

Morbi-RSA und die Krankheitsauswahl

GERD GLAESKE

Prof. Dr. Gerd Glaeske ist Co-Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung hatte der Gesetzgeber endgültig die Weichen zu einer Weiterentwicklung des RSA gestellt. In seiner neuen Form fand das nun stärker morbiditätsorientierte Ausgleichsverfahren ab dem Januar 2009 Anwendung und führte zu wesentlich zielgenaueren Mittzuweisungen als dies zum früheren Zeitpunkt auf Basis des bis dahin geltenden RSA der Fall war. Die Berechnung der Morbiditätszuschläge wurde zunächst anhand eines begrenzten Krankheitsspektrums vorgenommen, 50 bis 80 Krankheiten, die insbesondere kostenintensiv-chronischer Natur sind oder einen schwerwiegenden Verlauf aufweisen. Die Umsetzung dieser Anforderungen, ihre Auswirkungen und Folgen, werden im Folgenden beschrieben.

1. Die Ausgangssituation

Wettbewerb in einem gesetzlich geregelten Sozialversicherungssystem mit dem gleichen Regelleistungskatalog für alle gesetzlichen Krankenkassen setzt einen Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen voraus, um gleiche Startbedingungen zu gewährleisten. Ein erster Risikostrukturausgleich (RSA) wurde 1994 in die GKV eingeführt. Er sollte dazu dienen, die ungleichen Verteilungen der Versichertenrisiken zwischen den einzelnen Kassen, die historisch durch die Pflichtzuweisungen (z.B. AOK, BKK oder IKK) oder Wahlmöglichkeiten (z.B. Ersatzkassen) innerhalb der Versichertenpopulationen entstanden waren, auszugleichen. Kassen mit einem besonders belastenden Morbiditätsrisiko, das vor allem sozialschichts-, alters- und geschlechtsbedingt zustande kommt, sollten finanziell nicht benachteiligt werden. Mit dem RSA sollten Voraussetzungen

dafür geschaffen werden, allen Kassen, unabhängig vom Risiko ihrer Versichertenpopulation, die Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrags als Krankenkassen zu ermöglichen, ohne dass sie dadurch finanzielle Nachteile mit Auswirkungen auf den Beitragssatz und damit eine schlechtere Wettbewerbsposition bekommen.

Mit der Einführung der Disease Management Programme (DMP) im Jahre 2001 gab es eine zusätzliche Ergänzung: Die eher annäherungsweise durch den Ausgleich von Alter, Geschlecht und Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrentner angestrebten Morbiditätsbezüge wurden erweitert durch die Berücksichtigung der Einschreibungen in bestimmte strukturierte und akkreditierte Behandlungsprogramme für bestimmte Erkrankungen. So konnten – oder mussten – Kassen ein Interesse daran entwickeln, möglichst viele Patientinnen und Patienten der Zugangsdiagnosen in

die jeweiligen Behandlungsprogramme einzuschließen, da der Ausgleichsbetrag in den DMP deutlich höher ist als im „normalen“ RSA. Zuletzt waren die DMP Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und Typ 2, Asthma, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung/Emphysembronchitis (COPD; Chronic Obstructive Pulmonary Disease) und Koronare Herzkrankheit (KHK) in Kraft.

Schon bald nach Einführung des RSA wurde darüber diskutiert, dass die Morbiditätslast und damit der Ausgleich der für die Krankenbehandlung entstehenden Kosten nicht ausreichend genug durch die eingeführten Kriterien differenziert würden und dass weitere und zielführende Möglichkeiten der Klassifikation notwendig seien. Mit dem RSA-Reformgesetz von 2001 hat der Gesetzgeber dieser Diskussion Rechnung getragen und festgelegt, dass der RSA ab dem Jahre 2007 „auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikatoren, Indikatorengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale“ die Morbidität unmittelbar

(Inpatient Hierarchical Condition Categories)“, deren Kombination besonders gut auf die deutsche Versorgungssituation angewendet werden könne und die Kosten der unterschiedlichen Morbidität ausreichend sicher abilde (siehe auch Pope et al. 2000a, Pope et al. 2000b, Pope et al. 2004). Die Schätzgüte wurde an Hand einer repräsentativen, pseudonymisierten Stichprobe von annähernd 2 Mio. Versicherten der GKV überprüft und bestätigt. Dieses international entwickelte Verfahren erzielte auf die deutschen Verhältnisse angewendet trotz eines gewissen Anpassungsbedarfs überraschend gute Ergebnisse. Es gab jedoch von Beginn an kritische Stimmen, die darauf hinwiesen, dass dieses von den Gutachtern vorgeschlagene „RxGroups + IHPCC“-Modell nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar sein, ja dass es sogar unerwünschte Anreize zur Bevorzugung einer unnötig teuren Versorgung in Gang setzen könnte. Daher wurde speziell zu der Fragestellung der Nutzung der Arzneimittelverordnungen als „Spiegel“ der ambulanten Morbidität

und der möglichen adversen Anreize eine ergänzende Expertise vom BMGS in Auftrag gegeben und publiziert (Glaeske 2005). Die Expertise kam zu dem Schluss, dass die Empfehlung, die Arzneimittelverordnungen als einzigen „belastbaren“ Indikator für die ambulant zu behandelnde Morbidität heranzuziehen, mit einem gewissen Anpassungsbedarf

verbunden ist und in bestimmten Indikationsbereichen wegen einiger offener Fragen eher leichtfertig ausgesprochen wurde. Für den Einschluss von Patienten in DMP wurde dennoch auch in weiteren Gutachten empfohlen, Versicherte aus Arzneimittel-Verordnungsdaten von Kassen herauszufiltern (für den Bereich Asthma siehe z.B. Stock et al. 2005).

2. Der Weg zum Morbi-RSA

Statt der bisher relativ „groben“ RSA-Zuweisungen, vor allem nach Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeitsstatus, gibt es nun also Zuschläge entsprechend der Morbidität eines jeden Versicherten auf der Basis seiner Verordnungen und – sofern vorhanden – der Krankenhausdiagnosen (Reschke et al. 2004, Reschke

Sehlen 2005). Dies Klassifikationssystem der Morbidität ist demnach eine rein kostenorientierte, keine klinische Klassifikation. Die Schätzung lässt daher nur Rückschlüsse auf die zu erwartenden Kosten zu, nicht aber auf die weitere klinische Entwicklung einer bestimmten Erkrankung eines Versicherten.

Die Gründe für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) waren also:

- Die zentrale Aufgabe des Morbi-RSA ist die solidarische und gerechte Verteilung der Risikobelastung innerhalb der GKV.
- Der künftige RSA soll die Erlangung von Beitragssatz- und Wettbewerbsvorteilen durch die Selektion günstiger Versichertenrisiken ausschließen.
- Der Beitragssatz soll Ausdruck der Wirtschaftlichkeit einer Kasse und nicht der Auswahl risikogünstiger Versichertengruppen sein.
- Der bisherige RSA gleicht die kassenspezifische Risikobelastung nicht hinreichend aus.

Diese Ziele wurden auch vom Bundesverfassungsgericht am 18. Juli 2005 im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens der Länder Bayern, Baden-Württemberg und Hessen bestätigt. In der Begründung wurde betont, dass die Gewährleistung eines kassenübergreifenden sozialen Ausgleichs und die Förderung eines an der Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz der medizinischen Versorgung orientierten Kassenwettbewerbs legitimes Ziel der Anwendung des RSA sei. In der Konsequenz wurde der bisherige RSA um eine weiterentwickelte Morbiditätskomponente ergänzt. Dieser Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sollte dann zusammen mit dem Gesundheitsfonds am 1.1.2009 in Kraft treten. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds umfassten eine Grundpauschale, dazu alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge sowie Zuweisungen für ausgewählte Krankheiten. Um den geplanten Morbi-RSA aber anwenden zu können, wurde im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.3.2007 festgelegt, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) mit Unterstützung eines wissenschaftlichen Beirates 50 bis 80 Krankheiten nach vorgegebenen Kriterien unter Berücksichtigung einer Versichertentstichprobe

Auswahlmethodik der Krankheiten im Morbi-RSA und mögliche adverse Anreize in der Diagnosecodierung machen Überlegungen einer Nachjustierung notwendig.

feststellen solle. Das zu diesen Anforderungen vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) in Auftrag gegebene Gutachten (IGES et al.) wurde im Sommer 2004 vorgelegt. Dort wurde vorgeschlagen, neben den bisherigen RSA-Merkmalen Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentner-Status zusätzlich alle ambulant verordneten Arzneimittelwirkstoffe und sämtliche dokumentierten Krankenhausdiagnosen als „Spiegel“ der individuellen Morbiditätslast für eine Differenzierung und Festlegung der kassenorientierten Ausgleichzahlungen heranzuziehen. Die Gutachter basierten diese Morbiditätsadjustierung auf dem US-amerikanischen Modell der „RxGroups (Gruppierungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln) zusammen mit den IHPCC

auszuwählen habe, um Erfahrungen mit dem neuen Morbi-RSA zu sammeln. Diese Krankheitsauswahl, die bei weitem nicht das gesamte Morbiditätsspektrum in Deutschland abdeckt, sollte dazu beitragen, „eine gleitende Einführung der direkten Morbiditätsorientierung [sicherzustellen], um die Kalkulationssicherheit und Planbarkeit für die Krankenkassen zu erhöhen. Um nicht vorhersehbare Verwerfungen in der Übergangsphase zu vermeiden, sollen Risikozuschläge daher zunächst nur für ein begrenztes Krankheitsspektrum ermittelt werden.“ (Deutscher Bundestag 2016, 204). Die Vorgaben für die Krankheitsauswahl wurden klar definiert (zusammengestellt aus dem § 268 SGB V und dem § 31 RSAV) und gelten auch noch heute. Danach sollen

- Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen und
- Anreize zur Risikoselektion verhindern werden,
- die Krankheiten sollen eng abgrenzbar, schwerwiegend und chronisch sein und
- die für die Krankheiten anfallenden durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten sollen die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen.

Eine wesentliche Aufgabe bestand in diesem Zusammenhang für den wissenschaftlichen Beirat darin, die im SGB V und die in der Risikostrukturausgleichsverordnung genannten Begriffe vor der Auswahl der Krankheiten zu operationalisieren. Für die dann folgenden Analysen stand eine Versichertentstichprobe aus der Gesamt-GKV zur Verfügung, bestehend aus Diagnose-, Arzneimittel- und sonstigen ambulanten und stationären Daten aus den Jahren 2005 und 2006 für ca. 4,2 Mio. über beide Jahre auswertbare Versichertentypen. Diese Daten enthielten alle Leistungsausgaben mit Ausnahme der zahnärztlichen Abrechnungen und des Krankengelds. Die unbestimmten Rechtsbegriffe wurden nun folgendermaßen festgelegt:

- Krankheit wurde definiert als eine medizinisch adäquate Entität, die sich aus Diagnosegruppen zusammensetzt. Damit folgte der Beirat dem § 31 RSAV, Absatz 2, in dem gefordert wird, dass für die ausgewählten

Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und verordneten Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben.

- Bei den Diagnosegruppen orientierte sich der Beirat am bewährten Klassifikationsmodell HCC (Hierarchical Condition Categories), in dem auch über einzelne ICD-Gruppen hinweg zusammenhängende medizinische Diagnosen klassifiziert werden.
- Als „kostenintensiv chronisch“ wurden Krankheiten dann bewertet, wenn bei mindestens 50% der Betroffenen die ambulante Diagnose in zwei verschiedenen Quartalen eines Jahres dokumentiert war und die nach der Prävalenz gewichteten altersstandardisierten Folgekosten zu den obersten 30% der 1,5fach über dem Durchschnitt liegenden Kosten für alle Versicherten gehörten (70stes Perzentil).
- Als „schwerwiegend“ wurde eine Krankheit dann definiert, wenn die Diagnosegruppe eine Hospitalisierungsquote von mindestens 5% aufweist und die Kosten sich entsprechend den Vorgaben wie bei „kostenintensiv chronisch“ verhalten.
- Zuletzt musste der im Gesetz angegebene Schwellenwert vom 1,5fachen der Durchschnittskosten für alle Versicherten überschritten werden. Der seinerzeit empirisch gefundene Schwellenwert betrug 2.422,40 Euro.
- Die Krankheitsauswahl war für ein prospektiv auszugestaltendes Versicherteklassifikationsmodell definiert worden. Damit ist gemeint, dass die ab 2009 berechneten Zuschläge eine auf Morbiditätsinformationen beruhende Schätzung von Folgekosten darstellen werden: Die in einem Jahr zu erwartenden GKV-Ausgaben werden auf der Basis von Krankheitsinformationen des Vorjahres ermittelt. Krankheiten des Klassifikationsmodells lösen also erst und nur dann Zuschläge in noch zu bestimmender Höhe aus, wenn sie auch im Folgejahr ihres Auftretens zu einer Inanspruchnahme von GKV-Leistungen führen.

3. Die ersten Ergebnisse

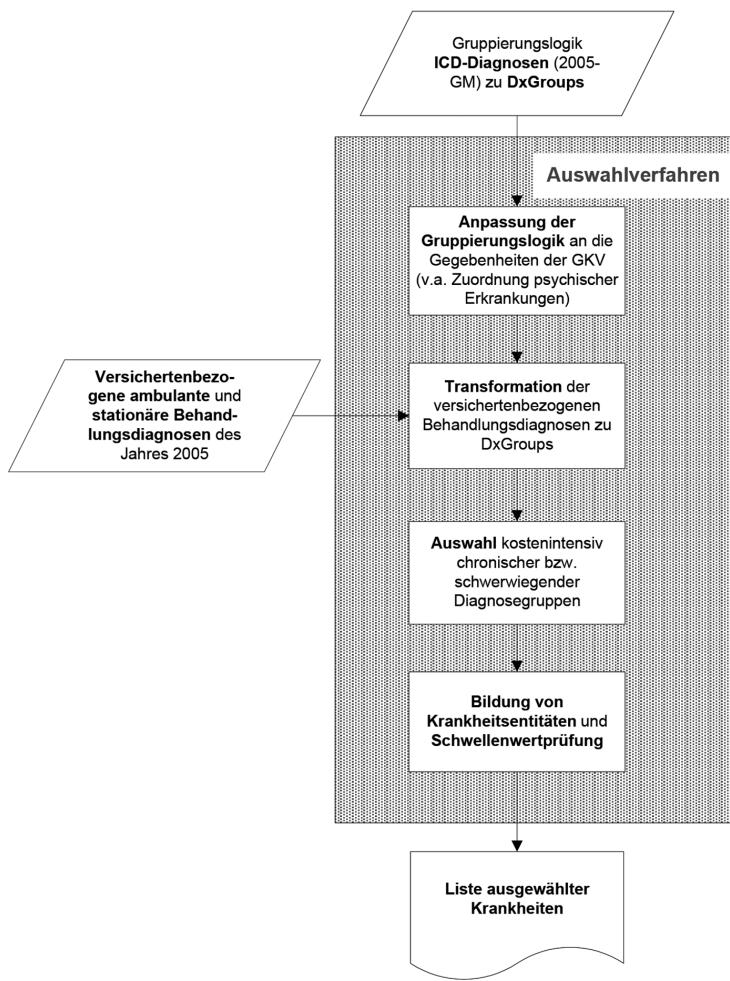
Auf Basis einer epidemiologisch und statistisch gut begründeten Methodik

wurde eine Krankheitsliste mit exakt 80 Krankheiten erstellt. Von mindestens einer dieser Krankheiten waren im Jahre 2005 unter Berücksichtigung der stationären Haupt- und Nebendiagnosen sowie der gesicherten ambulanten Diagnosen rund 23,2% der Versicherten betroffen (Busse et al. 2007). Darauf entfielen im Jahre 2006 rund 60% der berücksichtigten GKV-Ausgaben.

Die Auswahl der im Morbi-RSA auszuwählenden Krankheit war ein iterativer datengestützter Prozess (Abbildung 1). Gesucht wurden die Diagnosegruppen, die durch ihre Kostenintensität sowie ihre Chronizität oder ihre Verlaufsschwere den Anforderungen in der RSAV entsprachen. Nachdem diese Krankheiten gefunden worden waren, wurden die ermittelten Krankheitsentitäten noch der oben beschriebenen abschließenden Schwellenwertprüfung unterzogen.

Die so zustande gekommene Liste erschien allerdings manchen Vertretern einzelner Kassen zu eng abgegrenzt: So war Diabetes Typ 2 mit schweren Komplikationen aufgenommen, nicht aber Diabetes Typ 2 ohne Komplikationen; Myokardinfarkt und instabile Angina pectoris waren aufgenommen, die Koronare Herzkrankheit (KHK) aber nicht; schwere Depression ja, Depression allgemein aber nicht; Blutung in der Frühschwangerschaft ja, Schwangerschaft als solche nicht; Gelenkerkrankungen mit Infektionen ja, Rheumatoide Arthritis aber nicht. Das größte Problem wurde aber sowohl von einigen Kassen wie auch vom BMGS darin gesehen, dass die Krankheiten aus den schon bestehenden DMP (bis auf die strukturierte Behandlung von Brustkrebs und Typ 1 Diabetes sowie einigen Komplikationsformen der Typ 2 Diabetes) nicht Teil der Krankheitsliste waren. Es gibt für Asthma, COPD, Diabetes ohne Komplikationen oder KHK zwar DMP vor, es sind aber für sich genommen keine kostenintensiven Erkrankungen. Und dass z.B. Demenz nicht in der Krankheitsliste genannt ist, hatte nichts damit zu tun, dass dies ohne Zweifel eine eigentlich teure und versorgungspolitisch höchst wichtige Krankheit ist. In der GKV steht Demenz nicht im Fokus der Versorgung, da die meisten Patientinnen und Patienten absehbar in den Versorgungsbereich der Pflegeversicherung „hinüberwechseln“ – die Krankenkassen halten sich daher mit

Abbildung 1: Bildung und Anpassung von Diagnosegruppen (DxGroups)



Quelle: Busse et al. 2007

ihren Leistungen zur Behandlung der Demenz (Arzneimittel oder Reha) deutlich zurück. Nur zur Erinnerung: Die Kosten der Krankheiten sollten laut Gesetz das 1,5fache des Kostendurchschnitts für alle Versicherten überschreiten, um in die Krankheitsliste des Morbi-RSA aufgenommen zu werden. Bei der damaligen Barmer-Ersatzkasse hatte sich bei der Aufstellung einer eigenen Krankheitsliste zur Probe der Kriterien des Morbi-RSA gezeigt, dass z.B. Asthma oder COPD aus Kostengründen keinen Eingang in die Auswahlliste gefunden hatten. In die Liste aufgenommen waren allerdings andere breit vorkommende und gleichzeitig teure Krankheiten wie Herzinsuffizienz, schwere Depression oder Abhängigkeitserkrankungen, die längst in ein strukturiertes Behandlungsprogramm aufzunehmen gewesen wären. Diese Krankheiten sind allesamt häufig, die Behandlungsqualität ist bei allen sub-

optimal, Unter- und Fehlversorgung ist an der Tagesordnung und es kommt vielfach zu Folgeerkrankungen mit teuren Behandlungsinterventionen. Im Kapitel 5 des Gutachtens „Empfehlungen und Anmerkungen des Wissenschaftlichen Beirats“ wurden diese geäußerten Kritikpunkte kommentiert (Busse et al. 2007):

- Dem Beirat ist bewusst, dass einige Krankheiten, die auf der Liste der 50 bis 80 Krankheiten erwartet wurden, nicht enthalten sind. Diesbezüglich weist der Rat darauf hin, dass der Risikostrukturausgleich sich auf „schwerwiegende“ und „chronisch kostenintensive“ Krankheiten erstrecken soll, also die entweder quasi schicksalhaft auftreten oder/und einer Prävention beim einzelnen betroffenen Versicherten nicht mehr zugänglich sind.
- Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) hingegen richten sich nach

§ 137f SGB V auf chronische Erkrankungen, bei denen eine „Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs“ gegeben ist, d.h. für die populationsbezogene primärpräventive und kurative Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen: Neben entsprechenden Anstrengungen der Kostenträger sollen auch Verhaltensänderungen der Patienten im Mittelpunkt stehen. Die bislang vorliegenden Auswertungen lassen (vorbehaltlich der noch nicht abgeschlossenen Evaluation der Programme) vermuten, dass diese das Potential haben, die Versorgungssituation der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten nachhaltig und mit wirtschaftlich vertretbarem Aufwand zu verbessern.

- In Deutschland werden Versicherte, die in die DMP eingeschrieben sind, derzeit in getrennten RSA-Kategorien geführt, wodurch sich für die allermeisten Altersgruppen höhere standardisierte Leistungsausgaben und damit RSA-Zahlungen ergeben. Dadurch ist die Zahlung von Zuschlägen an die Voraussetzung der Einschreibung in eines der DMP geknüpft. Solch eine Sonderbehandlung der DMP ist durch den Gesetzgeber im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nicht mehr vorgesehen. Der Beirat sieht in diesem Zusammenhang die Gefahr einer Verschlechterung der Versorgungsqualität durch fehlende Anreize für die DMP-Einschreibung, -Durchführung und -Evaluation.

4. Der Streit um die Kriterien

Neben der Kritik, dass der Beirat nicht gesetzeskonform vorgegangen sei, weil in der Auflistung die ursprünglich verlangten krankheitsbezogenen Arzneimittelnennungen fehlten und den ambulanten Diagnosen, die seit dem Jahre 2004 zur Verfügung standen, der Vorzug eingeräumt worden war (schließlich war die berechtigte Vermutung, dass diese Diagnosecodierung sehr viel näher an der „Krankheitsrealität“ sei als Arzneimittel, die oftmals in sehr unterschiedlichen Indikationen eingesetzt werden können), berührte ein anderer Kritikpunkt aus meiner Sicht nicht nur die Interpretation der gesetzlichen Rahmenbedingungen, sondern auch die gesamte „Philosophie“ des morbiditätsorientierten Finanzausgleichs. Es wurde bemängelt, dass DMP- und sog. Volkskrankheiten nicht

in den Krankheitskatalog aufgenommen worden wären. Sachverständige wussten, dass viele Krankheiten dieser Kategorien häufig vorkommen, aber letztlich in der Behandlung nicht teuer sind, weder für sich genommen noch in der Summe als Gesamtbelastung. Richtig ist sicherlich, dass Kassen je nach ihrer Versichertenpopulation unterschiedlich von diesen Volkskrankheiten betroffen sein können, weil z.B. Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselkrankheiten häufiger bei Menschen mit einem niedrigen sozialökonomischen Status auftreten. Im Gesetz ist jedoch weder ein zu operationalisierendes Kriterium „Soziale Schicht“ vorgesehen noch ein Hinweis darauf, dass die Auswahlkriterien bei den Volkskrankheiten anders zu gewichten sind als bei den übrigen Krankheiten. Damit gewinnt eine Prävalenzgewichtung einen vorrangigen Stellenwert: Wenn Krankheiten, deren Chronizität, deren Schwere und deren Kosten, die das 1,5fache der Durchschnittskosten aller Versicherten überschreiten müssen, im Mittelpunkt der gesetzlichen Kriterien stehen, nicht aber die nur in der Begründung der RSAV erwähnte allgemeine Versorgungslast, gab es aus Sicht des Beirates einzig und allein die Konsequenz, die Krankheitshäufigkeit möglichst schwach zu bewerten. Eine Bewertung durch eine lineare Beziehung der Häufigkeit und der Kosten (Fälle mal Kosten) hätte vor allem weniger häufig oder gar selten vorkommende Krankheiten gar nicht berücksichtigt. Stattdessen hätten Hypertonie, Rückenbeschwerden, Stoffwechselstörungen, Diabetes mellitus ohne Differenzierung, Affektive Störungen vermengt mit Depressionen, Adipositas, Asthma, COPD und andere hochprävalente Erkrankungen eine solche Auswahl dominiert. Die „Probelisten“ der Barmer Ersatzkasse und der AOK, die dem Beirat vorlagen, zeigten eben diese Reihenfolge genauso wie die sog. „Essener Liste“ (Ulle et al. 2008), die auch oft von Krankenkassen als Gegenmodell in die Diskussion gebracht wurde. Eng abgrenzbar, schwerwiegend, 1,5fach über dem Kostendurchschnitt? Zweifel sind mehr als berechtigt, ob diese gesetzlichen Vorgaben in dieser Liste tatsächlich ausreichend berücksichtigt wurden. Neben der linearen Funktion wurde als zweite Möglichkeit die Wurzelfunktion als Gewichtungsfunktion angewendet. Auch bei dieser Herangehensweise waren die großen, aber kostengünstig zu behan-

delnden Krankheiten noch immer dominierend (über die Wurzelfunktion wäre die Linearität der Prävalenzgewichtung deutlich abgeschwächt, bei 1000 Fällen käme es nur noch zum Multiplikationsfaktor 31,6). Am geringsten wirkt sich der Multiplikationsfaktor bei einer logarithmischen Prävalenzgewichtung aus, für die sich der Beirat entschieden hat, da die so erstellte Krankheitsliste eine gute Mischung aus seltenen teuren und häufig vorkommenden teuren Krankheiten widerspiegelt (bei 1000 Fällen beträgt der Multiplikationsfaktor nur noch 3). Diese logarithmische Gewichtung wurde von vielen Kassen als nicht adäquat kritisiert. Der tiefere Grund lag aber darin, dass damit die Breite des Finanzausgleichs nicht zustande kam, 23% der Versicherten waren manchen Kassen zu wenig, der morbiditätsorientierte Zuweisungsanteil aus dem Fonds wäre zu gering ausgefallen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat sich diese Kritik ebenfalls zu eigen gemacht – was im Übrigen auch sein gutes Recht ist – und hat eine eigene Liste unter Berücksichtigung einiger Module der Beiratsmethodik vorgelegt. Der große Unterschied: Die in den Diskussionen vor der Publikation des Beiratsgutachtens auch vom BVA (übrigens auch von BMGS-Vertretern) mitgetragene logarithmische Prävalenzgewichtung wurde zugunsten der Wurzelfunktion verändert. Das erhoffte (oder auch politisch erwünschte?) Ergebnis wurde erreicht: Alle DMP und weitere Volkskrankheiten wie Hypertonie, Demenz, Herzinsuffizienz oder so „eng abgrenzbare Krankheiten“ wie allgemeine Depression, Atherosklerose und bestehende Schwangerschaft (?) oder schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung sind nun Teil der „amtlich gestellten“ Krankheitsliste, die mit vielen anderen Dokumenten und Festlegungen am 3. Juli 2008 vom BVA publiziert wurde.

Die Umverteilungskonsequenzen in Tabelle 1 zeigen, dass sich die zu berücksichtigenden Anteile bei den Versicherten durch die jeweils gewählte Methodik deutlich verändern, von ursprünglich 23,2% über die durch die BVA-Korrekturen nach der Beiratssystematik zustande gekommenen 24,8 bzw. 25,5% auf 39,5%. War der Morbi-RSA so breit gedacht? Die damaligen Rückmeldungen vor allem aus der CDU/CSU waren mehr als deutlich – den Politikerinnen und Politikern war schon die erste Beiratsliste zu weitgehend. Der erweiterte BVA-Entwurf hat nicht mehr zu neuen Diskussionen geführt – eine erstaunliche Ruhe kehrte ein. Das Inkrafttreten des Fonds sollte offensichtlich nicht unnötig belastet oder verzögert werden, nachdem auch die Kanzlerin keinen Zweifel mehr daran aufkommen ließ, dass der Fonds pünktlich am 1.1.2009 kommen würde. Die Essener Liste kann nur dadurch entstanden sein, dass m.E. weder das Kriterium „eng abgrenzbar“ noch das Kriterium „kostenintensiv“ im Sinne der gesetzlichen Vorgaben operationalisiert worden ist, Varianzen nach Schweregrad und Kosten müssen unberücksichtigt geblieben sein. Das Beispiel der Hypertonie illustriert einige Probleme: Diese viel zu wenig diagnostisch abgegrenzte Krankheit wurde möglicherweise deshalb aufgenommen, um im Finanzausgleich möglichst viele Fondszuweisungen an Morbidität zu binden. Das Kriterium „Krankheit“ wurde letztlich in Bezug auf die „Anzahl der Kranken“ erweitert, um die Gesamtausgaben für diese Krankheit als besonders belastend bei den Leistungsausgaben darstellen und den Bluthochdruck mit in die Liste aufnehmen zu können. Sicherlich muss es bei den Zuschlägen innerhalb der Krankheit „Hypertonie“ zu erheblichen Differenzierungen in den morbiditätsorientierten Zuschlägen kommen. Eine solche „breite“ chronische Krankheit wird außer-

Tabelle 1: Umverteilungskonsequenzen

Umverteilungskonsequenzen	N	Anteil betroffener Versicherter 2006
Angaben in den Gutachten	4.318.141	23,2 %
Korrigierte Gutachterauswahl (ohne „Sonstige Leistungserbringer“)	4.194.687	24,8 %
Korrigierte Gutachterauswahl (mit „Sonstige Leistungserbringer“)	2.894.812	25,5 %
BVA-Methodik	4.226.965	39,5 %*

* mit 2 ambulanten Diagnosen

Quelle: Busse et al. 2007

dem erst dann zuschlagsfähig, sobald die zur Validierung der zweimal pro Jahr gestellten Diagnose hinzugefügten Arzneimittel-Verordnungen eine Mindestmenge von 183 DDD überschritten haben. Dennoch sind einige Kassen ihrem Ziel näher gekommen, einen möglichst großen Fondsanteil an Morbidität zu binden um damit den Anteil der nicht-morbiditätsgebundenen standardisierten Zuweisungen aus dem Fonds nach Alter, Geschlecht und Erwerbsmindeungsstatus zu verringern. Ein Anreiz zu vermehrten oder artifiziellen ambulanten Diagnosen bei den breit aufgestellten Volkskrankheiten ist so nicht mehr auszuschließen – nicht immer handelt es sich z.B. nachweislich um eine Depression, wenn diese derzeit im ambulanten allgemeinmedizinischen Bereich kodiert und ggf. auch mit zweifelhaft nützlichen Arzneimitteln behandelt wird.

5. Das „Herzstück“ des Morbi-RSA: Die Krankheitsauswahl

Manche AOKs haben unmittelbar nach dem Inkrafttreten des Morbi-RSA den Weg eingeschlagen, sich Wettbewerbsvorteile über besondere Honorierungen der Vertragsärztinnen und -ärzte zu verschaffen. Mit den Hausärzten in Bayern wurden seinerzeit z.B. besondere Zusatzhonorierungen vereinbart, wenn die Diagnoseoption einer der 80 Morbi-RSA-Krankheiten besonders beachtet wurde. Vor allem bei den großen Volkskrankheiten mit ihren z.T. unscharfen diagnostischen Kriterien kann dies Wirkung zeigen. Diesen Aspekt wollte vor allem die AOK berücksichtigt wissen, die sich möglicherweise über breite Krankheitsdefinitionen hohe Zuweisungen aus dem morbiditätsbezogenen Anteil des Gesundheitsfonds eine weitere Finanzierung von extrabudgetären Leistungen an die Vertragsärztinnen und -ärzte im Sinne eines Wettbewerbsvorteils gegenüber anderen Kassen versprochen hatte. Die Varianz der Behandlungskosten ist gerade bei Volkskrankheiten besonders groß, die meisten Fälle sind leichter Art, die schweren Verlaufsformen sind eher seltener, treiben aber die Durchschnittskosten in die Höhe. Also ermöglichen Zuweisungen für Durchschnittswerte erheblichen finanziellen Spielraum für die Kassen, die eine hohe Prävalenz bei solchen Krankheiten aufweisen. Die Manipulationsanfälligkeit steigt allerdings

auch mit der Diagnosebreite an – und dies sollte wohl auch erreicht werden, um die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausweiten zu können. Eine bestehende Über- und Fehlversorgung wird den Kassen letztlich so auch ausgeglichen – sie muss nur durch eine entsprechende Diagnose abgesichert sein.

Neben anderen methodischen Aspekten ist das Vorgehen bei der Krankheitsauswahl daher eines der Herzstücke des Morbi-RSA. Und hier ist es aus meiner Sicht, auch auf interessierten Druck von außen, auf die ersten Festlegungen für die Krankheitsauswahl durch den wissenschaftlichen Beirat folgend zu einer m.E. nicht rechtskonformen Auslegung der gesetzlichen Vorgaben gekommen. In der Gesetzesbegründung zum § 31 der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und in den entsprechenden Stellen der Begründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), die keinerlei verbindlichen gesetzlichen Charakter hat, waren zusätzlich folgend drei Aspekte im Hinblick auf die Krankheitsauswahl genannt:

- Die Krankheiten sollen von besonderer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen in der GKV sein und
- wesentlichen Einfluss auf das Kosten-geschehen der Krankenkassen haben;
- der durch die Krankheitsauswahl entstehende Morbiditätsfilter darf nicht zu einer Unterschreitung der Messgröße R^2 von 12 Prozent im Regressionsmodell führen (vgl. Deutscher Bundestag 2006, 204).

Unabhängig von der rechtlichen Unverbindlichkeit einer Gesetzesbegründung ist diese letztgenannte Forderung nie „belastbar“ überprüft worden. Das BVA hat sich die Anwendung dieser Gesetzesbegründung seinerzeit dennoch zu Eigen gemacht und damit die Versichertenanzahl, die vom Morbi-RSA betroffen ist, erheblich erweitert. Und dies, obwohl bereits in der RSAV vor einer Aufweichung des engen Krankheitsbegriffes gewarnt worden war. Danach sollten die Krankheiten nämlich „eng abgrenzbar“ sein (§ 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV), um die Gefahr zur vergütungsgetriebenen Behandlungsmodifikation und zum willkürlichen Kodieren („Gaming“ bzw. „Upcoding“) möglichst vermeiden

zu können (Pope et al. 2004, 121). Diese Problematik wurde offenbar negiert – die vorgenommene Erweiterung wirkt noch heute nach, wie an den Zuweisungsergebnissen der Kassenarten zu erkennen ist. Die AOKs sind seit vielen Jahren „Gewinner“ in diesem Verteilungssystem – und dies mit einem „Vorsprung“ von rund 800 Mio. Euro, der nicht mehr allein als Ergebnis von Managementerfolgen in der Vertragslandschaft erreicht werden kann (siehe auch den Beitrag von Neumann in dieser Ausgabe). Die mangelnde Verteilungsgerechtigkeit führt nun dazu,

Es hat ein Wettbewerb um die wirksamsten Interventionen zugunsten der abrechenbaren und zuweisungsauslösenden Diagnosen begonnen.

dass seit einigen Jahren sog. Betreuungsstrukturverträge über finanzielle Anreize pro Diagnose eine Optimierung der Fondszuweisungen „unterstützen“ sollen – eine vertragliche Legitimation von Diagnosemanipulation? Es hat also ein Wettbewerb um die wirksamsten Interventionen zugunsten der abrechenbaren und zuweisungsauslösenden Diagnosen begonnen – so hat sich der Gesetzgeber die Auswirkungen des Morbi-RSA für den Wettbewerb sicherlich nicht vorgestellt. Daher wird es höchste Zeit, sich an das lernende System Morbi-RSA zu erinnern und dort nachzustudieren, wo Verwerfungen zugunsten einzelner Kassenarten und Kassen unübersehbar geworden sind – eine allgemeine und unabhängige Evaluation der Auswirkungen des Morbi-RSA wäre daher dringend erforderlich. Erste Überlegungen zu einer solchen Evaluation und zu möglichen Veränderungen sind kürzlich vorgelegt worden (IGES et al. 2015). Die eher abwehrende Haltung des BVA ist unter den Aspekten der Gesamtentwicklung und den unübersehbaren zuweisungsoptimierten Strategien einzelner Kassen nur schwer nachvollziehbar (Plate/Demme 2016). Die in diesem Zusammenhang nachlesbare Aussage, dass sich gute Versorgung auszahlt, mag ja für sich genommen nicht unrichtig sein, im Zusammenhang mit den Auswirkungen des Morbi-RSA und seinen erkennbaren Zuweisungsverzerrungen wirkt sie allerdings eher realitätsfern. ■

Literatur

- Deutscher Bundestag** (2006): Drucksache 16/3100. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) Stand: 24.10.2006. <http://dip.bundestag.de/btd/16/031/1603100.pdf>. (Zugegriffen: 13.9.2016).
- Busse R/Drösler S/Glaeske G et al** (2007): Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 – 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Bonn. http://www.bptk.de/uploads/media/20080205_Gutachten_Wissenschaftlicher_Berat_Risikostrukturausgleich.pdf. (Zugegriffen: 13.9.2016).
- Glaeske G** (2005): Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die Voraussetzungen in der GKV. Gutachterliche Expertise. Köln.
- IGES [Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH]/Glaeske G/Greiner W** (2015): Begleitforschung zum Morbi-RSA, Berlin.
- IGES [Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH], Lauterbach KW/ Wasem J** (2005): Klassifizierungsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. BMG-Forschungsbericht 334.
- Plate F/Demme S** (2016): Reformoptionen zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick. Welt der Krankenversicherung, (7-8): 172-175.
- Pope GC/Ellis RP/Ash AS et al** (2000a): Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment. Health Care Financing Review, Vol. 21 (3): 93-118.
- Pope GC/Ellis RP/Ash AS et al** (2000b): Diagnostic Cost Group Hierarchical Condition Category Models for Medicare Risk Adjustment – Final Report. Prepared for Health Care Financing Administration. https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Reports/downloads/pope_2000_2.pdf. (Zugegriffen: 13.9.2016).
- Pope GC/Kautter J/Ellis RP et al** (2004): Risk Adjustment of Medicare Capitation Payment Using the CMS-HCC Model. Health Care Financing Review, Vol. 25 (4): 119-141.
- Reschke P/Sehlen S/Schiffhorst G** (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht.
- Reschke P/Sehlen S** (2005): Methoden der Morbiditätsadjustierung. Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2: 10-19.
- Stock S/Redaelli M/Lüngen M et al** (2005): Asthma: prevalence and cost of illness. Eur Respir J, Vol. 25, Heft 1: 47-53.
- Ulle T/Deppisch R/Lux G et al** (2008): Konzeptionelle und empirische Fragen der Krankheitsauswahl im Kontext der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der GKV, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Nr. 164, <https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/164.pdf>. (Zugegriffen: 13.9.2016).

Reformaflage neues Tarifrecht 2016



Tarifvertragsgesetz

mit Arbeitnehmer-Entsendegesetz
Herausgegeben von
Prof. Dr. Wolfgang Däubler
4. Auflage 2016, 1.916 S., geb., 178,- €
ISBN 978-3-8487-2137-5
nomos-shop.de/24434

Der Großkommentar zum TVG ist meinungsbildend. Er gibt Antworten auf alle relevanten Fragen des Tarifrechts und verbindet wissenschaftliche Vertiefung mit hohem Praxisbezug. Die Reformauflage zum neuen Tarifrecht setzt Maßstäbe für die Interpretation der Regelungen zur Tarifeinheit und zur Allgemeinverbindlicherklärung.

Ein weiterer Schwerpunkt der 4. Auflage ist die Verarbeitung zahlreicher aktueller Entscheidungen, so zur Differenzierungsklausel, die tarifliche Leistungen nur für Gewerkschaftsmitglieder vorsieht, und zur arbeitsvertraglichen Bezugnahme auf einen Tarifvertrag.

Stimmen zur Vorauflage

»beeindruckt der „Däubler“ mit seinen zahlreichen Autorinnen/Autoren durch Ausführlichkeit und (durchaus anregende) Vielfalt. Christian Fieberg, ZTR 9/12

bestens zu empfehlen

Martin Risak, Das Recht der Arbeit 2/13

ein unverzichtbares Nachschlagewerk für alle tarifrechtlichen Fragestellungen.«

Rudolf Buschmann, AuR 4/13

Portofreie Buch-Bestellungen unter
www.nomos-shop.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

