

# Nachgefragt: Muss der Risikostruktur- ausgleich angepasst werden?

Seit Anfang des Jahres hat sich die Debatte um die Weiterentwicklung des RSA intensiviert. Die neue Spreizung der Zusatzbeiträge und die medienwirksame Preisfixierung im Wettbewerb mögen hier Pate gestanden haben. Eine Reihe von Krankenkassen aus dem Bereich der Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen hatte moniert, dass die bestehenden Verteilungsmechanismen nicht zu einer ausreichenden Wettbewerbsgerechtigkeit beitragen. Kürzlich hatte der Verband der Ersatzkassen und der BKK Dachverband ein gemeinsames Papier dazu veröffentlicht und die Ungleichbehandlung der Krankenkassen angeprangert. Unsere Fragen an maßgeblich Verantwortliche im System: Wie wird das Thema von Ihnen beurteilt? Muss der Risikostrukturausgleich angepasst werden? Auf was kommt es an?

## Unübersehbarer Handlungsbedarf



**Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender TK**

Stellen Sie sich vor, im Fußball würden die Regeln geändert: Alle schießen auf ein Tor und Ziel des Spiels ist es, dass möglichst viele Tore fallen. Undenkbar? Im Fußball ja, im deutschen Gesundheitswesen inzwischen an der Tagesordnung.

Stellen Sie sich vor, ein Unternehmen verfügt nicht über effiziente interne Strukturen und Prozesse, arbeitet mithin teuer, kann seine Dienstleistungen aber zu einem weit geringeren Preis anbieten als viele seiner Wettbewerber – und das mit einem Teil des Geldes der Kunden dieser Wettbewerber. Undenkbar? Realität im hiesigen Gesundheitssystem.

Gegen den Grundgedanken eines Ausgleichs unter den mit Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot versehenen gesetzlichen Krankenkassen ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Keine Krankenkasse soll finanzielle Nachteile haben nur aufgrund der Alters- und Geschlechtsverteilung ihrer Versicherten sowie der Einkommenshöhe ihrer Mitglieder. So

weit, so objektivierbar, so gut. Daher ist der Risikostrukturausgleich (RSA) seit der Einführung der freien Kassenwahl ein konstitutives Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Allerdings unterscheidet sich der heutige RSA ganz erheblich von seiner weitgehend an manipulationsresistenten Kriterien ausgerichteten „Version 1.0“. Von Weiterentwicklung ist die Rede, tatsächlich handelt es sich um eine immer weiter fortschreitende Verwässerung mit der Folge, dass mittlerweile

- Jahr für Jahr Milliarden auf der Basis strategiefälliger und beeinflussbarer Kriterien umverteilt werden,
- längst eine wettbewerbsverzerrende Überkompensation eingetreten ist und

– patientenorientierte Versorgungs- und Präventionsziele systematisch in den Hintergrund gedrängt werden.

### „Geld macht sinnlich und träge“

„Geld macht sinnlich“ schrieb Bertolt Brecht. Horst Seehofer pflegte zu ergänzen „... und träge“. Vom früheren Gesundheitsminister eigentlich auf die Pharmaindustrie gemünzt, lässt sich dieser Satz genauso zutreffend auf das zentrale Schwungrad der Milliarden-Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung anwenden. Für eine Krankenkasse ist es unter dem Strich lohnenswerter daran zu arbeiten, die Ertragsmechanik des RSA im eigenen Sinne zu verändern, als eine hochwertige und zugleich wirtschaftliche Patientenversorgung zu gestalten. Ein Gesundheitswesen, das aber Rent Seeking belohnt statt den Patienten und sein Wohlergehen in den Mittelpunkt zu stellen, ist weder human noch gesund.

Ungesund ist ebenfalls die eingetretene Übersättigung. Das AOK-System erhält inzwischen fast 900 Millionen Euro mehr an Zuweisungen, als es für die Gesundheitsversorgung seiner Versicherten überhaupt benötigt. Umgekehrt schauen die Ersatzkassen auf eine Deckungslücke von über 400 Millionen Euro. Somit beläuft sich die Öffnung der Schere zwischen benötigten und überschießenden Finanzmitteln auf mehr als 1,3 Milliarden Euro. Das ist die Zahl aus dem Jahr 2014 – es ist keineswegs damit zu rechnen, dass es für 2015 besser aussehen wird. Augenfalliger kann ein Systemfehler kaum sein. Er konterkariert den mit dem ursprünglichen RSA eigentlich intendierten fairen Wettbewerb überdeutlich.

### Schleppnetz DMP statt gezielter Versorgung

Weniger als zehn Jahre nach dem Start des RSA begann die Aufweichung seiner Umverteilungskriterien. Die Disease Management Programme waren ein Sündenfall – ging es doch primär nicht um eine bessere Versorgung chronisch Kranker, sondern darum, dem Umverteilungskarussell weiteren Schwung zu verleihen. Die gefällige Begrifflichkeit „Disease Management“ täuscht nahezu perfekt darüber hinweg. Das Augenmerk der Kassen richtete sich fortan darauf, möglichst viele Versicherte in DMPs

einzuschreiben statt darauf, die richtigen Patienten für das jeweilige DMP zu identifizieren – nämlich jene, die potenziell von dem Programm profitieren. Eine gezielte Ansprache ist nicht nur unter Wirtschaftlichkeits-, sondern auch unter Versorgungsaspekten sinnvoller. Leider wurde mit Einführung der DMPs das Schleppnetz ausgeworfen, und weitere sind bereits in Sicht: So sollen auch für „Rückenschmerzen“ DMPs aufgelegt werden – hier handelt es sich noch nicht einmal um eine definierte Erkrankung, sondern um ein Symptom für viele unterschiedliche Erkrankungen. Und Pläne für eine weitere Aufweichung durch Alibi-Parameter gibt es bereits.

### Niedriger Preis trotz Ineffizienz

Der Zusatzbeitrag einer Krankenkasse lässt Rückschlüsse darauf zu, wie effizient sie arbeitet, wie wirtschaftlich ihre internen Strukturen und Prozesse sind? Das sollte man meinen, aber weit gefehlt. Ausgerechnet Kassen, die mit den niedrigsten Beitragssätzen aufwarten, leisten sich die höchsten Verwaltungskosten. So leistet sich zum Beispiel die AOK Sachsen Anhalt Verwaltungskosten in Höhe von 225 Euro pro Kopf und Jahr (55 Prozent mehr als der GKV-Durchschnitt) und kommt dennoch mit einem weit unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag von 0,3 Prozent aus – weniger als ein Drittel des bundesweiten Schnitts.

### RSA oder Prävention?

Eigentlich sollte eine Krankenkasse als Interessenvertreterin ihrer Versicherten

ein natürliches Interesse daran haben, dass diese gesund bleiben und sich der Gesundheitszustand derer, die krank sind, nicht weiter verschlechtert, sondern idealerweise verbessert. Leider setzt der Morbi-RSA auch hier falsche und für die Patienten nachteilige Anreize. Denn für eine Krankenkasse sind diejenigen Versicherten finanziell am lukrativsten, die auf dem Papier möglichst krank aussehen. Das konterkariert den Präventionsgedanken, dem ein eigenes Präventionsgesetz eigentlich Nachdruck verleihen sollte. Im Rathaus von Schilda hätte man sich das nicht schöner ausdenken können.

### Unübersehbarer Handlungsbedarf

Ein manipulationsresistentes und auf objektiven Kriterien basierendes Ausgleichssystem kann ein geeignetes Instrument sein, um einen fairen und unverzerrten Wettbewerb in der GKV zu gewährleisten. Selbstverständlich muss es einhergehen mit anderen wettbewerbssichernden Rahmenbedingungen wie zum Beispiel kartellrechtlichen Aspekten oder einer einheitlichen Aufsichtspraxis in Bund und Ländern. Der RSA heutiger Ausprägung, zumal mit den sich abzeichnenden Plänen für weitere Verwässerungen, verzerrt den Wettbewerb jedoch zunehmend. Eine Reform im Sinne einer planvollen Umgestaltung, die ihm klare Konturen gibt und für rationale Ergebnisse sorgt, ist für das Gesamtsystem unerlässlich. ■

## Warum der Morbi-RSA nicht an allem schuld ist und eine Gesamtevaluation her muss



**Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes**

Anfang März wurden die vorläufigen Finanzergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für 2015 veröffentlicht. Das AOK-System hat mit einer schwarzen Null abgeschlossen. Es steht damit auf einer soliden Finanzbasis und vergleichsweise gut im Wettbewerb, obwohl der Überschuss um fast ein halbe Milliarde Euro geringer ausfällt als im Vorjahreszeitraum. In derselben Zeit konnten andere Kassenarten ihre Defizite deutlich reduzieren. Das zeigt, dass die letzte GKV-Finanzreform wirkt: Die Ergebnisse der Kassen nähern sich an,

Wettbewerbsverzerrungen wurden abgebaut. Die Unterschiede, die wir jetzt noch sehen, sind vor allem auch auf unternehmenspolitische Entscheidungen, Versorgungsstrukturen und Management-Leistungen wie zum Beispiel die Arzneimittelrabattverträge zurückzuführen. Hier verzeichnet die AOK größere Einsparerfolge als andere Kassenarten.

Trotzdem wird der Ruf nach einer Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) lauter. Viele Kassen wollen glauben machen, dass ihre (negativen) Finanzergebnisse und (überdurchschnittlichen) Beitragssätze allein auf den Morbi-RSA zurückzuführen sind. Aber unterschiedliche Beitragssätze liegen nicht am Finanzausgleich. Dieser hat nie besser und fairer funktioniert als heute. Er gleicht allen Kassen dieselben Durchschnittskosten aus. Für Diabetiker erhalten die Kassen in Dresden denselben Zuschlag wie in München oder in der Uckermark. Beitragssatzunterschiede existieren vor allem, weil die Kassen unterschiedliche Geschäftsstrategien verfolgen und weil es unterschiedliche Versorgungsstrukturen vor Ort gibt. Im Übrigen gibt es auch zwischen den AOKs unterschiedliche Beitragssätze bis oberhalb des GKV-Durchschnitts. Und den günstigsten Beitragssatz hat eine Betriebskrankenkasse, nicht eine AOK. Eine kassenartenspezifische Kritik am Morbi-RSA ist daher abwegig.

Es hilft nichts, viele GKV-Kassenvorstände sehen im AOK-Lager den alleinigen Gewinner der Morbi-Mechanik und sich als Verlierer. Die einen fordern deshalb eine Regionalisierung des Finanzausgleichs, die anderen einen Hochrisikopool, die dritten den Verzicht auf die Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern, die vierten eine stärkere Gewichtung von Prävention über eine andere Krankheitsauswahl, die fünften die Einbindung von sozioökonomischen Kriterien usw. usf. Bevor die Politik auf Einzelinteressen eingeht und Schnellschüsse fabriziert, sollte sie aber besser eine unabhängige Gesamtbeurteilung durchführen lassen, die alle Aspekte gründlich unter die Lupe nimmt. Zunächst brauchen wir dafür eine valide und aktuelle Datenbasis, um die Vielzahl von Vorschlägen sinnvoll bewerten zu können. Nur das Bundesversicherungsamt (BVA) hat diese Daten in ausreichender Menge und Qualität.

Deswegen plädieren wir seit längerem dafür, dass der Wissenschaftliche Beirat des BVA wieder eine Gesamtevaluation vornimmt. Dann erst kennen wir alle Konsequenzen der Vorschläge und können sachgerecht darüber diskutieren. Falls dann tatsächlich Änderungsbedarf besteht, kann die Politik handeln.

Aber der Reihe nach: Im Januar dieses Jahres legte das IGES-Institut ein Gutachten zum Thema Prävalenzgewichtung bei der Krankheitsauswahl im Morbi-RSA vor. Darin wird empfohlen, eine andere Form der Prävalenzgewichtung bei der Auswahl der 80 berücksichtigungsfähigen Krankheiten vorzunehmen (logarithmische Gewichtung statt der aktuellen Gewichtung mithilfe der Quadratwurzelfunktion). Aus AOK-Sicht ist eine Veränderung der Systematik aus vielerlei Gründen abwegig. Zunächst einmal ist der IGES-Vorschlag nicht neu. Er wurde bereits 2008 vom damaligen Wissenschaftlichen Beirat dem BVA vorgeschlagen. Das BVA lehnte ihn jedoch ab und führte stattdessen das aktuelle Gewichtungsmodell mithilfe der Wurzelfunktion ein, um die Prävalenz angemessen zu berücksichtigen. Diese Entscheidung wurde im Jahr 2015 nach umfangreichen Auswertungen erneut bestätigt. Der damalige Wissenschaftliche Beirat trat nach der Ablehnung seines Vorschlags zurück, unter ihnen Prof. Glaeske und Prof. Greiner. Diese sind nun Mitautoren des aktuellen IGES-Gutachtens, sie „recyceln“ ihren Vorschlag von 2008.

Dafür, dass die IGES-Empfehlung bereits zwei Mal gescheitert ist, gibt es gute Gründe: 1) Sie bedeutet einen Rückschritt bei der Berücksichtigung von Prävalenz im Morbi-RSA, denn es gäbe bei der Krankheitsauswahl eine Verschiebung von häufig vorkommenden Krankheiten hin zu im Einzelfall teuren, aber weniger häufigen Erkrankungen. Es widerspricht dem Grundgedanken eines RSA, der sich an Morbidität orientiert, wenn ausgerechnet für „große Volkskrankheiten“ die Gefahr bestünde, keine Zuschläge zu bekommen, und somit Patienten mit diesen Erkrankungen zur potenziellen Zielgruppe für unerwünschte Risikoselektion werden. Der Vorschlag gleicht einer „Rückabwicklung“ des Morbi-RSA. 2) Außerdem bedient der IGES-Vorschlag einseitig das Interesse von Kassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität, die von einer geringeren Berücksichtigung der

Prävalenz profitieren würden. Es ist daher nicht überraschend, dass genau solche Kassen das Gutachten in Auftrag gegeben haben. 3) Ein weiterer Einwand: Das Gutachten beruht auf einer nicht repräsentativen Stichprobe von 2 Mio. Versicherten.

Anfang März trat dann die „RSA-Allianz“ auf den Plan, ein Zusammenschluss von 12 Krankenkassen (Audi BKK, Barmer GEK, BIG direkt gesund, BKK provita, BKK Wirtschaft und Finanzen, die Schwenninger, HEK, IKK Südwest, mhplus, BKK Mobil Oil, Salus BKK, SBK), die über den BKK Landesverband Bayern koordiniert wird und in regem Austausch mit dem BKK-Dachverband steht. Die Allianz liefert, so der gemeinsame Tenor, mit unabhängigen wissenschaftlichen Gutachten die Grundlage für eine Verbesserung des bestehenden Finanzierungssystems. Außer der Barmer GEK waren alle Kassen bereits Auftraggeber des IGES-Gutachtens zur Prävalenzgewichtung. Nun folgte der 2. Streich: Wieder per IGES-Gutachten, dieses Mal Teil II, wurde die Herausnahme der Erwerbsminderungsgruppen (EMG) aus dem Morbi-RSA gefordert, angeblich um dessen Systematik zu vereinfachen und „Platz zu schaffen“ für andere Aufgreifkriterien.

Auch diese Forderung lehnt die AOK entschieden ab. Und auch hierfür gibt es wieder viele gute Gründe: 1) Neben der Zielgenauigkeit für das Gesamtmodell geht es immer auch um die Zielgenauigkeit für einzelne Gruppen. Und mit der Herausnahme der EMG aus dem Morbi-RSA verschlechterte sich die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner, ihr Deckungsgrad würde sich deutlich verringern. 2) Die Unterdeckung in der Gruppe der Erwerbsminderungsrentner setzt Anreize zur Risikoselektion, da diese Gruppe relativ leicht herausgefiltert werden kann. 3) Das IGES-Institut widerspricht mit dem aktuellen Gutachten seinem eigenen Gutachten aus 2004 (IGES/Lauterbach/Wasem im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums). Damals hieß es: „Die Gutachter sehen es als sachgerecht an, den Bezug einer Erwerbsminderungsrente weiterhin als Ausgleichsmerkmal zu berücksichtigen. Die empirischen Untersuchungen haben gezeigt, dass dieses Merkmal auch unter Berücksichtigung von direkten Morbiditätsindikatoren weiterhin zur Erklärung systematischer Ausgabenunterschiede beiträgt.“

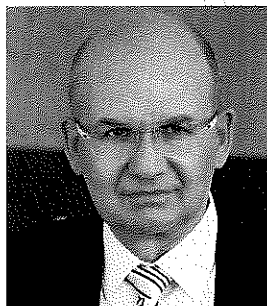
4) Das IGES-Gutachten Teil I ist nicht kompatibel mit dem IGES-Gutachten Teil II. Im Teil I wird ja eine logarithmische Prävalenzgewichtung vorgeschlagen, wodurch die Krankheiten Depression, Hypertonie, Angststörungen, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz entfallen würden. Das sind aber gerade jene, die laut Teil II des Gutachtens unter den Top Ten der häufigsten Krankheiten der EM-Rentner liegen. In Teil II wird argumentiert, dass die Ausgaben für Erwerbsminderungsrentner bereits durch die Zuweisungen für ihre Krankheiten ausreichend berücksichtigt sind. Bei einer Umsetzung von Teil I würde Teil II die Unterdeckung für Erwerbsminderungsrentner nochmals verstärken. 5) Und zu guter Letzt ist unklar und wird nicht ausreichend beschrieben, wie gut die Stichprobe des Gutachtens (basierend auf den Daten der RSA-Allianz) die GKV abbildet.

Tatsächlich zeigt die Vielzahl von Einzelvorschlägen, Auftragsgutachten und offenen Fragen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA eindrucksvoll, warum nur eine Gesamtevaluation sinnvoll sein kann. Dafür spricht auch das zuletzt erschienene Gutachten zum Thema Auslandsversicherte, das im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) von der Bundesregierung in Auftrag gegeben wurde. Es beschäftigt sich mit den Möglichkeiten zur Verbesserung der Zuweisungssystematik für Auslandsversicherte im Morbi-RSA. Vor allem zeigt das Gutachten auf, dass bei der Datenqualität hinsichtlich der Ausgaben für Auslandsversicherte erhebliche Defizite bestehen. Für die weitere Ausgestaltung des Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte ist es deshalb unerlässlich, die Datengrundlage zu verbessern. Die Gutachter empfehlen daher, im Rahmen eines Folgegutachtens ihre drei vorgeschlagenen Weiterentwicklungsoptionen konkret zu bewerten und hierzu die entsprechenden Datengrundlagen zu erheben. Schnell umsetzbare, belastbare Vorschläge zur langfristigen Änderung der Zuweisungen für Auslandsversicherte sind im Gutachten nicht enthalten. Vielmehr bestätigt auch dieses Gutachten mit seiner Forderung nach weiteren Untersuchungen, dass eine Gesamtevaluation des Morbi-RSA notwendig ist. Dazu der Gutachter, Prof. Wasem, im OPG 06/2016: „Da wir so viel Geld über dieses Instrument verteilen, über 200 Mrd.

Euro, halte ich es für zwingend, dass wir es uns regelmäßig in seiner Gesamtheit angucken sollten. [...] Wir sollten uns regelmäßig das Ganze angucken und zwar wirklich das Ganze. Betrachtet man nur Teillösungen, besteht das Problem darin, dass die Variablen miteinander interagieren.“

Die vielleicht wichtigste Frage an den Finanzausgleich ist die nach einem regionalen Faktor im Morbi-RSA. Regionalisierte Ausgleichsmechanismen kennen wir schon aus anderen Ländern wie der Schweiz. Aber auch dieses Thema gehört in eine Gesamtschau. Nur so viel: Regionale Besonderheiten werden bereits heute im Morbi-RSA mit berücksichtigt, das wird leider häufig übersehen. Dort wo hoher Versorgungsbedarf ist, fließen auch mehr Zuweisungen. Auf den ersten Blick scheint die Einführung eines Regionalfaktors leicht umsetzbar. Aber in der Realität bleiben viele Fragezeichen und Unwägbarkeiten. Die zentrale methodische Frage ist: Auf welcher Detailebene soll regionalisiert werden (Bundesländer, Raumordnungstypen, Kreiseben...)? Soll die Region als erklärende Variable oder als Zuschlagskategorie im Modell wirken? Und will man regionale Unterschiede, die auf Überversorgung und Unwirtschaftlichkeit zurückzuführen sind, finanziell belohnen? Dies sind nur einige der Fragen, die in der Wissenschaft höchst kontrovers diskutiert werden. Das muss man sich sehr genau anschauen, bevor man hier zu Änderungen kommt.

### Wettbewerbsneutrales System schaffen



**Dr. Hans Unterhuber, Vorstand der SBK Siemens-Betriebskrankenkasse**

Um die Mittel aus dem Gesundheitsfonds fair zu verteilen und damit einen echten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, ist ein

Fazit: Nur eine baldige Gesamtevaluation weist einen sinnvollen Weg, wie man den Morbi-RSA zielgenau, umfassend und transparent weiterentwickelt:

- Zielgenau: Nur eine Gesamtevaluation garantiert, dass eine Weiterentwicklung des Finanzausgleichs konsequent an den gesetzlichen Zielen ausgerichtet wird, also Risikoselektion abzubauen und Wirtschaftlichkeitsanreize in der Versorgung setzen. Das impliziert aber auch: Der Morbi-RSA ist nicht für Finanztransfers/Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen gedacht, eine Betrachtung nach Kassenarten ist kontraproduktiv.
- Umfassend: Nur eine Gesamtevaluation garantiert, dass auch alle Aspekte und Wechselwirkungen in den Blick kommen. Einzelvorschläge oder Auftragsgutachten sind nicht nur interessengeleitet, sondern übersteigern Einzelaspekte und haben oft unzureichende Datengrundlagen. Statt sich mit fragwürdigen Vorschlägen auf unzureichender Datengrundlage als Konkurrenz zum Wissenschaftlichen Beirat zu profilieren, sollten lieber alle Kassen schnell Daten an den Beirat liefern, damit eine Gesamtevaluation nicht weiter verzögert wird.
- Transparent: Eine Gesamtevaluation ist für alle Kassen transparent und für die Politik die beste Entscheidungsgrundlage. Wenn sich die Politik auf Einzelvorschläge einließe, besteht die Gefahr einer Wanderbaustelle. ■

Ausgleichsmechanismus erforderlich. Der Morbi-RSA ist das richtige Instrument, um exogene Risiken auszugleichen und für alle Kassen eine vergleichbare Ausgangslage zu schaffen. Allerdings: Das Instrument ist noch nicht richtig justiert. Seit der Einführung des Morbi-RSA 2009 wurde der Mechanismus nicht mehr angepasst – ein fatales Versäumnis! Denn die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen: Das System weist derzeit eine Reihe von Fehlern auf – und die müssen so schnell wie möglich behoben werden.

Das IGES Institut hat kürzlich in einem Gutachten eine wissenschaftliche Bewertung der Krankheitsauswahl im Morbi-RSA vorgelegt. Durch die starke

Gewichtung der Prävalenz, also der Häufigkeit, werden sogenannte Volkskrankheiten im Morbi-RSA finanziell bevorzugt, die häufig auftreten, nicht übermäßig kostenintensiv sind und einer Prävention zugänglich wären. Sehr kostspielige Krankheiten, die mehr schicksalhaft sind, bleiben außen vor. Auffällig ist zudem: Seit der Aufnahme dieser Volkskrankheiten in den Morbi-RSA ist die Anzahl der betroffenen Patienten, bei denen entsprechende Diagnosen vorliegen, deutlich gestiegen. Waren 2013 noch 470.000 Patienten an Adipositas erkrankt, sind zwei Jahre später bereits 1,1 Millionen Personen betroffen. Wird diese Zunahme durch den Morbi-RSA forciert? Die Wissenschaftler des IGES Instituts zeigen entsprechende Hinweise, denen dringend nachgegangen werden muss. Unser Ziel muss ein wettbewerbsneutrales System sein, das keine Anreize für Einflussnahme bietet.

Der Morbi-RSA schafft außerdem keinen Ausgleich bei Risiken, auf die die Kassen keinen Einfluss haben. Ein Beispiel ist der Wohnort der Versicherten. In Ballungsräumen und Großstädten ist die medizinische Versorgung teurer als in strukturschwächeren Regionen. Allerdings erhalten die Krankenkassen aus dem Morbi-RSA diese Unterschiede nicht ausgeglichen. Das führt dazu, dass Kassen, deren Kunden hauptsächlich in Ballungsgebieten wohnen, systematisch benachteiligt werden. So entsteht eine extreme Schieflage zwischen den Kassen – die Leidtragenden sind am Ende die Kunden, wenn z. B. Versicherte in Ballungsräumen für dieselbe Versorgung erheblich mehr bezahlen müssen. Bereits heute zahlen Versicherte z. B. in NRW im Durchschnitt einen Zusatzbeitrag von 1,2 Prozent, also deutlich mehr als der bundesweite GKV-Zusatzbeitrag von 1,1 Prozent, in Thüringen dagegen nur 0,8 Prozent! Die SBK setzt sich deshalb für die Einführung eines Ballungsraumfaktors in den Morbi-RSA ein.

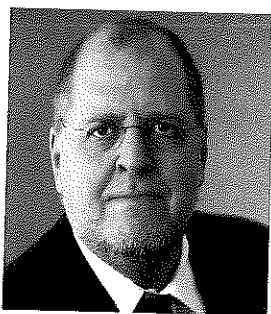
Ein weiterer Fehler: Der Morbi-RSA berücksichtigt nach wie vor Hilfsparameter, sogenannte Surrogate, wie zum Beispiel den Bezug einer Erwerbsminderungsrente (EMR). Die Heranziehung von EMR sollte vor Einführung des Morbi-RSA ursprünglich zu einer Kompensation von Mehrkosten führen, da die Bezieher einer Erwerbsminderungsrente in der Regel komplexe gesundheitliche Probleme haben, die dauerhaft höhere Gesundheitskosten verursa-

chen. Heute jedoch führen sie dazu, dass ein und dieselbe Morbidität doppelt finanziert wird: über die EMR und über die hierarchisierten Morbiditätsgruppen. Aktuelle Analysen des IGES Instituts belegen dieses Problem und schaffen gleichzeitig eine neue Bewertungsgrundlage. Die Wissenschaftler sind sich einig: Dieser Hilfsparameter muss abgeschafft werden – zumal es auch nicht richtig funktioniert: Selbstständige oder nicht Berufstätige beziehen eher private EMR-Renten und erhalten deshalb keine besondere Kennzeichnung.

Der Reformdruck ist enorm: Durch die ungleiche Verteilungssystematik

entstehen heute Unterschiede von bis zu 2 Prozent bei den Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen. Das entspricht 0,3 Zusatzbeitragssatzpunkten! Ein fairer Wettbewerb wird mit solcher ungleichen Ausgangslage unmöglich gemacht. Darunter leidet am Ende der Versicherte. Die SBK setzt sich deshalb für einen offenen Dialog mit allen Beteiligten ein. Um diesen Dialog anzustoßen, haben wir uns der kassenartenübergreifenden RSA-Allianz angeschlossen. Das oberste Ziel im Kassenwettbewerb muss das Wohl des Versicherten sein. Und dieses wiederum setzt die faire Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds zwingend voraus. ■

### Fehlentwicklungen im Morbi-RSA zeitnah beseitigen – Plädoyer für eine Streichung der Erwerbsminderungsgruppen



**Franz Knieps, Vorstand des BKK-Dachverband e.V., Berlin**

Nicht zu Unrecht mehrten sich aktuell die kritischen Stimmen zum Morbi-RSA und Forderungen nach einer kurzfristigen Reform werden lauter. Krankenkassen sind schließlich auf eine sachgerechte Geldverteilung aus dem Gesundheitsfonds angewiesen, um sich im Wettbewerb zu behaupten. Gesetzliche Pflichtleistungen sind vorgeschrieben und die Ausgaben hierfür wenig steuerbar. Wenn aber die Zuweisungen durch den Morbi-RSA diese nicht decken, können Kassen den Wettbewerbsnachteil auch mit effizientem Handeln nicht ausgleichen. Der Zuweisungsmechanismus hinkt und bedarf einer dringenden Neujustierung.

Als erster Schritt wird von einer breiten Basis von Betriebs-, Innungs- und Ersatzkassen der Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner vorgeschlagen. Hinter dieser Forderung stehen auch der Verband der Ersatzkassen sowie der BKK Dachverband. Die sachlich-fachliche Be-

rechtigung des Vorschlags belegt eine wissenschaftliche Studie des IGES-Instituts aus Anfang 2016.

Die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus ist ein Relikt aus dem bis 2008 durchgeführten Alt-RSA. Damals wurden die zu erwartenden Kosten für einen Versicherten über indirekte Morbiditätsindikatoren (wie Alter und Geschlecht) abgebildet. Der Erwerbsminderungsstatus diente dabei als Merkmal, mit dem – in Ermangelung eines direkten Morbiditätsbezugs über Diagnosen – ein Personenkreis mit signifikant höheren Kosten als der Durchschnitt in der GKV manipulationsresistent abgegrenzt werden konnte.

Mit Einführung des Morbi-RSA werden seit 2009 aber gerade die chronischen, kostenintensiven und schwerwiegenden Krankheiten, die sehr häufig zu einer Erwerbsunfähigkeit führen, direkt berücksichtigt. Natürlich würden durch eine Abschaffung der Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus als Hilfsgröße entsprechende Zuweisungen, die Krankenkassen derzeit für den betroffenen Personenkreis erhalten, entfallen. Aktuelle Berechnungen des BKK Dachverbandes weisen aber darauf hin, dass gleichzeitig auch gerade typische Erkrankungen von Erwerbsminderungsrentnern (z. B. psychische Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, Depression aber auch Erkrankungen des Bewegungssystems) in ihren Zuschlägen für die sogenann-

ten hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) deutlich zunehmen würden und damit bei den betroffenen Versicherten eine zielgerichtete Kompensation stattfinden.

Einer gesonderten Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus bedarf es also nicht mehr. Durch den direkten Morbiditätsbezug über Diagnosen und Arzneimittelverordnungen können die Kosten eines Versicherten präziser abgebildet werden. Es führt zu einer Mehrfachberücksichtigung und zur ungerechtfertigten Mehrfachzuweisung, wenn die Krankheit des Versicherten als Ursache und zusätzlich der Erwerbsminderungsstatus als Wirkung mit gesonderten Zuschlägen versehen wird.

Für die Abschaffung der Erwerbsminderungsgruppen im Morbi-RSA zu Gunsten relevanter HMG spricht umso mehr, dass der Erwerbsminderungsstatus als abgeleiteter Morbiditätsindikator eine Verzerrung in der Abbildung der Ausgabenstrukturen in sich trägt. So werden unterschiedliche Personengruppen bei gleicher Erkrankung im Hinblick auf die RSA-Zuweisung ungleich behandelt: Eine Krankenkasse kann z. B. für Hausfrauen und Selbstständige, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind, nie einen EMG-Zuschlag erhalten, auch wenn sie aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung mit ähnlichen Kosten konfrontiert ist wie bei Erwerbsminderungsrentnern. Dies wurde auch schon im Jahr 2004 durch ein wissenschaftliches Gutachten im Vorfeld der Einführung eines Morbi-RSA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung konstatiert. Den Morbi-RSA von Redundanzen zu befreien wäre auch mathematisch-statistisch gesehen sinnvoll. Mit der Abschaffung der Erwerbsminderungsgruppen bleibt die Zielgenauigkeit der Zuweisungen erhalten. Ein Modell mit weniger Variablen und gleichem Erklärungsgehalt ist immer dem mit mehr Variablen vorzuziehen. Anders gesagt würde der Erwerbsminderungsstatus, wenn er nicht bereits im Modell implementiert wäre, nach den Maßstäben des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA heute nicht mehr neu aufgenommen werden.

Schon in dem erwähnten Gutachten aus dem Jahr 2004 fiel es den Wissenschaftlern schwer, ein Urteil über die Sinnhaftigkeit einer Beibehaltung von

Surrogatparametern im Morbi-RSA zu fällen. Bereits damals wurde erkannt, dass die Bedeutung des Erwerbsminderungsstatus in einem Morbi-RSA zwangsläufig abnehmen müsse. Man sprach sich zwar letztlich zunächst für eine Beibehaltung als Morbiditätsindikator aus, wies aber gleichzeitig darauf hin, dass weitere Analysen zur Verifizierung des Erklärungsgehalts dieser Sondergruppe notwendig seien. So waren die damaligen Modellschätzungen noch nicht an deutsche Verhältnisse angepasst. Zudem waren in dem seinerzeit favorisierten Modell noch keine ambulanten Diagnosen berücksichtigt, was einen erheblichen Unterschied zum heutigen Morbi-RSA darstellt.

### Höchste Zeit für Reform des Finanzausgleichs



**Peter Kaetsch, Vorstandsvorsitzender BIG direkt gesund, Dortmund**

Der Risikostrukturausgleich ist für das Funktionieren eines auf Wettbewerb und Solidarität beruhenden, gegliederten GKV-Systems von grundlegender Bedeutung. Er soll die hohe Qualität der Versorgung der rund 70 Millionen GKV-Versicherten gewährleisten und den Krankenkassen einen fairen Wettbewerb untereinander ermöglichen. Vor diesem Hintergrund waren seine Einführung sowie seine Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sachlogische und richtige Entscheidungen.

Da dem Morbi-RSA keine Phase des „Warmlaufens“ vergönnt war, wurde er von Anfang an als „lernendes System“ verstanden, um sich den im Zeitablauf ändernden Gegebenheiten anpassen zu können und Erfahrungen einfließen zu lassen.

Den Morbi-RSA weiterzuentwickeln hat sich die RSA Allianz auf ihre Fahnen geschrieben. Diese – und das ist in neu-

Aktuelle Erkenntnisse, die sowohl auf den Strukturen des in 2009 eingeführten und seither regelmäßig angepassten Klassifikationsmodells als auch auf neuen Daten und vorliegenden Erfahrungen aus mittlerweile sechs abgeschlossenen Morbi-RSA-Jahren beruhen, bestätigen, dass die gesonderte Zuweisung für den Erwerbsminderungsstatus sich überlebt hat und in der vorliegenden Ausgestaltung des Morbi-RSA weder notwendig noch sachgerecht ist. Deshalb sollte die Politik jetzt handeln und ein Zeichen setzen, dass der Morbi-RSA keine Einbahnstraße für eine Kassenart ist. Fehlentwicklungen müssen zeitnah beseitigt werden, speziell wenn sie nur wenigen ungerechtfertigten Vorteile bringen. ■

erer Zeit ein Novum – kassenartenübergreifende Initiative aus Betriebs-, Ersatz- und Innungskrankenkassen identifiziert im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitforschung mit dem Berliner IGES-Institut Schwachstellen, Fehlanreize sowie Handlungsbedarfe im gegenwärtigen Ausgleichssystem.

Sieben Jahre nach Start des Morbi-RSA ist die Welt der GKV mit der Situation konfrontiert, dass die Deckungsquoten der Krankenkassen auseinanderdriften. Offensichtlichstes Resultat daraus: Die Zusatzbeitragssätze der Kassen unterscheiden sich deutlich. Darüber hinaus lässt sich beobachten, dass etliche Kassen trotz niedriger Zusatzbeitragssätze in der Lage sind, Vermögen aufzubauen. Dies ist umso erstaunlicher, da sich dies vor dem Hintergrund von seit Jahren schon stärker steigenden Ausgaben- als Einnahmewüchsen der gesetzlichen Kassen vollzieht.

Die zu beobachtenden Unterschiede in den Zusatzbeitragssätzen sind indes nicht ausschließlich auf wirtschaftliches Handeln der betreffenden Kassen zurückzuführen. Einige der Kassen mit den niedrigsten Zusatzbeiträgen Deutschlands leisten sich die höchsten Verwaltungskosten. Verkehrte Welt – denn dieser offensichtliche Widerspruch fußt auf der Logik des derzeitigen Finanzausgleichssystems, das nur noch ungenügend in der Lage ist, für faire Wettbewerbsbedingungen unter den Krankenkassen zu sorgen: dem Morbi-RSA.

Der Finanzausgleich muss dringend zielgenauer werden und hierzu sind die



Zuweisungskriterien zu reformieren – und zwar möglichst schnell. Denn ansonsten wird die Chancengleichheit im Wettbewerb zwischen den Kassenarten weiter gestört.

Konkret sollten kurzfristig die Zuschläge abgeschafft werden, die die Kassen für Erwerbsminderungsrentner erhalten. Die Behandlungskosten für die der Rente zugrundeliegenden Krankheiten werden seit Einführung des Morbi-RSA über die ausgewählten 80 Krankheiten ausreichend berücksichtigt. Die Beibehaltung des aus dem alten Risikostrukturausgleich stammenden EMR-Status bedeutet letztlich, dass ein und dieselbe Morbidität doppelt ausgeglichen wird.

Auch die Veränderung der Krankheitsauswahl sollte dringend auf den Prüfstand. Die aktuelle Systematik führt dazu, dass vor allem die häufig vorkommenden Erkrankungen Eingang in das Ausgleichssystem finden und Krankenkassen mit einem vergleichsweise hohen Bestand an Volkskrankheiten höhere Zuweisungen erhalten. Dies kann man nur bedauern, denn diese Krankheiten wären allesamt präventabel und zudem mittels Maßnahmen der Versorgungssteuerung gut „zu managen“. Der Anreiz, die Morbiditätslast durch derartige Maßnahmen zu senken, verschwindet.

Eine andere Prävalenzgewichtung – konkret die anhand der Logarithmusfunktion – hätte genau hier entscheidende Vorteile. Im Ergebnis erhielte man eine Mischung aus seltenen teuren und häufig vorkommenden teuren Krankheiten, die zudem eher schicksalhaft auftreten. Der Anreiz, die Morbiditätslast bei den präventablen und zu managenden Volkskrankheiten zu senken, bestünde fort. Ein zweiter, nicht zu unterschätzender Vorteil bestünde in einer geringeren Manipulationsanfälligkeit des Ausgleichs, da er einen großen Teil der oft inkonsistenten ambulanten Diagnosen nicht mehr berücksichtigt würde. Zudem entfielen ein Anreiz, auf eine bestimmte Kodierung von Diagnosen durch Leistungserbringer hinzuwirken.

Perspektivisch würde sich zudem die (Wieder-)Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle positiv auf eine gesunde Wettbewerbsstruktur aus Kassen unterschiedlicher Größen und regionaler Ausrichtung auswirken. Außerdem könnten Anreize zur Förderung des Prä-

ventionsgedankens jenseits der logarithmischen Prävalenzgewichtung geschaffen werden, um der Gesunderhaltung der Versicherten mehr Raum zu geben. Besonders unter Wettbewerbsgesichtspunkten gehört die Berücksichtigung regionaler Kosten- und Angebotsstrukturen ebenso auf die politische Reformagenda.

Nun mag man einwenden, dass bei der kurz angerissenen großen Bandbreite vergleichsweise kleiner Reformschritte eine grundlegende Reform aus einem Guss und in einem Rutsch vorzuziehen wäre. Hierzu ist grundsätzlich anzumerken, dass bei allem Charme, der dieser Argumentation innewohnt, das gegenwärtige System des Morbi-RSA hinreichend funktioniert und Verbesserung von Details jeweils zu Verbesserungen im Gesamtsystem führen.

Es ist meines Erachtens ein Trugschluss zu glauben, der Morbi-RSA ließe sich ausschließlich durch einen großen Wurf auf Basis einer vorangegangenen Gesamtevaluation reformieren. Die Ergebnisse einer langwierigen Evaluation wären vermutlich mit Erscheinen der Studie veraltet. Denn dafür ändern sich Morbiditäten, Kosten, Mengen, Behandlungsmethoden usw. zu schnell. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund hat das Bundesversicherungsamt mit seinem wissenschaftlichen Beirat ein Gremium geschaffen, das sich der permanenten Weiterentwicklung des Morbi-RSA widmet.

Mein Appell – insbesondere an die Politik – lautet, die Reform des Morbi-RSA zügig anzugehen. Das Thema sollte noch vor der Bundestagswahl 2017 angepackt werden. ■

### RSA in hohem Maße manipulationsanfällig



**Jürgen Hohnl, Geschäftsführer des IKK e.V.**

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wirkt als finanzieller Ausgleichsmechanismus: Eine morbiditätsstarke Versichertenstruktur stellt grundsätzlich keine Benachteiligung im Wettbewerb mehr da. Insoweit ist den aktuellen Ausführungen des BVA-Präsidenten durchaus zu folgen. Mit Blick auf die Finanzergebnisse der letzten Zeit drängt sich aber der Verdacht auf, dass es im Gegenteil eher schon zu einer Überkompensation kommt. Wenn aber Morbidität ein Wettbewerbsvorteil wird, was bedeutet das für die Präventionsaktivitäten und -anreize?

Das gegenwärtige RSA-Konstrukt ist hochkomplex, bürokratisch aufwändig und, was am kritischsten ist, in hohem Maße manipulationsanfällig. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass der Morbi-RSA Präventionsanreize verringert:

- Die Krankheitsauswahl im Morbi-RSA nimmt keine Rücksicht auf die Frage, ob Krankheiten der Prävention zugänglich sind. Mithin steigen die Zuweisungen einer Kasse, wenn sie viele Versicherte mit solchen Krankheiten hat.
- Für Präventionsmaßnahmen entstehen Kosten. Diese Ausgaben werden für die GKV nur pauschal ausgeschüttet, d. h. unabhängig davon, ob tatsächlich Maßnahmen durchgeführt werden.

Eine Studie des IKK e.V. auf Basis einer Datenanalyse von 6 Millionen Versicherten zeigt nun: Prävention hat eine positive medizinische Wirkung (geringere Inzidenzen und Prävalenzen von Krankheiten). Sowohl Primär- als auch Sekundärprävention dämpft erfolgreich den Leistungsausgabenanstieg. Aber es gilt auch: Deckungsbeiträge sind aufgrund entgangener Zuweisungen bei Versicherten mit Prävention geringer. Diese geringeren Deckungsbeiträge belasten die Krankenkassen finanziell stärker, als die gedämpften Leistungsausgaben entlastend wirken. Damit lohnt sich unter den jetzigen Bedingungen des Morbi-RSA Prävention aus rein finanzieller Perspektive einer Krankenkasse nicht.

Die Innungskrankenkassen fordern deshalb, die unangemessen starke Berücksichtigung von sog. Volkskrankheiten, die durch Prävention vermieden

oder deren Verlauf günstig beeinflusst werden können, zurückzunehmen. Eine neue Krankheitsauswahl und ein angepasstes Klassifikationsmodell sind dafür erforderlich. Und auch die kassenindividuellen Zuweisungen für Primärpräven-

tion müssen sich an den realen Ausgaben der jeweiligen Kassen orientieren. Erforderlich ist dafür ein gedeckelter Ist-Kostenausgleich. Gleichzeitig sollten alle morbiditätsorientierten Zuschläge um einen pauschalen Betrag je Versicherten-

tag abgesenkt werden. Eine pauschale Absenkung würde Anreize zur Risikoselektion im Hinblick auf einzelne Krankheiten ausschließen, weil alle Krankheitszuschläge gleich behandelt würden. ■

### An Dialog mit Krankenkassen interessiert



**Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamtes**

Der Risikostrukturausgleich (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung, wie ihn das Bundesversicherungsamt (BVA) seit 2009 durchführt, ist das richtige Instrument, um Risiken wie Alter, Geschlecht und Krankheit der Versicherten auszugleichen. Dieser Finanzausgleich

schaft die Grundlage für einen fairen und funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Gleiche Wettbewerbsbedingungen setzen aber auch voraus, dass sich alle Krankenkassen an die Spielregeln halten. Wenn eine Krankenkasse dies nicht macht, muss die zuständige Aufsicht einschreiten. Das BVA tut dies. Es ist falsch, reflexhaft den RSA für jede negative finanzielle Entwicklung einzelner Krankenkassen verantwortlich zu machen und Reformen einzufordern. Man muss sauber zwischen Ausgaberrisiken, die die Krankenkassen selbst steuern können und solchen, die nicht beeinflussbar sind, trennen. Eine Betrachtung nach Kassenarten führt in die Irre. Die finanzielle Situation stellt sich auch zwischen den einzelnen Allgemeinen Ortskran-

kenkassen, Betriebskrankenkassen, Ersatzkassen und Innungskrankenkassen durchaus unterschiedlich dar.

An einem konstruktiven, fachlichen Dialog mit den Krankenkassen ist das BVA sehr interessiert. Allerdings können die meisten Anpassungen des Verteilungsmechanismus nur auf Grundlage rechtlicher Änderungen vorgenommen werden. Bevor der Verordnungsgeber tätig werden kann, diskutiert das BVA mögliche RSA-Anpassungen im Rahmen des Anhörungsverfahrens mit dem GKV-Spitzenverband und anderen beteiligten Institutionen. Außerdem wird das BVA vom Wissenschaftlichen Beirat bei der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beraten. Forderungen, übereilt Anpassungen vorzunehmen, erteile ich eine klare Absage. ■