

„Surrogatparameter“ im Morbi-RSA: Auf die Zielstellung kommt es an!

JENS MARTIN HOYER

Jens Martin Hoyer ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Berlin

In der aktuellen Debatte um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) werden die Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern sowie die Zuweisung von DMP-Programmpauschalen mit dem Begriff "Surrogatparameter" diskreditiert. Das Ziel dabei ist klar: im Fokus steht das Ringen um Zuweisungen und nicht die Versorgung der Versicherten.

In der GKV wird zwischen den Kassenarten bzw. einzelnen Kassen zurzeit eine intensive Diskussion über tatsächlichen oder vermeintlichen Reformbedarf des Morbi-RSA geführt. Diese Diskussion ist dadurch gekennzeichnet, dass der Reformbedarf auf der Grundlage unterschiedlicher Zielstellungen für den Morbi-RSA argumentiert wird. Dies ist einerseits nachvollziehbar, weil die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über den Morbi-RSA maßgeblichen Einfluss auf die relative Wettbewerbsposition einzelner Kassen hat. Andererseits ist eine Diskussion über konkrete Reformansätze für eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA jedoch nicht zielführend, wenn die Zielstellung der Diskussion mehr oder weniger offen nur ein Verteilungskampf um Zuweisungen ist. Insofern ist es zu begrüßen, dass die Ersatzkassen in dem Positionspapier des vdek und der begleitenden Kommunikation in der Presse selbst klargestellt haben, was für die Ersatzkassen die Diskussionsgrundlage ist: die „Ersatzkassen wollen 500 Millionen Euro von der AOK“ (Mihm 2016; vdek 2016, Seite 6). Teil des Forderungskataloges des vdek sind Anpassungen in Bezug auf die Berücksichtigung sogenannter Surrogatparameter. In diesem Artikel soll eine Einordnung gegeben werden, wie diese Forderungen vor dem Hintergrund der jeweiligen Zielstellung zu bewerten sind.

Zielgenauigkeit und Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA als Maßstab

Der RSA ist der „technische Kern“ der solidarischen Wettbewerbsordnung der GKV und zwingend notwendig in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung. Die Notwendigkeit dieser RSA-Funktion, bestehend aus dem Morbi-RSA im engeren Sinne sowie dem Einkommens- bzw. Grundlohnenausgleich, ist mittlerweile in Deutschland aber auch im internationalen Umfeld von solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystemen unstrittig.

Ziel des RSA ist es, faire Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen zu schaffen, indem er Anreize für Risiko-selektion ausschließt und gleichzeitig Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Krankenkassen bzw. die Vermeidung unnötiger Kosten setzt. Dadurch wird der erforderliche Rahmen für eine solidarische Finanzierung und einen effizienten Wettbewerb um die beste Versorgung geschaffen.

Die Funktionsweise des Morbi-RSA in seiner aktuellen Ausgestaltung lässt sich vereinfacht wie folgt beschreiben: Die Krankenkassen erhalten auf Grundlage des Morbi-RSA Zuweisungen für ihre Versicherten, deren Höhe sich nach dem

Gesundheitszustand der Versicherten und GKV-durchschnittlicher Ausgaben richtet. Die GKV-durchschnittlichen Ausgaben werden mittels eines Regressionsverfahrens berechnet, welches anhand von versichertenbezogenen Parametern zum Gesundheitszustand die im Folgejahr zu erwartenden Ausgaben schätzt. Je besser die Abschätzung mit den dann tatsächlich eintretenden Ausgaben übereinstimmt, umso höher ist die statistische Güte bzw. die „statistische Zielgenauigkeit“ des Morbi-RSA. Aus Sicht des mit der Durchführung betrauten BVA ist der aktuelle Morbi-RSA in diesem Sinne der „zielgenaueste, den es bisher in Deutschland gab“ (Plate/Demme 2016, Seite 172).

Bei der Weiterentwicklung des Morbi-RSA und der Diskussion um einzubeziehende Parameter sollte nun allein ausschlaggebend sein, inwieweit Parameter in ihrem Zusammenspiel die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA verbessern oder eben nicht. Ausgehend von der jeweiligen Finanzposition der einzelnen Kassen bzw. Kassenarten vor Einführung des Morbi-RSA, welche in erheblichem Umfang von der Versichertenstruktur der Kassen determiniert wird, ist das Interesse, die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA in dem ordnungspolitisch vorgegebenen Sinne weiterzuentwickeln, allerdings sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Ausschlaggebend dabei ist die Versichertenstruktur der jeweiligen Kasse relativ zu ihren Wettbewerbern bzw. der GKV. Kassen mit einer relativ hohen Krankheitslast fordern eine konsequente Weiterentwicklung im Sinne der ordnungspolitischen Zielstellung des Morbi-RSA. Kassen mit einer relativ geringen Krankheitslast, welche unter den Bedingungen des alten RSA auf Grund einer nicht zu rechtfertigenden, sehr guten Finanzposition massive Wettbewerbsvorteile genießen konnten, haben dagegen das nachvollziehbare Interesse, eine derartige Weiterentwicklung zu verhindern, zu verzögern oder gar die Morbiditätsorientierung des Ausgleichs zurückzudrehen. Ein Paradebeispiel war in diesem Zusammenhang das zähe Ringen um den sogenannten „Methodenfehler“, von den Gegnern der Anpassung auch „Totenregelung“ genannt. Eine in den Fachkreisen zumindest hinter den Kulissen unstrittige Anpassung in der Berechnungslogik des Morbi-RSA wurde auf Grund der relevanten Wirkung auf die Zuweisungshö-

hen aus dem Gesundheitsfonds mit einer Vielzahl von sachfremden Argumenten in der politischen Öffentlichkeit drei Jahre lang hinausgezögert. Ein weiteres Beispiel ist die erbitterte Ablehnung, die politisch bedingte Begrenzung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten fallen zu lassen und stattdessen das gesamte prospektiv ausgabenrelevante Krankheitsspektrum im Morbi-RSA zu berücksichtigen (vgl. Beitrag von Martin Litsch in dieser Ausgabe).

Der Begriff „Surrogatparameter“ – Versuch einer Irreführung

In diesem Kontext werden in der aktuellen Diskussion um den Morbi-RSA zwei Sachverhalte zielorientiert von Kritikern der aktuellen Ausgestaltung mit der Überschrift „Surrogatparameter“ diskreditiert.

Zum einen geht es um die Berücksichtigung der Statusinformation „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ im Morbi-RSA. Zum anderen wird der Begriff Surrogatparameter auf den Sachverhalt angewendet, dass aus dem Gesundheitsfonds außerhalb der Systematik des Morbi-RSA Zuweisungen für die Programmkosten für Disease-Management-Programme nach der Zahl der dort eingeschriebenen Versicherten ausgeschüttet werden.

Die Begrifflichkeit „Surrogatparameter“ ist mehr als irreführend.

Die Begrifflichkeit „Surrogatparameter“ ist dabei mehr als irreführend. Surrogate werden als „behelfsmäßiger, nicht vollwertiger Ersatz“ bezeichnet, welche nach Einführung des Morbiditätsbezugs entfallen sollen (vdek Positionspapier, Seite 7). Da diese Argumentation auf zwei völlig unterschiedlich gelagerte Sachverhalte angewendet wird, sollen sie im Folgenden auch getrennt analysiert werden.

Vermeintliche Surrogate I: Einbezug der Statusinformation „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“

Die zu Grunde liegende Logik der Kritik an der aktuellen Ausgestaltung ist am Beispiel der Einbeziehung der Status-

information über den Bezug einer Erwerbsminderungsrente nachvollziehbar und schlicht: die Ersatzkassen sowie die Betriebskrankenkassen gehen davon aus, dass eine entsprechende Anpassung in Form einer Streichung dieser Regelung das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds zu ihren Gunsten als Kassenart insgesamt erhöhen würde. Diese Einschätzung liegt auf der Hand, denn Erwerbsminderungsrentner sind bei den Ersatzkassen und BKKen im GKV-Vergleich unterrepräsentiert.

Dass die Statusinformation „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ nachweislich einen signifikanten Beitrag zur Güte des Morbi-RSA im o.g. Sinne leistet, bleibt unerwähnt. Es bleibt ebenfalls unerwähnt, dass im Falle einer Nicht-Berücksichtigung dieser Statusinformation bei Versicherten, welche eine Erwerbsminderungsrente beziehen, erhebliche Unterdeckungen zwischen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den für diese Versicherten nachweislich aufzubringenden Kosten entstehen.

Bereits das Gutachten zur Einführung des Morbi-RSA hat sich klar dafür ausgesprochen, auch bei direkter Morbiditätsorientierung Erwerbsminderungsrentner im Ausgleich zu berücksichtigen (vgl. IGES/Lauterbach/Wasem 2004, Seite 251ff). Auch die Gesamtevaluation nach Einführung des Morbi-RSA vom Bundesversicherungsamt aus dem Jahr 2011 zeigt, dass die Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern berechtigt ist. Dies gilt besonders dann,

wenn nicht das vollständige Krankheitspektrum im Morbi-RSA zu Grunde gelegt wird. Erst vor wenigen Wochen bestätigte das Bundesversicherungsamt in der „Welt der Krankenversicherung“ erneut, „dass für Versicherte, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, die Krankenkassen Leistungsausgaben zahlen, die im Jahr 2014 durchschnittlich um 1.424 Euro über den Ausgaben für (nach Alter, Geschlecht und Morbidität) vergleichbare Versicherte lagen“. Es betonte, bei „Streichung der EMGs wären die Erwerbsminderungsrentner deutlich unterdeckt. Diese „schlechten Risiken“ seien für die Krankenkassen leicht identifizierbar, sodass ein Wegfall dieser Risikogruppe starke negative Risikoselektionsanreize auslösen könn-

te. Dies stünde jedoch im Widerspruch zu der zentralen Zielsetzung des RSA“ (Plate/Demme 2016, Seite 174).

Somit bleibt festzuhalten: Das Ausgleichskriterium „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ stellt im Morbi-RSA keineswegs ein Relikt aus der „Vor-Morbi-Phase“ des RSA dar. Es ist weder ein in den bisherigen Anpassungsschritten „vergessener“ sowie grundsätzlich entbehrlicher „Surrogatparameter“ für Krankheiten, sondern es fungiert vielmehr als indirekter, manipulationsresistenter Krankheitsindikator mit zusätzlicher Erklärungskraft hinsichtlich des Ausgabenrisikos der Versicherten. Eine in diesem Zusammenhang unterstellte „Mehrfachberücksichtigung“ der Ausgabenrisiken und somit der Vorwurf, Krankenkassen würden bei Erwerbsminderungsrentnern mehrfach abkassieren, ist methodisch haltlos. Offensichtlich verhält es sich so, dass über die derzeit eingeschränkt im Morbi-RSA abgebildete Morbidität das Ausgabenrisiko von Versicherten, welche auf Grund einer Erwerbsunfähigkeit eine Rente beziehen, nicht hinreichend präzise abgebildet werden kann und die Berücksichtigung des „indirekten Morbiditätsindikators“ in Form der Statusinformation die Zielgenauigkeit der Zuweisungen signifikant erhöht wird. Vielmehr muss darauf hingewiesen werden, dass im internationalen Kontext noch weitere insbesondere soziodemographische Faktoren in RSA-Systemen erfolgreich angewandt werden und zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit beitragen. Auch in Deutschland sollten diese Optionen im Zuge einer geordneten Weiterentwicklung des Morbi-RSA geprüft werden (Buchner/Göpffarth 2014, Seite 101).

Vermeintliche Surrogate II: Programmkostenpauschalen für DMP-Versicherte

Nach § 270 Abs. 1 Satz 1 Nr. b) SGB V erhalten die Krankenkassen seit 2009 aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Aufwendungen, die aufgrund der Entwicklung und Durchführung von Programmen nach § 137g SGB V entstehen. Die Zuweisungen erfolgen in Form von Pauschalen, deren Höhe auf Grundlage der RSAV durch den GKV-SV festgelegt wird. 2016 betragen diese Pauschalen 146,16 Euro im Jahr für jeden in ein

akkreditiertes DMP eingeschriebenen Versicherten. Davon entfällt der größere Teil mit 123,72 Euro auf die Finanzierung von medizinisch notwendigen Aufwendungen bei der Durchführung von DMP und der kleinere Teil mit 22,44 Euro auf die Finanzierung kassenseitiger Verwaltungsaufwendungen.

Im internationalen Kontext werden auch nicht direkt morbiditätsbezogene Faktoren in RSA-Systemen einbezogen.

Diese Erläuterung macht einerseits deutlich, dass das Themenfeld völlig anders einzuordnen ist als die Frage einer Berücksichtigung der Statusinformation „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ im Morbi-RSA. Andererseits wird deutlich, dass die Bezeichnung „Surrogatparameter“ auch für die aktuellen DMP-Zuweisungen keinerlei Berechtigung hat. In den Jahren 2002 bis einschließlich 2008 war dies anders, als die DMP-Einschreibung als Aufgreifkriterium zur Identifizierung von chronisch kranken Versicherten diente und für DMP-Versicherte im RSA ein eigenständiger Beitragsbedarf quasi als Vorgriff zur Einführung einer überfälligen Morbiditätsorientierung in der Finanzarchitektur der GKV ermittelt wurde. Mit der Einführung des Morbi-RSA 2009 wurde die gesonderte Berücksichtigung von DMP-Versicherten im RSA dann konsequenterweise beendet. Übrig blieben allein die genannten Programmkostenpauschalen als Ausdruck der Intention des Gesetzgebers, die Entwicklung, Durchführung und Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke auch weiterhin gezielt zu fördern. Die Zuweisung dieser Pauschalen erfolgt daher quasi außerhalb der Logik des Morbi-RSA und ist ordnungspolitisch mit der Förderung strukturierter Behandlungsprogramme begründet. Der Nutzen von strukturierten Behandlungsprogrammen ist in verschiedenen Studien untersucht und belegt (vgl. Szecsenyi 2012). Vor dem Hintergrund der Versorgungssituation bei chronischen Erkrankungen ist darüber hinaus die Einführung weiterer Indikationen seitens des Verordnungsgebers vorgesehen.

Da aber die Zuweisung der Programmkostenpauschalen aus dem Gesundheitsfonds die insgesamt für Zuweisungen zur Verfügung stehenden Mittel reduziert, ist es auch hier naheliegend, dass Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen Marktanteilen an chronisch erkrankten Versicherten ein Interesse daran haben, diese Regelung abzuschaffen. Zwar würde sich auch für die Kassen dann ggf. eine Unterdeckung für in akkreditierte DMPs eingeschriebene Versicherte ergeben, relativ zu ihren Wettbewerbern mit höheren Anteilen wäre der Verlust aber kleiner und insofern vorteilhaft. Mit einer inhaltlichen Auseinandersetzung über die Sinnhaftigkeit von DMPs und ob die damals in dem bahnbrechenden Gutachten des Sachverständigenrates aufgeworfenen Problemstellungen der Über-, Unter- und Fehlversorgung insbesondere bei chronisch Erkrankten gelöst sind, hat diese Logik allerdings nichts zu tun (vgl. SVR 2000/2001).

Zusammenfassung und Ausblick: Eine systematische Weiterentwicklung statt Ringen um Partikularinteressen ist gefragt

In der aktuellen Diskussion über den vermeintlichen Reformbedarf beim Morbi-RSA wird offen darum gerungen, in beträchtlichem Umfang Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zwischen den Kassen umzuverteilen. Nun sollte jede Kassenart – bzw. noch präziser jede einzelne Krankenkasse – in der Lage sein, vor dem Hintergrund der jeweiligen Versichertenstruktur ein „Morbi-RSA-Reformpaket“ zu schnüren, was die eigene Finanzposition zu lasten der Wettbewerber signifikant verbessern würde. Diese aktuell in die Öffentlichkeit getragene Diskussion ist zwar aus Sicht der Kassenarten bzw. Einzelkassen nachvollziehbar, sollte aber die politischen Entscheidungsträger nicht beeindrucken. Denn wenn es ums Geld geht – und dann auch noch in diesen Größenordnungen – dürfen naheliegende Partikularinteressen nicht ausschlaggebend sein. Stattdessen sind die politischen Entscheidungsträger bzw. der Gesetzgeber aufgefordert, die finanziellen Rahmenbedingungen

für den fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen losgelöst von den Partikularinteressen von Einzelkassen bzw. Kassenarten weiter zu entwickeln. Im Mittelpunkt muss der Versicherte stehen. Und der Morbi-RSA muss seine Aufgabe erfüllen, nämlich Risikoselektionsanreize zulasten der Versicherten oder ganzer Versichertengruppen im Kassenwettbewerb zu unterbinden.

In Bezug auf die konkrete Fragestellung, ob auch künftig die als „Surrogatparameter“ diskreditierten Regelungen zur Berücksichtigung der Statusinformation „Erwerbsminderungsrentner“ im Morbi-RSA bzw. der Zuweisung von DMP-Programmkostenpauschalen festgehalten werden soll, stellen sich dabei unterschiedliche Aufgaben:

1. Bei der gesonderten Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner geht es um die empirische Überprüfung der Frage, ob dieses Ausgleichsmerkmal unter den Bedingungen des Morbi-RSA (weiterhin) eine zusätzliche statistisch signifikante Erklärungskraft im Hinblick auf das Ausgaberrisiko der Versicherten hat. Diese Frage kann naturgemäß nicht isoliert betrachtet werden, sondern nur im Kontext alternativer Gestaltungsvarianten des Morbi-RSA, insbesondere im Hinblick auf Anzahl und Auswahl der mit Zuschlägen versehenen Krankheiten sowie der Einbeziehung weiterer indirekter Morbiditätskriterien wie bspw. zusätzlicher soziodemographischer Faktoren. Dies ist folglich nur im Rahmen einer umfassenden Gesamtevaluation des Morbi-RSA auf der Grundlage einer aktuellen und vollständigen GKV-Datenbasis möglich. Aktuelle Berechnungen sprechen hier eine klare Sprache: wenn keine Diskriminierung von Erwerbsminderungsrentnern in der GKV in Kauf genommen werden soll, muss die derzeit geltende Regelung beibehalten werden.
2. Bei der Programmkostenpauschale für eingeschriebene DMP-Versicherte geht es demgegenüber nicht um eine empirische Frage im Kontext der Weiterentwicklung des Morbi-RSA, sondern um eine allein politisch zu beantwortende Frage: Sollen strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke auch weiterhin gezielt gefördert werden oder nicht?

Diese Frage ist auf Grundlage einer Einschätzung der Versorgungssituation chronisch Erkrankter sowie einer im Gesetz vorgesehenen kontinuierlichen Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme zu beantworten. ■

Literatur

Buchner, Florian; Göppfarth, Dirk (2014):

Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel, Dieter; Jacobs, Klaus; Vauth, Christoph; Zerth, Jürgen: Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 2014, S. 77-117

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES);

Lauterbach, Karl; Wasem, Jürgen (2004):

Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Mihm, Andreas (2016): Ersatzkassen wollen 500 Millionen von der AOK, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 21.07.2016, S. 16

Plate, Frank; Demme, Sylvia

(2016): Reformoptionen zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt. In: Welt der Krankenversicherung 7-8/2016, S. 172-175

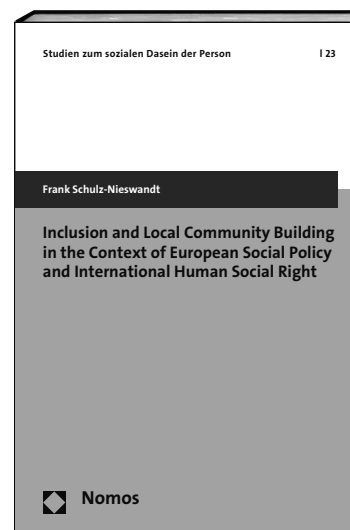
SVR (2000/2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Online abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/14/068/1406871.pdf>

Szescsenyi, Joachim (2012): Evaluation des DMP Diabetes Typ 2 im Rahmen der ELSID Studie. Abschlussbericht für den AOK Bundesverband. Online abrufbar unter: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/dmp/evaluation/elsid/dmp_elsid_abschlussbericht_2012.pdf

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

Inklusion ist ein Gebot

Aber wer hat behauptet, Inklusion sei trivial?



Inklusion und Local Community Building in the Context of European Social Policy and International Human Social Right

Von Prof. Dr.
Frank Schulz-Nieswandt
2016, 53 S., brosch., 24,- €
ISBN 978-3-8487-3501-3
eISBN 978-3-8452-7804-9

(Studien zum sozialen Dasein der Person, Bd. 23)
nomos-shop.de/28274

Inklusion wird vom Völkerrecht und dem Europarecht vorangetrieben und hat sich im nationalen Recht verankert. Inklusion setzt soziale Lernprozesse voraus, denn transformieren muss sich die psychodynamische Selbstaufstellung der Menschen sowie die kulturelle Grammatik des sozialen Zusammenlebens.

Nomos
eLibrary

 **Nomos**