

3. Morbiditätsausgleich

a. Versicherungstechnische Ausgleichsmechanismen ersetzen Risikostrukturausgleich

Der bisherige Risikostrukturausgleich und ebenso der "morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich", der schon mit dem GMG für 2007 angestrebt war, nun aber auf der Grundlage der 14. RSA-Änderungsverordnung vom 14. Dezember 2006, des Art. 40 Nr. 6 GKV-WSG und der für 50 - 80 Krankheitsbilder noch zu entwickelnden Klassifikationsmodelle, Morbiditätsgruppen und Risikozuschläge, die bis zum 1.7.2008 bekanntgemacht und ab 1.1.2009 vom Gesundheitsfonds angewandt werden sollen, werden ersetzt,

- soweit es sich als rückversicherungstechnisch möglich und zweckmäßig erweist²⁷, durch den Rückversicherungsmarkt (RM) oder durch einen Rückversicherungsverein auf Gegenseitigkeit (RVaG), der von allen die Regeldeckung betreibenden Versicherern gemeinsam getragen wird,
- im Übrigen – oder sofern die Ausgleichsfunktion und die angestrebten Wettbewerbs- und Optimierungsanreize dadurch besser verknüpft werden können²⁸ – durch die Vorgabe eines privatrechtlich organisierten Morbiditätskosten-Ausgleichssystems^R, das die für standardisierte Kranken- (und Pflege-) Kostenlastgruppen marktdurchschnittlich nachgewiesenen Morbiditäts-Mehrkosten ausgleicht (Morbiditätsausgleich – MA) und das gegen Manipulationsgefahr mittels geeigneter methodischer und technischer Unterstützung²⁹ wirksam geschützt wird.

27 Trotz einiger persönlicher Zweifel an prinzipieller Machbarkeit, Zweckmäßigkeit und Vorzügen einer dem Rückversicherungsmarkt (zu unterscheiden von einem Rückversicherer als MA-Manager) übertragenen Morbiditätsausgleichs-Funktion wird diese Variante hier – quasi als "Konzeption" an weniger rückversicherungskundige Mitstreiter – so behandelt, als wäre die Einschaltung des Rückversicherungsmarktes auch für die Regelleistung eine zweckgerechte Option.

28 das im gesamtgesellschaftlichen Sinn vorteilhafte Verknüpfungspotential zwischen der Lasten-Analyse und -Ausgleichsfunktion des MA und den vom MA ausgehenden Wettbewerbs- und Optimierungsanreizen ist ausführlicher angesprochen

a) in Fußnote 3 in den Ausführungen zum **MORBIDITÄTSAUSGLEICH** als der sich natürlich anbietenden Plattform für die WISSENS- UND INTERESSEN-VERNETZUNG zur Förderung der FORSCHUNG, der INNOVATIVEN UMSETZUNG IHRER ERGEBNISSE und der EIGENDYNAMISCHEN IMPULSE zur STEIGERUNG der VERSORGUNGS-QUALITÄT

b) in Fußnote 15 (Stärkung der Innovationsanreize durch mehrjährige Festschreibung von morbiditätsgruppen-spezifischen Ausgleichsbeträgen) und

c) in der nachfolgenden Fußnote:

29 Zum Vorteil aller Versicherten, die einer darauf zielenden Nutzung der von der elektronischen Gesundheitskarte generierten Daten ausdrücklich (und unter Widerrufsvorbehalt) zustimmen, kann die **erweiterte Nutzung der Gesundheitskarte mittelfristig einzigartige Fortschritts-Chancen** eröffnen, darunter die Verbesserung der Evaluation und Kontrolle von outcome-, Neben- und Wechselwirkungen sowie für den Vergleich von Nutzen, Verträglichkeit und Nachhaltigkeit der Wir-

b. Marktweiter Morbiditätsausgleich auf statistisch, medizinisch und aktuariell gesicherter Grundlage

RM, RVaG oder MA organisieren den standardisierten Ausgleich des überwiegenden Teils oder auch, bei Erfüllung zu definierender Vorbedingungen³⁰, aller Mehrkosten, die sich zu Lasten einzelner GVU aus einer

kungen neuer gegenüber traditionellen Methoden, Therapien und Pharmaka.

Nähere Untersuchung verdienen daher insbesondere die folgenden Fragen:

a) Wie schnell können welche Möglichkeiten identifiziert, entwickelt und genutzt werden, die mit der Karte generierten, aber bereits anonymisierten Daten mit (oder unter welchen Bedingungen auch unabhängig von) der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherten mit **Methoden des "Data Mining"** zu nutzen

- für das **Monitoring des Morbiditätsausgleichs-Systems** und
- für das Aufspüren von Auffälligkeiten, die eine gezielte Überprüfung rechtfertigen?

b) Welche zusätzlichen **Erkenntnisquellen können aus der mit Zustimmung des Versicherten erweiterten systematischen Datenauswertung** erschlossen werden und welchen **Gewinn** ermöglicht das für die jeweiligen Versicherten, für die Versichertengemeinschaft des jeweiligen GVU, für die marktweit per MA in "Solidarhaftung" genommene Versichertengemeinschaft oder – evtl. auf der Grundlage besonderer Regelungen, die mit Blick auf spezifische Risikogruppen, auf **neue Therapien oder Pharmaka vielleicht zwischen Therapie-Innovatoren aus Industrie und Forschung mit einzelnen Kostenträgern und Leistungserbringern vereinbart werden – für Sonderprogramme, die auf die beschleunigte und sorgfältig beobachtete Implementierung von Forschungsergebnissen in die breite, klinische und ambulante Anwendungspraxis zielen?**

c) Welche **Innovations-, Qualitätssteigerungs- und Wirtschaftlichkeitsimpulse** können von einzelnen Versicherern oder marktweit im gemeinsamen Auftrag aller Versicherer über den CBKAV (Abschnitt 5 a. und h.) per Data-Mining bzw. aus der neuronalen Vernetzung der Daten gewonnen werden, die als Nebenprodukte der Gesundheitskartenanwendung aus dem sich freiwillig beteiligenden Teil des Marktes anfallen?

...d) Welche Gesetzesänderungen sind erforderlich und welche vertraglich, finanziell oder korporativ unterlegten neuen Kooperationsformen gilt es zu entwickeln, wenn es darum geht, daß Universitäten oder andere – auch privatwirtschaftliche – Institute für Forschungs- und Innovations-Projekte zur verstärkten Verfolgung der in Fußnote 3, Abs. (2) bis (5) angesprochenen Verbesserungsziele zu Qualität, outcome und Wirtschaftlichkeit nicht nur größere Kooperationsbereitschaft von Seiten einzelner Versicherer, von Gruppen interessierter Versicherer oder von deren Gesamtheit in der Form des CBKAV erfahren, sondern daß auch **Projektpartnerschaften im Sinn projektbezogener joint ventures zwischen Unternehmen, Instituten und Versicherern** möglich werden, die sich vierfach lohnen:

- (1) zum einen wegen des damit beschleunigten oder sogar erst ermöglichten therapeutischen Fortschritts auf den für viele Versicherte wichtigen Feldern,
- (2) sodann wegen der besseren Verknüpfung des Know How in Wissenschaft und Praxis,
- (3) zudem für die forschenden Institute oder Unternehmen durch die Entlastung ihrer F+E-Aufwendungen bzw. die Erweiterung von deren Basis durch eine projektbezogen auch investive Beteiligung der Versicherer und
- (4) schließlich für die Versicherer, weil der Fortschritt auf pharmazeutischem, medizintechnischem oder sonstigem therapeutischem Gebiet, an dessen beschleunigter Erarbeitung sie sich praktisch und eventuell auch finanziell beteiligten, auch Gewinn verspricht für sie und ihre Versicherten: Gewinn beispielsweise im Sinn von kooperations-gesicherten Vorzugspreisen und Sonderrabatten für den Kreis derer, die das Entwicklungs-Risiko mitgetragen, den Erfolg ermöglicht und die schnelle Produkteinführung unterstützt haben, Gewinn vielleicht auch aus ihrer Quote der Lizenzeinnahmen, die auf die mit ihrer Beteiligung erreichten Patente anfallen.

30 als Vorbedingung für den vollen Ausgleich der Mehrkosten könnte beispielsweise das Vorliegen einer second opinion zu Befund und Diagnose, zur Schwere der Erkrankung, zu DRG-Klassifikation, Therapie und Verlaufsprognose gefordert werden.

INITIATIVE MEHR GESUNDHEIT

überdurchschnittlich hohen Anzahl von Versicherten mit einer überdurchschnittlich hohen krankheitsbild- oder geschlechtsspezifischen Morbidität ergeben.

Auf der Grundlage der aus einer marktweiten Gemeinschaftsstatistik gewonnenen und von neutralen Gutachtern bestätigten medizinischen und aktuariellen Erkenntnisse wird im Rahmen des MA der nachweisgestützte Ausgleichsumfang zwischen allen GVV einvernehmlich vereinbart oder in einem geordneten Verfahren durch eine gemeinsame Schiedsstelle⁵ der GVV festgelegt.

R Frage PKV-Exp.: Wie soll Ausgleich bei unterschiedlichen Tarifen mit und ohne Selbstbehalt, bei Verträgen mit ..???. usw. "gerecht" werden? **Antw.:** der Ausgleich erfolgt rein **einzel-fallbezogen**, also für jeden Versicherten, der wegen gravierender (und auf längere Sicht zu erwartender Abweichung der falltypischen Morbiditätskosten von den marktweiten Durchschnittskosten als MA-berechtigt **anerkannt** ist., unabhängig von den in seinem Einzelfall konkret vereinbarten Tarifen, Selbsthalten etc.

"Gerecht" bzw. angemessen im Verhältnis zwischen den einzelnen GVV sind die Ausgleichsleistungen, die von den Experten des CBKAV auf der Grundlage marktweiter Morbiditätslast-Statistiken **fallgruppenspezifisch für den systeminternen Lastenausgleich** in etwa **nach den Kriterien fixiert werden, die sonst für eine individuell risikoadäquate** (indes nicht alterkohortenspezifisch korrigierte) **externe Prämienfixierung maßgeblich wären** – mithin maßgeblich in jedem Einzelfall für die individuellen Risikozuschläge, wie sie nach dem Züricher Gesundheitsreformmodell von Prof. Zweifel für das aktuelle Jahr (also ohne Altersrückstellungszuschlag) von den Versicherten gefordert würden.

Davon unabhängig kann jedes Unternehmen im Verhältnis zu seinem Versicherten die für Selbstbehalte, Prävention etc. gewährten Rabatte bestimmen.

S Bewertung PKV-Exp.: Weg zur Einheitsversicherung

Antw.: Ganz im Gegenteil ! Zwar werden künftig alle die Regeldeckung betreibenden Versicherer, indirekt also alle GKV-Versicherten und alle, die nach dem Stichtag einen neuen PKV-Vertrag abschließen, in den marktweiten Ausgleich der morbiditätsabhängigen Mehrkosten einbezogen. Und die versicherungstypische Solidarität für den Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken wird so tatsächlich auf nahezu alle Bürger (ausgenommen Altverträge der PKV) ausgedehnt. Doch der **Freiraum für unterschiedliche Versicherungs-, Versorgungs-, Therapie-, Leistungsvernetzungs-, Service- und Beratungs-Konzepte wird ganz erheblich erweitert, ebenso der Anreiz, sich mit einer bedarfsgerecht differenzierten Umsetzung dieser Konzepte bei den Kunden eine starke Wettbewerbsposition zu sichern.**

Mehr zu der mit dem Morbiditätsausgleich angestrebten Verlagerung der Wettbewerbsschwerpunkte – weg vom Selektions- und Preiswettbewerb und konsequent in die Richtung von Qualitäts-, Heilerfolgs- und Beschwerneis-Linderungs-Wettbewerb – findet sich in Fußnote 3, darin insbesondere Abschnitt (d) und die Abschnitte (2) bis (5).

INITIATIVE MEHR GESUNDHEIT

- Zukunftsfeste **kapitaldeckende³ Bürgerprämien** machen die Abkoppe-

3 Das marktweit identische Kalkulationsschema für den **Kapitalansammlungszuschlag** zur **BÜRGERPRÄMIE** ermöglicht den **GLEITENDEN ÜBERGANG IN DIE KAPITALDECKUNG** und verbindet damit die folgenden Vorzüge und **konzeptionellen Stärken**:

... (a) es sichert die Verknüpfung neuer Erkenntnisse über die demographischen und therapiekosten-relevanten Folgen des medizinischen Fortschritts mit der periodischen Revision des Rückstellungsbedarfs (→ Abschnitt 4. d. Abs.(6) und (7)); das **führt zu mehr Nachhaltigkeit, als nach dem gegenwärtigen Geschäftsmodell der PKV** gemäß § 12 c VAG i.V.m. §§ 2 und 10 Altersrückstellungen-Kalkulations-verordnung gefordert bzw. zulässig,

... (b) es schützt mit der sukzessiven Einschaltung verschiedener Expertengremien (→ Abschnitt 4. d. Abs. (7)) den Markt, jedes GVU und jeden Versicherten vor Fehlanreizen, Willkür und Managementfehlern bei der Bedarfsermittlung für Rückstellungen und Prämienkalkulation,

... (c) es schafft mit der in Abschnitt 4. d. Abs. (6) und (7) vorgegebenen **Bedarfsermittlungsdisziplin** die Grundlage dafür, daß die **Kapitalisierung der Prämienzuschläge (bzw. deren IFRS-gemäße Aktivierung)** stets, schon ab dem ersten Tag des Systemstarts, ausreicht, die bedarfsgerecht passivierten Alterungsrückstellungen bilanziell – in marktweiter Kalkulation und mittels der solidarischen Gesamtgarantie des CBKAV – voll auszugleichen,

... (d) es legt so – zusammen mit

- dem schon in Fußnote 2 angesprochenen **Morbiditätsausgleich**, dessen **innovationsförderliche Nebenwirkungen** nachfolgend (sowie in den Fußnoten 29 und 30) näher beschrieben werden, und
- der **Portabilität der kohortenspezifischen Altersrückstellungen** –

das **Fundament** für einen im **Interesse der Versicherten** intensiv wirkenden, weitestgehend fehlanreiz-bereinigten, daher **auf Qualität und Kostendämpfung fokussierten Wettbewerb zwischen allen PKV- und GKV-Unternehmen.**

Zugleich schafft dieses Kalkulationsschema, indem es eine Verbesserung des traditionellen Geschäftsmodells der PKV initiiert (vgl. Schreiben an Prof. Ulrich, Anlage 8, Nr. 1 bis 4), eine perfekte Grundlage für die seit langem geforderte, indes bislang an den bekannten Schwächen dieses Geschäftsmodells gescheiterte **Verbesserung der Wettbewerbs- und Anbieterwechsel-Bedingungen zwischen den Unternehmen der PKV.**

Zudem kann ein intelligent strukturierter **MORBIDITÄTSAUSGLEICH** als vernetzungsdienliche Plattform und als Anreizgenerator dienen

- für von Wettbewerb und Marktdynamik getriebene **IMPULSE zur STEIGERUNG der VERSORGUNGS-QUALITÄT,**
- für die Förderung der **FORSCHUNG** und für die beschleunigte **UMSETZUNG ihrer ERGEBNISSE.**

In diesem Sinn kann das MA-Instrumentarium nützliche Ansätze erkennbar machen und Anstöße geben für die **WISSENS- UND INTERESSEN-VERNETZUNG** zwischen

- (1) allen Anstrengungen, die darauf zielen, insbesondere **auf dem zentralen, weil durch sein Kostengewicht dominanten Problem- und Wachstumsfeld** von

- **Volkskrankheiten und chronischen Erkrankungen,**
- **geriatrischer Versorgung**
- **Demenz-Verzögerung, -Behandlung und Pflege**

nicht nur die daraus erwachsenden Kosten gesamthaft zu erfassen, sondern auf der Grundlage einer **verbesserten Gesamtschau** ihrer Ursachen – bei gleichzeitiger Beobachtung damit verbundener Kostensenkungschancen – vor allem **Ansätze für erfolgreichere Therapien, Reha- und Präventions-Maßnahmen zu entdecken, zu entwickeln und zur Anwendung zu bringen,**

- (2) dem **Anreiz für einzelne Leistungserbringer und GVU**, sich und ihren Innovations-Partnern mit der **Entwicklung von kostensenkungsgeeigneten therapeutischen, pharmazeutischen oder medizintechnischen Innovationen, den Vorteil aus**

INITIATIVE MEHR GESUNDHEIT

lung und konsequente Befreiung der Gesundheits- und Pflegekostenfinanzierung von der Entwicklung der Erwerbsbiographien und Arbeitsmärkte attraktiv: Besonderen Vorteil bietet die für den Produktions- und Arbeitsstandort Deutschland wichtige **definitive Lohnnebenkostensenkung** in Kombination mit der über das Hybridkonzept der zwei Finanzierungssäulen besonders zuverlässig, weil doppelt gesicherten⁴ und sozial gezielten Entlastung aller Bedürftigen, die auf Solidarität nachweisbar angewiesen sind.

- Der gleitende Aufbau der Alterungsrückstellungen wird mit zumutbaren Sparszuschlägen⁵, die systemwechselbedingt, zur Ausfüllung der bisherigen Nachhaltigkeitslücke⁶ unvermeidlich sind, aus dem Markt von allen Versicherten (ausgenommen die Altverträge der PKV), also haushaltsneutral und auf transparenter, durch zwingende Bilanzierungsgrundsätze gesicherter Grundlage, innerhalb von drei Jahrzehnten finanziert.
- **Therapiefreiheit und Methodenpluralismus** innerhalb eines sich selbst steuernden Gesundheits- und Pflegemarktes, der die Leistungserbringer automatisch auf das Hauptinteresse der Patienten und Pflegebedürftigen orientiert, sich also konsequent auf die Sicherung und Steigerung von Behandlungs-Qualität und -Erfolge ausrichtet – mit der Nebenwirkung einer deutlichen Steigerung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit und Innovationsstärke des deutschen Gesundheitssektors.
- **Wegfall planwirtschaftlicher Fehlanreize, Aufhebung der Budgetierung bei grundsätzlicher Kostenerstattung**, Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Kostenträger, Ablösung der ressourcenverschwendenden

**der Unterschreitung des marktweiten Kostendurchschnitts zu sichern:
als Pilot-Gewinn in Höhe der Differenz zu dem jeweils fallbezogenen
Morbiditätsausgleichsanspruch, und**

- (3) dem späteren **Kostenvorteil** und eventuellen **Qualitätsgewinn für das gesamt Heil- und Pflegewesen, wenn sich die unter dem Einfluß von (2) entwickelten Innovationen bewähren** und sich – wenngleich auch nur mit statistik-typischer Verzögerung – marktweit in den entsprechend später geltenden neuen Morbiditäts-Ausgleichssätzen bei folgendem Effekt niederschlagen:

Dem **Innovator** verbleiben während dieser Phase statistik-typischer Erkenntnisverzögerung die **Pilot-Gewinne** in vollem Umfang; und nach der statistisch begründeten Senkung der Ausgleichspreise bleiben ihm der Know How-Vorsprung, der Imagegewinn und die sich daraus ableitenden **Marktvorteile**,

- (4) der marktweiten **Verbesserung der Versorgungsqualität für spezifische Krankheitsbilder** (im Sinn von MA-berücksichtigungsfähigen bzw. MA-spezifischen "DRGs"), die **bei gleichzeitiger Senkung / Dämpfung der Versorgungskosten** erreicht werden,

- (5) bis zu dem marktweitem Interesse an niedrigen Prämien-(zuschlägen) als hilfreiche Treibkraft für die in Nr. 1 bis 4 skizzierten Innovationsbemühungen.

4 **Doppelt gesichert** ist die Finanzierung der Solidarentlastung der Bedürftigen mit dem **Hybridkonzept** einer transparent modulierbaren und schrittweise umsteuerbaren Kombination von systeminterner und steuer-finanzierter Quersubventionierung (→ Abschnitt 2. d. (4) und Anlage 2).

5 Geschätzt wurde, dass der Kapitalansammlungszuschlag nach gleitendem Einstieg in die Zuschlagserhebung ab dem 5. Jahr etwa 15% der marktdurchschnittlichen Bürgerprämie betragen muß. Dieser Mehrbeitrag, der ja nur die Bürger belastet, für die die resultierende Gesamtprämie unter dem Belastungsmaximum von 14% des Haushalteinkommens bleibt, reduziert sich in ceteris-paribus-Betrachtung um die aus dem reformbedingten Wettbewerb erwartbaren Effizienzgewinne.

6 Hierzu mehr in Abschn. 4. d (1)