

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich – Verständnis und Missverständnisse

DIRK GÖPFFARTH

Dr. Dirk Göppfarth ist Referatsleiter im Bundesversicherungsamt in Bonn

Dieser Beitrag gibt die persönlichen Auffassungen des Verfassers wieder.

Seit der Einführung im Jahr 2009 ist das Verständnis für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich angestiegen. Allerdings halten sich einige Missverständnisse hartnäckig: So wird behauptet, der Risikostrukturausgleich diene der Refinanzierung von Ausgaben, Morbiditätszuschläge entsprächen den Kosten der Krankheiten, Zuweisungen sollten für jeden einzelnen Versicherten ausgabendeckend sein, "right-coding" sei legitim, Zuweisungen determinierten die regionale Mittelausstattung, oder das Verfahren enge den finanziellen Handlungsspielraum der Krankenkassen ein. Dieser Beitrag stellt diesen Missverständnissen die zentrale Funktion des Risikostrukturausgleichs als wettbewerblicher Ordnungsrahmen entgegen.

1. Einführung

Der Risikostrukturausgleich geht nun in sein viertes Jahr nach der Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten Ausgleich und seiner Einbindung in die durch Einführung des Gesundheitsfonds veränderten Finanzströme. Große Veränderungen gehen in der Regel mit Verunsicherung und Umstellungen seitens der Verfahrensbeteiligten einher. Die anfänglichen Klagen darüber, wie kompliziert und unvorhersehbar das neue Verfahren sei – im Vergleich zur Einführung des Risikostrukturausgleichs im Jahr 1994 eh verhalten – sind inzwischen abgeebbt. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist Routine geworden, die Kenntnis und das Verständnis bei den Beteiligten entsprechend gewachsen.

Der Bedarf, den neuen Risikostrukturausgleich zu erklären, hat daher abgenommen, und ist bereits an anderer

Stelle erfüllt worden (z.B. Göppfarth 2009). Gleichwohl scheint es aber notwendig zu sein, zu erläutern, was der Risikostrukturausgleich nicht ist. Einige Missverständnisse halten sich nämlich hartnäckig. Hinzu kommt, dass das Interesse am Risikostrukturausgleich erheblich zugenommen hat. Interessierten sich für den alten Risikostrukturausgleich vor dem Jahr 2009 in erster Linie nur die Finanzexperten der Krankenkassen und ihrer Verbände, hat der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich auch das Interesse von Leistungserbringern und Beratern geweckt.

Zum Teil liegt das daran, dass der Risikostrukturausgleich bei seiner Durchführung auf die Abrechnungsdaten der Leistungserbringer angewiesen ist. Zum anderen wollen Leistungserbringer auch einfach die finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenkassen als ihre Vertragspartner verstehen. Damit liegt der

Risikostukturausgleich nicht nur im Mittelpunkt der finanziellen Interessen der Krankenkassen, sondern auch im Verteilungskampf zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Umso wichtiger ist daher ein klares Verständnis des Risikostukturausgleichs und seiner Funktionen.

Der vorliegende Beitrag wird einige häufig gehörte Aussagen zum Risikostukturausgleich aufgreifen und kritisch hinterfragen. Doch zunächst sollen knapp die Funktionen und die Funktionsweise des Ausgleichsverfahrens dargestellt werden.

2. Warum gibt es einen Risikostukturausgleich?

Der Risikostukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist ein Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen. Als solcher ist er Ausdruck des in der GKV geltenden Solidarprinzips. In § 1 Abs. 1 SGB V wird die GKV als Ganzes – und nicht nur die einzelnen Krankenkassen – als Solidargemeinschaft definiert. Kassenintern erfolgt die Solidarität aufgrund eines einheitlichen Leistungsanspruches, gekoppelt mit einer Beitragszahlung, die nach Einkommen, nicht aber nach Risiko (Vorerkrankungen), Alter, Geschlecht oder Zahl der Familienversicherten differenziert. Nun unterscheidet sich das Ausmaß der Solidarität, das innerhalb einer Krankenkasse erbracht wird, naturgemäß mit der Risikostruktur der Krankenkasse. Beispielsweise schwankt der Anteil der über 65-jährigen an allen Versicherten einer Krankenkasse zwischen 2 % und 46 %. Daher der Risikostukturausgleich: Er gleicht gerade die auf diesen Unterschieden beruhenden Ausgabenunterschiede aus. Damit stellt er sicher, dass das Solidarprinzip für jeden Versicherten in der GKV – unabhängig von der Kassenzugehörigkeit – in gleichen Maßen gilt. Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung oder der Qualität der Versorgung sollen sich im Beitrag niederschlagen, Unterschiede in den Risikostrukturen hingegen nicht.

Damit steht der Risikostukturausgleich dem Wettbewerb in der GKV nicht entgegen, sondern ermöglicht erst einen Wettbewerb innerhalb eines Solidarsystems wie der GKV (Cassel 2006).

Es sind nicht Ungenauigkeiten im Risikostukturausgleich, die den Krankenkassen einen Spielraum für Wettbewerb lassen, vielmehr ist es eine möglichst hohe Zielgenauigkeit der Zuweisungen, die einen fairen Wettbewerb – im vielzitierten Bild ein „Wettbewerb mit gleich langen Spießen“ – erst ermöglicht.

Neben dem fairen Wettbewerb hat der Risikostukturausgleich noch eine weitere Zielsetzung. Die gesetzlichen Vorgaben zur solidarischen Beitragsgestaltung haben nämlich eine Nebenwirkung: Die Beiträge, die ein Versicherter zahlt, haben nichts mit dem versicherten Risiko zu tun. Ohne einen Ausgleich hätte eine Krankenkasse am liebsten nur junge, gesunde Versicherte mit hohem Einkommen im Bestand. Diese leisten hohe Beiträge, nehmen aber nur geringe Leistungen in Anspruch – sie sind in der Sprache der Versicherungsmathematiker „gute Risiken“. Auch wenn direkte Risikoselektion verboten ist, haben die Krankenkassen immer noch die Möglichkeit der indirekten Risikoselektion. Hierzu zählt zum Beispiel selektive Werbung oder die Gestaltung des Versicherungsangebotes. Macht die Krankenkasse zum Beispiel gute Versorgungsangebote in der Onkologie, wird sie für Versicherte mit onkologischen

Auch wenn direkte Risikoselektion verboten ist, haben Krankenkassen immer noch die Möglichkeit der indirekten Risikoselektion.

Erkrankungen interessant. Damit aus guter Versorgung nicht betriebswirtschaftliches Harakiri wird, hat der Risikostukturausgleich die Aufgabe, die Einnahmen, die eine Krankenkasse für einen Versicherten erzielt, dem versicherten Risiko anzugleichen.

Aus diesem Grund war die Weiterentwicklung des anfänglich rein soziodemographischen Risikostukturausgleichs zum morbiditätsorientierten Risikostukturausgleich ein wesentlicher und notwendiger – auch Sicht des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 113, 167) sogar möglicherweise verfassungsrechtlich gebotener – Schritt. Auch die Monopolkommission erkennt die Notwendigkeit eines zielgenauen Risikostukturausgleichs für einen funktionierenden Wettbewerb: „Die Monopolkommission hält den morbiditätsorientierten Risikostukturausgleich und seine stetige Weiterentwicklung für unabdingbar, um die Bedingungen für Effizienzwettbewerb auf dem Versicherungsmarkt unter den Voraussetzungen des Solidarprinzips im System der GKV weiterhin zu erhalten“ (Monopolkommission 2010). Allerdings wurde die Zahl der im Rahmen der Morbiditätsorientierung berücksichtigten Krankheiten aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe auf 80 Krankheiten beschränkt.

Einige Grundkenntnisse der Funktionsweise des morbiditätsorientierten Risikostukturausgleichs sind für das Verständnis der folgenden Ausführungen notwendig. Ausgeglichen werden Unterschiede in den Ausgaben der Krankenkassen, die auf Unterschiede in der Risikostruktur – d.h. Unterschiede im Alter, im Geschlecht, im Erwerbsminderungsrentenstatus oder in den Erkrankungen der Versicherten – einer Krankenkasse beruhen. Ausgabenunterschiede, die sich nicht auf diese Faktoren zurückführen lassen, werden hingegen nicht ausgeglichen. Die ausgeglichenen Ausgaben nennt man „standardisierte Leistungsausgaben“. Standardisierung heißt nichts anderes als der Durchschnitt je Risikogruppe, wobei die Risikogruppen eben nach den Merkmalen Alter, Ge-

Tabelle 1. Berechnung der monatlichen Zuweisung an eine Krankenkasse für eine 67-jährige Frau mit Diabetes und Herzinsuffizienz, 2013

Grundpauschale	216,42 €
Korrektur nach Alter und Geschlecht (67-jährige Frau)	-75,12 €
Morbiditätszuschlag (Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen)	48,38 €
Morbiditätszuschlag (Herzinsuffizienz)	86,02 €
Summe (Zuweisung)	275,70 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Bundesversicherungsamt (2012)

schlecht, Erwerbsminderungsrentenstatus und Erkrankung gebildet werden.

Das Grundprinzip des Risikostrukturausgleichs wird in Tabelle 1 am Beispiel einer 67-jährigen Frau mit Diabetes und Herzinsuffizienz veranschaulicht. Die Krankenkasse erhält für diese Frau – wie für alle übrigen Versicherten – eine Grundpauschale in Höhe von 216,42 €. Das sind die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben für einen GKV-Versicherten im Jahr 2013. Dieser Durchschnittswert wird durch den Risikostrukturausgleich nun an die tatsächliche Risikostruktur angepasst. Zunächst erfolgt eine Korrektur nach Alter und Geschlecht. Dadurch reduziert sich die Zuweisung auf 141,30 € – den durchschnittlichen Ausgaben einer 67-jährigen Frau, die an keiner der im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Krankheiten leidet. Wäre die Frau gesund, bliebe es bei dieser Zuweisung. Im konkreten Beispiel kommen aber zwei Morbiditätszuschläge für die bei der Frau festgestellten Krankheiten hinzu. Daher erhält die Krankenkasse monatliche Zuweisungen in Höhe von 275,70 €.

Zwei wesentliche Fragen bleiben in dem Beispiel offen: 1) Woran wird festgemacht, dass die Frau im Beispiel Diabetes und Herzinsuffizienz hat? 2) Woran bemisst sich die Höhe der Zuschläge?

Entscheidend für die Zuordnung der Versicherten zu den Morbiditätsgruppen sind die von den Ärzten – sowohl in der vertragsärztlichen Versorgung wie auch im Krankenhaus – bei der Behandlung dokumentierten und im Rahmen der Abrechnung an die Krankenkassen gemeldeten Diagnosen. Entscheidend für die Zuordnung ist, dass die Diagnose für das Vorjahr gemeldet wurde. Jedoch führt nicht jede Diagnose automatisch zu einem Zuschlag. Für eng verwandte Diagnosen, zum Beispiel für unterschiedliche Schweregrade derselben Erkrankungen, greifen Hierarchisierungsregeln, so dass der Zuschlag nur für die schwerwiegendste dokumentierte Manifestation der Krankheit geleistet wird. Darüber hinaus sollen sogenannte Aufgreifkriterien die Validität der Diagnosen sicherstellen. Dies kann zum Beispiel ein Therapienachweis durch Arzneimittel oder Krankenhausbehandlung sein. Im obigen Beispiel ist es für den Morbiditätszuschlag für Herzinsuffizienz notwendig, dass eine Behandlung

Tabelle 2. Prospektive und zeitgleiche Deckungsquoten für ausgewählte Krankheiten, 2009

Krankheit	prospektiv	zeitgleich
Infektionen	91,0 %	25,1 %
HIV/AIDS	99,8 %	75,9 %
Neubildungen	91,7 %	64,8 %
Diabetes mellitus	97,2 %	89,9 %
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems	96,2 %	71,3 %
Psychische Erkrankungen	95,4 %	77,4 %
Multiple Sklerose	99,2 %	88,0 %
Akuter Myokardinfarkt	89,0 %	27,3 %
Koronare Herzkrankheit	96,8 %	93,7 %
Hypertonie	98,6 %	96,8 %
Medizinische Komplikationen	92,0 %	35,6 %

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Drösler et al. (2011)

mit Arzneimitteln wie Betablockern, ACE-Hemmern oder Diuretika nachgewiesen werden kann. Gibt es keinen geeigneten Therapienachweis, wie beim komplikationslosen Diabetes, der unter Umständen auch diätisch behandelt werden kann, greift das sogenannte M2Q-Kriterium: Es werden zwei Diagnosen derselben Krankheit aus unterschiedlichen Quartalen erwartet.

Während die Zuordnung der Versicherten aufgrund der Vorjahresdiagnosen erfolgt, orientiert sich die Höhe der Morbiditätszuschläge an den Folgekosten, also den durchschnittlichen mit der Krankheit verbundenen zusätzlichen Ausgaben im Jahr nach der Diagnosestellung. Beides zusammen – Zuordnung anhand der Vorjahresdiagnosen und Orientierung an Folgekosten – bezeichnet man als prospektives Modell. Würden Diagnosen und Ausgaben aus demselben Jahr genommen, so spräche man von einem zeitgleichen Modell.

Die Vorgabe eines prospektiven Modells für den Risikostrukturausgleich hat zum einem mit der Zielsetzung des Risikostrukturausgleichs zu tun. Nur vorhersagbare Ausgaben kann eine Krankenkasse zur Grundlage von Risikostrukturausgleichsstrategien machen. Zum anderen stärkt die Orientierung an den Folgekosten die Wirtschaftlichkeitsanreize, da die laufenden Behandlungskosten nicht ausgeglichen werden.

Mit diesem Grundwissen über den Risikostrukturausgleich gerüstet, können wir uns nun häufig gehörten Missverständnissen widmen.

3. Missverständnisse über den Risikostrukturausgleich

„Der Risikostrukturausgleich dient dazu, den Krankenkassen die Kosten teurer Krankheiten zu refinanzieren.“

Aus der Darstellung von Zielen und Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs sollte deutlich geworden sein, dass es nicht auf den Ausgleich von tatsächlichen Ausgaben, sondern auf den Ausgleich von Ausgaberrisiken ankommt. Diese Unterscheidung von Ausgaben und Risiken ist von so elementarer Bedeutung für Versicherungsmärkte, dass es lohnt, etwas ausführlicher darauf einzugehen.

Jeder Versicherter bringt ein gewisses Risiko mit sich, im nächsten Jahr Ausgaben zu verursachen. Dieses Risiko kann sehr konkret und vorhersehbar sein – zum Beispiel bei einer chronischen Krankheit mit festgelegter Therapie. Oder es kann abstrakt und unvorhersehbar sein – wie das allgemeine Risiko im nächsten Jahr eine Verletzung aufgrund eines Verkehrsunfalls zu erleiden. Damit sollte klar sein, dass das Ausgabenrisiko bei keinem Versicherten – sei er oder sie noch so jung und gesund – gleich Null ist, auch wenn tatsächlich keine Ausgaben anfallen. Von tatsächlichen Ausgaben kann man erst sprechen, nachdem sich ein Ausgabenrisiko bereits realisiert hat, oder eben nicht. Der Ausgleich von systematischen Unterschieden in der Verteilung von Risiken ist Aufgabe des Risikostrukturausgleichs, der Aus-

gleich von Ausgaben, die aufgrund des Eintritts eines Risikos entstehen, hingegen originäre Versicherungsleistung einer Krankenkasse.

Der Unterschied zwischen beiden Betrachtungsweisen wird deutlich, wenn man die in Tabelle 2 wiedergegeben zeitgleichen und prospektiven Deckungsquoten für Krankheiten im Risikostrukturausgleich betrachtet, die der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in seinem Evaluationsbericht berichtet (Drösler et al. 2011). Die Deckungsquote gibt für eine definierte Gruppe von Versicherten das Verhältnis der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu den tatsächlichen Ausgaben an. Werte unter 100 % stehen für eine Unterdeckung, Werte über 100 % für eine Überdeckung. Für die prospektiven Deckungsquoten werden dabei die Zuweisungen (aufgrund der Vorjahresdiagnose) mit den Folgekosten verglichen. Für die zeitgleichen Deckungsquoten werden hingegen die Zuweisungen mit den laufenden Ausgaben im Jahr der Diagnosestellung verglichen.

Insgesamt liegen die prospektiven Deckungsquoten sehr nahe bei 100 %.¹ Bei den zeitgleichen Deckungsquoten zeigen sich hingegen zum Teil gravierende Unterdeckungen. Wie logisch zu erwarten, unterscheiden sich zeitgleiche und prospektive Deckungsquoten bei chronischen Erkrankungen wie Hypertonie oder Koronare Herzkrankheit kaum. Wer im Vorjahr diese Krankheit hatte, hat sie in aller Regel auch im Folgejahr – lediglich ein paar inzidente Fälle kommen hinzu. Auch die Behandlung unterscheidet sich von Jahr zu Jahr kaum.

Anders bei akuten Erkrankungen, wie dem akuten Myokardinfarkt. Die wenigsten Patienten werden im Folgejahr einen erneuten Infarkt erleiden. Die Behandlung unterscheidet sich auch erheblich: Im Jahr der Diagnosestellung steht in der Regel ein Krankenhausaufenthalt mit Reperfusionstherapie an, im Folgejahr in der Regel nur noch eine Anschlussmedikation und Rehabilitation – verbunden mit dem Rückfallrisiko.

Aufgabe des Risikostrukturausgleichs ist es nicht, die Ausgaben im Rahmen eines akuten Myokardinfarktes auszugleichen. Vielmehr sollen über das Risikomerkmale Unterschiede im Risiko ausgeglichen werden, dass Ausgaben

für die Behandlung von Herzinfarkten anfallen, die in Unterschieden in der Risikostruktur zwischen Krankenkassen bedingt sind. Dieses Risiko ist mit gewissen Alters- und Geschlechtsgruppen verbunden, aber auch mit bestimmten Vorerkrankungen wie zum Beispiel Hypertonie oder Diabetes, aber auch mit dem Rückfallrisiko eines vorangegangenen Herzinfarktes. Der Ausgleich dieser Risiken ist in den Zuweisungen für diese Risikogruppen entsprechend mit eingepreist.

Eine zeitgleiche Deckungsquote von 27 % für den akuten Myokardinfarkt stellt daher kein Zeichen für einen Mangel des Risikostrukturausgleichs dar. Er ist vielmehr Ausdruck des Zufallscharakters des Ereignisses, deren Ausgleich gerade Aufgabe einer Versicherung darstellt.

„Die Morbiditätszuschläge entsprechen den Kosten der Krankheit.“

Häufig wird diese Aussage auch verbunden mit Forderungen, die Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich zum Maßstab von Vergütungen an Leistungserbringer zu machen. Andere vergleichen die Morbiditätszuschläge mit den Therapiekosten der Krankheit, zum Beispiel für gängige Arzneimittel.

Zum Teil folgt die Antwort auf dieses Missverständnis aus der oben vorgenommenen Unterscheidung zwischen Ausgaben und Risiken. Das Tragen von Risiken ist Aufgabe der Krankenkassen, daher orientiert sich der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen an eben diesen Risiken. Für die Vergütung von Leistungserbringern gilt eine andere Logik. Aus der Tatsache, dass die Kosten der akuten Behandlung eines Myokardinfarktes nicht zwischen Krankenkassen ausgeglichen werden brauchen, folgt nicht, dass dem Krankenhaus für die erfolgte Ballondilatation keine Vergütung zusteht! Der Risikostrukturausgleich ist ein Verfahren für Krankenkassen, es geht bei ihm weder um Vergütung, noch um Versorgungsforschung. Neben der Orientierung an Risiken ist hier auch die Beschränkung auf 80 Krankheiten zu nennen – keiner würde behaupten, dass für die nicht berücksichtigten Krankheiten keine Ausgaben anfallen bzw. deren Behandlung nicht vergütet werden braucht.

Ausgangspunkt des Risikostrukturausgleichs ist auch nicht die Krankheit, sondern die Versicherten mit ihren Risiken. Diese Risiken werden aufgefangen durch ein System aus Zuschlägen nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrentnerstatus und Morbidität. Nur in dieser Gesamtheit kann man die Zielgenauigkeit der Zuweisungen bewerten.

Auch dies kann an einem Beispiel verdeutlicht werden: Diabetiker haben im Jahr 2011 durchschnittlich Leistungsausgaben in Höhe von 6.098 € verursacht. Die durchschnittlichen Zuweisungen lagen bei 5.920 €, deckten also 97 % der Ausgaben. Die Morbiditätszuschläge für Diabetes lagen – je nach Schweregrad – zwischen 545 € und 1.883 €. Der durchschnittliche Morbiditätszuschlag lag bei 1.197 €. Damit macht der Morbiditätszuschlag für Diabetes im Durchschnitt nur ein Fünftel der Zuweisungen für Diabetiker aus! Die Aufteilung der Zuweisung kann Abbildung 1 entnommen werden. Die Zuweisungen nach Alter und Geschlecht machen durchschnittlich 1.598 € aus und die Zuweisung aufgrund des Erwerbsminderungsrentner-Status nur 83 €. Über die Hälfte der Zuweisungen (3.051 €) erfolgt für Komorbiditäten. So lag bei 35 % der Diabetiker eine Hypertonie vor, bei 19 % eine Koronare Herzkrankheit, bei 15 % eine Herzinsuffizienz etc. (vgl. Göppfarth 2011).

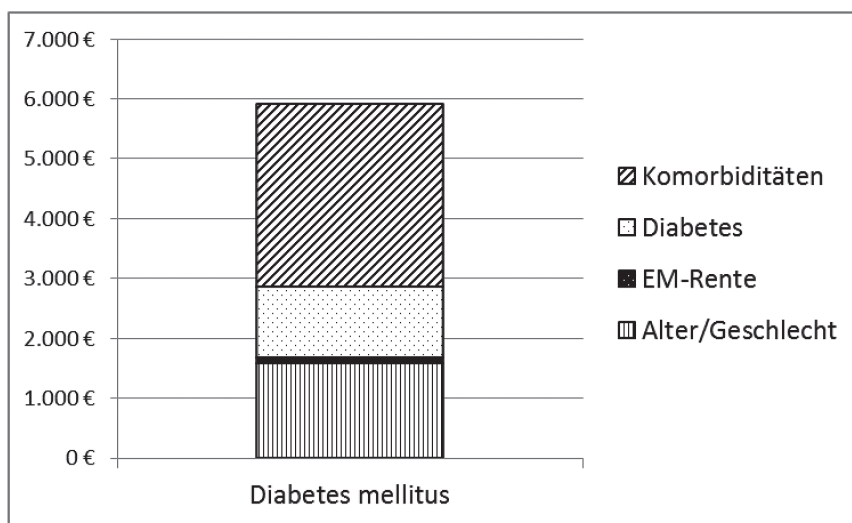
„Der Risikostrukturausgleich hat das Ziel, je Versicherten auskömmliche Zuweisungen zu ermitteln.“

Aus dem zuvor Gesagten – dass es beim Risikostrukturausgleich nicht um Krankheiten, sondern um Versicherte und ihre Risiken geht – zu schließen, dass die Zuweisungen für jeden einzelnen Versicherten möglichst deckungsgenau sein sollten, ginge allerdings zu weit.

Der Risikostrukturausgleich ermittelt die durchschnittlichen Risiken für gewisse Gruppen von Versicherten – den nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrentnerstatus und Krankheit gebildeten Risikogruppen. Das Risiko für ein konkretes Individuum zu ermitteln ist

¹ Dass es überhaupt zu Unterdeckungen bei berücksichtigten Krankheiten kommt, liegt an einer Besonderheit im Berechnungsverfahren (fehlende Annualisierung der Ausgaben Verstorbener). Ausführlich hierzu: Drösler et al. 2011, insb. S. 142ff.

Abbildung 1. Zusammensetzung der Zuweisungen für Versicherte mit Diabetes, 2011



Quelle: Eigene Berechnungen

vermeintlichen Anspruch auf Abbildung der „realen Morbidität“ haben. Sie bezeichnen ihre Aktivitäten daher gerne als „rightcoding“ statt „upcoding“. Dabei weiß jeder Versorgungsforscher, dass die „reale Morbidität“ (die keiner kennt) was anderes ist als die dokumentierte Morbidität, die sich wiederum von der Morbidität unterscheidet, die sich aus Abrechnungsdaten ermitteln lässt.

Wollte man wirklich die „reale Morbidität“ erfassen, müsste man jeden Versicherten wohl jedes Jahr zum Amtsarzt schicken. Der Gesetzgeber hat bewusst entschieden, den Risikostrukturausgleich auf Abrechnungsdaten basieren zu lassen. Dem liegen wohl zwei implizite Annahmen zu Grunde: Zum einen, dass diese Daten aussagekräftig genug sind, die Unterschiede in den Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen abzubilden, zum anderen, dass sie von den Krankenkassen kaum zu beeinflussen sind.

Für die erste Annahme spricht, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich die Zielgenauigkeit der Zuweisungen erheblich erhöht hat, wie der Evaluationsbericht (Drösler et al. 2011) zeigt. Die zweite Annahme stützt sich darauf, dass die Meldung der Abrechnungsdaten klar gesetzlich normiert ist. Diagnose- und Verordnungsdaten sind so zu verwenden, wie sie von den Leistungserbringern im Rahmen der Abrechnung gemeldet wurden. Nachfassungen und Korrekturen außerhalb der in den Vorschriften zur Übermittlung der Leistungsdaten (§§ 294 bis 303 SGB V) vorgesehenen Wege sind unzulässig. Insofern ist die Unterscheidung von *up-* und *rightcoding* unerheblich (Göpfarth/Sichert 2009).

Dass Abrechnungsdaten nicht immer die „reale Morbidität“ widerspiegeln ist bekannt. Dies gilt aber flächendeckend für alle Krankenkassen. Erst die Versuche von Krankenkassen selektiv für ihre Versicherte auf das Kodierverhalten von Ärzten Einfluss zu nehmen, führen zu Verzerrungen im Risikostrukturausgleich. Zum Glück haben sich solche Strategien aber bislang als nicht sonderlich erfolgreich erwiesen (Drösler et al. 2011, Gaßner et al. 2010).

2 Ausführlich hierzu: American Academy of Actuaries (1980).

weder möglich, noch nötig.² Gesundheitsausgaben sind zu einem großen Anteil zufällig und unvorhersehbar. Lediglich auf Gruppenebene lassen sich gewissen statistische Gesetzmäßigkeiten und Zusammenhänge feststellen. Gerade wegen dieser hohen Unsicherheit, die mit Gesundheitsausgaben auf Individualebene verbunden sind, gibt es universellen Krankenversicherungsschutz.

Zwar ist richtig, dass der Risikostrukturausgleich auf versichertenbezogenen Datensätzen berechnet wird. Dabei werden auch jedem Versicherten standardisierte Leistungsausgaben zugeordnet, wie im Beispiel der Tabelle 1. Wichtig ist jedoch bei der Interpretation diese Zuordnung, dass nicht für eine konkrete 67-jährige Lieschen Müller monatliche Ausgaben von 276 € prognostiziert wurden, sondern dies die durchschnittlichen prognostizierten Monatsausgaben für eine Gruppe von Personen sind, die gewissen Eigenschaften (Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen) gemeinsam haben.

Wenn die Krankenkassen sich trotzdem zu einer versichertenbezogenen Deckungsbeitragsrechnung hinreißen lassen, dann missachten sie nicht einfach nur versicherungsmathematische Grundsätze. Vielmehr unterlaufen sie der Gefahr einer versorgungspolitischen Fehlsteuerung, wie Burger und Fleckenstein (2010) anschaulich darlegen: „eine Versorgungsoptimierung [sollte] losgelöst von Einzelfallüberlegungen und unabhängig von Risikoselektionsüberlegungen populationsbezogen, nachhaltig und systematisch ausgestaltet werden.“

Letztlich komme es für den wirtschaftlichen Erfolg einer Krankenkasse nicht auf den versichertenbezogenen Deckungsbeitrag, sondern vielmehr auf die „Steigerung des kumulierten Deckungsbeitrags über alle Versicherten“ an.

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds haben daher nicht die Aufgabe, die Ausgaben einer bestimmten Person zu decken. Es gibt weder eine Zweckbindung der Zuweisungen nach Zuweisungsart (Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen), noch nach Personen oder Krankheiten. Vielmehr erhält die Krankenkasse ein Gesamtzuweisung, wobei sich die Ausgaben nach den sozialrechtlichen Vorgaben und den unternehmenspolitischen Zielsetzungen der Krankenkasse richten.

„Krankenkassen haben einen Anspruch auf die Abbildung der realen Morbidität.“

Die Achillesferse des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ist die Manipulationsanfälligkeit. Würde sich das Verfahren als manipulationsanfällig erweisen, wäre es trotz aller erwiesener Verbesserung in der Zielgenauigkeit aufgrund des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes rechtlich angreifbar (Schmehl 2010). Von daher sind die bekannt gewordenen Aktivitäten gerade von Krankenkassen, die von der Morbiditätsorientierung profitieren, kaum zu verstehen.

Die Krankenkassen rechtfertigen ihre Aktivitäten damit, dass sie einen

„Der Risikostrukturausgleich entscheidet über die finanzielle Ausstattung in den Bundesländern.“

Dieses Argument hört man einerseits von Bundesländern, die einen Mittelabfluss über den Risikostrukturausgleich respektive den Gesundheitsfonds aus ihrem Bundesland beklagen, aber auch von Krankenkassen, die regionale Kassenärztliche Vereinigung zu gewissen Aktivitäten anhalten wollen.

Das Länderargument sollte eigentlich mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE 113, 167) erledigt sein. Die Mittel der GKV sind Beitragsmittel und lassen sich nicht den Länderhaushalten zurechnen. Vergleiche zwischen den Risikostrukturausgleich und dem Länderfinanzausgleich gehen schon aus diesem Grunde fehl. Darüber hinaus sind regionale Mittelzu- und -abflüsse Ausdruck des Solidarprinzips, das ausdrücklich bundesweit gilt (§ 1 Abs. 1 SGB V).

Die regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs sind immer im Zusammenhang mit den Umverteilungen über den Beitragssatz zu sehen. Würde eine bundesweite Einheitskasse existieren, würde sie auch ihre Ausgaben dort tätigen, wo sie anfallen, unabhängig davon, wo sie ihre Beiträge generiert. Einen Teil diese Umverteilung nimmt in einem gegliederten System der Risikostrukturausgleich vor. Es darf aber nicht vergessen werden, dass die Mehrheit der GKV-Versicherten Krankenkassen gewählt haben, die in mehr als einem Bundesland aktiv sind. Möglicherweise ersetzt der Risikostrukturausgleich Umverteilungen, die diese Krankenkassen eh vorgenommen hätten; möglicherweise werden Umverteilungen durch den Risikostrukturausgleich durch gegenläufige kasseninterne Finanzströme neutralisiert.

Mit der Konvergenzklausel (§ 272 SGB V) hat es den Versuch gegeben, regionale Verteilungswirkungen durch Einführung des Gesundheitsfonds auf Ebene von Bundesländern zu messen. Die Ergebnisse waren nicht die, die von allen erwartet wurden. Allerdings muss jedem klar sein, dass eine Erhöhung der Zuweisungen für die Versicherten in einem Bundesland keine Garantie beinhaltet, dass die Krankenkassen dieses Geld auch dort für die Verbesserung der Versorgung ausgeben.

Zudem hat die Evaluations des Wissenschaftlichen Beirats (Drösler et al. 2011) eindrucksvoll aufgezeigt, dass die Betrachtung regionaler Verteilungswirkungen auf der Bundeslandebene nicht ausreicht. Die Varianz der Ausgaben innerhalb der Bundesländer ist viel größer als zwischen den Bundesländern. Es gibt kein Flächenland, indem nicht gleichzeitig durch den Risikostrukturausgleich über- wie auch unterdeckte Regionen existieren. Hinweise auf flächendeckende Kodierunterschiede gibt es nicht.

Damit soll die Bedeutung des Risikostrukturausgleichs in regionaler Hinsicht nicht bestritten werden. Es gibt regionale Über- und Unterdeckungen, und auch Hinweise, dass die Krankenkassen diese zur Grundlage von Risikoselektionsstrategien machen (Bauhoff 2012). Die Schwierigkeit ist aber, dass eine Regionalkomponente im Risikostrukturausgleich, die sich an regionalen Ausgabenniveaus orientiert, regionale Über- und Unterversorgung zementieren würde. Darüber hinaus ist die Frage, in wie weit regionale Unterschiede in einem bundesweiten Ausgleich berücksichtigt werden sollten, oder ob sie nicht eher zu einer regionalen Beitragsdifferenzierung führen sollten, eine normative Fragestellung, die politisch geklärt werden sollte. Insgesamt besteht hier noch viel Forschungs- und Diskussionsbedarf, so dass es bedauerlich ist, dass die regionalisierte Datengrundlage nicht fortgeführt wird.³

„Wegen des Risikostrukturausgleichs kann sich die Krankenkasse diesen Versorgungsvertrag nicht mehr leisten.“

Der Risikostrukturausgleich führt nicht zu festen Teilbudgets bei den Krankenkassen. Aus allem was bislang ausgeführt wurde, sollte klar sein, dass er die Mittel, die zur Versorgung zur Verfügung stehen, weder auf Ebene der einzelnen Versicherten, einzelner Regionen oder einzelner Krankenkassen beschränkt. Er führt natürlich zu einer Gesamtzuweisung an jede Krankenkasse.

In der Logik des Systems sollte auch diese Gesamtzuweisung nicht fix sein. Wie es vor dem Jahr 2009 über- und unterdurchschnittliche Beitragssätze gab, so sollten im Rahmen des Gesundheitsfonds die Zuweisungen aus dem

Gesundheitsfonds durch Zusatzbeiträge und Prämien an den tatsächlichen Finanzbedarf der jeweiligen Krankenkasse angepasst werden. Aus verschiedenen Gründen ist das System der Zusatzbeiträge bislang aber nicht zum Tragen gekommen.

Dies ist aber keine Frage des Risikostrukturausgleichs. Ein einheitlicher Beitragssatz ohne weitere Differenzierungsmöglichkeiten korrespondiert mit einem Ausgabenausgleich. Die ganze Komplexität des Risikostrukturausgleichs dient aber gerade dazu, Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen. Er sorgt dafür, den „Preis“ der Krankenversicherung – egal ob er sich nun in Beitragssatzdifferenzen oder Zusatzbeiträgen ausdrückt – zum Signal der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Krankenkasse zu machen, der nicht durch die Risikostruktur der Krankenkasse verzerrt ist.

In den letzten Jahren ist diese Problematik von den allgemeinen Fondsüberdeckungen überlagert worden. Mit zukünftig wieder knapper werdenden Mitteln wird diese Frage aber wieder akut werden. Dabei sollte aber deutlich sein, dass eine Begrenzung der Mittel und ein Verlust der Beitragsautonomie nicht eine Frage des Risikostrukturausgleichs ist. Dies wird Krankenkassen auch künftig nicht davon abhalten, bei einer Wiederherstellung der Beitragsautonomie – ob in Form eines reformierten Zusatzbeitrages oder in anderer Form – weiterhin auf den Risikostrukturausgleich als Sündenbock für einen verweigten Vertragsabschluss hinzuweisen. In Wirklichkeit ist und bleibt dies aber eine unternehmenspolitische Prioritätenentscheidung der Krankenkasse.

Risikoselektion soll als Wettbewerbsinstrument möglichst unattraktiv gemacht werden, um einem Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit zum Durchbruch zu verhelfen.

Fazit

Wenn in diesem Beitrag versucht wird, das eine oder andere Missverständnis hinsichtlich des Risikostrukturausgleichs auszuräumen, so geht es nicht darum, für die eine oder andere Seite Partei zu ergreifen. Vielmehr geht es

³ Vgl. hierzu die Petition an den Deutschen Bundestag, siehe <http://daten4taten.wordpress.com/>.

darum, an die wesentliche Zielsetzung des Risikostrukturausgleichs zu erinnern: Risikoselektion soll als Wettbewerbsstrategie möglichst unattraktiv gemacht werden, um einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung zum Durchbruch zu verhelfen. Die genannten Missverständnisse sind jedoch häufig Nebelkerzen, die den Blick hierauf verdunkeln. ■

Literatur

American Academy of Actuaries (1980):

Risk Classification Statement of Principles, Washington DC, abrufbar unter: <http://actuarialstandardsboard.org/pdf/appendices/risk.pdf>

Bauhoff, S. (2012): Do health plans risk-select? An audit study on Germany's Social Health Insurance, *Journal of Public Economics* 96 (9-10): 750-759

Bundesversicherungsamt (2012): Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2013, abrufbar unter: <http://www.bva.de> (Risikostrukturausgleich/Bekanntmachungen)

Burger, S.; Fleckenstein, J. (2010): Populäre Irrtümer und Gegenthesen. Strategisches Versorgungsmanagement, *Die Krankenversicherung* 62 (9): 272-275

Cassel, D. (2006): Risikostrukturausgleich und solidarische Wettbewerbsordnung: Zur Irenik von Solidarität und Wettbewerb in der GKV, in: Göppfarth, D.; Greß, S.; Wasem, J.; Jacobs, K. (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006*, Sankt Augustin: Asgard, 55-93

Drösler, S.; Hasford, J.; Kurth, B.-M.; Schaefer, M.; Wasem, J.; Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Bonn, abrufbar unter: <http://www.bva.de> (Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher Beirat)

Gaßner, M.; Arndt, V.; Fischer, L.; Göppfarth, D. (2010): Sind die Diagnosezahlen nach Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs angestiegen?, *Gesundheits- und Sozialpolitik* 64 (6): 11-19

Göppfarth, D. (2009): Der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, *Soziale Sicherheit* 58 (1): 12-16

Göppfarth, D. (2011): Strukturierte Behandlungsprogramme im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich am Beispiel von Diabetes und COPD, *Monitor Versorgungsforschung* 4 (1): 24-28

Göppfarth, D.; Sichert, M. (2009): Morbi-RSA und Einflussnahmen auf ärztliches Kodierverhalten: „Logik“ – Fehlanreize – Rechtslage, *Die Krankenversicherung* 61 (8): 186-191

Monopolkommission (2010): Achtzehntes Hauptgutachten 2008/2009, Drucksache 17/2600, Berlin: Deutscher Bundestag

Schmehl, A. (2010): § 39 Gesundheitsfonds, Finanz- und Risikoausgleiche, in: Sodan, H. (Hrsg.): *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, München: C.H.Beck, 990-1132

Masterplan Gesundheitswesen



Masterplan Gesundheitswesen 2020

Herausgegeben von Bodo Klein und Michael Weller
2012, 225 S., brosch., 39,- €, ISBN 978-3-8329-6875-5

Was muss sich verändern, damit das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig wird? Die Zeit ist reif für einen Masterplan Gesundheitswesen 2020. Das Buch analysiert in klaren Worten den Status quo und zeigt Wege zu einem zukunftsfesten Gesundheitswesen auf. Die Herausgeber fordern eine gesamtgesellschaftliche Kraftanstrengung nach den nächsten Bundestagswahlen.

»überhaupt ist der Band „Masterplan Gesundheitswesen 2010“ eine hervorragende inhaltliche Vorbereitung für das kommende Jahr, das Wahljahr.«

High Lights Dezember 2012

»Den Herausgebern ist es gelungen, einschlägige Autorinnen und Autoren zu den jeweiligen Themenfeldern für dieses Buch zu gewinnen. Aufgrund der Zusammenstellung dieser Autorenbeiträge und der sehr gelungenen theoretischen und empirischen Beiträge erscheint das Buch sehr empfehlenswert.«

Dieter Ahrens, www.socialnet.de November 2012

Weitere Informationen unter: www.nomos-shop.de/13943



Nomos