

Wettbewerbsgerechtigkeit des RSA objektivieren – Managementleistung der Kassen vergleichen

KARSTEN NEUMANN

Dr. Karsten Neumann
ist Geschäftsführer
und Bereichsleiter
Krankenversicherung des
IGES Institut in Berlin

Eines der beiden wichtigsten Ziele des Risikostrukturausgleichs (RSA) ist die Herstellung von Chancengleichheit im Wettbewerb. Das bedeutet, dass die Kassen nach Bereinigung um ihre spezifische Managementleistung eine vergleichbare Deckungsquote haben sollen. Um festzustellen, ob der heutige RSA fair ist, muss daher die Managementleistung beurteilt werden. Der Artikel diskutiert, wie ein solches Verfahren funktionieren kann. Das Ergebnis ist ein methodischer Vorschlag zur Beurteilung der Zielgenauigkeit des RSA.

1. Ziele des RSA und Bedeutung von Chancengleichheit im Wettbewerb

Der Risikostrukturausgleich verfolgt zwei Ziele: Er soll Chancengleichheit der Kassen im Wettbewerb herstellen und er soll Anreize zur Risikoselektion einzelner Versicherter minimieren.¹ – Die Anreize zur Risikoselektion bedürfen zwar einer sorgfältigen und richtigen Interpretation, wie wir kürzlich dargelegt haben². Die erforderlichen Daten, etwa die üblichen statistischen Gütemaße³ oder *Predictive Ratios*, sind aber leicht zu gewinnen.

Die Chancengleichheit im Wettbewerb ist dagegen schwieriger zu ermitteln. Gewöhnlich wird sie so interpretiert, dass Unterschiede in den Deckungsbeiträgen und damit in den Beitragssätzen der Kassen nur durch die jeweilige Leistung der Organisation zustande kommen sollen. Externe Risiken, wie unterschiedliche Morbiditäten der Versichertenpopula-

tion, sollten durch den RSA ausgeglichen werden. So hätten alle Kassen im Wettbewerb um Kunden die gleichen Startchancen. Preisunterschiede würden auf die Leistungsfähigkeit oder bewusst gewählte Mehrleistungen der Kassen zurückgehen und wären somit ein klares Signal nach außen für die Qualität der Organisation. Und jede Kasse wäre in der Lage, ihre Wettbewerbsposition durch eigene Anstrengungen zu verbessern.

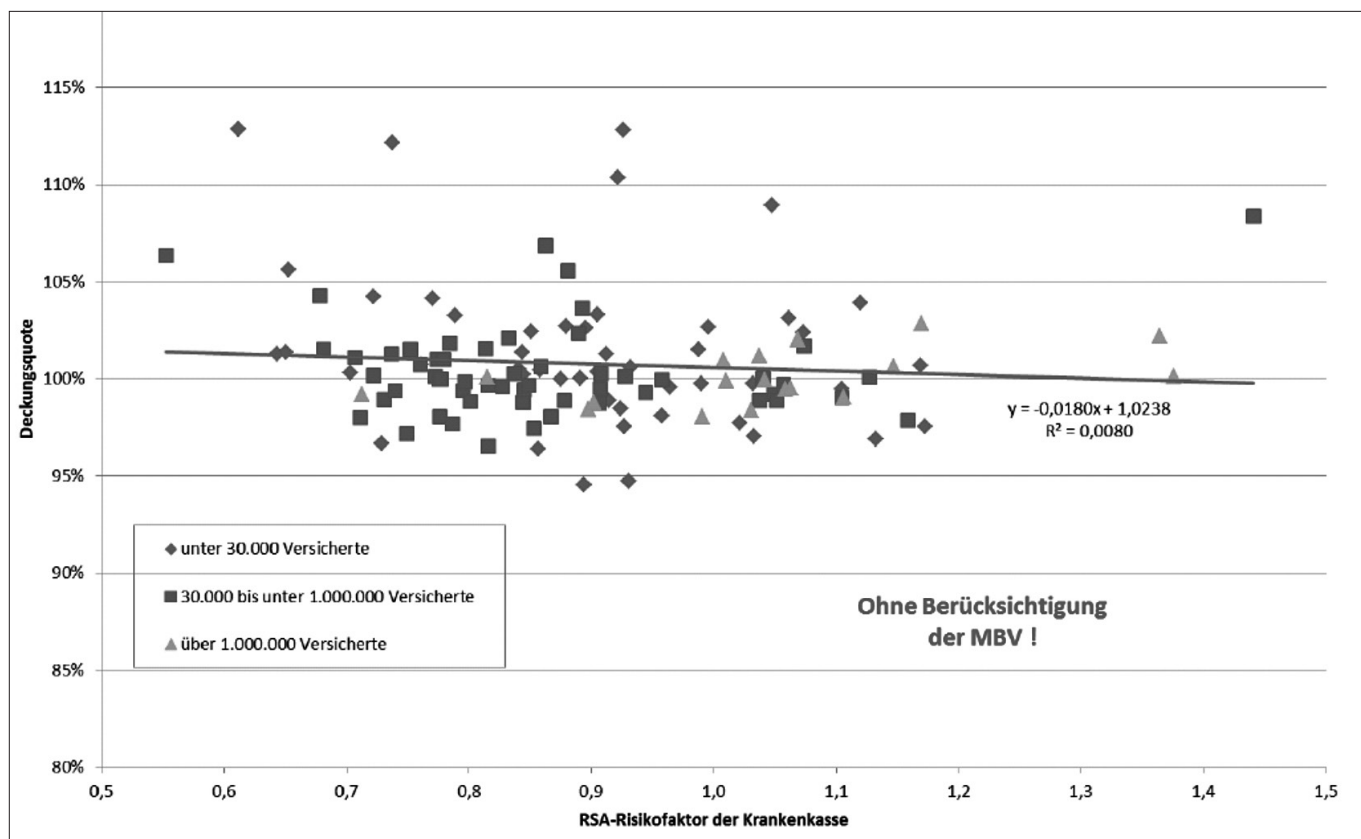
Dieses Idealbild einer *Managed Competition* ist umso wichtiger als der Preis nach wie vor der wichtigste Faktor in der Entscheidung der Mitglieder für eine bestimmte Kasse ist. Dies ergibt sich aus dem „IGES Kompass Gesundheit“, wonach Kostenaspekte die Entscheidung

1 Vgl. Deutscher Bundestag (2006), Wille, E et al. (2007), Drösler 2011, S. 9f. Ulrich V et.al. (2016).

2 Vgl. Neumann (2016b).

3 Vgl. neben der ausführlichen Darstellung in Drösler et al 2011 auch Schäfer 2011 zur Diskussion der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Gütemaße.

Abbildung 1: Deckungsquoten der GKVen in den standardisierten Leistungsausgaben 2014



Quelle: BVA (2016), S.16⁶ – Ähnliche Darstellungen für Krankengeld, Verwaltungskosten und Satzungsleistungen ebd., S.17-20

zu mehr als der Hälfte bestimmen, wie auch aus der Analyse von tatsächlichen Wechselbewegungen.⁴ Eine Kasse, die unverschuldet einen zu hohen Preis hat, gerät unweigerlich in die bekannte Abwärtsspirale: vorwiegend Versicherte mit guten Risiken verlassen die Kasse⁵, Beitragsbedarf und Zusatzbeitrag steigen noch weiter, es entstehen Überhänge in den Verwaltungskosten, die nicht mit gleicher Geschwindigkeit abgebaut werden können, Leistungen müssen gekürzt werden, das Image nimmt Schaden usw. Eine Kasse, die dagegen durch Effekte des RSA einen besonders niedrigen Beitragssatz benötigt, kann in Zusatzleistungen und -services investieren. Ihr Image verbessert sich und sie gewinnt junge, gesunde und oft sozial besser gestellte Kunden, welche die Risikostruktur weiter verbessern und dadurch eine Aufwärtsspirale ermöglichen. Es ist also wichtig, gleiche Ausgangsbedingungen zu schaffen.

Heute ist unklar, ob diese existieren. Die Beobachtung zeigt zunächst, dass die Deckungsquoten der Kassen in den Leistungsausgaben stark voneinander abweichen. Nach der Jahresauswertung

des Bundesversicherungsamtes betragen diese Deckungsquoten unter allen Kassen zwischen 94 und 113%, bei den 55 Kassen über 30.000 Mitgliedern noch 96 bis 108% und selbst bei den 18 größten Kassen mit mehr als 1 Mio. Mitgliedern noch ca. 98 bis 103%.

Selbst dieser letztgenannte Abstand ist nicht zu vernachlässigen. Ein Prozent Abweichung bedeutet bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 15,7% schon 0,16% mehr oder weniger Zusatzbeitrag. Bei den größten Kassen können die Beitragssätze also das Fünffache dieses Unterschieds – rund 0,8% – betragen, was erfahrungsgemäß zu einem prozentualen Unterschied in der Mitgliederentwicklung von über 10% pro Jahr führt.⁷ In der Praxis sind die Preisunterschiede durch Unterschiede bei den anderen Ausgabenarten, durch Rückstellungen und andere Finanzeffekte sogar noch etwas höher. Die Empirie bestätigt, dass ein solcher Abstand zu gewaltigen Mitgliederbewegungen führt. Schon im ersten Halbjahr 2016 bspw. -3,3% bei der DAK oder -3,7% bei der IKK Classic, gegenüber Gewinnen von 17% bei der hkk, 7% bei der

AOK PLUS oder 5,2% bei der AOK Sachsen-Anhalt.

Wegen des starken Einflusses des Preises ist es also von besonderer Bedeutung, dass der RSA exogene Faktoren ausgleicht und den Kassen trotz unterschiedlicher Versichertenpopulationen gleiche Ausgangssituationen ermöglicht, um eines seiner beiden Hauptziele – die Chancengleichheit im Wettbewerb – zu erreichen.

4 Wir analysieren regelmäßig den Zusammenhang von Wechselbewegungen und Beitragssätzen. In der Zeit ab dem 1.1.2015 ist ein Beitragssatzzehntel durchschnittlich für einen Gewinn/Verlust von gut 1% der Mitglieder verantwortlich. Die Wirkung von Qualitätsunterschieden ist dagegen deutlich geringer.

5 Albrecht M, Neumann K (2013), Kap. 2.2

6 Die 18 größten Kassen wären in den Grafiken übrigens leicht zu identifizieren, wenn man die Leistungsausgaben je Mitglied mit der Risikoquote vergleicht und dann noch die Verwaltungsausgaben daneben legt.

7 Dies beruht auf der Auswertung der historischen Mitgliederentwicklungen in Zeiten mit prozentualen Beitragssatzunterschieden (also bis 2008 und ab 2015) sowie auf unveröffentlichten Analysen kassenspezifischer Bewegungen. Neumann (2015).

2. Ursachen für Unterschiede in der Deckungsquote

Die dargestellten Unterschiede der Deckungsquoten zwischen den Kassen können drei Gründe haben:

1. Unterschiedliche Qualität der Kostensteuerung (Bspw. Rechnungsprüfung, Fallsteuerung, Verwaltungskosten etc.)
2. Messfehler im festgestellten Bedarf der Ausgaben durch unterschiedliche Qualität in der Kodierung oder in den Datenmeldungen der Kassen an das BVA
3. Unterschiede in exogenen Faktoren, die noch nicht ausreichend durch den RSA ausgeglichen werden (bspw. unausgeglichene Eigenschaften der Versichertenpopulationen, regionale Besonderheiten etc.)

Zunächst wollen wir klären, wie der Umfang von (1), also die Effekte des Kostenmanagements bestimmt werden können. Denn in der bisherigen Diskussion ist man bei der Rolle dieser Faktoren auf mehr oder weniger gut

begründete Vermutungen angewiesen. Wenn bei gleichwertigem Kostenmanagement noch Unterschiede bleiben, so sind diese dann entweder auf Unterschiede im Kodierverhalten zurückzuführen oder auf Lücken im RSA. Beide Effekte können im Sinne eines fairen Wettbewerbs nicht wünschenswert sein und müssten daher zu Reformanstrengungen führen. Wie wir weiter unten zeigen, lässt sich mit gewissen Fehlertoleranzen deutlich machen, dass Unterschiede in der Qualität des Kostenmanagements die unterschiedlichen Deckungsquoten keinesfalls alleine erklären können. Folgende methodische Bemerkung gilt es zu bedenken: Die Zuordnung mancher Einflussfaktoren zu (1) bzw. (3) ist im Einzelfall zu diskutieren. Aktuell wird zum Beispiel eine Regionalkomponente gefordert, weil regionale Gegebenheiten als nicht beeinflussbar und damit als Teil von (3) angesehen werden.⁸ Dagegen könnte man einwenden, dass regionale Ausgabenunterschiede in Grenzen beeinflussbar sind, weil Kassen über die Konzentration ihrer Vertriebsaktivitäten die Verteilung von Mitgliedern auf Bundesländer oder Raumtypen (Stadt/Land

etc.) mittelfristig beeinflussen können. Auch könnte man anführen, dass es Teil der Managementleistung einer Kasse sei, über politische Aktivitäten Einfluss auf die Versorgungsstruktur in ihrem Einzugsgebiet zu nehmen.

Ein weiterer, noch kaum diskutierter Faktor ist das Verhalten der Versicherten. Soziale Faktoren wie der Bildungsgrad können zu höherer oder niedrigerer Inanspruchnahme von Leistungen führen. Dies kann man als steuerbar (1) oder als exogenen Faktor (3) ansehen.

Schließlich wären normative Entscheidungen von Kassen zu respektieren. Die Intensität der Kostensteuerung kann unterschiedlich eingestellt werden und ist durchaus Gegenstand sozialpolitischer Diskussionen, bspw. bei der immer wieder in der Öffentlichkeit wiederkehrenden Frage, ob beim Krankengeld zu rigide gesteuert wird.

Diese Fragen sollten dann diskutiert werden, sobald die eindeutig zu messenden Bestandteile des Leistungsmanagements verglichen sind.

3. Vergleich des Managements in Leistungs- und Verwaltungsausgaben

Im Folgenden beschreiben wir ein Verfahren zum Vergleich der kassenspezifischen Managementleistung. Als Basis dafür stellen wir den Anteil der Kostenarten an den Leistungsausgaben dar und erläutern, welche Steuerungshebel dort jeweils existieren.

3.1. Kostenarten

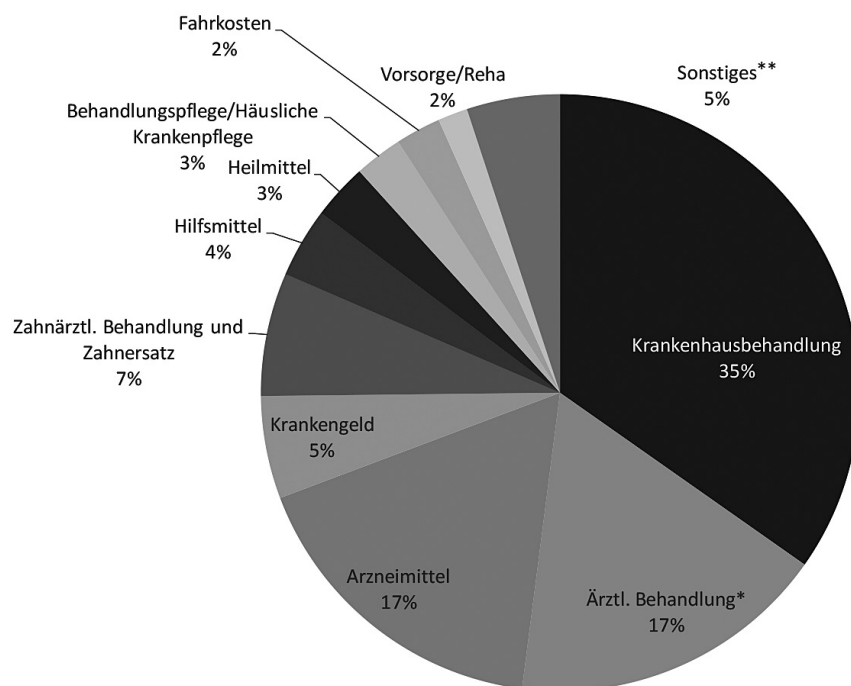
Abbildung 2 stellt dar, wie die Ausgaben für die einzelnen Leistungsbereich der GKV im Jahr 2015 verteilt sind.

3.2 Steuerungsmöglichkeiten

Aus Sicht einer Kasse existieren in fast jeder der Leistungsarten Steuerungshebel für die Menge der Leistungen und für den Preis der einzelnen Leistungen. Wir zeigen in Tabelle 1 die Hebel, bei denen Kassen sich voneinander unterscheiden können. Kollektiv geführte Verhandlungen – bspw. zwischen GKV Spitzenverband und der KBV – sind nicht relevant.

8 Vgl. bspw. Ulrich V et al. (2016), Kap. 5.2.

Abbildung 2: Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2015 in Prozent



Quelle: IGES nach GKV-Spitzenverband

* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten

** ohne stationäre Entbindung

Tabelle 1: Kostenarten und Steuerungshebel im Leistungsmanagement

Kostenart	Hebel Menge	Hebel Preis
Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> Budgetverhandlungen (je Bundesland kollektiv, aber Unterschiede zwischen Bundesländern möglich) Vermeidung von Fällen durch Versorgungsprogramme, DMP etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Rechnungsprüfung und Rechnerkürzung Individuell vereinbarte Rabatte
Arzneimittel	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung unnötiger Verschreibungen durch Hinweise an Ärzte und Patienten Verträge über Therapieformen und gestuften Einsatz von Arzneimitteln 	<ul style="list-style-type: none"> Rabattverträge (Generika) Rabattverträge Originalpräparate Beeinflussung der Therapieform bei Wahlmöglichkeit zwischen Präparaten mit unterschiedlichen Preisen
Ärztl. Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> Ersatz durch Selektivverträge Steuerung durch Hausarztverträge etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulante Abrechnungsprüfung
Krankengeld	<ul style="list-style-type: none"> Fallvermeidung Verkürzung der Falldauer 	<ul style="list-style-type: none"> [Keine Hebel]
Zahnarzt und Zahnersatz	<ul style="list-style-type: none"> Genehmigung (Kieferorthopädie, genehmigungspflichtige Heil- und Kostenpläne) 	<ul style="list-style-type: none"> [Keine nennenswerten Hebel]
Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> Prüfung der Anträge 	<ul style="list-style-type: none"> Rabattverträge bei Verbrauchshilfsmitteln und Umsteuerung der Versicherten Abrechnungsprüfung, Einkauf/Wiedereinsatz von Reha-Hilfsmitteln
Fahrtkosten	<ul style="list-style-type: none"> Bündelung 	<ul style="list-style-type: none"> Einzelausschreibungen
Rest	<ul style="list-style-type: none"> Prüfung von Einzelfällen, bspw. bei Heilmitteln 	<ul style="list-style-type: none"> Rabattverträge mit Rehakliniken
Querschnittsthemen	<ul style="list-style-type: none"> Disease Management Programme Case Management bei Hochkostenfällen Selektivverträge 	

Quelle: Projekterfahrungen IGES

Die Hebel mit den größeren Potenzialen bezogen auf die Gesamtausgaben sind hervorgehoben.

Eine Reihe der Hebel wird durch die Größe einer Organisation beeinflusst. Größere Organisationen sind durch Einkaufsmacht, politischen Einfluss und/oder die Fähigkeit zum Aufbau von Spezialkompetenzen leistungsfähiger. Wir werden dies im Folgenden nicht berücksichtigen, weil wir es für einen fairen Anspruch halten, dass kleinere Organisationen diese Größenvorteile durch Bündelung ebenfalls erzielen können, wie dies heute schon in „Einkaufsgemeinschaften“, bei gemeinsamen Dienstleistungen oder in Abrechnungsverbänden geschieht.

3.3 Vergleichsverfahren

Für jeden Hebel mit relevantem Potenzial sind Kennzahlen zu definieren, mit denen die Managementleistung der Kassen gemessen wird. Wir erläutern das Verfahren ausführlich für den Sektor mit

den höchsten Ausgaben, den stationären Bereich. Die meisten anderen Vergleiche lassen sich auf dieser Basis kürzer darstellen.

3.3.1 Krankenhaus

Der wichtigste Hebel ist die Rechnungsprüfung. Der Erfolg des Leistungsmanagements liegt hier in dem Anteil der Rechnungssumme, der gekürzt wird, bspw. 2 % bei einer Kasse, 3 % bei einer anderen Kasse. Für einen Vergleich wird somit im Wesentlichen die von den Krankenhäusern in Rechnung gestellte Summe und als Gegenstück die tatsächlich gezahlte Summe benötigt.⁹ – Aus einem genaueren Blick auf den Prüfprozess ergeben sich Verfeinerungen: Eingehende Rechnungen werden bei den meisten Kassen durch ein Softwareprogramm überprüft und bei Auffälligkeiten einem Sachbearbeiter vorgelegt. Dieser entscheidet, ob eine vertiefte Prüfung sinnvoll ist, und diese Prüfung wird je nach Art der möglichen Fehler in der Kasse selbst vorgenommen

oder an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weitergegeben. Damit wird eine Adjustierung erforderlich, denn die MDKs der Bundesländer unterscheiden sich in Personalausstattung, Prüfkapazität, Vorgehensweise und Ergebnissen. Zur Adjustierung werden daher die durchschnittlichen Erfolge der MDKs je Bundesland¹⁰ ermittelt und die Leistung einer Kasse im jeweiligen Bundesland um den entsprechenden Wert adjustiert. Wenn die Erfolgsquote eines MDK in einem Bundesland über dem bundesweiten gewichteten Durchschnitt liegt, wird also derjenige Teil der Prüfung, den eine Kasse unter Heranziehung dieses MDK

⁹ Hierbei sind nach unserer Erfahrung eine Reihe von Abgrenzungen nötig, um wirklich eine vergleichbare Datenbasis zu haben, bspw. die zeitliche Abgrenzung, die Beschränkung auf vollstationäre Fälle, die Nichtberücksichtigung von Rechnungen an die falsche Kasse (Arbeitsunfälle etc.) usw.

¹⁰ Sowie getrennt für die beiden Teile von NRW – übrigens auch dort pro Bundesland, wo ein MDK mehrere Bundesländer umfasst, weil die Werte sich unterscheiden können.

durchführt, entsprechend reduziert. Dies ermöglicht eine realistische Einschätzung von der originären Leistung der Kasse. Auch die intern vorgenommenen Kürzungen werden um regionale Unterschiede bereinigt. Damit werden alle Kassen so behandelt, als ob sie bundesweit gleiche Bedingungen hätten.

Eine zweite Adjustierung ist bezüglich der Verteilung von Fällen auf Indikationen vorzunehmen. Die Kürzungsquoten unterscheiden sich nach Therapiegebieten um ein Mehrfaches, bspw. zwischen dem Bereich der Entbindungen (wo nur wenig gekürzt werden kann) und komplexen Krankheitsbildern wie Neubildungen. Dies wird gemäß der Verteilung der Fälle adjustiert. Die Ebene der Diagnosegruppen (Major Diagnostic Categories, MDCs) reicht hierfür aus. Es ist nicht erforderlich auf einzelne Diagnosen zu gehen.

Eine Adjustierung um die Rechnungswerte ist dagegen nicht erforderlich, da sie die prozentuale Kürzungsquote nicht beeinflusst. Auch die unterschiedliche Morbidität von Versicherten zwischen Kassen spielt für Kürzungspotenziale im Wesentlichen keine Rolle, denn diese hat eher Einfluss auf die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten als auf die Kürzungen bei einem einzelnen Aufenthalt.¹¹

Die benötigten Kennzahlen sind also die Rechnungssummen und Kürzungsquoten nach Ländern und Indikationsgebieten sowie einige weitere Eckzahlen wie die Zahl der Versicherten. Für einen der wesentlichen Hebel ist somit eine valide Aussage über die Leistungsfähigkeit der Kassen möglich.¹²

Das Beispiel zeigt, dass es nicht darauf ankommt, wie hoch die Gesamtausgaben der Kassen in einem Sektor sind. Diese müssten nach zahlreichen Einflussfaktoren wie Morbidität und regionaler Verteilung adjustiert werden, was zu einer Reihe von methodischen Schwierigkeiten führt. Stattdessen konzentrieren wir uns auf die Managementhebel, die deutlich leichter zu fassen sind.

Ein weiterer Managementhebel mit Einfluss auf den Preis der Leistungen können Preisverhandlungen sein. Diese finden im Wesentlichen kollektiv statt und werden meist von der Kasse mit dem größten Belegungsanteil stellvertretend geführt. Je nach Geschick der Verhandler können dabei regionale Unterschiede entstehen, die aber auf alle

Kassen wirken würden und daher für einzelne Kassen nicht beeinflussbar sind. Das Ergebnis würden wir als exogenen Faktor einordnen. Neben diesen kollektiven Verhandlungen vermuten manche Marktteilnehmer, dass andere Marktteilnehmer individuelle Rabattabsprachen mit Krankenhäusern treffen, bei denen sie einen hohen Belegungsanteil haben. Sofern Kassen reklamieren, hieraus einen Teil ihres Erfolgs zu erzielen, müssten sie im Rahmen des Vergleichs gegenüber einer treuhänderischen Stelle entsprechende Nachweise liefern.

Neben dem Preis soll selbstverständlich auch die Menge der Leistungen gesteuert werden. Dieser Hebel wird schon lange von Kassen verfolgt. Die Wirkung entsprechender Steuerungsmaßnahmen ist jedoch als begrenzt einzuschätzen. Die etwa seit 2008 getesteten Coachingprogramme erfassen meist nur wenige Prozent der Versicherten,¹³ und auch bei diesen wird nur bei einem Teil der Teilnehmer ein Krankenhausaufenthalt vermieden. Zudem entstehen oft Kosten in ähnlicher Höhe für die Durchführung der Steuerungsmaßnahmen, so dass viele Programme mangels Wirtschaftlichkeit wieder eingestellt wurden.¹⁴

Die bisher wohl größte publizierte Einsparung betrifft das Hausarztprogramm der AOK Baden-Württemberg. Zuletzt wurden 3.900 eingesparte Krankenhaufälle gemeldet¹⁵, wobei nicht bekannt ist, ob diese der durchschnittlichen Fallschwere entsprechen oder eher leichte Fälle sind, etwa aus dem Spektrum der sogenannten ambulantsensitiven (d.h. durch rechtzeitige und effektive ambulante Behandlung vermeidbaren) Krankenhaufälle (ASK).¹⁶ Selbst bei Durchschnittskosten handelt es sich dabei um einen Anteil von unter 1% aller Fälle, die bei einer Kasse dieser Größe zu erwarten sind. Aber auch hier gilt: Wenn ein Vergleich durchgeführt wird und Kassen reklamieren, über diese Hebel Einsparungen zu erzielen, sollten sie ihre evaluierten Ergebnisse in den Vergleichsdatensatz einbringen.

Auf Querschnittsmaßnahmen zur Fallvermeidung wie Disease-Management-Programme (DMP) oder Case Management gehen wir unten ein.

3.3.2 Arzneimittel

Im Arzneimittelsektor ist der wesentliche Hebel die Erzielung von Rabatten

und hier wiederum die Rabatte bei Generika. Die Gesamthöhe der Rabatte beträgt im Durchschnitt der GKV 14,89% und schwankt nach Kassenart von 13,91% bis 16,24%.¹⁷ In der Diskussion um Rabatte wird gelegentlich angemerkt, dass die Ausgangssituationen der Kassen nicht gleich seien, da Rabatte vorwiegend bei generischen Arzneimitteln erzielt werden, die wiederum in der Mehrzahl bei Volkskrankheiten verschrieben werden. Daher hätten Kassen mit höherer Morbidität in diesen Krankheitsbildern höhere Anteile bei generikafähigen Rabatten und könnten somit auch bezogen auf die Gesamtausgaben höhere Einsparquoten erzielen.

Ggf. empfiehlt es sich daher, die erzielten Rabatte getrennt für generikafähige Arzneimittel und Originalpräparate zu vergleichen.

Perspektivisch könnten Biosimilars als eigene Kategorie dazukommen, dürften aber, wie die Originalpräparate, die derzeit bei 1,7% des Rabattmarktes liegen,¹⁸ zunächst keine große Rolle spielen. Die Summe der erzielten prozentualen Rabatte würde somit wiederum als Erfolg des Kostenmanagements verglichen werden.

Ein weiterer Hebel auf der Preisseite besteht in der Beeinflussung der Verordnung der Arzneimittel (sowohl nach Art als auch nach Menge). Zum einen kann die Verwendung von Analogpräparaten gesteuert werden. Die Vereinbarungen

11 Bei Vorliegen eines vollständigen Datensatzes könnten beide Thesen geprüft werden und ggf. doch noch weitere Adjustierungen vorgenommen werden.

12 Der Zeitverzug für die Messung beträgt ca. sechs Monate.

13 Bspw. 1.000 Teilnehmer beim TK Depressions-Coach (<https://www.tk.de/tk/pressemitteilungen/gesundheits-und-service/775960>) oder 3.000 Teilnehmer im Coaching der KKH von 1,8 Mio. Versicherten, also unter 0,2%: <https://www.kkh.de/ueber-uns/hintergrundinformationen/veranstaltungen/expertenforum-gesundheitscoaching>.

14 Vgl. Herrmann F (2016).

15 Vgl. Pressemeldung der AOK Baden-Württemberg: <http://neueversorgung.de/index.php/evaluation-der-hzv-2> (abgerufen am 11.09.2016).

16 Zu Umfang und Potenzialen bei den ASK-Fällen vgl. IGES (2015).

17 Vgl. KV 45, IGES Arzneimittel-Atlas.

18 Vgl. dazu den Arzneimittel-Atlas: http://www.arzneimittel-atlas.de/gesamtmarkt/individualrabatte/individualrabatte-nach-patentstatus/index_ger.html (Abruf am 08.09.2016).

zwischen GKV und KVen zu den Leit-substanzen nach §84 SGB V werden nach Regionen und Kassen unterschiedlich gut erreicht. Da das Vorgehen der KVen sich in diesem Feld möglicherweise unterscheidet, sollte, wie oben bei der Krankenhaus-Rechnungsprüfung erläutert, eine regionale Adjustierung vorgenommen werden.

Zum ändern gibt es eine ganze Reihe von Indikationen bei denen sowohl günstige als auch teure Präparate existieren und die Auswahl durchaus von der Steuerung abhängen kann. In Selektivverträgen werden heute schon Vereinbarungen zu Therapieschemata und Quoten sowie zu Mengen getroffen. Derzeit scheinen die Steuerungseinflüsse auf das Gesamtvolumen gering zu sein, aber auch hier könnten die Kassen ihre Effekte angeben und diese bei ausreichenden Nachweisen in die Bewertung einfließen.

Auch hier gilt, dass nicht die Gesamtausgaben in diesem Sektor Gegenstand des Vergleichs sind, sondern nur die beeinflussbaren Bestandteile dieser Ausgaben.

3.3.3 Ärztliche Leistungen

Steuerungsansätze liegen hier im Wesentlichen in den extrabudgetären Leistungen, bei denen die abgerechnete Menge kontrolliert werden kann. Der Umfang der Potenziale ist sehr begrenzt, aber die Prüferfolge könnten verglichen werden.

3.3.4 Zahnarzt und Zahnersatz/ Kieferorthopädie

Auch hier ist der Umfang der Potenziale begrenzt. Bei der Leistungsmenge können die Quote und Rechnungssumme abgelehnter Leistungen verglichen werden, beim Preis die Beeinflussung einzelner Leistungen. Auf der normativen Ebene wäre zu diskutieren, ob die KZV-spezifischen Budgets, die sich zwischen Kassenarten unterscheiden, als beeinflussbare Größe angesehen werden.

3.3.5 Hilfsmittel

Bei den Hilfsmitteln gibt es klare Steuerungshebel. Sowohl für Verbrauchshilfsmittel als auch für größere Einzelhilfsmittel (Reha-Hilfsmittel) werden Rabatte verhandelt, die verglichen werden können. Weiterhin ist zu messen, welcher Anteil der Versicherten auf die rabattierten

Hilfsmittel umgesteuert werden konnte und welche Anträge vorab durch Prüfungen gekürzt werden konnten. Hierzu wird der beantragte Ausgangswert mit dem letztendlich erstatteten Wert verglichen, die prozentuale Reduktion ist der Erfolg des Kostenmanagements.¹⁹

3.3.6 Sonstige

Bei den sonstigen Leistungen können in begrenztem Maße Preise beeinflusst werden, insbesondere in Reha-Kliniken und

Verwaltungskosten sind grundsätzlich leicht zu vergleichen, jedoch nicht einfach zu interpretieren.

auf sehr kleinteilige Art bei Fahrtkosten. Ein Vergleich der Reha-Kosten müsste ebenfalls nach der Verteilung der Indikationen adjustiert werden, da die Sätze indikationsspezifisch verschieden sind. Abgesehen von diesem Sektor sind die Maßnahmen allerdings so kleinteilig und der Effekt auf die übergeordnete Fragestellung so gering, dass sie für eine erste Näherung vermutlich entfallen könnten.

3.3.7 Krankengeld

Das Krankengeld ist in den in Abb. 1 dargestellten Deckungsquoten der Kassen nicht enthalten, weist aber eher noch höhere Fehldeckungen auf.²⁰ Für einen umfassenden Vergleich der Managementergebnisse einer Kasse ist das Krankengeld unbedingt zu betrachten. Kassen können nur die Menge der anfallenden Krankengeldzahltag durch Steuerungsmaßnahmen beeinflussen, zum einen über die Vermeidung von Fällen, zum anderen und vor allem über die Verkürzung der Falldauer. Da beide Parameter nach Morbidität, Regionen, Alter, Branche, Einkommen etc. stark schwanken, sind die Zahlen um alle diese Faktoren zu bereinigen, um anschließend die verbleibenden Tage mit einem einheitlichem Preis bewerten und aus den Unterschieden die Managementleistung zu ermitteln.²¹

Nach unseren Erfahrungen können die Tage je Fall valide verglichen werden, wenn man um die genannten Einflussfaktoren adjustiert. Bei allen Kassen, die

ein Fallmanagement installiert haben, schwankt die durchschnittliche Länge der Fälle dann nur um wenige Prozent. Diese muss man vermutlich als nicht reduzierbaren Toleranzbereich annehmen. Wenn eine Kasse dagegen stark nach oben (längere Fälle) abweicht, kann dies als Effekt fehlenden Managements gewertet werden.

Ein Vergleich der Fallhäufigkeiten ist schwieriger, weil sehr viele Einflussfaktoren hineinspielen. Die Kombinationen von Status, Tätigkeit der Versicherten, Regionen und anderen Faktoren sind vielfältig und sorgen für große Spannen. Man könnte vergleichen, wie viele Fälle der Arbeitsunfähigkeit erfolgreich beendet werden können, bevor Krankengeldanspruch eintritt (etwa durch Steuerungsmaßnahmen zwischen der dritten und sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit). Auch hier ist u.a. der soziale Status zu adjustieren.

3.3.8 Querschnittsthemen/ sektorübergreifende Einsparmaßnahmen

Die Effekte der sektorübergreifenden Einsparmaßnahmen dürften begrenzt sein.

Die Integrierte Versorgung umfasst immer noch weniger als 1% der Leistungsausgaben der GKV und Kosteneinsparungen sind fraglich (in entsprechenden Umfragen wird fehlende Wirtschaftlichkeit oft als Grund dafür angegeben, dass die Kassen wenig aktiv sind). Vermutlich kann man diesen Bereich für die Berechnung vernachlässigen.²²

Fallmanagement oder Hochkostenmanagement betrifft meist wenige Fälle. Oft sind die hohen Kosten unvermeidbar oder die Einsparungen über andere Effekte schon abgedeckt.

DMP bringen nach unterschiedlichen Evaluationen Einsparungen von bspw. 5% bei Diabetikern (ELSID-Studie) –

19 Die Datenlage bei Hilfsmitteln ist bei einer Reihe von Kassen weniger gut als bspw. im Krankenhaus. S.u. zur praktischen Umsetzung.

20 BVA, S. 19-20.

21 Diese Einschätzung stammen zum einen aus kassenartenübergreifenden Benchmarks des Krankengeldfallmanagements, zum anderen aus den aktuellen Gutachten zum Krankengeld (Häckl et al, Wasem et al).

22 Sachverständigenrat (2012), IGES (2014).

eine Literaturübersicht kommt dagegen zu dem Ergebnis: „Ökonomische Effekte sind nicht eindeutig feststellbar.“²³ Unterschiede zwischen den Kassen bestehen hier vor allem in der unterschiedlich hohen Teilnahmequote – Die Effekte auf die Gesamtausgaben wären gering, wie eine Beispielrechnung zeigt, in der wir einen Unterschied von 10% der potenziellen Teilnehmer annehmen:

Der Unterschied in der Managementleistung errechnet sich dann aus dem Anteil der Diabetiker (z.B. 8%) mal dem Unterschied in der Einschreibung (hier 10%) mal der prozentualen Kostenreduktion (bspw. 5%) – das ergibt mit diesen beispielhaften Zahlen 0,04% der Gesamtausgaben.

3.3.9 Verwaltungskosten

Verwaltungskosten sind vom Grundsatz leicht zu vergleichen, weil sie in den Geschäftsberichten und in der Deckungsquotenanalyse des BVA öffentlich vorliegen. Sie sind jedoch nicht einfach zu interpretieren. Für einen fairen Vergleich empfiehlt sich, wie folgt vorzugehen:

1. Einige unternehmensnahe Kassen erhalten möglicherweise noch indirekte Unterstützung von Arbeitgebern, etwa durch Bereitstellung von Räumlichkeiten u.ä. Diese müssten gemeldet und korrigiert werden.
2. Sondereffekte wie hohe/niedrige Pensionsrückstellungen in einzelnen Geschäftsjahren sollten ebenfalls normiert werden
3. Die Strukturen der Kassen müssen vergleichbar gemacht werden. Unsere internen Analysen aus einer Zusammenstellung aller §305b-Daten zeigen Cluster von Kassen mit unterschiedlichen Ausgaben. Geschlossene und sehr unternehmensnahe BKKen haben ein untereinander vergleichbares Niveau, das um 10 bis 20% unter den effizientesten Flächenkassen liegt. Ein Ansatz könnte darin liegen, Gruppen von Kassen zu bilden, die untereinander verglichen werden.
4. Mehrausgaben in den Verwaltungskosten sind in den Leistungsbereichen manchmal sinnvoll, um zusätzliche Einsparungen zu erzielen. Man könnte dies für die entsprechenden Funktionen (Rechnungsprüfer, Fallmanager etc.) adjustieren.

5. Schließlich gibt es keine Einigkeit darüber, wie stark die Verwaltungsausgaben von Morbidität beeinflusst werden. Dies lässt sich durch Sensitivitätsanalysen lösen. Besser, aber auch aufwändiger, wäre ein Vergleich einzelner Verwaltungsfunktionen in Bezug auf die jeweiligen Treiber. Dann würde bspw. die Anzahl der Fallmanager mit den anfallenden Fällen, die Zahl der Rechnungsprüfer mit den Rechnungen, die Zahl der Mitarbeiter im Beitragseinzug mit der Zahl der Beitragszahler usw. verglichen.

Je nach gewähltem methodischem Verfahren ergeben sich etwas unterschiedliche Ergebnisse. Unsere eigenen Analysen der §305b-Daten zeigen aber, dass die Tendenz bei den meisten Kassen in die gleiche Richtung geht, unabhängig davon, ob man den Einfluss der Morbidität auf die Verwaltungsausgaben mit 50%, 75% oder einer Zahl dazwischen ansetzt.

3.3.10. Satzungsleistungen

Hier ist ein Vergleich an sich nicht nötig, weil die Satzungsleistungen alleine im Ermessen der Kassen liegen und insofern kein Management stattfindet.

3.3.11 Zuweisungen/Kodierung

Hier sollen selbstverständlich nicht die Maßnahmen verglichen werden, welche Kassen im Rahmen des „Kodierwettbewerbs“ ergreifen und die zur Zeit kritisch diskutiert werden.²⁴

Dagegen ist eine hohe Qualität der Datenlieferungen an das BVA durchaus durch das Management beeinflussbar. Da das BVA die gelieferten Datensätze auf Fehler überprüft und auch Berichte dazu erstellt, wäre es denkbar, den Umfang der Fehler zu vergleichen, um zumindest den Umfang von Unterschieden grob abzuschätzen.

Im ersten Schritt könnte dieser Bereich jedoch auch ausgelassen werden, da nach sieben Jahren der Optimierung der Datenmeldungen die Fehler in den einzelnen Kassen vermutlich gering sind.

4. Mögliche Ergebnisse, Durchführung und Ausblick

4.1 Umfang der Unterschiede

Nach den bisherigen Erörterungen möchten wir einen Eindruck davon

vermitteln, in welcher Größenordnung eine Differenz zwischen Kassen liegen könnte. Aus Sicht einer großen Kasse (mit mehr als 1 Mio. Mitglieder) stellen wir dar, wie viel Überdeckung durch gutes Management maximal erreicht werden kann.

Die Einschätzungen finden sich in Tabelle 2. Da es uns vor allem um die insgesamt erreichbare Spannweite geht, haben wir im Zweifelsfall eher mit großen Effektunterschieden gerechnet. Die Spalte „Gesamteffekt“ zeigt dabei nicht, welcher prozentuale Anteil einer Ausgabenart insgesamt eingespart werden kann, sondern sie zeigt, wie groß der Unterschied einer besonders guten Kasse zum Durchschnitt der GKV ist. (Dieser Durchschnitt wiederum wird auf Basis der Versicherten gerechnet und wird daher durch die 18 Kassen mit > 1 Mio. Mitgliedern geprägt, die knapp 80% der Versicherten auf sich vereinen. Damit prägt auch das Kostenmanagement der großen Kassen den Durchschnittswert.)

Wenn man vorsichtshalber annimmt, dass noch weitere 0,5% hier nicht aufgeführter Einsparmaßnahmen möglich sind, heißt das, eine Kasse könnte theoretisch eine Überdeckung von rund 3,5 bis 4% erreichen, wenn sie in allen (!) Bereichen besser arbeitet als der Durchschnitt der Wettbewerber. Bei den oben gezeigten Deckungsquoten für Leistungsausgaben ohne Krankengeld betrug die Spannweite bei den größten Kassen 5%. Wir wissen aber nicht, ob die Kassen, die heute eine Überdeckung haben, tatsächlich besser arbeiten und umgekehrt. Dies wäre zu ermitteln. Schon jetzt wird deutlich, dass die noch deutlich größeren Unterschiede der Deckungsquote bei den kleineren Kassen nicht allein durch ein unterschiedlich gutes Management erklärt werden können. Eine starke Unterdeckung ist durch Vernachlässigung des Kostenmanagements natürlich zu erreichen, eine größere Überdeckung aber nicht.

Die Angaben in der Tabelle stammen aus konkreten Projekten zur Kostensteuerung, Dies zeigt eine weitere Herausforderung in der Diskussion um den RSA.

²³ Szecsenyi J et al. (2011), Fuchs S et al. (2014).

²⁴ BVA (2016), S. 88 f., Smegal C (2016): Lukrative Patienten, in DER SPIEGEL 33/2016.

Tabelle 2: Mögliche Ergebnisunterschiede (Erfahrungswerte; alle Prozentangaben sind Prozent der Gesamtausgaben)

1.Sektor	2.Ausgabenanteil	3.Hebel	4.Best Practice vs. Ø der GKV	5.Gesamteffekt (Spalte 2 mal Spalte 4)
Krankenhaus	35,1%	Rechnungsprüfung Fallvermeidung	0,5% 1%	0,18% 0,35%
Ärztliche Behandlung	17,3%	Prüfungen	1%	0,17%
Arzneimittel	17,2%	Rabatte Steuerung	2% 5%	0,35% 0,85%
Krankengeld	5,5%	Fallvermeidung, Fallverkürzung	5%	0,28%
Zahn	6,7%	Genehmigung, Prüfung	5%	0,34%
Hilfsmittel	3,8%	Rabatte, Umsteuerung, Genehmigung	10%	0,38%
Heilmitteli	2,9%	Prüfung	2%	0,06%
Fahrtkosten	2,3%	Einzelverträge	5%	0,12%
Querschnittsthemen		Vermeidung von Komplikationen	s.o.	0,30%
Summe				3,38% (bzw. 3,10% ohne Krankengeld)

Quelle: IGES

Die globale Perspektive und die Perspektive einzelner Kassen müssen verknüpft werden. Die Funktionsweise mit Blick auf den Wettbewerb kann nur beurteilt werden, wenn die betriebswirtschaftliche Innensicht der Kassen berücksichtigt wird.

4.2 Aussagekraft

Wäre das Ergebnis eines Vergleichs genau genug, um daraus Schlussfolgerungen abzuleiten? Ja, denn die Unsicherheit in den vorgestellten Berechnungen ist geringer als der Abstand der meisten Kassen von einer Deckungsquote von 100%.

Nehmen wir an, eine beliebige Kasse hätte eine Deckungsquote von 96% und man könnte feststellen, dass 2 Prozentpunkte des Abstandes durch Schwächen des Kostenmanagements zu erklären sind, sie sonst also 98% hätte, dann könnte man einen Fehlerbereich von bspw. 97 bis 99% haben, und käme immer noch zu dem Ergebnis, dass ein ungeklärter Rest bleibt.

Sensitivitätsanalysen können erhärten, wie hoch der Einfluss einzelner methodischer Annahmen oder normativer Setzungen auf den Gesamterfolg ist. Hier können dann auch die oben angeschnittenen methodischen Fragen wieder aufgegriffen werden, indem mit oder ohne regionale Einflüsse etc. gerechnet wird.

Das beschriebene Vorgehen wird in jedem Fall einen Eindruck davon geben, zu welchen Größenordnungen die Abweichungen der Deckungsquote durch das Management bzw. durch andere Faktoren entstehen.

4.3 Umsetzbarkeit

Wäre ein solcher Vergleich tatsächlich umsetzbar? Wir halten das für möglich, wenn folgende Punkte gelöst werden.

- Die Bereitschaft der Kassen, an einem Vergleich teilzunehmen. An sich sollten die meisten Kassen daran Interesse haben, zu belegen, dass sie ihre Überdeckung zu Recht oder ihre Unterdeckung zu Unrecht haben. Trotzdem ist mit Zurückhaltung zu rechnen, die Daten offenzulegen. Vertrauenswürdigkeit der vergleichenden Stelle und eine vorherige Abstimmung über Methodik könnten dies erleichtern. Womöglich ist aber eine gesetzliche Regelung erforderlich.
- Vertrauliche Behandlung der Daten durch diejenigen, die den Vergleich durchführen. Dies kann auch geschehen, indem ein Treuhänder eingeschaltet wird, der die Daten verblindet/pseudonymisiert, so dass die Gutachter keine Rückschlüsse auf die Kasse ziehen können. (Dazu müsste der Treuhänder allerdings schon die regionale Adjustierung vornehmen, da Informationen zur regionalen Verteilung bereits erlauben würden, manche Kassen zu identifizieren)
- Begrenzung der erforderlichen Kennzahlen: Wie die Beispiele zeigen, benötigt man nur relativ wenig Informationen für die einzelnen Bereiche.
- Kontrolle, ob die Daten exakt sind: Viele Daten werden direkt aus den operativen Betriebssystemen der Kassen gezogen. Ähnlich wie bei den Mel-

dungen an das BVA kann hier grundsätzlich auf korrekte Daten vertraut werden. Durch Plausibilitätsprüfungen sind weitere Kontrollen möglich. Bei starken Abweichungen einzelner Kassen vom generellen Trend könnten Nachprüfungen vor Ort durchgeführt werden.

Eine Durchführung hätte übrigens den positiven Nebeneffekt, dass Potenziale im Leistungsmanagement für die einzelnen Kassen transparent würden: Wenn jede Kasse eine Rückmeldung zu ihren Erfolgen bekommt, welche sie je Leistungsbereich mit dem Durchschnittswert und dem besten Wert in Beziehung setzt, wird sie vermehrte Anstrengungen unternehmen, diese Werte zu erreichen. Damit würde die Wirtschaftlichkeit der GKV insgesamt erhöht.

5. Fazit

Die Diskussion um den RSA kann versachlicht werden. Wenn ein Vergleich der Managementenerfolge durchgeführt wird, werden sich einige Unterschiede in den Deckungsquoten möglicherweise relativieren. Andere Unterschiede werden verbleiben und sind dann Hinweise auf Fehlallokationen. Man hätte anschließend eine wesentlich bessere Basis zur Verfügung, um zu überlegen, welche Anpassungen des RSA diese Abweichungen weiter reduzieren und so zu einem fairen Wettbewerb beitragen. Reformvorschläge könnten sich an einer verbesserten Datenbasis messen. ■

