

WIFI WORKING PAPER 3/2017

**Geht es in der GKV gerecht zu? Zur
Kritik am Morbi-RSA**

Thomas Neusius

First version: December 01, 2017

Present version: December 1, 2017

Geht es in der GKV gerecht zu? Zur Kritik am Morbi-RSA

Thomas Neusius*

Hochschule RheinMain

Wiesbaden Business School

Bleichstr. 44

D-65183 Wiesbaden

First version: December 01, 2017

Present version: December 1, 2017

Abstract: The Morbi-RSA (morbidity-based risk structure compensation) is central for allowing a fair competition among the German statutory health insurance companies. Recently, substantial criticism has been uttered. We give an overview over various points of discussion and the evidence provided by a number of recent expertises.

Kurzzusammenfassung: Der Morbi-RSA ist ein zentrales Element um einen fairen Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander zu ermöglichen. Zuletzt nahm jedoch die Kritik am Verfahren zu. Hier wird ein Überblick über die aktuellen Streitpunkte und ihre wissenschaftliche Absicherung durch verschiedene Gutachten gegeben.

Keywords: Wettbewerb, Risikostrukturausgleich, Gesetzliche Krankenkasse

JEL classifications: I13

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) war bis zum Herbst 2016 nur ausgewiesenen Kennern der deutschen Krankenversicherung ein Begriff. Die

*thomas.neusius@hs-rm.de

seitdem gestiegene öffentliche Aufmerksamkeit darf allerdings nicht als Ausdruck besonderer Wertschätzung aufgefasst werden. Im September 2016 machte der Vorsitzende der Techniker Krankenkasse, Jens Baas, in einem Interview aufmerksam auf weitverbreitete, aber rechtlich fragwürdige Beratungen und Vergütungsabsprachen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten (SCHERFF 2016). Folge war eine erhöhte Aufmerksamkeit des Bundesversicherungsamtes, eine Verschärfung der gesetzlichen Regeln und die Beauftragung des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt mit der Erstellung eines Gutachtens zur Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA sowie zur Überprüfung verschiedener Reformoptionen.

1 Der Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenkassen

In der GKV können die Krankenkasse die Beiträge nicht an die Versicherungsrisiken anknüpfen. Die an sich sachfremde Beitragsfestsetzung je nach Lohnhöhe wird bereits dadurch ausgeglichen, dass die Beitragsmittel in den Gesundheitsfonds fließen und ohne Berücksichtigung der Herkunft an die Krankenkasse weitergeleitet werden. Würde der Gesundheitsfonds jedoch einen Einheitsbetrag für jede versicherte Person an die versichernde Krankenkasse zahlen, so entstände ein Anreiz für die Krankenkassen, möglichst Versicherte mit geringen Kosten zu umwerben und andere Versicherte zu einem Wechsel zu bewegen. Damit könnten die Kassen den jeweiligen Deckungsbetrag steigern, und durch niedrigere Zusatzbeiträge einen Wettbewerbsvorteil erlangen. Zwar ist ein solches Vorgehen ausdrücklich nicht gestattet und die Krankenkassen sind verpflichtet, jeden Interessenten zu versichern. Aber es bleiben subtilere Möglichkeiten, den Versichertenbestand im wirtschaftlichen Interesse zu managen (BUNDESVERSICHERUNGSAMT 2013, S. 18ff).

Der Morbi-RSA dient v.a. dem Zweck, solche wirtschaftlichen Überlegungen der Krankenkassen unattraktiv zu machen, indem die Kassen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, die den erwarteten zukünftigen Kosten der jeweiligen versicherten Person entsprechen. Ausdrücklich geht es nicht um den Ausgleich tatsächlicher Leistungsausgaben, die in der Praxis stark schwanken. Zur Vermeidung einer gezielten Auswahl „günstiger“ Versicherter (sog. Selektionseffekt) genügt ein Blick auf die Erwartungen zukünftiger Leistungen, denn nur darauf können sich auch die Kassen in

ihrer Bestandspolitik stützen.

Um die krankheitsbezogenen Zuweisungen des Morbi-RSA zu bestimmen, werden die Diagnose-Codes nach Kriterien gefiltert, welche auf „insbesondere kostenintensive chronische und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“ hindeuten. Die so gefundenen Krankheiten werden in eine Reihenfolge gebracht, indem die durchschnittlichen Kosten mit der Quadratwurzel aus der Fallzahl multipliziert werden. Die 80 Krankheiten, die in diesem Ranking die höchsten Werte aufweisen, sind im Morbi-RSA berücksichtigungsfähig. Neben den Krankheiten werden die Versicherten nach Alter, Geschlecht und ggf. beim Bezug einer Erwerbsminderungsrente in Gruppen eingeteilt. Durch einen multivariaten Regressionsansatz wird der Zusammenhang zwischen diesen Risikofaktoren und den Leistungen modelliert. Die Regression dient dann dazu, zukünftige Leistungshöhen aus dem Modell abzuschätzen (JAHN, SCHILLO und WASEM 2012).

Der Morbi-RSA hat damit nicht das Ziel, die tatsächlichen Kosten der Krankenkassen exakt abzubilden. Auch Unter- und Überdeckungen einzelner Krankenkassen sind nicht per se ein Zeichen für einen fehlerhaften Risikoausgleich. Vielmehr sollen systematische, durch die Zusammensetzung des Versichertenbestandes bedingte Über- und Unterdeckungen möglichst gering gehalten werden. In der öffentlichen Diskussion wurden jedoch wesentlich die unterschiedlichen Deckungsquoten verschiedener Kassenarten aufgegriffen. Die RSA-Allianz, ein Zusammenschluss von 12 Krankenkassen (Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen), hat einige Aspekte des bestehenden Ausgleichssystems insbesondere unter diesem Blickpunkt begutachtet. Von dieser Seite wurde vorgeschlagen, den Risikofaktor Erwerbsminderung zu streichen, weil er in einem System expliziter Morbiditätsindikatoren als indirekter Morbiditätsindikator verzichtbar sei (IGES und GLAESKE 2016). Weiterhin wird von verschiedener Seite, darunter auch von der RSA-Allianz, eine andere Gewichtung der Prävalenz im Ranking der RSA-relevanten Krankheiten gefordert (Logarithmus statt Quadratwurzel) (BAAS und MÖWS 2017; IGES, GLAESKE und GREINER 2015). Im Vergleich zur aktuellen Prävalenzgewichtung würden dadurch Krankheiten aus dem Morbi-RSA herausfallen, die sich durch größere Häufigkeit aber eher niedrige Einzelfallkosten auszeichnen, und Krankheiten hinzukommen, die zwar seltener aber im Einzelfall kostspieliger sind. Davon versprechen sich die Befürworter einer logarithmischen Prävalenzgewichtung eine geringere Manipulationsanfälligkeit, weil es sich bei letzteren seltener um Krankheiten

handelt, die durch ambulante Diagnosen in das Ausgleichsverfahren gelangen. Die ambulanten Diagnosen stehen aber in der Kritik, anfälliger für Ermessensspielräume und damit für potentiellen Missbrauch zu sein.

Die von der RSA-Allianz gemachten Vorschläge stießen im Lager der AOK auf heftigen Widerspruch (JACOBS 2016), womit auch die politische Konfliktlinie der Diskussion über die Ausgestaltung des Morbi-RSA erkennbar wird.

Durch ein Gutachten von ULRICH, WILLE und THÜSING (2016) wurde zudem herausgestellt, dass regionale Faktoren bedeutsamen Einfluss auf die erwarteten Leistungsausgaben haben. Dies würde einen entsprechenden Risikofaktor im Ausgleichsalgorithmus nahelegen.

Besondere Beachtung fand die Behauptung von Jens Baas, dass es in den Krankenkassen verbreitete Bestrebungen gebe, die Ärzteschaft zu einer Kodierpraxis zu animieren, die die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vergrößert (SCHERFF 2016), von einem „Kodierwettbewerb“ war in diesem Kontext die Rede (BAAS und MÖWS 2017, S. 5). Die Kassen stellten ihre eigenen Vergütungsabsprachen in diesem Kontext als Anreiz zu einer korrekten Kodierpraxis dar (RHEINLAND/HAMBURG 2016). Diese Einschätzung wurde vom BUNDESVERSICHERUNGSSAMT (2017, S. 34) jedoch nicht geteilt. Der Gesetzgeber sah erhöhten Handlungsbedarf und verbot mit dem HHVG zukünftig Vergütungen, welche allein an eine bestimmte Kodierung anknüpfen (Bundesgesetzblatt Jg. 2017 Teil I Nr. 19, S.780). Auch rügte das Bundesversicherungsamt die AOK Rheinland-Nord und verhängte ein Ordnungsgeld, welches die betroffene Krankenkasse schließlich akzeptierte (RHEINLAND/HAMBURG 2016). Es wurde verschiedentlich die Einschätzung geäußert, dass eine einheitliche Beaufsichtigung der Krankenkassen nicht immer stattfindet, da das BVA und die Versicherungsämter der Länder mitunter unterschiedlich strenge Vorgaben machten (MONOPOLKOMMISSION 2017, Rz. 166ff).

Mitte Oktober 2017 wurden nun die Kernergebnisse eines Gutachtens vorgestellt, das der wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes erstellt hat (DRÖSLER u. a. 2017). Dort sollte die Funktionsfähigkeit und Angemessenheit des aktuellen Morbi-RSA überprüft werden. Zudem wurden einige der Vorschläge der RSA-Allianz bewertet und weitere Optionen einer Reform des Morbi-RSA analysiert, wie die Einführung eines Risikopools für Kostenausreißer.

Im Gutachten wird eine einheitliche Beaufsichtigung angemahnt (DRÖSLER u. a.

2017, S. 3f), wenngleich die praktische Durchsetzung durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten auf Bundes- und Landesebene keine Nebensächlichkeit darstellt (BAAS und Möws 2017). Wegen des Wettbewerbs auch zwischen Krankenkassen der gleichen Kassenart regt der wissenschaftliche Beirat eine Aufhebung der Haftung innerhalb der jeweiligen Kassenart an (DRÖSLER u. a. 2017, S. 4).

In den Analysen zur Zielgenauigkeit der Zuweisungen wird im Gutachten festgestellt, dass gesunde Versicherte auf individueller Ebene „tendenziell überdeckt“ sind (DRÖSLER u. a. 2017, S. 5). Dennoch wird „auf Ebene der Krankenkassen kein merklicher Zusammenhang zwischen der Morbiditätslast (gemessen am RSA-Risikofaktor) und den Deckungsquoten“ festgestellt (DRÖSLER u. a. 2017, S. 4). Stattdessen ist zu beobachten, dass kontinuierlich wachsende Kassen über-, kontinuierlich schrumpfende Kassen unterdeckt sind. Dies wird auf die besonders hohe Wechselbereitschaft der gesünderen (und damit eher überdeckten) Versicherten zurückgeführt.

Weiterhin stellt das Gutachten fest, dass es Hinweise auf Manipulationen beim Kodierverhalten gebe. Jedoch sieht der wissenschaftliche Beirat keinen eindeutigen Nachweis für missbräuchliche Praktiken. Der Forderung, die ambulanten Diagnosen vollständig unberücksichtigt zu lassen (Knieps 2017), wie es zum Beispiel in der Schweiz gehandhabt wird, schließt sich der wissenschaftliche Beirat nicht an (DRÖSLER u. a. 2017, S. 5f). Allerdings gesteht das Gutachten zu, dass die derzeit verwendeten Diagnosen im ambulanten Bereich ein Einfallstor für Manipulationen darstellen können und bevorzugt auf andere Kriterien, wie die Operationen- und Prozedurschlüssel (OPS), sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor zurückgegriffen werden solle. Auch Arzneimittelinformationen sollten ein stärkeres Gewicht im Klassifikationsmodell erhalten (DRÖSLER u. a. 2017, S. 6). Weiterhin solle es nach Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats in Selektivverträgen keine Kopplung von Vergütungen an Diagnosen mehr geben. Ein zentrales Register der Selektivverträge könne zudem die Transparenz in diesem Bereich erhöhen (DRÖSLER u. a. 2017, S. 7). Den Einwand, dass auch Kodierrichtlinien keinen verlässlichen Schutz vor Manipulationen bieten, wie er von BAAS und Möws (2017) geäußert wurde, teilt der wissenschaftliche Beirat zwar, spricht sich aber dennoch für die Einführung solcher zentralen Richtlinien aus, da so zumindest im Bereich der Zertifizierung von Praxissoftware kassenindividuelle Module unterbunden werden können.

Der wissenschaftliche Beirat folgt nicht dem Vorschlag zu einer logarithmischen

Gewichtung der Prävalenzen. Dies begründet er mit der Feststellung, dass eine logarithmische Gewichtung die tendentielle Überdeckung „Gesunder“ weiter erhöhe. Bei dem derzeit durch die gesetzliche Vorgabe auf 80 begrenzten Krankheitsspektrum sei die Gewichtung mit der Wurzelfunktion vorzuziehen (DRÖSLER u. a. 2017, S. 8).

Im Gutachten spricht sich der wissenschaftliche Beirat grundsätzlich für ein Vollmodell aus (DRÖSLER u. a. 2017, S. 9). Prinzipiell würde dies die Auswahl der Krankheitsbilder im RSA obsolet machen, eine Prävalenzgewichtung entfielen, da der RSA nicht mehr auf 50 bis 80 Krankheitsbilder beschränkt bliebe. Es könnten alle Krankheitsbilder aufgenommen werden, die die grundsätzlichen Anforderungen für eine Berücksichtigung im Ausgleich erfüllen.

Das Kriterium Erwerbsminderung wird im Gutachten weiterhin als sinnvoll erachtet. Bei Wegfall dieses Kriteriums würden Erwerbsgeminderte eine durchschnittliche Unterdeckung von über 1 000 EUR aufweisen, bei Betrachtung des Lebensalters ergeben sich in einzelnen Altersgruppen sogar noch höhere absehbare Fehlbeiträge. Dies produziere einen wesentlichen Selektionseffekt, weswegen das Kriterium weiterhin unverzichtbar sei (DRÖSLER u. a. 2017, S. 9). Allerdings wird angeregt, der Altersabhängigkeit der Kostenschätzung durch eine granularere Ausprägung des Risikofaktors Alter zu begegnen und die Erwerbsminderung insbesondere zur Schweregrad-differenzierung einzusetzen.

Der Wissenschaftliche Beirat positioniert sich nicht eindeutig zur Idee eines Risikopools, in dem besonders hohe Ist-Kosten geteilt würden. Der Beirat sieht hier Vorteile, wie einen Abbau erwartbarer Unterdeckungen, die einen Selektionsanreiz begründen könnten, aber auch Nachteile, wie ein reduzierter Wirtschaftlichkeitsdruck. Der Beirat empfiehlt daher eine tiefere Analyse in weiteren Untersuchungen (DRÖSLER u. a. 2017, S. 9f).

Die Überlegungen zur Einführung eines Regionalfaktors hat der wissenschaftliche Beirat in diesem Gutachten noch nicht abschließend überprüft, auch wenn die Nichtberücksichtigung regionaler Unterschiede im Gutachten als „unbefriedigend“ bezeichnet wird (DRÖSLER u. a. 2017, S. 12). Wegen der Kürze der Bearbeitungsfrist und technischen Schwierigkeiten mit den verfügbaren Daten wurde dieses Thema zurückgestellt und soll in einem Folgegutachten genauer beleuchtet werden.

Das Gutachten selbst ist noch nicht veröffentlicht, nur die Kernaussagen wurden im Oktober 2017 vorgestellt. Manche Folgerung des wissenschaftlichen Beirats wird

erst nach Würdigung der ausführlichen Begründung beurteilt werden können. Damit ist wohl auch zu erklären, dass die RSA-Allianz in ihrer Stellungnahme im Wesentlichen die eigene Position bekräftigt und kaum näher auf inhaltliche Aspekte eingeht (RSA-ALLIANZ 2017). Der AOK-Verband hingegen sah seine Position durch das Gutachten gestärkt und sieht keinen „akuten Handlungsbedarf“ (AOK BUNDESVERBAND 2017), wenngleich gerade die AOK sich der

Es ist kaum zu erwarten, dass die Diskussion um den Morbi-RSA nun mit dem Gutachten des wissenschaftlichen Beirates ein Ende findet. Die Konfliktlinie entsteht wesentlich durch die Verteilungswirkungen des Ausgleichsverfahrens und die ist zumindest teilweise Ergebnis politischer Gestaltungen, die nicht ausschließlich aus wissenschaftlichen Argumenten abgeleitet werden können.

Literatur

- AOK BUNDESVERBAND (2017), Sondergutachten zum Morbi-RSA: AOK sieht gute Basis zur Weiterentwicklung, in: *Pressemitteilung vom 19.10.*
- BAAS, Jens und Volker MÖWS (2017), „Jede Ergänzung des RSA (sollte) sicher vor Manipulationen sein“: Zum Kodierwettbewerb der Krankenkassen, in: *Recht und Politik im Gesundheitswesen* **23**(1), S. 3–9.
- BUNDESVERSICHERUNGSAMT (2013), *Tätigkeitsbericht 2012*, online verfügbar unter:
http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/pdf/taetigkeitsberichte/TB-2012.pdf.
- (2017), *Tätigkeitsbericht 2016*, online verfügbar unter:
<http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/epaper2016/epaper/ausgabe.pdf>.
- DRÖSLER, Saskia, Edeltraut GARBE, Joerg HASFORD, Ingrid SCHUBERT, Volker ULRICH, Wynand van de VEN, Achim WAMBACH und Jürgen WASEM (2017), *Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: Zusammenfassung*, BVA.
- IGES und Gerd GLAESKE (2016), *Begleitforschung zum Morbi-RSA. Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren*, Techn. Ber.

- IGES, Gerd GLAESKE und Wolfgang GREINER (2015), *Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1)*, Techn. Ber.
- JACOBS, Klaus (2016), Keine Schnellschüsse beim Risikostrukturausgleich, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* (2), S. 7–14.
- JAHN, Rebecca, Sonja SCHILLO und Jürgen WASEM (2012), Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich. Wirkungen und Nebenwirkungen, in: *Bundesgesundheitsbl* **55**, S. 624–632.
- KNIEPS, Franz (2017), Der Risikostrukturausgleich - Voraussetzung oder Hemnis im Wettbewerb der Krankenkassen?, in: *ImpliconPlus* (1).
- MONOPOLKOMMISSION (2017), *Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75*.
- RHEINLAND/HAMBURG, AOK (2016), AOK Rheinland/Hamburg weist Manipulationsvorwürfe entschieden zurück, in: *Pressemitteilung vom 11.10*.
- RSA-ALLIANZ (2017), Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BVA. RSA-Allianz: Jetzt sind politische Reformentscheidungen notwendig, in: *Pressemitteilung vom 19.10*.
- SCHERFF, Dyrk (2016), Interview mit Jens Baas, in: *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*, Ausgabe vom 09.10.
- ULRICH, Volker, Eberhard WILLE und Gregor THÜSING (2016), *Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbpolitischen und regionalen Aspekten. Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP)*, Techn. Ber.