

Feinarbeit beim Finanzausgleich

Seit geraumer Zeit steht der Risikostrukturausgleich in der Kritik. Von Benachteiligung ist die Rede. Doch das aktuelle Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats nimmt den Kritikern Wind aus den Segeln und enthält Verbesserungsvorschläge. **Von Klaus Jacobs**

Der Risikostrukturausgleich ist der zentrale Schlüssel zur Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Weil es dabei pro Jahr um weit über 200 Milliarden Euro geht, ist das Interesse der Kassen an diesem Thema nur zu verständlich. Allerdings war der öffentlich ausgetragene Streit der Kassen und Kassenverbände über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zuletzt von ungewohnter Schärfe geprägt. Zwar besteht der Finanzausgleich in seiner heutigen Ausgestaltung mit Krankheitszuschlägen schon seit 2009. Doch mit dem Inkrafttreten des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes 2015 hat sich die Konstruktion der kassenindividuellen Zusatzbeiträge geändert. Durch die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds (von 15,5 auf 14,6 Prozent) bei gleichzeitiger Umwandlung der pauschalen in prozentuale Zusatzbeiträge gibt es wieder Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen, und zwar innerhalb aller Kassenarten

(AOKs, Ersatzkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen). Gegenüber der Zeit vor 2009, als die Beitragssätze um bis zu fünf Prozentpunkte streuten, sind die Unterschiede heute aber mit maximal 1,5 Prozentpunkten deutlich geringer. Dennoch sehen einige Kassen und Kassenverbände hierin die Folge einer ungleichen Behandlung, für die es aus ihrer Sicht nur einen Schuldigen gibt: den

Die wissenschaftlichen Gutachter stellen dem Risikostrukturausgleich ein gutes Zeugnis aus.

Morbi-RSA. Vor diesem Hintergrund beauftragte das Bundesgesundheitsministerium Ende vergangenen Jahres den Wissenschaftlichen Beirat mit einem Sondergutachten zur Evaluation des Morbi-RSA und verschiedener Reformoptionen.

Gutachterkreis hochkarätig besetzt. Der Beirat ist eine ständige Einrichtung zur Beratung des Bundesversicherungsamts (BVA), das den Gesundheitsfonds verwaltet und den Morbi-RSA durchführt. Ihm gehören sieben Wissenschaftler an: mit den Professoren Volker Ulrich (Universität Bayreuth), Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen) und Eberhard Wille (Universität Mannheim) drei Gesundheitsökonominnen mit langjähriger Erfahrung als Politikberater und Gutachter im RSA-Kontext sowie mit Saskia Drösler (Hochschule Niederrhein, Krefeld), Edeltraut Garbe (Leibniz-Institut an der Universität Bremen), Joerg Hasford (Ludwig-Maximilian-Universität Mün-

chen) und Ingrid Schubert (PMV Forschungsgruppe an der Universität Köln) vier ausgewiesene Experten für gesundheitswissenschaftliche Informationssysteme und Methoden. Für das Sondergutachten wurden zwei weitere Wissenschaftler hinzugezogen: die Professoren Wynand van de Ven von der Erasmus Universität Rotterdam, weltweit einer der Väter von „Risk Adjustment“ in Krankenversicherungssystemen, sowie Achim Wambach, der in der Gesundheitsszene gut bekannt ist, seit die Monopolkommission unter seinem Vorsitz im März 2017 ein Gutachten zum Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung vorlegte. Ein derart exzellent zusammengesetztes Expertengremium dürfte es vermutlich nicht allzu häufig geben.

Was sind nun die wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen des Beirats, die laut seinem Vorsitzenden Jürgen Wasem nach intensiven Diskussionen in großem Konsens erarbeitet wurden? Die insgesamt 21 Punkte der Zusammenfassung lassen sich grob in drei Bereiche gliedern: erstens die Zielstellung des RSA und Methoden zur Überprüfung der Zielerreichung im Gesamtkontext der GKV-Wettbewerbsordnung; zweitens die Analyse der RSA-Methodik unter besonderer Berücksichtigung von Qualität und Manipulationsresistenz der Datengrundlagen; und drittens die Auseinandersetzung mit konkreten Reformoptionen für die Ausgestaltung des RSA.

Mittel gegen Risikoselektion. Zur Funktion des RSA lautet die zentrale Aussage, dass sein Ziel in der Vermeidung von Risikoselektion liegt: je größer die Zielgenauigkeit der Mittelzuweisungen auf Individual-, Versichertengruppen- und Kassenebene, desto geringer die durch Krankheitslast bestehenden Wettbe-

Les- und Webtipps

- Zusammenfassung der Ergebnisse des Sondergutachtens zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: www.bundesversicherungsamt.de > Presse > 19. Oktober 2017
- Informationen des AOK-Bundesverbandes zum Morbi-RSA: www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
- Timm Paulus: Risikostrukturausgleich: **Klartext statt Rauchzeichen.** In: G+G 7-8/2017, Seite 36–41
- **Risikostrukturausgleich: Mit Bedacht justieren.** G+G-Spezial 10/2016. Download unter: www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesundheit und Gesellschaft > G+G-Spezial

„Gutachter zeigen einen zukunftsweisenden Reformpfad für den Wettbewerb“



Jens Martin Hoyer ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Herr Hoyer, wie ist das Gutachten einzuordnen?

Hoyer: Wir haben zum ersten Mal seit 2011 eine wirklich wissenschaftlich unabhängige Untersuchung des Risikostrukturausgleichs auf Basis

aller verfügbaren Daten vorliegen. Nach der aufgeregten Debatte in den vergangenen Monaten wollten alle gesundheitspolitischen Entscheider in Bundestag und Bundesregierung Klarheit über den notwendigen Änderungsbedarf am Risikostrukturausgleich. Auch alle Kassenverbände hatten das Gutachten gefordert. Die neutrale Expertise des BVA-Beirates zeigt allen Beteiligten nun einen zukunftsweisenden Reformpfad für den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung auf.

Was sollte die Politik jetzt tun?

Hoyer: Die mögliche Jamaika-Koalition wäre gut beraten, sich diese Expertise zu eigen zu machen. Das einzige Gegenmittel gegen den

Kassen-Streit ist eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung des RSA. Ziel der Reform muss die Vermeidung von Risikoselektion sein. Darin sehen alle Fachleute die zentrale Funktion des Morbi-RSA. Bei der Frage, ob Beitragsgelder regional anders verteilt werden müssen, sollte die Politik keine voreiligen Festlegungen treffen, bevor nicht das Folgegutachten vorliegt und klar ist, wie sich dies beispielsweise im ländlichen Raum auswirkt. Und dann sollte sich die Koalition auf die wirklich wichtigen Reformbaustellen im Gesundheitswesen konzentrieren, wie zum Beispiel die Digitalisierung, den Abbau der Sektorengrenzen oder auf die Sicherstellung der ländlichen Versorgung.

Findet mit dem Gutachten der Streit unter den Krankenkassen nun ein Ende?

Hoyer: Der Streit zwischen den Krankenkassen ist sicher nicht leicht zu befrieden, wie erste Reaktionen einiger Kassen zeigen. Da ist nach wie vor von Fehlverteilung die Rede, obwohl die wissenschaftliche Expertise das klar widerlegt. Manche Kassenforderungen würden sogar die Selektionsanreize vergrößern. Aber Streit lässt sich befrieden, indem man sich auf die Fakten konzentriert. Ist die Langfassung des Gutachtens da, liegen über 700 Seiten Fakten vor. Auf die sollte sich die Politik stützen und sich nicht in die Irre führen lassen. ■

werbsverzerrungen. Dabei bedeutet die Angleichung der Deckungsquoten der Kassen jedoch für sich betrachtet noch keine Verbesserung des Verfahrens. Ein möglichst zielgenauer RSA trägt zu fairen Chancen im Kassenwettbewerb bei, doch müssen dazu noch weitere Bedingungen erfüllt sein. Hier sprechen sich die Gutachter etwa für ein einheitliches Handeln aller Kassenaufsichten von Bund und Ländern sowie für den Wegfall der kassenartenbezogenen Haftungsverbände aus.

Für ambulante Kodierrichtlinien. Was Methodik und Datengrundlagen angeht, halten die Gutachter die Verwendung ambulanter Diagnosen zur Abbildung der Krankheitslast weiterhin für unverzichtbar, und zwar aus zwei Gründen: wegen der nur so zu gewährleistenden hohen Zielgenauigkeit sowie im Hinblick auf das Kriterium der Versorgungsneutralität, ohne die eine unerwünschte Bevorzugung bestimmter Behandlungsformen droht. Zur Sicherung der Diagnosequalität plädiert der Beirat für die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien.

Zudem hält er die Berücksichtigung von Pharmakostengruppen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit für sinnvoll.

Alle Krankheiten einbeziehen. Mit Blick auf konkrete Reformoptionen plädiert der Beirat dafür, die Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten auf maximal 80 aufzuheben. Darin sieht er großes Potenzial, um die Zielgenauigkeit des RSA weiter zu verbessern. Es sei sinnvoller, die heute für die Krankheitsauswahl erforderlichen Ressourcen in die Entwicklung und Pflege eines Vollmodells zu stecken. Bei Fortbestand der Krankheits-Obergrenze sollte am aktuellen Auswahlmodus festgehalten werden. Andernfalls würden Gesunde zulasten von Kranken bevorzugt.

Forderungen nach einem alternativen Wegfall der Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner und nach veränderten Zuweisungen für Verwaltungsausgaben erteilt der Wissenschaftliche Beirat klare Absagen. Auch steht er der Einführung eines Hochrisikopools äußerst skeptisch gegenüber. Allerdings sieht er hierzu noch

Untersuchungsbedarf wie auch bei der möglichen Problematik von Präventionsanreizen der Kassen.

Kein Anlass zu schnellem Handeln. Alles in allem stellt der Beirat dem RSA ein gutes Zeugnis aus. Für dessen gezielte Weiterentwicklung macht er gleichwohl etliche Vorschläge. Für den Gesetzgeber besteht kein Anlass zu schnellem Handeln. Vielmehr kann erst das zweite Sondergutachten zu Regionaldimensionen Ende April 2018 abgewartet werden, ehe mögliche Anpassungen dann aus einem Guss erfolgen. Soweit die Vorschläge in den Zuständigkeitsbereich des Bundesversicherungsamtes fallen, etwa zur Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells, kann dagegen unverzüglich mit der Umsetzung begonnen werden. Die von allen Seiten geforderte wissenschaftliche Expertise ist endlich da. Ihr nicht zu folgen, dürfte mehr als schwerfallen. ■

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).
Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de