

Morbi-RSA: Ziele, Methoden und Weiterentwicklung*

DIRK GÖPFFARTH

Dr. Dirk Göppfarth ist Referatsleiter in der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf

Nach einigen Jahren Ruhe wird wieder heftig über den Risikostrukturausgleich (RSA) diskutiert und gestritten. Der vorliegende Beitrag stellt die Ziele und die Funktionsweise des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich dar. Darüber hinaus wird auf einige häufig vorgetragene Missverständnisse über den RSA eingegangen. Hieraus werden einige Thesen zur aktuellen Reformdiskussion abgeleitet. Insbesondere wird dafür argumentiert, die Weiterentwicklung des RSA auf eine dauerhafte institutionelle Grundlage zu stellen.

1. Ziele und Aufgaben des RSA

Bei den Gesundheitsausgaben gilt das sogenannte Pareto-Prinzip: 20 % der Versicherten verursachen 80 % der Ausgaben. In einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem ist also die entscheidende Frage: Wer versichert diese 20 %? Diese Frage wäre allein nicht so entscheidend, wenn die Gesundheitsausgaben rein zufällig entstünden. Natürlich gibt es hier eine Zufallskomponente, z.B. bei Unfällen. Es gibt aber auch eine systematische Komponente: Die Diabetikerin im einen Jahr wird auch im nächsten Jahr noch Diabetikerin sein. Ein großer Teil der 20 % bleibt über die Jahre konstant.

Krankenversicherungssysteme ringen um Lösungen für dieses Problem. Die private Krankenversicherung in Deutschland hat eine Lösung gefunden: Bei Eintritt gibt es Gesundheitsprüfungen, danach werden die Versicherten über Alterungsrückstellungen an den Versicherer gebunden. So wird vermieden, dass Selektionsprozesse zu einer Häufung der teuren Fälle bei einem Versicherer führen. Die gesetzliche Krankenversicherung hat als Sozialversicherung mit gutem Grund eine andere Lösung gefunden: Kassenwahlfreiheit wird gewährt. Damit kann es zu Unterschieden in den Belastungen durch unterschiedliche Risikostrukturen kommen. Die finanzi-

ellen Folgen dieser Unterschiede werden aber durch ein Finanzausgleichsverfahren, dem Risikostrukturausgleich (RSA), ausgeglichen.

Häufig wird dies als Einschränkung des Wettbewerbes wahrgenommen. Aber in Wahrheit gilt das Gegenteil: Der RSA ist ein Instrument, das Wettbewerb zwischen Krankenkassen unter den Rahmenbedingungen der Sozialversicherung erst ermöglicht. Diese Rahmenbedingungen umfassen neben der Kassenwahlfreiheit auch den Kontrahierungszwang (d.h. die Krankenkassen können sich ihre Versicherten nicht aussuchen) und das Verbot von Risikozuschlägen. Wettbewerb soll aber nicht nur ermöglicht, sondern in Bahnen gelenkt werden, die eine wirtschaftliche und qualitativ hochstehende Versorgung herbeiführen. Hierfür darf der „Preis“ der Krankenversicherung, der Beitragssatz, eine Krankenkasse nicht dafür bestrafen, dass sie viele alte und kranke Menschen versichert. Erst wenn man diese systematische Verzerrung herausrechnet, wird der Beitragssatz als Preissignal im Wettbewerb Ausdruck der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Krankenkasse. Einen RSA kennt man in allen Ländern mit einem wettbewerblichen

* Dieser Beitrag gibt die persönlichen Auffassungen des Verfassers wieder.

Krankenversicherungssystem, wie z.B. der Schweiz, den Niederlanden, Belgien, Israel oder den USA.

Der RSA ändert aber auch die Rahmenbedingungen für die Krankenkassen. Wirtschaftliche Erfolge lassen sich nicht mehr mit Risikoselektion erzielen. Risikoselektion sind Strategien, die auf eine Veränderung der Zusammensetzung der Versicherten einer Krankenkasse zielen: Möglichst wenige aus den 20 % teuren Fällen, möglichst viele aus den übrigen 80 %. Risikoselektion ist natürlich verboten, aber es gibt auch viele Strategien, die unter dem Radar der Aufsichtsbehörden bleiben (Höppner et al. 2006). Aber auch verbotene Strategien werden versucht: So berichtet das Bundesversicherungsamt (BVA) in seinem Tätigkeitsbericht 2013 von „Zielgruppenvereinbarungen“ zur Anwerbung einkommensstarker und gesunder Versicherter und telefonischen Versuchen, Versicherte mit chronischen Krankheiten und Behinderungen zur Kündigung zu drängen. Risikoselektion ist also nicht nur eine theoretische Gefahr. Mit zunehmenden Handlungsfreiheiten der Krankenkassen, z.B. bei der Vertrags- und Leistungsgestaltung, nimmt die Gefahr der Risikoselektion weiter zu.

Ein weiterer Fehler ist es, wenn man den RSA als Instrument der Umverteilung versteht. Umverteilung ist ein konstitutives Element einer Sozialversicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung verteilt um zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Singles und Familien sowie Mitgliedern mit hohem und mit niedrigerem Einkommen. Dies ist in den entsprechenden Vorschriften zu den Beiträgen im SGB V angelegt. Der RSA führt kein weiteres Umverteilungselement ein. Vielmehr sorgt er nur dafür, dass diese Umverteilung nicht an der Kassengrenze halt macht, sondern die gesamte Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten umfasst. Auch dies ist im SGB V so angelegt (§1 Satz 1 SGB V).

2. Funktionsweise des Ausgleichs

Von Alter und Geschlecht zur Morbidität

Über die Notwendigkeit eines RSA besteht inzwischen weitgehend Konsens. Umso heftiger tobt dafür nun der Streit über die richtige Ausgestaltung. In der

Theorie lässt sich die Anforderung leicht aus den Zielen ableiten: Der RSA soll die auf systematischen Unterschieden in den Risikostrukturen zwischen den Versicherten verschiedener Krankenkassen beruhenden Ausgabenunterschiede ausgleichen. Zur Wahrung von Wirtschaftlichkeitsanreizen sollen andere Ausgabenunterschiede hingegen nicht ausgeglichen werden, sondern als Ausdruck von Qualität und Wirtschaftlichkeit in den Beitragssatz einfließen.

Mit zunehmenden Handlungsfreiheiten der Kassen nimmt die Gefahr der Risikoselektion zu.

In der Praxis hängt die Ausgestaltung auch sehr stark von der Verfügbarkeit der Daten ab: Als der RSA im Jahr 1994 – zur Vorbereitung der Kassenwahlfreiheit im Jahr 1996 – eingeführt wurde, beschränkte man sich auf die Merkmale Alter, Geschlecht und dem Bezug von Erwerbsminderungsrenten. Unterschiede in der Morbidität wurden so nur indirekt ausgeglichen. Mehr war damals datentechnisch nicht möglich.

Doch obwohl rudimentär, zeigte dieser RSA schnell Wirkung. Die Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen nahmen ab. Zuvor hatten sie solche Ausmaße erreicht, dass ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes wegen eines Verstoßes gegen den Gleichheitsgrundsatz drohte. Doch nach einigen Jahren nahmen die Beitragssatzunterschiede wieder zu. Untersuchungen zeigten, dass es vor allem junge und gesunde Versicherte mit höheren Bildungsabschlüssen waren, die die Krankenkasse wechselten. Einige Krankenkassen entwickelten gezielte Strategien, mit niedrigen Beitragssätzen gerade die jungen und gesunden Kassenwechsler anzulocken, die notwendig waren, den niedrigen Beitragssatz überhaupt möglich zu machen. Diese Strategien waren im Übrigen nicht nachhaltig: Bald war die nächste Billigkasse am Markt, die Klientel ohne Kassenbindung wechselten erneut (hoppten) weiter und hinterließ die alte Kasse im Zweifel mit einem Berg Schulden. Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung war das nicht.

Ein anderes Problem war das Engagement der Krankenkassen bei der Versor-

gung chronisch Kranker. Bei Einführung des RSA fehlten noch die Möglichkeiten für Krankenkassen, bei der Versorgung chronisch Kranker eigene Wege gehen zu können und sich damit im Wettbewerb zu profilieren. Nach und nach eröffnete der Gesetzgeber Möglichkeiten: Modellvorhaben, Strukturverträge, integrierte Versorgung, Selektivverträge etc. Die Krankenkassen waren aber sehr zurückhaltend damit, diese neuen Wege zu beschreiten. Diese Zurückhaltung hatte viele Ursachen; die fehlende Budgetbereinigung zum Beispiel. Ein Faktor war aber sicherlich der RSA, der Unterschiede in der Morbidität (Krankheitslast) zwischen den Krankenkassen damals nicht unmittelbar berücksichtigte. Profilierte sich eine Krankenkasse in der Versorgung Kranker, so musste sie einen Zulauf von Versicherten anderer Krankenkassen mit dieser Krankheit erwarten. Die Ausgaben würden steigen, ohne dass dies im RSA berücksichtigt würde. Prüfer des BVA bezeichneten dies in einem bekannt gewordenen Prüfbericht als „betriebswirtschaftliches Harakiri“.

Die Diskussion um die Weiterentwicklung des RSA war entbrannt. Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte ein Gutachterkonsortium (IGES/Cassel/Wasem 2002); auch Kassenverbände gaben Gutachten im Auftrag. In zwei zentralen Punkten waren sich alle Gutachter einig: Der RSA habe sich grundsätzlich bewährt, langfristig brauche man aber eine direkte Morbiditätsorientierung. Hinsichtlich der kurz- und mittelfristig zu ergreifenden Maßnahmen gab es aber sehr unterschiedliche Vorstellungen. Ein Konsenspapier verschiedener Gutachter ebnete dann den Weg für das Gesetz zur Reform des RSA im Jahr 2001: Einführung der Morbiditätsorientierung im Jahr 2007; bis dahin sollte ein Risikopool und die Berücksichtigung der Einschreibung in Disease-Management-Programme die Verwerfungen begrenzen. Ein weiteres Gutachten (IGES/ Lauterbach/Wasem 2005) sollte den Weg zum morbiditätsorientierten RSA aufzeigen.

In den folgenden Jahren wurde die Reform durch wechselnde Mehrheiten in Bundestag und Bundesrat aufgegeben. Der Durchbruch kam im Jahr 2006 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Der morbiditätsorientierte RSA wurde im Jahr 2009 zusammen mit dem Gesundheitsfonds eingeführt. Allerdings wurde er auf 50 bis 80 chronische und schwerwiegende Krankheiten beschränkt

(Krankheitsfilter). Die Beschränkung des Krankheitsspektrums war das Ergebnis eines politischen Kompromisses. Laut Gesetzesbegründung sollte sie aber nur für eine Übergangsphase gelten und eine gleitende Einführung mit Kalkulationssicherheit und Planbarkeit für die Krankenkassen gewährleisten. Auch der Risikopool wurde nicht, wie ursprünglich vorgesehen, in einen Hochrisikopool überführt, sondern abgeschafft.

Funktionsweise des morbiditätsorientierten RSA

Der neue RSA berücksichtigt die Morbidität der Versicherten direkt. Hierzu stehen Diagnosen und Verordnungen zur Verfügung. In einem wesentlichen Punkt musste das BVA von den Gutachterempfehlungen (IGES/Lauterbach/Wasem 2005) abweichen. Die Gutachter hatten empfohlen, Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen zu verwenden, nicht aber die Diagnosen der vertragsärztlichen Versorgung. Mit der Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten bestand jedoch das Problem, dass sich Verordnungen nicht eindeutig zu Krankheiten zuordnen ließen. Es wurde daher ein Modell mit Krankenhausdiagnosen und Diagnosen der vertragsärztlichen Versorgung gewählt; Arzneimittelverordnungen haben nur eine ergänzende Funktion.

Die Zuweisungen, die die Krankenkassen für ihre Versicherten erhalten, werden nun danach differenziert, welche Erkrankungen diese Versicherten aufweisen. Eine 68-jährige Frau z.B. verursacht im Durchschnitt in der GKV Ausgaben von rund 3.720 Euro pro Jahr (alle Zahlen für das Jahr 2014). Im alten – alters- und geschlechtsbasierten – RSA war dies auch die Zuweisung. Im morbiditätsorientierten RSA wird dies abgesenkt auf einen Basisbetrag, den eine 68-jährige Frau ohne eine der ausgewählten Krankheiten durchschnittlich verursacht. Dies sind rund 1.540 Euro. Für gesunde Versicherte gibt es also zunächst einmal weniger Geld. Weist die Versicherte aber relevante Erkrankungen auf, kommen zum Basisbetrag noch die sogenannten „Morbiditätszuschläge“ hinzu, zum Beispiel 488 Euro für einen einfachen Diabetes, 1.090 Euro für eine Herzinsuffizienz oder 42.305 Euro für ein dialysepflichtiges Nierenversagen.

Gesetzlich ist ein „prospektives Modell“ vorgeschrieben. Dies hat Folgen für die Zuordnung zu den Krankheiten und für die Berechnung der Höhe der Zuschläge. Grundsätzlich sind für die Zuordnung der Versicherten zu den Krankheiten die Diagnosen ausschlaggebend, die die Ärzte dokumentiert und im Rahmen der Abrechnung mit den Krankenkassen gemeldet haben. Im prospektiven Modell sind nicht die Diagnosen des laufenden Jahres relevant, sondern die Vorjahresdiagnosen. Es kommt sozusagen auf die „Vorerkrankung“ an. Die Morbiditätszuschläge richten sich hingegen nach den mit den Diagnosen durchschnittlich verbundenen Ausgaben. Im prospektiven Modell sind dies wiederum nicht die laufenden Behandlungskosten, sondern die Ausgaben im Jahr nach der Diagnosestellung – also die Folgekosten. Mit dem prospektiven Modell wird auf die für die Risikoselektion relevante systematische Belastung einer Krankenkasse mit Vorerkrankungen abgestellt. Der Ausgleich der Folgekosten statt der laufenden Behandlungskosten stärkt die Wirtschaftlichkeitsanreize. Schließlich bewirkt die Vorgabe eines prospektiven Modells (auch ohne den „Krankheitsfilter“) eine Konzentration auf chronische und schwerwiegende Krankheiten – die Folgekosten z.B. eines akuten Blinddarms sind natürlich Null Euro.

In dem vom BVA gewählten Modell führt nicht jede ärztliche Diagnose einer der ausgewählten Krankheiten automatisch zu einem Zuschlag. Vielmehr wurden „Aufgreifkriterien“ definiert, die der

Die Beschränkung des Krankheitsspektrums war das Ergebnis eines politischen Kompromisses.

Qualitätssicherung der Diagnosen dienen. Soweit medizinisch sinnvoll wurden Arzneimittelkriterien definiert: Den Zuschlag für Schizophrenie oder eine Herzinsuffizienz gibt es nur, wenn entsprechende Arzneimittel hierzu verordnet wurden. Einige Krankheiten, z.B. ein Herzinfarkt oder eine Sepsis, müssen zwingend stationär behandelt werden. Auch dies wird abgeprüft. Kann keines dieser Kriterien definiert werden, so greift eine interne Validierung durch das „M2Q-Kriterium“.

Die Krankheit muss unabhängig voneinander in zwei unterschiedlichen Quartalen diagnostiziert worden sein; dies ist bei chronischen und schwerwiegenden Krankheiten zu erwarten.

Die Zuschläge entsprechen nicht automatisch den Krankheiten, vielmehr werden sie nach Schweregrad differenziert. Der Diabetes zum Beispiel ist in vier Schweregraden mit Zuschlägen zwischen 488 Euro und 1.915 Euro aufgeteilt. Diese Zuschläge werden in Hierarchien angeordnet, bei denen die höherstehende Gruppe Vorrang vor den untergeordneten Gruppen hat. Erhält ein Diabetiker zum Beispiel vom Hausarzt eine einfache Diabetes-Diagnose, die zu einer Einordnung in die unterste Gruppe führt, und vom Diabetologen eine differenzierte Diagnose, die zu einer Einordnung in eine höher stehende Gruppe führt, so zählt nur die Einordnung in die höher stehende Gruppe. Dies fängt Unterschiede in der Kodierpraxis auf und führt zu statistisch homogeneren Gruppen.

Ein Problem bei der Ausgestaltung des neuen Verfahrens war die Berücksichtigung der Ausgaben Verstorbener. Das Problem entsteht, weil die Zuweisungen an die Krankenkassen je Versicherungstag geleistet werden. Dazu werden die Zuschläge durch 365 geteilt, um Pro-Tag-Werte zu ermitteln. Verstorbene weisen aber in der Regel weniger als 365 Versichertentage auf. Ihre Ausgaben müssten daher vorher auf das ganze Jahr hochgerechnet werden (sog. „Annualisierung“). Dieser Schritt unterblieb, was zu abgesenkten Morbiditätszuschlägen führte. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA wies wiederholt auf diese Problematik hin. Das BVA unternahm auch mehrere Anläufe, das Verfahren zu ändern, scheiterte aber an politischen Widerständen. Erst das Landessozialgericht NRW durchbrach den gordischen Knoten, indem es vom Jahr 2013 an die Annualisierung anordnete.

Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten

Wie bereits erwähnt, erfolgte im politischen Prozess die Beschränkung auf 50 bis 80 chronische und schwerwiegende Krankheiten „für eine Übergangsphase“. Die rechtlichen Vorgaben sprechen von einem „Filter“, d.h. es gibt die Vorstellung eines vollständigen morbiditätsorientierten RSA, der aber nur mit den Diagnosen

der ausgewählten Krankheiten gefüttert wird. Faktisch werden aber die vielfältigen Ausgestaltungsdetails (Morbiditätsgruppen, Hierarchien, Aufgreifkriterien) nur für die ausgewählten Krankheiten definiert. Da aber häufig argumentiert wird, dass eine Streichung des Krankheitsfilters zu mehr Aufwand führen würde, muss man sich vor Augen halten, dass die Krankheitsauswahl einen zusätzlichen Arbeitsschritt darstellt, der ansonsten wegfallen könnte. Auch melden die Krankenkassen alle Daten, auch die der nicht ausgewählten Krankheiten. Schließlich beinhaltet die Vorgabe eines prospektiven Modells bereits einen automatischen Krankheitsfilter.

Die Aufgabe, die 50 bis 80 Krankheiten auszuwählen, wurde vom Gesetzgeber an das BVA übertragen, das bei dieser Aufgabe von seinem Wissenschaftlichen Beirat beraten wird. Außer einem vorgegebenen Schwellenwert gibt es keine klaren Kriterien und viele unbestimmte Begriffe in der Rechtsvorschrift. Dement-

Der Ausgleich tatsächlicher Ausgaben im Einzelfall ist nicht Aufgabe des RSA, sondern der Versicherung.

sprechend war die Frage der Krankheitsauswahl von Anfang an kontrovers. Dies fing an bei der Frage, was überhaupt eine Krankheit sei. Das Meinungsspektrum reichte von der Aussage, jede einzelne der über 15.000 ICD-Diagnosen sei eine eigenständige Krankheit bis hin zur Behauptung, eine Krankheit sei durch die Kapitel im ICD-Kode definiert – dies hätte bedeutet, dass es insgesamt nur 22 Krankheiten gäbe. Das BVA hat einen Mittelweg gewählt und der Logik des Klassifikationsmodells folgend 368 Krankheiten definiert.

Die nächste Frage war, wann eine Krankheit chronisch oder schwerwiegend sei. Hier entschied das BVA, die Chronizität an der Dauerhaftigkeit der Diagnosestellung im Zeitverlauf festzumachen und den Schweregrad an der Hospitalisierungsquote. Doch nach Anwendung all dieser Kriterien blieben noch mehr als 80 Krankheiten übrig (zuletzt 258). Um die Auswahl weiter einzugrenzen wurde das Kriterium „Be-

deutung für das Versorgungsgeschehen“ aus der Gesetzesbegründung herangezogen. Einigkeit besteht, dass dies etwas mit den Kosten und mit der Häufigkeit (Prävalenz) zu tun hat. Dissens bestand und besteht darüber, wie diese beiden Kriterien gegeneinander zu gewichten sind. Die eine Extremposition war, dass es nur auf die Kosten im Einzelfall ankäme. In diesem Fall würden 80 zwar teure aber sehr seltene Krankheiten ausgewählt. Die andere Position war, dass man das Produkt aus Häufigkeit und Kosten nehmen solle. Auch hier vertrat das BVA eine mittlere Position, indem es die Wurzel der Häufigkeit nahm. Die Wurzelfunktion führt dazu, dass die Prävalenz abgewertet, d.h. nicht so stark berücksichtigt wird. Andere forderten statt der Wurzel die Logarithmus-Funktion. Hierzu muss man wissen, dass der Logarithmus die Prävalenz noch wesentlich stärker abwertet als die Wurzelfunktion.

Ein weiterer Streitpunkt war die Frage, ob Krankheiten, die der Prävention zugänglich seien, zu berücksichtigen seien. Das BVA lehnte eine solche Einschränkung mit dem Argument ab, hierfür gäbe es keine Rechtsgrundlage. Die Befürworter einer solchen Streichung blieben aber auch den Beleg schuldig, dass Krankenkassen überhaupt die Möglichkeiten zur

Primärprävention haben, und dass eine Nicht-Berücksichtigung die Anreize hierzu erhöhen würde. Das Argument, die Morbiditätszuschläge würden Krankheit belohnen, greift zu kurz: Zwar führt eine Erkrankung zu Zuschlägen, aber auch zu zusätzlichen Ausgaben. Da sich die Höhe der Zuschläge an den durchschnittlichen Ausgaben orientieren, ist durch den morbiditätsorientierten RSA per se keine Veränderung der Anreize zur Prävention zu erwarten. Zwar behauptet ein aktuelles Gutachten (Häckl et al. 2016), dass der Deckungsbeitrag (also der Abstand von Zuweisungen zu Ausgaben) bei Prävention sinken würde, seltsamerweise stellt sich dieser Effekt aber sowohl bei berücksichtigten wie auch nicht-berücksichtigten Krankheiten ein. Außerdem ist in dem Gutachten kritisch zu hinterfragen, was überhaupt als Prävention anzusehen ist.

Der Krankheitsfilter wurde aus politischen Gründen eingefügt, nicht aus fachlichen. Daher lassen sich auch für Reformvorschläge zur Krankheitsaus-

wahl keine fachlichen Kriterien finden, die eine Krankheit auszuwählen, die andere aber nicht. Vielmehr kommt es darauf an, den Auftrag des Gesetzgebers rechtsfehlerfrei auszuführen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass diese Kontroverse nicht nur öffentlich ausgetragen wurde, sondern auch vor Gericht. Das vom BVA gewählte Verfahren wurde dabei vom Bundessozialgericht überprüft und bestätigt. Wenn über den Krankheitsfilter noch diskutiert wird, dann sollte allenfalls gefragt werden, wann die „Übergangsphase“ beendet wird.

3. Häufige Missverständnisse

Ausgleich von Risiken, nicht von Ausgaben

Der RSA gleicht systematische Unterschiede in denen auf Risikostrukturen beruhenden Ausgaberrisiken zwischen den Krankenkassen aus. Er ist notwendig, weil ohne risikoäquivalente Prämien die Einnahmen der Krankenkassen nicht dem versicherten Risiko entsprechen. Ausgabe-risiken sind dabei etwas anderes als Ausgaben. Für den RSA werden Ausgaberrisiken an den anhand von Risikomeerkmalen standardisierten Ausgaben festgemacht.

Mit einem Beispiel lässt sich dies besser veranschaulichen: Die Deckungsquote gibt das Verhältnis von Zuweisungen zu Ausgaben an. Die Deckungsquote für Versicherte mit einem akuten Herzinfarkt beträgt im laufenden Jahr 27 % – eine massive Unterdeckung, obwohl der Herzinfarkt zu den Auswahlkrankheiten gehört! Dies ist die Folge davon, dass nicht die Ausgaben des Herzinfarktes ausgeglichen werden, sondern das Risiko. Das Risiko für Herzinfarkte dürfte sich zwischen Krankenkassen erheblich und systematisch unterscheiden. Risikofaktoren hierfür sind Alter und Geschlecht, Bluthochdruck, Diabetes, Adipositas, zu einem Teil auch vorangegangene Herzinfarkte. Für all diese Risikofaktoren erhält die Krankenkasse durch die entsprechenden Zuschläge auch eine Kompensation für das erhöhte Herzinfarkttrisiko. Der systematische Unterschied im Herzinfarkttrisiko zwischen den Krankenkassen sollte so ausgeglichen sei. Der Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben eines eingetretenen Herzinfarktes muss die Krankenkasse dann im eigenen Versichertenkollektiv schaffen, dies ist die originäre Aufgabe einer Versicherung.

Wenn Kassenvertreter in Diskussionen Einzelfälle präsentieren, die Millionen an Ausgaben verursacht haben, aber nur einige tausend Euro an Zuweisungen eingebracht haben, dann muss man sich vergegenwärtigen: Der Ausgleich tatsächlicher Aufgaben im Einzelfall ist nicht Aufgabe des RSA, sondern Aufgabe einer Versicherung. Sollte aber der Einzelfall Beispiel einer Risikolage sein, von der eine Kasse übermäßig betroffen ist, die aber im RSA nicht berücksichtigt wird, dann sollte man tatsächlich über eine Verbesserung des Verfahrens nachdenken.

Der RSA hat nichts mit Vergütung zu tun

Die Morbiditätszuschläge haben auch das Interesse der Leistungserbringer geweckt. Oft werden dann die Morbiditätszuschläge mit Vergütungen verglichen. Das kann in zwei Richtungen gehen: Der Arzt fragt sich: Warum erhält die Krankenkasse so viel und ich so wenig? Das Pharmaunternehmen fragt sich hingegen: Warum ist der Morbiditätszuschlag für die Krankheit so niedrig, wo doch allein schon mein Medikament teurer ist? Nach den Ausführungen im vorangegangenen Abschnitt sollte klar sein: Hier werden Äpfel mit Birnen verglichen.

Beim RSA geht es um den Ausgleich von Ausgaberrisiken zwischen Krankenkassen, bei der Vergütung um die Honorierung von Aufwand. Um im obigen Beispiel zu bleiben: Die Tatsache, dass der Behandlungsaufwand für den Herzinfarkt nicht zwischen den Krankenkassen ausgeglichen wird, heißt natürlich nicht, dass das Krankenhaus für die Bypass-Operation nicht vergütet werden muss! Umgekehrt stecken die „Finanzierungsanteile“ vielleicht in ganz anderen Zuschlägen.

Der RSA erfordert keine perfekte Kodierung

Jeder Epidemiologe, jede Epidemiologin weiß: Es gibt keine perfekte Kodierung. Die dokumentierte Morbidität ist eine andere als die echte Morbidität. Die abgerechnete Morbidität ist auch eine andere als die dokumentierte. In der Debatte um den RSA ist das Wort „Surrogatparameter“ beliebt geworden. Auch die Diagnosen sind in Wahrheit nur Surrogat (Ersatz) für die echte Morbidität, die keiner kennt.

Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass die Diagnosen, so wie sie abgerechnet wurden, Grundlage für die Zuordnung sind. Die Diagnosestellung ist eine berufsständige und gesetzliche ärztliche Pflicht. Jede Einflussnahme der Krankenkassen darauf ist unzulässig. Die Unterscheidung von „Upcoding“ und „Rightcoding“ ist daher beschönigend und rechtlich irrelevant.

Dass Krankenkassen sich hieran nicht halten, ist beschämend. Am alten RSA wurde kritisiert, dass für Krankenkassen das „Geschäftsmodell Risikoselektion“ lohnender war, als das mühselige Geschäft, die Versorgung zu optimieren. Wenn nun anstelle des „Geschäftsmodells Risikoselektion“ das „Geschäftsmodell Upcoding“ tritt und nicht die Versorgung, stellt das die Verhältnismäßigkeit der Regelung insgesamt in Frage.

Gefragt sind hier zunächst einmal die Aufsichtsbehörden, die längst noch nicht ihre Möglichkeiten ausschöpfen. Gegenwärtig werden „Betreuungsstrukturverträge“ genehmigt, die leider wenig mit Versorgung und den gesetzlichen Grundlagen, dafür aber viel mit „Einnahmoptimierung“ zu tun haben. Auch der Gesetzgeber muss sich fragen lassen, warum die ambulanten Kodierrichtlinien immer noch nicht eingeführt wurden. Ferner könnte dieser mit einem transparenten und offenen Verfahren zur Überprüfung von Diagnosen die Situation entspannen. Schließlich muss auch gefragt werden, wie das Verfahren manipulationsresistenter ausgestaltet werden kann.

Der RSA fördert Preisdifferenzierung

Ausgeglichen werden Unterschiede in der Risikostruktur, nicht aber Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit. Damit ist bezweckt, dass nur Letztere in den Beitragssatz eingehen. Diese Preissignalfunktion des Beitragssatzes sollte mit der direkten Morbiditätsorientierung gestärkt werden.

Allerdings wurde der erweiterte RSA zeitgleich mit dem neuen Finanzierungsinstrument der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge eingeführt. Aus verschiedenen Gründen hat sich jedoch die Ausgestaltung dieses Instrumentes in der Praxis nicht bewährt. Krankenkassen, die ver-

sucht haben, Zusatzbeiträge zu erheben, konnten sich nicht am Markt behaupten. Paradoxerweise galt damit nach Einführung des morbiditätsorientierten RSA nicht eine bessere Preisdifferenzierung, sondern gar keine Preisdifferenzierung. Unterstützt wurde dies durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die weit über den Ausgaben lagen.

Nach sechs Jahren sah sich der Gesetzgeber gezwungen, aus diesen Erfahrungen die Konsequenzen zu ziehen, und kehrte wieder zu einkommensabhängigen Beitragssätzen zurück. In diesen sechs Jahren waren die unterschiedlichen wirtschaftlichen Positionen der Krankenkassen durch den faktischen

Die Unterscheidung von „Upcoding“ und „Rightcoding“ ist beschönigend und rechtlich irrelevant.

Einheitsbeitragssatz zwar verdeckt, aber nach wie vor vorhanden. Während einige Krankenkassen Mühe hatten, mit den Zuweisungen zu überleben, kumulierten sich bei anderen Krankenkassen die Überschüsse.

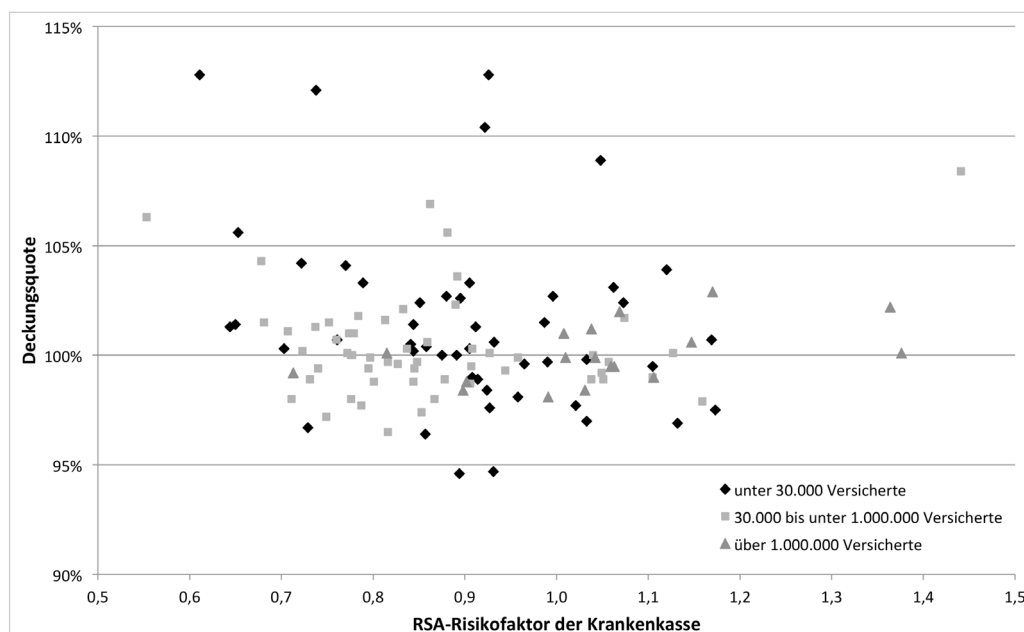
4. Thesen zur Weiterentwicklung

These 1: Noch nie war der RSA so zielgenau wie heute

Der Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirates wird gerne herangezogen, um Änderungsbedarf zu begründen. In Wahrheit wurde dort aber in erster Linie eine Verbesserung der Zielgenauigkeit festgestellt: „Die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten führt zu einer deutlichen Verbesserung der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene.“ (Drösler et al. 2011).

Aktuell wird auf zwei Entwicklungen verwiesen: Auf eine zunehmende Spreizung bei den Zusatzbeiträgen sowie auf unterschiedliche Finanzergebnisse auf Kassenartenebene. Eine zunehmende Spreizung lässt sich aber nur im Vergleich mit der Ausnahmesituation des faktischen Einheitsbeitragssatzes feststellen. Heute erhebt die teuerste Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz von

Abbildung 1: Deckungsquoten der Krankenkassen für standardisierte Leistungsausgaben nach RSA-Risikofaktor im Jahresausgleich 2014



Quelle: BVA

1,9 %, während einige wenige Krankenkassen noch ganz ohne Zusatzbeitrag auskommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die günstigen Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag noch aus ihren kumulierten Reserven subventionieren können. Im Jahr 2008 – vor dem einheitlichen Beitragssatz – lag die Spanne mit 4,5 %-Punkten (von 11,3 % bis 15,8 %) mehr als doppelt so hoch wie heute.

Auch die Entwicklung der Finanzergebnisse auf Kassenartenebene ist nicht aussagekräftig. Kassenarten waren schon immer inhomogen; in den letzten Jahren hat sich dies noch verstärkt. Die Finanzlage der AOKs im Südosten des Landes ist eine andere als im Süden oder Westen. Auch in einer Stadt wie Hamburg könnte die Finanzlage der dort ansässigen Ersatzkassen unterschiedlicher nicht sein. Maßnahmen, die als ausgleichende Gerechtigkeit „die“ vermeintlich überdeckten AOKs treffen sollen, treffen in Wahrheit vielleicht eine AOK, die ganz anders dasteht. Im Wettbewerb stehen im Übrigen die Krankenkassen, und nicht deren Verbände. In letzter Zeit haben die Kassenverbände argumentativ ein neues Leben als „Haftungsverbund“ gewonnen. Vorschläge werden nicht mehr danach bewertet, ob sie die Zielgenauigkeit auf Einzelkassenebene und damit die Funktionalität des Wettbewerbes erhöhen, sondern nur noch danach, ob der

eigene Haftungsverbund gewinnt – den Gewinn kann man dann untereinander verteilen. Zu Ende gedacht führt dies zu einem Wettbewerb der Verbände um politischen Einfluss statt eines Wettbewerbes der Krankenkassen um gute Versorgung.

These 2: Der RSA lässt sich nicht verbessern, indem man ihn schlechter macht

Reicht die erreichte Verbesserung aus? Jedes Jahr veröffentlicht das BVA hierzu ein Diagramm mit den Deckungsquoten auf Einzelkassenebene (Abbildung 1). Auf der Ordinate sind die Deckungsquoten abgetragen, auf der Abszisse die Morbidität. In der Vergangenheit diente dieses Diagramm dazu, die These der „Überkompensation“ der Kassen mit hoher Morbidität zu widerlegen. Doch etwas anderes fällt auch auf: Eine große Spanne der Deckungsbeiträge, die von 95 % bis 113 % reicht. Gegenüber dem alten RSA hat sich diese Spanne zwar halbiert, aber trotzdem: Allein durch Wirtschaftlichkeitsunterschiede wird man dies kaum erklären können.

Das Ziel, diese Spanne weiter reduzieren zu wollen, ist also nachvollziehbar. Doch seltsamerweise glauben einige diese Verbesserung erreichen zu können, indem sie in einigen Punkten das Rad zurück zum alten RSA (mit den noch

höheren Spannen) drehen. Tatsächlich ist denkbar, dass eine bestehende Verzerrung durch eine neue (oder wiederingeführte) Verzerrung genau kompensiert wird. Aus Sicht einer einzelnen Krankenkasse kann das zutreffen. Auch auf zusammengewürfelten Aggregatebenen wie Kassenarten kann das passieren. Aber dass dadurch die Funktionalität des Wettbewerbs über alle Krankenkassen hinweg verbessert wird, kann ziemlich sicher ausgeschlossen werden.

Vorschläge, präventable Krankheiten oder – durch eine logarithmische Prävalenzgewichtung – Volkskrankheiten zu streichen, gehen genauso in diese Richtung wie die Streichung ganzer Ausgleichs-

faktoren wie die Erwerbsminderungsrentner. Diese unter der irreführenden Bezeichnung „Surrogatparameter“¹ geführte Diskussion ist erhellend: Die Beibehaltung des Merkmals bei Einführung der Morbiditätsorientierung wurde umfassend gutachterlich geprüft (IGES/Lauterbach/Wasem 2005) und empirisch begründet. Natürlich kann man ein gutes Jahrzehnt später den Sachverhalt erneut prüfen. Diesen Anspruch erhebt zumindest das Gutachten von IGES und Glaeske (2016). Argumentiert wird aber nur mit Deckungsquoten auf Kassenartenebene, zu deren Aussagekraft oben bereits einiges gesagt wurde. Die entscheidende Frage, wie sich die Deckungsquote für die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner entwickelt, wird nicht behandelt. Erst in einem späteren Beitrag lässt der Gutachter die Katze aus dem Sack (Neumann 2016): Die Unterdeckung für diese Gruppe beträgt

1 Irreführend, da letztendlich alle Parameter Surrogatparameter für das nicht direkt messbare systematische Ausgabenrisiko der Krankenkasse sind. Gleichzeitig wird häufig im selben Atemzug mit der Regionalvariable die Einführung einer neuen Surrogatvariablen gefordert. Zutreffend hierzu das „Bayern-Gutachten“: „Auf ein Differenzierungsmerkmal abzustellen, das ‚ein leicht und zuverlässig erfassbares, manipulationsresistentes Näherungsmerkmal zu den eigentlich bestimmenden Merkmalen‘ darstellt, entspricht einer gängigen Methode“ (Ulrich et al. 2016, 62).

1.400 Euro je Versicherten – gleichzeitig wird über die Notwendigkeit einer Regionalvariablen wegen einer Unterdeckung von 14 Euro je Versicherten in Bayern diskutiert.

These 3: Notwendig ist eine Institutionalisierung der Weiterentwicklung

Vor vielen Jahren profitierten die BKKen vom unvollständigen RSA. Sie warnten vor voreiligen Änderungen und veröffentlichten in ihren Verbandszeitschriften Artikel mit Titeln wie „Never change a running system“. Heute warnen die AOKs vor übereilten Änderungen und mahnen erst einmal eine Gesamtevaluation an. Andere verstehen dies nicht als Forderung nach einer gesicherten Erkenntnislage, sondern als ein Spiel auf Zeit.

Zeit ist es, die Frage der Weiterentwicklung des RSA von der konkreten Interessenlage der Verbände zu lösen. Die Forderung nach einer Gesamtevaluation und einer gesicherten Erkenntnislage kann nur deshalb als Spiel auf Zeit verstanden werden, da eine solche nicht routinemäßig in regelmäßigen Abständen erfolgt. Gegenwärtig existiert nicht einmal eine Datengrundlage dafür.² In den Niederlanden hat eine in regelmäßigen Abständen beauftragte Forschergruppe Zugang zu einem umfassenden Datensatz und macht regelmäßig Vorschläge zur Weiterentwicklung, die in konkrete Verfahrensänderungen einmünden.

Zwar ist auch hier der RSA als lernendes System angelegt und wird jährlich verändert. Beim BVA ist hierzu auch ein

Es kommt zu einem Wettbewerb der Verbände um politischen Einfluss statt eines Wettbewerbs der Kassen um gute Versorgung.

Wissenschaftlicher Beirat eingerichtet. Allerdings erfolgt diese Weiterentwicklung nur im bestehenden Rahmen. So können z.B. bestehende Morbiditätsgruppen zusammengelegt oder gespalten werden; neue Ausgleichsvariablen oder andere Standardisierungsverfahren können aber nicht eingeführt werden. Der Wissenschaftliche Beirat hat auch gar nicht die

Daten, die für eine solche konzeptionelle Weiterentwicklung notwendig wären. Die Evaluierung des RSA müsste auch losgelöst werden von rein quantitativen Kriterien wie statistische Bestimmtheitsmaße oder Deckungsquoten. Ziel des RSA ist es, den Krankenkassen Anreize zu Qualität und Wirtschaftlichkeit zu geben, was in eine Verbesserung der Versorgung münden sollte. Dies müsste das eigentliche Bewertungskriterium sein.

5. Schlussfolgerung: Eile mit Weile

In Sachen RSA ist in letzter Zeit hektische Betriebsamkeit ausgebrochen. Dabei wird mit den Argumenten einer angeblich wachsenden Spreizung der Zusatzbeiträge und einer problematischen Interpretation der Finanzergebnisse auf Kassenartenebene eine Problemlage herbeigeredet, die einer nüchternen Überprüfung nicht stand hält.

Auch ist einzugestehen, dass wir tatsächlich in vielen Punkten keine gesicherte Erkenntnislage haben. Nehmen wir nur die drei Bereiche Auslandsversicherte, Krankengeld und Regionalfaktor. Hier sind in den letzten Monaten einige sehr sorgfältige und bedenkenswerte Gutachten entstanden. Allerdings: In der Regel steht am Ende dieser Gutachten kein fertiges Modell, sondern allenfalls erfolgsversprechende Richtungen, in die weiter geforscht werden muss.

Für die Kritiker des gegenwärtigen RSA ist das unbefriedigend. Sie sehen in der sorgfältigen Entwicklung ausgereifter Modelle eine Verzögerungstaktik. Natürlich existieren kurzfristig umsetzbare Vorschläge, die zielgerichtet Mittel in die jeweils gewünschte Richtung umverteilen. Nur ob diese Vorschläge die Funktionalität des Wettbewerbs in der GKV erhöhen, ist mehr als zweifelhaft. In einem ist den Kritikern zuzustimmen: Es ist unbefriedigend, immer nur auf „weiteren Forschungsbedarf“

zu verweisen. Dies ist aber die Folge davon, dass die systematische Weiterentwicklung des RSA in den letzten Jahren sträflich vernachlässigt wurde. Kurzfristig lässt sich dies nicht mehr ändern, für die Zukunft können wir Abhilfe schaffen – indem wir für die Weiterentwicklung des RSA eine dauerhafte institutionelle Grundlage schaffen. ■

Literatur

- Drösler, S.; Hasford, J.; Kurth, B.-M.; Schaefer, M.; Wasem, J.; Wille, E. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, abrufbar unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de> (unter Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher Beirat)
- Häckl, D.; Weinhold, I.; Kossack, N.; Schindler, C. (2016):** Gutachten zu Anreizen für Prävention im Morbi-RSA, abrufbar unter: http://www.wig2.de/fileadmin/content/uploads/PDF_Dateien/Gutachten_zu_Anreizen_fuer_Praevention_im_Morbi-RSA.pdf
- Höppner, K.; Greß, S.; Rothgang, H.; Wasem, J. (2006):** Instrumente der Risikoselektion – Theorie und Empirie, in: Göppfarth, D.; Greß, S.; Jacobs, K.; Wasem, J. (Hg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006, Sankt Augustin: Asgard, 119-144.
- IGES-Institut; Cassel, D.; Wasem, J. (2002):** Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden: Nomos.
- IGES-Institut; Glaeske, G. (2016):** Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren?, abrufbar unter: <http://rsa-allianz.de/> (unter Gutachten)
- IGES-Institut; Lauterbach, K.; Wasem, J. (2005):** Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Baden-Baden: Nomos.
- Neumann, K. (2016):** Realitätscheck einer gesundheitspolitischen Argumentation, ersatzkasse magazin, 96 (5/6): 26-27.
- Ulrich, V.; Wille, E.; Thüsing, G. (2016):** Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, abrufbar unter: www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/aktuelle-themen/#Morbi-RSA.

² Den RSA nur mit den Daten zur Durchführung des RSA zu evaluieren, wird keine weiterführenden Erkenntnisse bringen. Hierzu sind weitere Daten nötig, z.B. das Regionalmerkmal, Prozeduren, Angaben zum sozioökonomischen Status. Der Evaluationsbericht 2009 erfolgte zwar mit den Daten des RSA, zeigte aber im Wesentlichen eine interne Inkonsistenz des Berechnungsverfahrens auf. Zudem existierte damals mit dem Regionalmerkmal noch eine wichtige exogene Variable.