

# Reform des Morbi-RSA?!

In der Öffentlichkeit gilt der „Morbidityorientierte Risikostrukturausgleich“ (Morbi-RSA) vielfach als Inkarnation einer technokratischen Inspektoren-Wissenschaft der Krankenkassen. Die dort mit hohem Eifer geführte Diskussion verstärkt diesen Eindruck nicht unwesentlich. Und doch handelt es sich um ein zentrales konstruktives Element im deutschen Gesundheitswesen, zu dessen aktueller Diskussion sich diese Zeitschrift und ihre Autoren mit einem Doppelheft zu Wort melden. Den sachlichen Kern dieser Diskussion von der damit einhergehenden Verteilungsdebatte der Interessenten trennen zu wollen wäre anmaßend und eine unzulässige Verkürzung. Das „Wer protestiert hat Unrecht“ von Horst Seehofer in Lahnstein 1992 klingt manchem noch böse in den Ohren. Immerhin werden den Krankenkassen mehr oder weniger artifizuell Finanzmittel von rund 200 Mrd. Euro zugeteilt. Umso dringender gilt das Primat einer Politik, die sich der anerkannten, rechtlich bestimmten Bewertungskriterien mit hoher Ernsthaftigkeit versichert und in einem lernenden System alle Argumente rational wägt.

Dirk Göppfarth, lange Zeit zuständiger Experte im Bundesversicherungsamt (BVA), vergewissert die aktuelle Debatte zunächst der Ziele und Funktionsweise des Morbi-RSA. Während die Protagonisten vehement auf „Deckungsquoten“ ihrer Ausgaben abheben – zumal auf der eher willkürlichen Ebene von „Kassenarten“ aggregiert – sollen mit dem Morbi-RSA allein versichertenbezogene Ausgabenunterschiede aufgrund unterschiedlicher Risikostrukturen ausgeglichen werden. Darüber hinaus verbleibende Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitsanreize der Krankenkassen wollte der Gesetzgeber keineswegs einebnen. Gleichwohl hat sich die Spanne der Deckungsquoten mit dem Morbi-RSA gegenüber dem alten RSA nach Grundlohn, Alter und Geschlecht inzwischen glatt halbiert. Diese Spanne im Rahmen des Möglichen weiter zu reduzieren, ist ein nachvollziehbares Ziel. Doch wie sollte dieses Ziel erreicht werden, so Göppfarth, wenn man den Morbi-RSA in einigen Punkten auf den alten RSA mit doppelt so hoher Deckungsspanne zurückdreht? Tatsächlich sei denkbar, dass eine bestehende Verzerrung durch eine neue oder wiedereingeführte Verzerrung gerade kompensiert wird. Aus Sicht einer einzelnen Krankenkasse kann das zufällig eintreten, so Göppfarth. Auch auf zusammengewürfelten Aggregatebenen wie Kassenarten könne das passieren. Dass dadurch aber die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA und die Funktionalität des Wettbewerbs über alle Krankenkassen hinweg verbessert wird, kann ziemlich sicher ausgeschlossen werden. Die Revision des Morbi-RSA im Kern führt zurück zu höheren Risiko-, Deckungsbeitrags- und Beitragssatzunterschieden.

Mit einem „Zurückdrehen“ des Morbi-RSA hat die Kritik an der Krankheitsauswahl für den Morbiditätsausgleich, die Gerd Glaeske diskutiert, nur dann nichts zu tun, wenn vom Übergangscharakter der Auswahl von 50 bis 80 Erkrankungen abgesehen wird. Sicherlich hat die gesetzliche Vorgabe eines „prospektiven Modells“ bereits eine Vorauswahl zum Gegenstand, da auf die Diagnosen des Vorjahres abgestellt wird und akute Erkrankungen ohne Ausgleichswirkung bleiben. Gerd Glaeske führt als Mitglied des ersten RSA-Beirats beim BVA die entsprechenden gesetzlichen Kriterien für eine Krankheitsauswahl in der Übergangsphase an: Einerseits sollten möglichst alle Anreize für „medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen“ vermieden werden, andererseits Krankheiten gewählt werden, die eng abgrenzbar, schwerwiegend und chronisch sind sowie die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent überschreiten. Nach diesen Kriterien verblieben weit mehr als 80 Erkrankungen, so dass für den gesetzlich gewollten praktikablen Einstieg zusätzlich über die Gewichtung der Häufigkeit (Prävalenz) gerungen wurde. Gerd Glaeske hat sich dabei konsequent bis zum Rücktritt aus dem Beirat für eine radikale Mindergewichtung der Prävalenz eingesetzt. Zweifellos stand die Debatte 2004 auch unter dem Eindruck der Auswahl von Erkrankungen für die Disease-Management-Programme (DMP), die bis zur Einführung des Morbi-RSA 2009 nicht nur im RSA voll ausgleichsfähig sein, sondern auch zusätzliche medizinische Leistungen auslösen sollten. „Große Krankenkassen“ befürworteten hier wie dort Krankheiten mit einer höheren Prävalenz und Diagnosebreite, die auf einen eher „weiten“ Einschluss von Patienten abzielten. Zudem lag es für alle Krankenkassen im Wettbewerb nahe, für die Ärzte finanzielle Anreize zu setzen, um die DMP-Diagnosen tatsächlich zu dokumentieren. Vereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zu DMP wurden seinerzeit bald geschlossen, und auch mit dem aktuellen Morbi-RSA schließen Krankenkassen Verträge, die auf die Kodierung von Morbi-RSA-Diagnosen zielen.

Sowohl Gerd Glaeske, als auch Jürgen Hohnl et al. und Jens Baas erkennen in solchen Verträgen eine Manipulation des Morbi-RSA, der mit einer zusätzlichen radikalen (logarithmischen) Mindergewichtung der Prävalenz hinsichtlich der Auswahl der im Morbi-RSA zu berücksichtigen Krankheiten zu begegnen ist. Dirk Göppfarth betont demgegenüber die Diagnosestellung als gesetzliche und berufsständische ärztliche Pflicht. Dass Krankenkassen an dieser Stelle Einfluss zu nehmen versuchten sei unzulässig und beschämend. Sowohl die Aufsichtsbehörden wie der Gesetzgeber müssten dagegen entschieden vorgehen. Er kritisiert zudem ebenso wie Franz Knieps, dass der Gesetzgeber auf Kodierrichtlinien für ambulante Diagnosen verzichtet hat. Es ist in der Tat bezeichnend, wie wachswendig der BMG diese zwingende gesetzliche Vorschrift hat streichen lassen als KVen und Arztgruppen gegen die mit der KBV vorbereitete Richtlinie zu Felde zogen. Demgegenüber vermag Göppfarth nicht zu rechtfertigen, den Morbi-RSA durch eine krasse Minderschätzung der Prävalenz zu beeinträchtigen. Vielmehr legt er nahe, auf den Filter „Bedeutung für das Versorgungsgeschehen“, also die Gewichtung zwischen Häufigkeit und Kosten zu verzichten. Da die Daten und Ergebnisse ohnehin für alle Erkrankungen vorliegen, stünden dem Aspekte der Praktikabilität nicht ent-

gegen. Martin Litsch deutet an dieser Stelle ein AOK-Konzept an und behauptet darüber hinaus schlicht, dies würde auch die somit indirekt eingeräumte Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA minimieren. Statt einer solchen wundersamen Selbstreinigung folgen wir doch lieber der Argumentation von Dirk Göppfarth: Gesetzgeber und Aufsichtsbehörden müssen für Vertragshygiene sorgen. Auch in Zeiten des KVdR-Ausgleichs mussten Verträge mit KV untersagt werden, mit denen einzelne Krankenkassen die Fremdfinanzierung aus dem KVdR ausgebeutet hatten. Und beim alten RSA hatten die Aufsichtsbehörden alle Mühe, manchen Krankenkassen ihre Schluderei beim Beitragseinzug auszutreiben.

Letztlich entscheiden die Ernsthaftigkeit und das Verantwortungsbewusstsein, mit denen die Beteiligten ihren Aufgaben nachgehen, über die Güte und Solidität der Ergebnisse im Sinne der GKV. Wie Florian Buchner und Sonja Schillo in ihrem Beitrag zeigen, wird die Leistungsfähigkeit des deutschen Morbi-RSA international hoch eingeschätzt. Man muss sich nicht verstecken. Auch der Eifer, die verbleibende Spanne der Deckungsquoten mit den Mühen der Faktorzerlegung heimzusuchen, wie Karsten Neumann nahelegt, bleibt international fremd. Wenn dabei regionale Faktoren nachweisbar sind – wie in den Beiträgen von Eberhard Wille und Volker Ulrich bzw. Wolfgang König et al. gezeigt – werden bisher eher die Versicherten in unterversorgten Regionen mit Zuschlägen versehen (Israel) als nun die Gerechtigkeit auf der institutionellen Ebene zu suchen und Krankenkassen mit Zuschlägen für überversorgte Gebiete zu versehen. Hier beschleicht die alte Umlagementalität der Kassen den Morbi-RSA, bei der die Versicherungsfunktion hinten herunterfällt. In seinen Gutachten für die Ärzte in Sachsen-Anhalt hat Wille Zuschläge angesichts von Unterversorgung gefordert, in Bayern nun begründet er Zuschläge für Überversorgung. Auch Wolfgang Greiner sieht in seiner Bewertung hierfür keine ökonomischen Gründe. Hartmut Reiners vermag gleich gar keinen Reformbedarf zu erkennen.

Gleichwohl bleiben Ärgernisse, wie die Grenzen der „Berücksichtigung des Krankengelds im Morbi-RSA“, mit der sich Jürgen Wasem et al. befassen. Unterschiede in den Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen sind hier nur schwer zu eliminieren. Weithin handele es sich um ein Problem der „kleinen Kassen“. Die jeweils 5 Prozent Krankenkassen mit der größten Unterdeckung und der größten Überdeckung repräsentieren zusammen weniger als 3 Prozent der Krankengeldausgaben. Zwar kann die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA beim Krankengeld mit einem Modell verbessert werden, das eine Morbiditätsmessung bei der Mengenkompone mit einer möglichst exakten Berücksichtigung der Preiskompone verbindet. Die Spannbreite für die Deckungsquoten der Einzelkassen bliebe aber hoch. Regionale sowie branchen- und betriebsbedingte Faktoren sowie die intrinsische Motivation der Versicherten entziehen sich ebenso dem Ausgleich wie Erfolge des Krankengeldmanagements der Krankenkassen unterschiedlich sein können.

Hinsichtlich weiterer Ärgernisse lässt Franz Knieps in seinem als „persönliche Auffassung“ gekennzeichneten Beitrag zum „RSA vor Gericht – Welche Rolle spielt die Dritte Gewalt?“ schon vom Tenor her keine Zweifel aufkommen. Die Nonchalance, mit der Oberste Gerichte in Deutschland durch einzelne Urteile punktuell in den Wettbewerb eingrei-

fen und das Primat politisch ausgewogener Reformschritte missachten, ist aufreizend. Hätte der Autor zudem seinem jüngsten Zorn über Willkür in der Sphäre der Parteipolitik Luft gemacht, wäre das Druckpapier dieser Zeitschrift zweifellos partiell errötet. So gilt die Verve in einem zweiten Beitrag von Franz Knieps dem Reformbedarf des Morbi-RSA aus „Sicht des BKK-Dachverbands“. Den BKK fehlt – bei seit jeher geübter fremdelnder Vertrautheit mit dem Morbi-RSA – inzwischen jedes Verständnis für das Übermaß der Regelungen. Insbesondere der öffentlich in seiner Wirkung häufig unterschätzte umfassende Finanzkraftausgleich scheint in keiner Weise gerechtfertigt, solange etwa der Einbezug der Geldleistung „Krankengeld“ in den RSA problematisch bleibt. Und tatsächlich muss befremden, dass selbst das Aufkommen aus Zusatzbeiträgen, die eine Krankenkasse über den gesetzlichen Beitragssatz hinaus erheben ggf. muss, in den Finanzkraftausgleich einbezogen wird. Ebenso ist der Morbiditätsbezug von Verwaltungskosten nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Doch wird aus Sicht des Dachverbandes vieles quasi im Rundumschlag in Frage gestellt. Sind etwa die Erwerbsminderungsgruppen, die immerhin versichertenbezogen 1.400 € ausgleichen, mit so leichter Hand beiseitezuschieben wie die Erstattung von Programmkosten-Pauschalen bei den DMP? Der Verbandswechsel einiger großer BKK erleichtert offensichtlich, sich in klaren Konturen vehement zu positionieren. Und der BKK-Dachverband scheint – kurz vor der Flucht? – mit seiner politischen Geduld am Ende.

Die umfassende Zusammenschau von Analysen und Bewertungen sowie Argumenten und Gegenargumenten zum Reformbedarf des Morbi-RSA, den die Beteiligten und Betroffenen in dieser Ausgabe leisten, hätte die Gesundheits- und Sozialpolitik gerne um einen Beitrag ergänzt, wie der Ordnungsrahmen der GKV weiterzuentwickeln ist, um mit dem Morbi-RSA einen produktiven Wettbewerb um die beste Versorgung zu ermöglichen. Der Beitrag fehlt bis heute. Auch das ist beschämend. So bleibt die Diskussion, wie Reform Fehlentwicklungen ebenso wie Rückschritt vermeiden kann.

K.H. Schönbach