

Claudia Schulte, Christoph Sievers, Katja Tebarts

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich

Existieren von nun an Krankheiten erster und zweiter Klasse?

Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ermöglicht ab 2009 eine direkte Berücksichtigung der Morbidität, die jedoch auf 50 bis 80 Krankheiten begrenzt ist. Durch diese Einschränkung wurde eine Debatte ausgelöst, ob daraus eine Benachteiligung derjenigen Versicherten resultiert, die unter einer Erkrankung leiden, die nicht zu den ausgewählten Krankheiten gehört. Der Beitrag untersucht, ob die ökonomische Gleichstellung von Gesunden und Kranken durch den geänderten Risikostrukturausgleich gelingt und inwieweit diese Gleichstellung durch den Ausschluss von Erkrankungen geschwächt wird. Dazu wird auf der Basis von Daten der BARMER die Reduktion um eine Erkrankung beispielhaft simuliert. Das Ergebnis wird zur Bewertung nicht nur mit einem idealen Modell, sondern auch mit dem Status quo verglichen.

Fragestellung und Zielsetzung

Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wird die bisherige Fokussierung auf Gesunde im Wettbewerb der Krankenkassen reduziert. Simulationen mit Daten der BARMER zeigen, wie und in welchem Maße der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich für Krankenkassen und ihre Versicherten eine ökonomische Gleichstellung von Gesunden und Kranken herbeiführt, aber auch welchen Effekt die Reduzierung auf 50 bis 80 Krankheiten bei der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs hat. Die Auswirkung der Einschränkung auf eine begrenzte Anzahl von Krankheiten wird exemplarisch durch Reduktion um eine Krankheit simuliert, um die Relevanz der hierzu aktuell geführten Diskussion zu analysieren. Entscheidend dabei ist, das resultierende Modell nicht nur mit einem optimalen Modell, sondern auch mit dem Status quo zu vergleichen.

Der heutige RSA und seine Verwerfungen

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wurde 1994 in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Er ist das Instrument, mit dem die historisch bedingten, unterschiedlichen Versichertenstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden. Ungünstige Versichertenstrukturen sollen keinen Einfluss auf den Beitragssatz haben, sodass einzig unterschiedliches wirtschaftliches Handeln der Kassen Beitragssatzunterschiede begründet. Der ursprüngliche RSA berücksichtigte die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten sowie die Art des Krankengeldanspruchs und den Bezug einer Erwerbsunfähigkeitsrente.

Nach den Erkenntnissen der 2001 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragten Gutachter des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) hat der Risikostrukturausgleich in erheblichem Umfang dazu beigetragen, die versichertenstrukturbedingten Unterschiede in den Beitragssätzen abzubauen und somit im Grundsatz seine Funktion erfüllt (Reschke et al. 2004). Gleichwohl sei nicht zu übersehen, dass für die Krankenkassen trotz des RSA weiterhin noch Anreize bestünden, Risiko-selektion zu betreiben. Dies habe seine Ursache vor allem darin, dass der Risikostrukturausgleich Morbiditätsunterschiede nur indirekt berücksichtige, nämlich durch die Differenzierung der Versichertengruppen nach Alter, Geschlecht und Invalidität (siehe RSA-Reformgesetz-Begründung).

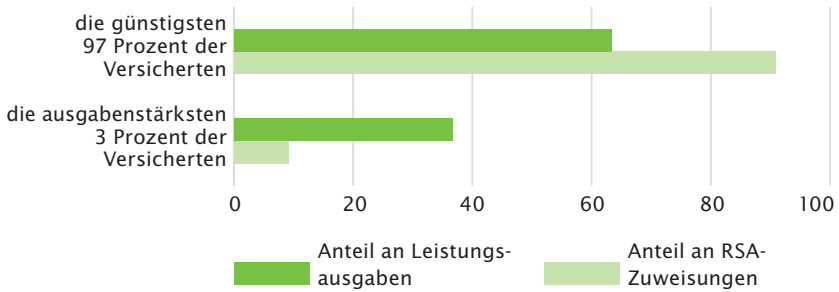
Im Jahr 2001 wurde daher eine schrittweise Reform des RSA durch das „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ eingeleitet: einerseits durch die Einführung eines Risikopools, der Ausgaben der Krankenkassen für Versicherte mit weit überdurchschnittlichen Leistungsausgaben teilweise ausgleicht, und andererseits durch erhöhte RSA-Gutschriften für chronisch kranke Versicherte, die in Disease-Management-Programmen (DMP) eingeschrieben sind. Damit wollte der Gesetzgeber Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität setzen und den Ausgleich der unterschiedlichen Versichertenstrukturen erweitern. Längerfristig sollte der RSA auf eine direkte Morbiditätsorientierung umgestellt werden.

Zur Ermittlung der Risikostruktur werden alle Versicherten der GKV jeweils differenziert nach Alter, Geschlecht, Bezug beziehungsweise Nichtbezug einer Erwerbsminderungsrente (EU-Status), nach Art des Krankengeldanspruchs oder Einschreibung in ein vom Bundesversicherungsamt (BVA) akkreditiertes DMP einer RSA-Zelle zugeordnet. Für jede RSA-Zelle werden die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ermittelt. Dazu zählen die Ausgaben für Ärzte, Zahnärzte, Arzneimittel, Krankenhaus, Krankengeld und sonstige Leistungserbringer. Nicht im RSA berücksichtigt werden Verwaltungsausgaben sowie Satzungs- und Ermessensleistungen. Für jeden ihrer Versicherten erhält eine Krankenkasse zurzeit den Durchschnittswert der Leistungsausgaben aller GKV-Versicherten, die derselben Zelle zugeordnet wurden.

Im derzeitigen RSA haben die Krankenkassen den Anreiz, überdurchschnittlich gesunde Versicherte aller Altersgruppen anzuwerben. Diese verursachen nur unterdurchschnittliche Leistungsausgaben und erzielen durch die durchschnittlichen Zuweisungen aus dem RSA positive Deckungsbeiträge.

Mit der Einführung der Berücksichtigung von DMP im RSA hat der Gesetzgeber einen ersten Schritt unternommen, der unterschiedlichen Prävalenz, also der ungleichen Verteilung chronisch Kranker auf die Krankenkassen und deren überdurchschnittlich hohen Kosten Rechnung zu tragen, indem für sie ein eigenes Umlageverfahren abgespalten wurde. In ähnlicher Weise wirkt der zuvor eingeführte Risikopool. Insgesamt greifen beide Mechanismen allerdings nur begrenzt, da sie auf wenige Erkrankungen beschränkt sind beziehungsweise auf eine teilweise Erstattung besonders hoher Ausgaben reduziert sind. Die geringe Zielgenauigkeit wird deutlich, wenn man für die drei Prozent der ausgabenstärksten Versicherten die Leistungsausgaben und RSA-Zuweisungen gegenüberstellt.

Abbildung 1: Leistungsausgaben und RSA-Zuweisungen der ausgabenstärksten drei Prozent der Versicherten gegenüber den restlichen Versicherten, Auswertung von BARMER-Daten



Datenbasis: BARMER-Daten 2006 inklusive Risikopool und DMP

Die drei Prozent der Versicherten mit den höchsten Ausgaben verursachen zwar 37 Prozent der Ausgaben, für sie erhält die Krankenkasse aber nur neun Prozent der Zuweisungen aus dem RSA.

Weiterentwicklung zum morbiditätsorientierten RSA

Die in Abbildung 1 aufgezeigte Schieflage hat ihre Ursache insbesondere darin, dass der Risikostrukturausgleich Morbiditätsunterschiede nicht direkt und Versicherten bezogen berücksichtigt.

Schon im Jahr 2000 bewertete der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung die im RSA verwendeten indirekten Morbiditätskriterien Alter, Geschlecht und Invalidität als nicht ausreichend, um Anreize zu wirtschaftlichem Handeln und Verbesserung der Qualität der Versorgung zu setzen. Die vom BMG und von den Bundesverbänden der Orts-, Innungs- und Ersatzkassen in Auftrag gegebenen Gutachten zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs empfahlen im Jahr 2001, die bisherigen indirekten Kriterien durch direkte Morbiditätskriterien zu ersetzen (Jakobs et al. 2001).

In der Begründung zum Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung beruft sich der Gesetzgeber auf den Endbericht des oben genannten Gutachtens und den Endbericht eines vom Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiterersatzkassenverband, dem AOK- und dem IKK-Bundesverband gemeinsam in Auftrag gegebenen Gutachtens von Lauterbach und Wille (Lauterbach und Wille 2001). In beiden Gutachten wird darauf hingewiesen, dass die innerhalb der Alters- und Geschlechtsgruppen bestehenden Morbiditätsunterschiede nicht erfasst würden. Dies habe zur Folge, dass eine Krankenkasse Beitragssatzunterschiede durch die Selektion gesunder Versicherter erzielen könne. Andererseits werde die gezielte Versorgung bestimmter Krankheitsgruppen behindert, da die Krankenkassen befürchten müssten, damit für Versicherte, die unter bisherigen Bedingungen als ungünstige Risiken mit negativen Beitragssatzwirkungen anzusehen sind, besonders attraktiv zu erscheinen.

Im Jahr 2004 erschien zur Vorbereitung der Weiterentwicklung des RSA eine Untersuchung geeigneter Klassifikationssysteme. Die Gutachter des IGES empfahlen den morbiditätsorientierten RSA auf Basis des Versichertenklassifikationsmodells „RxGroups+IPHCC“ des Unternehmens DxCG/Urix durchzuführen (Reschke et al. 2004, Schröder, Sehlen und Schiffhorst 2007).

Im Gegensatz zum heutigen RSA verwendet der morbiditätsorientierte RSA, wie in diesem Gutachten vorgeschlagen, zur Schätzung seiner standardisierten Leistungsausgaben einen Zuschlagsansatz, der auch als Regressionsansatz bekannt ist. Über das Zuschlagsverfahren besteht die Möglichkeit, dass eine Krankenkasse für einen einzelnen Versicherten bei Vorliegen von Mehrfach- beziehungsweise Begleiterkrankungen gleichzeitig mehrere morbiditätsorientierte Zuschläge erhalten kann. Die standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten im morbiditätsorientierten RSA errechnen sich somit additiv aus einem Sockelbetrag für Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus, und gegebenenfalls einem oder mehreren Risikozuschlägen entsprechend der Morbidität des

Versicherten. Sockelbeträge und Risikozuschläge ergeben sich aus einer multiplen linearen Regression, die als erklärende Variablen die Kriterien Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus sowie die Morbiditätsindikatoren Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen benutzt. Der Gesetzgeber sieht die Durchführung eines prospektiven morbiditätsorientierten RSA vor. Das bedeutet, die Zuschläge resultieren aus Diagnosen des Vorjahres und Ausgaben des aktuellen Jahres (Wasem 2007).

Um die Wirkung der Morbiditätsberücksichtigung zu analysieren – insbesondere die angestrebte ökonomische Gleichstellung der Gesunden und Kranken – wurde mithilfe der im Gutachten vorgeschlagenen Gruppierungssystematik von DxCG/Urx (RiskSmart 2.2) eine Simulation auf Basis von Daten der BARMER durchgeführt. Da die endgültige Ausgestaltung des Modells erst nach Durchführung der folgenden Berechnungen bekannt gegeben wird, basieren die Simulationen auf der unveränderten Gruppierungslogik der DxCG-Software. In Abgrenzung zum später beschriebenen, auf 50 bis 80 Krankheiten reduzierten Modell wird dieser Ansatz im Folgenden als Vollmodell bezeichnet.

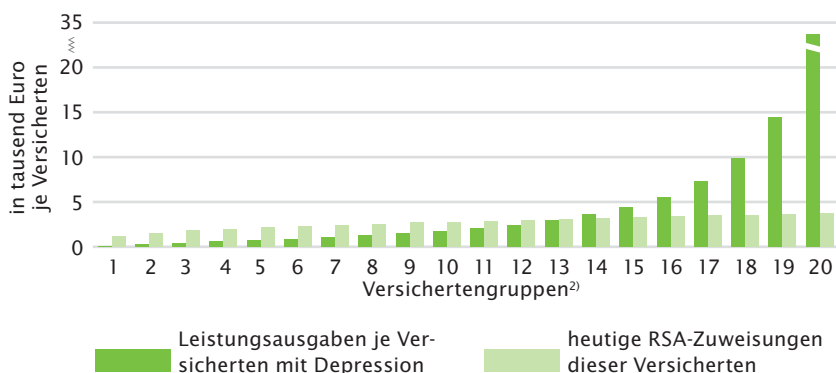
Allen Auswertungen liegt eine morbiditätsorientierte RSA-Simulation auf Basis von Morbiditätsindikatoren des Jahres 2005 und Leistungsausgaben des Jahres 2006 zugrunde. Als Morbiditätskriterien wurden, entsprechend dem ursprünglich vorgeschlagenen Modell, stationäre Diagnosen und verordnete Arzneimittelwirkstoffe verwendet. Die Auswertungen beziehen sich auf Leistungsausgaben aus den Bereichen ärztliche Leistung, Arzneimittel, Krankenhausbehandlung und sonstige Leistungserbringer.

Zur Einführung in die Wirkungsweise des morbiditätsorientierten RSA werden Personen betrachtet, denen in der oben genannten Simulation die Erkrankung Depression auf der Basis einer Krankenhausdiagnose oder Arzneimittelverordnung im Jahr 2005 zugeordnet wurde. Die betroffenen Versicherten werden nach der Höhe ihrer Leistungsausgaben aufsteigend sortiert und dann in Fünf-Prozent-Schritten zu Gruppen

zusammengefasst, sodass sich insgesamt 20 Gruppen ergeben. Innerhalb der Gruppen werden Durchschnittswerte gebildet. Für jede Gruppe lassen sich anschließend die durchschnittlichen Leistungsausgaben mit den durchschnittlichen heutigen RSA-Gutschriften vergleichen.

Ab den Leistungsausgaben in Höhe von etwa 3.100 Euro erfolgt im heutigen System keine kostendeckende Refinanzierung aus dem RSA. Aus dieser Unterdeckung resultieren die genannten negativen Beitragssatzwirkungen für die Krankenkasse. Abbildung 2 zeigt, dass die Leistungsausgaben die RSA-Gutschriften für 37 Prozent der Erkrankten übersteigen.

Abbildung 2: Leistungsausgaben und heutige RSA-Gutschriften von Versicherten mit Depression¹⁾



Datenbasis: BARMER-Daten 2005/2006

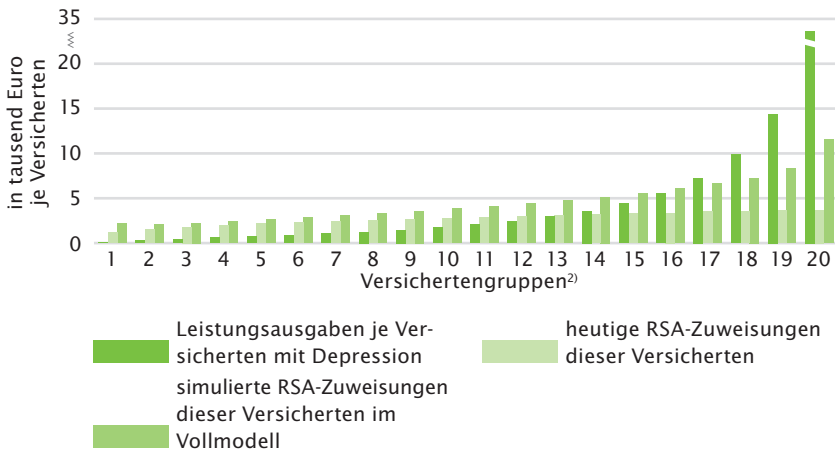
¹⁾ hier definiert als Personen, die im Vollmodell einen der Zuschläge HCC055, HCC058, RxGroup061 oder RxGroup062 haben

²⁾ Klassen von je fünf Prozent der Versicherten gebildet nach steigenden Leistungsausgaben

Mit der Anwendung des morbiditätsorientierten Systems ergeben sich geänderte RSA-Zuweisungen. Es werden künftig die Kosten aller an Depression Erkrankten in der GKV im Durchschnitt ausgeglichen. Für etwa

80 Prozent der Erkrankten übersteigen die morbiditätsbedingten Zuweisungen nun die Ausgaben, während für die verbleibenden 20 Prozent die Kosten weiterhin die Zuweisungen überschreiten. Wird eine Gleichverteilung der Personen mit schwereren und weniger schweren Stadien der Erkrankung auf die Krankenkassen unterstellt, kann ein Ausgleich der krankheitsbezogenen Kosten angenommen werden.

Abbildung 3: Leistungsausgaben, heutige RSA-Gutschriften und simulierte morbiditätsbasierte RSA-Gutschriften von Versicherten mit Depression¹⁾



Datenbasis: BARMER-Daten 2005/2006

¹⁾ hier definiert als Personen, die im Vollmodell einen der Zuschläge HCC055, HCC058, RxGroup061 oder RxGroup062 haben (Die heutigen RSA-Gutschriften basieren auf GKV-basierten Berechnungen des BVA, für die simulierten morbiditätsorientierten RSA-Gutschriften stehen nur BARMER-Daten zur Verfügung)

²⁾ Klassen von je fünf Prozent der Versicherten gebildet nach steigenden Leistungsausgaben

Da für jeden einzelnen Versicherten eine Morbiditätsadjustierung erfolgt, spielt eine erhöhte Anzahl von Betroffenen im Versichertenbestand einer Krankenkasse zukünftig keine Rolle mehr. Die häufig beschriebene

Abhängigkeit des Auftretens einer Krankheit von sozioökonomischen Faktoren wird somit im GKV-Markt ausgeglichen. Neben der unproblematischen unterschiedlichen Häufigkeit von Krankheiten in Versichertensegmenten gibt es noch die theoretische Möglichkeit, dass Versicherte trotz gleicher Morbidität unterschiedliche Kosten verursachen, beispielsweise durch ungleiche Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten.

Die gleiche Morbidität hätte identische RSA-Zuweisungen zur Folge, wodurch es bei zugleich unterschiedlichen Ausgaben zu Verzerrungen kommen könnte. Die Prüfung auf derartige Verzerrungen zwischen Versichertensegmenten untersucht typischerweise die Kriterien Alter, Geschlecht, Ausbildung und Einkommen. Die Kriterien Alter und Geschlecht können hierbei aus technischen Gründen keine Rolle spielen, da sie als Sockelzuschläge berücksichtigt werden und damit automatisch ausgeglichen werden. Durch die Bildung von Sockelbeträgen gleichen sich innerhalb der GKV die Ausgaben und Zuweisungen für Männer und Frauen aller Altersklassen genau aus.

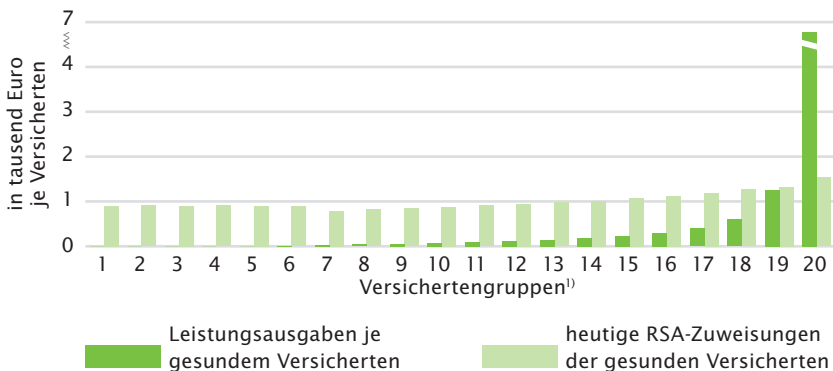
Eine Überprüfung des politisch kontrovers diskutierten Merkmals Bildung – wie etwa im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS 2005) – lieferte keinerlei Hinweis darauf, dass sich für Versichertensegmente je nach Bildungsniveau die Differenz aus Ausgaben und RSA-Zuweisungen unterschiedlich darstellen wird. Im vorliegenden Beispiel der Depression wurden die tatsächlichen Kosten der Hochschul- und Fachhochschulabsolventen um 0,09 Prozent unterschätzt, die Ausgaben der Haupt- und Realschulabsolventen um 0,27 Prozent überschätzt. Das Kriterium Einkommen ist in hohem Maße mit dem Kriterium Bildung verbunden, eine Segmentbildung auf Basis dieses Merkmals ergab keine unterschiedliche Bewertung.

Darüber hinaus ist der Anreiz zur wirtschaftlichen und in Bezug auf den Gesundheitszustand optimierten Versorgung der Betroffenen in besonderem Maße gegeben. Einerseits erfolgen die RSA-Zuweisungen auf der Basis von Durchschnittswerten innerhalb der gesamten GKV,

sodass durch jede Krankenkasse eine Versorgung ihrer Versicherten zu Kosten unterhalb des GKV-Durchschnitts angestrebt werden wird. Andererseits erhöhen sich mit dem Fortschreiten einer Erkrankung in der Regel die Ausgaben, sodass jede Krankenkasse bestrebt sein wird, einer Verschlechterung des Gesundheitszustands durch Versorgungsmanagement entgegen zu wirken. Eine nicht ausreichende Refinanzierung wird daher Anlass sein, die Versorgung dieser Versicherten zu prüfen und gegebenenfalls auf Preise und/oder Versorgungsqualität Einfluss zu nehmen.

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des morbiditätsorientierten Verfahrens nach eigener Aussage eine Reduzierung der Anreize zur Risiko-selektion, also eine ökonomische Gleichstellung von Kranken und Gesunden intendiert. Kann dieses Ziel erreicht werden? Als gesund gelten hier solche Versicherte, denen aufgrund ihrer Diagnosen und Arzneimittelverordnungen kein Morbiditätszuschlag zugeordnet und demnach im RSA nur ein Sockelbetrag gemäß Alter und Geschlecht zugewiesen wird.

Abbildung 4: Leistungsausgaben und heutige RSA-Zuweisung von Versicherten ohne Morbiditätszuschlag

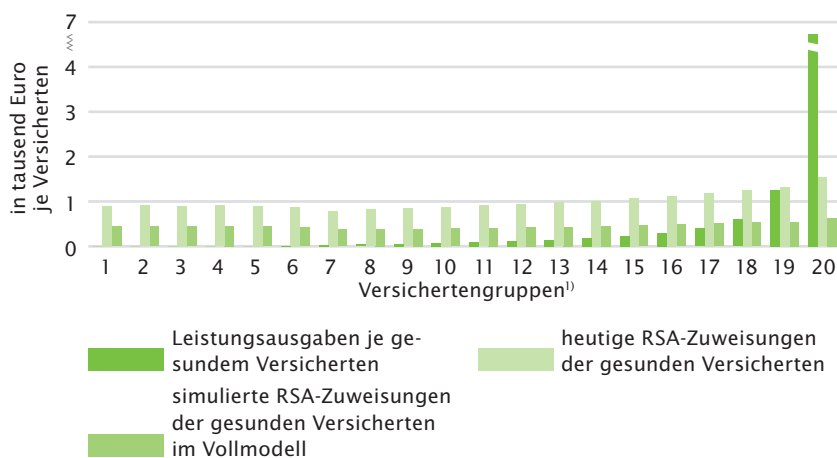


Datenbasis: BARMER-Daten 2005/2006

¹⁾ Klassen von je fünf Prozent der Versicherten gebildet nach steigenden Leistungsausgaben

93 Prozent der Versicherten, die keinen morbiditätsbedingten Zuschlag haben, erhalten heute einen die Ausgaben übersteigenden Betrag aus dem RSA. Für Versicherte mit durchschnittlich mehr als 1.400 Euro sind die heutigen RSA-Gutschriften nicht kostendeckend (siehe Abbildung 4). Durch das Absinken der heutigen Alters- und Geschlechtsdurchschnittswerte auf zukünftige, um Morbidität bereinigte Sockelbeträge, ergibt sich der in der folgenden Abbildung 5 zu sehende, geringere Anteil an positiven Deckungsbeiträgen.

Abbildung 5: Leistungsausgaben, heutige RSA-Zuweisungen und simulierte morbiditätsbasierte RSA-Zuweisungen von Versicherten ohne Morbiditätszuschlag



Datenbasis: BARMER-Daten 2005/2006

¹) Klassen von je fünf Prozent der Versicherten gebildet nach steigenden Leistungsausgaben

Der Anteil der Versicherten mit einem positiven Deckungsbeitrag sinkt auf 88 Prozent der Gesunden, die refinanzierte Ausgabenobergrenze sinkt von 1.400 Euro im heutigen RSA auf 600 Euro je Gesunden. Die

durchschnittlichen RSA-Zuweisungen für Personen ohne Morbiditätszuschlag sinken um 550 Euro. Dieser nicht ausgeschüttete Anteil steht nun zur Finanzierung von krankheitsbezogenen Ausgaben zur Verfügung. Die Begünstigung von Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen, gesunden Versicherten wird somit stark vermindert und Anreize zur Risikoselektion können somit reduziert werden.

Einschränkung des morbiditätsorientierten RSA auf 50 bis 80 Erkrankungen

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) hat der Gesetzgeber die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bestätigt und die Einführung auf 2009 verschoben. Der § 268 des Sozialgesetzbuches V in Verbindung mit dem § 31 der Risikostrukturausgleichsverordnung legt fest, dass die für die Weiterentwicklung des RSA zu verwendenden Morbiditätskriterien auf die für 50 bis 80 Krankheiten notwendigen Kategorien zu begrenzen sind. Die Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten trifft das BVA. Es sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen, berücksichtigt werden. Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein. Während das Vollmodell sowohl allen Diagnosen als auch allen Arzneimitteln einen zuschlagsfähigen Parameter zuordnet, startet in Deutschland der morbiditätsorientierte RSA mit einer reduzierten Liste von berücksichtigungsfähigen Diagnosen und Arzneimitteln.

Diese Vorgehensweise ähnelt derjenigen bei der Einführung des CMS-HCC-Modells in den USA. Eine Reduktion der Komplexität scheint die Einführung zu erleichtern. Mit dem CMS-HCC-Modell wurde 2004 ein morbiditätsbedingter Ausgleich für Medicare-Versicherte geschaffen und bei der Einführung die Anzahl der verschiedenen Zuschläge von damals 189 möglichen diagnosebasierten Zuschlägen auf 70 reduziert. Pope et al. (2004) weisen darauf hin, dass eine solche Reduktion zwar kaum Einfluss auf die Vorhersagekraft des Modells hat, sehr wohl aber

die Wahrscheinlichkeit herabsetzt, mit der Versorgungsmodelle für ausgeschlossene Erkrankungen angeboten werden.

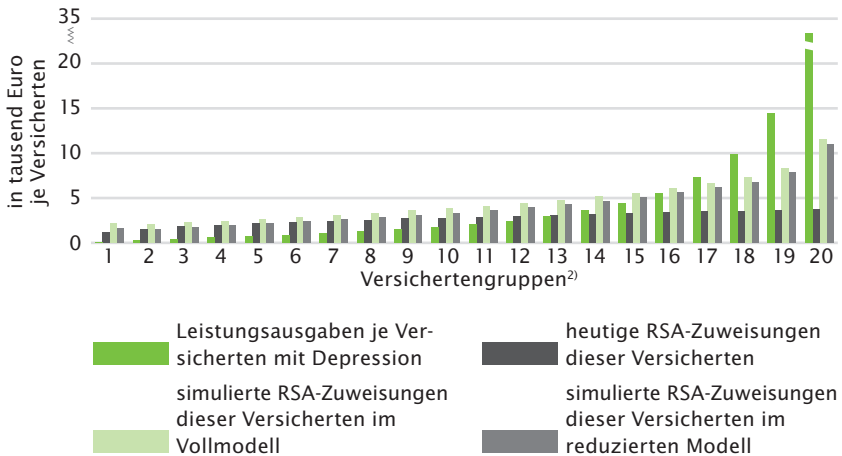
Die Einschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten und deren Auswahl hat die Diskussionen im ersten Halbjahr 2008 bestimmt. Zum WSG wurden von diversen Institutionen Stellungnahmen abgegeben, in denen ähnliche Befürchtungen wie bei Einführung des CMS-HCC-Modells geäußert wurden. Beispielhaft sei hier die Stellungnahme des Sozialverbandes VdK Deutschland vom 3. November 2006 zitiert, in der die Sorge geäußert wird, „dass viele chronisch kranke und behinderte Menschen versorgungsstrukturell benachteiligt würden. Die Krankenkassen würden sich in ihren Versorgungsanstrengungen auf diejenigen Indikationen richten, die RSA-Zuweisungen auslösen, und es würden die Kassen benachteiligt, die Versorgungsstrukturen ohne RSA-Bezug vorhalten“ (VdK 2006).

Über den zu erwartenden Effekt einer derartigen Vorgehensweise ist bisher allerdings nur spekuliert worden. Daher wird hier der Versuch unternommen, den Effekt isoliert zu simulieren. Zu diesem Zweck werden die Morbiditätszuschläge nicht berücksichtigt, die mit Depression assoziiert sind. Die Erkrankung Depression wurde dabei gewählt, um obiges Beispiel fortzuführen. Nach aktuellem Kenntnisstand ist jedoch geplant, dass die verwendeten ICD zur Abbildung der Depression im gewählten Beispiel in der Liste der 50 bis 80 Krankheiten enthalten sein werden. Das Beispiel dient also lediglich der Veranschaulichung. Die Simulation basiert weiterhin auf dem ursprünglichen amerikanischen Grundmodell, da zum Zeitpunkt der Auswertung zwar die Liste der 50 bis 80 Krankheiten, nicht aber das anzuwendende Klassifikationsverfahren bekannt war.

Aus dem Vollmodell werden nun die Zuschläge HCC055, HCC058, RxGroup061 und RxGroup062 entfernt, sodass die Kosten der Betroffenen, auch wenn sie durch die Depression verursacht wurden, nicht mehr durch mit Depression in Zusammenhang stehende Parameter erklärt werden können. Die Vorgehensweise ist im Ergebnis identisch mit

dem Löschen der Diagnosen und Arzneimittel, die die oben genannten Zuschläge auslösen, und damit mit der Absicht des Gesetzgebers, bestimmte Diagnosen oder Arzneimittel im morbiditätsorientierten RSA nicht zu berücksichtigen. Hierdurch soll untersucht werden, welchen Einfluss die Beschränkung auf ein nicht mehr alle Krankheiten umfassendes Modell auf die Refinanzierbarkeit der Ausgaben für diese Erkrankungen hat (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Leistungsausgaben, heutige RSA-Gutschriften und simulierte morbiditätsbasierte RSA-Gutschriften von Versicherten mit Depression, mit und ohne Morbiditätszuschlag¹⁾



Datenbasis: BARMER-Daten 2005/2006

¹⁾ Depressionserkrankte hier definiert als Personen, die im Vollmodell einen der Zuschläge HCC055, HCC058, RxGroup061 oder RxGroup062 haben

²⁾ Klassen von je fünf Prozent der Versicherten gebildet nach steigenden Leistungsausgaben

Der Eingriff hat die RSA-Zuweisungen bei natürlich weiterhin gleichen Ausgaben je Versicherten um durchschnittlich 500 Euro gegenüber dem Vollmodell reduziert. Der Anteil der Versicherten mit Depression, bei

denen die Zuweisungen die Ausgaben übersteigen, reduzierte sich von 80 auf 78 Prozent. Als Maß für die Über- beziehungsweise Unterschätzung von Ausgaben wird üblicherweise das Predictive Ratio verwendet. Die Summe der RSA-Zuweisungen wird durch die Summe der Ausgaben dividiert. Die andere zentrale Kennzahl zur Messung der Güte eines Regressionsmodells ist das Bestimmtheitsmaß oder R^2 . Es misst, wie gut die abhängige Variable „Leistungsausgaben“ durch die im Modell verwendeten Parameter erklärt werden kann.

Wie nach den Erfahrungen des CMS-HCC-Modells (Pope et al. 2004) zu erwarten, sinkt die Erklärungskraft des Modells, gemessen als R^2 , nur von 27,2 Prozent auf 27,0 Prozent (siehe Tabelle 1). Allerdings werden die Ausgaben der Erkrankten nun um etwa elf Prozent unterschätzt. Dieser Wert ergibt sich aus der oben genannten Reduzierung der RSA-Zuweisungen um 500 Euro.

Tabelle 1: Predictive Ratio und R^2 der Modelle im Vergleich (Angaben in Prozent)

	Predictive Ratio	R^2
Berücksichtigung heutiger RSA-Gutschriften	58,9	4,5
Berücksichtigung simulierter RSA-Gutschriften im Vollmodell	99,2	27,2
Berücksichtigung simulierter RSA-Gutschriften ohne Zuschläge für Depression	88,5	27,0

Datenbasis: BARMER-Daten 2005/2006

Die Befürchtung, dass durch die Einschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten alle Patienten, die an einer nicht auf der Liste stehenden Krankheit leiden, wie Gesunde behandelt werden, tritt nicht ein. Aber für die Versorgung jedes Betroffenen stehen den Krankenkassen 500 Euro weniger zur Verfügung, also insgesamt 230 Millionen Euro allein bei den betroffenen BARMER-Versicherten. Da das Ausgleichsverfahren stets einen

Weg sucht, die angefallenen Kosten zu erklären, müssen durch den Eingriff andere Zuschläge steigen. Im geschilderten Beispiel erhöhten sich insbesondere die Zuschläge CC057 und CC059, Persönlichkeits- und Angststörungen. Hierbei scheint es sich um typischerweise gleichzeitig auftretende Zuschläge zu handeln.

Es soll aber trotz dieser Kritik an der Einschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten nicht außer Acht gelassen werden, dass sich die Situation gegenüber dem Status quo sowohl für Krankenkassen als auch Versicherten verbessert. Im Beispiel liegen die RSA-Zuweisungen nach der Beschneidung des Modells zwar 500 Euro unter dem Wert im Vollmodell, aber immerhin 1.375 Euro über den Zuweisungen aus dem bisherigen RSA. Es werden somit auch Personen, die an einer Krankheit leiden, die nicht Bestandteil der Liste ist, von der Weiterentwicklung des RSA profitieren können, wenn auch nicht in maximal möglichem Ausmaß. Die dargestellten Ergebnisse ergaben sich analog für andere Erkrankungen. Beispielsweise erhalten die Betroffenen beim Ausschluss von Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa (Eliminierung der CC033 und RxG137) im reduzierten Modell 600 Euro weniger als im voll ausgeprägten Modell, aber 2.000 Euro mehr als heute.

Außerdem erlaubt der Krankheitsbezug eine Verbindung zum Versorgungsmanagement, die es ohne den Krankheitsbezug nicht im gleichen Maße gäbe. Durch die Verwendung des Krankheitsbegriffs im morbiditätsorientierten RSA lassen sich Versicherte mit einer bestimmten Erkrankung identifizieren und deren Ausgaben mit den Gutschriften vergleichen. Eine nicht ausreichende Refinanzierung kann Anlass sein, die Versorgung dieser Versicherten zu prüfen und gegebenenfalls auf Preise und/oder Versorgungsqualität Einfluss zu nehmen. Eine ähnliche Vorgehensweise wäre selbstverständlich auch ohne den Krankheitsbegriff möglich gewesen, allerdings hätten sich in dem Fall Kassen und Leistungserbringer selbstständig und uneinheitlich auf die Abgrenzung von Krankheiten einigen müssen. Die Versorgung chronisch Kranker zu steuern und beispielsweise spezielle Versorgungsangebote zu entwickeln, erfordert allerdings eine beständigere Krankheitsliste.

Fazit

Der morbiditätsorientierte RSA ist ein Schritt hin zu mehr Gerechtigkeit, da die unterschiedliche Refinanzierung der Leistungsausgaben von Gesunden und Kranken durch RSA-Zuweisungen deutlich reduziert wird. In dem Bestreben, die Komplexität zu reduzieren, hat der Gesetzgeber aber ein System auf den Weg gebracht, in dem nicht die mathematisch beste Verteilung Maßstab ist, sondern Nebenbedingungen für neue Verzerrungen sorgen. Um dem entgegenzuwirken, hat das BVA nur die Möglichkeit, das Krankheitsspektrum möglichst weit auszulegen. Der Gesetzgeber konterkariert damit teilweise seine im Gesetz selbst gesetzten Ziele und leitet RSA-Zuweisungen, die zur Versorgung bestimmter Personengruppen benötigt werden, auf andere Versichertensegmente um.

Auch diejenigen Versicherten, die an einer Krankheit leiden, die nicht Bestandteil der Liste ist, können aber durch die Weiterentwicklung des RSA in erheblichem Maße besser gestellt werden. Ob im Einzelfall die Verzerrung durch das Fehlen einer Krankheit ein nicht hinnehmbares Niveau erreicht, kann später nur am tatsächlich implementierten Modell geprüft werden. In diesem Fall stünden keine Zuschläge zur Verfügung, die ebenfalls geeignet wären, die individuellen Kosten annähernd erklären zu können. In Bezug auf ein Versorgungsmanagement bietet die Einführung der Krankheitenliste allerdings auch Chancen, hier wäre aber eine größere Planungssicherheit wünschenswert.

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales – BMAS (2005): Lebenslagen in Deutschland – Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. April 2005. www.bmas.de (13. Juni 2008).
- Lauterbach, K. W., und E. Wille (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht. Köln, Mannheim.

- Pope, G., C., Kautter J., P. E. Randall, A. S. Ash, J. Z. Ayanian, L. I. Iezzoni, M. J. Ingber, J. M. Levy und J. Robst (2004): Risk adjustment of medicare capitation payments using the CMS-HCC Model. In: Health Care Financing Review. Jahrgang 25. Nummer 4. S. 119-141.
- Reschke, P., S. Sehlen, G. Schiffhorst, W. F. Schröder, K. W. Lauterbach und J. Wasem (2004): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. 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. Berlin, Köln und Essen.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2000): Jahresgutachten 2000/2001 – Chancen auf einen höheren Wachstumspfad. Wiesbaden.
- Schröder, W., S. Sehlen und G. Schiffhorst (2007): Komponenten der Morbiditätsorientierung im RSA – Nachlese zum Gutachten 2004. In: D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs und J. Wasem: Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Sankt Augustin: Asgard. S. 116-138.
- Sozialverband VdK Deutschland – VdK (2006): Stellungnahme des Sozialverbandes VdK Deutschland zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Bonn, 3. November 2006. www.vdk.de/cms/mime/1410D1162552285.pdf (13. Juni 2008).
- Wasem, J. (2007): Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009. In: Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft. Jahrgang 7. Nummer 3. S. 15-22.