

Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1)

Kriterien, Wirkungen und Alternativen

GUTACHTEN

Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1)

Kriterien, Wirkungen und Alternativen

IGES Institut, Gerd Glaeske, Wolfgang Greiner

Gutachten

für den BKK Landesverband Bayern im Auftrag folgender Krankenkassen:
Audi BKK, BIG direkt gesund, BKK Mobil Oil, BKK ProVita, BKK Wirtschaft & Finanzen,
Die Schwenninger Krankenkasse, HEK – Hanseatische Krankenkasse, IKK Südwest,
mhplus Krankenkasse, Salus BKK, SBK – Siemens-Betriebskrankenkasse

Berlin, Dezember 2015

Autoren

Jean Dietzel

Dr. Karsten Neumann

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Universität Bremen - SOCIUM

Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Mary-Somerville-Str. 5

28359 Bremen

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld

Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Management Summary | 6 |
| Präambel | 11 |
| 1. Ziele des Forschungsvorhabens | 12 |
| 2. Die Entwicklung des Morbi-RSA | 14 |
| 2.1 Zur Historie | 14 |
| 2.2 Morbi-RSA und Gesundheitsfonds | 15 |
| 2.3 Zum Vorgehen und zur Methodik der Krankheitsauswahl | 17 |
| 2.4 Zwischenfazit: Der RSA ist notwendig für einen funktionierenden Kassenwettbewerb | 25 |
| 3. Kriterien zur Gestaltung eines Risikostrukturausgleichs | 26 |
| 3.1 Ableitung der Kriterien | 27 |
| 3.1.1 Prognosesubstanz/Validität | 27 |
| 3.1.2 Vermeidung von Risikoselektion/Zielgenauigkeit der Zuweisungen | 27 |
| 3.1.3 Manipulationsresistenz | 28 |
| 3.1.4 Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität | 31 |
| 3.1.5 Praktikabilität und Verwaltungseffizienz | 31 |
| 3.1.6 Transparenz und Akzeptanz | 32 |
| 3.1.7 Versorgungsneutralität | 32 |
| 3.2 Potenziale der Optimierung des derzeitigen Morbi-RSA bezüglich der Kriterien | 33 |
| 3.2.1 Prognosesubstanz/Validität | 33 |
| 3.2.2 Vermeidung von Risikoselektion/Zielgenauigkeit der Zuweisungen | 34 |
| 3.2.3 Manipulationsresistenz | 35 |
| 3.2.4 Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität | 36 |
| 3.2.5 Praktikabilität und Verwaltungseffizienz | 37 |
| 3.2.6 Transparenz und Akzeptanz | 38 |
| 3.2.7 Versorgungsneutralität | 39 |
| 3.2.8 Zusammenfassende Bemerkungen für den Aufbau eines Bewertungsrahmens für die Beurteilung unterschiedlicher RSA-Ausgestaltungen | 39 |
| 3.3 Zwischenfazit: konkrete Verbesserungspotenziale im RSA | 40 |
| 4. Methodik zur Bildung der Stichprobe und Programmierung des Groupers | 42 |
| 4.1 Datenmanagement | 42 |
| 4.2 Erstellung des Groupers | 43 |
| 4.3 Stichprobenziehung und Adjustierung | 44 |
| 4.4 Eigenschaften der Stichprobe | 45 |
| 4.5 Zwischenfazit: Die adjustierte Stichprobe ermöglicht belastbare Auswertungen | 48 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 5. | Herleitung und Umsetzung alternativer Ansätze zur Krankheitswahl und für den Ausgleichsmechanismus | 49 |
| 5.1 | Operationalisierung der Merkmale Chronizität oder Krankheitsschwere | 49 |
| 5.2 | Operationalisierung des Merkmals „Kostenintensität“ | 50 |
| 5.3 | Veränderung der Ausgleichssystematik | 51 |
| 5.3.1 | Keine Berücksichtigung ambulanter Diagnosen | 52 |
| 5.3.2 | Vollständiger Ausgleich | 52 |
| 5.3.3 | Einführung eines Risikopools | 52 |
| 5.4 | Zwischenfazit: Insgesamt werden 8 Szenarien geprüft | 53 |
| 6. | Resultierende Anpassungen im Verfahren zur Krankheitsauswahl und der Ausgleichsberechnung | 54 |
| 7. | Ergebnisse | 56 |
| 7.1 | Krankheitsspektrum | 56 |
| 7.2 | Gütemaße | 57 |
| 7.2.1 | Ergebnisse auf Basis der Stichprobe | 57 |
| 7.2.2 | Stellungnahme des BVA zur Krankheitsauswahl im Ausgleichsjahr 2016 | 59 |
| 7.3 | Qualitative Bewertung | 60 |
| 7.3.1 | Szenario 1: Keine Prävalenzgewichtung | 62 |
| 7.3.2 | Szenario 2: Logarithmische Prävalenzgewichtung | 62 |
| 7.3.3 | Szenario 3: Volle Berücksichtigung der Prävalenz | 63 |
| 7.3.4 | Szenario 5: Berücksichtigung von Pflege, AU, Behinderung | 63 |
| 7.3.5 | Szenario 7: Vollständiger Ausgleich | 64 |
| 7.3.6 | Szenario 8: Risikopool | 65 |
| 7.4 | Zwischenfazit: Szenario 2 („Gewichtung LN“) führt zu Verbesserungen im Vergleich mit dem Status quo | 67 |
| 8. | Wirkung auf die Verteilung der Zuweisungen zwischen den Kassenarten auf Basis der Krankheitsauswahl mit logarithmischer Gewichtung | 68 |
| 8.1 | Situation im Status quo des Ausgleichsjahrs 2013 | 68 |
| 8.2 | Modellierung der Veränderungen in der Deckungsquote durch die logarithmische Gewichtung | 69 |
| 9. | Zusammenfassung und Empfehlung | 71 |
| | Literaturverzeichnis | 73 |
| | Abbildungen | 5 |
| | Tabellen | 5 |

Abbildungen

| | | |
|--------------|---|----|
| Abbildung 1: | Im Gutachten überprüfte Alternativen im Vergleich zum Status quo | 7 |
| Abbildung 2: | Qualitative Kriterien zur Bewertung des RSA | 26 |
| Abbildung 3: | Veränderung der Prävalenz von Diabetes Mellitus | 30 |
| Abbildung 4: | Ergebnisse der Adjustierung für AGGs und HMGs. | 45 |
| Abbildung 5: | Vergleich der Zuschläge in Euro/Tag für die AGGs 1-20 zwischen Grundgesamtheit, Stichprobe und GKV | 46 |
| Abbildung 6: | Vergleich der Zuschläge in Euro/Tag für die AGGs 21-40 zwischen Grundgesamtheit, Stichprobe und GKV | 47 |
| Abbildung 7: | Vergleich der Zuschläge in Euro/Tag für die HMGs 1 bis 300 zwischen Grundgesamtheit, Stichprobe und GKV | 48 |

Tabellen

| | | |
|------------|---|----|
| Tabelle 1: | Umverteilungskonsequenzen | 23 |
| Tabelle 2: | Übersicht über die vorgeschlagenen Anpassungen und deren Beschreibung | 53 |
| Tabelle 3: | Gütemaße auf Individualebene für die berechneten Szenarien | 59 |
| Tabelle 4: | Zuweisungen, Ausgaben und Deckungsquote nach Kassenart (2013) | 69 |
| Tabelle 5: | Kassenart, Veränderung der Zuweisungen und modellierte Deckungsquote nach logarithmischer Gewichtung (2013) | 70 |

Management Summary

Das vorliegende Gutachten stellt den Auftakt zu einer wissenschaftlichen Begleitforschung dar. In regelmäßigen Abständen sollen Forschungsergebnisse zum Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) publiziert werden.

Die Begleitforschung wurde von einer Gruppe von Gesetzlichen Krankenkassen aus drei Kassenarten initiiert, welche Fragen zur Verbesserung des Morbi-RSA untersuchen lassen wollen. Die Begleitforschung wird wissenschaftlich unabhängig durchgeführt und soll in regelmäßigen Abständen Themen rund um den RSA untersuchen. Der Zeitpunkt für solche Untersuchungen ist günstig, weil inzwischen ausreichende Erfahrungswerte zu den Daten und auch zu Verhaltensweisen der Akteure rund um den RSA vorliegen. Die Datenbasis ist kassenartenübergreifend gewählt, um Verzerrungen zu vermeiden.¹ Die Auswahl der Themen soll verschiedene Aspekte des RSA abdecken.

Schwerpunkt dieser Erstausgabe ist die Krankheitsauswahl im Morbi-RSA. Aus der Vorgabe des Gesetzgebers, im Morbi-RSA 80 Erkrankungen zu berücksichtigen, entstand die Notwendigkeit, ein Verfahren zur Krankheitsauswahl festzulegen. Schon die erstmalige Krankheitsauswahl im Vorlauf der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 war Gegenstand intensiver politischer und fachlicher Debatten. Im Mittelpunkt der Diskussionen stand vor allem die Frage nach der Prävalenzgewichtung, die auch in dem vorliegenden Gutachten eine prominente Rolle spielt.

Abweichend von der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamts (BVA) wurde die logarithmische Prävalenzgewichtung verworfen. Stattdessen wurde die Prävalenz mit der Wurzelfunktion gewichtet. Dies hatte zur Folge, dass viele häufige Erkrankungen ihren Weg in das Ausgleichssystem fanden (z. B. Herzinsuffizienz, Arteriosklerose).

Einige Jahre später ist nun die Gelegenheit da, die tatsächlichen Auswirkungen der Krankheitsauswahl zu analysieren und unterschiedliche Optionen der Ausgestaltung vor dem Hintergrund der Realität des Morbi-RSA neu zu bewerten.

Das Gutachten entwickelt und bewertet ergebnisoffen eine Reihe von Alternativen zum heutigen Verfahren der Krankheitsauswahl. Die oben erwähnte Frage nach der optimalen Gewichtung der Prävalenz ist dabei nur ein Aspekt. Daneben werden stärkere Abwandlungen des aktuellen Verfahrens betrachtet. So z. B. der vollständige Verzicht auf ambulante Diagnosen oder ein Vollaussgleich aller Krankheiten. Zudem wurden weitere Anpassungen des Ausgleichssystems überprüft, die die Frage der Krankheitsauswahl nicht tangieren. So z. B. die Wiedereinführung eines Risikopools für Hochkostenfälle oder ein vollständiger Ausgleich über das gesamte Diagnose- und Krankheitsspektrum. Insgesamt wurden acht

¹ Auftraggeber waren in diesem Fall: Audi BKK, BIG, BKK ProVita, BKK Wirtschaft und Finanzen, Die Schwenninger, HEK, IKK Südwest, mhplus, BKK Mobil Oil, Salus BKK, SBK.

verschiedene Szenarien überprüft. Der Risikopool wurde in zwei verschiedenen Varianten berechnet. (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Im Gutachten überprüfte Alternativen im Vergleich zum Status quo

-
- 1 Keine Gewichtung der Ausgaben mit der Prävalenz
 - 2 Logarithmische Gewichtung der Prävalenz
 - 3 Volle Berücksichtigung der Prävalenz (Lineare Betrachtung)
 - 4 Keine Betrachtung des Merkmals „Chronizität“/ Abschwächung M2Q-Kriterium*
 - 5 Berücksichtigung von Pflege, AU und Behinderung
 - 6 Keine Berücksichtigung ambulanter Diagnosen
 - 7 Vollständiger Ausgleich
 - 8 Risikopool (Schwellenwert: 22.497€, Ist-Kosten Ausgleich: 60%)
 - 8* Risikopool (Schwellenwert: 40.000€, Ist-Kosten Ausgleich: 50%)

* Chronische Erkrankungen trotzdem weiterhin im Prozess der Krankheitsauswahl enthalten

Quelle: IGES/Glaeske/Greiner

Die Suche nach alternativen Ansätzen in der Krankheitsauswahl oder zur Berechnung des Ausgleichs wurde sehr breit angelegt und beinhaltete eine Literaturrecherche, eigene konzeptionelle Überlegungen sowie eine Befragung der beteiligten Krankenkassen. Als Fazit kann vorweggenommen werden, dass das Spektrum der Möglichkeiten begrenzt ist und nur wenige Ansätze überhaupt ernsthaft in Frage kommen können.

Die hier vorgelegten Analysen basieren auf einer annähernd GKV-repräsentativen Stichprobe von 1.999.999 Versicherten². Eine Adjustierung wurde notwendig, da die Versicherten aus der Grundgesamtheit der beteiligten Krankenkassen in zentralen Parametern wie Alter und Morbiditätslast, stark von der GKV abwichen. Im Ergebnis konnten die Morbiditätslast (Anzahl HMGs) und die Zuschläge (€/Tag) im Ausgleichsjahr 2013 auf Basis der adjustierten Stichprobe so sehr an die tatsächlich gezahlten Zuschläge approximiert werden, dass aussagekräftige Auswertungen möglich waren.

Für jedes der acht Szenarien wurden die Kriterien der Krankheitsauswahl operationalisiert. Für jedes Szenario wurde anschließend die sich ergebende Auswahl

² Ursprünglich wurde eine adjustierte Stichprobe von 2 Millionen Versicherten gezogen. Ein Versicherter wurde nachträglich entfernt, da die enormen (annualisierten) Ausgaben von etwa 35 Millionen Euro zu starken Verzerrungen im Verfahren zur Krankheitsauswahl geführt hätten.

von 80 Erkrankungen ermittelt und in einen Grouper überführt. Im nächsten Schritt wurden für jedes Szenario die Zuschläge nach Alter und Krankheit ermittelt und jeweils für die Versicherten der Stichprobe betrachtet.

Die so abgebildeten Szenarien wurden daraufhin einer qualitativen und quantitativen Bewertung unterzogen. Die quantitative Bewertung geschah anhand der üblichen Gütemaße: statistisches Bestimmtheitsmaß R^2 , Cumming's Predictive Measure (CPM) und dem mittleren absoluten Prognosefehler (MAPE). Bei dieser ersten Bewertung fielen die Szenarien 4 (Keine Betrachtung des Merkmals „Chronizität“/Abschwächung des M2Q-Kriteriums) und 6 (Keine Betrachtung ambulanter Diagnosen) so weit von den anderen Szenarien ab, dass sie nicht weiter betrachtet wurden. Die Gütemaße der übrigen Szenarien bewegten sich auf vergleichbarem Niveau.

Die verbliebenen Szenarien wurden einer qualitativen Bewertung unterzogen. Diese erfolgte anhand von zuvor definierten Kriterien, die im Rahmen dieses Gutachtens entwickelt wurden. Dazu wurden aus einer übergeordneten Perspektive Überlegungen angestellt, was ein guter Morbi-RSA leisten muss, bzw. welche Anforderungen an ihn zu stellen sind. Sein übergeordnetes Ziel besteht darin, Chancengleichheit im Wettbewerb der GKV sicherzustellen. Darüberhinaus wurden die folgenden sieben Kriterien definiert:

- ◆ Prognosesubstanz/Validität
- ◆ Vermeidung von Risikoselektion/Zielgenauigkeit der Zuweisungen
- ◆ Manipulationsresistenz
- ◆ Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität
- ◆ Praktikabilität und Verwaltungseffizienz
- ◆ Transparenz und Akzeptanz
- ◆ Versorgungsneutralität

Szenario 1 (Keine Gewichtung der Ausgaben mit der Prävalenz) wurde verworfen, da ausschließlich Erkrankungen mit hohen Einzelfallkosten ihren Weg in den Ausgleich finden, Volkskrankheiten mit tendenziell geringen Einzelfallkosten (z. B. Hypertonie) aber nicht berücksichtigt werden. So sinkt die Zielgenauigkeit der Zuweisungen. Am anderen Ende der Skala der Prävalenzgewichtung steht Szenario 3 (Volle Berücksichtigung der Prävalenz). Hier werden Erkrankungen mit niedriger Prävalenz aber hohen Einzelfallkosten nicht weiter betrachtet, was mit Anreizen zur Risikoselektion einhergeht. Zudem gilt für beide Szenarien, dass sie extreme Ansätze darstellen und die Chance auf eine tatsächliche Umsetzung daher sehr gering ist.

Szenario 5 (Berücksichtigung von Pflege, Arbeitsunfähigkeit (AU) und Behinderung) steigert zwar in geringem Maße die Zielgenauigkeit des Ausgleichs, geht jedoch mit entscheidenden Fehlanreizen einher und erhöht damit die Manipulationsanfälligkeit des Ausgleichs. Dies betrifft vor allem die Berücksichtigung von

Pflegebedürftigkeit. Würde diese im Morbi-RSA betrachtet, so entfielen für Krankenkassen der Anreiz, Pflegebedürftigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen zu verhindern („Reha vor Pflege“). Zudem ist die Vermischung eines wettbewerblichen Systems (Gesetzliche Krankenversicherung) und eines Systems, welches auf einem Ausgleich von Ist-Kosten beruht (Gesetzliche Pflegeversicherung), aus ordnungspolitischer Sicht bedenklich.

Szenario 7 (Vollständiger Ausgleich) hält dem Kriterium „Praktikabilität und Verwaltungseffizienz“ nicht stand. In diesem Szenario müsste das System aus hierarchisierten Morbiditätsgruppen, DXGs und Aufgreifkriterien massiv ausgeweitet und dauerhaft gepflegt werden. Daraus würde sich ein noch größerer bürokratischer Aufwand für die dauerhafte Pflege des Ausgleichssystems ergeben.

Im Ausschlussverfahren verbleiben nach diesen Betrachtungen die Szenarien 2 (logarithmische Gewichtung) und 8 (Risikopool). Der Risikopool nimmt einen Sonderstatus in der hier vorgenommenen Bewertung ein, da seine Bewertung vor allem aus ordnungspolitischer Perspektive erfolgen sollte. Im Hintergrund steht dabei die Frage, wie wettbewerblich der Krankenkassenwettbewerb organisiert werden soll: Ein Risikopool stellt auch immer eine Rückversicherung dar, von der im besonderen Maße unterdurchschnittlich kleine Krankenkassen mit einzelnen Hochkostenfällen profitieren.³ Insgesamt ergibt sich eine Vielzahl von Argumenten für oder gegen den Risikopool. Eine endgültige Bewertung des Sachverhalts obliegt dabei der Politik.

Szenario 2 hat den anderen hier dargestellten Varianten und auch dem Status quo gegenüber den entscheidenden Vorteil, dass im Vergleich zum aktuell praktizierten Verfahren weniger Erkrankungen vertreten sind, die im Wesentlichen über ambulante Diagnosen abgebildet werden. Hierdurch sinkt die Manipulationsanfälligkeit des Ausgleichs, da manche Krankenkassen mehr Möglichkeiten als andere besitzen, auf die vollständige Kodierung aller Erkrankungen im ambulanten Bereich hinzuwirken. Ein dazu geeignetes Mittel sind z. B. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung unter Einsatz von Chronikerzuschlägen und Disease Management Programme (DMPs).

Das zweite zentrale Argument für die logarithmische Gewichtung in der Krankheitsauswahl sind die Konsequenzen für den Kassenwettbewerb. Es zeigt sich, dass die im Ausgleichsjahr 2013 vorherrschenden Unter- und Überdeckungen einzelner Kassenarten durch die logarithmische Gewichtung angeglichen werden können. So sinkt die Summe der absoluten Abweichungen der Deckungsquoten von 3,03 auf 2,80 Prozentpunkte auf Ebene der Kassenarten. Die Chancengleichheit im Wettbewerb steigt.

Wir empfehlen daher den Übergang zur logarithmischen Gewichtung der Prävalenz. Die Entscheidung für oder gegen den Risikopool beruht auf politischen Bewertungen, die hier nicht vollzogen werden sollen.

³ Nach § 265 SGB V besteht schon heute die Möglichkeit, die Ausgaben für besonders aufwendige Leistungsfälle auf Ebene der Landesverbände auszugleichen.

Vor der Veröffentlichung wurde das vorliegende Gutachten gemeinsam mit Prof. Dr. Volker Ulrich (Universität Bayreuth) und Prof. em. Dr. Eberhard Wille (Universität Mannheim) in einem Workshop diskutiert. Ziel war es, die Argumentation auf ihre Ausgewogenheit hin zu überprüfen und die Qualität zu sichern. Für den Inhalt der vorliegenden Endfassung ist das Autorenteam alleine verantwortlich.

Präambel

Der Morbi-RSA ist das zentrale Instrument zur Ermöglichung eines gerechten Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Nicht verwunderlich sind daher die ökonomischen, politischen und juristischen Kontroversen, die den Morbi-RSA seit seiner Einführung im Jahr 2009 begleiten. Die Themen der Diskussionen sind vielfältig und umfassen z. B. das Krankengeld, die Berücksichtigung von Auslandsversicherten, regionale Unterschiede, Verwaltungsausgaben, die Ausgaben Verstorbener, die Wiedereinführung des Risikopools oder die Auswahl der berücksichtigten Erkrankungen. Vereinzelt wurde auch der Ausgleich von Satzungsleistungen und die Berücksichtigung von DMPs im Morbi-RSA diskutiert.

Einige dieser Themen wurden oder werden bereits bearbeitet. Erstmals nach der Evaluation des Jahresausgleichs 2009 wird mit der Beauftragung zweier Gutachten durch das Bundesversicherungsamt (BVA) in diesem Jahr (2015) für die Themen „Krankengeld“ und „Auslandsversicherte“ systematisch nach zielorientierten Lösungsansätzen gesucht. (Zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung lagen beide Gutachten noch nicht vor.) Die Annualisierung der Ausgaben Verstorbener wurde nach langen Diskussionen durch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen entschieden (Landessozialgericht NRW 2013).

Das Thema unterschiedlicher Deckungsgrade in Abhängigkeit von Bundesländern oder Raumtypen wurde zuletzt durch ein Gutachten im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege neu entfacht (Ulrich und Wille 2014), ohne dass bisher konkrete Lösungen in Sicht wären.

Als erstes Thema wurde die Auswahlsystematik für die Erkrankungen bestimmt, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden. Die Erkrankungsauswahl war in den letzten Jahren nicht mehr Thema der wissenschaftlichen oder gesundheitspolitischen Debatte. Dieses Gutachten im Rahmen der Morbi-RSA-Begleitforschung möchte daher das Thema erneut aufgreifen, um es einer wissenschaftlichen Überprüfung zu unterziehen. Betrachtet wird dabei das Ausgleichsjahr 2013. Geplant sind weitere Veröffentlichungen im Rahmen der Begleitforschung, die andere inhaltliche Schwerpunkte setzen und oben erwähnte oder neue Themen bearbeiten.

1. Ziele des Forschungsvorhabens

Am 1.1.2009 ist der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in Kraft getreten. In Verbindung mit dem gleichzeitig eingeführten Gesundheitsfonds, der über einen politisch festgesetzten einheitlichen Beitragssatz in der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)⁴ gefüllt wird, werden seither den einzelnen Kassen Zuweisungen für die Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung gestellt, deren Höhe sich vor allem am Alter und am Geschlecht der Versichertenpopulation sowie an der Morbidität in 80 ausgewählten Krankheiten orientiert. Nun liegen in der Zwischenzeit Erfahrungen mit der Funktionsweise des Morbi-RSA vor. Die Berichte des wissenschaftlichen Beirates beim Bundesversicherungsamt, das für die Organisation des Morbi-RSA verantwortlich ist und das bei dieser Aufgabe durch den wissenschaftlichen Beirat unterstützt wird, zeigen im Prinzip die Funktionstüchtigkeit dieses Verfahrens. Dennoch ergeben sich immer wieder Zweifel am Ausgleichssystem. So steht z. B. die Frage im Raum, ob die Krankheitsauswahl und die Krankheitsanzahl sachgerecht sind oder ob eine andere Systematik das Ziel des Morbi-RSA, die Versorgungsbelastungen der einzelnen Kassen bei chronischen, schwerwiegenden und kostenintensiven Erkrankungen – so die gesetzlichen Anforderungen bei der Auswahl der zuweisungsauslösenden Krankheiten – plausibler, transparenter und nachvollziehbarer erfüllen kann. Dabei geht es aber auch um die Frage, ob Verwerfungen im aktuellen Morbi-RSA existieren, welche Disparitäten in den Zuweisungen nach sich ziehen können, mit denen einzelne Kassen bevorzugt und andere benachteiligt werden.

Nicht nur die Krankheitsspektren unterliegen Veränderungen, sondern auch deren Behandelbarkeit und die daraus folgenden Behandlungskosten. Es ist vorstellbar, dass innovative therapeutische Möglichkeiten früher chronisch auftretender Erkrankungen nun in einem überschaubaren Zeitraum heilen können oder dass neue diagnostische Möglichkeiten zu einem differenzierteren Krankheitspektrum führen können, als dies noch vor einigen Jahren der Fall war. Daher erschien es uns sinnvoll, im Rahmen einer als Begleitforschung zu verstehenden Analyse mögliche Methoden zur Krankheitsauswahl unter den aktuellen Gegebenheiten zu erproben, mit denen möglicherweise die gegenwärtige Versorgungsbelastung von Krankenkassen besser als bisher abgebildet werden kann. Dieses Forschungsprojekt ist ergebnisoffen geplant. Letztlich soll also ein theoretischer Diskurs über Alternativen in der Methodik der Krankheitsauswahl im Mittelpunkt stehen, der allerdings durch Auswertungen eines für die GKV repräsentativen Datensatzes unterlegt ist und damit praktische Bedeutung erhält.

Es ist immer wieder angemahnt worden, dass Interventionen in unserem Gesundheitssystem, die weitreichende Auswirkungen haben, auch extern evaluiert werden sollten. Der Gesundheitsfonds und die Zuweisungen aus dem weiterentwickelten Risikostrukturausgleich gehören zu den wichtigsten Veränderungen

⁴ In dem gesamten Dokument bezieht sich der Begriff „GKV“ nicht auf die landwirtschaftlichen Krankenkassen, da diese nicht am Risikostrukturausgleich teilnehmen.

der vergangenen Jahre mit Auswirkungen auf die Finanzausstattung der Krankenkassen. Insofern erscheint es an der Zeit, eine Evaluation dieser Finanzierungs- und Zuweisungssystematik auch extern vorzunehmen.

Die Arbeiten an dem vorliegenden Gutachten wurden überwiegend Ende 2014 und in der ersten Jahreshälfte 2015 durchgeführt und repräsentieren damit den wissenschaftlichen Stand von Mai 2015.

2. Die Entwicklung des Morbi-RSA

2.1 Zur Historie

Der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit gleichem Leistungskatalog für alle Versicherten und damit für rund 90 % der deutschen Bevölkerung (GKV-SV 2014) setzt einen Risikostrukturausgleich voraus. Ein solcher Risikostrukturausgleich (RSA) wurde 1994 in die GKV eingeführt. Er sollte dazu dienen, die Unterschiede der Versichertenrisiken zwischen den einzelnen Kassen, die historisch durch die alters-, geschlechtsspezifischen-, regional- und sozialstrukturellen Unterschiede bei den Versicherten entstanden waren, auszugleichen: Kassen mit einer besonders ungünstigen Risikostruktur, die vor allem alters- und geschlechtsbedingt zustande kommt - mit einer hohen Zahl beitragsfreigestellter Familienversicherter oder mit unterdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder - sollten finanziell nicht benachteiligt werden. Mit dem RSA sollten vielmehr die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass alle Kassen, unabhängig vom Risiko ihrer Versichertenpopulation, ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen können, ohne dadurch in eine finanzielle Schieflage mit Auswirkungen auf den Beitragssatz und damit in Wettbewerbsnachteil mit anderen Kassen zu kommen. Vom Beginn des RSA an gab es daher „Zahlerkassen“ und „Empfängerkassen“, also Kassen mit höheren und niedrigeren beitragspflichtigen Einnahmen sowie mit einer geringeren und einer höheren Morbiditäts- und damit Versorgungsbelastung. Seit der Einführung des RSA wurde die Morbidität der Versicherten an Hand der Kriterien Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente erfasst, weil auch dieser Faktor als zusätzlicher Risikofaktor erkannt wurde.

Mit der Einführung der finanziellen Förderung von DMPs über den RSA im Jahre 2001 gab es eine weitere Ergänzung: Die Morbiditätsbezüge wurden erweitert durch die Berücksichtigung der Einschreibungen in zugelassene, strukturierte Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Krankheiten. Hierdurch sollten Wettbewerbsnachteile für Krankenkassen, die eine überdurchschnittlich hohe Zahl dieser chronisch Kranken versichern, vermieden und zugleich Anreize geschaffen werden, die gesundheitliche Versorgung der Betroffenen im Rahmen solcher an Leitlinien orientierten Behandlungsprogramme zu verbessern.

Es wurde jedoch schon seit der Einführung des RSA darüber diskutiert, dass die Morbiditätslast der Kassen durch die eingeführten Kriterien nicht genau genug erfasst werde und dass eine zielgenauere Zuweisung des Beitragsbedarfs notwendig sei. Mit dem RSA-Reformgesetz von 2001 hat der Gesetzgeber dieser Diskussion Rechnung getragen und festgelegt, dass der RSA ab dem Jahre 2007 „auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikatoren, Indikatorengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale“ die Morbidität unmittelbar berücksichtigen solle. Das zu diesen Anforderungen vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) in Auftrag gegebene Gutachten (IGES/Lauterbach/Wasem 2004) wurde im November 2004

vorgelegt. Dort wurde vorgeschlagen, neben den bisherigen RSA-Merkmalen Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentner-Status („EU-/ BU-Rentner“) zusätzlich sämtliche ambulant verordneten Arzneimittelwirkstoffe und sämtliche dokumentierten Krankenhausdiagnosen quasi als „Spiegel“ der individuellen Morbiditätslast für eine Differenzierung und Festlegung der kassenorientierten Ausgleichzahlungen heranzuziehen. Der Morbiditätsadjustierung sollte dabei das US-amerikanische Modell der „Rx-Groups + IPHCC (Inpatient Hierarchical Condition Categories)“ zu Grunde gelegt werden, das nach Meinung der Gutachter besonders gut auf die Deutsche Versorgungssituation angewendet werden könne und ausreichend sicher – im Vergleich mit anderen methodischen Instrumenten – die Kosten der unterschiedlichen Morbidität abbilde (siehe auch Pope et al., 2000a; Pope et al., 2000b; Pope et al., 2004).

2.2 Morbi-RSA und Gesundheitsfonds

Die Einführung des Gesundheitsfonds am 01. Januar 2009 in Verbindung mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) war eine der tiefgreifendsten Veränderungen in der Finanzierungssystematik der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die bis dahin kassenautonome Festsetzung des Beitragssatzes wurde abgeschafft und durch einen politisch im Bundestag beschlossenen Beitragssatz in Höhe von 15,5% ersetzt. Gleichzeitig wurden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach Alter, Geschlecht und 80 Krankheitsklassen in der jeweiligen Versichertenpopulation der einzelnen Kassen vom Bundesversicherungsamt (BVA) veranlasst. Beide Instrumente, der Gesundheitsfonds und der Morbi-RSA waren neu im deutschen GKV-System, sie sollten dazu beitragen, eine vergleichbare Ausgangssituationen im Wettbewerb um Marktanteile trotz unterschiedlicher Versichertenpopulationen herzustellen. Er ist damit als Weiterführung des schon seit Anfang der 1990er Jahre bestehenden Risikostrukturausgleichs nach Alter, Geschlecht und Rentnerstatus zu verstehen und war in seiner Ausgestaltung und in seinen Auswirkungen Gegenstand vieler Auseinandersetzungen. Ein Wissenschaftlicher Beirat war dem BVA an die Seite gestellt worden, um ein Konzept für diesen erweiterten Ausgleich zu entwerfen und seine Einführung zu begleiten. Im Folgenden sollen daher die Entwicklung und Begründung des Morbi-RSA nachgezeichnet und Indikatoren benannt werden, an denen seine Auswirkungen, sowohl die positiven als auch die möglicherweise negativen, auf die GKV geprüft werden könnten.

Die Begründungen für diesen morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) waren vielfältig (siehe auch die Leitsätze zum Beschluss des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2005 - 2 BvF 2/01 -):

- ◆ Die zentrale Aufgabe des RSA ist der Ausgleich der Risikobelastung innerhalb der Krankenkassen.
 - ◆ Der RSA soll das Erreichen von Beitragssatz- und Wettbewerbsvorteilen durch die Selektion günstiger Versichertenrisiken ausschließen.
-

- ◆ Der Beitragssatz soll Ausdruck der Wirtschaftlichkeit einer Kasse und nicht der Auswahl risikogünstiger Versichertengruppen sein.
- ◆ Der RSA in seiner bisherigen Form gleicht die kassenspezifische Risikoblastung nicht hinreichend aus.

Diese Ziele wurden auch vom Bundesverfassungsgericht am 18. Juli 2005 im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens der Länder Bayern, Baden-Württemberg und Hessen bestätigt. In der Begründung wurde betont, dass die Gewährleistung eines kassenübergreifenden sozialen Ausgleichs und die Förderung eines an der Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz der medizinischen Versorgung orientierten Kassenwettbewerbs legitimes Ziel der Anwendung des RSA sei.

Im bis dahin existierenden RSA wurden nach Alter und Geschlecht Summen „umverteilt“, die durchschnittlichen Ausgabenprofilen entsprachen, seinerzeit zum Beispiel für eine 62-jährige Frau 1.757 Euro. Die Kassen bekamen dann mehr für einen Versicherten, wenn er als Patient in ein DMP eingeschrieben war, im Beispiel für eine insulinpflichtige 62-jährige Diabetikerin statt des allein am Alter und Geschlecht orientierten Ausgleich von 1.757 Euro nun 2.599 Euro. Wenn eine Patientin oder ein Patient allerdings an einer teuren Krankheit wie Multiple Sklerose (MS) litt, die nicht im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms behandelt wurde, gab es keinen zusätzlichen finanziellen Ausgleich. Im System des Morbi-RSA sollte sich dies insofern ändern, als bei allen in den Morbi-RSA aufgenommenen Krankheiten neben der üblichen RSA-Zuweisung nach Alter, Geschlecht usw. eine Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds gezahlt werden sollte, die sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben der zu berücksichtigenden Krankheiten orientierte.

Der „Morbi-RSA“ als Weiterentwicklung des RSA

War die Einführung des Morbi-RSA zunächst für das Jahr 2007 geplant, kam es im Rahmen der Regelungen der Gesundheitsreform 2006, die eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der GKV forderte, zu einer Verschiebung der Einführung des Morbi-RSA auf den 01. Januar 2009. Diese Veränderungen, die in der 14. RSA-Änderungsverordnung vom 18.12.2006 festgehalten waren, führten letztlich zum Konzept des Morbi-RSA, das die Ermittlung von Risikozuschlägen auf der Grundlage von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffen vorsah. Als erster Schritt wurde im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.3.2007 festgelegt, dass das BVA mit Unterstützung eines wissenschaftlichen Beirates 50 bis 80 Krankheiten nach vorgegebenen Kriterien (v.a. kostenintensiv, schwerwiegend, chronisch) unter Berücksichtigung einer Versichertenstichprobe auszuwählen habe, um Erfahrungen mit dem neuen Morbi-RSA sammeln zu können. Gekoppelt wurde dieses Modell mit dem neu eingeführten Gesundheitsfonds. In der Gesetzesbegründung des GKV-WSG zu diesem Punkt hieß es: „Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds werden die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturaus-

gleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten wird eingeleitet.“ Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sollten eine Grundpauschale enthalten, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben (Schawo und Schneider, 2007).

Der Beirat, der das BVA in der Ausgestaltung des Morbi-RSA unterstützen sollte, wurde am 29.5.2007 berufen und tagte danach in einem monatlichen Turnus. Mitglieder des Beirates waren die Professoren Reinhard Busse, Berlin, Saskia Drösler, Krefeld, Gerd Glaeske, Bremen, Wolfgang Greiner Bielefeld, Thomas Schäfer, Gelsenkirchen und Matthias Schrappe, Frankfurt. Zum Vorsitzenden des Beirates wurde Gerd Glaeske gewählt, zum stellvertretenden Vorsitzenden Thomas Schäfer. Im Dezember 2007 wurde das Gutachten vorgelegt. Die Vorgaben für die Krankheitsauswahl sind definiert (gemäß § 268 SGB V nebst Gesetzesbegründung und dem § 31 RSAV). Danach sollen

- ◆ Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen und
- ◆ Anreize zur Risikoselektion vermieden werden,
- ◆ die Krankheiten sollen eng abgrenzbar, schwerwiegend und chronisch sein,
- ◆ die für die Krankheiten anfallenden durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten sollen die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen und
- ◆ die festzulegenden 50 bis 80 Krankheiten sollen eine besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen und wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkasse haben.

2.3 Zum Vorgehen und zur Methodik der Krankheitsauswahl

Die Basis der Beiratstätigkeit beruhte auf einem empirischen und datengestützten Vorgehen. Als Datengrundlage stand eine Versichertenstichprobe aus der Gesamt-GKV zur Verfügung (Diagnose-, Arzneimittel- und sonstige ambulante und stationäre Daten aus den Jahren 2005 und 2006 für etwa 4,2 Mio. über beide Jahre auswertbare Versichertenpseudonyme). Diese Daten enthielten alle Leistungsausgaben mit Ausnahme der zahnärztlichen Abrechnungen und des Krankengeldes (Schäfer, 2007).

Die Aufgabe des Beirats bestand zunächst in einer begründbaren und wissenschaftlich plausiblen Operationalisierung der im Gesetz verankerten unbestimmten Rechtsbegriffe.

- ◆ Als erste „Hürde“ musste der im Gesetz angegebene **Schwellenwert** vom 1,5 fachen der Durchschnittskosten für alle Versicherten überschritten

werden. Dies hatte in der Beiratsliste jedoch nur einmal eine Konsequenz für das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperkinetische Syndrom (ADHS), auf das alle anderen Kriterien zutrafen, während der seinerzeit empirisch gefundene Schwellenwert von 2.422,40 Euro unterschritten wurde.

- ◆ Als „kostenintensiv chronisch“ wurden Krankheiten dann bewertet, wenn bei mindestens 50 Prozent der Betroffenen die ambulante Diagnose in zwei verschiedenen Quartalen eines Jahres dokumentiert war und die nach der Prävalenz gewichteten altersstandardisierten Folgekosten zu den obersten 30 Prozent der 1,5fach über dem Durchschnitt liegenden Kosten für alle Versicherten gehörten (70stes Perzentil). **(Chronizitätsrate und Kostenintensität)**
- ◆ Als „schwerwiegend“ wurde eine Krankheit dann definiert, wenn die Diagnosegruppe eine Hospitalisierungsquote von mindestens 5 Prozent aufweist und die Kosten sich entsprechend den Vorgaben wie bei „kostenintensiv chronisch“ verhalten. **(Hospitalisierungsquote)**

Ergänzt wurden diese Kriterien um drei weitere Aspekte:

- ◆ Eine Krankheit wurde definiert als eine medizinisch adäquate Entität, die sich aus Diagnosegruppen zusammensetzt. Damit folgte der Beirat dem § 31 RStV, Absatz 2, in dem gefordert wird, dass für die ausgewählten Krankheiten auch die zur Identifikation dieser Krankheiten erforderlichen ICD-Codes und Arzneimittelwirkstoffe zur Ermittlung der entsprechenden Morbiditätsgruppen des gewählten Klassifikationsmodells anzugeben sind.
- ◆ Bei den Diagnosegruppen orientierte sich der Beirat an einem bewährten Klassifikationsmodell (HCC; Hierarchische Condition Categories), in dem auch über einzelne ICD-Gruppen hinweg zusammenhängende medizinische Diagnosen klassifiziert werden.
- ◆ Die Krankheitsauswahl sollte für ein prospektiv auszugestaltendes Versichertenklassifikationsmodell definiert werden. Damit war gemeint, dass die ab 2009 berechneten Zuschläge eine auf Morbiditätsinformationen beruhende Schätzung von Folgekosten darstellen: Die in einem Jahr zu erwartenden GKV-Ausgaben werden auf der Basis von Krankheitsinformationen des Vorjahres ermittelt. Krankheiten des Klassifikationsmodells lösen also erst und nur dann Zuschläge in noch zu bestimmender Höhe aus, wenn sie auch im Folgejahr ihres Auftretens zu einer Inanspruchnahme von GKV-Leistungen führen.

Auf dieser aus Sicht des Beirates epidemiologisch und statistisch gut begründeten Methodik wurde im Rahmen des beauftragten Gutachtens, das im Dezember 2007 abgegeben wurde, eine Krankheitsliste mit 80 Krankheiten erstellt, von denen im Jahre 2005 unter Berücksichtigung der stationären Haupt- und Nebendiagnosen sowie der gesicherten ambulanten Diagnosen rund 23,2 Prozent der Versicherten von mindestens einer der 80 ausgewählten Krankheiten betroffen waren. (Busse

et al., 2007) Auf diese entfielen im Jahre 2006 rund 67 Prozent der berücksichtigten GKV-Ausgaben.⁵ Schon bald gab es aber Kritik an der Liste, die manchen zu „eng abgegrenzt“ erschien: So war Diabetes-Typ 2 mit schweren Komplikationen aufgenommen, nicht aber Diabetes Typ-2 ohne Komplikationen, Myokardinfarkt und instabile Angina pectoris waren aufgenommen, die Koronare Herzkrankheit (KHK) aber nicht, schwere Depression ja, Depression allgemein aber nicht, Blutung in der Frühschwangerschaft ja, Schwangerschaft als solche nicht, Gelenkerkrankungen mit Infektionen ja, Rheumatoide Arthritis aber nicht. Das größte Problem wurde aber sowohl von einigen Kassen wie auch vom Bundesgesundheitsministerium darin gesehen, dass die Disease Management Programme bis auf die strukturierte Behandlung von Brustkrebs und Typ-1-Diabetes sowie einigen Komplikationsformen der Typ-2-Diabetes nicht Teil der Krankheitsliste waren. Asthma, COPD, Diabetes ohne Komplikationen oder KHK kommen zwar häufig vor, sind aber bezogen auf einzelne Patienten keine kostenintensiven Erkrankungen. Dass zum Beispiel Demenz nicht in der Krankheitsliste genannt ist, ist nicht etwa darauf zurückzuführen, dass dies ohne Zweifel keine insgesamt teure und versorgungspolitisch höchst bedeutsame Krankheit wäre. Die Kosten der Demenz fallen aber nur teilweise bei der GKV an, da die meisten Patientinnen und Patienten in den Versorgungsbereich der Pflegeversicherung „hinüberwechseln“. Die Kosten der Krankenkassen zur Behandlung der Demenz (Arzneimittel oder Rehabilitation) sind daher deutlich reduziert, weshalb das 1,5fache des Kostendurchschnitts für alle Versicherten nicht erreicht wurde. Untersuchungen bei der Barmer Ersatzkasse hatten bei der Aufstellung einer eigenen Krankheitsliste nach den Kriterien des Morbi-RSA beispielsweise gezeigt, dass Asthma oder COPD aus Kostengründen keinen Eingang in eine „hauseigene Probe-Auswahlliste“ gefunden hatten.

In die Barmer-Liste aufgenommen waren allerdings andere breit vorkommende und gleichzeitig teure Krankheiten wie Herzinsuffizienz, schwere Depression oder Abhängigkeitserkrankungen, die auch in ein strukturiertes Behandlungsprogramm hätten aufgenommen werden können – die Krankheiten sind allesamt häufig, die Behandlungsqualität ist allerdings bei allen suboptimal, Unter- und Fehlversorgung sind an der Tagesordnung und es kommt vielfach zu Folgeerkrankungen mit teuren Behandlungsinterventionen. Der Beirat hatte dieses Ergebnis im Kapitel 5 seines Gutachtens „Empfehlungen und Anmerkungen des Wissenschaftlichen Beirats“ kommentiert:

- ◆ Der RSA sollte sich vor allem auf schicksalhaft auftretende und nicht mehr der Prävention zugängliche Krankheiten beziehen.
- ◆ Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) sollten weiterhin über einen Zuschlag gefördert werden, auch wenn dies damals nicht in der

⁵ Nach der Publikation des Gutachtens am 19. Dezember 2007 war aufgefallen, dass das BVA in seinen Rechenoperationen die Kosten nicht prospektiv, sondern gleichzeitig berechnet hatte. Dadurch sank der Prozentanteil der im Folgejahr berücksichtigten GKV-Ausgaben in diesem Krankheitslistenmodell von 67 Prozent auf etwa 60 Prozent.

RSAV vorgesehen war, damit die Qualität der eigentlich kostengünstig zu behandelnden chronischen „Volkskrankheiten“ nicht verschlechtert würde.

Drei zentrale Kritikpunkte

Die vom Beirat konzipierte Rationalität einer weiterentwickelten und zielgerichteten (und auch zielgerechten) Ausgestaltung des Morbi-RSA wurde in den Anfangsmonaten des Jahres 2008 ausführlich diskutiert. Kritisch wurde beispielsweise gesehen, dass den Krankheiten keine Arzneimittelwirkstoffe zugeordnet wurden. Allerdings spiegelten die in der Zwischenzeit zur Verfügung stehenden ambulanten Diagnosen sehr viel zutreffender eine Krankheit wider als Arzneimittelwirkstoffe, die allzu oft keineswegs valide auf eine bestimmte Krankheit hinweisen – man denke nur an Beta-Rezeptorenblocker, die bei Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz oder zur Migräneprophylaxe verordnet werden (zur Diagnosevalidität siehe BIPS, 2007; Giersiepen et al., 2007; Trautner et al., 2005; zur Arzneimittelklassifikation Glaeske, 2005). Die Validität der Diagnosen selber, die im ambulanten Versorgungsbereich codiert wurden, galt zunächst als nicht besonders belastbar. In der Zwischenzeit geht man davon aus, dass sich die Codiergenauigkeit und –zutreffenheit verbessert hat, nach wie vor bestehen aber Schwächen (s.u.).

Letztlich gab es, abgesehen von einzelnen inhaltlichen Anmerkungen der Kassen, Patientenverbänden, ärztlichen Organisationen oder politischen Parteien, im Wesentlichen Kritik an drei grundsätzlichen Positionen des Beirates: **Der erste Kritikpunkt betraf die Hinweise zur Prävention:** Der Beirat hatte solche Diagnosen oder Krankheiten nicht aufgenommen, die im Rahmen der Primär- oder Sekundärprävention präventabel sind, obwohl sie auf der nach der beschriebenen Methodik erstellten Liste genannt waren (zum Beispiel Diabetes ohne Komplikationen, Dekubitus). Der wissenschaftliche Beirat hat auf diese Weise die Priorität für einen Risikoausgleich betonen wollen, der nur dort wirken soll, wo medizinische Versorgung bereits unerlässlich und notwendig geworden ist, nicht aber dort, wo Kassen durch gezielte Aktivitäten im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention eine Reduzierung der Krankheits- und Versorgungslast erreichen können. Kassen sollten sich also nicht im Rahmen eines morbiditätsorientierten Finanzausgleichs „einrichten“ können, sondern sollten vielmehr Sorge dafür tragen, dass die beeinflussbare Morbiditätslast gesenkt würde. Dies wurde auch in der Begründung des Kapitels „Empfehlungen und Anmerkungen des wissenschaftlichen Beirates“ noch einmal verdeutlicht (Busse et al 2007). Mit ein wenig zeitlichem Abstand muss allerdings konzediert werden, dass die präventionsorientierten Überlegungen nicht in die Systematik eines Morbi-RSA gehören, der die tatsächlich entstehenden Versorgungskosten ausgleichen soll. Zudem wäre es denkbar, dass ein solcher „Präventionsvorbehalt“ auch den adversen Anreiz in Gang setzen könnte, mit einer passiven Einstellung die Krankheiten bis zu einem schwerwiegenderen und zuweisungsberechtigten Status verschlechtern zu lassen – dann wäre das Gegenteil von dem erreicht, was über den Morbi-RSA nach Mei-

nung des wissenschaftlichen Beirates gefördert werden sollte, nämlich die Vermeidung von Krankheit bzw. deren Verschlechterung.

Der zweite Kritikpunkt berührt nicht nur die Interpretation der gesetzlichen Rahmenbedingungen, sondern auch die gesamte „Philosophie“ des morbiditätsorientierten Finanzausgleichs nach den gesetzlichen Kategorien: Es wurde bemängelt, dass DMP- und sog. Volkskrankheiten nicht in den Krankheitskatalog aufgenommen wurden. Der Grund dafür war, dass viele Krankheiten dieser Kategorien zwar häufig vorkommen, aber bezogen auf den einzelnen Versicherten nicht kostenintensiv in der Behandlung sind.

Es trifft zu, dass Kassen je nach ihrer Versichertenpopulation unterschiedlich von solchen Volkskrankheiten betroffen sein können, weil zum Beispiel Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselkrankheiten häufiger bei Menschen mit einem niedrigen sozialökonomischen Status auftreten. Im Gesetz ist jedoch weder ein zu operationalisierendes Kriterium „Soziale Schicht“ vorgesehen noch ein Hinweis darauf, dass die Auswahlkriterien bei den Volkskrankheiten anders zu gewichten seien als bei den übrigen Krankheiten.

Damit gewinnt der Aspekt der Prävalenzgewichtung einen wichtigen Stellenwert: Wenn die Krankheiten, deren Chronizität, deren Schwere und deren Kosten, die das 1,5fache der Durchschnittskosten aller Versicherten (bei der Erstellung des damaligen Gutachtens etwa 2.400 Euro) überschreiten müssen, im Mittelpunkt der gesetzlichen Kriterien stehen, nicht aber die nur in der Gesetzesbegründung erwähnte allgemeine Versorgungslast, dann konnte es aus Sicht des Beirates bei der Gewichtung der Prävalenz nur die Möglichkeit geben, die Krankheitshäufigkeit möglichst schwach zu bewerten⁶. Eine lineare Beziehung der Häufigkeit und der Kosten (Fälle mal Kosten) hätte vor allem weniger häufig oder gar selten vorkommenden Krankheiten gar nicht berücksichtigt: Hypertonie, Rückenbeschwerden, Stoffwechselstörungen, Diabetes mellitus ohne Differenzierung, Affektive Störungen vermengt mit Depressionen, Asthma, COPD und andere hochprävalente Erkrankungen hätten eine solche Auswahl dominiert. Interne „Probelisten“ der Barmer und der AOK zeigten eben diese Reihenfolgen, genauso wie die sog. „Essener Liste“ (Wasem, 2007). Die Kriterien „Eng abgrenzbar, schwerwiegend, 1,5fach über dem Kostendurchschnitt“, wie im Gesetz gefordert, ließen sich allerdings mit diesen Krankheiten nicht in Beziehung bringen. Neben der linearen Funktion wurde als zweite Möglichkeit die Wurzelfunktion als Gewichtungsfunktion angewendet. Auch bei dieser Herangehensweise waren die „großen, aber kostengünstigen Krankheiten“ noch immer dominierend (über die Wurzelfunktion wäre die Linearität der Prävalenzgewichtung deutlich abgeschwächt, bei 1000 Fällen käme es nur noch zum Faktor 31,6). Am schwächsten

⁶ In der Begründung heißt es: „Die Auswahl soll sich danach auf Krankheiten erstrecken, die für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind und wesentlichen Einfluss auf die Kostenbelastung der Krankenkasse haben. Hierdurch wird sichergestellt, dass auch mit einer begrenzten Zahl von Krankheiten ein hohes Maß an Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs erreicht wird.“ (BT Drucksache 16/3100, Seite 204)

ist die Auswirkung bei der logarithmischen Prävalenzgewichtung, für die sich der Beirat entschieden hat, da die Krankheitsliste eine gute Mischung aus seltenen teuren und häufig vorkommenden teuren Krankheiten widerspiegelte (bei 1000 Fällen beträgt der Faktor nur noch 3).

Diese logarithmische Gewichtung wurde von vielen Kassen als nicht adäquat kritisiert. Der Morbiditätsausgleich auf dieser Basis bezöge „nur“ 23 Prozent der Versicherten ein, dies wäre ein zu geringer Effekt, der morbiditätsorientierte Zuweisungsanteil aus dem Fonds wäre zu schmal ausgefallen. Das BVA hat diese kritischen Argumente akzeptiert und zum Anlass genommen, eine eigene und von der Auflistung des wissenschaftlichen Beirates abweichende Krankheitsliste vorzulegen, die neben dieser Veränderung der Prävalenzgewichtung allerdings andere wichtige Module der Beiratsmethodik beibehalten hat. Der große Unterschied: Die in den Diskussionen vor der Publikation des Beiratsgutachtens vom BVA (und von BMG-Vertretern, die während aller Sitzungen des Beirates anwesend waren) mitgetragene logarithmische Prävalenzgewichtung wurde zugunsten der Wurzelfunktion verändert. Das Ergebnis war: Alle Krankheiten der bestehenden DMPs und weitere Volkskrankheiten wie Hypertonie, Demenz, Herzinsuffizienz oder allgemeine Depression, Atherosklerose und bestehende Schwangerschaft oder schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung wurden dadurch nun Teil der „amtlich gestellten“ Krankheitsliste, die am 13. Mai 2008 vom BVA publiziert wurde. In dieser Liste wurden allerdings aus Sicht des wissenschaftlichen Beirates weder das Kriterium „eng abgrenzbar“ noch das Kriterium „kostenintensiv“ im Sinne der gesetzlichen Vorgaben operationalisiert, die Varianzen nach Schweregrad und Kosten erschienen nicht ausreichend berücksichtigt worden zu sein.

Tabelle 1: Umverteilungskonsequenzen

| Umverteilungskonsequenzen | N | Anteil betroffener Versicherter 2005 | Anteil an den Ausgaben 2006 |
|--|-----------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Angaben im Gutachten | 4.318.141 | 23,2% | 67,0% |
| Korrigierte Gutachtauswahl (ohne sonstige Leistungsausgaben) | 4.194.687 | 24,8% | 59,7% |
| Korrigierte Gutachtauswahl (mit sonstigen Leistungsausgaben) | 2.894.812 | 25,5% | 61,4% |
| BVA-Methodik | 4.226.965 | 39,5% ⁷ | 54% ⁸ |

Quelle: Busse et al. (2007)

Die Umverteilungskonsequenzen zeigen, dass sich durch die Gewichtung nach der Wurzelfunktion die zu berücksichtigenden Anteile bei den Versicherten deutlich verändert haben, von zunächst 23,2 Prozent (über die durch die BVA-Korrekturen auf der Beiratssystematik zustande gekommenen 24,8 bzw. 25,5 Prozent) nun auf 39,5 Prozent. Die Reaktionen auf diese „Ausweitung“ waren durchaus unterschiedlich: Die Rückmeldungen vor allem aus der CDU/CSU machten deutlich, dass den Politikerinnen und Politikern schon die erste Beiratsliste zu weitgehend war, erst recht nun die vom BVA erstellte. Dennoch hat der erweiterte BVA-Entwurf nicht mehr zu neuen Diskussionen geführt, offensichtlich, um ein verzögertes Inkrafttreten des Gesundheitsfonds, an den der Morbi-RSA gebunden war, zu vermeiden.

Die dritte Kritik war die wissenschaftlich am wenigsten nachvollziehbare und warf dem Beirat die Verhinderung einer stärkeren Wettbewerbsorientierung vor. Dies bezog sich auf die Grenzziehung zwischen „kostenintensiv“ einerseits und „häufig, aber vergleichsweise kostengünstig“ andererseits. Die letztgenannte Kategorie, abgeleitet aus der Gesetzesbegründung, nicht aus dem letztlich verbindlichen Gesetzestext, wurde nicht in dem von manchen Kassen gewünschten Maße angewendet (siehe z.B. die Kritik von Jacobs, 2008). Die Nichtberücksichtigung ist ein Hinweis darauf, dass der § 137 f SGB V, mit dem die Rahmenbedingungen und Kriterien für strukturierte Behandlungsprogramme definiert werden, unabhängig von den Kriterien des Morbi-RSA ist, wie sie im § 268 SGB V und im § 31 RSAV beschrieben werden. Wenn diese Gleichsetzung gewollt gewesen wäre, hätte der Gesetzgeber in klarer Weise darauf verweisen können. Im § 137 f SGB V sind weder Hinweise auf „schwerwiegend“ noch auf über dem Durchschnitt lie-

⁷ Mit 2 ambulanten Diagnosen

⁸ Verteilung über Morbiditätszuschläge

gende Kosten angegeben, es geht vielmehr um Anforderungen zugunsten einer in der Qualität optimierten Versorgung. Diese klar formulierten Anforderungen bestehen aber im Morbi-RSA nicht mehr. Die Krankheiten, aufgebaut auf den zugehörigen Diagnosen, lösen ohne Nachweis eines strukturierten Behandlungsprogramms und ohne entsprechende Anstrengungen der Kassen bezüglich der Qualitätssicherung Zuweisungen aus dem Fonds aus. Hier werden die finanziellen Morbiditätslasten ausgeglichen und nicht das Engagement zugunsten einer besseren und leitlinienorientierten Versorgung.

Der Morbi-RSA bleibt hinter seinen Möglichkeiten zurück

Es war das Ziel des Morbi-RSA, mehr Rationalität und Zielgenauigkeit im finanziellen Ausgleich der Kassen zu erreichen, deren unterschiedliche Versorgungsbelastungen durch die Unterschiede in der Versichertenstruktur zustande kommen. Dieses Ziel wurde aber weniger gut erreicht als es möglich gewesen wäre. Dies hat zumindest zwei Gründe:

1. Die Rationalität könnte in Frage gestellt sein, weil alle Unwirtschaftlichkeiten, jede vorhandene Unter-, Über- und Fehlversorgung (siehe hierzu zum Beispiel SVR 2005) in der Versichertenversorgung die Basis des Ausgleichs bilden, es gibt weder ein theoretisches Konzept der Ableitung einer bestmöglichen Versorgung, an der sich ein Ausgleich orientieren könnte, noch gibt es die Bindung der Ausgleichswirkungen an einen Nachweis wie bei den DMPs, wo akkreditierte strukturierte und evidenzorientierte Behandlungsprogramme die Voraussetzung für Zuweisungen aus dem RSA sind. Zwar sind im Morbi-RSA nun Krankheiten und Diagnosen zur Basis des Ausgleichs vorgesehen, die Qualität und die Evidenzorientierung der Versorgung stehen jedoch nicht im Vordergrund, sondern alleine die Leistungsausgaben. Es könnte dadurch sogar zu adversen Anreizen kommen, wenn Kassen und Ärzte sich zusammentäten, um eine hohe und zuweisungsauslösende Morbidität in GKV zu fördern, sowohl über die Diagnosestellungen („gaming“) wie aber auch über unnötige Arzneimittelverordnungen. Ob diese Gefahr im Rahmen eines prospektiven Zuweisungsansatzes als besonders hoch einzuschätzen ist, darf allerdings bezweifelt werden, da die anfallenden Behandlungskosten im Leistungsjahr nicht mit dem Zuweisungsbetrag im Folgejahr ausgeglichen werden. Die Frage ist allerdings dennoch berechtigt, wie sich innerhalb der Kassen das Engagement zugunsten eines besseren Versorgungsmanagements und der durch den Wettbewerb induzierten Suche nach besseren Versorgungslösungen in Gang setzen lässt, wenn ein möglichst breit angelegter Ausgleich angestrebt wird. Ansätze könnten hier Betreuungsstrukturverträge nach § 106 a SGB V sein, mit denen der Anteil an gesicherten Diagnosen verbessert und auffällige Abweichungen, orientiert an der Prävalenz oder am Durchschnitt entdeckt werden könnten.
2. Die Verbindung des Morbi-RSA mit der Einführung des Gesundheitsfonds ohne jede Evaluationsphase (z.B. in Form eines „Trockenschwimmens“ über

1 bis 2 Jahre, um die Auswirkungen besser einschätzen zu können) hat die Kassen angetrieben, alle finanziellen Belastungen zu vermeiden, die z.B. durch eigene Vertragskonzepte oder zusätzliche Satzungsleistungen entstehen könnten. Wenn die Gefahr eines steigenden Zusatzbeitrages vermieden werden soll, der zu Wettbewerbsnachteilen im Krankenversicherungsmarkt führen könnte, bekommt die maximale Ausschöpfung des Gesundheitsfonds und der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA eine ökonomisch stabilisierende Wirkung für jede Kasse. Der Morbi-RSA gewinnt unter diesen Bedingungen den Charakter eines finanziellen „Rettungsankers“ für manche Kassen, die sich von einer möglichst breiten Basis der ausgewählten Krankheiten eine Unterstützung in prekären Zeiten erhoffen. Dies könnte auch erklären, warum der Morbi-RSA eine Investition in präventive Maßnahmen nur dann fördern würde, wenn die Deckungsbeiträge in bestimmten Krankheiten trotz der Ausgaben für Prävention positiv blieben. Ansonsten könnten solche Investitionen auch die Gefahr eines wettbewerbsschädlichen Zusatzbeitrages mit sich bringen. Daher ist es nicht überraschend, dass präventive Maßnahmen im Sinne der Morbiditätsverminderung oder -verhinderung nicht unbedingt im Zusammenhang mit dem Morbi-RSA stehen.

2.4 Zwischenfazit: Der RSA ist notwendig für einen funktionierenden Kassenwettbewerb

Der politische Wunsch nach einem Wettbewerb zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen führte zu der ordnungspolitischen Notwendigkeit, ein System zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zu schaffen. Dieser Risikostrukturausgleich wurde im Laufe der Jahre kontinuierlich weiterentwickelt und mündete in letzter Konsequenz im Morbi-RSA. Konkret wurde die Morbiditätsorientierung durch die Auswahl von 80 Erkrankungen umgesetzt, die im Ausgleich berücksichtigt werden. Die Auswahl selbst sowie die Entwicklung der zugrunde liegende Methodik wurden im Rahmen eines Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats des BVAs vorgenommen. Dieses Gutachten zur Krankheitsauswahl wurde zum Gegenstand intensiver politischer und fachlicher Diskussionen. Im besonderen Maße wurde dabei die Frage nach der Prävalenzgewichtung diskutiert. Für das aktuell praktizierte Ausgleichssystem muss zudem festgehalten werden, dass dieses hinter seinen Möglichkeiten zurück bleibt.

3. Kriterien zur Gestaltung eines Risikostrukturausgleichs

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem unabdingbar. Er dient dazu, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in den Mittelpunkt des Wettbewerbs zu stellen und keine Fehlanreize für das wirtschaftliche Handeln zu setzen. Bei einem optimalen RSA wären Beitragssatzunterschiede lediglich auf die Differenzen in der Leistungsfähigkeit der verschiedenen Krankenkassen zurückzuführen und hätten die Funktion reiner Preissignale (Cassel/Janßen 1999 S. 21). Auf diese Weise soll der RSA dazu beitragen, Chancengleichheit im Wettbewerb der Krankenkassen zu schaffen und Wettbewerbsvorteile, die lediglich auf günstigeren Risikostrukturen der Versicherten beruhen, abzubauen. In den folgenden Abschnitten werden die Kriterien beschrieben, nach denen der RSA seinen ordnungspolitischen Zweck bestmöglich erfüllt (vgl. Abb. 2). Anschließend wird der aktuell praktizierte Ausgleich hinsichtlich dieser Kriterien bewertet.

Abbildung 2: Qualitative Kriterien zur Bewertung des RSA

- Prognosesubstanz/Validität
 - Es sollen Ausgleichskriterien gewählt werden, die die Ausgaberrisiken gut abbilden
- Vermeidung von Risikoselektion/Zielgenauigkeit der Zuweisungen
 - Alle Versicherten sollen als Kunden der Kassen gleichermaßen interessant sein
- Manipulationsresistenz
 - Keines der zuweisungsrelevanten Merkmale kann durch die Kassen beeinflusst werden
- Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität
 - Die Ausgleichsgrößen müssen objektiv messbar und kontrollierbar sein
- Praktikabilität und Verwaltungseffizienz
 - Der Aufwand zur Berechnung des Ausgleichs sollte möglichst gering sein
- Transparenz und Akzeptanz
 - Die Berechnung des Ausgleichs muss für Dritte nachvollziehbar sein
- Versorgungsneutralität
 - Der RSA sollte keinen Anreiz für eine bestimmte Versorgungsform geben

Übergeordnetes
Ziel:
Chancengleichheit
im Wettbewerb

Quelle: IGES/Glaeske/Greiner

3.1 Ableitung der Kriterien

3.1.1 Prognosesubstanz/Validität

Von elementarer Wichtigkeit für die Funktion des Morbi-RSA ist es, dass dieser valide Ergebnisse generiert, also das misst, was er messen soll. Daher sollte ein zielorientierter Ausgleich Faktoren wählen, welche eine möglichst enge Korrelation zu den Ausgabenrisiken aufweisen, die aufgrund der unterschiedlichen Morbiditätsstrukturen der verschiedenen Krankenkassen bestehen. Ein zielführender Morbiditätsausgleich sollte deshalb möglichst gut die Abweichungen zwischen den Zuweisungen und Ausgaben erklären. Nur dadurch ist sichergestellt, dass die primären Ziele des RSA - die Vermeidung von Risikoselektion und die Herstellung von Chancengleichheit - im Wettbewerb der Krankenkassen sichergestellt sind. Zu diesem Zweck hat der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt im Rahmen der Evaluation des Jahresausgleiches 2009 zahlreiche Kennzahlen zur Bewertung der Zielgenauigkeit auf Ebene der individuellen Versicherten, auf Gruppenebene und auf Kassenebene entwickelt. Empirische Studien haben gezeigt, dass die ausschließliche Verteilung der Zuweisungen auf Basis demographischer Variablen nur unzureichend die Ausgabenvarianz erklärt und Vorjahresausgaben sowie diagnostische Informationen einen besseren Erklärungsansatz bieten (Breyer et al. 2013). Zur Ermittlung des Auseinanderfallens von Zuweisungen und Ausgaben werden aggregierte Gütemaße wie das statistische Bestimmtheitsmaß (R^2), Cumming's Predictive Measure (CPM) und der mittlere absolute Prognosefehler (MAPE) verwendet (Drösler et al. 2011).

3.1.2 Vermeidung von Risikoselektion/Zielgenauigkeit der Zuweisungen

Damit eine für den Wettbewerb nachteilige Risikoselektion vermieden werden kann, bedarf es einer institutionellen Regelung, die aus Kassensicht eine systematische Selektion guter und schlechter Risiken („rent seeking“) möglichst umfassend ausschließt. Aufgrund der Ausgestaltung der GKV mit Kontrahierungszwang und einkommensabhängigen Beiträgen ohne Berücksichtigung des Risikoprofils eines Versicherten, würde für Krankenkassen ansonsten der Anreiz bestehen, gute Risiken zu selektieren, um die Leistungsausgaben niedrig zu halten. Daher ist es erforderlich, bei der Ausgestaltung des RSA die strukturellen Unterschiede auf Ebene der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der mitversicherten Familienangehörigen und der Morbidität der Versicherten zu berücksichtigen. Es gilt sowohl eine direkte als auch eine indirekte Risikoselektion zu unterbinden. Denn obwohl eine direkte Risikoselektion gesetzlich ausgeschlossen ist, haben Krankenkassen die Möglichkeit der indirekten Risikoselektion, z.B. über zielgruppenspezifische Werbeangebote oder die Ausgestaltung ihres Versicherungsangebotes (Göpffahrt 2013).

Damit eine Risikoselektion vermieden werden kann, muss die Schätzung zukünftiger Leistungsausgaben der Versicherten und damit die Zuweisungen an die

Krankenkassen möglichst zielgenau vorgenommen werden. Für die Berechnung der Zuweisungen des RSA werden vom BVA Gruppen gebildet, auf deren Grundlage die Zahlungen erfolgen und es somit zu Über- und Unterdeckungen innerhalb der jeweiligen Gruppen kommt. Da auch Krankenkassen diese Gruppen bilden können, ist es möglich, dass solche oder andere Gruppenbildungen⁹ für die Erarbeitung von Risikoselektionsstrategien genutzt werden könnten. Somit ist eine möglichst vollständige Ausgabendeckung auf Gruppenebene wichtig, um Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden (Göpffahrt 2012). Es besteht jedoch weder die Möglichkeit noch die Notwendigkeit einer vollständigen Nivellierung aller Risiken, um einen perfekten Ausgleich anzustreben (Henke 1996). Darüber hinaus widerspricht dies der eigentlichen Idee des RSA, bei dem es nicht darum geht, Krankenkassen teurere Behandlungen zu refinanzieren oder die tatsächlichen Ausgaben zu begleichen, sondern die risikostrukturbedingten Ausgabenrisiken ex ante auszugleichen und somit einer Risikoselektion von Seiten der Krankenkassen vorzubeugen.

3.1.3 Manipulationsresistenz

Ein weiterer Anspruch an den RSA ist die Resistenz gegen Manipulation. Hierfür ist es vorteilhaft, wenn die Berechnung der Ausgleichszahlungen auf exogenen Einflussvariablen des Ausgabenrisikos beruht, die außerhalb der Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen oder Leistungserbringer liegen. So besteht keine Möglichkeit zur Manipulation bei demographischen Faktoren, wie z.B. Geschlecht oder Alter. Im Morbi-RSA werden im Hinblick auf eine möglichst hohe Prognosegenauigkeit jedoch auch Diagnosen und Verordnungen berücksichtigt, wie dies auch vom wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes mehrfach empfohlen worden ist. Eine Beeinflussung dieser Daten durch Krankenkassen kann jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden, auch wenn davon auszugehen ist, dass sich die Qualität der Codierung ambulanter Diagnosen in den letzten Jahren tendenziell verbessert hat.

Eine unangemessene Höherkodierung durch die Leistungserbringer ist dann am wahrscheinlichsten, wenn ein gleichgerichtetes Interesse von Leistungserbringern und Kostenträgern an einer geänderten Dokumentation vorliegt. Dieses ist stationär jedoch in der Regel nicht gegeben, da eine Kodierung z.B. mit einer leistungsintensiveren DRG grundsätzlich auch höhere Ausgaben bei dem Kostenträger bewirken wird (IGES et al. 2004 S.42). Ganz anders ist es im ambulanten Sektor. Für eine Reihe von Krankheiten sind ambulante Diagnosen in zwei Quartalen eines Jahres erforderlich (häufig in Kombination mit Arzneimitteln), damit ein Zuschlag an die Krankenkasse überwiesen wird. Da diese Diagnosen aus verschiedenen Gründen (fehlende Compliance des Versicherten mit Kontrollbesuchen, unvollständige Kodierung in der Arztpraxis) häufig nicht komplett vorliegen und den Kassen dadurch eigentlich berechnete Zuschläge entgehen, gibt es ein hohes In-

⁹ Eine Einteilung der Versicherten nach Bildungsgrad benutzt bspw. ein Kriterium, welches im RSA nicht vorgesehen ist, sich aber trotzdem zur Risikoselektion eignet.

teresse der Kassen, die Ärzte zur korrekten Verschlüsselung der Diagnosen zu motivieren.

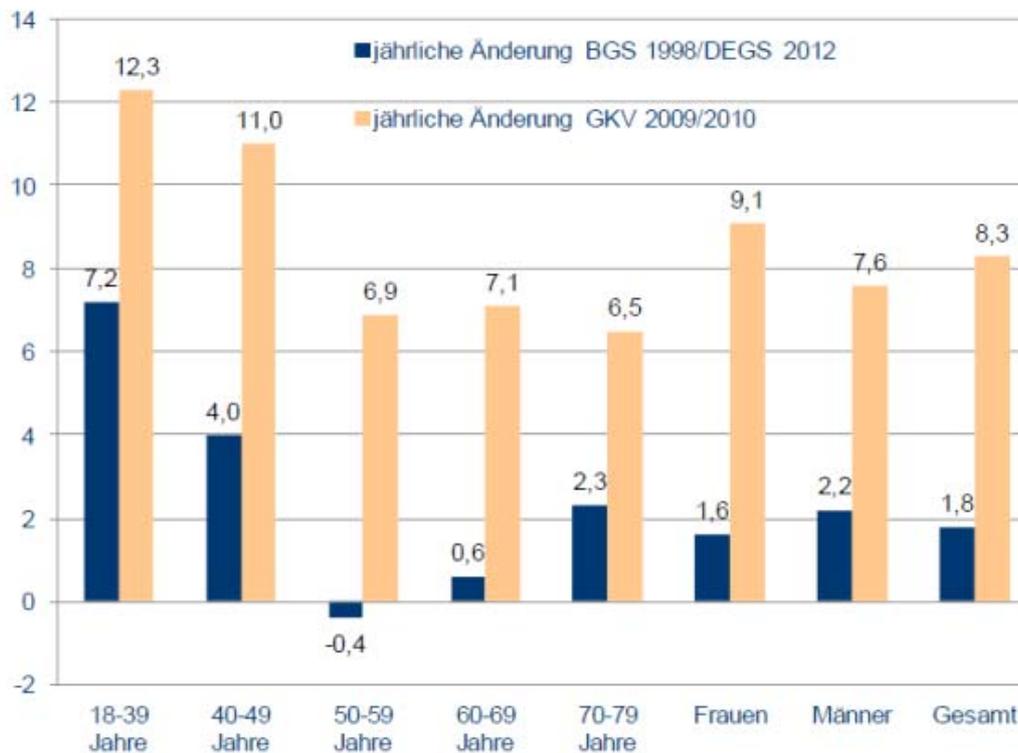
Zweifel an der Aussagekraft ambulanter Diagnosen werden auch durch Studien genährt. So lässt sich z. B. zeigen, dass sich die Zahl der Diabetiker basierend auf den ambulant erfassten Diagnosen jährlich um 8 % steigert. Die Erfassung aus der Bundesgesundheitsurvey (BGS) des Robert-Koch-Instituts beschreibt jedoch nur eine jährliche Steigerung um 2 % (GKV-SV 2014a). Abbildung 3 zeigt die Gegenüberstellung der beiden Quellen differenziert nach Altersgruppen. Besonders eklatant ist die Entwicklung für die 50 bis 59-Jährigen. Während die BGS von einem Rückgang der Prävalenz ausgeht, beschreiben die Abrechnungsdaten aus der GKV eine Zunahme um 6,9 %.

Tendenziell verstärkt wird die beschriebene Entwicklung durch Verträge zwischen Krankenkassen und ambulanten Leistungserbringern zu besonderen Versorgungsformen. Eine Reihe solcher Verträge halten in unterschiedlichen Varianten fest, dass eine zusätzliche Vergütung für die Behandlung multimorbider Patienten gezahlt wird¹⁰. Definiert wird „Multimorbidität“ über die abgerechneten Diagnosen. Daraus ergibt sich für den behandelnden und abrechnenden Arzt aus ökonomischer Sicht ein stärkerer Anreiz zur Diagnosekodierung als in der Regelversorgung. Sofern sich diese Praxis weiter verbreitet, entsteht eine gesundheitspolitisch nicht wünschenswerte Fehlallokation von Ressourcen zur Incentivierung einer möglichst häufigen Kodierung bestimmter Diagnosen. Es lässt sich zumindest nicht ausschließen, dass diese Anreize über das Right-Coding hinaus auch zu Manipulation führen können¹¹.

¹⁰ Redaktioneller Hinweis: Dieser Satz wurde über das in einer früheren Version genannte Einzelbeispiel hinaus verallgemeinert, da Verträge dieser Art von zahlreichen Kassen eingesetzt werden.

¹¹ Redaktioneller Hinweis: Im Vergleich zu einer früheren Version des Gutachtens wurden die beiden letzten Sätze dieses Abschnitts ergänzt.

Abbildung 3: Veränderung der Prävalenz von Diabetes Mellitus



Quelle: GKV-SV (2014a)

Zwar ist es durch die Prospektivität des RSA für die Krankenversicherungen unklar, ob der Versicherte zum Zeitpunkt der Zuweisungen noch Mitglied des eigenen Versichertenkollektivs sein wird, was den Nutzen einer Manipulation einschränkt. Aber gerade die Versicherten mit schon vorliegenden Krankheiten bleiben "ihrer" Kasse überwiegend treu (Albrecht und Neumann 2012). Daher ist es sinnvoll und notwendig, institutionelle Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten zu schaffen, um gegen eine mögliche Beeinflussung der Leistungserbringer im Hinblick auf ihre Kodierintensität durch Krankenkassen vorzugehen. Laut Aussagen des BVA sind die Ressourcen für diese Kontrollen begrenzt. 50 % der Gesamtprüfungen entstammen mathematischen Grundlagen aus Satzartenvergleichen (also Vergleichen der von den Kassen bereitgestellten Daten zum Leistungsgeschehen). Die übrige Hälfte basiert auf anderweitigen Rückmeldungen. Es darf also davon ausgegangen werden, dass das BVA wesentliche Anhaltspunkte auf Verstöße aus Hinweisen anderer Marktteilnehmer gewinnt. Zu Umfang und Wirkungen liegen keine belastbaren Informationen vor.

Allerdings kann nicht jede Veränderung in der Dokumentation von morbiditätsrelevanten Daten nach Einführung des Morbi-RSA als Zeichen von Manipulation gewertet werden. Vielmehr können diese Abweichungen auch mit einer vollständigeren Erfassung und Kodierung von bisher vernachlässigten Diagnosen begrün-

det sein, welches durchaus erwünscht ist, wird doch das Morbiditätsspektrum realitätsnäher als bisher abgebildet (IGES et al. 2004 S. 41). Zwischen dem sogenannten „Right-Coding“ und einem Mehr- oder „Up-Coding“ ist daher in der Praxis häufig schwer zu unterscheiden. Es ist darauf hinzuweisen, dass auch das berechtigt erscheinende "Right Coding" zu Wettbewerbsverzerrungen führen kann, wenn Kassen unterschiedlich starke Einflussmöglichkeiten haben, um darauf hinzuwirken.

3.1.4 Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität

Es besteht die Notwendigkeit, dass die Messgrößen der Ausgleichsfaktoren objektiv erfassbar und zweifelsfrei überprüfbar sein müssen, da daraus die Höhe des Ausgleichsvolumens berechnet wird. Dieses ist deshalb so relevant, da die Zahlungsströme zu einer erheblichen Umverteilung zwischen den Krankenkassen führen und damit auch mit relevanten distributiven Effekten in personeller, branchenmäßiger und regionaler Hinsicht einhergehen (Wille et al. 2007). Die Auswahl der Kriterien sollte so erfolgen, dass in einem transparenten Prozess eindeutige Ergebnisse generiert werden und die Anwendung reproduzierbar ist (Busse et al. 2007). Deshalb ist es notwendig, dass die Aufgreifkriterien der einzelnen Diagnosen für jeden zugänglich und klar definiert sind.

3.1.5 Praktikabilität und Verwaltungseffizienz

Die Erfassung der Ausgleichsfaktoren und Aufbereitung der Daten verursacht sowohl beim Bundesversicherungsamt als auch bei den Krankenkassen Kosten, die es bei der Frage nach dem adäquaten Klassifikationsmodell unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten ebenfalls zu berücksichtigen gilt. (Wille et al. 2007) Allerdings liegen die notwendigen Daten zur Berechnung des Morbi-RSA bei den Krankenkassen bereits vor, so dass keine neuen Datenquellen erschlossen werden müssen. Die Verwendung dieser Daten sollte somit bei einem sich nicht grundsätzlich verändernden Klassifikationssystem mit einem begrenzten Aufwand zu realisieren sein. Eine Ausweitung der zugrunde liegenden Ausgleichsfaktoren könnte theoretisch wünschenswert sein, ihre Nutzung wird aber in der Realität häufig daran scheitern, dass sie gar nicht oder nur mit einem hohen organisatorischen und finanziellen Aufwand zu erheben sind.

Zusätzlich ist es von Bedeutung für die Krankenkassen, die zukünftigen Einnahmen aus dem RSA abschätzen zu können. Somit sollte der RSA im Sinne der Planungssicherheit der Krankenkassen sicherstellen, dass der finanzielle Spitzausgleich zwischen den Kassen im Rahmen des Jahresausgleiches nicht zu hoch ausfällt. Unterjährige Änderungen in den Risikostrukturen der Krankenkassen werden bei den monatlichen Abschlagsverfahren berücksichtigt, weshalb die wesentlichen Änderungen im Jahresausgleich auf die Neuermittlung der Zu- und Abschläge zurückzuführen sind. (Göpfahrt 2012)

3.1.6 Transparenz und Akzeptanz

Die Ausgleichsfaktoren können die Wettbewerbspositionen einzelner Krankenkassen teilweise in erheblichem Maße beeinflussen. Die jeweils vorgeschlagenen morbiditätsorientierten Klassifikationsmodelle stehen schon deshalb in einem Widerstreit der Meinungen. Ein transparentes und konsistentes System von Ausgleichsfaktoren wird diese Interessengegensätze nicht auflösen. Jedoch ist eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz durch eine hohe Verständlichkeit wahrscheinlich (Wille et al. 2007 S. 31). Dafür ist es notwendig verständliche Entscheidungen herbeizuführen und das Verfahren als Ganzes sowie die einzelnen Schritte, die zur Ermittlung der Entscheidungsfindung geführt haben, sachlich zu begründen.

Als Argument gegen den morbiditätsorientierten RSA wird genannt, dass er zu kompliziert und nicht nachvollziehbar sei (Blöß et al. 2008). Das Argument, ein System, welches lediglich auf soziodemographischen Merkmalen basiert und Morbiditätsaspekte unberücksichtigt lässt, sei deshalb vorzuziehen, ist aber nicht stichhaltig. Aufgrund der Komplexität des Ausgleichs ist es nicht realistisch, dass ein umfassendes Ausgleichsverfahren ohne Erfahrung intuitiv verständlich ist. Umso wichtiger ist es aber, den Zuordnungsalgorithmus für den RSA öffentlich zugänglich zu machen, damit er zumindest für Experten nachvollziehbar ist. Das BVA veröffentlicht bereits die Berechnungsergebnisse auf der Grundlage der einbezogenen HMGs im Internet. Wünschenswert wäre auch der Zugang zu dem verwendeten Datensatz, zumindest für Krankenkassen und akademische Institutionen. Dies könnte die Fachdiskussion weiter anregen und den Wettbewerb um gute Ideen fördern. Für eine solche wissenschaftliche Nutzung sollte der Datensatz noch um weitere Variablen wie z.B. eine regionale Kennung erweitert werden.

3.1.7 Versorgungsneutralität

Vielfach wird angeführt, dass der derzeitige Ausgleichsmechanismus Präventionsmaßnahmen für die Krankenkassen unattraktiv machen würde, da Versicherte mit schlechtem Gesundheitszustand höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auslösen. Dieses greift insofern zu kurz, als es bei einem prospektiven Morbi-RSA immer vorteilhaft ist, wenn ein Versicherter im Folgejahr einen besseren Gesundheitszustand aufweist und somit weniger Kosten verursacht. Richtig ist das Argument in manchen Fällen der Tertiärprävention, also bei bereits vorliegenden Erkrankungen, wo z.T. erhebliche Aufwendungen erforderlich sind, um eine Verschlechterung zu vermeiden, die mit deutlich höheren Zuschlägen verbunden sein könnte (bspw. bei den Komplikationen von Diabetes oder bei Nierenversagen und Dialyse als Folge von Diabetes). Zudem ist es theoretisch möglich, dass sich Investitionen in den Gesundheitsstatus eines Versicherten durch Präventionsmaßnahmen der Krankenkasse für diese finanziell nicht auszahlen, da mittelfristige Einsparungen durch die Prävention vermiedener Leistungen nicht der betreffenden Krankenkasse direkt zukommen, sondern bei Eingruppierung in eine RSA-Gruppe mit geringerem Krankheitsschweregrad dem Gesundheitsfonds

zufließen. Zudem könnte es sein, dass Versicherte mit einem durch Präventionsangebote einer Kasse verbesserten Gesundheitszustand in eine andere Kasse wechseln, der dann die Vorteile der von einer anderen Kasse bezahlten Präventionsleistung zufließen würden. Ein Ausgleich dieser „Investitionen in Gesundheit“ der Kassen untereinander ist in unserem GKV-System nicht vorgesehen, allerdings kommt der Fall gerade bei Schwerkranken auch nicht allzu häufig vor. Insgesamt führt dies zur Einschränkung der Präventionsbemühungen aufgrund der unklaren Wirkung auf die einzelne Krankenkasse.

Aus ordnungspolitischer Sicht sollte der RSA jedoch versorgungsneutral sein. Von ihm sollten also keine Anreize für einzelne Versorgungsformen oder -arten (wie z.B. der Stärkung von Präventionsmaßnahmen) ausgehen. Der Morbi-RSA soll stattdessen vornehmlich der Herstellung der Risikoäquivalenz dienen und keine leistungsrechtlichen Steuerungskriterien enthalten (BVA 2008). Anreize für Prävention müssen auf anderen Wegen geschaffen werden, Anreize darauf zu verzichten, sind umgekehrt zu vermeiden.

3.2 Potenziale der Optimierung des derzeitigen Morbi-RSA bezüglich der Kriterien

Die derzeitige Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs ist nur eine mögliche Variante verschiedener Gestaltungsmöglichkeiten. Gemessen an den im vorigen Abschnitt aufgezeigten Kriterien soll im Folgenden diskutiert werden, wie gut sie der aktuelle RSA erfüllt. Am Ende des Gutachtens werden mögliche Alternativvorschläge nach denselben Kriterien damit verglichen.

3.2.1 Prognosesubstanz/Validität

Bei einer Neugestaltung des RSA ist zu berücksichtigen, dass die statistischen Bewertungsparameter Ergebnisse liefern müssen, die im Bereich der Werte des aktuellen Ausgleichssystems liegen. Im Vergleich des aktuellen Morbi-RSA zu seinem bis 2008 existierenden Vorgänger inklusive Risikopool zeigt sich eine verbesserte Zielgenauigkeit bei den Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben (Drösler et al. 2011). Sowohl auf Individual- als auch auf Gruppen- und Kassenebene kommt es durch die Morbiditätsorientierung zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Ausgaben. Die Verbesserung beschränkt sich dabei nicht nur auf die 80 im Ausgleich erfassten Krankheiten, sondern ist auch für nicht berücksichtigte Krankheiten zu beobachten.

Bei den Berechnungen des wissenschaftlichen Beirats (2011) zeigte sich, dass sich sowohl auf Kassen- als auch auf Versichertenebene die Zielgenauigkeit des Ausgleichsverfahrens durch die Einführung eines Risikopools deutlich verbessern würde. Dies ist wenig überraschend, da jede Einbeziehung von Ist-Kosten (wie beim Risikopool) tendenziell zu einer Erhöhung der Zielgenauigkeit führt. Eine Empfehlung für oder gegen die Einführung wollte der Beirat nach Abwägung aller Argumente nicht aussprechen, da es sich um eine politische Frage handelt, zu der

es aus wissenschaftlicher Sicht nach Meinung des Beirates keine eindeutige Antwort gibt. Als Alternative wird eine größere Differenzierung der Hochkostenfälle angeregt. Dafür könnte die bisherige Unterscheidung anhand von Arzneimitteln durch eine Erweiterung der Datengrundlage auf Prozeduren ausgebaut werden. Als Argument gegen den Risikopool wird im Gutachten des Beirats unter anderem angeführt, dass dieser mit einem höheren Verwaltungsaufwand verbunden sei. Dazu sei angemerkt, dass bereits in den Jahren 2002 und 2003 ein Risikopool implementiert war, und die Erfahrungen zur Durchführung aus dieser Zeit nicht gegen eine erneute Implementierung auf Grund des Verwaltungsaufwands sprechen. Auch im derzeitigen Hybridmodell zur Berücksichtigung von Krankengeldausgaben im RSA ist ein partieller Ausgleich von Ist-Kosten vorgesehen, allerdings war dieses Modell vom Gesetzgeber nur als Übergangslösung vorgesehen. Zudem wurde mit der Anpassung des § 278 SGB V die durch die Krankenkassen an das BVA zu liefernde Stichprobe durch eine Vollerhebung ersetzt. Dadurch wurde der Aufwand der Datenbeschaffung für die Krankenkassen deutlich reduziert.

Die Versichertenklassifikation, in ihrer aktuellen Form seit 2009, entspricht den Anforderungen des Gesetzgebers nach einem Ausgleich der unterschiedlichen Versichertenstrukturen in den Krankenkassen. Insgesamt konnten die Anreize zur Risikoselektion durch diese Methode deutlich gesenkt werden. (BVA 2014a) Es sollte aber eine systematische Differenzierung der Zuschläge hinsichtlich der Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Variablen, die in das Regressionsmodell eingehen, erfolgen (Jacobs et al. 2001). Gegenwärtig berechnen sich die Zuweisungen für die Versicherten im Morbi-RSA als Summe der Einzelzuschläge für die dem Versicherten zugewiesenen Risikogruppen. Unterstellt wird dabei, dass eine Unabhängigkeit der Risikogruppen untereinander besteht, jedoch sind Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Risikogruppen wahrscheinlich (Schillo 2011: 54). In diesem Fall sind die Ergebnisse aus mathematischen Gesichtspunkten nicht mehr aussagekräftig.

3.2.2 Vermeidung von Risikoselektion/Zielgenauigkeit der Zuweisungen

Insgesamt lässt sich festhalten, dass einige Personengruppen stärkere Über- oder Unterdeckungen aufweisen. So sind die Gesundheitsausgaben, die ein Versicherter im Laufe des letzten Jahres vor seinem Tod verursacht, außergewöhnlich hoch (Grey 2005).

Normalerweise werden für alle unterjährig Versicherten (z. B. Kassenwechsler) im Rahmen der Berechnung der RSA-Zuschläge die Ausgaben auf ein ganzes Jahr hochgerechnet und anschließend mit dem Anteil der Versicherungstage am gesamten Jahr gewichtet. Für während eines Jahres Verstorbene wurden die Ausgaben allerdings nicht auf das gesamte Jahr hochgerechnet.

Für die im RSA gezahlten Zuschläge hatte dies zur Konsequenz, dass AGGs und HMGs mit einer hohen Mortalität in Relation zu solchen mit niedriger Mortalität systematisch zu niedrige Zuweisungen erhielten. (Göppfart 2011, S. 11).

Dieser Berechnungsansatz wurde entgegen den international üblichen Standards praktiziert und mittlerweile vom Landessozialgericht NRW als rechtswidrig beurteilt. Ab dem Ausgleichsjahr 2013 erfolgt eine entsprechende Anpassung (Landesgericht Nordrhein-Westfalen 2013).

Zu einer Reihe von weiteren Verzerrungen kann es im Bereich des Krankengeldes kommen. Die Zuweisungen nach krankengeldspezifischen Alters- und Geschlechtsgruppen führen zu einer niedrigen Zielgenauigkeit sowohl auf individueller als auch auf Kassenebene (Drösler et al. 2011, Schillo et al. 2014). Offensichtlich müssten weitere Risikofaktoren hinzugenommen werden, um Verzerrungen zu reduzieren. Entgegen der Intuition führen jedoch weder die Einbeziehung des Grundlohns noch die Einbeziehung von ausgeübtem Beruf oder der Branche, in der ein Mitglied tätig ist zu einer spürbaren Verbesserung der Zielgenauigkeit. Die Literatur kommt zu widersprüchlichen Aussagen. (Drösler et al 2011, Tebarts et al 2012, S.204/205, Wittmann und Göppfarth 2014, Schillo et al. 2014) - Im aktuellen Übergangsmodell (Hybridmodell) des BVA für die Zuweisung des Krankengeldes wird stattdessen zu 50 % ein Ist-Kosten-Ausgleich vorgenommen. Ein völliger Ist-Kosten-Ausgleich ist ordnungspolitisch problematisch, da damit der Anreiz der Kassen gesenkt wird, ein engagiertes Ausgabenmanagement zu betreiben.

Neben diesen Faktoren, die sehr spezifisch auf einzelne Teile des Leistungsgeschehens bezogen sind, gibt es in vielen Kassen nach wie vor breit angelegte Bemühungen, die Aktivitäten der Versichertenakquise so auszurichten, dass mit höherer Wahrscheinlichkeit "attraktive" Versicherte in die Kasse kommen. Dazu wird bspw. der Vertrieb auf Beschäftigte statt Arbeitslose, auf bestimmte Branchen innerhalb der Beschäftigten, auf bestimmte Regionen oder Stadtviertel etc. ausgerichtet. Es wird nicht das Risiko im Einzelfall überprüft, aber die Wahrscheinlichkeit positiver Deckungsbeiträge erhöht.

Die vor 2009 noch befürchtete Auswahl von Einzelfällen, die dann entweder bei Beitrittsinteresse abgewiesen werden oder aktiv motiviert werden, die Kasse zu verlassen, hat dagegen kaum stattgefunden. Die wenigen Versuche haben zudem zu so starker öffentlicher Ablehnung geführt, dass praktisch alle Kassen davon Abstand nehmen.

3.2.3 Manipulationsresistenz

Mit der Einführung des Morbi-RSA bestand die Befürchtung, es würden Anreize für die Krankenkassen geschaffen, einen Einfluss auf die Leistungserbringer hinsichtlich der Kodierung auszuüben. So befürchteten Kritiker eine Ausweitung von Diagnosestellungen bzw. Schweregraden (König&Malin 2005, Dudey 2010), während die Befürworter darauf verwiesen, dass die Diagnosestellung in der Verantwortung der Ärzte liege, und eine Einflussnahme der Krankenkassen auf die Ärzte in diesem Zusammenhang nur schwer vorstellbar sei (Glaeske et al. 2010).

Gaßner et al. (2010) können jedoch weder einen inhaltlichen noch einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Einführung des Morbi-RSA und dem Anstieg

kodierter Diagnosen feststellen. Sie vermuten hinter der Zunahme eine Summe aus Einzeleffekten, die sich aus einer verbesserten Diagnostik, verfeinerten Kodiervorgaben, größerer Sorgfalt bei der Kodierung durch Ärzte und eine vollständigere Erfassung bei den Krankenkassen ergibt. Dieses Ergebnis schließt jedoch nicht den Versuch einzelner Krankenkassen aus, auf die Kodierung ihrer Versicherten einzuwirken. So ist eine Reihe von Aktivitäten bekannt, bei denen Krankenkassen auf eine Veränderung im Kodierverhalten der Ärzte hingewirkt haben (Göpfahrt/Sichert 2010).

Im Jahr 2013 war der Presse zu entnehmen, dass jede zweite Krankenkasse unter Manipulationsverdacht stehe (u.a. Fokus). Laut dem BVA (2013) handelte es sich dabei aber lediglich um eine Feststellung statistischer Auffälligkeiten. Insgesamt konnte sogar ein Rückgang der Auffälligkeiten beobachtet werden. Bisher konnte eine konkrete Manipulation lediglich in drei Fällen festgestellt werden, bei denen unrechtmäßig erfasste Diagnosen in die RSA-Datenmeldung eingeflossen waren oder unzulässige Diagnosen bei niedergelassenen Ärzten nacherfasst worden waren (BVA 2012, S. 107). Bei Feststellung einer Manipulation wird ein Korrekturbeitrag ermittelt, der als Sanktion einen 25%igen Aufschlag auf den Umfang der Manipulation beinhaltet.

Wie oben schon festgestellt wurde, führt aber auch das reine Right-Coding zu Wettbewerbsverzerrungen. Eine Reihe subtiler Anreize - bspw. die Vereinbarung von "Chronikerzuschlägen" in Hausarztverträgen oder Dokumentationspauschalen in DMP-Verträgen - soll dazu führen, dass Ärzte ein Interesse haben, chronische Krankheiten mindestens zweimal im Jahr korrekt zu kodieren. Wenn Kassen aber durch ihre Marktmacht und/oder Finanzausstattung unterschiedliche Möglichkeiten haben, solche Verträge zu schließen, führt dies zu Wettbewerbsverzerrungen.¹²

3.2.4 Messbarkeit, Kontrollierbarkeit und Justiziabilität

Sofern Krankenkassen auf Diagnosen einwirken, um höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, ist dies rechtlich unzulässig. Sollte es nachgewiesen werden können, besteht, wie im vorigen Abschnitt dargelegt, die Möglichkeit, von Seiten des BVA Sanktionen auszusprechen. Auf der anderen Seite haben auch Krankenkassen die Möglichkeit gegen Teile des Morbi-RSA vorzugehen, die aus ihrer Sicht einen wettbewerbsverzerrenden Charakter haben und gegen die gesetzlichen Grundlagen verstoßen.

¹² Vgl. die Analysen von S. Ozegowski zu regionalen Unterschieden der Kodierqualität: http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggwaufs3_0113.pdf (Abgerufen am 12.12.2014) - Manche Kassen haben in der Vergangenheit den Weg eingeschlagen, sich Wettbewerbsvorteile über besonders hohe Honorierungen der Vertragsärztinnen und -ärzten sichern zu wollen.

Der Morbi-RSA war seit seiner Einführung 2009 mehrfach Grundlage von Klagen, die sich sowohl gegen den Morbi-RSA insgesamt, als auch gegen einzelne Teile richteten, da die bisherige Systematik zu systematischen Verzerrungen führe und an einigen Stellen nur bedingt geeignet sei, Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden. Das Bundessozialgericht in Kassel entschied 2014, dass der Risikostrukturausgleich und seine rechtlichen Grundlagen in seiner jetzigen Form nicht willkürlich und verfassungswidrig seien. Durch die Einführung sollten das wirtschaftliche Verhalten und die Stabilität der Kassen gefördert und zusätzlich Anreize für eine bessere Versorgung gerade von schwer kranken Personen geschaffen werden. Um diese Ziele zu erreichen, sei der RSA in seiner jetzigen Ausgestaltung gerechtfertigt und dem Gesetzgeber ein weiter Spielraum einzuräumen. In jedem Fall sei der Morbi-RSA besser geeignet, als der vorherige, der sich ausschließlich an Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit orientiert habe.

Die in den Routinedaten erfassten Diagnosen werden nur berücksichtigt, wenn sie eine Reihe von Kriterien erfüllen. So müssen zuerst die Diagnosen den Krankheitsfilter passieren und den Prüfkriterien des DIMDI entsprechen (Drösler et al. 2011, S. 166). Dabei steht im Vordergrund, dass eine korrekte Diagnoseerfassung erfolgt. Damit dies gewährleistet ist, müssen bspw. im aktuellen RSA-Mechanismus in der vertragsärztlichen Versorgung zwei derselben Krankheit zugehörige Diagnosen in unterschiedlichen Quartalen dokumentiert worden sein, um im Klassifikationssystem einbezogen zu werden (sogenanntes M2Q-Kriterium). Bei der Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist die Überprüfung und Anpassung der Aufgreifkriterien ein wesentlicher Bestandteil. Hierbei müssen aktuelle Entwicklungen und auch Vorschläge und Anmerkungen von Krankenkassen und Verbänden im Rahmen des „Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems“ besonders berücksichtigt werden (Drösler et al. 2011, S. 168).

3.2.5 Praktikabilität und Verwaltungseffizienz

Für die Berechnung der Ausgleichszahlungen soll auf Daten zurückgegriffen werden, die bei den Institutionen in Form von Routinedaten vorliegen und so eine möglichst effiziente Administration ermöglichen. Durch die jährlich notwendige Überprüfung, welche Krankheiten den gesetzlichen Vorgaben entsprechen und im Ausgleich verbleiben, entsteht den Krankenkassen ein hoher Aufwand. So müssen die Daten hinsichtlich der Kriterien, die der Beirat zur Quantifizierung formuliert hat, überprüft werden. Dabei ist es nicht notwendig, dass es zu beträchtlichen Änderungen kommt: Selbst wenn ein Großteil der Krankheiten seinen Status quo behält, führt ein Wechsel von wenigen Krankheiten in der Krankheitsauswahl zu beträchtlichem Aufwand in den Anpassungen des Klassifikationssystems. Die Bearbeitung der im Vorschlagsverfahren eingebrachten Verbesserungsvorschläge bindet darüber hinaus weitere Ressourcen, die hinsichtlich der Verwaltungseffizienz berücksichtigt werden sollten. So bezweifeln Drösler et al. (2011, S. 169), ob die Ausmaße des Aufwands für die jährliche Krankheitsauswahl gerechtfertigt seien und die vorhandenen Ressourcen nicht

sinnvoller für eine Verbesserung des Klassifikationssystems genutzt werden sollten. Aus Sicht der Kassen sind größere Änderungen in der Krankheitsauswahl zudem nicht gewünscht, da damit eine bedeutende Unsicherheit einhergeht, wie die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in Zukunft ausfallen wird. Entsprechende Vorschläge die Krankheitsauswahl alle fünf Jahre statt jährlich festzulegen wurden bis dato nicht umgesetzt. Eine Verlängerung der Periode zur regelmäßigen Überprüfung und Anpassung der Krankheitsauswahl hätte neben einer Senkung des administrative Aufwandes beim BVA und den Kassen vor allem den Effekt, dass damit die Bedeutung des Verfahrens zur Krankheitsauswahl, das in diesem Gutachten thematisiert ist, weiter entsprechend steigen würde.

3.2.6 Transparenz und Akzeptanz

Der Vorwurf der Intransparenz des Morbi-RSA, wie er von Seiten der Krankenkassen vereinzelt geäußert wird, wird von Seiten des BVA (2014) bestritten. So wird jährlich ein transparentes und ausführliches Anhörungsverfahren unter direkter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes durchgeführt. Darüber hinaus soll die Transparenz gewährt bleiben, indem die Festlegung des bei der Durchführung des RSA anzuwendenden Verteilungsschlüssels unter Einhaltung aller rechtlichen Vorgaben erfolgt. Zusätzlich würden durch die Einbindung des wissenschaftlichen Beirats aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse mit einbezogen. Seitens zahlreicher Kassen und Verbände ist dagegen auch immer wieder die Kritik geäußert worden, dass konkrete Berechnungen, bspw. zu Verteilungswirkungen des Krankengeldes oder insbesondere zu regionalen Unterschieden anhand der vom BVA veröffentlichten Daten nicht nachvollzogen werden könnten.

Eine Möglichkeit, die Transparenz und Akzeptanz des Morbi-RSA zu erhöhen, ist es, den RSA-Datenpool öffentlich bzw. zur wissenschaftlichen Nutzung zugänglich zu machen. Hierzu wurden erste Schritte vorgenommen: Mit Inkrafttreten der „Verordnung zur Umsetzung der Vorschriften über die Datentransparenz“ wurde dem DIMDI die Verwaltung eines Datenpools auf Basis der RSA-Abrechnungsdaten übergeben. Dieser Datenpool besteht aus den Daten der einzelnen gesetzlichen Krankenkassen, die für die Berechnung des RSA beim Bundesversicherungsamt zusammenfließen und zur Aufbereitung dem DIMDI übergeben werden. Nutzungsberechtigt sind laut § 303e SGB V die Krankenkassen selbst und deren Verbände, die Kassenärztlichen Vereinigungen, zuständige Landes- und Bundesbehörden, der G-BA, das IQWiG, Patientenvertretungen, Hochschulen und sonstige Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung (sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen) (SGB V 2014). Um einen Missbrauch der Daten zu verhindern, ist neben dem Nutzerkreis auch der Nutzungszweck gesetzlich vorgegeben.

Zurzeit gibt es, auch aufgrund der Neuartigkeit des Systems, noch einige Barrieren für den öffentlichen Zugang zum RSA-Datenpool. So besteht aktuell lediglich die Möglichkeit die Daten mittels Datenfernverarbeitung auszuwerten, wobei vom DIMDI nur aggregierte Versorgungsdaten als Ergebnis übermittelt werden.

Zukünftig soll darüber hinaus die Gelegenheit bestehen, die Daten an einem Gastarbeitsplatz zu analysieren. Gerade eine Erweiterung um den Prozedurenschlüssel wäre für eine weitere Differenzierung des RSA von großem Vorteil, wie der wissenschaftliche Beirat des BVA bereits 2011 festgestellt hat. (Drösler et al. 2011) Neben den Vorteilen, die durch die Einführung eines solchen Datenspeichers bestehen, gibt es jedoch auch Einschränkungen hinsichtlich der zugänglichen Informationen, was die Transparenz hemmt. So fehlen in den Daten z.B. Regionalmerkmale, genauso wie Informationen zu Prozeduren, Leistungen und dem Todestag. Neben diesen inhaltlichen Einschränkungen, stellt der hohe Zeitverzug für die Bereitstellung der Daten eine wesentliche Einschränkung dar. Aufgrund der komplexen Berechnungs- und Korrekturverfahren erhält das DIMDI die Daten vom BVA erst mit einer Verzögerung von vier Jahren. Die Berechnungen des BVA lassen sich so nicht rechtzeitig überprüfen und eine zeitnahe Anpassung des Verfahrens aufgrund innovativer neuer Leistungen der Arzneimittel ist ebenfalls nicht möglich.

3.2.7 Versorgungsneutralität

Aktuell wird die Forderung nach der Aufnahme einer regionalen Komponente als Ausgleichsfaktor in den Morbi-RSA diskutiert. Aus theoretischer Überlegung sollen Faktoren Aufnahme in den RSA finden, bei denen es sich um exogene Größen handelt, und die sich somit den Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen entziehen (Pfaff und Wassener 1998, S.12). Gegner eines regionalen Ausgleichs argumentieren, dass dieser vorherrschende Strukturen der Unter-, Über- und Fehlversorgung zementiert und damit die Schaffung optimaler Versorgungsstrukturen verhindert. Die primäre Zielsetzung des RSA liegt jedoch weniger in der Schaffung von gewünschten Strukturen, sondern in der Sicherstellung des Wettbewerbs. (Ulrich und Wille 2014, S. 60). Unter diesem Gesichtspunkt gehört die Optimierung der Strukturen daher in andere Regulierungsinstrumente, und der Morbi-RSA könnte durch die Einführung einer regionalen Komponente verbessert werden.

3.2.8 Zusammenfassende Bemerkungen für den Aufbau eines Bewertungsrahmens für die Beurteilung unterschiedlicher RSA-Ausgestaltungen

Die erkennbaren Defizite im Wettbewerb der Krankenkassen waren seinerzeit Ausgangspunkt der Einführung des Morbi-RSA in seiner jetzigen Form. Vor der Einführung war die Finanzausstattung stark von der Risikostruktur ihrer Versicherten geprägt, und es gab einen erheblichen Anreiz für die Kassen zur Risikoselektion. Das Ziel des RSA war es, bei gleichen Wettbewerbsbedingungen eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung zu schaffen. Dafür war es notwendig, ein System zu entwickeln, das die Zuweisungen auf Basis der Ausgabenrisiken vornimmt.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleiches zur Erreichung dieses Zieles beigetragen hat. Dies wurde

auch im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes von 2011 anhand verschiedener Berechnungen belegt. Dadurch erfolgt aktuell eine wesentlich genauere Zuweisung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen als vor der Einführung.

Die Anreize zur Risikoselektion sind aufgrund der zielgenaueren Zuweisungen mittlerweile erheblich verringert, wenn auch nicht komplett beseitigt. Die Finanzausstattung der Krankenkassen hängt immer noch wesentlich von Ihrer historisch gewachsenen Versichertenstruktur ab. Deshalb ist es notwendig, das Ausgleichssystem dauerhaft auf mögliche Verbesserungspotenziale zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Wie der wissenschaftliche Beirat (2011) bereits beschrieb, sollten die Zuweisungen für Versicherte, die an Krankheiten mit hoher Sterblichkeit und hochgradiger Multimorbidität leiden, an die tatsächlichen durchschnittlichen Krankheitskosten pro Fall angepasst werden. Die bisherigen zu niedrigen Zuweisungen führen bei Krankenkassen, die überdurchschnittlich viele dieser Versicherten haben, zu Unterdeckungen und zu Fehlanreizen im Wettbewerb der Krankenkassen, da diese weiterhin die Möglichkeit haben, nach guten und schlechten Risiken zu selektieren. Eine mögliche Fehlerquelle wurde durch eine Entscheidung des Landessozialgerichtes NRW ab dem Jahr 2013 korrigiert. Dabei wurden fehlerhafte Berechnungen im Umgang mit Kosten für die Behandlung von Patienten, die im Laufe des Jahres verstorben sind, überprüft. Eine weitere Konsequenz dieser Korrektur ist offenbar, dass die Unterdeckung von Versicherten, die vier oder mehr HMGs aufweisen, seit 2013 nicht mehr gegeben ist.¹³

Es ist somit festzuhalten, dass der Morbi-RSA ein lernendes System ist, welches sich immer weiter entwickelt. So wird immer wieder diskutiert, die Krankheitsauswahl von aktuell 80 Krankheiten zu verändern oder einen Risikopool wieder einzuführen, um die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA weiter zu erhöhen. Zur Beurteilung solcher Veränderungen am RSA-Ausgleichsmechanismus sollten die oben beschriebenen Zielkriterien herangezogen werden.

3.3 Zwischenfazit: konkrete Verbesserungspotenziale im RSA

Jede Weiterentwicklung in unserem System hat sich daran zu orientieren, ob sich die Versorgungssituation der Versicherten und Patientinnen und Patienten verbessert. In den derzeitigen Morbi-RSA-Kriterien fehlt die Kategorie der sozial-schichtabhängigen Variabilität von Krankheit ebenso wie bekannte regionale Unterschiede, wenn man sie nicht in simplifizierender Weise über das Einkommen der Mitglieder definieren wollte (SVR, 2005). Wenn die Realität des sozioökonomischen Status der Versicherten noch immer als wichtige Einflussgröße für die Morbidität, für den Zugang und die Behandlung in unserem System gewertet werden muss, dann sollten die Auswirkungen des Morbi-RSA auch mit Blick auf diese Bevölkerungsgruppe geprüft werden, um ein Urteil über die Rationalität

¹³ Laut mündlicher Information des BVA.

des neuen Ausgleichs zu fällen. Solange dies nicht möglich ist, handelt es sich weiterhin um eine Black-Box der Versorgung, die über das Ausgleichssystem keineswegs erhellt wird. Im Gegenteil wird bei den Kassen ein Höchstmaß an Sparsamkeit verfolgt werden, um trotz Morbi-RSA die Unwägbarkeiten der Fondszuweisungen und eines überdurchschnittlichen Zusatzbeitrages abzuwehren.

Im vorhergehenden Abschnitt wurden 7 Kriterien definiert, anhand derer der Morbi-RSA bewertet werden kann. Anschließend wurden diese Kriterien für den aktuell praktizierten Ausgleich überprüft und Verbesserungspotenziale identifiziert. Dies betrifft vor allem die Kriterien Manipulationsresistenz, Prognosesubstanz/Validität und die Zielgenauigkeit der Zuweisungen. In Bezug auf die Manipulationsresistenz ist vor allem die Qualität ambulanter Diagnosen kritisch zu bewerten. Verschiedene Krankenkassen haben unterschiedliche Möglichkeiten auf eine vollständige Kodierung hinzuwirken, was wiederum Einfluss auf die Zuweisungen im Rahmen des Ausgleichssystems hat.

4. Methodik zur Bildung der Stichprobe und Programmierung des Groupers

Nach der Definition der Kriterien waren mehrere Modelle zur Krankheitsauswahl zu entwickeln und datenbasiert zu bewerten. Die Kapitel 4 bis 6 erläutern das hierbei gewählte Vorgehen. In diesem Abschnitt werden die zentralen Arbeitsschritte und das jeweilige methodische Vorgehen erläutert, mit denen eine anonymisierte Stichprobe von GKV-Versicherten als Basis für die Berechnungen bereitgestellt wurde. Dies umfasst die folgenden Punkte:

- ◆ Datenmanagement
- ◆ Erstellung des Groupers
- ◆ Stichprobenziehung und Adjustierung
- ◆ Eigenschaften der Stichprobe

4.1 Datenmanagement

Für das Projektvorhaben wurde eine spezifische Datensatzbeschreibung erarbeitet. Die Erarbeitung fand unter intensiver Mitwirkung der beteiligten Krankenkassen statt und berücksichtigt als Ergebnis die fachlich-inhaltlichen Anforderungen zur Datenauswertung, Bedingungen, die sich aus dem Gebot der Datensparsamkeit ergeben sowie die technisch-prozessualen Möglichkeiten aller teilnehmenden Krankenkassen.

Im Vorfeld der Datensatzbeschreibung wurden entsprechende Vereinbarungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit erarbeitet und unterzeichnet. Im Anschluss daran konnte der erste Teil der Datensatzbeschreibung abgestimmt werden. Der erste Teil der Datensatzbeschreibung/Datenlieferung bezieht sich auf die Informationen, die zur amtlichen Berechnung der Zuweisungen in den Krankenkassen für das Ausgleichsjahr 2013 erhoben werden. Zusätzlich dazu wurde die dreistellige Postleitzahl gesondert angefordert. Entsprechend der Datensatzbeschreibung sind die Gliederungspunkte der ersten Datenlieferung:

- ◆ 1.1 Versichertenstammdaten
- ◆ 1.2 Erweiterte Versicherteninformationen Teil 1
- ◆ 1.6 Arzneimittelversorgung
- ◆ 1.7 Stationäre Versorgung
- ◆ 1.8 Ambulante Versorgung
- ◆ 1.9 Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
- ◆ 1.10 Summen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

Teil zwei der Datenlieferung beinhaltet vor allem Informationen, die entweder zur Adjustierung des Versichertenbestandes außerhalb von Alter, Geschlecht und

HMG herangezogen werden können, oder die Hinweise auf eine Beeinflussung von Leistungskostenhöhen nahelegen. Entsprechend dieser beiden Perspektiven (Adjustierungsgröße und Aufgreifkriterium für [künftige] Leistungskosten) waren auch die Erhebungsjahre ausgestaltet. Entsprechend der Gliederung der Datensatzbeschreibung wurden als zusätzliche Informationen erhoben:

- ◆ 1.3 Erweiterte Versicherteninformationen Teil 2
 - Versichertenart
 - Pflegestufe
- ◆ 1.4 Arbeitsunfähigkeit
- ◆ 1.5 Hilfsmittel

Für die Erhebung der Zusatzinformationen wurde vereinbart, die Ausprägungen jeweils für einen definierten Stichtag zu erheben. Die Stichtagsbetrachtung ist inhaltlich einer Verlaufs-betrachtung durch eine gewisse Unschärfe unterlegen. Die Versichertenart z. B. kann sich während eines Kalenderjahres verändern. Allerdings verursacht die Verlaufs-betrachtung einen deutlichen Mehraufwand für die Krankenkassen bei der Erhebung. Im Sinne eines guten Verhältnisses zwischen Aufwand und Nutzen wurde gemeinsam bestimmt, die jeweiligen Ausprägungen zum Stichtag 1. Dezember eines Kalenderjahres für die Erhebung und Auswertung zu nutzen. Vor dem Versand an das IGES Institut wurden die Daten durch die teilnehmenden Krankenkassen anonymisiert.

Die Verarbeitung der unterschiedlichen Informationen wird in den jeweiligen Kapiteln dieses Berichts soweit erforderlich dokumentiert.

4.2 Erstellung des Groupers

Grundlage des RSA ist die Zuordnung von Versicherten zu definierten Krankheitsbildern. Dies geschieht auf Basis von ambulanten und stationären Diagnosen, verordneten Arzneimitteln, definierten Krankheitsverläufen, Behandlungsdauern oder dem Vorliegen einer Dialysebehandlung. Diese Zuordnung von Versicherten zu Erkrankungsbildern erfolgt mithilfe eines Groupers.

Für die Projektumsetzung war es erforderlich, unterschiedliche Klassifikationsverfahren (entsprechend alternativer Krankheitsauswahlen) auf ihre Wirkung hinsichtlich der Ziele des RSA zu simulieren. Zur Messung von Unterschieden war der amtliche Ausgangszustand für den übersandten Datenbestand zu ermitteln. Hierfür erstellte das IGES Institut innerhalb des Projektes in einem ersten Schritt eine Gruppierungssoftware, die das amtliche Klassifikationsverfahren des Ausgleichsjahres 2013 auf dem Versichertenbestand der beteiligten Krankenkassen abbilden kann.

Grundlage für die Programmierung waren die Vorgaben des BVA auf Basis der folgenden Dokumente:

- ◆ Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2013 (inklusive der Anhänge)
- ◆ Anhörungsschreiben vom 21. August 2014 zu Anpassungen und Ergänzungen der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 Satz 1 RSAV sowie der Verfahrensbestimmungen nach § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 infolge der Änderungen durch das GKV-FQWG
- ◆ Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV für die Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren und im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2013

Die Validierung und Qualitätssicherung des erstellten Groupers fand in Zusammenarbeit mit dem BKK Landesverband Bayern statt, der ebenfalls über einen selbst erstellten Grouper verfügt. Auf Basis eines definierten Datenbestands wurden im ersten Schritt die Versichertentage für im Ausgleichsjahr 2013 berücksichtigte HMGs durch den BKK Landesverband Bayern und das IGES Institut bestimmt. Anschließend wurden die Ergebnisse der Gruppierung miteinander verglichen. Im Fall unterschiedlicher Ergebnisse erfolgte dann eine detaillierte Überprüfung der zugrunde liegenden Programmierskripte und der Umsetzung der Vorgaben des BVA. Der iterative Prozess wurde so lange durchgeführt, bis die Abweichung 0 % betrug.

Für HMGs, die als Aufgreifkriterium definierte Tagesdosen von Arzneimitteln (DDDs) verwenden, bleiben jedoch minimale Unterschiede. Das IGES Institut hat zur Umbildung der Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC) hin zu DDDs einen eigenen Schlüssel entwickelt. Dieser weicht vom amtlichen Schlüssel des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), den das BVA und der BKK Landesverband Bayern verwenden, ab. Dies ist vor allem unterschiedlichen Aktualisierungszyklen geschuldet. Im Resultat wurden im hier verwendeten Grouper 5.023 Versichertentage mehr einzelnen HMGs zugeordnet, als im Grouper des BKK Landesverbands Bayern. Dies entspricht circa 0,2 % der insgesamt zu HMGs zugeordneten Versichertentage.

4.3 Stichprobenziehung und Adjustierung

Die vorgesehenen Auswertungen werden nicht mit dem gesamten dem IGES Institut zur Verfügung stehenden Versichertenbestand durchgeführt, sondern auf Basis einer Stichprobe. Grund dafür ist, dass die Grundgesamtheit (5,2 Mio. Versicherte) der teilnehmenden Krankenkassen bezüglich Morbidität und Altersstruktur von jener der gesamten GKV abweicht. Um möglichst aussagekräftige Ergebnisse gewinnen zu können, wurde eine Adjustierung der Stichprobe (2 Mio. Versicherte) zur Ausgleichung an die GKV durchgeführt.

Diese Adjustierung wurde anhand des Kriteriums „Anzahl der HMGs pro Versicherten“ durchgeführt. Methodisch wurde in Form einer proportional geschichteten Zufallsstichprobe vorgegangen. Daher wurden nur so lange zufällig Versicher-

te aus der Grundgesamtheit gezogen, bis der Anteil der Versicherten mit einer bestimmten Anzahl von HMGs in der Stichprobe dem Anteil in der GKV entsprach. Waren bereits genug Versicherte in der jeweiligen HMG-Anzahl in der Stichprobe vorhanden, wurde die Ziehung für diese Kategorie nicht fortgesetzt.

Da in der GKV einzelne Versicherte mehr als 21 HMGs aufweisen, in der uns zur Verfügung stehenden Grundgesamtheit aber nicht, wurde die Kategorie „≥21 HMGs“ gebildet. Diese fasst die Kategorie „21HMGs“, „22HMGs“, etc. zusammen.

Dieser Vorgang wurde 200mal durchgeführt. Für jede einzelne Ziehung wurde die Abweichung zwischen der Stichprobe und der GKV für zwei Parameter erfasst:

- ◆ Anteil der Versichertentage pro HMG
- ◆ Anteil der Versichertentage pro AGG¹⁴

Basis für das weitere Vorgehen bildete die Ziehung mit der geringsten Abweichung für die oben genannten Parameter. Nach Ziehung der Stichprobe wurde ein Versicherter nachträglich aus den Auswertungen ausgeschlossen. Dieser hatte annualisierte Ausgaben von circa 35 Mio. Euro, was die nachfolgenden Auswertungen stark verfälscht hätte.

4.4 Eigenschaften der Stichprobe

Durch das oben erläuterte Verfahren konnte die Abweichung des Anteils der Versichertentage pro HMG und AGG deutlich reduziert werden. Abbildung 4 stellt die Ergebnisse der Adjustierung dar. Über alle AGGs konnte die durchschnittliche prozentuale Abweichung des Anteils der Versichertentage pro AGG von -10 % zu -7,7 % verbessert werden. Für die HMGs konnte die Abweichung von -27 % auf 10 % verbessert werden.

Abbildung 4: Ergebnisse der Adjustierung für AGGs und HMGs.

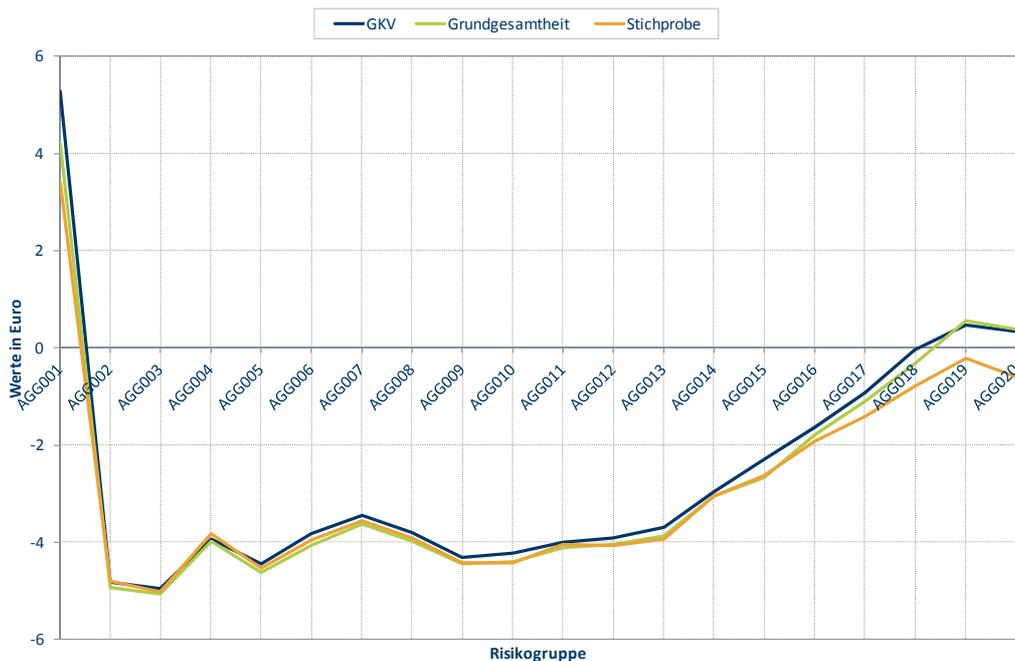
| | Mittlere Abweichung des Anteils der Versichertentage der Grundgesamtheit zu GKV | Mittlere Abweichung des Anteils der Versichertentage der Stichprobe zu GKV |
|--|---|--|
| | - 10% | - 7,7% |
| | - 27% | 10% |

Quelle: IGES/Glaeske/Greiner

¹⁴ BVA 2014b.

Zur weiteren Validierung der Stichprobe wurde die Regression zur Ermittlung der Zuschläge pro Versichertentag analog zum Vorgehen des BVA durchgeführt. Die Abbildungen 5, 6 und 7 stellen die Ergebnisse dieser Berechnungen für die AGGs und HMGs dar.

Abbildung 5: Vergleich der Zuschläge in Euro/Tag für die AGGs 1-20¹⁵ zwischen Grundgesamtheit, Stichprobe und GKV

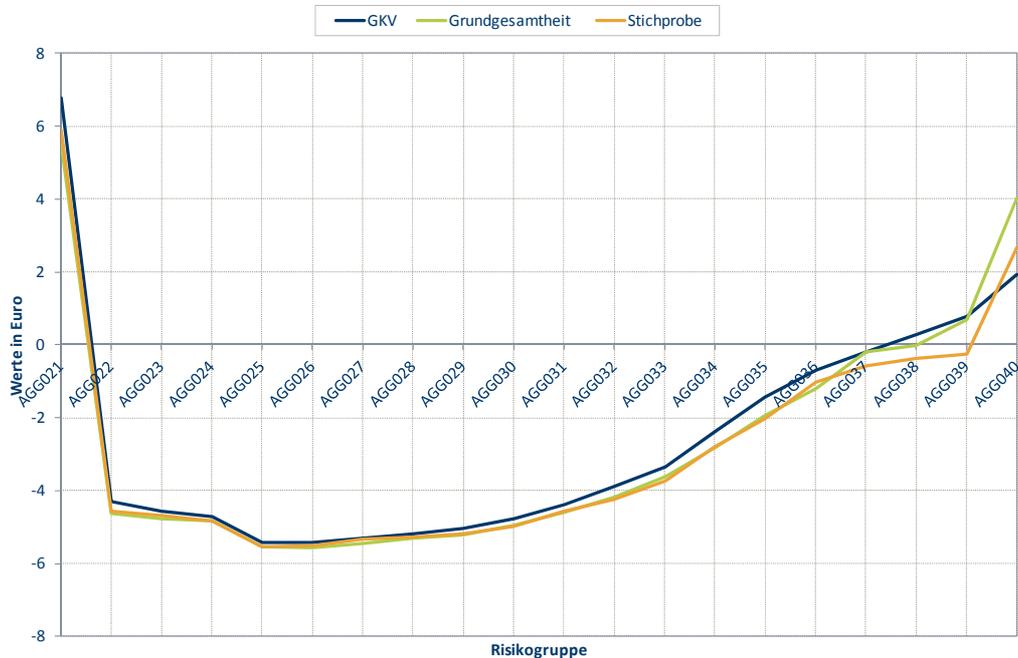


Quelle: IGES/Glaeske/Greiner auf Basis der Daten der teilnehmenden Krankenversicherungen und des BVA

Abbildung 5 vergleicht die Zuschläge in Euro pro Tag in der GKV, der Stichprobe und der Grundgesamtheit für die AGGs 1-20 (weibliche Versicherte). Unterschiede zeigen sich vor allem bei sehr jungen und sehr alten Versicherten. Hier liegen die Zuweisungen in der GKV für fast alle AGGs über denen der Stichprobe und der Grundgesamtheit. Ein vergleichbares Bild zeigt sich für die AGGs 21 bis 40 (männliche Versicherte). Im Unterschied zu den AGGs 1-20 liegen die Zuweisungen für besonders alte Versicherte sowohl in der Stichprobe als auch in der Grundgesamtheit über denen in der GKV (vgl. Abb. 6). Festgehalten werden kann, dass sowohl für weibliche als auch für männliche Versicherte starke Abweichungen nur in AGGs mit besonders wenigen Versicherten auftreten.

¹⁵ Weibliche Versicherte: AGG 001 = 0 Jahre, AGG 002 = 1-5 Jahre, AGG 003 = 6-12 Jahre, AGG 004 = 13-17 Jahre, AGG 005 = 18-24 Jahre, AGG 006 = 25-29 Jahre, ab hier in 5-Jahres-Intervallen, männliche Versicherte entsprechend.

Abbildung 6: Vergleich der Zuschläge in Euro/Tag für die AGGs 21-40 zwischen Grundgesamtheit, Stichprobe und GKV



Quelle: IGES/Glaeske/Greiner auf Basis der Daten der teilnehmenden Krankenversicherungen und des BVA

Abbildung 7 zeigt die Zuweisungen in Euro pro Tag in der GKV, der Grundgesamtheit und der Stichprobe für die 155 im Ausgleichsjahr 2013 berücksichtigten HMGs. Relevante Abweichungen zwischen GKV, Grundgesamtheit und Stichprobe treten hier vor allem für besonders teure Erkrankungen auf, von denen aber nur sehr wenige Versicherte betroffen sind. Deutlich wird dies an den HMGs 35¹⁶, 202¹⁷ und 261¹⁸. Hier liegen die Zuweisungen in der Stichprobe (pro Tag) 67,53 Euro, 36,82 Euro bzw. 20,88 Euro über denen in der GKV. Offenbar werden Versicherte der beteiligten Krankenkassen mit denselben dokumentierten Erkrankungen teurer versorgt als der durchschnittliche Patient in der GKV.¹⁹

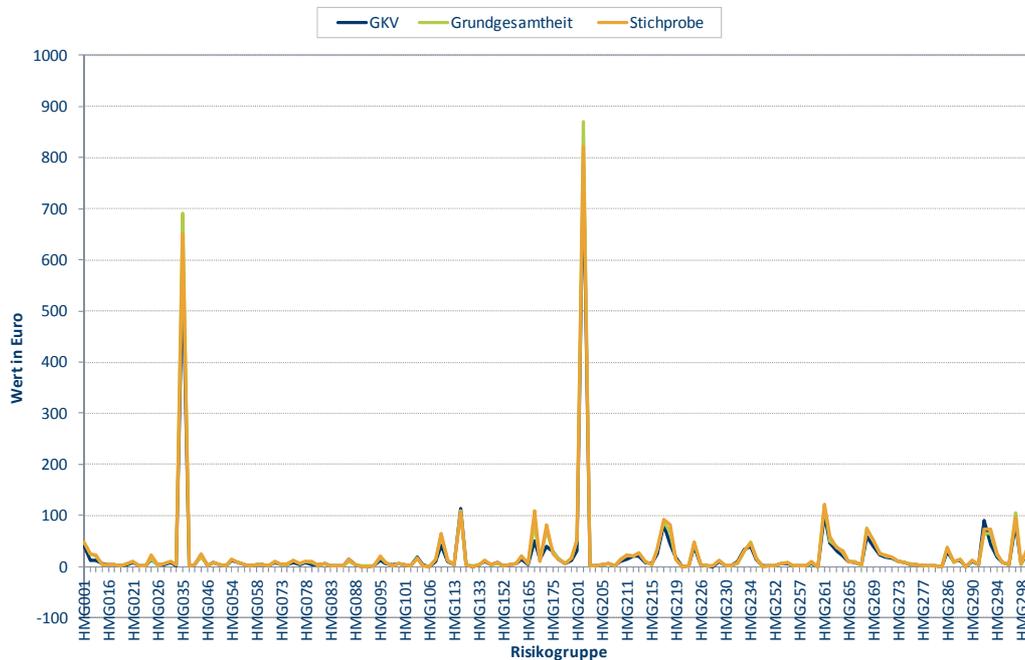
¹⁶ Hämophilie mit Dauermedikation

¹⁷ Glykogenspeicherkrankheit, Gangliosidosen, Mukopolysaccharidosen und Sphingolipidosen mit ERT/SRT

¹⁸ Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren

¹⁹ Hierzu besteht aus Sicht der Gutachter weiterer Forschungsbedarf. Denkbar ist, dass die höheren Ausgaben in denselben HMGs auf ein anderes Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten zurückgeht. Möglich ist auch, dass die Versicherten der vorliegenden Grundgesamtheit aus Regionen mit einer höheren Leistungserbringerdichte kommen.

Abbildung 7: Vergleich der Zuschläge in Euro/Tag für die HMGs 1 bis 300 zwischen Grundgesamtheit, Stichprobe und GKV



Quelle: IGES/Glaeske/Greiner auf Basis der Daten der teilnehmenden Krankenversicherungen und des BVA

4.5 Zwischenfazit: Die adjustierte Stichprobe ermöglicht belastbare Auswertungen

Die vorliegende Grundgesamtheit aus den Versichertendaten der beteiligten Krankenkassen weicht in wichtigen Parametern von der GKV ab. Deshalb wurde eine adjustierte Stichprobe gezogen, um übertragbare Ergebnisse zu erhalten. Verbliebene Abweichungen auf Ebene der AGGs betreffen sehr alte und sehr junge Versicherte: Die entsprechenden AGGs sind aber vergleichsweise schwach besetzt. Abweichungen auf Ebene der HMGs betreffen vor allem sehr teure, aber nur extrem seltene Erkrankungen. Insgesamt bildet die so erstellte Stichprobe eine valide Datenbasis für die weiteren Berechnungen.

5. Herleitung und Umsetzung alternativer Ansätze zur Krankheitswahl und für den Ausgleichsmechanismus

In diesem Abschnitt werden alternative Ansätze zur Auswahl der im Ausgleich berücksichtigten Erkrankungen bzw. Alternativen zur aktuellen Systematik des RSA vorgestellt.

Die aktuell gültigen Vorgaben zur Krankheitsauswahl werden in §31 der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (RSAV) beschrieben. Drei zentrale Kriterien zur Auswahl von 50 bis 80 Erkrankungen werden definiert:

- ◆ Die gesamten Leistungsausgaben von Betroffenen dieser Erkrankungen sollen mindestens 50 % über den durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertem in der GKV liegen („Schwellenwertkriterium“).
- ◆ Die Erkrankungen sollen einen „schwerwiegenden Verlauf“ aufweisen.
- ◆ Die Erkrankungen sollen „kostenintensiv chronisch“ sein.

Im Ausgleichsjahr 2013 wurde die Hierarchie dieser Kriterien durch das Bundesversicherungsamt angepasst. Zur Aufnahme in den RSA muss eine Erkrankung folgende Kriterien erfüllen:

- ◆ Schwellenwertkriterium,
- ◆ Kriterium der Chronizität oder Kriterium der Krankheitsschwere („schwerwiegender Verlauf“) und das
- ◆ Kriterium der Kostenintensität.

5.1 Operationalisierung der Merkmale Chronizität oder Krankheitsschwere

Im Gutachten des wissenschaftlichen Beirats (Wissenschaftlicher Beirat 2007) werden schwerwiegende Erkrankungen als solche definiert, die

- ◆ innerhalb der jeweiligen Diagnosegruppe eine Hospitalisierungsquote von mindestens 5 % aufweisen und
- ◆ das Merkmal „chronisch kostenintensiv“ erfüllen.

In den Festlegungen zur Krankheitsauswahl für das Ausgleichsjahr 2013 wurde die Untergrenze der Hospitalisierungsquote auf 10 % angehoben. Unabhängig von der Höhe dieser Untergrenze wird unterstellt, dass schwerwiegende Verläufe häufig mit einem stationären Aufenthalt einhergehen. Erkrankungen, die ausschließlich ambulant behandelt werden, können trotzdem einen schwerwiegenden Verlauf aufweisen – bis hin zur Arbeitsunfähigkeit (z. B. einige psychische Erkrankungen). Diese fanden jedoch unter obiger Ausgestaltung keine Berücksichtigung.

Durch die Verknüpfung der Merkmale „Chronizität“ und „Krankheitsschwere“ im Ausgleichsjahr 2013 wird vom BVA die alleinige Fokussierung auf die Hospitalisierungsquote aufgegeben. „Chronizität“ wird im Ausgleichsjahr 2013 definiert als Anteil der von einer Erkrankung Betroffenen, bei denen in mindestens zwei Quartalen die entsprechende ambulante Diagnose gestellt wurde

5.2 Operationalisierung des Merkmals „Kostenintensität“

Die Berechnung der „Kostenintensität“ einer Erkrankung ergibt sich aus der Multiplikation der berechneten prospektiven Kosten im Einzelfall mit der gewichteten Prävalenz. Die Methode zur Gewichtung der Prävalenz hat entscheidenden Einfluss auf die im Ausgleich berücksichtigten Erkrankungen.

Je stärker die Prävalenz in der Berechnung berücksichtigt wird, desto mehr klassische „Volkskrankheiten“ finden ihren Weg in den Ausgleich. Diese verursachen zwar nur relativ geringe Ausgaben für den einzelnen Versicherten. Aufgrund ihrer Häufigkeit sind sie jedoch für einen relativ großen Teil der gesamten Ausgaben in der GKV verantwortlich. Umgekehrt führt eine geringe Gewichtung (oder fehlende Berücksichtigung) der Prävalenz zu einem stärkeren Einschluss von Erkrankungen mit hohen Ausgaben für den einzelnen Versicherten – aber mit geringeren Kosten auf der Ebene des gesamten GKV-Systems. In diesem Forschungsprojekt wurden vier Varianten zur Berücksichtigung der Prävalenz in der Operationalisierung des Merkmals „Kostenintensität“ einbezogen:

- ◆ Lineare Betrachtung
- ◆ Quadratwurzel als Gewichtungsfunktion
- ◆ Logarithmische Prävalenzgewichtung
- ◆ Keine Betrachtung der Prävalenz

Die lineare Betrachtung führt nahezu zu einem Ausschluss seltener Erkrankungen aus dem Ausgleich. Die Krankheitsauswahl würde hauptsächlich durch häufige Erkrankungen wie z. B. Depression, Diabetes mellitus oder Hypertonie dominiert. Die logarithmische Prävalenzgewichtung führt wegen ihrer vergleichsweise geringen Berücksichtigung der Prävalenz (Busse et al. 2007) zu einer im Vergleich zur Quadratwurzel stärkeren Berücksichtigung relativ seltener Erkrankungen. Im Ausgleichsjahr 2013 verwendete das BVA die Quadratwurzel als Funktion zur Gewichtung der Prävalenz. Würde man die Kosten einer Erkrankung ohne die gewichtete Prävalenz betrachten, so würde die Krankheitsliste durch schwerwiegende Erkrankungen dominiert, die nicht zwingend mit hohen Kosten auf Ebene des gesamten GKV-Systems einhergehen. Dies können z. B. seltene Erkrankungen sein.

Neben diesen Optionen sollten auch alternative Indikatoren für Kostenintensität geprüft werden. Aus unserer Sicht bieten sich dazu vor allem folgende Kriterien an:

- ◆ Arbeitsunfähigkeit
- ◆ Pflegestufe
- ◆ Behinderung

Alle drei Merkmale stellen gute Indikatoren für komplexe, individuelle Bedarfe einzelner Versicherter dar. Eine Berücksichtigung hat daher das Potenzial, die Prognosequalität des RSA zu steigern und die Anreize zur Risikoselektion zu vermindern. Für die Untersuchung wurde daher die Möglichkeit geprüft, Arbeitsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung in Form eigener Morbiditätsgruppen (MG) im RSA zu berücksichtigen.

Die Einordnung eines Versicherten in die MG „Arbeitsunfähigkeit“ könnte z. B. erfolgen, wenn innerhalb eines Jahres eine bestimmte Anzahl von AU-Tagen vorliegt. Für die Zuordnung zu der MG „Pflegebedürftigkeit“ müsste eine bestimmte Pflegestufe für eine zu definierende Anzahl von Versichertentagen vorliegen. Die Einordnung in die MG „Behinderung“ erfolgt über dem Versicherten zugeordnete Hilfsmittel. Die Erstattung der Ausgaben für einen Rollstuhl könnte z. B. zur Zuordnung eines Versicherten in diese MG führen. Im Rahmen der Simulation der Auswirkungen auf die Krankheitsauswahl werden die zu definierenden MGs „Arbeitsunfähigkeit“, „Pflege“ und „Behinderung“ gemeinsam betrachtet.

Zusätzlich sollte im Rahmen dieses Forschungsprojekts überprüft werden, welche Konsequenzen ein völliger Verzicht auf das Merkmal „Chronizität“ in der Auswahl der Erkrankungen hätte. Zu erwarten ist, dass so der Fokus des RSA hin zu Akuterkrankungen verlegt würde. Die Vorgabe einer alleinigen Konzentration auf chronische Erkrankungen wurde ohnehin bereits durch die Berücksichtigung der MG „Schwangerschaft“ (Ausgleichsjahr 2013) durchbrochen.

5.3 Veränderung der Ausgleichssystematik

Während bisher Modifikationen des Ausgleichsverfahrens vorgestellt wurden, sollten auch noch weitergehende Veränderungen getestet werden. Die in diesem Abschnitt unterbreiteten Vorschläge liegen außerhalb der aktuellen Systematik des RSA und haben daher potenziell größere Konsequenzen für die Verteilungseffekte im RSA bzw. die Auswahl der Erkrankungen. Im Einzelnen sind dies:

- ◆ Keine Berücksichtigung ambulanter Diagnosen
 - ◆ Vollständiger Ausgleich über alle kodierten Erkrankungen
 - ◆ (Wieder-)Einführung eines Risikopools
-

5.3.1 Keine Berücksichtigung ambulanter Diagnosen

In dieser Variante soll in der kompletten Berechnung der Erkrankungsliste auf die Verwendung ambulanter Diagnosen verzichtet werden. Hintergrund dieses Vorschlags ist vor allem die oft als nicht genügend eingeschätzte Qualität der Kodierung im ambulanten Sektor (vgl. 3.1.3). Aber auch die Diskussion zur Manipulation der Kodierungen würde hier ihre Berücksichtigung finden. Manipulationsunanfälligkeit ist eines der oben hergeleiteten Bewertungskriterien für einen guten Risikostrukturausgleich.

Der Verzicht auf ambulante Diagnosen würde zu einer Konzentration auf Erkrankungen führen, die stationär behandelt werden oder eindeutig durch Gabe von Arzneimitteln zu identifizieren sind. Das Merkmal „Chronizität“ – aktuell durch die Erhebung ambulanter Diagnosen operationalisiert – bräuchte dann bei weiterer Berücksichtigung eine von der heutigen Praxis abweichende operative Definition. Auch die Prävalenzgewichtung würde ohne ambulante Diagnosen nur noch auf Basis stationärer Diagnosen durchgeführt. Chronische Erkrankungen, die häufig ambulant behandelt werden, wie z. B. psychische Erkrankungen, fänden dann keine Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich.

5.3.2 Vollständiger Ausgleich

Ein weiterer Ansatz besteht im Ausgleich aller kodierten Erkrankungen im RSA und folglich einem Verzicht auf die Auswahl von 80 Erkrankungen. Dieser Ansatz hätte vor allem den Vorteil, dass die Diskussion um die Methodik zur Krankheitsauswahl entfielen. Im Falle einer tatsächlichen Umsetzung dieses Szenarios könnte die genaue Definition der Erkrankungen nach rein medizinischen Gesichtspunkten erfolgen. Eine künstliche Zusammenführung von Erkrankungen mit unterschiedlicher Ätiologie zu einem Krankheitsbild wäre nicht mehr notwendig (Bsp.: gemeinsame Betrachtung Diabetes Typ 1 und Typ 2 im Ausgleichsjahr 2013).

5.3.3 Einführung eines Risikopools

Nach allgemeinem Verständnis wird mit dem Ansatz „Risikopool“ ein zeitgleicher Ausgleich von Ist-Kosten oberhalb eines bestimmten Schwellenwerts beschrieben. Für die Jahre 2002 und 2003 fand bereits ein solcher Ausgleich statt. Damals wurden 60 % der Leistungsausgaben über dem Schwellenwert von 20.450 Euro ausgeglichen. In dem vorliegenden Gutachten soll dieser Ansatz in unterschiedlicher Ausgestaltung bezüglich des Ausgleichssatzes und des Schwellenwertes erneut aufgegriffen werden. Dies erscheint sinnvoll, da die grundsätzliche Gefährdung kleiner Krankenkassen durch einzelne wenige Hochkostenfälle weiterhin gegeben ist. Zudem wird die aktuell verwendete Bildung von Durchschnittskosten für einzelne Krankheitsbilder im RSA faktisch vorkommenden Extremwerten nicht gerecht.

5.4 Zwischenfazit: Insgesamt werden 8 Szenarien geprüft

Tabelle 2 zeigt eine Übersicht aller Ansätze zur Krankheitsauswahl, die im Rahmen dieses Projektes untersucht und mit dem aktuell praktizierten Verfahren verglichen werden. Diese ergeben sich aus den zuvor gemachten Überlegungen.

Tabelle 2: Übersicht über die vorgeschlagenen Anpassungen und deren Beschreibung

| Nummer des Vorschlags | Ansatz | Beschreibung |
|-----------------------|---|--|
| 1 | Keine Gewichtung der Ausgaben mit der Prävalenz | Alleinige Betrachtung der Ausgaben pro Versicherten. Die Häufigkeit der Erkrankung spielt keine Rolle |
| 2 | Logarithmische Prävalenzgewichtung | Gewichtung der Ausgaben mit der logarithmierten Prävalenz |
| 3 | Lineare Betrachtung der Prävalenz | Die Ausgaben pro Betroffenen einer Erkrankung werden mit der vollen Prävalenz gewichtet |
| 4 | Keine Betrachtung des Merkmals „Chronizität“ | Keine Betrachtung des Merkmals „Chronizität“. Ambulante Diagnosen werden nur noch in der Gewichtung der Prävalenz betrachtet |
| 5 | Berücksichtigung von Pflege, Arbeitsunfähigkeit und Behinderung | Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Behinderung werden jeweils in die Krankheitsauswahl aufgenommen |
| 6 | Keine Berücksichtigung ambulanter Diagnosen | Zur Auswahl der Erkrankungen werden nur noch stationäre Diagnosen und verordnete Arzneimittel berücksichtigt |
| 7 | Vollständiger Ausgleich | Keine Beschränkung auf 80 Erkrankungen mehr, sondern vollständiger Ausgleich aller kodierten Erkrankungen |
| 8 | Risikopool | Analog zum Verfahren der Jahre 2002 und 2003: partieller Ist-Kosten-Ausgleich für teure Versicherte |
| Quelle: | IGES/Glaeske/Greiner | |

6. Resultierende Anpassungen im Verfahren zur Krankheitsauswahl und der Ausgleichsberechnung

Für jedes der so definierten Szenarien wurde nun das komplette Verfahren der Krankheitsauswahl durchlaufen und jeweils nach den in Kap. 5 genannten Auswahlkriterien alle 361 HMGs bewertet und die ersten 80 ausgewählt. Einige der oben beschriebenen Reformszenarien haben dabei weiterreichende Implikationen für die Berechnungsschritte im Rahmen der Krankheitsauswahl und der Berechnung des Ausgleichs. Dies betrifft z. B. die Berechnung der Regression über AGGs, EMGs und die 361 Erkrankungen. Im Szenario 5 wurden diese um drei Schätzer ergänzt, welche Pflege, AU und Behinderung abbilden. Diese waren auf Ebene der einzelnen Versicherten wie folgt definiert:

- ◆ Pflege: Mindestens Vorliegen der Pflegestufe 1
- ◆ Arbeitsunfähigkeit: Mindestens 91 Tage AU
- ◆ Behinderung: Vorliegen von mindestens einem Hilfsmittel aus der Produktgruppe 14 (Inhalations- und Atemtherapiegeräte) oder 18 (Kranken-/Behindertenfahrzeuge)

Pflege, AU und Behinderung waren im eigentlichen Prozess der Krankheitsauswahl nicht gesetzt, sondern mussten sich im Zuge der statistischen Priorisierung durchsetzen. Dabei wurde allerdings auf die Berechnung von Schwellenwert, Hospitalisierungsquote und Chronizitätsrate für drei Schätzer mangels sinnvoller Operationalisierungsmöglichkeiten verzichtet. Es wurde lediglich die Kostenschätzung aus der Regressionsberechnung mit der Anzahl der Betroffenen multipliziert und in das Erkrankungsranking aufgenommen. Dabei wurde die Anzahl der Betroffenen mit der Wurzelfunktion gewichtet.

Im Szenario 6 (Keine Berücksichtigung ambulanter Diagnosen) wurden die Schätzer zur Abbildung der 361 Krankheiten nur durch stationäre Diagnosen definiert. Dadurch entfiel auch die im Verfahren des BVA vorgesehene Betrachtung der Chronizitätsrate und der Hospitalisierungsquote, die zur Berechnung ambulanter Diagnosen benötigt werden. Auch auf die Betrachtung des Schwellenwerts wurde verzichtet, da sich in diesem Ansatz nur noch eine Erkrankung unterhalb des auf Basis der Stichprobe neu berechneten Schwellenwerts befand. Ebenso wurden auch die anschließenden Groupierungen der ausgewählten Erkrankungen nur auf Basis stationärer Diagnosen durchgeführt.

In allen betrachteten Szenarien wurden Erkrankungen, die durch das BVA im Ausgleichsjahr 2013 nicht Teil des Ausgleichs waren, nur durch einfache Schätzer abgebildet. Diese basierten auf den im Rahmen der Krankheitsauswahl verwendeten Zuordnungen von ICDs zu Erkrankungen.

Der Schwellenwert zur Berechnung des Ist-Kosten-Ausgleichs im Risikopool wurde analog zum Vorgehen im Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 (Drösler et al. 2011) auf Basis von § 18 Abs. 1 SGB IV bis zum Jahr 2013 fortgeschrieben und betrug demnach 22.497,42 Euro. Der Ist-Kosten-Ausgleich wurde

wie in der bis zum Jahr 2008 gültigen Regelung auf 60 % festgelegt. Zudem wird der Risikopool in einer zweiten Variante berechnet. Hier beträgt der Schwellenwert 40.000 Euro und der Ist-Kosten-Ausgleich nur noch 50 %.

7. Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zu den acht Szenarien der Krankheitsauswahl im Ausgleichsjahr 2013 dargestellt. Im ersten Schritt werden dazu die Zu- und Abgänge unter den 80 Erkrankungen im Ausgleichsverfahren exemplarisch benannt. Anschließend werden für jedes der betrachteten Szenarien die Gütemaße R^2 , MAPE und CPM dargestellt. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels erfolgt schließlich eine qualitative Bewertung aller Szenarien auf Basis der zuvor definierten Bewertungskriterien.

7.1 Krankheitsspektrum

Für jedes der betrachteten Szenarien wurden die Zu- und Abgänge in der Krankheitsauswahl in Relation zur Auswahl des BVA im Ausgleichsjahr 2013 (BVA 2013) bestimmt.

Diese stellen eine Momentaufnahme dar. Da sich die relative Bedeutung der Krankheiten von Jahr zu Jahr verändert und die Krankheiten jenseits der Position 50 in der Auswahlliste nah beieinanderstehen, können schon kleine Veränderungen in Therapien oder Kodierverhalten die Reihenfolge verändern. Wir verzichten daher auf die Darstellung in Form einer Liste, denn 2015 könnten die Verschiebungen andere sein als 2013. Die wesentlichen Tendenzen werden in den folgenden Absätzen beschrieben.

Die Auswirkungen eines Wegfalls der Prävalenzgewichtung (Szenario 1) führt zu den erwarteten Konsequenzen: Die Gruppe der hinzukommenden Erkrankungen wird durch Indikationen gebildet, die im einzelnen Erkrankungsfall hohe Kosten verursachen, aber insgesamt nur wenige Patienten betreffen. Spiegelbildlich befinden sich unter den Abgängen Erkrankungen, die zwar viele Patienten betreffen, im Einzelfall aber nur relativ geringe Kosten verursachen.

Eine ähnliche Tendenz, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß, zeigt das Szenario 2, die Gewichtung der Prävalenz mit dem Logarithmus. Auch hier verlassen Erkrankungen mit relativ niedrigen Kosten pro Patient und hoher Prävalenz den Ausgleich (z. B. Hypertonie) und Erkrankungen mit hohen Einzelfallkosten (z. B. Angeborene Anomalien der Lunge) treten stattdessen hinzu.

Die maximale Prävalenzgewichtung (lineare Prävalenzgewichtung, Szenario 3) führt zu der größtmöglichen Berücksichtigung häufiger, aber im Vergleich kostengünstiger Erkrankungen. Auch unspezifische Rückenschmerzen würden in dieser Variante in das Ausgleichssystem aufgenommen.

In Szenario 4 musste das Kriterium der „Chronizität“²⁰ nicht erfüllt werden. Dies führt dazu, dass chronische Erkrankungen, die mit einer geringen Hospitalisierungsquote einhergehen, nicht mehr im Ausgleich berücksichtigt werden. Kon-

²⁰ Dies bedeutet nicht, dass chronische Erkrankungen nicht mehr im Ausgleich berücksichtigt werden. Es wird lediglich das M2Q-Kriterium abgeschwächt.

kret betrifft dies z. B. HIV/AIDS oder chronische Schmerzen. In Szenario 5 hat die Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit und Behinderung auf die Auswahl der 80 Erkrankungen einen eher geringen Effekt. Deutliche Veränderungen der Kostengewichte finden im Wesentlichen nur für Erkrankungen statt, die sich im Ranking des Produkts aus gewichteter Prävalenz und Kostenschätzung ohnehin auf sehr hohen Positionen befinden.²¹

Der Verzicht auf ambulante Diagnosen im Verfahren zur Krankheitsauswahl (Szenario 6) führt erwartungsgemäß zum Ausschluss von Erkrankungen, die keiner stationären Behandlung bedürfen. Ein Ansatz zur Erklärung der Zugänge kann deren Abrechnungsrelevanz im DRG-System sein. So werden für bestimmte Nebendiagnosen, die mit einem erhöhten Behandlungsaufwand einhergehen, Vergütungszuschläge gewährt. Als Beispiel dafür kann die in diesem Szenario vertretene Erkrankung „Sonstige alimentäre Mangelzustände“ genannt werden.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung einer Erkrankung im RSA keinen Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat. Wenn sich durch eine bessere Versorgung Folgeerkrankungen vermeiden lassen und die Kasse dadurch auf lange Sicht Geld spart, ist es für sie immer betriebswirtschaftlich sinnvoll das zu tun. Analog würden Selektivverträge, die zu Mehraufwendungen führen, tendenziell auch dann nicht abgeschlossen, wenn eine Erkrankung einen Zuschlag erhält. Dies entspricht im übrigen auch dem oben definierten Kriterium der Versorgungsneutralität im RSA.

7.2 Gütemaße

7.2.1 Ergebnisse auf Basis der Stichprobe

Tabelle 3 stellt die auf Basis der Stichprobe für die definierten Alternativszenarien berechneten Gütemaße dar. Berechnet wurde für alle Szenarien das statistische Bestimmtheitsmaß (R^2), der Mean Absolute Prediction Error (MAPE) sowie Cumming's Prediction Measure (CPM). Als zu vergleichende Ausgangsbasis wurde zudem das gesamte amtliche Verfahren zur Krankheitsauswahl und Ausgleichsberechnung des BVA im Ausgleichsjahr 2013 auf Basis der Stichprobe durchgeführt („Status quo“). In diesem Ansatz waren 71 der 80 ausgewählten Erkrankungen deckungsgleich mit der Krankheitsauswahl des BVA.

Die besten Werte in der Gütemaßberechnung werden durch die beiden berechneten Varianten des Risikopools erreicht. Dies ist wenig verwunderlich, da eine Betrachtung von Ist-Kosten zwangsläufig zu einer Annäherung von tatsächlichen und standardisierten Leistungsausgaben führt. Der vollständige Ausgleich aller

²¹ Vor allem für Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit ist klar, dass diese per se nicht zu höheren Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Im Rahmen dieses Gutachtens ging es darum zu überprüfen, ob „Pflegebedürftigkeit“, „Arbeitsunfähigkeit“ und „Behinderung“ als Morbiditätsschätzer die Güte des Ausgleichssystems verbessern können.

Krankheiten führt ebenfalls zu vergleichsweise guten Werten für die betrachteten Gütemaße. Allerdings liegt dieser nur geringfügig über dem definierten Benchmark. Auch diese Beobachtung ist wenig überraschend. So kamen schon Drösler et al. (2011) zum Schluss, dass die Einbeziehung weiterer Erkrankungen über die gesetzliche Vorgabe von 80 hinaus nur zu einer marginalen Verbesserung der Zuweisungsgenauigkeit führt.

Zu annähernd identischen Werten wie der vollständige Ausgleich aller Krankheiten führt das Szenario 5, bei dem Pflege, Arbeitsunfähigkeit und Behinderung im Ausgleich mitberücksichtigt wurden. Offenbar tragen diese zusätzlichen Morbiditätsschätzer zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit im Ausgleich bei. Besonders der Schätzer „Pflegebedürftigkeit“ ist hier zu nennen. Betrachtet man diesen als Morbiditätsschätzer im Verfahren zur Krankheitsauswahl, so erreicht er im Ranking des Produkts aus erwarteten Mehrkosten und der mit der Wurzel gewichteten Prävalenz den 5. Platz aller einbezogenen Krankheiten.

Die Berechnungsergebnisse für die insgesamt vier Varianten der Prävalenzgewichtung (Status quo + Szenario 1-3) führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Wesentliche Abweichungen in den Gütemaßen sind nicht zu beobachten. Insgesamt reicht die Spanne von 23,1 % bis 23,9 %. Derart niedrige Unterschiede in der statistischen Zielgenauigkeit der Zuweisungen müssen vor dem Hintergrund der anderen, qualitativen Gütekriterien gesehen werden, die im Abschnitt 2.2.1. erläutert wurden. Ein marginal niedrigeres statistisches Gütemaß muss somit in der Gesamtbeurteilung der Ausgestaltungsalternativen nicht zwingend dazu führen, dass die betreffende Variante verworfen wird.

Die mit Abstand schlechtesten Ergebnisse erzielen die Szenarien 4 (Keine „Chronizität“) und 6 (Keine ambulanten Diagnosen). Beide Ansätze laufen in letzter Konsequenz auf die Nichtberücksichtigung einer Vielzahl chronischer Erkrankungen wie z. B. HIV oder Diabetes Mellitus hinaus. Damit sinkt zwingend die Qualität eines prospektiven Vorhersagemodells, da es sich bei den neu hinzukommenden Erkrankungen häufig um Akuterkrankungen handelt (z. B. Luxation des Hüftgelenks) und damit keine Aussagekraft mehr für die Ausgaben des Folgejahres gegeben ist.

Wegen des deutlichen Abfalls der Gütemaße im Vergleich zum Status quo, werden die Szenarien 4 und 6 in der folgenden qualitativen Bewertung nicht mehr weiter betrachtet. Schon an diesem Punkt ist klar, dass sie keine ernsthafte Umsetzungsoption darstellen.

Tabelle 3: Gütemaße auf Individualebene für die berechneten Szenarien

| Szenario | Gütemaße | | |
|--------------------------------|-----------------------|------------|-------------|
| | R ² (in %) | CPM (in %) | MAPE (in €) |
| Status quo | 23,9 | 24,0 | 2.031 |
| 1. Keine Prävalenzgewichtung | 23,1 | 21,7 | 2.091 |
| 2. Prävalenzgewichtung LN | 23,6 | 22,9 | 2.059 |
| 3. Lineare Prävalenzgewichtung | 23,9 | 24,3 | 2.022 |
| 4. Keine „Chronizität“ | 13,7 | 17,1 | 2.214 |
| 5. Pflege, AU, Behinderung | 24,3 | 24,3 | 2.021 |
| 6. Keine amb. Diag. | 17,4 | 17,6 | 2.202 |
| 7. Vollständiger Ausgleich | 24,3 | 24,9 | 2.006 |
| 8. Risikopool | 30,1 | 24,8 | 1.779 |
| 8.* Risikopool | 28,6 | 24,6 | 1.914 |

Quelle: IGES/Glaeske/Greiner auf Basis der Daten der beteiligten Krankenkassen

7.2.2 Stellungnahme des BVA zur Krankheitsauswahl im Ausgleichsjahr 2016

Im Rahmen der Festlegungen zur Krankheitsauswahl im Ausgleichsjahr hat das BVA eine Stellungnahme veröffentlicht, in der die Konsequenzen unterschiedlicher Ansätze in der Prävalenzgewichtung für die Zielgenauigkeit des Ausgleichs diskutiert werden (BVA 2015). Untersucht werden z. B. die Auswirkungen der linearen Gewichtung und verschiedene Varianten der Wurzelgewichtung.

Berechnete Werte liegen für alle Varianten auf deutlich niedrigerem Niveau als die hier vorgestellten Ergebnisse. Dies liegt vor allem darin begründet, dass das BVA in seinen Berechnungen die 80 Erkrankungen, analog zum Vorgehen in der Krankheitsauswahl, nur als einfache Schätzer abgebildet hat. Daher wurde z. B. auf eine genaue Abbildung von Krankheitsverläufen durch definierte Tagesdosen (DDD) und eine Hierarchisierung der einzelnen Morbiditätsgruppen (MG) verzichtet.

Dieses Vorgehen weicht vom im Rahmen dieses Gutachten umgesetzten Ansatz ab. Erkrankungen, die im Ausgleichsjahr 2013 durch das BVA verwendet wurden, wurden auch (sofern relevant) in den alternativen Szenarien als ausdefinierte

Schätzer übernommen. Als einfache Schätzer wurden lediglich die jeweils neu hinzukommenden Erkrankungen betrachtet. So konnte eine möglichst realistische Berechnung der Gütemaße erreicht werden, die denen bei einer tatsächlichen Umsetzung der betrachteten Szenarien nahe kommt.

Ungeachtet dieses methodischen Unterschieds fällt auf, dass sich die durch das BVA berechneten Gütemaße für alle dargestellten Varianten auf einem ähnlichen Niveau befinden. Insgesamt beträgt die Spanne zwischen dem höchsten und dem schlechtesten Wert für das R^2 0,71 Prozentpunkte. Dies bestätigt die hier dargelegte Beobachtung, dass verschiedene Varianten der Prävalenzgewichtung nicht zu größeren Verwerfungen hinsichtlich der relevanten Gütemaße führen.

7.3 Qualitative Bewertung

Bezüglich der folgenden Erläuterungen zu den Auswirkungen der aufgeführten Szenarien 1 bis 3, 5, 7 und 8 auf die Krankheitsauswahl – wobei das Szenario 8 „Risikopool“ gesondert zu betrachten ist - müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Erinnerung gerufen werden, die sich zur Gestaltung des Morbiditätsfilters im § 31 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) und in den entsprechenden Stellen der Begründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) finden.

Danach sind 50 bis 80 eng abgrenzbare Krankheiten auszuwählen und dabei insbesondere Erkrankungen

- ◆ bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Betroffenen die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent (Schwellenwert) übersteigen (vgl. §31 Abs. 1 Satz 3 u. 4 RSAV).
 - ◆ Krankheiten mit einem schwerwiegenden Krankheitsverlauf sowie
 - ◆ kostenintensive chronische Erkrankungen.
-

Die begründenden Ausführungen zum GKV-WSG haben dagegen keinen rechtlich bindenden Charakter. Dennoch liefern sie wichtige Hinweise zur korrekten Auslegung des Verordnungstextes:

- ◆ Die ausgewählten Krankheiten sollen von besonderer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen in der GKV sein und
- ◆ wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen haben
- ◆ der durch die Krankheitsauswahl entstehende Morbiditätsfilter sollte zudem nicht zu einer Unterschreitung des statistischen Bestimmtheitsmaßes (R^2) von 12 % im Regressionsmodell führen (vgl. Bundestags-Drucksache 16/3100, 2006, S. 204).

Zur Umsetzung der rechtlichen Vorgaben müssen die darin festgelegten Zielgrößen möglichst sinnvoll und für Dritte nachvollziehbar eingegrenzt und operationalisiert werden. Entsprechend der Formulierung der RSAV muss sich die Analyse der vorhandenen Versichertendaten insbesondere auf die Aspekte der Chronizität, der Schwere des Krankheitsverlaufs, und der Kostenintensität erstrecken. Diese abstrakten Konstrukte sind zunächst in mess- und bewertbare Größen zu überführen; anschließend können Ein- und Ausschlusskriterien definiert werden, auf deren Basis die relevanten Entscheidungen zur eigentlichen Auswahl getroffen werden. Die Resultate der durchgeführten Analysen dienen als Richtmaß für die Auswahl berücksichtigungsfähiger Diagnosegruppen.

Obwohl unstrittig ist, dass Kassen je nach ihrer Versichertenpopulation unterschiedlich von Volkskrankheiten betroffen sein können, ist zu beachten, dass viele Krankheiten dieser Kategorie „Volkskrankheiten“ zwar häufig vorkommen, aber in der Regel bezogen auf die Durchschnittsausgaben pro Patient nicht kostenintensiv in der Behandlung sind.

Damit gewinnt die Prävalenzgewichtung einen wichtigen Stellenwert: Wenn die Krankheiten, deren Chronizität, deren Schwere und deren Kosten, die das 1,5fache der Durchschnittskosten aller Versicherten überschreiten müssen, im Mittelpunkt der gesetzlichen Kriterien stehen, nicht aber die nur in der Begründung erwähnte allgemeine Versorgungslast, ist die Argumentation des wissenschaftlichen Gutachtergremiums von 2007 nachzuvollziehen, bei der Gewichtung der Prävalenz, die Krankheitshäufigkeit eher schwach zu bewerten.

Die Kosten einer Erkrankung können grundsätzlich aus zweierlei Perspektiven betrachtet werden: aus einer personen- bzw. fallorientierten und einer weiteren, die sich auf die Gesamtkosten in der GKV bezieht. Der Ordnungsgeber bleibt in den entsprechenden Ausführungen unbestimmt. Nur in der Begründung zum GKV-WSG finden sich zwei Formulierungen, die darauf hindeuten, dass eine rein fall- bzw. versichertenbezogene Kostenbetrachtung nicht zu sachgemäßen Ergebnissen führen würde. Konkret heißt es, dass die Krankheiten von „besonderer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen sein“ bzw. einen „wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ haben sollen (Bundestags-

Drucksache 16/3100, 2006, S. 204). Dies kann nur erreicht werden, wenn neben den diagnosebezogenen Kosten auch die Verbreitung des betreffenden Krankheitsmerkmals Eingang in die Entscheidungen findet. Eine vollständige Vernachlässigung der Prävalenz der Diagnosegruppen ließe sich somit nur schwer rechtfertigen. Andererseits muss kritisch angemerkt werden, dass eine prävalenzgewichtete Kostenbetrachtung neue Probleme aufwirft, die es bei der Ausgestaltung des Verfahrens zu bedenken gilt.

7.3.1 Szenario 1: Keine Prävalenzgewichtung

Eine völlige Vernachlässigung der Prävalenz lässt sich mit Blick auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen also nicht rechtfertigen. Im Rahmen eines solchen Szenarios würden alle großen „Volkskrankheiten“ unberücksichtigt bleiben, es würde ein Katalog von teuren und eher seltenen Krankheiten entstehen, z.B. angeborene Anomalien der Lunge oder multiforme Erythema exsudativum (akute Entzündungen der Haut), der wenig mit der Versorgungsrealität zu tun hätte. Die diagnosebezogenen Kosten würden ohne Blick auf deren Häufigkeit und Verbreitung eine solche Auflistung dominieren. Da diese Zielrichtung nicht der „Philosophie“ des Gesetzgebers bei der Formulierung der Kriterien für einen Morbi-RSA entspricht, wird dieses Szenario nicht weiter berücksichtigt.

7.3.2 Szenario 2: Logarithmische Prävalenzgewichtung

Eine deutliche Abschwächung des Prävalenzeinflusses ergäbe sich durch eine logarithmische Gewichtung. Die Logarithmusfunktion ermöglicht es, das Kostenkriterium mit der – im Vergleich zu allen Potenz- bzw. Wurzelfunktionen – am langsamsten anwachsenden Funktion der Fallzahlen zu verknüpfen. Damit wird die Prävalenz sehr wohl berücksichtigt, aber nicht in einem die Krankheitsauswahl dominierenden Ausmaß. Daher wird im Rahmen dieses Gutachtens die logarithmische Prävalenzgewichtung empfohlen, da die so entstandene Krankheitsliste eine gute Mischung aus seltenen teuren und häufig vorkommenden teuren Krankheiten widerspiegelt.

Mit dieser Prävalenzgewichtung entfällt allerdings die Berücksichtigung einiger häufiger Krankheiten wie der Hypertonie. Die Versorgung und die Prävention dieser Erkrankungen oder ihrer Folgen ist jedoch für die GKV dadurch in gleichem oder ggf. sogar noch höherem Maße interessant, so dass keine Auswirkungen auf die Versorgung zu befürchten sind.

Durch die logarithmische Gewichtung wird im Übrigen den gesetzlichen Anforderungen „eng abgrenzbar“ und „kostenintensiv“ Rechnung getragen. Dass die Krankheitsauswahl durch das Kriterium „Anzahl der Kranken“ ergänzt werden soll, ist zumindest im Gesetz nicht vorgesehen.

Mit der logarithmischen Gewichtung wird auch die Manipulationsanfälligkeit der ambulanten Diagnosen (z.B. durch bestimmte Anreize in Verträgen von Kassen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten) in ihrer spürbaren Auswirkung zu-

gunsten einzelner Kassen minimiert. Diese genannten Konsequenzen lassen die logarithmische Gewichtung der Prävalenz als insgesamt ausgewogene und ziel-führende Strategie erscheinen.

7.3.3 Szenario 3: Volle Berücksichtigung der Prävalenz

Diagnosegruppen, die im Einzelfall mit hohem Ressourcenverbrauch auf der Versorgungsebene einhergehen, zugleich aber eine geringe Verbreitung aufweisen, würden bei einer linearen Prävalenzgewichtung (Fallzahl x Kosten) gänzlich unberücksichtigt bleiben. Jedoch könnten solche Diagnosegruppen für kleinere Krankenkassen von hoher finanzieller Bedeutung sein und dadurch einen Anreiz zur Risikoselektion darstellen, der sich – gegenüber der aktuellen Situation – durch das Fehlen eines Risikopools zur solidarischen Finanzierung besonders aufwändiger Leistungsfälle noch verstärken dürfte (siehe hierzu aber Szenario 8). Es bedarf also einer ausgewogenen Berücksichtigung der beiden Größen „Prävalenz“ und „Kosten“. Daher wird das Szenario Lineare Gewichtung verworfen, weil vor allem Krankheiten mit niedriger Prävalenz nicht ausreichend berücksichtigt werden. Zur Abschwächung des Einflusses der Krankheitshäufigkeit könnten die ermittelten diagnosebezogenen Kosten daher nicht linear, sondern im Rahmen einer Wurzelfunktion gewichtet werden (so die aktuelle Gewichtung des BVA). Auch bei dieser Herangehensweise wären die „großen, aber kostengünstigen Krankheiten“ noch immer dominierend. Eine lineare Beziehung der Häufigkeit und der Kosten (Fälle multipliziert mit den Kosten) hätte vor allem weniger häufig oder gar selten vorkommende Krankheiten gar nicht berücksichtigt, dagegen wären eher unspezifische „Großdiagnosen“, wie nicht näher bezeichneter Rückenschmerz aufgenommen worden oder andere hochprävalente Erkrankungen hätten eine solche Auswahl dominiert.

7.3.4 Szenario 5: Berücksichtigung von Pflege, AU, Behinderung

Die Berücksichtigung von Pflege, Arbeitsunfähigkeitstagen sowie Behinderung wäre ohne eine Gesetzesänderung nicht möglich, weil dort neben demographischen Variablen (Alter und Geschlecht) nur Krankheiten, der Status als Erwerbsunfähigkeitsrentner sowie Pauschalen für DMP-Programme vorgesehen sind. Im Sinne einer besseren Zielgenauigkeit der Zuweisungen wäre eine solche legislative Änderung aber durchaus denkbar, wenn die neuen Variablen valide Morbiditätsmarker darstellen würden. Davon kann nach den quantitativen Werten der Modellrechnung zumindest für das Kriterium des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden, da dieses, wäre es eine Krankheit, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit unter den ersten 20 einbezogenen Krankheiten vertreten wäre. Für die anderen beiden untersuchten Kriterien (Arbeitsunfähigkeit und Behinderung) ist dies weit weniger wahrscheinlich, so dass deren Bedeutung für eine verbesserte Validität des Kostenausgleichs zu vernachlässigen ist.

Allerdings gilt insbesondere für das Pflege-Kriterium, dass ein relativ kleiner Anstieg der quantitativen Gütemaße mit einer kaum zu unterschätzenden

Anreizproblematik einherginge. Angesprochen ist damit das Gütekriterium der „Manipulationsresistenz“, denn die Krankenkassen würden dabei gewinnen, wenn ihre Hochkosten-Versicherten schneller und in größerer Zahl Leistungen aus der Pflegeversicherung erhielten. Die Kosten dafür wären aus Sicht der einzelnen Krankenkassen sehr begrenzt, weil in der Pflegeversicherung alle Kosten vollständig ausgeglichen werden und letztlich nicht von der zur betreffenden Krankenkasse gehörenden Pflegekasse zu tragen wären. So wäre zu erwarten, dass die Krankenkassen noch weniger Veranlassung hätten, dem Grundsatz Rehabilitation vor Pflege (z.B. mittels eines durchdachten Fallmanagements) zu folgen. Aus diesem Grund übersteigen die möglichen Risiken des Kriteriums Pflege den Gewinn an Zielgenauigkeit und es kann nicht empfohlen werden.

Bei dem Kriterium der Behinderung kommt (neben den überschaubaren Verbesserungen der Gütemaße) erschwerend das Problem mangelnder Praktikabilität und Verwaltungseffizienz hinzu. Derzeit wird bei den Krankenkassen die Information über mögliche Behinderungsgrade nicht routinemäßig vorgehalten. Diese müsste zusätzlich erhoben werden, denn eine Umsetzung wie in der Modellrechnung mit Hilfsvariablen wie der Inanspruchnahme bestimmter Hilfsmittel (z.B. Rollstühle) widerspricht den Grundsätzen der Kontrollierbarkeit und Justiziabilität. Es ist unwahrscheinlich, dass ohne eine direkte Ansprache der Versicherten zum Grad ihrer Behinderung eine Umsetzung dieses Kriteriums überhaupt möglich ist, denn nicht jede Behinderung zieht die regelmäßige Nutzung bestimmter Hilfsmittel nach sich und nicht jedes Hilfsmittel, das dafür ggf. in Frage kommt, richtet sich ausschließlich an Behinderte. Daher kann auch dieses Kriterium nicht für eine Berücksichtigung im RSA empfohlen werden.

7.3.5 Szenario 7: Vollständiger Ausgleich

Die Ergebnisse des Verzichts auf eine Beschränkung der Zahl der in den RSA einbezogenen Krankheiten bestätigt die Resultate des wissenschaftlichen Beirats des BVA, dass auf diesem Wege nur ein sehr kleiner Gewinn bei den statistischen Gütemaßen erreichbar ist. Der Grund für diesen zunächst überraschend kleinen Effekt ist vor allem, dass die bestehenden 80 Erkrankungen bereits einen Großteil der Kosteneffekte anderer Erkrankungen über Komorbiditäten mit abdecken. Zudem werden wesentliche Ausgabeneffekte der im Einzelnen weniger relevanten Erkrankungen auch durch Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus erfasst. Der Zugewinn an Zielgenauigkeit bei den Ausgaben ist daher sehr überschaubar.

Ein wesentlicher Grund, auf eine Ausweitung der Zahl der einbezogenen Erkrankungen zu verzichten, ist zudem die mangelnde Praktikabilität und Verwaltungseffizienz dieser Reformalternative. Für alle einbezogenen Erkrankungen müssten Schweregraddifferenzierungen und Hierarchisierungen zu neuen hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) sowie ggf. Aufgreifmedikationen definiert und vor allem in den Folgejahren weiter gepflegt werden. Da es sich abseits der bislang einbezogenen 80 Erkrankungen um bereits vergleichsweise spezialisierte Medi-

zinbereiche handelt, ist hierfür ein umfängliches und in den verschiedenen, häufig seltenen Teilbereichen vertieftes medizinisches sowie pharmazeutisches Wissen vorzuhalten. Die damit verbundenen Aufwendungen erscheinen angesichts der sehr begrenzten Vorteile bezüglich einer höheren Zielgenauigkeit der Zuweisungen als unverhältnismäßig. Eine Erhöhung der Zahl der einbezogenen Erkrankungen (bis hin zum Ausgleich ohne jede Begrenzung der Krankheitszahl) kann daher nicht empfohlen werden.

7.3.6 Szenario 8: Risikopool

Das Szenario 8 fällt insofern etwas aus dem Rahmen der anderen hier berechneten Alternativen, als es sich streng genommen nicht um eine Modifikation der Krankheitsauswahl bzw. anderer Morbiditätsmarker handelt. Allerdings haben Hochkostenfälle, die weit außerhalb der üblichen Durchschnittskosten bei den in den RSA einbezogenen Krankheiten liegen, durchaus Einfluss auf die Zielgenauigkeit des Ausgleichssystems, und wurden deshalb mit in die Analyse einbezogen. Allerdings ist hier das Kriterium der Verwaltungseffizienz zu bedenken, denn zur Durchführung und Prüfung des Ausgleichs im Risikopool ist ein bedeutend höherer Verwaltungsaufwand notwendig als bei der ausschließlichen Verwendung standardisierter, prospektiver Zuweisungen.

Erwartungsgemäß ergeben sich bei der quantitativen Prüfung der beiden Vorschläge zum Risikopool jeweils höhere Werte für die statistischen Gütemaße. Je nach Ausgestaltung variieren diese mit der Höhe des Schwellenwertes und des Ausgleichsanteils. Allerdings ist dies zunächst kein stark ins Gewicht fallendes Argument, denn durch einen (wenn auch partiellen) Ausgleich von Ist-Kosten erhöht sich grundsätzlich immer die Zielgenauigkeit der Zuweisungen im Vergleich zu den Ausgaben. Im Extrem würden wie bei einer Einheitsversicherung alle Ausgaben ausgeglichen und die Gütemaße würden maximale Werte anzeigen. Gleichwohl ergeben sich bei einem Ist-Kosten-Ausgleich offensichtliche Anreizproblematiken, was dem Wettbewerbsansatz des Krankenkassenmarktes und damit auch einem Hauptzweck des Risikostrukturausgleiches, den Wettbewerb der Krankenkassen durch Ausgleich ungleicher Wettbewerbsbedingungen zu fördern, widerspricht. Um trotzdem den Anreiz zum Management und zur Kostenreduktion von Hochkostenfällen für die Kassen zu erhalten, sollte ein Risikopool niemals einen vollen, sondern immer nur einen partiellen Ausgleich von bspw. 50 % der Ist-Kosten vorsehen.

Andererseits könnte argumentiert werden, dass der prospektive Ausgleich von Durchschnittskosten gerade diese Aufgabe der Schaffung von gleichen Wettbewerbsbedingungen nur unzureichend erfüllt, soweit einzelne Krankenkassen extreme Hochkostenfälle im Bestand haben, die regelmäßig (und nicht nur in einem Jahr zufällig) weit über den für sie vorgesehenen Durchschnittskosten liegen. Man kann diese Problematik teilweise dadurch lösen, dass die Morbiditätsgruppen ergänzt werden, um solche besonders schweren Fälle besser abzudecken. Allerdings wird dies wegen der hohen Varianz der Kriterien, die zum Aufgreifen sol-

cher Hochkostenfälle (abseits der Ist-Kosten) notwendig sind, nie vollständig gelingen. In der Regel werden dazu andere direkte Behandlungsressourcen wie die Verschreibung bestimmter Medikamente genutzt, was seinerseits wiederum problematische Anreizwirkungen nach sich ziehen kann. Es könnte daher durchaus auch ordnungspolitisch sinnvoll sein, in begrenztem Umfang mit hoher Selbstbeteiligung und ggf. auch einem nach oben angepassten Schwellenwert einen Risikopool wieder einzuführen. Die Höhe des Schwellenwerts sollte dabei in jedem Fall jenseits der Höhe von 20.000 Euro, eher bei 40.000 oder 50.000 Euro liegen, da hier noch viele Patienten mit schweren und/oder mehreren chronischen Erkrankungen in den Risikopool fallen würden.

Allerdings sind von der beschriebenen Problematik aufgrund des Gesetzes der großen Zahl eher kleinere Krankenkassen betroffen, weil größere Versicherungsbestände hohe Ausreißerwerte besser intern kompensieren können: Große Krankenkassen haben demnach zwar relativ viele Versicherte, die überdurchschnittlich hohe Kosten verursachen, gleichzeitig zahlen sie aber auch relativ viel (entsprechend ihrer Größe) in den Risikopool ein. Dies gilt umso stärker, je exakter die Krankheitsauswahl das Verhältnis an Hochkostenfällen repräsentiert. Deshalb spielt die Gewichtung der Prävalenz eine wesentliche Rolle. Unabhängig davon gilt: je kleiner die Krankenkasse ist, desto eher würde man demnach erwarten, dass diese nicht mit einem annähernd ausgeglichenen Saldo im Risikopool abschließt, sondern netto einbezahlt oder einen Nettoüberschuss erzielt. Ordnungspolitisch handelt es sich somit aus versicherungstechnischen Gründen letztlich um eine Frage der optimalen Betriebsgröße, die sich am Markt regelt und auf die der RSA keinen Einfluss nehmen sollte. Es gehört nicht zu den Zielen des RSA, den Bestand kleinerer Markteinheiten zu gewährleisten oder Marktstrukturen in anderer Form vorzugeben.

Der Risikopool wirkt zwar für kleinere und mittlere Krankenkassen wie eine Rückversicherung, allerdings mit dem Unterschied zum privaten Rückversicherungsmarkt, dass keine freie Vertragsbildung je nach Risikoneigung der Verantwortlichen erfolgt. Zudem würde man auf einem privaten Rückversicherungsmarkt strukturell bestehende Risikounterschiede durch besonders viele Versicherte mit regelmäßig überdurchschnittlichen Krankheitskosten nicht ohne entsprechenden Prämienzuschlag versichern können. Die Entscheidung, ob ein Risikopool in den Risikostrukturausgleich wieder eingeführt werden sollte, ist also auch davon abhängig, ob man den Krankenkassenmarkt eher primär wettbewerblich organisieren oder auch Elemente von Solidarität der Versicherer untereinander einbeziehen möchte. Grundsätzlich sind die Möglichkeiten hierzu mit § 265 SGB V zumindest auf Ebene der Landesverbände einzelner Kassenarten heute schon gegeben. Die Frage nach dem Risikopool ist somit eine politische Frage und entzieht sich der wissenschaftlichen Beurteilung.

7.4 Zwischenfazit: Szenario 2 („Gewichtung LN“) führt zu Verbesserungen im Vergleich mit dem Status quo

Nach der Bewertung der Gütemaße ist klar, dass die Szenarien 4 und 6 keine ernsthaften Umsetzungsoptionen darstellen und daher nicht weiter betrachtet werden. In der qualitativen Bewertung schneidet die logarithmische Gewichtung der Prävalenz am besten ab, da sie die Manipulationsanfälligkeit des RSA reduziert. Dies geht darauf zurück, dass häufige Erkrankungen, die vor allem ambulant kodiert werden, den Ausgleich verlassen (z .B. Hypertonie). Zudem ist dieser Ansatz vergleichsweise leicht umzusetzen, weil er nicht im Widerspruch zu geltenden gesetzlichen Vorgaben steht. Der Risikopool nimmt einen Sonderstatus ein, da er sich wegen der komplexen Sachlage einer abschließenden wissenschaftlichen Beurteilung entzieht.

8. Wirkung auf die Verteilung der Zuweisungen zwischen den Kassenarten auf Basis der Krankheitsauswahl mit logarithmischer Gewichtung

Ein häufig diskutierter Missstand im aktuell praktizierten Ausgleichssystem sind die unterschiedlichen Deckungsquoten auf Ebene der Kassenarten. Hierbei muss erwähnt werden, dass es keinesfalls Ziel des Morbi-RSA sein kann, eine Deckungsquote von 100 % für alle Kassen im Markt zu erreichen. Anreize zum effizienten Wirtschaften und verantwortungsvollen Umgang mit Beitragsgeldern müssen bestehen. Allerdings kann bei Kenntnis der faktischen, begrenzten Potenziale der Leistungssteuerung durch die GKV leicht abgeleitet werden, dass Unterschiede in den Beitragssätzen nur zum kleineren Teil auf die Managementleistung der einzelnen Kasse zurückgehen. Daher soll im Folgenden der Einfluss der logarithmischen Prävalenzgewichtung auf den Wettbewerb zwischen den Kassenarten untersucht werden.

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden dazu die tatsächlichen Deckungsquoten im Ausgleichsjahr 2013 dargestellt. Anschließend werden das Vorgehen und die Ergebnisse einer Modellierung der Auswirkungen einer Umsetzung des bis hierhin präferierten Szenario 2 dargestellt.

8.1 Situation im Status quo des Ausgleichsjahrs 2013

Im Folgenden werden die tatsächlichen Ausgaben und die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Ausgleichsjahr 2013 miteinander verglichen. Die Werte der Ausgaben der Kassenart stammen aus der KJ1-Statistik des BMG (BMG 2014a). Die damit verglichenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds stammen aus der veröffentlichten Statistik des BVA (BVA 2014a).

Die verwendeten Zahlen zur Zuweisung setzen sich aus standardisierten Leistungsausgaben und den Zuweisungen für DMPs zusammen. Die DMP-Zuweisungen wurden um die darin enthaltene Abgeltung von Verwaltungskosten bereinigt. Die Ausgaben basieren auf der Summe der durch das BVA definierten RSA-relevanten Konten in der KJ1-Statistik.²²

Tabelle 4 zeigt die sich daraus ergebenden Zuweisungen, Ausgaben und Deckungsquoten nach Kassenarten.

²² Vgl. BVA (2013c).

Tabelle 4: Zuweisungen, Ausgaben und Deckungsquote nach Kassenart (2013)

| Kassenart | Ausgaben (in Euro) | Zuweisungen (in Euro) | Deckungsquote |
|-------------|--------------------|-----------------------|-----------------|
| AOK | 68.234.565.009 | 68.865.085.935 | 100,92 % |
| BKK | 26.601.525.124 | 26.604.999.852 | 100,01 % |
| IKK | 12.191.669.569 | 12.085.874.792 | 99,13% |
| Knappschaft | 6.271.640.888 | 6.239.314.226 | 99,48% |
| vdek | 65.381.854.233 | 64.920.862.237 | 99,29% |

Quelle: BMG (2014a) und BVA (2014a)

Es zeigen sich deutliche Überdeckungen für das AOK-System. Die Deckungsquote für das BKK-System beträgt nahezu 100 %. IKKer, Knappschaft und die Ersatzkassen (vdek) weisen Unterdeckungen auf.

8.2 Modellierung der Veränderungen in der Deckungsquote durch die logarithmische Gewichtung

Die Berechnung der Deckungsquote auf Ebene der Kassenarten wurde vollständig auf Basis der vorliegenden Stichprobe durchgeführt. Dafür wurde für jede berücksichtigte AGG, AusAGG, EMG, HMG und KEG²³ die Anzahl der Versichertentage ausgezählt. Dieser Schritt erfolgte differenziert nach den in der amtlichen Statistik des Bundesgesundheitsministeriums (KM6) hinterlegten Altersgruppen. Anschließend wurden die so ausgezählten Versichertentage auf die einzelnen Kassenarten umgelegt. Basis dafür war der Anteil der einzelnen Kassenarten an den Versicherten einer Altersgruppe nach KM6 im Jahr 2013.

Dieser Vorgang wurde für die Szenarien „Status quo“ und „Gewichtung LN“ durchgeführt. Die sich ergebenden Versichertentage in den einzelnen Morbiditätsschätzern wurden mit den jeweils berechneten Zuschlägen pro Versichertentag multipliziert. Beim Vergleich der Summe der gesamten Zuweisungen über alle Kassenarten ergibt sich eine Differenz der Zuweisungen von ca. 278 Mio. Euro im Szenario „Gewichtung LN“ im Vergleich zum hier definierten Status quo. Dies entspricht ca. 0,15 % der gesamten Zuweisungen im Szenario „Status quo“. Diese Differenz wurde den einzelnen Kassenarten wieder zugewiesen. Dies geschah gemäß dem Anteil der Zuweisungen pro Kassenart an den gesamten Zuweisungen im Szenario „Gewichtung LN“.²⁴

²³ AGG = Alters- und Geschlechtsgruppe, AusAGG=Alters- und Geschlechtsgruppe für Auslandsversicherte, EMG = Erwerbsminderungsgruppe, HMG = Hierarchisierte Morbiditätsgruppe, KEG=Kostenerstattungsgruppe

²⁴ Der beschriebene Unterschied in der Summe der Zuweisungen geht darauf zurück, dass sich das Verhältnis zwischen dem Anteil der Zuweisungen und dem Anteil der Versicherten

Tabelle 5: Kassenart, Veränderung der Zuweisungen und modellierte Deckungsquote nach logarithmischer Gewichtung (2013)

| Kassenart | Veränderung der Zuweisungen (in Euro) | Deckungsquote nach logarithmischer Gewichtung |
|-------------|---------------------------------------|---|
| AOK | -137.308.864 | 100,72 % |
| BKK | 21.686.804 | 100,09 % |
| IKK | 208.529 | 99,13% |
| Knappschaft | -5.152.218 | 99,40 % |
| Vdek | 120.565.749 | 99,48% |

Quelle: IGES/Glaeske/Greiner auf Basis von BMG (2014a) und BVA (2014a)

Tabelle 5 stellt die Ergebnisse des beschriebenen Vorgehens dar. Die Überdeckung des AOK-Systems kann um 137 Mio. Euro reduziert werden. Die Unterdeckung des vdek dagegen sinkt um 121 Mio. Euro. Auch die Unterdeckung des IKK-Systems kann leicht verringert werden, wohingegen die der Knappschaft um 5 Mio. Euro steigt. Die Überdeckung des BKK-Systems steigt um knapp 22 Mio. Euro. Insgesamt sinkt die Summe der absoluten Abweichungen der Deckungsquoten von 3,03 auf 2,80 Prozentpunkte.

Tendenziell größer als auf Ebene der Kassenarten ist die Spannweite der Deckungsquoten jedoch auf Ebene einzelner Krankenkassen. Denkbar ist, dass die Krankheitsauswahl auf Basis der logarithmischen Gewichtung auch zu einer Reduktion der Spannweite der Deckungsquoten innerhalb der einzelnen Kassenarten führt. Es wäre wünschenswert, dies anhand des Datensatzes des BVA überprüfen zu können.

in den definierten Altersgruppen, die den Zuweisungen zugrunde liegen, zwischen Stichprobe und in den einzelnen Kassenarten unterscheidet.

9. Zusammenfassung und Empfehlung

Mit der hier vorliegenden Auswertung wurde die seit langer Zeit erste Betrachtung der Krankheitsauswahl im Rahmen des Morbi-RSA vorgelegt. Ziel ist es, die Fachdiskussion erneut anzustoßen und das Ausgleichssystem weiterzuentwickeln.

Die hier vorgelegten Analysen basieren auf einer Stichprobe von 1.999.999 Versicherten. Wegen der Abweichungen zwischen der vorliegenden Grundgesamtheit und der Versichertenpopulation in der GKV wurde die Stichprobe adjustiert. Im Ergebnis konnten wichtige Kennzahlen zur Bewertung der Stichprobe an die entsprechenden Werte in der GKV-Population angenähert werden.

Insgesamt wurden 8 verschiedene Szenarien zur Krankheitsauswahl überprüft. Eins davon, der Risikopool, wurde in 2 Varianten getestet. Die Szenarien wurden einer quantitativen und qualitativen Bewertung unterzogen. Maßstab der quantitativen Bewertung waren die in diesem Kontext gebräuchlichen Gütemaße: MAPE, R^2 und CPM.

Die besten Werte für die berechneten Gütemaße erzielen die Varianten des Risikopools, der vollständige Ausgleich sowie die Berücksichtigung von Pflege, AU und Behinderung. Keiner dieser Ansätze ist allerdings mit der aktuellen Gesetzgebung vereinbar. Zudem besteht für die Berücksichtigung von Pflege im Ausgleichssystem eine problematische Anreizsituation, da der Grundsatz „Reha vor Pflege“ aus Kassensicht weniger attraktiv wäre. Die Entscheidung für oder gegen einen Risikopool ist in letzter Konsequenz politischer Natur und daher im Rahmen dieses Gutachtens nicht abschließend zu klären.

Die weiteren Szenarien waren ebenfalls zu verwerfen: Ein vollständiger Ausgleich ginge mit einem großen administrativen Aufwand zur Pflege des Ausgleichssystems einher. Die Gütemaße der Szenarien 4 und 6 fielen soweit hinter das Benchmark zurück, dass sie keiner qualitativen Bewertung mehr unterzogen wurden. Wegen der schlechten Gütemaße besteht für diese Ansätze keine Umsetzungsperspektive.

Die vier betrachteten Varianten der Prävalenzgewichtung führen vor allem für das Gütemaß R^2 zu vergleichbaren Werten. Dieser Befund deckt sich mit den Auswertungen des BVA zur selben Thematik (BVA 2015). Kleine Unterschiede in der statistischen Zielgenauigkeit der Zuweisungen von weniger als einem Prozentpunkt im Gütemaß R^2 sind vor dem Hintergrund der anderen, qualitativen Gütekriterien zu beurteilen und sind in dieser Größenordnung für sich allein kein geeignetes Kriterium für eine Alternativenwahl.

Unter den so verbleibenden vier Varianten fallen die lineare Prävalenzgewichtung und der völlige Verzicht auf die Prävalenz als Extremszenarien wiederum aus. Als realistisch und denkbare Varianten bleiben nur der Logarithmus und die Wurzel.

Im Vergleich dieser beiden Varianten der Prävalenzgewichtung bietet die logarithmische Gewichtung zwei zentrale Vorteile:

- ◆ Erkrankungen, die im Wesentlichen durch ambulante Diagnosen abgebildet werden, verlassen den Ausgleich (z. B. Hypertonie). Dadurch verringert sich der Wettbewerbsvorteil regionaler starker Krankenkassen, die z. B. durch Versorgungsverträge bessere Möglichkeiten haben auf Right-Coding der Ärzte hinzuwirken.
- ◆ Die Deckungsquoten auf Ebene der Kassenarten können angeglichen werden, dadurch wird der Wettbewerb insgesamt gerechter. Anreize zur Wirtschaftlichkeit bleiben aber erhalten, da kein völliger Angleich der Deckungsquoten stattfindet.

Daher empfehlen wir den Übergang zur logarithmischen Prävalenzgewichtung im Verfahren zur Krankheitsauswahl durch das BVA.

Sicherlich sind die dargestellten Ergebnisse auch mit Einschränkungen verbunden. Den bedeutendsten Faktor stellt dabei die Stichprobe dar. Kein Adjustierungsverfahren ist dazu in der Lage, die GKV auf Basis einer Stichprobe perfekt abzubilden. Daher wird jede, wie auch immer geartete externe Analyse von Morbi-RSA-Themen, mit bestimmten methodischen Schwächen behaftet sein. Eine denkbare Lösung des Problems besteht in der Bereitstellung der Stichprobe des BVA zu Forschungszwecken. So könnten neue, innovative Verfahren des Risikostrukturausgleichs mit größerer Präzision als derzeit gerechnet und zur wissenschaftlichen Diskussion gestellt werden. Einer Weiterentwicklung des derzeitigen Ausgleichssystems würde ein solcher Wettbewerb kreativer Ideen sicher förderlich sein. Es bleibt abzuwarten, ob die Gesundheitspolitik für einen derartigen Schritt größerer Offenheit bereit sein wird.

Literaturverzeichnis

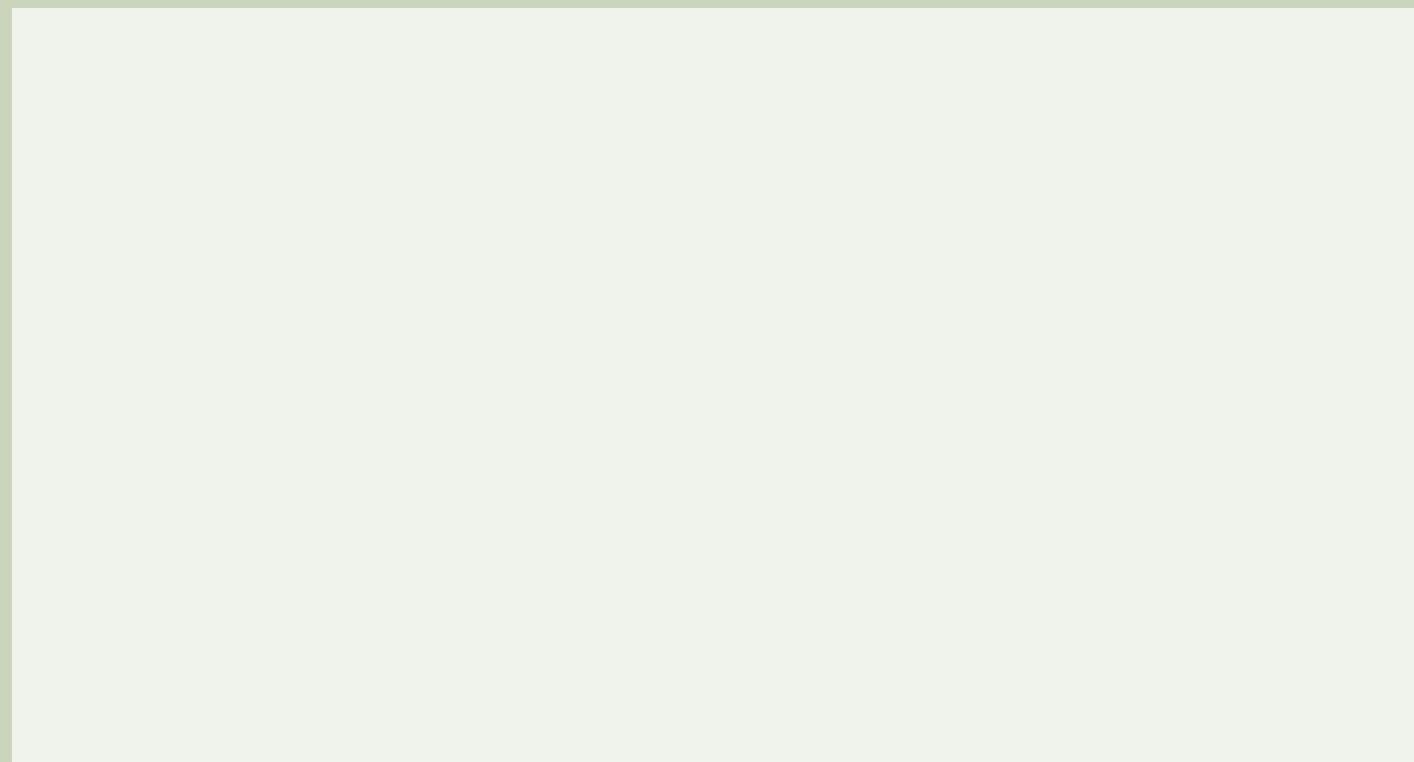
- Albrecht M & Neumann K (2013): Beitragssatzautonomie der Krankenkasse. Heidelberg: medhochzwei.
- AOK Baden-Württemberg (2014): Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg Anlage 12. Abgerufen am 12.05.2015 unter: https://www.hausaerzteverband.de/cms/fileadmin/user_upload/2014-10-01_Anlage_12_AOK_BW_Verguetung_HAEVG.pdf.
- BIPS (2007): Auszug aus dem Gutachten des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin zur Qualität der Datengrundlagen für morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 85a und 85b SGB V.
- Blöß T & Rabbata S (2008): Morbi-RSA: Startschuss für eine gerechtere Vergütung, Dtsch Arztebl 2008; 105(4): A-138 / B-124 / C-124.
- Breyer F & Kifmann M & Zweifel P (2013): Gesundheitsökonomik. 6., vollst. erw. u. überarb. Aufl. 2013. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-30894-9>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Mitgliederstatistik der GKV: KM6.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014a): Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse. KJ1. Stand: 25. Juni 2014.
- Bundesversicherungsamt (2008a): Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt, URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Entwurf__Krankheitsauswahl.html [Stand: 31.07.2012].
- Bundesversicherungsamt (2012): Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013. Abgerufen am 14.12.2014 unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c144>.
- Bundesversicherungsamt (2013a): Klarstellung des Bundesversicherungsamtes zu den Presseberichten „Fast jede zweite Krankenkasse unter Manipulationsverdacht“; Pressemitteilung vom 03.09.2013
- Bundesversicherungsamt (2013b/Hrsg.): Tätigkeitsbericht 2012, Bonn.
- Bundesversicherungsamt (2013c): Anlage 1.1 2013, Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2013. Abgerufen am 04.05.2014 unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Rechtsgrundlagen/Anlage_1_1_2013_Erl_Aug_2013.pdf.
-

- Bundesversicherungsamt (2014): Bundesversicherungsamt verurteilt gezielte Desinformationskampagne der Siemens Betriebskrankenkasse; Pressemitteilung vom 25.07.2014.
- Bundesversicherungsamt (2014a): Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Jahresausgleich 2013. Abgerufen am 04.05.2015 unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Zuweisungen_2013.pdf.
- Bundesversicherungsamt (2014b): Risikogruppenanteile Grundlagenbescheid IV/2013. Abgerufen am 18.12.2014 unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/info-dateien-und-auswertungen/risikogruppenanteile.html>.
- Bundesversicherungsamt (2015): Erläuterungen zum Entwurf zur Auswahl der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2016. Abgerufen am 29.04.2015 unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html>.
- Busse R & Drößler S & Glaeske G & Greiner W & Schäfer T & Schrappe M (2007): Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich: Fachhochschule Gelsenkirchen.
- Cassel D & Janßen J (1999): GKV-Wettbewerb ohne Risikostrukturausgleich? Zur Wettbewerbssichernden Funktion des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Knappe, E. (Hrsg.): Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 11-49.
- Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S.1346) geändert worden ist.
- Drösler S & Hasford J & Kurth B M & Schaefer M & Wasem J & Wille E (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. In: Endfassung vom 22, S. 2011.
- Dudey S (2010): Optimale Morbiditätsabbildung bei fehlerhaften und unvollständigen Datengrundlagen. In: Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2010, S. 27–39.
- Gaßner M & Arndt V & Fischer L & Göppfarth D (2010): Sind die Diagnosezahlen nach Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs angestiegen? In: Gesundheits-und Sozialpolitik–Z. gesamte Gesundheitswesen 6, S. 11–19.
- Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen-GRPG (Hg./1998): Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung. Was kann der Risikostrukturausgleich dazu leisten? Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen-GRPG. Berlin, u.a: Springer.
-

- Giersiepen K & Pohlabeln H & Egidi G & Pigeot I (2007): Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (8), S. 1028-1038.
- GKV-SV (2014a): Einfach nur mehr Ärzte löst keine Versorgungsprobleme – Qualität dokumentierter Diagnose zweifelhaft. Berlin.
- GKV-SV (2014): Die gesetzliche Krankenversicherung. Abgerufen am 12.01.2015 unter http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/grundprinzipien.jsp.
- Glaeske G (2005): Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die Voraussetzungen in der GKV. Gutachterliche Expertise. Köln.
- Glaeske G & Göppfarth D & Otto F (2006): Fehlanreize durch RxGroups im Risikostrukturausgleich. In: Eine Erwiderung, Gesundheits- und Sozialpolitik 60 (5-6), S. 59–63.
- Göppfarth D (2004): Die Reform des Risikostrukturausgleichs. Eine Zwischenbilanz. Berlin: Techn. Univ., Wirtschaftswiss. Dokumentation (Diskussionspapier/Technische Universität Berlin, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation, Fakultät VIII, 2004/18).
- Göppfarth D (2012): Zweites Jahr Morbi-RSA – Stabilität und Bestätigung, G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik.
- Göppfarth D (2013): Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich – Verständnis und Missverständnisse. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2013 (1), S. 10–16.
- Göppfarth D & Sichert M (2009): Morbi-RSA und Einflussnahmen auf ärztliches Kodierverhalten. In: Die Krankenversicherung 61 (8), S. 186–191.
- Grey A (2005): Population Ageing and Health Care Expenditures. In: Ageing Horizons. Ausgabe 2. S. 15-20.
- Henke, K-D (1996): Krankenkassenwettbewerb oder Einheitskasse?, in: Wirtschaftsdienst 1996/IX, S. 447-449.
- IGES-Institut für Gesundheits- und Sozialforschung & Lauterbach K W & Wasem J (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Endbericht.
- Jacobs K (2008): Ordnungspolitischer Blindflug. HighLights 5: 25-28.
- Jacobs K & Reschke P & Cassel D & Wasem J (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, online verfügbar unter
-

- http://www.iges.de/publikationen/gutachten/rsa_gutachten/e5166/infoboxContent5178/RSA-Gutachten2001_ger.pdf.
- Jahn R & Schillo S & Wasem J (2012): Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich. In: Bundesgesundheitsbl. 55 (5), S. 624–632. DOI: 10.1007/s00103-012-1470-y.
- Kleinfeld A & Bensing C & Schwarz R (2013): Der GKV-Verordnungsmarkt für Orphan Drugs. In: Häussler B & Preuß KJ: Seltene Helden – Orphan Drugs in Deutschland. Düsseldorf: Fachverlag der Verlagsgruppe Handelsblatt.
- König W & Malin E-M (2005): Zur Effektivität des morbiditätsorientierten RSA – Wunsch und Wirklichkeit, Gesundheits- und Sozialpolitik 2005;59 (1-2): 25-27.
- Landessozialgericht NRW (2013): Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen teilweise rechtswidrig. Pressemitteilung vom 05.07.2013.
- Meusch A (2008): Konsequente Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich. Warum der geplante Morbil-RSA den wirklich Kranken schadet. RPG 14, 1: 15 – 19.
- Pfaff M & Wassener D (1998): Die Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für den Kassenwettbewerb und die solidarische Wettbewerbsordnung. In: Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen-GRPG (Hg.): Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung. Was kann der Risikostrukturausgleich dazu leisten? Berlin, u.a: Springer, S. 9–22.
- Pope GC & Ellis RP & Ash AS et al. (2000a): Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Model for Medicare Risk Adjustment. In: Health Care Financing Review, 21 (3), S. 93-118.
- Pope GC & Ellis RP & Ash AS et al. (2000b): Diagnostic Cost Group Hierarchical Condition Category Models for Medicare Risk Adjustment - Final Report. Prepared for Health Care Financing Administration.
- Pope GC & Kautter J & Ellis RP et al. (2004): Risk Adjustment of Medicare Capitation Payment Using the CMS-HCC Model. In: Health Care Financing Review, 25 (4), S. 119-141.
- Schawo D & Schneider W (2007): Feilen am Modell. Neuer Risikostrukturausgleich. Gesundheit und Gesellschaft. 10,9: 35-40 (Glossar S. 41)
- Schäfer T (2007): Stichprobenkonzept für Datenerhebungen nach § 30 RSAV. Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes.
- Schillo S & Dahl H & Wasem J & Tebarts K (2014): „Verbesserung der Zuweisungen für Krankengeld im morbiditätsorientierten RSA“, BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014 Seite 134–151.
- Schwabe U & Paffrath D (2012): Arzneiverordnungsreport 2012. Heidelberg: Springer.
-

- SVR (2005): Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesens: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Kohlhammer, Heidelberg. Ziffern 111 ff. bzw. 921 ff.
- SVR (2007): Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesens: Kooperation und Verantwortung. Bonn. Ziffern 275 ff. bzw. 569 ff.
- Tebarts K & Ballestros P & Dahl H & Lux G & Wasem J & Schillo S (2012): Verbesserung der Zuweisungen für Krankengeld im morbiditätsorientierten RSA: Diskussionsansätze. In: Repschläger U & Schulte C & Osterkamp N (Hrsg.). Gesundheitswesen aktuell 2012. Düsseldorf: Barmer GEK; 2012. p. 184–208.
- Trautner C & Dong Y & Ryll A et al. (2005): Verlässlichkeit von Diagnosen niedergelassener Ärzte in Niedersachsen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 2005 (1-2), S. 36-43.
- Ulrich V & Wille E (2014): Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) - Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) .
- Wasem J (2007): Essener Liste von Erkrankungen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Wille E & Ulrich V & Schneider U (2007): Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich. In: Eberhard Wille, Volker Ulrich und Udo Schneider (Hg.): Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich. Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, 17), S. 15–68.
- Wille E & Ulrich V & Schneider U (Hg./2007): Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich. Erfahrungen aus den USA, der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, 17).
- Wittmann R & Göppfarth D (2014): Standardisierung von Krankengeldausgaben im Rahmen des Risikostrukturausgleichs. BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014 Seite, 110–133.
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com