



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2019

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Christoph Straub, Klaus Stein, Bettina Galitz, Uwe Repschläger, Ruth Rumke
Faire Wettbewerbsbedingungen im Finanzverteilungssystem der GKV:
Eine Analyse der Reformmaßnahmen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Auszug aus:

BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019 (Seite 40–61)

doi: 10.30433/GWA2019-40

BARMER

Christoph Straub, Klaus Stein, Bettina Galitz, Uwe Repschläger, Ruth Rumke

Faire Wettbewerbsbedingungen im Finanz- verteilungssystem der GKV: Eine Analyse der Reformmaßnahmen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Kaum ein Thema sorgt für mehr Zündstoff zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und Kassenarten als der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Dies ist nicht verwunderlich, denn er ist die Grundlage für die Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen und damit für das wirtschaftliche Handeln der Krankenkassen. In den letzten Jahren hat sich der Streit um den Finanzausgleich der Krankenkassen erheblich verschärft. Ursache ist die sehr unterschiedliche Entwicklung der Finanzsituation bei den einzelnen Krankenkassen: Offensichtlich wird der Morbi-RSA seiner übergeordneten Zielsetzung, Risikoselektion zu vermeiden und dadurch einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen, nicht mehr gerecht. Der Beitrag analysiert die Veränderungen an der Finanzarchitektur der GKV durch den Referentenentwurf des Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der GKV und fragt, inwieweit hierdurch die Weichen für einen fairen Wettbewerb innerhalb der GKV und damit für eine Gesundheitsversorgung der Versicherten auf hohem Niveau gestellt werden.

Rahmenbedingungen

Die neue Bundesregierung aus CDU/CSU und SPD hatte mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG 2018) zu Anfang der Legislaturperiode die wettbewerblichen Rahmenbedingungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zunächst verschärft. Eine zeitnahe Reform des Morbi-RSA wurde hierdurch umso dringlicher, da eine weitere Fehlverteilung von Beitragsmitteln verhindert werden muss. Deshalb sah das GKV-VEG eine Koppelung des Vermögensabbaus der Krankenkassen bei gleichzeitiger Fortentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis Ende 2019 vor. Bereits im Koalitionsvertrag hatten sich die Koalitionspartner auf eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA geeinigt. Damit war das Thema für die aktuelle Legislaturperiode gesetzt.

Mit dem Referentenentwurf des Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG), den das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Ende März vorgestellt hat, soll der Koalitionsvertrag in diesem Punkt nun umgesetzt werden. Der Entwurf enthält eine Vielzahl an Reformvorschlägen zur Weiterentwicklung des Kassenfinanzausgleichs und zur Anpassung des Organisationsrechts der Krankenkassen.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

Ziele des Morbi-RSA

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde zum 1. Januar 2009 der Risikostrukturausgleich (RSA) zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterentwickelt. Damit wurde das wichtigste Steuerungsinstrument im Finanzverteilungssystem der gesetzlichen Krankenkassen um eine Morbiditätsorientierung mit dem Ziel eines gerechteren Wettbewerbs ergänzt. Die Begründungen für die stärkere Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs waren vielfältig, zusammenfassend wurden folgende Ziele benannt:

- die finanziellen Mittel des Gesundheitsfonds dorthin zu leiten, wo sie zur Versorgung der Versicherten benötigt werden,
- Risikoselektion zwischen den Krankenkassen zu vermeiden und dadurch einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen,
- die Krankenkassen anzuhalten, mit den begrenzten finanziellen Ressourcen wirtschaftlich effizient umzugehen.

Funktionsweise des Morbi-RSA

In Verbindung mit dem gleichzeitig eingeführten Gesundheitsfonds werden seither den einzelnen Krankenkassen Zuweisungen für die Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung gestellt. Deren Höhe orientiert sich wie bereits im alten RSA an den Faktoren Alter und Geschlecht der Versicherten sowie dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Ergänzt wurden die bestehenden Faktoren um Morbiditätszuschläge für 50 bis 80 ausgewählte Krankheiten. Diese Spanne wurde nicht empirisch validiert, sondern

entsprang einem politischen Kompromiss. Ziel war es, einen schrittweisen Einstieg in die Morbiditätsorientierung zu erreichen und gleichzeitig den Morbi-RSA als lernendes System zu etablieren. Um einen möglichst hohen Effekt der Morbidität im Morbi-RSA zu erzielen, hat das Bundesversicherungsamt als ausführende Behörde bislang stets das laut Gesetz maximal zulässige Spektrum von 80 Krankheiten herangezogen. Die ausgewählten 80 Krankheiten müssen kostenintensiv sein und einen chronischen oder schwerwiegenden Verlauf haben. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versicherten einer Auswahlkrankheit müssen um mindestens 50 Prozent höher liegen als die durchschnittlichen Ausgaben aller Versicherten.

Damit Krankenkassen für einen Versicherten einen Morbiditätszuschlag für eine der 80 Krankheiten erhalten, muss dieser im anschließenden Klassifikationsverfahren bestimmte sogenannte Aufgreifkriterien erfüllen. Das Klassifikationsverfahren regelt im Detail, wann ein Versicherter einen Morbiditätszuschlag erhält. Sowohl die Krankheitsauswahl als auch das Klassifikationsverfahren werden jährlich vom Wissenschaftlichen Beirat, der beim Bundesversicherungsamt (BVA) angesiedelt ist, überprüft und neu festgelegt. Grundlage für das Klassifikationsverfahren sind dabei die Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie ergänzend Arzneimittelverordnungen. Eine Hauptdiagnose aus dem stationären Sektor führt dabei immer zu einem Zuschlag für die entsprechende Krankheitsgruppe. Bei den stationären Nebendiagnosen und den ambulanten Diagnosen wird ein Morbiditätszuschlag in der Regel nur dann gewährt, wenn eine Diagnose derselben Krankheit in mindestens zwei verschiedenen Quartalen eines Kalenderjahres vorliegt (M2Q-Kriterium). Sofern dies notwendig erscheint, müssen diese Diagnosen ergänzend durch eine Arzneimitteltherapie validiert werden.

Für eine Krankheit kann es je nach Schweregrad und Kostenhomogenität mehrere Morbiditätsgruppen geben. Diese Morbiditätsgruppen werden anschließend in eine hierarchische Beziehung zueinander gebracht. Sie werden daher hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) genannt. Erfüllt ein Versicherter die Voraussetzungen für die Zuweisungen mehrerer in Verbindung miteinander stehender HMG, dann erhält die Krankenkasse nur den Zuschlag der wertmäßig höchsten HMG. Das Bundesversicherungsamt hat für das Jahr 2019 insgesamt 204 HMG definiert. Zu Beginn des

Morbi-RSA waren es nur 106 solcher Gruppen. Die Entwicklung erklärt sich durch das über die Jahre immer detailliertere und ausgereifere Klassifikationsverfahren. Hauptgründe dafür sind:

- die immer weiter unterteilte Schweregrad- und Kostendifferenzierung einer Krankheit,
- die erweiterte Berücksichtigung von Arzneimitteltherapien,
- die Unterscheidung von Krankheitsverläufen im Kindes- und Jugendalter gegenüber Erwachsenen,
- der Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung
- sowie diverse Sonderregeln.

Die Höhe der verschiedenen Zuschläge wird über eine gewichtete „Kleinste-Quadrate-Regression“ (WLS-Regression) ermittelt. Ein Zuschlag hat nicht die Aufgabe, die laufenden Behandlungskosten abzudecken. Vielmehr sollen die im darauffolgenden Kalenderjahr anfallenden Folgekosten ausgeglichen werden. Deswegen wird von einem prospektiven Modell gesprochen.

Die Zuschläge für eine HMG liegen zum Teil sehr weit auseinander. So erhalten die Krankenkassen beispielsweise für die HMG 285 (Mukopolysaccharidose Typ II + VI mit ERT) zurzeit einen jährlichen Zuschlag von rund 627.000 Euro. Dies ist mit großem Abstand der höchste Zuschlag für eine einzelne HMG. Dem gegenüber gibt es für die HMG 106 (Sonstige Atherosklerose) einen Zuschlag von 0,00 Euro (Zuschläge von 0,00 Euro sind aufgrund des Regressionsverfahrens möglich. Negative Zuschläge sind im Morbi-RSA ausgeschlossen).

Anpassungen im Morbi-RSA

Seit Einführung des Morbi-RSA wurden zwei wesentliche Änderungen am Berechnungsverfahren vorgenommen, welche zu veränderten Verteilungen im Finanzausgleich geführt haben. Ab dem Jahr 2012 wurde der Einfluss der stationären Nebendiagnosen geändert. In den ersten Jahren wurden die stationären Nebendiagnosen wie stationäre Hauptdiagnosen behandelt. Sie führten bis dahin immer zu einem Zuschlag. Seit dem Jahr 2012 werden stationäre Nebendiagnosen wie ambulante Diagnosen behandelt.

Sie werden somit bei dem M2Q-Kriterium und den mit Arzneimitteln validierten Kriterien berücksichtigt.

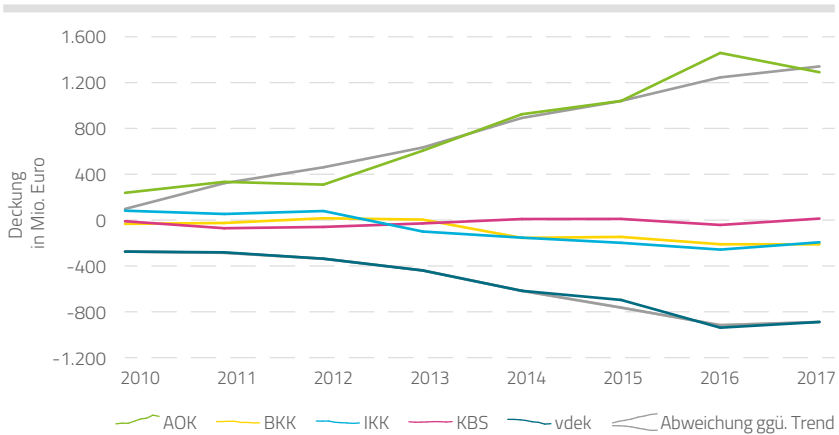
Im Jahr 2011 legte der damalige Wissenschaftliche Beirat einen ersten Evaluationsbericht auf Grundlage der Daten des Schlussausgleichs 2009 im Risikostrukturgleich vor. Untersucht wurden verschiedene Themen des ersten vollständigen Jahres seit Einführung des Morbi-RSA. Unter anderem empfahl der Wissenschaftliche Beirat in seinen empirischen Analysen, die Ausgaben aller Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden zu annualisieren, das bedeutet, Versicherte so zu behandeln, als ob sie das gesamte Jahr versichert gewesen seien. Bis dahin war dies ausschließlich bei den Ausgaben von Versicherten in deren Sterbejahr nicht erfolgt. Die Annualisierung wurde zunächst nicht eigens gesetzgeberisch geregelt, da sie Gegenstand eines Rechtsstreites zwischen einigen Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt war. Durch ein Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 4. Juli 2013 wurde die Bundesrepublik Deutschland rechtskräftig verurteilt, diesen sogenannten „Methodenfehler“ zu korrigieren und ab diesem Zeitpunkt alle Versicherten mit einer unvollständigen Versichertenperiode innerhalb eines Kalenderjahres so zu stellen, als ob sie das gesamte Jahr versichert gewesen wären. Das Urteil sorgte damals für großes Aufsehen. Neben der Annualisierung und der Veränderung der Zuschlagsfähigkeit stationärer Nebendiagnosen sind am Klassifikationsverfahren bislang keine grundlegenden Änderungen vorgenommen worden.

Finanzielle Entwicklung der Krankenkassenarten

Der Morbi-RSA ist als lernendes System angelegt. So hat es der Gesetzgeber formuliert. Es ist daher notwendig, regelmäßig die Wirkungsweisen und die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA zu überprüfen. Aus Sicht der Krankenkassen sind die Entwicklung der Deckungsbeiträge für die gesamte Versichertenstruktur oder aber für einzelne Versichertengruppen sowie auch die Vermögenssituation der einzelnen Krankenkassen aussagekräftige Werte für die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Seit dem Jahr 2013 ist hier ein Trend zu beobachten, der die mangelnde Zielgenauigkeit offenbar macht: Das System ist auseinandergedriftet. Die unterschiedliche Finanzsituation der Krankenkassenarten und insbesondere der Einzelkassen ist das Ergebnis einer inzwischen über

fünf Jahre dauernden Entwicklung. Es sind Wettbewerbsverzerrungen entstanden, die ohne Änderungen im bestehenden Morbi-RSA nicht mehr ausgeglichen werden können.

Abbildung 1: Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch Zuweisungen (§ 266 Absatz 2)



Quelle: Darstellung des vdek aus Jahresausgleichen vom Bundesversicherungsamt

Die deutlich sichtbaren Verzerrungen bei der Deckung der Leistungsausgaben durch Zuweisungen (Abbildung 1) sind so auffällig, dass sie nur zu einem geringen Teil mit der Managementleistung einzelner Krankenkassen erklärt werden können. Die Verzerrungen haben zudem inzwischen eine extrem ungleiche Verteilung des Vermögens zur Folge. Würden die bestehenden Regelungen unverändert fortbestehen, wären zumindest mittelfristig erste Krankenkassen finanziell ernsthaft bedroht. Die Folgen für das Gesamtsystem sind dann kaum abschätzbar. Konsequenterweise hat das Bundesgesundheitsministerium in der vergangenen Legislaturperiode mehrere Gutachten zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA beim Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts in Auftrag gegeben. Das erste Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA (Sondergutachten) wurde Anfang Dezember 2017 vom BMG veröffentlicht. Das zweite Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats analysiert die regionalen Verteilungswirkungen des Morbi-RSA (Regionalgutachten) und ist im Juli 2018 erschienen.

Reformvorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Bereits im Rahmen des Koalitionsvertrags hatte sich die Große Koalition aus CDU/CSU und SPD auf eine gesetzgeberische Weiterentwicklung des Morbi-RSA verständigt. Mit dem Entwurf für das Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) setzt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn diese Vereinbarung konsequent um. Zuvor hatte er bereits die im GKV-VEG vorgenommenen Verschärfungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen an eine Reform des Krankenkassenfinanzausgleichs gekoppelt. Damit sollte erreicht werden, dass zumindest die Auswirkungen der Reform für die Krankenkassen planbar werden, bevor wettbewerbliche Veränderungen greifen. Mit dem GKV-FKG liegen nun seit einigen Monaten eine Reihe von konkreten Reformoptionen auf dem Tisch. Die geplanten Neuregelungen gehen zum Teil weit über die Empfehlungen der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats hinaus.

Unter den Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA, auf die sich dieser Beitrag konzentriert, werden diejenigen verstanden, die direkten Einfluss auf das Klassifikationsverfahren und damit die Berechnung der Höhe der verschiedenen Zuschläge haben. Dabei soll analysiert werden, ob die vorgesehenen Neuregelungen die derzeitige Schiefelage im System der gesetzlichen Krankenkassen auflösen und die Grundlage für einen fairen Krankenkassenwettbewerb in der Zukunft legen können.

Vollmodell

Der Wissenschaftliche Beirat spricht sich dafür aus, das Klassifikationsmodell als Vollmodell weiterzuentwickeln, in dem alle Krankheiten zu berücksichtigen sind. Das GKV-FKG greift diesen Vorschlag der Wissenschaftler auf. Zukünftig soll die Krankheitsauswahl wegfallen und ein Vollmodell mit allen Krankheiten eingeführt werden. Im bisherigen Morbi-RSA werden von insgesamt 362 Krankheiten 80 Krankheiten ausgeglichen. Welche Krankheiten auszugleichen sind, wird jährlich überprüft (aufgrund anderer Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats wurde die Krankheitsauswahl jedoch für die Jahre 2013, 2017 und 2018 ausgesetzt). Durch veränderte Kostenstrukturen veränderte sich die Zusammensetzung der 80 Krankheiten von Jahr zu Jahr geringfügig, der überwiegende Teil der 80 Krankheiten war über die Jahre hinweg konstant. In der Folge wurde von zwei Klassen von Krankheiten gesprochen – „Auswahlkrankheiten“ und „Nicht-Auswahlkrankheiten“.

Die Frage, welcher mathematische Weg für die Ermittlung der Auswahlkrankheiten angewendet werden sollte, hat in der Vergangenheit regelmäßig zu kontroversen Diskussionen geführt. Vereinfacht ausgedrückt drehte sich die Diskussion um drei Möglichkeiten der Krankheitsauswahl:

1. weniger als 80 Krankheiten auszuwählen – das Sozialgesetzbuch V sieht eine Spanne von 50 bis 80 Auswahlkrankheiten vor,
2. mehr chronische „Volkskrankheiten“ auszugleichen (höhere Gewichtung der Prävalenz [Quadratwurzel]) oder
3. eher seltenere, aber dafür teurere Krankheiten auszugleichen (Verwendung einer „Logarithmusfunktion“).

Seit dem Jahr 2009 hat sich der Wissenschaftliche Beirat und infolge das Bundesversicherungsamt bei jeder Festlegung wieder für die Auswahl von 80 Krankheiten und eine höhere Gewichtung der Prävalenz entschieden. Die Einführung eines Vollmodells unter Einbezug aller Krankheiten würde diese Diskussion nun beenden: Die Unterscheidung zwischen Auswahlkrankheiten und Nicht-Auswahlkrankheiten wäre überflüssig. Bei Einführung eines Vollmodells besteht im Einstieg jedoch weiterhin die Gefahr einer Zweiklassentrennung von Krankheiten. Durch die Historie des Morbi-RSA sind die 80 Auswahlkrankheiten bereits nach Schweregrad, Arzneimittelvalidierung und in Einzelfällen auch nach Geschlecht und Alter differenziert. Die Zielgenauigkeit für diese Krankheiten ist daher bereits als gut einzustufen. Die neu hinzukommenden Krankheiten müssen jedoch noch in genau dieser Weise ausdifferenziert werden, um die Zweiklassentrennung der Krankheiten nach und nach zu beseitigen.

Außerdem darf der Begriff Vollmodell nicht dahingehend fehlinterpretiert werden, dass dadurch zukünftig jede Krankheit einen Zuschlag generieren könnte. Der Morbi-RSA wird auch weiterhin prospektiv angelegt sein, das heißt, es werden nur die durchschnittlichen Folgekosten einer Krankheit ausgeglichen. So verursacht zum Beispiel der klassische nach vier bis sechs Wochen verheilte Beinbruch im darauffolgenden Jahr keine weiteren Kosten und löst somit keinen Zuschlag aus. Es wird daher eine ganze Reihe von Krankheiten geben, die in einem Vollmodell keinen Zuschlag auslösen.

Manipulationsbremse

Die im Referentenentwurf zum GKV-FKG enthaltenen Maßnahmen, mit denen Manipulationen am Krankenkassenfinanzausgleich zukünftig verhindert werden sollen, sind zur Flankierung des Vollmodells zwingend. Im Mittelpunkt steht hierbei die Einführung einer sogenannten Manipulationsbremse. Vorgesehen ist, zunächst zehn Prozent der HMG mit den höchsten Steigerungsraten aus dem Morbi-RSA zu selektieren, sofern sie 50 Prozent über der durchschnittlichen Steigerung aller HMG liegen. Im Anschluss werden bis zu fünf Prozent der HMG mit den höchsten Zuweisungsvolumina aus dem Morbi-RSA ausgeschlossen. Eine Ausnahme von der Regel gibt es nur dann, wenn der Anstieg medizinisch oder diagnostisch begründet ist.

Der Ausschluss von bis zu fünf Prozent der HMG bedeutet nicht, dass die finanziellen Mittel den Krankenkassen verloren gehen. Die Gesamtausschüttung über den Morbi-RSA wird im Vorfeld eines Kalenderjahres festgelegt und ändert sich danach nicht mehr. Je nachdem, welcher rechnerische Weg letztlich für die Manipulationsbremse gewählt wird, werden die freigesetzten Mittel über die anderen verbleibenden HMG und die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) verteilt.

Vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren öffentlich geführten Diskussion über die Beeinflussung von ärztlichen Diagnosen durch Krankenkassen ist die Einführung einer Manipulationsbremse sinnvoll. Sie ist ein wirksames Instrument, um den finanziellen Anreiz für Kodieraktivitäten einzelner Krankenkassen erheblich zu reduzieren. Als Folge einer höheren Manipulationsresistenz wird die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA leicht abnehmen. Dies ist aber hinnehmbar, denn im Rahmen der gesamten Reform des Morbi-RSA ist die Einführung eines Automatismus zur Einschränkung ungerechtfertigter Kodieraktivitäten eine wichtige Flankierung.

Regionalkomponente

Bereits vor Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2008 wurde diskutiert, die Regionalität zu berücksichtigen. Insbesondere Bayern hatte damals große Bedenken, durch die Einführung des Morbi-RSA unverhältnismäßig benachteiligt zu werden. Als Folge wurde die sogenannte Konvergenzregel in das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

aufgenommen. Danach wurden die Beitragseinnahmen eines Bundeslandes um die Auswirkungen des RSA und die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bereinigt und mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verglichen. War die Belastung höher als 100 Millionen Euro, wurden die Zuweisungen für ein Bundesland entsprechend erhöht. Die Konvergenzregel wurde jedoch nur im ersten Jahr des Morbi-RSA angewendet. Ab dem zweiten Jahr waren die Voraussetzungen für kein Bundesland mehr erfüllt. Seitdem werden regionale Unterschiede im Morbi-RSA nicht mehr ausgeglichen.

Gleichwohl blieb die Frage im Raum, ob regionale Unterschiede nicht doch im Morbi-RSA berücksichtigt werden müssen, denn die Nichtberücksichtigung führte zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen. Im Jahr 2017 beauftragte das BMG den Wissenschaftlichen Beirat, die regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs zu untersuchen, dieses Regionalgutachten wurde am 28. Juni 2018 vorgelegt. Die Gutachter kommen darin zu dem Ergebnis, dass der Morbi-RSA in seiner derzeitigen Ausgestaltung zu Marktkonzentrationen und Verzerrungen im Wettbewerb führt. Es sei notwendig, diesen Methodenfehler zu beheben und eine Regionalkomponente in der GKV-Finanzarchitektur zu berücksichtigen, so das Gutachten. Daher solle der RSA zeitnah um einen weiteren Verfahrensschritt mit einer Auswahl von regionalstatistischen Merkmalen ergänzt werden.

Das GKV-FKG folgt diesen Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats. Ziel ist es, bestehende Über- und Unterdeckungen, die durch Krankenkassen nicht beeinflusst werden können, besser auszugleichen. Der Referentenentwurf bleibt jedoch beim Umfang des Regionalausgleichs deutlich hinter einigen weitergehenden Vorschlägen der Experten zurück. Angebotsfaktoren wie Haus- und Facharztdichte oder die Zahl der Krankenhausbetten wurden in dem Entwurf ausgeschlossen. Damit wurden Sorgen einiger Länder, ineffiziente Strukturen in anderen Ländern mitfinanzieren zu müssen, aufgegriffen. Durch die Einführung einer Regionalkomponente sollen regionale Über- und Unterdeckungen bei Krankenkassen abgebaut werden. Gleichzeitig soll die Neuregelung einer weiteren Marktkonzentration in einigen Bundesländern vorbeugen. Die Einführung der Regionalkomponente in Form des vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Direktmodells wird von den meisten Krankenkassenarten begrüßt.

Risikopool

Das GKV-FKG sieht die (Wieder-)Einführung eines Risikopools vor. Dies ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Sondergutachtens etwas überraschend – hatten doch die Wissenschaftler bei dieser Frage weiteren Forschungsbedarf gesehen. Bereits in der Zeit von 2002 bis 2008 gab es einen Risikopool. Im damaligen RSA wurden durch einen Risikopool 60 Prozent der Leistungsausgaben einer Krankenkasse erstattet, die einen bestimmten Schwellenwert überschritten. Der Schwellenwert lag damals zunächst bei 21.000 Euro und wurde jährlich an die Entwicklung der Bezugsgröße angepasst. Das bedeutet, die Krankenkasse musste ihre Ausgaben unterhalb des Schwellenwerts und 40 Prozent der darüber hinausgehenden Kosten selbst tragen. Dieser Risikopool war mit einem hohen administrativen Erstellungs- und Prüfaufwand für die Krankenkassen und zuständigen Aufsichten verbunden.

Mit Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 wurde ein Risikopool als nicht mehr notwendig erachtet. Sehr schnell wurde jedoch deutlich, dass insbesondere Versicherten-
gruppen mit extrem hohen Leistungsausgaben keine ausreichenden Deckungsquoten erzielen. Dies hat sich auch nicht wesentlich geändert, nachdem für einige wenige chronische, gut abgrenzbare, aber sehr teure Krankheiten (beispielsweise Mukopolysaccharidose Typ II + VI, Morbus Pompe, Morbus Fabry) jährliche Zuschläge in Höhe von über 200.000 Euro eingeführt wurden.

So werden akute, teure Leistungsfälle aufgrund des prospektiven Ansatzes im Morbi-RSA derzeit nicht einmal teilweise ausgeglichen. Dies trifft auch für Arzneimittelinnovationen vor allem im ersten Jahr nach deren Einführung zu. Weiterhin gibt es inzwischen sehr kostenintensive Therapien, die bislang unheilbare chronische Krankheiten für mehrere Jahre aufhalten oder sogar vollständig heilen können. Da die Verteilung von Hochkostenfällen zwischen den Krankenkassen nicht gleichmäßig ist, ist es notwendig, Hochkostenfälle solidarisch durch einen Risikopool auszugleichen.

Der zukünftige Risikopool soll besonders kostenintensive Leistungsfälle ausgleichen. Dazu wird der Schwellenwert auf 100.000 Euro festgesetzt. 80 Prozent der Kosten darüber werden einer Krankenkasse erstattet. Der Selbstbehalt für die Krankenkassen

liegt bei 20 Prozent. Schwellenwert und Selbstbehalt sorgen dafür, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht. Der Erstellungs- und Prüfaufwand für den neuen Risikopool wird dabei deutlich geringer und ist nicht mehr mit dem Aufwand bei der Umsetzung des früheren Risikopools vergleichbar. Die zur Umsetzung des Risikopools notwendigen Belege werden heute überwiegend digitalisiert bearbeitet. Eine aufwendige manuelle Bearbeitung entfällt damit. Auch führt der höhere Schwellenwert von 100.000 Euro zu einer deutlich geringeren Anzahl an Fällen im Risikopool.

Wegfall der Hilfsvariablen

Der Bezug einer Erwerbsminderungsrente und die Teilnahme an Disease-Management-Programmen waren bis zur Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 wichtige Bezugsgrößen für den Krankenkassenfinanzausgleich. Im damaligen Modell dienten die Hilfsvariablen als Indikatoren für die morbiditätsbedingten Leistungsausgaben, da ein direkter Krankheitsbezug fehlte. Obgleich systemfremd, wurden diese Hilfsgrößen bei der Einführung des Morbi-RSA beibehalten, da die Sorge bestand, 80 Krankheiten würden die Versichertenmorbidität und damit den Finanzbedarf der einzelnen Krankenkassen nicht ausreichend abbilden. Mit der direkten Morbiditätsorientierung des RSA sind Hilfsgrößen zur Abbildung von Morbidität im RSA somit hinfällig geworden.

Streichung Kriterium Erwerbsminderungsgruppe (EMG)

Bereits seit einigen Jahren diskutieren Wissenschaftler und Krankenkassen über eine Streichung der EMG als Kriterium für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Einige renommierte wissenschaftliche Institute haben sich in der Vergangenheit für eine Abschaffung der EMG ausgesprochen. So kommen die Verfasser Dietzel, Glaeske und Neumann in ihrem IGES-Gutachten aus dem Jahr 2016 zu dem Schluss, dass eine solche Änderung an der RSA-Systematik die Unterschiede der Deckungsquoten auf Krankenkassenebene reduzieren kann, ohne dabei zusätzliche Anreize zur Risiko-selektion zu generieren. WIG2 regt in einem Diskussionspapier aus dem Jahr 2017 an, die EMG durch eine verbesserte Erfassung der eigentlichen Krankheitslast zu berücksichtigen.

Der Wissenschaftliche Beirat kommt hingegen zu einem anderen Ergebnis. Im Sondergutachten sprechen sich die Wissenschaftler gegen eine Abschaffung des Kriteriums im Morbi-RSA aus. Gleichzeitig erkennen sie jedoch an, dass die bisherige Ausgestaltung zu Ungleichheit führt: Junge Erwerbsminderungsrentner werden benachteiligt und ältere Versicherte, die nicht an einer chronischen Krankheit leiden, bevorteilt. Der Wissenschaftliche Beirat schlägt daher eine Weiterentwicklung der Berücksichtigung als Schweregraddifferenzierung vor.

Der aktuelle Entwurf des GKV-FKG sieht vor, dass die EMG ersatzlos wegfallen. Dies hat eine intensive Debatte ausgelöst. Diejenigen, die sich dafür aussprechen, die aktuelle Regelung beizubehalten, argumentieren mit einer Verschlechterung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Diesem Argument steht allerdings entgegen, dass der Wegfall der EMG zu einer gerechteren Verteilung der Zuweisungen führen wird, denn nicht jeder Versicherte kann eine Erwerbsminderungsrente erhalten. So können beispielsweise Selbstständige oder Personen mit einer nur geringen Anzahl an Beitragsjahren in der gesetzlichen Rentenversicherung keinen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente erlangen. Insofern kommt es bei gleichen Krankheiten in gleichen Altersgruppen zu unterschiedlichen Zuweisungen über den Morbi-RSA. Mit dem konsequenten Wegfall steht der Anteil an Zuweisungen dann richtigerweise für die Verteilung nach Alter, Geschlecht und Morbidität für alle Versicherten zur Verfügung.

DMP-Programmkostenpauschale

Seit Beginn des Morbi-RSA erhalten Krankenkassen für Versicherte, die in ein zertifiziertes strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) eingeschrieben sind, eine DMP-Programmkostenpauschale. Sie beträgt aktuell 12,11 Euro je Monat und soll die Verwaltungskosten für die DMP bei den Krankenkassen decken. Die DMP wurden ab dem Jahr 2003 unter anderem sukzessive als Übergangslösung bis zur Morbiditätsorientierung des RSA eingeführt. Sie haben sich bis heute in der Versorgung etabliert. Derzeit gibt es DMP für die Krankheiten Diabetes mellitus Typ I und II, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheiten (KHK), Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Asthma bronchiale. Weitere sollen folgen. Eine besondere Berücksichtigung stellt allerdings eine Bevorteilung dieser Krankheiten im Morbi-RSA

dar. Auch der Wissenschaftliche Beirat sieht die spezifische Förderung von DMP in seinem Sondergutachten kritisch. Insofern ist die Initiative richtig, diesen Bestandteil aus dem Morbi-RSA zu streichen und andere Förderungsmaßnahmen unabhängig vom RSA in den Fokus zu nehmen.

Vorsorgepauschale für Prävention

Immer wieder wurde die Frage diskutiert, ob der bestehende Morbi-RSA in seiner Ausgestaltung präventionsfeindlich sei. Vor allem der zwischen den Krankenkassen intensiv geführte Preiswettbewerb hatte in den ersten Jahren dazu geführt, dass die GKV-weiten Ausgaben für Präventionsleistungen zum Teil deutlich zurückgingen. Seit dem Jahr 2012 steigen die Ausgaben für Prävention wieder an. Durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) aus dem Jahr 2015 hat der Gesetzgeber zusätzliche Regelungen zur Stärkung der Prävention in verschiedenen Bereichen eingeführt. Mit der geplanten Regelung im GKV-FKG, durch eine Vorsorgepauschale Präventionsleistungen zu fördern, wird ein weiterer finanzieller Anreiz für die Krankenkassen gesetzt, sich noch stärker im Bereich der Prävention zu engagieren.

Drei Zuschlagsstufen sollen künftig unterschiedlich hohe Pauschalen auslösen. Die Zuschläge werden außerhalb des eigentlichen Klassifikationsverfahrens berücksichtigt und stellen keine zusätzliche Risikogruppe im Sinne einer AGG oder HMG dar. Die Personengruppe, für welche die Krankenkasse eine solche Pauschale erhalten kann, ist sachlich gut abgegrenzt worden. Zuschläge werden ausschließlich für versicherten-individuell abgerechnete ärztliche Regelleistungen im Bereich der Früherkennung und Mutterschaftsvorsorge sowie für die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlenen Schutzimpfungen gewährt. Die Höhe der Pauschale für jede Stufe wird jährlich vom Bundesversicherungsamt festgelegt und orientiert sich an den Durchschnittskosten der in der jeweiligen Stufe enthaltenen Leistungen. Die Pauschale wird unterhalb der tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen liegen und damit nicht zur Ausgabendeckung dienen.

Untergesetzliche Regelungen

Es gibt weitere Reformoptionen, die vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlen wurden und ohne gesetzliche Änderung im Sozialgesetzbuch oder in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) bereits vom Bundesversicherungsamt umgesetzt werden können. Hierzu zählen die im GKV-FKG aufgeführte Einführung von Altersinteraktionstermen und die stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln in Form der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung. Diese auch als untergesetzliche Regelungen bezeichneten Weiterentwicklungsmöglichkeiten sollen bereits im regulären Festlegungsprozess (Klassifikationsverfahren) berücksichtigt werden. Mit Schreiben vom 4. Februar 2019 hat das BMG daher das Bundesversicherungsamt unabhängig von der bevorstehenden Morbi-RSA-Reform beauftragt, die Einführung von Altersinteraktionstermen und die stärkere Berücksichtigung von Arzneimitteln in Form der mehrfachen Arzneimitteldifferenzierung im kommenden Klassifikationsverfahren für das Jahr 2020 umzusetzen.

Abgrenzungen der HMG nach Alter

Der Wissenschaftliche Beirat hatte sich in seinem Sondergutachten intensiv mit der Thematik beschäftigt, wie Unter- und Überdeckungen einzelner Versichertengruppen vermindert werden können. Je nach Alter der Versicherten können Krankheiten zu unterschiedlichen Behandlungskosten für die Krankenkassen führen: Ältere Versicherte leiden oft unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig, aber die Kosten der einzelnen Krankheiten sind geringer als bei Jüngeren. Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats kann dies durch Altersinteraktionsterme – eine Ergänzung der HMG um Zuschläge nach verschiedenen Altersgruppen – bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen besser abgebildet werden. Auch die gesetzlichen Krankenkassen sehen einen solchen Schritt kassenartenübergreifend als notwendig an.

Bislang wurde eine HMG grundsätzlich unabhängig vom Alter des betroffenen Versicherten vergeben. Durch die Einführung von Altersinteraktionstermen würde sich das ändern und der ursprüngliche Zuschlag um weitere Zuschläge ergänzt, beispielsweise um einen Zuschlag für Kinder unter 18 Jahren und um einen Zuschlag für Versicherte über 65 Jahren (sofern der neue Zuschlag mindestens 20 Prozent über oder unter dem ursprünglichen Zuschlag liegt). Zukünftig könnte es daher mehrere Zuschläge

je HMG geben, wobei ein Versicherter aufgrund seines Alters nur einen erhalten kann. Die Anzahl der bestehenden Risikogruppen würde deutlich erhöht, die Zuweisungen für die unterschiedlichen Versichertengruppen, die eine Krankheit haben, entsprechend zielgenauer.

Die hohe Anzahl zusätzlicher Risikofaktoren durch Altersinteraktionsterme hat das BVA im Entwurf der Festlegung für das RSA-Ausgleichsjahr 2020 vom 12. Juli 2019 veranlasst, die Einführung von sogenannten Alterssplits vorzuschlagen, weil diese im Klassifikationsverfahren mit geringerem Aufwand umzusetzen sind. In der Wirkung unterscheiden sich Altersinteraktionsterme und Alterssplits kaum voneinander. Es werden sieben Alterssplits mit unterschiedlichen Altersgrenzen vorgeschlagen. Der Unterschied zu den Altersinteraktionstermen besteht darin, nicht an festgesetzten Altersgrenzen zusätzliche Morbiditätszuschläge einzuführen, sondern je HMG zu prüfen, ab welchem Alter sich die Vorzeichen von Deckungsquoten ändern, und an dieser Stelle einen Split einzuführen.

Mehrfache Arzneimitteldifferenzierung

Bei der Berücksichtigung von Arzneimitteln in Form von mehrfachen Arzneimitteldifferenzierungen erfolgt eine genauere wirkstoffabhängige Zuordnung von Versicherten bei identischer Diagnose in unterschiedliche HMG, das bedeutet, ausgewählte HMG mit Arzneimittelvalidierung werden in mindestens zwei HMG aufgeteilt. Dies ist ein sinnvoller Schritt, um die Zuweisungen an die Krankenkassen künftig zielgenauer zu gestalten. Folgendes Beispiel verdeutlicht dies: So kann eine chronische Erkrankung einen positiven Therapieverlauf haben, welcher mit günstigen Arzneimitteln erreicht wird. Im Gegensatz dazu kann eine chronische Erkrankung einen schweren Therapieverlauf nehmen, welcher durch sehr teure Arzneimittel begleitet wird (zum Beispiel Multiple Sklerose). Mit der Einführung von mehrfachen Arzneimitteldifferenzierungen im Morbi-RSA kann in diesem Fall die Krankheit durch die verabreichten Arzneimittel auf einer weiteren Ebene abgegrenzt werden. Die Zuweisungen werden somit genauer. Im Entwurf der Festlegung für das RSA-Ausgleichsjahr 2020 vom 12. Juli 2019 finden sich in einem ersten Schritt die Vorschläge für vier mehrfache Arzneimitteldifferenzierungen.

Weitere gesetzliche Änderungen zur Erhöhung der Manipulationsresistenz

Neben den Reformoptionen, die eine unmittelbare Wirkung auf das Klassifikationsverfahren haben und daher zu einer zielgenaueren Verteilung der finanziellen Mittel des Gesundheitsfonds führen, enthält der Entwurf des GKV-FKG nachfolgend auch eine Reihe an Maßnahmen, die den Morbi-RSA resistenter gegen Manipulation gestalten sollen. Bereits in den vergangenen Jahren wurden daneben Regelungen auf den Weg gebracht, um die Manipulationsresistenz zu erhöhen. Diese Maßnahmen entwickeln ihre Wirkung in den Daten, die eine Krankenkasse für den Morbi-RSA meldet, beziehungsweise in der Bewertung der von einer Krankenkasse übermittelten Daten an das Bundesversicherungsamt.

Bundesweit einheitliche Aufsicht für die Prüfung des Morbi-RSA

Krankenkassen, die in maximal drei Bundesländern tätig sind, werden durch die zuständigen Landesaufsichten geprüft, alle anderen Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt. Dabei kommt es immer wieder zu unterschiedlichen Auslegungen von Prüfungselementen. Nachweislich legt das Bundesversicherungsamt bei seinen Prüfungen strengere Maßstäbe als die Landesaufsichten an. Dies führt seit Bestehen des RSA zu Ungerechtigkeiten für die bundesunmittelbaren Krankenkassen. Die unterschiedliche Auslegung vergleichbarer Sachverhalte führt damit zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen.

In der Praxis ist es bisher nicht gelungen, dass Bundesaufsicht und Landesaufsichten Prüfungsangelegenheiten einheitlich auslegen – trotz gemeinsamer Sitzungen der Aufsichtsbehörden und sogar gemeinschaftlich verabschiedeter Ergebnisse. Deswegen ist die Intention des GKV-FKG richtig, die Aufsicht über alle Krankenkassen einheitlich zu organisieren. Eine zentrale Instanz für die Prüfung aller am Morbi-RSA teilnehmenden Krankenkassen ist eine entscheidende Voraussetzung für faire Wettbewerbsbedingungen. Die Vereinheitlichung der Prüfung für alle Krankenkassen beim Bundesversicherungsamt ist allerdings rechtlich schwierig und mit hohen gesetzgeberischen Hürden verbunden – trotzdem muss es hier zu einer Lösung kommen.

Vereinfachung der Auffälligkeitsprüfung

Mit § 273 SGB V hat der Gesetzgeber bei Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 als Ergänzung zur Prüfung nach § 274 SGB V eine zusätzliche Auffälligkeitsprüfung implementiert. Krankenkassen, die einen statistisch auffälligen Anstieg von HMG aufweisen und dadurch un plausible Steigerungen bei den Zuweisungen für diese HMG generieren, können vom Bundesversicherungsamt sanktioniert werden, wenn das Bundesversicherungsamt eine ungerechtfertigte Steigerung von Diagnosen nachweist. Die Aufsicht bei RSA-Auffälligkeitsprüfungen liegt für alle bundesweit und landesweit organisierten Krankenkassen beim Bundesversicherungsamt. Das Verfahren hat sich aber als sehr bürokratisch und schwerfällig erwiesen, sodass an dieser Stelle Handlungsbedarf besteht.

Mit dem GKV-FKG soll die Auffälligkeitsprüfung für das Bundesversicherungsamt vereinfacht werden. Das Bundesversicherungsamt wird dazu mit zusätzlichen Kompetenzen ausgestattet. Zukünftig reichen einzig statistisch auffällige Steigerungen bei den gemeldeten Daten zur Einleitung der Prüfung aus. Innerhalb eines kurzen Zeitraums wird die Krankenkasse verpflichtet, die Rechtmäßigkeit der Auffälligkeit darzulegen. Dies entspricht einer Beweislastumkehr zum bisherigen Verfahren. Kann eine Krankenkasse die Richtigkeit einer Auffälligkeit nicht glaubhaft nachweisen, kann das Bundesversicherungsamt Sanktionen gegen diese Krankenkasse verhängen. Die vorgesehene Neuregelung kann eine wirksame Maßnahme sein, um Manipulationen am Finanzausgleich der Krankenkassen einzudämmen.

Einheitliche Kodierrichtlinien

Bereits das in diesem Jahr in Kraft getretene Gesetz für schnellere Termine und eine bessere Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-TSVG) regelt die Einführung einheitlicher Kodierrichtlinien bei der Vergabe ambulanter Diagnosen. Gleichzeitig legt der Gesetzgeber fest, dass die in den Arztpraxen eingesetzte Praxissoftware in Zukunft von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifiziert wird. Die neuen Regelungen sollen zum 1. Januar 2022 wirksam werden. Bislang ist eine einheitliche Zertifizierung der Software nicht vorgesehen. Damit soll verhindert werden, dass unterschiedliche Regeln für die Vergabe von Diagnosen in die Praxissoftware

implementiert werden. Denn diese könnten für die ungerechtfertigte Beeinflussung der Diagnosevergabe genutzt werden. Durch die zwingende Zertifizierung der Praxissoftware wird sichergestellt, dass zumindest für den technischen Teil der Erfassung von Diagnosen einheitliche Regelungen angewendet werden und keine Software ungerechtfertigte Diagnosen vorschlägt oder selbstständig hinzufügt.

Das neue Regelwerk der Kodierrichtlinien soll die ambulant tätigen Ärzte verpflichten, die Diagnosen ihrer Patienten nach einheitlichen Vorgaben zu kodieren. Eine Beeinflussung von Dritten mittels Betreuungsstrukturverträgen oder anderer Vertragsmöglichkeiten, die auf eine unterschiedliche Diagnosevergabe zwischen den Krankenkassen zielt, soll damit wirkungslos werden. Auch nach Veröffentlichung der Kodierrichtlinien und entsprechenden Schulungsveranstaltungen und Richtlinien bleibt es der ärztlichen Entscheidung vorbehalten, wie einzelne Diagnosen kodiert werden. Es ist zu erwarten, dass es zu einer unterschiedlichen Handhabung in den Arztpraxen kommt, dennoch sind die Kodierrichtlinien alternativlos.

Entkopplung der Vergütung von Betreuungsstrukturverträgen von Diagnosen

Bereits das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) aus dem Jahr 2017 enthält Regelungen, welche die Praxis einiger Krankenkassen unterbinden sollte, sich mithilfe von Betreuungsstrukturverträgen zusätzliche Zuweisungen durch wertsteigernde Diagnosen aus dem Morbi-RSA zu beschaffen. Seitdem wurden viele dieser Verträge beendet. Allerdings liegen keine Erkenntnisse dazu vor, ob dies auf alle betroffenen Verträge zutrifft. Zudem gibt es Gerüchte, dass in der Zwischenzeit andere Vertragskonstrukte zur Umgehung der Vorgaben des HHVG entwickelt wurden.

Im Entwurf des GKV-FKG sind für die §§ 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung), 83 SGB V (Gesamtverträge) und 140a SGB V (Besondere Versorgungsformen) weitergehende Verbote enthalten. Generell werden vertragliche Regelungen unzulässig, die zwischen den Vertragspartnern vereinbarte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen. Das Verbot bezieht sich sowohl auf die eigentliche Diagnose als auch auf die Anzahl von Diagnosen und schließt bereits in der Vergangenheit

geschlossene Verträge mit ein. Damit unternimmt das BMG einen weiteren Versuch, das Handeln manipulierender Krankenkassen über die oben genannten Vertragsmöglichkeiten vollständig zu unterbinden.

Fazit

Das GKV-FKG setzt zahlreiche Impulse für eine sinnvolle Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Wesentliche Elemente sind die Einführung eines differenzierten Vollmodells kombiniert mit dem Instrument der Manipulationsbremse, die Berücksichtigung einer Regionalkomponente im RSA und die Einführung eines Risikopools. Wichtig ist, dass diese Reformelemente durch weitere Neuregelungen ergänzt werden, wie sie das GKV-FKG derzeit vorsieht und welche in den Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats positiv beurteilt wurden. Hierzu gehören der Wegfall der Erwerbsminderungsgruppen, der Wegfall der DMP-Kostenpauschale, die Einführung der Altersinteraktionsterme und Arzneimitteldifferenzierungen. Auch wenn der Beirat die Vorsorgepauschale nicht explizit aufführt, spricht er sich durchaus dafür aus, den RSA perspektivisch präventionsfreundlicher zu gestalten. Die Vorsorgepauschale ist ein Schritt in diese Richtung, auch wenn das Thema Prävention im RSA originär systemfremd ist. Alle Maßnahmen, die dazu dienen, Manipulationen im RSA zu verhindern, müssen zwingend und schnellstens umgesetzt werden.

Der Morbi-RSA bleibt weiterhin ein lernendes Konstrukt. Inwieweit die vorgesehenen Reformelemente ihre Wirkung entfalten und welche Fragestellungen sich in Zukunft ergeben, bleibt zu beobachten. Die regelmäßige Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat, die ebenfalls mit dem Faire-Kassenwahl-Gesetz eingeführt werden soll, ist dabei entscheidend.

Das vorgelegte Reformpaket ist kraftvoll – sofern es in den parlamentarischen Beratungen nicht zu stark verwässert wird. Je mehr Einzelelemente im Beratungsverlauf gestrichen werden, desto geringer wird die Wirkung der Reform sein. Die derzeit geplanten Neuregelungen jedenfalls haben das Potenzial, die Weichen für einen fairen Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander zu stellen. Und dies ist die Grundvoraussetzung für eine moderne und leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung.

Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019): Schreiben vom 4. Februar 2019 zur Festlegung nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV zum Ausgleichsjahr 2020.
- BVA – Bundesversicherungsamt (2008): So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, online unter: www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie_Funktioniert_Morbi_RSA.pdf (Download am 13. Mai 2019).
- Drösler, S. et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Bonn.
- Drösler, S. et al. (2018): Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Bonn.
- IGES-Institut, Cassel, D. und Wasem, J. (2001): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- IGES-Institut, Lauterbach, K. W. und Wasem, J. (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich.
- IGES-Institut, Glaeske, G. und Greiner, W. (2016): Begleitforschung zum Morbi-RSA – Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren?
- WIG2 (2017): Diskussionspapier – Weiterentwicklung der Morbiditätsparameter im Morbi-RSA – 7 Thesen und Vorschläge. Leipzig.

