

RPG

Band 18 | Heft 1 | 2012

1 | 2012

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

- **Haben sich die Erwartungen bzw. Befürchtungen an den Morbi-RSA realisiert?**
- **Rechtsfragen der fakultativen Frühbewertung von Arzneimitteln**
- **Fehlt der deutschen Gesundheitspolitik die politikwissenschaftliche Expertise?**
- **Gesundheitstelematik zwischen konventioneller Wahrnehmung und neuen Herausforderungen**

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Autoren des Heftes

Uwe Deh
Ulrich M. Gassner
Andreas Meusch
Christoph F-J Goetz
Jürgen Stoschek

Editorial

Die Debatten der vergangenen Monate um Gesundheitsfonds und Morbi-RSA, um drohenden Landarztmangel und um das GKV-Versorgungsstrukturgesetz haben den Blick auf die angestrebte Modernisierung der Informationsverarbeitung im Gesundheitswesen ein wenig in den Hintergrund gedrängt. Zwar sollten die elektronische Gesundheitskarte und die dafür notwendige Infrastruktur schon vor sechs Jahren zur Verfügung stehen. Jedoch: Die Komplexität der Aufgabe wurde unterschätzt und die Heterogenität der Interessenträger tat das Übrige, heißt es lapidar in einem Übersichtsartikel zu dieser Thematik in diesem Heft. Tatsächlich gehe es um mehr als nur um die Gesundheitskarte, meint der Autor. Zu sprechen sei über eine grundsätzliche und weitreichende Infrastrukturmaßnahme von allergrößter strategischer Bedeutung für die gesamte Gesundheitsversorgung. Dem ist nichts hinzuzufügen – und deshalb sollten wir uns dieser Diskussion auch nicht verschließen.

Fruchtbare Diskussionen gab es auch beim Januar-Symposium der GRPG in Hamburg zum Thema *Die strategische und wirtschaftliche Situation der GKV 3 Jahre nach Gesundheitsfonds und Morbi-RSA*. Einen ersten Beitrag aus dem Symposium finden Sie in diesem Heft. Weitere Ausführungen dazu werden in der nächsten Ausgabe veröffentlicht.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Die Situation der GKV 3 Jahre nach Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

Haben sich die Erwartungen bzw. Befürchtungen an den Morbi-RSA realisiert?

Uwe Deh 3

Zur Diskussion gestellt

Rechtsfragen der fakultativen Frühbewertung von Arzneimitteln

Ulrich M. Gassner 6

Fehlt der deutschen Gesundheitspolitik die politikwissenschaftliche Expertise?

Andreas Meusch 22

Überblick

Gesundheitstelematik zwischen konventioneller Wahrnehmung und neuen Herausforderungen

Christoph F-J Goetz 27

Mitteilung der Gesellschaft

19. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium

Jürgen Stoschek 34

Hinweise für Autoren

35

Mitgliedsantrag

36

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. med. Dr. iur.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Dr S. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuber-Straße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,- zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANIMED
Ges. für Kommunikation GmbH
Kiefernweg 6
D- 55291 Saulheim
Telefon 06732 - 6002873
Telefax 06732 - 6002874
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Mainz • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2012 PLANIMED
Ges. für Kommunikation

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Uwe Deh

Haben sich die Erwartungen bzw. Befürchtungen an den Morbi-RSA realisiert?

Die Befürchtungen und Vorurteile, die mit der Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 einhergehen, sind mannigfaltig: Der Morbi-RSA setze die falschen Anreize für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, er sei nicht manipulationssicher, der bürokratische Aufwand steige ins Unermessliche, die Zuweisungen seien insgesamt zu wenig planbar.

Nach zwei Jahren praktischer Übung kommt der Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirats jedoch eindeutig zu einem anderen Schluss: „Insgesamt hat die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gegenüber dem bis zum Jahr 2008 bestehenden Risikostrukturausgleich einschließlich Risikopool die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben erhöht. Die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten führt zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene.“ (Wissenschaftlicher Beirat 2011: S. 2)

In Anlehnung an Churchills berühmte Einschätzung demokratischer Systeme kann man also sagen: Der Morbi-RSA ist der schlechteste aller Ausgleichsmechanismen sozialer Krankenversicherungssysteme – abgesehen von denen, die wir schon vorher ausprobiert haben.

Der Morbi-RSA schafft das Regelwerk und damit die Voraussetzungen für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.

sen. Wer einen Wettbewerb um Leistung und Qualität befürwortet, der kommt nicht umhin, gegenüber der Einführung des Morbi-RSA ebenfalls positiv eingestellt zu sein. Dabei muss konstatiert werden, dass der RSA schon von Beginn an, also seit dem Jahr 1994, ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich war. Verändert hat sich seitdem in erster Linie das Ausmaß an Morbiditätsorientierung. Der Morbi-RSA hat im Laufe der Zeit den Anreiz zur Risikoselektion schrittweise

reduziert. Der größte Vorteil des Morbi-RSA liegt somit in seiner Lernfähigkeit. Von Beginn an, also seit dem Jahr 1994, der Einführung des ersten RSA in seiner Basisversion 0.9 ist die Funktionsweise im Kern die gleiche: Man verteilt Finanzen nach der Risikostruktur der Versicherten. Das Bundesversicherungsamt erklärt die Beweggründe zur Einführung des Morbi-RSA wie folgt: „Bis zum Jahr 1995 wurden Versicherte den einzelnen Krankenkassen gesetzlich zugewiesen, lediglich Angehörige bestimmter Berufsgruppen hatten begrenzte Wahlrechte zu den Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen. Einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, wie wir ihn heute kennen, gab es nicht. Erst seit dem Jahr 1996 können Mitglieder zwischen den Krankenkassen frei wählen“. ... „Gäbe es keinen Finanzaus-

Abb. 1 Morbi-RSA als lernendes System

Funktionsweise des M-RSA

- Zuweisungen werden nach Risikostruktur der Versicherten verteilt

Der RSA war schon immer ein Morbi-RSA und hat sich kontinuierlich weiterentwickelt

M-RSA Vers. 0.9: RSA nach Alter und Geschlecht, BU/EU-Rente (1994)

M-RSA Vers. 1.0: DMP-Einschreibung und Risikopool (2002)

M-RSA Vers. 2.0: diagnosebasiert HMGs (2009)

Morbi-RSA schafft Voraussetzungen für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen

Hamburg, 13.01.2012, AOK-Bundesverband

DIE SITUATION DER GKV 3 JAHRE NACH GESUNDHEITSFONDS UND MORBI-RSA

gleich zwischen den Krankenkassen, bliebe der Solidarausgleich auf die Mitglieder einer Krankenkasse beschränkt. Um mit günstigen Beiträgen im Wettbewerb erfolgreich zu sein, müssten die Krankenkassen lediglich die Strategie verfolgen, möglichst junge und gesunde Mitglieder zu gewinnen. Als Folge kann aber nicht garantiert werden, dass das Geld dahin fließt, wo es zur Versorgung der Versicherten auch am wirtschaftlichsten verwendet wird. (BVA 2008: S. 2).

Die Einführung des Kassenwahlrechts im Jahr 1995 war wie oben beschrieben zwingend an die Einführung dieses Ausgleichsmechanismus gebunden. In seiner Basisversion 0.9, also in der Zeit zwischen 1995 und dem Jahr 2002 war der RSA primär ein Ausgleichsmechanismus nach Alter und Geschlecht. Was damals zweifelsohne ein großer Fortschritt und „State-of-the-Art“ war, ist aus heutiger Sicht

nicht optimal: Der Anreiz zur Risikoselektion ist augenfällig: damals gab es eine massive Unterdeckung bei multimorbiden Patienten sowie eine extrem hohe Überdeckung bei gesunden Versicherten. Im Jahr 2002 hat man die Morbi-RSA Version 1.0 geschaffen, indem der bestehende RSA um DMP-Einschreibungen und den Risikopool erweitert wurde. Auf diese Weise konnten durchaus Verbesserungen erzielt werden, was sich in einer geringeren Überdeckung bei Gesunden sowie einer geringeren Unterdeckung bei multimorbiden Versicherten niederschlägt (Abb. 2). Dass man die Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb durchaus noch weiter verbessern kann, war spätestens mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2005 offenkundig: „Es bestehen Anreize zur Risikoselektion und damit zu einem Risikoselektionswettbewerb (vgl. Endbericht

der Enquete-Kommission, S. 204), was die Verfehlung der gesetzlichen Hauptziele erwarten lässt (Urteil des BVerfG)“. Und weiter heißt es: „Nach weit verbreiteter Auffassung im nationalen wie internationalen gesundheitsökonomischen Schrifttum lassen sich mit einem Finanzausgleichskonzept mit direkter Morbiditätsorientierung die gesetzten Ziele am besten erreichen.“

Mit der Einführung des Morbi-RSA in seiner aktuellen Fassung, dem Morbi-RSA Version 2.0 haben sich die Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nochmals deutlich verbessert. Bei aller Euphorie über das Erreichte sollte man eines nicht übersehen: Der Anreiz zur Risikoselektion und damit zu einem Wettbewerb um junge und gesunde Versicherte existiert weiterhin. Die Lernkurve des Morbi-RSA hat ihren degressiven Abschnitt noch

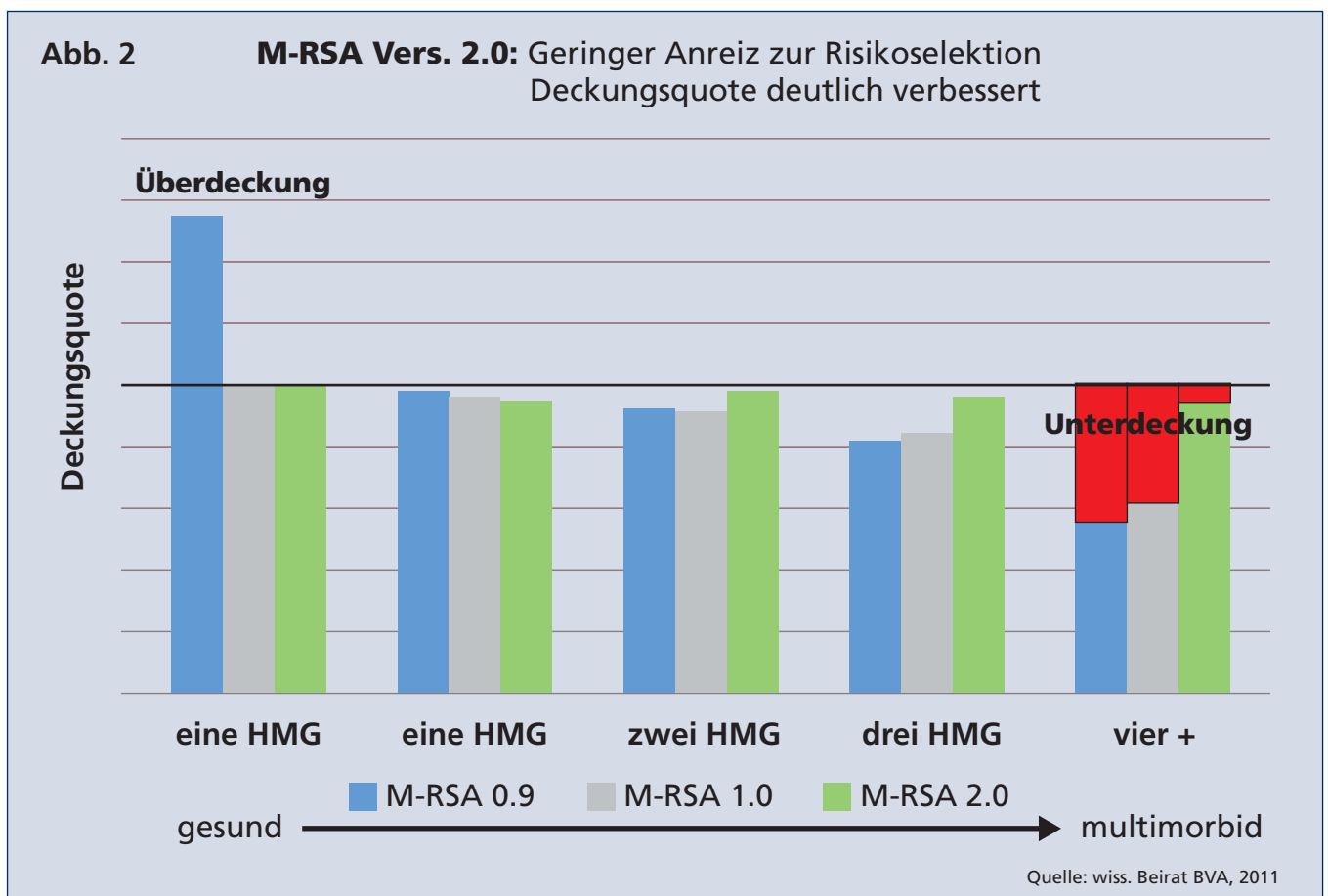
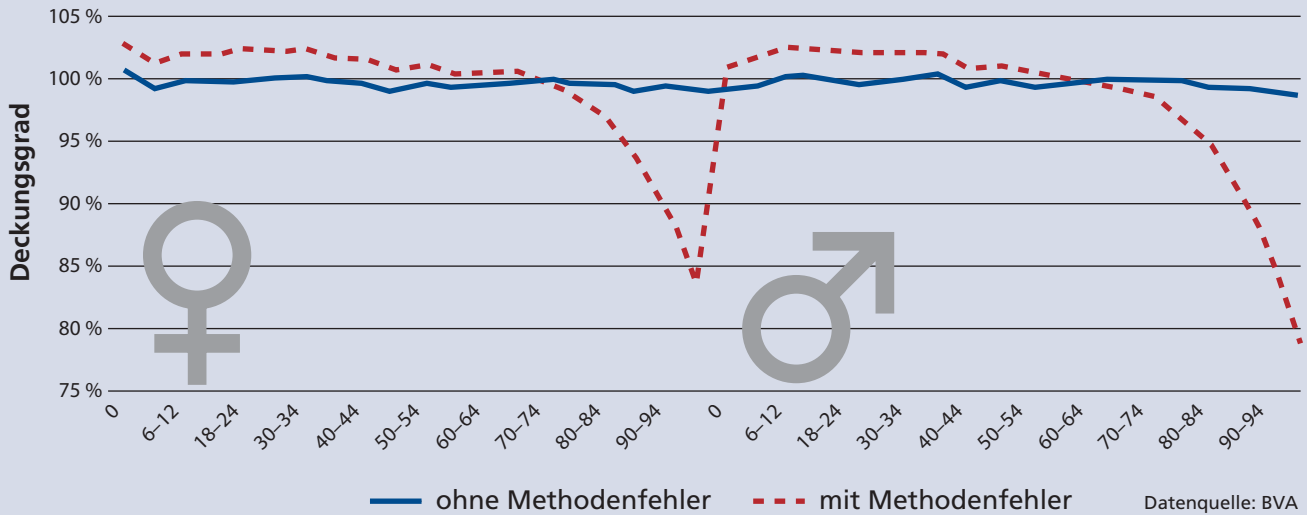


Abb. 3 Deckungsgrade und Altersstruktur – mit und ohne Methodenfehler



nicht erreicht. Der wissenschaftliche Beirat kommt in seinem Gutachten zu folgendem Ergebnis: „Allerdings zeigt sich auf der Grundlage der Ergebnisse des Jahresausgleichs 2009, dass auch hier noch Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Deckungsquoten von Versicherten mit Krankheiten besteht, die mit hoher Letalität und ausgeprägter Multimorbidität einhergehen. Für „Gesunde“ und Versicherte, die geringe Ausgaben verursachen, bestehen umgekehrt nach wie vor spürbare Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Ein „Übermaß“ an Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich kann daher bei dieser Datengrundlage nicht konstatiert werden.“ (Wissenschaftlicher Beirat 2011: S. 2).

Eine entscheidende Ursache für die noch verbesserungsfähige Zielgenauigkeit des Morbi-RSA liegt im Methodenfehler. Wie auf **Abbildung 3** zu sehen ist, gleicht der Risikostrukturausgleich Unterschiede in den Altersstrukturen nicht vollständig aus. Krankheiten mit hoher Mortalität weisen deshalb massive Unterdeckungen auf. In der Folge sind Krankenkassen mit einem hohen Anteil an älteren und kränkeren Versicherten gegenüber Kran-

kenkassen, die sich weniger stark in der Versorgung kranker Menschen beweisen müssen, systematisch im Nachteil. Diesen Methodenfehler sollte man nach Ansicht des wissenschaftlichen Beirats beseitigen, um auf diese Weise auch die festgestellte Belastung von Krankenkassen bei Hochkostenfällen zu beseitigen (vgl. Wissenschaftlicher Beirat 2011: S. 5). Es sei daran erinnert, dass die „Fehler-Diktion“ des Beirats nicht von ungefähr kommt. Der im Status quo vorhandene Fehler ist erkennbar irrtümlich in den MRSA 2.0 geraten. Seine Bereinigung wäre genau an dieser Stelle nichts anderes, als die Wiederherstellung eines bereits einmal vorhandenen Grads an methodischer Güte und Zielgenauigkeit.

Wenn sich die Entwicklung des Morbi-RSA als lernendes System in Zukunft fort schreibt, dann erreicht man über die schnelle Korrektur des Methodenfehlers einen M-RSA 2.1, der den Blick auf das eigentliche „Spielfeld“ frei macht. Kas sen, Politik, Beteiligte und Wissenschaft brauchen sich nicht mehr allein über die Spielregeln eines fairen Wettbewerbs Gedanken machen. Vielmehr kommt man so zum eigentlichen Spiel: der konkreten

Ausgestaltung eines Wettbewerbs um Preis, Leistung und Qualität zwischen den Krankenkassen. Alle Akteure sollten bereit sein, sich daran messen zu lassen, ob im Wettbewerb um die besten Lösungen ein Nutzen für die Versicherten generiert werden kann. Ein Morbi-RSA 2.1 würde dafür nicht nur den Startschuss geben, sondern die Aufmerksamkeit klar auf die Versicherten und Patienten und deren Probleme lenken.

Literatur

Bundesversicherungsamt: So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, 16. September 2008
 Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2005 (BVerfG, 2 BvF 2/01 vom 18. 7. 2005)
Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Endfassung, 22. 6. 2011

Autor:
Uwe Deh
AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin