

Morbi-RSA reformieren für einen fairen Kassenwettbewerb

ULRIKE ELSNER

Ulrike Elsner ist
Vorstandsvorsitzende des
Verbandes der Ersatzkassen
(vdek)

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wird seinem Ziel, für faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen zu sorgen, nicht gerecht. Die Verteilungswirkungen führen im Gegenteil zu einer finanziellen Ungleichbehandlung der Krankenkassen. Die Ersatzkassen fordern deshalb eine Reform des Morbi-RSA. Um faire Wettbewerbsbedingungen zu erreichen, haben die Ersatzkassen gemeinsame Reformvorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA entwickelt und sich auf eine gemeinsame RSA-Politik verständigt. Erste Reformschritte sollten noch in dieser Legislaturperiode in die Wege geleitet werden.

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 wurde die freie Kassenwahl für alle Mitglieder und damit der Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt, ein Meilenstein in der Gesundheitspolitik. Ab 1996 konnte jedes Mitglied faktisch seine Krankenkasse wählen. Um in der neu entstandenen Wettbewerbssituation möglichst faire Bedingungen für alle Krankenkassen zu schaffen, hatte der Gesetzgeber mit dem GSG auch den Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Seit 1994 gibt es diesen Ausgleich der Risikounterschiede zwischen den Krankenkassen, der zunächst nur auf die Merkmale Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus abzielte – letzteres als Indikator für Morbidität. Nötig war das auch, um die bestehenden Beitragsunterschiede zwischen den Krankenkassen zu verringern. Der RSA stellt damit eine Grundbedingung für einen funktionierenden Wettbewerb in einer solidarischen GKV dar.

RSA benötigte immer wieder Korrekturen

Im Laufe der Zeit mussten jedoch immer wieder Nachjustierungen am RSA vorge-

nommen werden, um Wettbewerbsverzerrungen und Risikoselektionsanreize in einem verschärften Kassen- und Preiswettbewerb zu vermindern. Um die Morbidität als Risikofaktor korrekter abzubilden, wurden für die Jahre 2002 bis 2008 ergänzend auch chronisch Kranke gesondert berücksichtigt, wenn sie in einem zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) eingeschrieben waren. Außerdem wurde ein Risikopool für besonders kostenintensive Behandlungsfälle eingeführt. Die Morbidität der Versicherten wurde ansonsten jedoch nach wie vor nur indirekt über die Merkmale Alter, Geschlecht und Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderung (EMG-Rente) erfasst.

Die bislang größte Veränderung brachte das Jahr 2009 mit dem GKV-Wettbewerbststärkungsgesetz. Ein neuer Gesundheitsfonds wurde eingerichtet und ein morbiditätsorientierter RSA, kurz Morbi-RSA, eingeführt. Sein Ziel war es, den unterschiedlich hohen Versorgungsbedarf von Versicherten mit kostenintensiven chronischen oder schweren Erkrankungen stärker zu berücksichtigen. Für Versicherte, die eine von 80 ausgewählten Krankheiten

haben, sollten die Kassen mehr Zuweisungen erhalten als für Versicherte ohne diese Erkrankungen. Das war eine fundamental neue Weichenstellung im RSA, die vor allem den AOKs zugutekam.

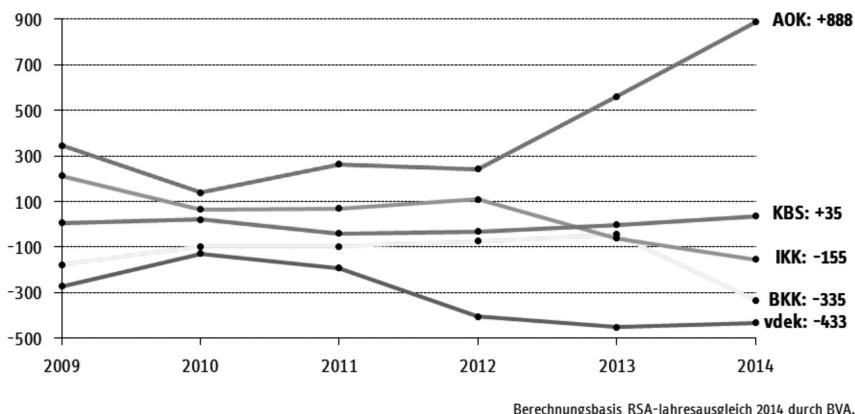
Seit 2009 fließen alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen sowie der Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt in den Gesundheitsfonds. Die Ausschüttung der Gelder an die Kassen erfolgt nach den Kriterien des Morbi-RSA: Alter, Geschlecht und Morbidität der Versichertengruppen. Die Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner blieben erhalten, und für Versicherte, die in einem DMP eingeschrieben sind, erhalten die Kassen weiterhin ebenfalls einen extra Ausgleich. Die Zuweisungen orientieren sich an den jeweiligen bundeseinheitlichen Durchschnittskosten. Der Morbi-RSA bestimmt also, wieviel Geld die Kassen zur Deckung der Leistungsausgaben erhalten, die zur Versorgung der gesetzlich Versicherten anfallen.

Doch die Einführung des Morbi-RSA führte nicht zu den gewünschten fairen Wettbewerbsbedingungen. Ein wichtiger Seismograf, um die Funktionsfähigkeit des RSA zu bewerten, sind die Deckungsquoten bei den Krankenkassen. Hier zeigt sich, dass die AOKs und mit einigem Abstand die Knappschaft seit geraumer Zeit eine deutliche Überdeckung ihrer Leistungsausgaben aufweisen, während bei den Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen eine Unterdeckung festzustellen ist. Die Überdeckung betrug im Jahre 2014 bei den AOKs +964 Millionen Euro, während die Ersatzkassen eine Unterdeckung von -647 Millionen Euro hinnehmen mussten. Für 2015 liegen noch keine endgültigen Ergebnisse vor, weil der Jahresausgleich erst im November des Folgejahres durchgeführt wird.

Basierend auf dem Ausgleichsjahr 2009 hat der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) den RSA im Jahr 2011 auf seine Zielgenauigkeit hin überprüft. Er kam zu dem Ergebnis, dass der neue Morbi-RSA zwar zielgenauer als der alte RSA wirkt, aber dennoch nach wie vor Fehlallokationen bewirkt, etwa bei der Frage der Krankheitsauswahl oder bei den Zuweisungen für Krankengeld, den Zuweisungen für Auslandsversicherte und bei der Berücksichtigung der Ausgaben für Versicherte, die im Ausgleichsjahr verstorben sind. Der Gesetzgeber reagierte mit einer Teilreform. Einstiegsweise – jedoch zeitlich unbefristet – wurden mit

Abbildung 1: GKV – Deckungsgrad nach dem Morbi-RSA-Kriterien

für alle ausgleichsfähigen Ausgaben in Millionen EUR
2009 – 2014



Berechnungsbasis RSA-Jahresausgleich 2014 durch BVA.

Quelle: vdek

dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) von 2014 Übergangslösungen für die Zuweisungen für Auslandsversicherte und beim Krankengeld festgeschrieben.

- Die Zuweisungen für Auslandsversicherte werden für die GKV insgesamt auf die Summe der von ihnen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Entsprechend werden die kassenindividuellen Zuweisungen proportional gekürzt. In der Folge werden zwar die bisher bestehenden Überdeckungen reduziert. Die bei vielen Kassen bestehende Unterdeckung von Ausgaben für Auslandsversicherte wird aber nicht behoben.
- Beim Krankengeld erfolgen je 50 Prozent der Zuweisungen nach dem bisherigen standardisierten Verfahren und nach tatsächlichen Ausgaben.

Infolge eines Urteils des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) vom Juli 2013 wurden zudem methodische Änderungen bei der Berechnung der Zuweisungen für Versicherte mit unvollständigen Versicherungsepisoden – den sogenannten Sterbefällen – erforderlich. Die Finanzwirkungen des Morbi-RSA veränderten sich durch diese Maßnahmen noch einmal erheblich zu Ungunsten der Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen.

Die Maßnahmen des GKV-FQWG bewirkten damit seit 2013 ein weiteres Auseinanderdriften der Wettbewerbsposi-

tionen zwischen den Kassenarten. Für das Jahr 2014 beträgt diese Differenz bei den Deckungsquoten bei den standardisierten Leistungsausgaben zwischen Ersatzkassen und AOKs mehr als 1,3 Milliarden Euro, wobei einzelne AOKs wie die AOK Sachsen-Anhalt besonders profitieren. Trotz sehr hoher Verwaltungskosten kann sie so mit einem geringen Zusatzbeitragssatz von 0,3 Prozent an den Markt gehen. Viele ihrer Mitbewerber dagegen müssen Nachteile hinnehmen, die letzten Endes den Beitragsszahlen über höhere Zusatzbeiträge angelastet werden. Dieser Umstand hat neben anderen Faktoren maßgeblich dazu beigetragen, dass manche Krankenkassen nennenswerte Finanzreserven bilden konnten – andere dagegen nicht.

Druck auf Zusatzbeitragssätze nimmt zu

Durch die steigenden Gesundheitskosten nimmt der Druck auf die Zusatzbeitragsätze ohnehin massiv zu. Bereits Anfang des Jahres 2016 erhöhte sich der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz, den die Mitglieder alleine bezahlen müssen, um 0,2 Prozentpunkte auf 1,1 Prozent. Doch sind nicht alle Krankenkassen – und damit nicht alle Mitglieder – gleichermaßen betroffen, wie sich an der zunehmenden Spreizung bei den Zusatzbeitragssätzen zwischen 0,0 und 1,7 Prozent erkennen lässt. Diese Spreizung ist jedoch nicht unbedingt das Ergebnis von wirtschaftlicherem oder unwirtschaftlicherem Krankenkassen-Handeln, sondern liegt zu einem Großteil an den

beschriebenen falschen Weichenstellungen im RSA. Der Zusatzbeitragssatz ist daher heute im Wesentlichen Ergebnis der kassenspezifischen RSA-Wirkungen. Das kann politisch nicht gewollt sein. Notwendig ist ein Ausgleichsverfahren, das für die Krankenkassen faire Ausgangsbedingungen im Wettbewerb schafft. Ziel muss es auch sein, den Morbi-RSA zu vereinfachen, unbürokratischer zu machen und seine Manipulationsanfälligkeit deutlich zu senken. Dies dürfte sowohl im Sinne der Politik als auch aller Marktteilnehmer sein.

Vorschläge der Ersatzkassen zur Reform des Morbi-RSA

Um faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen zu erreichen, haben die Ersatzkassen gemeinsame Reformvorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA entwickelt. Gegenstand des gemeinsamen Maßnahmen- und Forderungspaketes zur Reform des Morbi-RSA sind folgende Neuregelungen:

1. Umstellung der Prävalenzgewichtung bei der Krankheitsauswahl
2. Einführung einer Regionalkomponente, um regionale Kostenunterschiede zu berücksichtigen
3. Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner (EMG-Zuschläge)
4. Wegfall der DMP-Programmkostenpauschale
5. Einführung eines Hochrisikopools
6. Begrenzung der Zuweisungen für im Ausland lebende Versicherte

Mit dem Maßnahmenpaket werden Ungleichgewichte unter den Krankenkassen abgebaut, ferner wird mehr Gerechtigkeit in der Finanzausstattung erreicht.

1. Krankheitsauswahl

Grundsätzlich ist zu hinterfragen, ob die durch das BVA ausgewählten 80 Krankheiten geeignet sind, die Morbidität der Versicherten korrekt abzubilden. Die Auswahl der Krankheiten findet derzeit anhand dreier Kriterien statt:

- den Durchschnittskosten der Krankheit je Versicherten
- der Krankheitsschwere (Anteil der Erkrankten, die im Krankenhaus behandelt werden bzw. ob es sich um eine chronische Krankheit handelt)
- der Kostenintensität

In der Praxis zeigt sich aber, dass diese Kriterien zum Teil nicht zielgenau und strategieanfällig sind. Für die Prüfung der Kostenintensität zentral ist die Frage, was unter einer kostenintensiven Krankheit verstanden wird. Handelt es sich hier um Krankheiten, die in der Einzelbehandlung besonders kostenintensiv sind (oftmals seltene Erkrankungen), oder um Krankheiten, die erst durch eine große Anzahl an Erkrankten kostenintensiv werden (oftmals „Volkskrankheiten“)? Durch die derzeit angewandte Rechenmethode zur „Prävalenzgewichtung“ verteilt der Morbi-RSA vermehrt Zuschläge für Volkskrankheiten. Seltene Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Dadurch werden jedoch auch falsche finanzielle Anreize gesetzt. So besteht wenig Anreiz, in Prävention von Volkskrankheiten (etwa Hypertonie oder Diabetes) zu investieren und diese so zu verhindern oder hinauszuzögern. Gleichzeitig werden Kassen schlechter gestellt, die überdurchschnittlich viel Patienten mit sehr schweren und teuren Krankheiten versichern (etwa Lungenerkrankungen oder Hämophilie), für die es entweder gar keine oder deutlich zu niedrige Krankheitszuschläge gibt.

Durch die Umstellung der Prävalenzgewichtung hin zu besonders kostenintensiven Krankheiten würde sich auch die Strategieanfälligkeit des Morbi-RSA verringern, denn leichte Erkrankungen bieten einen größeren Spielraum für das sogenannte Upcoding als schwere Erkrankungen.

2. Einführung einer Regionalkomponente

Die Kosten für die gesundheitliche Versorgung differieren in den einzelnen Regionen Deutschlands stark. So herrscht in den Ballungsgebieten eine größere Versorgungsdichte als in ländlichen Regionen, es gibt ein ausdifferenzierteres fachärztliches und heilberufliches Angebot mit hochspezialisierten Kliniken und Krankenhäusern, auf das die Kassen so gut wie keinen Einfluss haben. Dieses Angebot schafft sich seine Nachfrage. In der Folge sind die Ausgaben je Versicherten hier deutlich höher als auf dem Land. Benachteiligt sind Krankenkassen mit vielen Versicherten in den Städten.

Die konkreten Versorgungsbedingungen stellen einen maßgeblichen Faktor dar, der die Ausgabenhöhe bestimmt. Die Ersatzkassen schlagen deshalb vor,

den Morbi-RSA um eine Regionalkomponente zu erweitern. Über Regionalzuschläge sollen die strukturbedingten Ausgabenunterschiede zum Beispiel auf der Ebene der Kreise bzw. kreisfreien Städte nivelliert und Wettbewerbsverzerrungen abgebaut werden.

3. EMG-Zuschläge streichen (Surrogat 1)

Grundsätzlich ist die Rolle von sogenannten Surrogatparametern (Surrogat = „behelfsmäßiger, nicht vollständiger Ersatz“) im Morbi-RSA zu hinterfragen. Hierzu zählen im heutigen Morbi-RSA neben den Pauschalen für DMPs vor allem die Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner (EMG-Zuschläge). EMG-Zuschläge wurden vor der Morbiditätsorientierung im RSA eingeführt. Mit ihnen sollten die krankheitsbedingt höheren Ausgabenbelastungen durch Erwerbsminderungsrentner kompensiert werden. Damit fungierten sie als eine Art „indirekter Morbiditätsindikator“. Seit Einführung des Morbi-RSA sind sie folglich hinfällig und systemfremd geworden: Denn krankheitsbedingte Ausgabenbelastungen werden seitdem über das Morbiditätskriterium erfasst. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen dies: Sie zeigen – wenig überraschend –, dass ein Großteil der Versicherten mit Erwerbsminderungsstatus auch an mindestens einer Krankheit leidet, die durch die Krankheitsauswahl im Morbi-RSA abgebildet wird. Die Erwerbsminderungsrentner sind, wie ein aktuelles IGES-Gutachten belegt, somit im Morbi-RSA auch ohne EMG-Zuschläge gut abgebildet. (Vgl.: IGES-Institut, Gerd Glaeske: Begleitforschung zum Morbi-RSA – Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren?, Berlin 2016.)

Selbstständige oder nicht Berufstätige können keine gesetzliche Erwerbsminderungsrente beziehen. In der Folge bekommen Krankenkassen, die viele Selbstständige oder nicht berufstätige Personen (zum Beispiel erwachsene Familienversicherte) mit gleichen Erkrankungen versichern, viel seltener EMG-Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds – trotz gleicher Krankheitslast. Dies bedeutet eine ungerechtfertigte Schlechterstellung dieser Kassen und wirkt bei einem hohen Anteil mitversicherter Familienangehöriger wettbewerbsverzerrend. Gleichzeitig erhalten Krankenkassen mit Erwerbsminderungsrentnern unter sonst gleichen

Bedingungen überproportional viel Geld aus dem Gesundheitsfonds. Kurzfristig sollten daher die EMG-Zuschläge entfallen. Das ist im Übrigen sachgerecht und ohne viel bürokratischen Aufwand umsetzbar.

4. DMP-Zuschläge streichen (Surrogat 2)

Derzeit erhalten die Krankenkassen eine Pauschale aus dem Gesundheitsfonds für jeden in einem DMP eingeschriebenen Versicherten. Damit sollen ihre Verwaltungskosten (Kosten für Dokumentations- oder Koordinationsleistungen) gedeckt werden. Durch die DMP-Zuschläge werden Krankenkassen damit für bestimmte Krankheiten de facto zweimal vergütet. Neben den gesonderten Zuweisungen durch die sogenannte Krankheitsauswahl, erhalten sie durch die DMP eine weitere Vergütung in Form der besagten Pauschale. Diese Pauschale gleicht Verwaltungs- und Organisationskosten aus. Für Krankheiten, für die DMPs angeboten werden, wie beispielsweise Brustkrebs und Diabetes werden somit höhere Zuweisungen ausgelöst.

Die politische Annahme ist, dass durch die DMPs auf lange Sicht nicht nur die Versorgung verbessert, sondern die Kosten reduziert werden können. Trifft dies zu, besteht bereits ein finanzieller Anreiz für die Krankenkassen. Ein zusätzlicher Anreiz über eine Pauschale ist nicht notwendig. Die DMP-Pauschalen sollten deshalb gestrichen werden.

5. Hochrisikopool einrichten

Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure Krankheiten erhalten, decken die entstehenden Ausgaben bei Weitem nicht ab. Besonders kleinere Krankenkassen können durch solche „Hochkostenfälle“ an die Grenze ihrer wirtschaftlichen Belastbarkeit geraten. Um dem Ziel des Morbi-RSA – dem Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen Krankenkassen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden – gerecht zu werden, sollten Hochkostenfälle solidarisch durch einen Hochrisikopool ausgeglichen werden.

Dass ein solcher Pool erforderlich ist, liegt nicht an einer mangelhaften Ausgestaltung des Morbi-RSA, sondern am mathematischen Ansatz der im Morbi-RSA notwendigen Gruppenbildung („Klassifikation“). Extrem teure Fälle können dann

gut abgebildet werden, wenn die von der Krankheit betroffene Gruppe sehr gut abgrenzbar ist und die Patienten mehr oder weniger dieselben Leistungen beanspruchen. Dies ist bei einigen wenigen im Einzelfall teuren Krankheiten (zum Beispiel Morbus Gaucher) durchaus der Fall. Bei anderen (zum Beispiel Hämophilie) hingegen nicht. Hier verursachen alle Betroffenen relativ hohe Kosten, die aber auch extrem schwanken. Auch gibt es häufige und insgesamt wenig kostenintensive Krankheiten, die wiederum in wenigen schweren Fällen extreme Kosten verursachen.

Ein Hochrisikopool könnte helfen, die finanziellen Belastungen, die insbesondere durch die Verordnung besonders hochpreisiger neuer Arzneimittel entstehen, abzufangen. Da der Morbi-RSA prospektiv ausgerichtet ist, werden Krankenkassen mit den zum Teil enormen Therapiekosten zunächst allein gelassen. Denn die steigenden Kosten, die durch die Verordnung eines neuen hochpreisigen Arzneimittels entstehen, schlagen sich im selben Jahr nicht in Zuweisungen nieder. Zum einen greifen die Verordnungen erst für das Folgejahr und können dann erst einen Zuschlag auslösen, zum anderen werden neue Arzneimittel erst mit Verzögerung im Klassifikationsmodell abgebildet. Die Kosten sind aber direkt im Jahr der Behandlung entstanden und teilweise fallen im Folgejahr gar keine besonders hohen Kosten mehr an, die dann auf Grundlage der Verordnungen vergütet werden könnten, da die Therapie abgeschlossen ist.

Ein Hochrisikopool soll die Kosten für Krankenkassen bei besonders „teuren“ Versicherten (über 100.000 Euro Leistungsausgaben ohne Krankengeld) abfedern. Derart hohe Kosten betreffen fast ausschließlich intensivmedizinische Behandlungen sowie teure Arzneimitteltherapien. Der Hochrisikopool im Modell des Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) mit Schwellenwert 100.000 Euro und 20 Prozent Selbstbeteiligung erstattet 80 Prozent der Leistungsausgaben oberhalb des Schwellenwertes direkt; nur die verbleibende Summe an Leistungsausgaben geht in die Regression des regulären RSA-Verfahrens ein und löst weitere Zuweisungen aus.

Beispiel: Ein Versicherter hat 500.000 Euro Leistungsausgaben. Dann werden 320.000 Euro direkt aus dem Hochrisikopool erstattet (80 Prozent von 400.000 Euro), 180.000 Euro gehen in die Regression ein. Hierfür erhält die Kasse dann die

RSA-Zuweisungen aus dem bekannten Verfahren.

6. Refinanzierung für im Ausland lebende Versicherte

Mit dem GKV-FQWG wurde bei der Rechnung der Zuweisungen für im Ausland lebende Versicherte eine Übergangslösung eingeführt. Demnach werden die gesamten Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die GKV-weit insgesamt entstandenen Kosten begrenzt. Das war ein richtiger Schritt, da er einen Teil der Überdeckungen abgebaut hat, die aus den oft deutlich günstigeren Behandlungskosten im Ausland herrühren. Dennoch bleiben auf der Kassenebene wettbewerbsverzerrende Überdeckungen bestehen, nämlich wenn die Auslandsversicherten aufgrund des Vergütungsniveaus in ihrem Aufenthaltsland unterdurchschnittliche Kosten verursachen. Daneben sind systematische Unterdeckungen in den Fällen möglich, in denen Versicherte in Ländern mit höheren Behandlungskosten als der Durchschnitt leben. Die Problematik ist in einem aktuellen Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte (Wasem et al. 2016) richtig erkannt worden. Die Lösungsvorschläge setzen genau hier an, unterscheiden sich aber im Umsetzungsaufwand. Der favorisierte Lösungsansatz (Reduzierung der Zuweisungen auf die tatsächlichen von der Deutschen Verbindungsstelle (DVKA) im Ausgleichsjahr beglichenen Rechnungen pro Land) ist die gerechteste, praktikabelste Variante und wird von der Ersatzkassengemeinschaft präferiert.

Politik ist gefordert

Um weitere Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, muss die Politik nun handeln. Der RSA ist immer auch eine politische Größe. Erste Reformschritte sollten noch vor der nächsten Bundestagswahl unternommen werden. Insbesondere die Problematik bei den EMG-Zuschlägen, den noch zu regelnden Zuweisungen bei Auslandsversicherten und Krankengeld können schnell und unbürokratisch erfolgen. Damit würde die Politik ein deutliches Signal setzen und die Weichen für einen fairen Wettbewerb stellen. Weitere Reformen müssen dann in der nächsten Legislaturperiode sehr schnell angegangen werden. Im Sinne des Erhalts einer wettbewerblich organisierten Krankenversicherung drängt die Zeit. ■