

Krankheiten im Morbi-RSA: Aufhebung der Krankheits- begrenzung statt Diskussion um Prävalenzgewichtung!

MARTIN LITSCH

Martin Litsch ist
Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes,
Berlin

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist das Dauerthema der gesetzlichen Krankenversicherung. Wo über 200 Milliarden Euro im Jahr verteilt werden, will jeder möglichst viel vom Kuchen abbekommen. Aktuell wird von Kritikern eine falsche Berücksichtigung der Häufigkeit von Krankheiten (Prävalenz) bei der Krankheitsauswahl moniert. Die Forderung nach einer veränderten Prävalenzgewichtung ist ein rein interessengeleiteter Reformvorschlag, der nicht dem Ziel einer sachlogischen Weiterentwicklung des Morbi-RSA dient. Die heutige Form der Krankheitsauswahl ist 2008 festgelegt und aktuell durch Untersuchungen bestätigt worden. Perspektivisch sollten wir nicht mehr eine Diskussion über die Krankheitsauswahl führen, sondern im Morbi-RSA alle Krankheiten berücksichtigen.

Wurzel versus Logarithmus: Die Debatte um die Prävalenz- gewichtung im Jahr 2008

Anfang der 2000er Jahre zeichnete sich ab, dass der bis dato nach den Kriterien Alter und Geschlecht funktionierende Risikostrukturausgleich um die Berücksichtigung von Krankheiten ergänzt werden sollte. In Gutachten (u.a. im Auftrag des BMG) wurde festgestellt, dass die Nichtbeachtung von Morbiditätsunterschieden Anreize zu Risikoselektion setzt und Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten unterbindet. Es bestand (auch international) Einigkeit darin, dass Morbidität als Merkmal in Risikostrukturausgleichssystemen be-

rücksichtigt werden müsse. Insofern war es folgerichtig, dass im Jahr 2009 die Morbiditätsorientierung (endlich) auch im deutschen RSA aufgenommen wurde. Die Berücksichtigung von Krankheiten war ein sehr wichtiger Schritt, um die Zuweisungen zielgenauer kalkulieren zu können. Und das Ziel wurde erreicht.

Mit der Einführung der Morbiditätsorientierung des RSA stand zwangsläufig die Frage im Raum, wie eine solche Morbiditätsorientierung ausgestaltet werden muss. Wie viele Krankheiten sollten berücksichtigt werden? Und nach welchen Kriterien sollten die Krankheiten ausgewählt werden? Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

legte der Gesetzgeber im Jahr 2007 einen ersten entscheidenden Grundstein: Es sollten nicht alle Krankheiten, sondern zunächst nur 50 bis 80 Krankheiten Berücksichtigung im Morbi-RSA finden. Die Begründung in der entsprechenden Bundestagsdrucksache zeigt, dass diese Begrenzung lediglich einen Übergangscharakter haben sollte: Durch die Vorgabe „soll eine gleitende Einführung der direkten Morbiditätsorientierung sichergestellt werden, um die Kalkulationssicherheit und Planbarkeit für die Krankenkassen zu erhöhen. Um nicht vorhersehbare Verwerfungen in der Übergangsphase zu vermeiden, sollen Risikozuschläge daher zunächst nur für ein begrenztes Krankheitsspektrum er-

Die Begrenzung auf 80 Krankheiten war eine bewusste politische Entscheidung für eine Übergangsphase bis zur Berücksichtigung aller Krankheiten.

mittelt werden.“ (Bundestagsdrucksache 16/3100, S. 204). Die Begrenzung auf 80 Krankheiten war somit eine bewusste politische Entscheidung für eine Übergangsphase bis zur Berücksichtigung aller Krankheiten. Damit konnten die Krankenkassen die Voraussetzungen schaffen, ihre Geschäftsmodelle an die neue Morbi-RSA-Struktur anzupassen.

Sieben Jahre nach Einführung des Morbi-RSA befinden wir uns weiterhin in dieser Übergangsphase, Ziel war es aber schon damals, perspektivisch alle Krankheiten in den Blick zu nehmen.

Neben dieser Beschränkung auf bis zu 80 Krankheiten sah der Gesetzgeber außerdem vor, dass insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zu berücksichtigen seien. Die betroffenen Versicherten sollten überdies überdurchschnittliche Kosten aufweisen – die Durchschnittskosten sollten bei ihnen 50 Prozent höher liegen als beim Durchschnitt aller Versicherten. Die Krankheiten sollten des Weiteren eng abgrenzbar und für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sein, sowie wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen haben.

Bei der konkreten Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten wurde das Bundesversicherungsamt durch einen wissenschaftlichen Beirat unterstützt. Dieser übernahm die durchaus anspruchsvolle Aufgabe, die Begriffe „Krankheit“, „Schwere“ und „chronisch“ für den Auswahlprozess zu operationalisieren und entsprechende Kriterien zu definieren. Seine im Rahmen des vorgelegten Gutachtens (Busse, Drösler, Glaeske et al. (2007)) vorgeschlagene Krankheitsauswahl bzw. Auswahlmethodik führte zu einer kontroversen Diskussion. Dabei ging es zentral um die Frage der Bedeutung von Krankheitshäufigkeiten in der Bevölkerung oder kurz: die Prävalenzgewichtung. Sollten für die gesamten Kosten einer Krankheit einfach die Fallzahl mit den durchschnittlichen Krankheitskosten multipliziert werden (lineare Gewichtung)? Oder sollte man die Häufigkeit der Krankheit weniger stark gewichten und vor allem die Krankheiten berücksichtigen, die seltener vorkommen, aber bei einem einzelnen Versicherten sehr

hohe Kosten auslösen (sog. logarithmische Prävalenzgewichtung)? Der erste Wissenschaftliche Beirat präferierte das zweite Modell, da nach seiner Meinung sonst kostenintensive Krankheiten mit geringer Verbreitung unberücksichtigt bleiben würden. Das BVA folgte dieser Empfehlung jedoch nicht und entschied sich für einen Kompromiss bei der Prävalenzgewichtung: Die Häufigkeit sollte wenn auch in abgeschwächter Form durchaus berücksichtigt bleiben und es wurde die sog. Quadratwurzelgewichtung (im Folgenden nur Wurzelgewichtung genannt) eingeführt. Durch diese Form der Gewichtung sollen z.B. auch Volkskrankheiten, die nicht sehr hohe Fallkosten haben, jedoch sehr häufig vorkommen, RSA-Zuschläge erhalten. Weniger Berücksichtigung erhalten dafür Krankheiten, die im Einzelfall teuer sind, jedoch seltener vorkommen.

Schaut man sich aktuelle Berechnungen des BVA (zur Krankheitsfestlegung 2016) an, wird ganz praktisch die Rolle der Prävalenzgewichtung deutlich. Bei Einführung der logarithmischen Prävalenzgewichtung (statt der aktuellen Wurzelgewichtung) würden Volkskrankheiten wie u.a. Depression, Koronare

Herzerkrankung und Schlaganfall aus dem Krankheitsspektrum des Morbi-RSA entfallen. Aufgenommen würden dagegen eher seltene Krankheiten, z.B. Fremdkörper in der Luftröhre oder Lunge und Fremdkörper im Magen-Darmtrakt. Dies zeigt deutlich, dass durch eine logarithmische Gewichtung relevante und verbreitete Krankheiten herausfallen würden.

Begründet wurde die Entscheidung für die „Wurzel“ insbesondere mit der Zielsetzung des Gesetzgebers, Krankheiten auszuwählen, die für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung seien und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkassen hätten. Auch sollte die Wurzelgewichtung stärker als die anderen Lösungsoptionen dem Ziel des RSA dienen, Risikoselektion zu verringern.

Mit der Entscheidung des BVA für die Wurzelgewichtung und gegen die logarithmische Prävalenzgewichtung war im Jahr 2008 die Debatte um die Krankheitsauswahl vorerst beendet. Trotzdem keimt nun aber die Diskussion um die richtige Prävalenzgewichtung in der Gesundheitspolitik wieder auf. Wie ist das zu erklären?

Aktuell ist der Morbi-RSA an jeder finanziellen Schiefelage schuld

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) hat der Gesetzgeber im Jahr 2014 durch die Einführung einkommensabhängiger, kassenindividueller Zusatzbeiträge die GKV-Finanzarchitektur grundlegend verändert. Im Januar 2015 erhob ein Großteil der Kassen erstmals diesen Zusatzbeitrag in Höhe von durchschnittlich 0,9 Prozent. Diese Maßnahme hat wieder zu einem deutlich verstärkten Preiswettbewerb geführt, die Rücklagen aus Zeiten hoher einheitlicher Beitragssätze werden vielfach abgeschmolzen. Dies setzt jede Krankenkasse unter verschärften Anpassungsdruck, und Unterschiede im Geschäftsmodell der Kassen kommen deutlicher zum Ausdruck. Für manchen Kassenchef mag es daher naheliegend sein, bei finanziellen Schiefagen insbesondere die externen Faktoren und Rahmenbedingungen für diese Situation verantwortlich zu machen. Und bei der GKV-Finanzierungssystematik ist der Schuldige schnell gefunden: Viele Kassenvertreter beklagen

gen, dass der Morbi-RSA das Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht fair an die Kassen ausschütete, sondern einige Körperschaften bevorteilte, während andere systematisch benachteiligt würden. So wurde der Morbi-RSA in den letzten Monaten zum „Prügelknaben“ vieler Kassen: Die einen fordern die Aufnahme eines Regionalfaktors, andere pochen auf seine „Entrümpelung“ und wollen die Erwerbsminderungsgruppen unberücksichtigt lassen. Zentral ist auch die Forderung, bei der Krankheitsauswahl die Prävalenzgewichtung zu verändern.

So fordert der Verband der Ersatzkassen (vdek) in seinem im Sommer veröffentlichten Positionspapier die Einführung einer logarithmischen Prävalenzgewichtung. Und das IKK-System will mit einer Studie aufzeigen, dass der Morbi-RSA präventionshemmend sei und sieht als Lösung: die logarithmische Prävalenzgewichtung. Auch die sogenannte „RSA-Allianz“ kommt zu dem Ergebnis, die logarithmische Prävalenzgewichtung sei das geeignetere Modell. Diese Forderung nach der Logarithmierung hat vor allem einen finanziellen Hintergrund: Gerade Kassen, die eine unterdurchschnittliche Morbidität bei ihren Versicherten aufweisen, profitieren von ihr und erhoffen sich höhere Zuweisungen. Ziel der Morbi-Kritiker ist es deshalb, die Prävalenzgewichtung als eine von mehreren kurzfristig umsetzbaren Maßnahmen ins Gespräch zu bringen. Sie hoffen, dass Reformen beim RSA ihre Kassen aus finanziellen Nöten befreien werden. Dass weder der Morbi-RSA im Allgemeinen noch die Prävalenzgewichtung im Speziellen für die individuelle Finanzsituation verantwortlich ist, wird dabei ausgeblendet. Die Wiederauferstehung der Prävalenz-Debatte ist daher vor allem auf den erhöhten Finanzierungsdruck der Kassen zurückzuführen.

Wie weiter umgehen mit der Prävalenzgewichtung?

Aufgrund der hitzig geführten Diskussion kommt also acht Jahre nach Festlegung erneut die Frage auf: Sollten wir die Prävalenzgewichtung jetzt hin zur logarithmischen Variante verändern? Meine Antwort darauf lautet entschieden: Nein, das sollten wir nicht tun und dafür gibt es auch gute Gründe. Erstens ist es eine rein interessengeleitete, keine

sachlogische Reformoption, zweitens ist die Wurzelgewichtung aktuell wieder bestätigt worden und drittens gibt es eine sinnvollere Lösungsoption: die Krankheitsanzahl generell nicht mehr zu beschränken. Damit würde die Diskussion um die Gewichtung ganz entfallen.

Die Logarithmierung dient nur dem Einzelinteresse, nicht aber der sachlogischen Weiterentwicklung des RSA

Im Jahr 2008, als der Wissenschaftliche Beirat die logarithmische Prävalenzgewichtung dem BVA vorschlug, setzten sich durchaus viele Kassen kritisch mit dieser Methodik auseinander. So schrieb das IKK-System in seiner Stellungnahme zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats: „Die von den Gutachtern gewählte logarithmische Gewichtung führt in der Tendenz zu einer deutlich reduzierten morbiditätsorientierten Mittelzuweisung und wird dem Ziel, Risikoselektion weiter deutlich zu reduzieren, nicht gerecht.“ (S. 5). Auch wir als AOK-Bundesverband stellten 2008 in unserer Stellungnahme fest: „Die Logarithmierung der Krankheitshäufigkeit ist methodisch ungeeignet, rechtlich unzulässig und benachteiligt teure chronische Volkskrankheiten.“ (S. 15). Die Barmer sprach sich in ihrer Stellungnahme dafür aus, die „Prävalenzgewichtung nachzujustieren“: „In Anbetracht des gesetzlichen Auftrages, Krankheiten zu benennen, die für das Versorgungsgeschehen von großer Bedeutung sind, ist die Logarithmierung zu scharf [...]. Es erscheint fragwürdig, dass mit dieser Berechnungsmethode das Ziel, jene Krankheiten mit besonderer Bedeutung für das Kostengeschehen in Deutschland zu finden, erreicht werden kann.“ (S.2).

Es erstaunt, dass sich die Meinung einiger Akteure um 180 Grad gedreht zu haben scheint. So spricht sich nun wie oben beschrieben die IKK für eine Reform der Prävalenzgewichtung aus und der vdek, deren Mitglied die Barmer ist, will ebenfalls ran an die Gewichtungsmethodik. Die RSA-Allianz hat zur Untermauerung ihrer Forderung sogar ein Auftragsgutachten durch das IGES erstellen lassen.

Die „Wurzel-Kritiker“ monieren nun, der Morbi-RSA sei durch die aktuelle Prävalenzgewichtung präventionsfeind-

lich. Volkskrankheiten wie Hypertonie oder Diabetes könnten laut vdek „in der Regel durch Prävention verhindert bzw. hinausgezögert werden“ (vdek-Positionspapier 2016, S. 12), da sie jedoch über den RSA ausgeglichen würden, sinke für sie der Anreiz, in Prävention zu investieren. Diese Argumentation ist nicht nachvollziehbar. Zum einen sind diese Krankheiten nicht in jedem Fall durch die Krankenkassen (und auch generell) präventiv vermeidbar. Vielmehr sind sie mit vielfältigen Auslösern assoziiert, so z.B. genetischer Disposition, mit dem sozioökonomischen Status oder dem Bildungsgrad. Bei Typ2-Diabetes gibt es auch epidemiologische Daten, die einen Zusammenhang der Erkrankung u.a. mit Luftschadstoffen und nächtlichem Lärm zeigen. Zum anderen wird bei der Argumentation des vdek der entscheidende Punkt vergessen: Der RSA ist prospektiv ausgestaltet. Es werden nicht die tatsächlichen Ausgaben ausgeglichen, sondern die aus der vorliegenden Krankheit zu erwartenden Folgekosten im nächsten Jahr. Das setzt einen starken Präventionsanreiz, Kassen versuchen, ihre Versicherten nicht kränker, sondern möglichst gesünder werden zu lassen. Gute Risiken sind für eine Kasse immer noch jene Versicherte, die gesund sind. Mit dem Vorschlag, die Prävalenzgewichtung zu verändern und somit einige Volkskrankheiten aus dem RSA zu nehmen, findet ein faktischer Rückbau der Morbiditätsorientierung des RSA statt. Dies würde nicht zu mehr Präventionsaktivitäten der Kassen führen, sondern vermehrte Aktivitäten der Risikoselektion, z.B. gegen ältere oder an chronischen Volkskrankheiten leidende Versicherte auslösen. Die zentrale Funktion des RSA, Risikoselektion gegen große Patientengruppen vorzubeugen, wird dadurch stark beeinträchtigt. Interessanterweise sehen auch die Gutachter des IGES, die im Auftrag der RSA-Allianz die Krankheitsauswahl untersucht haben und sich für die logarithmische Prävalenzgewichtung aussprechen, die Vermengung von Krankheitsauswahl und Prävention kritisch: „Mit ein wenig zeitlichem Abstand muss allerdings konzediert werden, dass die präventionsorientierten Überlegungen nicht in die Systematik eines Morbi-RSA gehören, der die tatsächlich entstehenden Versorgungskosten ausgleichen soll. Zudem wäre es denkbar, dass ein solcher „Präventionsvorbehalt“

auch den adversen Anreiz in Gang setzen könnte, mit einer passiven Einstellung die Krankheiten bis zu einem schwerwiegenden und zuweisungsberechtigten Status verschlechtern zu lassen (...).“ (IGES-Gutachten Teil I, S. 20, 21).

Des Weiteren wird vom vdek die Vorgabe des Gesetzgebers, die Krankheiten sollten für das Versorgungsgeschehen relevant sein, uminterpretiert: „Das trifft vor allem auf die Krankheiten zu, bei denen jeder einzelne Behandlungsfall besonders teuer ist. Oftmals ist der Verlauf bei diesen Krankheiten zudem sehr schwer. In einem von Solidarität getragenen System sind es diese Fälle, die eine besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen haben, weil sie in sehr großem Ausmaß auf die Solidargemeinschaft angewiesen sind.“ (vdek-Positionspapier 2016, S. 12). Dies trifft nicht zu: In der Solidargemeinschaft werden aus gutem Grund alle Krankheiten gemeinsam getragen, versorgt werden alle Krankheiten, es gilt das Finalprinzip. Für das Versorgungsgeschehen relevant sind aber vor allem jene Krankheiten, die häufig vorkommen und dadurch für das Gesundheitssystem insgesamt aufwendig und intensiv sind.

Die Argumente der Logarithmus-Befürworter sind also bei näherer Betrachtung nicht stichhaltig. Die Beweggründe sind andere: Statt ihr Geschäftsmodell anzupassen, werden die Gründe für finanzielle Schief lagen im Morbi-RSA gesucht. Von einer Reform der Prävalenzgewichtung erhofft man sich bei den Kassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität eine finanzielle Zuwendung. Das Gutachten des RSA-Allianz argumentiert daher auch selbstentlarvend, wenn es den zentralen Vorteil der Logarithmierung gegenüber der Wurzelgewichtung folgendermaßen beschreibt: „Die Deckungsquoten auf Ebene der Kassenarten können angeglichen werden, dadurch wird der Wettbewerb insgesamt gerechter. Anreize zur Wirtschaftlichkeit bleiben aber erhalten, da kein völliger Angleich der Deckungsquoten stattfindet.“ (IGES-Gutachten Teil I, S.72). Diese Aussage zeigt: Man hat den Sinn und Zweck des Morbi-RSA entweder nicht verstanden oder ignoriert ihn bewusst. Dieser hat nicht zum Ziel, Deckungsquoten zwischen Kassenarten anzugleichen. Er soll „lediglich“ die Zuweisungen auf Ebene der Versicherten möglichst zielgenau

gestalten. Für den effizienten Umgang mit den Zuweisungen und auch für ihr Finanzergebnis ist jede Kasse hingegen selbst verantwortlich. Auf Ebene der Kassenart zu argumentieren, hilft nicht weiter. Sind die Deckungsquoten einer Kasse sehr hoch, die einer anderen Kasse aber sehr niedrig, kann sich dieser Effekt bei Zusammenfassung dieser beiden Kassen in einer Kassenart wieder ausgleichen. Eine Aussage über die Verbesserung der Zielgenauigkeit bestimmter Reformoptionen trifft man dadurch nicht.

Auch die Argumentation des vdek lässt das Interesse an einer wissenschaftlich fundierten, sachlogischen Weiterentwicklung des RSA vermissen: So begründen die Ersatzkassen ihre

Die Argumente der Logarithmus-Befürworter sind bei näherer Betrachtung nicht stichhaltig.

Forderung nach einer logarithmischen Prävalenzgewichtung sowie weiteren Morbi-Reformen mit dem Argument, dadurch 500 Mio. Euro an Mehreinnahmen für die sechs Mitgliedskassen zu generieren: „Die Ersatzkassen schlagen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA ein gemeinsames Reformpaket vor, mit dem sie ihre strukturell bedingte Benachteiligung im Finanzausgleich insgesamt um etwa eine halbe Milliarde Euro reduzieren könnten“ (vdek-Positionspapier 2016, S.6). Dies ist eine rein kassenegoistische Sicht der Dinge, Zuweisungsmaximierung statt Streben nach inhaltlich sinnvoller Weiterentwicklung. Es ist schon bezeichnend, wenn sich das finanzstärkste Mitglied dieser Kassenart mit unterdurchschnittlichem Beitragssatz und gleichzeitig hohen Rücklagen und großzügiger Leistungsgewährung an die Spitze dieser Argumentation setzt. Das zeigt: Hier geht es offensichtlich nicht um die Vermeidung von Risikoselektion und um Wirtschaftlichkeitsanreize zwischen Kassen im Sinne der Versorgung.

Auch aktuelle Untersuchungen bestätigen die Wurzelgewichtung

Ich habe bereits dargestellt, wie die Diskussion im Jahre 2008 verlaufen

ist. Das Thema wurde damals intensiv diskutiert, es gab umfangreiche Stellungnahmen und wissenschaftliche Untersuchungen und letztlich musste vom BVA eine Entscheidung getroffen werden. Seither haben sich keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse ergeben und es wurden auch keine neuen Datenbestände ermittelt, die eine Neujustierung der Prävalenzgewichtung notwendig erscheinen lassen. Im Gegenteil: Auch heutige Untersuchungen stützen die Entscheidung von 2008. Der jetzige Wissenschaftliche Beirat beim BVA hat im Rahmen der Krankheitsfestlegung 2016 nochmals die Frage der Prävalenzgewichtung ausführlich bearbeitet. Der Beirat kam zu dem Ergebnis, dass eine Änderung der Gewichtung

nicht erforderlich ist bzw. zu schlechteren Ergebnissen führt: „Die Modelle mit einer im Vergleich zum Status quo weiter reduzierten Prävalenzgewichtung führen ohne Ausnahme zu schlechteren Ergebnissen über alle Kennzahlen. Die

Verwendung des natürlichen Logarithmus erzeugt dabei das mit deutlichem Abstand schlechteste Modellergebnis aller untersuchten Modellvarianten. [...] Eine Rückkehr zur logarithmischen Gewichtungsfunktion sollte auf Basis dieser Kennzahlen nicht mehr zur Diskussion stehen.“ (Anlage 1: Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016, Entwurfsfassung, Stand 30.01.2015, S.14).

Zum Vorwurf der Präventionsfeindlichkeit hat sich das BVA ebenfalls aktuell geäußert. Es hat untersucht, wie sich die mittleren Deckungsbeiträge auf Versichertenebene entwickeln, sofern die Versicherten von einem zum anderen Jahr eine veränderte Morbidität (mehr oder weniger Krankheitsgruppen) aufweisen. „Hierbei zeigt sich, dass eine Krankenkasse für einen Versicherten, der gesund ist oder gesünder wird, mit einem positiven Deckungsbeitrag ‚belohnt‘ wird. Umgekehrt gilt, dass mit Zunahme der RSA-relevanten Erkrankungen auch die Unterdeckung steigt, die Kassen ihre Leistungsausgaben für diesen Versicherten also immer weniger durch die Zuweisungen decken kann.“

Die Ergebnisse belegen, dass sich Prävention im RSA lohnt.“ (Plate, Demme 2016, S.173).

Der RSA ist also mit der jetzigen Form der Prävalenzgewichtung bestätigt worden. Wenn man den Risikostrukturausgleich wirklich als lernendes System versteht, das Risikoselektion verhindert und Anreize für Wirtschaftlichkeit und Qualität setzt, dann sollte man seine Energie nicht auf überholte Debatten verschwenden, sondern auf aktueller Datenbasis zukunftsweisende Reformoptionen entwickeln. Die Frage „Logarithmus versus Wurzel“ ist vorerst entschieden. Besser sollten wir uns der Frage zuwenden, ob nicht überhaupt die Begrenzung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten im Morbi-RSA aufgehoben werden sollte.

Eine Aufhebung der Beschränkung auf 80 Krankheiten ist überfällig

Ein Blick auf die Einführung der Morbiditätsorientierung im RSA und die damaligen Vorgaben des Gesetzgebers zeigt deutlich, dass die Begrenzung auf 80 Krankheiten als reine Übergangslösung gedacht war. Diese „gleitende Einführung der Morbiditätsorientierung“ sollte nach sieben Jahren mittlerweile abgeschlossen und „nicht vorhersehbare Verwerfungen in der Übergangsphase“ überwunden sein. Aus meiner Sicht ist es daher an der Zeit, alle prospektiv ausgabenrelevanten Krankheiten im Morbi-RSA zu berücksichtigen. Dieser Schritt hätte mehrere Vorteile: Zum einen würden wir nicht mehr über die Prävalenzgewichtung diskutieren müssen. Denn die Prävalenzgewichtung dient ja dazu, bei der Auswahl der Krankheiten die richtige „Mischung“ aus Häufigkeit der Krankheit und Kosten der Krankheit zu finden. Wenn wir keine Auswahl mehr treffen müssen, brauchen wir auch keine Prävalenzgewichtung mehr vorzunehmen. Alle prospektiv ausgabenrelevanten Krankheiten würden berücksichtigt, das Gewichtungssystem würde nicht mehr von einzelnen Kassen infrage gestellt werden können. Auch würden die jährlich stattfindenden aufwendigen Verfahren zur Krankheitsauswahl entfallen. Die Diskussion um die Manipulationsanfälligkeit des RSA würde minimiert. Erübrigt hätte sich dann auch die Frage nach einer gesonderten Krank-

heitsauswahl zur Berücksichtigung von krankengeldspezifischer Morbidität. In einem System würden alle prospektiv ausgabenrelevanten Krankheiten berücksichtigt, sowohl Volkskrankheiten, als auch teure seltene Krankheiten, als auch Krankheiten, die mit Krankengeld in Verbindung stehen etc. Das trägt zu einer fairen Ausgestaltung der Wettbewerbsbedingungen in der GKV bei, dem originären Ziel des Morbi-RSA. Auch das BVA hat sich klar für eine Aufhebung der Krankheitsbegrenzung ausgesprochen und konstatiert u.a. „Die Krankheitsauswahl schränkt die erreichbare Modellgüte ohne Not ein (...)“. (Plate, Demme 2016, S.173).

Die Debatte um die Prävalenzgewichtung ist nun zum zweiten Mal intensiv geführt worden. Und wieder kommt man zu dem Ergebnis, dass die logarithmische Prävalenzgewichtung keine sinnvolle Option zur Weiterentwicklung des RSA ist, sondern rein der Logik der Einzelinteressen folgt. Wir sollten jetzt einen klaren Cut machen: Beenden wir diese unsägliche Diskussion und heben stattdessen die Krankheitsbegrenzung auf. Die Antwort auf die Diskussion um die Prävalenzgewichtung lautet: Berücksichtigung aller Krankheiten und damit ein zielgenauerer Morbi-RSA im Sinne der Versicherten mit weniger Risikoselektion und mehr Wirtschaftlichkeitsanreizen. ■

Literatur

AOK-Bundesverband (2008): Fachliche Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt nach § 31 Abs. 2 Nr. 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSVA). Online abrufbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>

Barmer (2008): Ergänzende Stellungnahme der Barmer zum Wissenschaftlichen Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Online abrufbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>

Bundestag (24.10.2006): Bundestagdrucksache 16/3100. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Online abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf>

Bundesversicherungsamt (30.01.2015): Anlage 1: Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016, Entwurfsfassung, Stand 30.01.2015. Online abrufbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html>

Busse, Reinhard; Drösler, Saskia; Glaeske, Gerd et al. (2007): Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Online abrufbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>

IGES-Institut (2016): Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1). Kriterien, Wirkungen und Alternativen. Online abrufbar unter: http://iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e13612/e13614/e13616/attr_objjs13620/IGES_RSA-Begleitforschung_Teil_1_WEB_ger.pdf

IKK-Bundesverband (2008): Gutachten zur Auswahl der Krankheiten für den morbiditätsorientierten RSA, Bewertung des IKK-Systems. Online abrufbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>

Plate, Frank; Demme, Sylvia (2016): Reformoptionen zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt, in: Welt der Krankenversicherung 7-8/2016, S. 172-175

vdek (2016): Positionspapier. Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen. Online abrufbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/globale_dokumente/Positionen/Positionspapier%20Morbi-RSA_vdek.pdf