praxis tatsächlich auf den Kassenwettbewerb auswirken, bleibt abzuwarten. Trotz allem kann festgehalten werden, dass der Morbi-RSA kontinuierlich auf Schwachstellen und Fehlanreizen überprüft werden und in Zukunft weiterentwickelt werden muss.

Literaturverzeichnis

Allgemeine Ortskrankenkassen Bundesverband (AOK-BV), (2016): Der AOK-Bundesverband.

URL: <https://www.aok-bv.de/aok/bundesverband/> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Allgemeine Ortskrankenkassen Bundesverband (AOK-BV), (2016): Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich – Von der KVdR über den RSA bis hin zum Morbi-RSA.

URL: https://aok-bv.de/hintergrund/dossier/morbi-rsa/index_15416.html (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Allgemeine Ortskrankenkassen Bundesverband (AOK-BV), (2017): Zielgenaue Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA.

URL: https://aok-bv.de/presse/medienservice/politik/index_19607.html (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Allgemeine Ortskrankenkassen Bundesverband (AOK-BV), (o.J.): Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

URL: https://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_15051.html (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), (2018): Organisation.

URL: <https://www.akdae.de/Kommission/Organisation/index.html> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Baas J., (2016): Auswahl der Krankheitsarten – Aus Sicht der TK. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Reform des Morbi-RSA?!. 70. Jahrgang. 4-5/2016. S.65-68.

URL: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2016-4-5-65/auswahl-der-krankheitsarten-im-rsa-aus-sicht-der-tk-jahrgang-70-2016-heft-4-5?page=1> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Betriebskrankenkassen Dachverband e.V. (BKK-DV), (2019): Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.

URL: <https://www.bkk->

dachverband.de/fileadmin/user_upload/20191212_BKK_DV_Stellungnahme_GKV-FKG.pdf
(letzter Zugriff: 16.08.2020).

Betriebskrankenkassen Dachverband e.V. (BKK DV), (o.J.): BKK Dachverband e.V.
URL: <https://www.bkk-dachverband.de/ueber-uns/bkk-dachverband-ev/> (letzter Zugriff:
16.08.2020).

Bödeker W., (2011): Die Anreize für das Präventionshandeln sind inkonsistent gesetzt.
URL: <http://epicurus.de/wp-content/uploads/2016/05/Morbi-RSA-Prävention-Repliken.pdf>
(letzter Zugriff: 16.08.2020).

Bogner A., Littig B., Menz W., (2014): Der Zugang zu Experten: die Vorbereitung der
Erhebung. In: Bohnsack R., Flick U., Lüders C., Reichertz J. (Hrsg.): Interviews mit Experten
– Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS. S.27-48.

Breyer F., Zweifel P., Kifmann M., (2013): Risikoselektion im
Krankenversicherungswettbewerb. In: Gesundheitsökonomik. Berlin/Heidelberg: Springer
Verlag. 6. vollständig erweiterte und überarbeitete Auflage. S. 305-351.

Bundesärztekammer (BÄK), (2019): Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf
eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.
URL: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-
Ordner/Stellungnahmen/GKV-FKG.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/GKV-FKG.pdf) (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Bundesärztekammer (BÄK), (o.J.): Aufgaben der Bundesärztekammer.
URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aufgaben/> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2016): Kontrahierungszwang.
URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-
z/k/kontrahierungszwang.html](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/kontrahierungszwang.html) (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2018): Aufgaben und Organisation der GKV.
URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2020a): Der Risikostrukturausgleich (RSA).
URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/risikostrukturausgleich.html#c2392>
(letzter Zugriff: 16.08.2020).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2020b): Gesetz für einen fairen
Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.
URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fairer-kassenwettbewerb-gesetz.html>
(letzter Zugriff: 20.03.20).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2020c): Wahl und Wechsel der Krankenkasse –
Aufsichtsbehörden der Krankenkassen.
URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/wahl-und-wechsel-der-krankenkasse/aufsichtsbehoerden-der-kranken-kassen.html> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), (2013): Der morbiditätsorientierte
Risikostrukturausgleich.
URL: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179081/reformbedarf-in-der-gkv-finanzierung> (letzter Zugriff: 20.03.20).

Deutscher Bundestag, (2020): Gesetz für einen fairen Wettbewerb zwischen Krankenkassen
beschlossen.
URL: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw07-de-kassenwettbewerbgesetz-680758> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö), (2019): Stellungnahme der dggö
zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“.
URL: <https://www.dggoe.de/aktuelles/stellungnahme-der-dggoe-zum-faire-kassenwahl-gesetz> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö), (o.J.): Historie.
URL: <https://www.dggoe.de/ueber-uns/historie> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Döring N., Bortz J., (2016): Datenerhebung. In: Forschungsmethoden und Evaluation in den
Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. 5. Auflage. S.321-
578.

Döring N., Bortz J., (2016): Forschungsstand und theoretischer Hintergrund. In: Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. 5. Auflage. S.158-162.

Dresing, T., Pehl, T., (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Eigenverlag. 6. Auflage

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 Risikosturtausgleichs.

URL:https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf (letzter Zugriff: 16.08.2020)

Gaßner M., Treusch C., Göppfarth D., (2011): Prävention lohnt sich – nach wie vor.

URL: <http://epicurus.de/wp-content/uploads/2016/05/Morbi-RSA-Prävention-Repliken.pdf> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Gerlinger T., Burkhardt W., (2014): Der Risikostrukturausgleich (RSA) – Einführung.

URL: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72514/einfuehrung> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

GKV-Spitzenverband, (2020): Die gesetzlichen Krankenkassen.

URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Göppfahrt D., (2004): Die Reform des Risikostrukturausgleichs: Eine Zwischenbilanz. Berlin: Technische Universität Berlin. Diskussionspapier, No 2004/18.

URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/36396/1/470111593.pdf> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Göppfarth D., (2016): Morbi-RSA: Ziele, Methoden und Weiterentwicklung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Reform des Morbi-RSA?!. 70. Jahrgang. 4-5/2016. S.65-68.

URL: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2016-4-5-65/auswahl-der-krankheitsarten-im-rsa-aus-sicht-der-tk-jahrgang-70-2016-heft-4-5?page=1> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Helfferrich C., (2014): Offene Befragung. Leitfanden- und Experteninterviews. In: Baur N., Blasius J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. S.559-574.

Hohnl J., Berndt B., (2016): Anreiz für Prävention im Morbi-RSA. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Reform des Morbi-RSA?!. 70. Jahrgang. 4-5/2016. S.84-90.

IGES Institut, Glaeske G., (2016): Begleitforschung zum Morbi-RSA.

Erwerbsminderungsrente als Morbiditätsindikatoren?

URL:https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e13890/e13891/e13893/attr_objs13894/160303_IGES_Morbi-RSA_Erwerbsminderungsrenten_WEB_ger.pdf (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Innungskrankenkassen e.V., (2019): Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.

URL:https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Stellungnahmen/IKKev_Stellungnahme_KabE_GKV-FKG_vom_12.12.2019.pdf (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.), (2020): Der IKK e.V.

URL: <https://www.ikkev.de/wir-ueber-uns/der-ikk-ev/> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Innungskrankenkassen e.V. (IKK e.V.), (2020): Morbi-RSA.

URL: <https://www.ikkev.de/politik/themen-im-fokus/morbi-rsa/> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Knappschaft Bahn See (KBS), (2019): Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – Stellungnahme.

URL:https://www.kbs.de/SharedDocs/Downloads/DE/Meldungen/stellungnahme_gkv_fkg.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Knappschaft Bahn See (KBS), (o.J.): Organisation der Knappschaft.

URL: https://www.kbs.de/DE/UeberUns/OrgaundAufbau/OrgaundAufbau_node.html (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Mayring, P., (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 6. Überarbeitete Auflage.

Mayring P., Fenzel T., (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N., Blasius J., (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. S.543-558.

Meckel A-K., (2010): Theoretische Grundlagen zum Strategischen Management bei gesetzlichen Krankenkassen. In: Strategisches Management bei gesetzlichen Krankenkassen. Wiesbaden: Gabler Verlag. S. 5-39.

Möws V., (2018): Der Weg zum neuen Morbi-RSA.

URL: <https://wirtechniker.tk.de/2018/08/02/der-weg-zum-neuen-morbi-rsa/> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Müller E-C., (2017): Leistungsmarkt – Gestaltungsspielraum durch Verträge. In: Verband der Ersatzkassen (vdek) (Hrsg.): ersatzkasse magazin. Wettbewerb in der GKV. Ausgabe 5./6.2017.

URL: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2017-0506/titel-vertragswettbewerb.html> (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Neumann K.(IGES Institut), Stibbe H.(IGES Institut), Klohn F. (GWQ ServicePlus AG), Steffen J. (GWQ ServicePlus AG), Thormählen J. (GWQ ServicePlus AG), (2017):

Arzneimittelrabatte im Morbi-RSA. Untersuchung struktureller Effekte.

URL:https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e15830/e15831/e15833/attr_objs16321/IGES_GWQ_Publikation_Arzneimittelrabatte_im_RSA_ger.pdf (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Pressel H., (2012a): Die Entstehung des Gesundheitsfonds. In: Der Gesundheitsfonds.

Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen. Heidelberg: Springer VS. S. 77-147.

Pressel H., (2012b): Die Implementation des Gesundheitsfonds. In: Der Gesundheitsfonds.

Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen. Heidelberg: Springer VS. S. 149-195.

Simon M., (2017): Die historische Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems. In: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Bern: Hogrefe Verlag. 6. Auflage. S.15-58.

Simon M., (2017): Die Krankenversicherung. In: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Bern: Hogrefe Verlag. 6. Auflage. S.97-156.

Techniker Krankenkasse (TK), (2019): Risikostrukturausgleich. Fairer Wettbewerb.

URL: <https://www.tk.de/presse/themen/risikostrukturausgleich/fairer-wettbewerb/schiefelage-im-system-2053262> (letzter Zugriff: 23.03.20).

Ulrich V., (2017): Weiterentwicklung des Morbi-RSA nach 2017. In: Wille E. (Hrsg.): Neuerungen im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich zwischen Bedarf und Finanzierung. Peter Lang GmbH.

Verband der Ersatzkassen (vdek), (2018): Forderungen der Ersatzkassen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA.

URL:https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/morbi_rsa/_jcr_content/par/download/file.res/2018-09-

04_Forderungen_der_Ersatzkassen_zur_Weiterentwicklung_des_Morbi-RSA_St%c3%a4rkung%20der%20Wettbewerbsposition.pdf (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Verband der Ersatzkassen (vdek), (2018): Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich.

URL: https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/morbi_rsa.html

(letzter Zugriff: 20.03.20).

Verband der Ersatzkassen (vdek), (2019): Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen zum Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG).

URL:https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/politik/stellungnahmen/20191212_vdek-Stellungnahme_GKV-FKG.PDF(letzter Zugriff: 16.08.2020).

Verband der Ersatzkassen (vdek), (2020): Über den Verband der Ersatzkassen (vdek).

URL: https://www.vdek.com/ueber_uns.html (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Verband der Ersatzkassen (vdek), (2020): Zusatzbeitrag.

URL: https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/zusatzbeitrag.html (letzter Zugriff: 16.08.2020).

Wende D., Weinhold I., (2016): Einführung einer Regionalkomponente im

Risikostrukturausgleich. In: Repschläger U., Schulte C., Osterkamp N. (Hrsg.): BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2016. S.110-127.

Rechtsquellenverzeichnis

Sozialgesetzbuch (SGB) fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988 BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 311 der Verordnung vom 19.06.2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist

Drucksache

BT-Drs. (2019), Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG)

Anhang 1: Informationsschreiben



Informationen zur Forschungsarbeit

Die Forschungsarbeit befasst sich mit der Reformierung des Morbi-RSA durch das Gesetz für einen Fairen Kassenwettbewerb. Dieses Gesetz ist im April 2020 in Kraft getreten und beinhaltet eine Reihe von Reformmaßnahmen, die den Morbi-RSA manipulationsresistenter und zielgenauer gestalten sollen, um dadurch die vorhandenen Verzerrungen im Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen zu reduzieren.

Um einzuschätzen, inwiefern sich die Maßnahmen dazu eignen die Wettbewerbsverzerrungen zu reduzieren, werden im Rahmen der Forschungsarbeit die Stellungnahmen verschiedener Akteur*innen im Gesundheitswesen analysiert und einander gegenübergestellt. Ergänzend dazu werden Telefoninterviews mit Expert*innen geführt, die eine maximale Zeitdauer von 30min betragen. Zu wissenschaftlichen Zwecken und aus Gründen der Fehlervermeidung werden die Interviews mit einem Aufnahmegerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Aufnahmen werden umgehend nach der Verschriftlichung gelöscht. Alle erhobenen Daten werden anonymisiert, was eine nachfolgende Identifizierung der Teilnehmer*innen nicht möglich macht.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:

Moska Kohsar
Gesundheitswissenschaften (B. Sc.)
Hochschule f. Angewandte Wissenschaften Hamburg

E-Mail: Moska.Kohsar@haw-hamburg.de
Mobil: 0176/ 49 147 497

Anhang 2: Einwilligungserklärung zum Interview



Einwilligungserklärung zum Interview

Forschungsprojekt: Die Reformierung des Morbi-RSA durch das GKV-FKG: Einschätzung ihres Beitrags zur Reduzierung von Wettbewerbsverzerrungen

Interviewerin: Moska Kohsar

Datum des Interviews:

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird und anschließend von der Interviewerin transkribiert (verschriftlicht) wird. Angaben, die zu meiner Identifizierung führen können werden anonymisiert oder aus dem Text entfernt. Mir wird versichert, dass meine Interviewaussagen nur in Ausschnitten im Rahmen der Bachelorarbeit zitiert werden.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme am Interview freiwillig ist und ich mein Einverständnis dazu jederzeit ohne Begründung zurückziehen kann, ohne dass Nachteile für mich entstehen. Ebenso kann ich einer Speicherung meiner Daten jederzeit widersprechen und deren Löschung verlangen. Die Audiodatei wird nach der Transkription ohne weitere Aufforderung gelöscht.

Unter diesen Bedingungen willige ich ein, im Rahmen des Forschungsprojektes an einem Interview teilzunehmen.

Ja

Nein

Datum

Unterschrift

Anhang 3: Transkriptionsregeln für die computergestützte Auswertung n. Kuckartz

1.	Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2.	Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3.	Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
4.	Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5.	Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6.	Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7.	Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8.	Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9.	Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. „B4:“, gekennzeichnet.
10.	Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11.	Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt).
12.	Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z. B. ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.
13.	Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht
14.	Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Kuckartz U., (2010): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag. 3. Auflage. S.38-47.

Anhang 4: Ergebnisse der Suche nach Stellungnahmen zum GKV-FKG

Nr.	Herausgeber	Seitenanzahl	Bezug zur Reform Ja/Nein	Stand
1.	AOK Bundesverband	155	Ja	Dez 19
2.	BAG Selbsthilfe	11	Ja	Dez 19
3.	BDA - Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	4	Ja	Dez 19
4.	BKK Dachverband e.V.	57	Ja	Dez 19
5.	Bund Deutscher Sozialrichter (BDS)	2	Ja	Dez 19
6.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)	10	Ja	Dez 19
7.	Bundesverband höherer Berufe der Technik, Wirtschaft und Gestaltung e.V.	2	Nein	Dez 19
8.	Bundesversicherungsamt	57	Ja	Dez 19
9.	Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V.	2	Nein	Dez 19
10.	dbb Beamtenebund und tarifunion	7	Ja	Dez 19
11.	Deutscher Gewerkschaftsbund	10	Ja	Dez 19
12.	Deutscher Hausärzterverband	7	Ja	Dez 19
13.	Deutsche Krankenhausgesellschaft	3	Ja	Dez 19
14.	Deutscher Sozialgerichtstag e.V.	2	Nein	Dez 19
15.	Deutsche Diabetes Hilfe	3	Nein	Dez 19
16.	GKV Spitzenverband	145	Nein	Dez 19
17.	IKK e.V.	25	Ja	Dez 19
18.	Innovationsausschuss beim GBA	4	Ja	Dez 19
19.	Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.	37	Ja	Dez 19
20.	Kassenärztliche Bundesvereinigung	17	Ja	Dez 19
21.	Knappschaft	21	Ja	Dez 19
22.	Progenerika	5	Nein	Dez 19
23.	RSA Allianz	23	Ja	Dez 19
24.	Sozialverband Deutschland	10	Ja	Dez 19
25.	Sozialverband VdK	8	Ja	Dez 19
26.	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.	18	Nein	Dez 19
27.	Verband der Ersatzkassen e.V.	41	Ja	Dez 19
28.	Verbraucherzentrale Bundesverband	10	Ja	Dez 19
29.	Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs Frankfurt am Main e.V.	4	Ja	Dez 19
30.	Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V.	6	Ja	Dez 19
31.	Bundesärztekammer	17	Ja	Dez 19
32.	Berufsverband Deutscher Rheumatologen	2	Nein	Feb 20
33.	Der Paritätische Gesamtverband	2	Nein	Dez 19

34.	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie - Berufsverband Psychosoziale Berufe	2	Nein	Feb 20
35.	ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V.	3	Nein	Dez 19
36.	Hauptamtlich unparteiischen Mitglieder des GBA	8	Nein	Dez 19

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den

Moska Kohsar