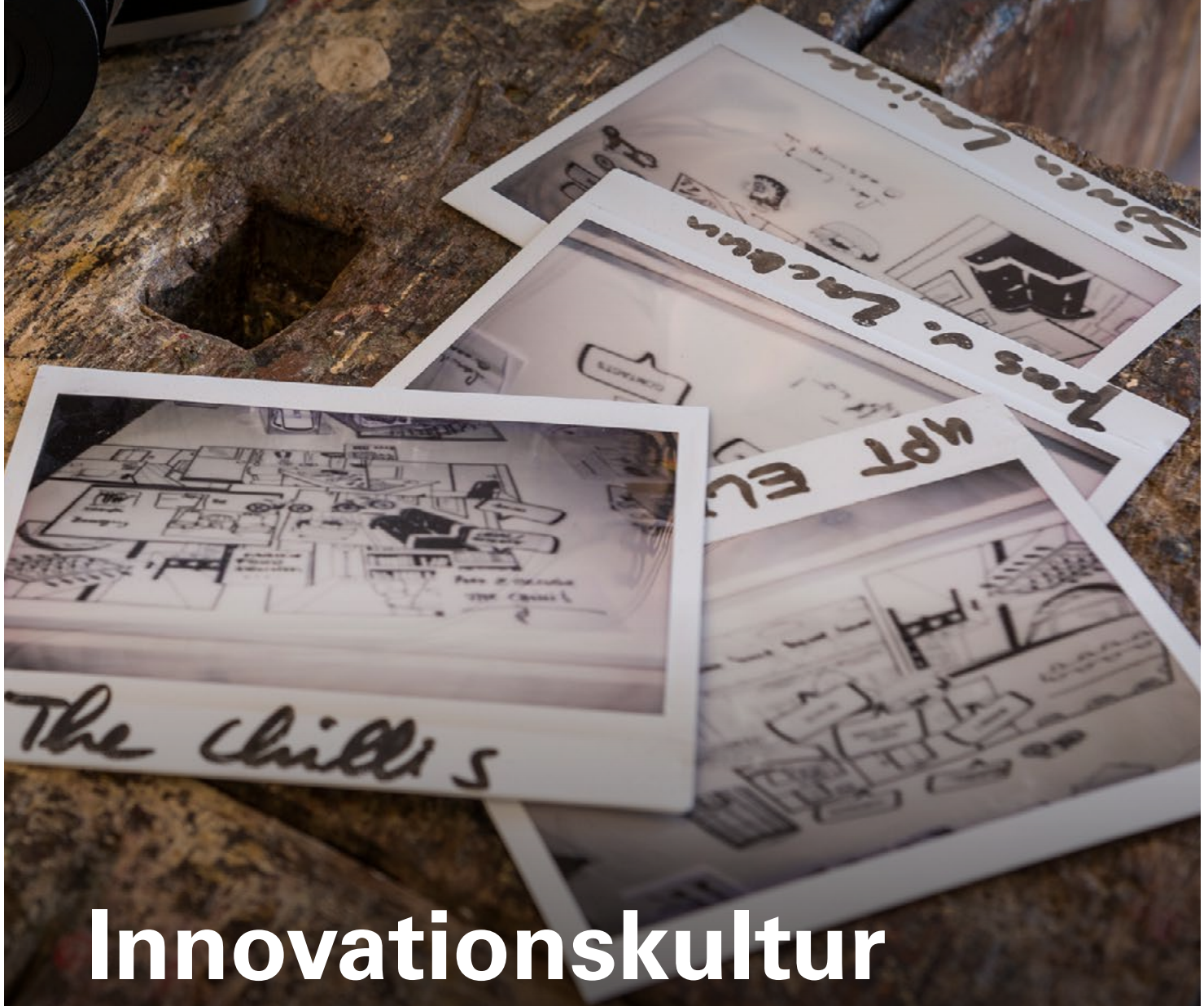


Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen



Innovationskultur

■ BEYOND THE PRODUCT

Im Innovationslabor werk_39 werden mit Daten über OP-Instrumente Prozesse im Krankenhaus optimiert.

■ MORBI-RSA

Im grotesk verzerrten Wettbewerb fallen Kassen zurück – Nur eine Kassenart hat Zeit.



MORBI-RSA

TRICKS IM FINANZAUSGLEICH WILL KEINER

Von Prof. David Matusiewicz, FOM Hochschule/EsFoMed und Dr. Robert Paquet, Berater und freier Journalist

Ein Battle zwischen Kassen(-arten), eine Vielzahl von Veröffentlichungen und anhaltende Hoffnungen in neue Gutachten – das Thema Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) erhitzte auch im Jahr 2017 die Gemüter der Kassenlandschaft. In Essen – einer Stadt, die historisch nicht zuletzt durch die „Essener Liste“ von Erkrankungen mit dem Morbi-RSA verbunden ist – versammelten sich im November 2017 Experten im Rahmen des 6. EsFoMed-Symposiums, um aktuelle wissenschaftliche, politische und praxisrelevante Fragestellungen und Lösungsempfehlungen rund um den Morbi-RSA zu diskutieren.



Dr. Sylvia Demme, Leiterin des RSA-Referats im Bundesversicherungsamt/Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats

Prolog: Eine Krankenkasse steht vor zwei Herausforderungen. Auf der Einnahmenseite ist sie mit einem hochkomplexen Verteilungssystem, dem Zuweisungsmechanismus aus dem Morbi-RSA konfrontiert, bei dem viele Praktiker, Politiker und auch Wissenschaftler „gedanklich“ bereits ausgestiegen sind. Zudem herrscht im Bereich der Kodierung eine Abhängigkeit von den Leistungserbringern, die Krankenkassen dazu verleitet, Einfluss auf die Diagnosestellung der Ärzte zu nehmen. Auf der Ausgabenseite hingegen gibt es überschaubare Differenzierungsmöglichkeiten, wenig merkbare Unterschiede der Kassen und nur bedingte Steuerungsmöglichkeiten für die Leistungsanspruchnahme und Versorgungsqualität.

Würde man die Anforderungen an ein funktionierendes System des Morbi-RSA mit Neutralität, Manipulationsresistenz, Zielgenauigkeit, Praktikabilität und Wirtschaftlichkeitsanreizen benennen, so gäbe jeder dieser Begriffe Grund zur kritischen Diskussion. So hört man gelegentlich den folgenden Satz: „Krankenkassen werden durch das aktuelle System an den Rand der Legalität gedrängt.“ Dies spiegeln zahlreiche Medienberichte der letzten beiden Jahren wider, in denen von Abrechnungstricks, Manipulationen und dem Staatsanwalt zu lesen ist. Man kann darüber lange diskutieren. Fakt ist aber, dass durch das Fehlverhalten einiger Krankenkassen die Branche der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt in jedem Fall einen Schaden davon getragen hat.

» 70–80% der Unter- und Überdeckungen sind nicht von der Krankenkasse beeinflussbar. «

Einen historischen Ritt durch die Entwicklung des RSA lieferte Prof. Dr. Klaus Jacobs (Geschäftsführer des wissenschaftlichen Instituts der AOK – WIdO), der sich für eine Weiterentwicklung dieses „lernenden Systems“ aussprach. Er verwies darauf, dass die konzeptionellen Zielsetzungen für einen sinnvollen Kassenwettbewerb bereits Anfang der 90er Jahre von allen damaligen Kassenartenverbänden mit der „ochsenblutroten Broschüre“ einvernehmlich formuliert worden ist. Zurück in der Gegenwart stellte Jacobs fest, dass beim RSA oft von zwei Zielsetzungen gesprochen werde: zum einen die Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen und zum anderen die Vermeidung von Risikoselektion einzelner Versicherungsgruppen. Diese Gegenüberstellung zweier Ziele im RSA sei jedoch irreführend. Die fairen Wettbewerbsbedingungen hingen vielmehr gerade von der Zielgenauigkeit der Zuweisungen ab. Je höher die Zielgenauigkeit, desto geringer seien die verbleibenden krankheitsrisikobedingten Wettbewerbsverzerrungen. Allerdings sei der Wettbewerb

auch kein Ziel an sich, sondern müsse der Verbesserung der Versorgung dienen. Dieses übergeordnete Ziel werde in der Diskussion jedoch oft ausgeblendet: „Wenn die Politik nicht bereit ist, den Kassenwettbewerb dezidiert versorgungsorientiert auszugestalten, ist die Diskussion über hinreichend faire und anreizkompatible Wettbewerbsbedingungen weithin müßig. Ein differenzierter RSA wäre dann entbehrlich – Kassenvielfalt mit Wahlmöglichkeiten der Versicherten allerdings auch“, so Jacobs.

Dr. Anja Schramm (Leiterin DLZ Versorgungsmanagement der AOK Bayern) gab einen Einblick in die Chancen und Risiken der Nutzung ambulanter Diagnosen. Ambulante Diagnosen sind Informationen aus Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung. Seit Anfang der 90er Jahre erfolge zunehmend eine digitale Übermittlung dieser Daten an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Verwendung der heute digital verfügbaren Routinedaten aus dem ambulanten Bereich diene so primär der Steuerung der Finanzströme. In einer Nutzung als Sekundärdaten seien diese

jedoch interessant für die Versorgungsforschung und -steuerung, aber auch künftig für offizielle Statistiken wie eine bundesweite Berichterstattung durch das Statistische Bundesamt.

Seit der Konzeption des Morbi-RSA gebe es eine Debatte über die Einbeziehung ambulanter Diagnosen in die Datengrundlage des RSA. Die entsprechenden Wirkungen sind auch Gegenstand aktueller wissenschaftlicher Gutachten. Zu deren Kritik hat die AOK-Versorgungsmanagerin eine klare Botschaft: „rund 85% der Diagnosen sind ambulant und es wäre ein fataler Schritt, nur auf stationär abzustellen.“ Somit stelle die Verknüpfung aller Datenquellen die beste Lösung für den Morbi-RSA dar, da eine gegenseitige Validierung möglich sei und einseitigen Manipulationen vorgebeugt werden könne.

Es folgte eine Betrachtung der Möglichkeiten zur Abbildung des vollständigen Morbiditätsspektrums im RSA und deren Wechselwirkung mit der Regionalkomponente durch Danny Wende vom Wissenschaftlichen Institut für

Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2). Die aktuelle Systematik zum Aufgriff und zur Abbildung von Morbidität führe zu zahlreichen Verwerfungen hinsichtlich der Prävalenzgewichtung, der Schwellenwertkriterien, strukturellen Unterschieden der Kassen sowie Manipulationsanreizen. Dies spiegele sich in einem erhöhten Forschungsbedarf wider. Der Wissenschaftler stellte verschiedene Modellansätze eines vollständigen Morbiditätsaufgriffs vor. Hierbei spielte der Aspekt der Regionalität eine wichtige Rolle. Mit Hilfe des Indikators Moran's I (für regionale Autokorrelation) wurden die regionalen Zusammenhänge von Versorgungsdichte und Leistungskosten zwischen einem Versicherten und seinen Nachbarn gemessen. Der WIG2-Forscher kam zu dem Schluss, dass ein Krankheits-Vollmodell das Problem der festgestellten regionalen Differenzierung nicht (vollständig) löse, allerdings den Morbi-RSA deutlich verbessern könne. Wichtig für die Zukunft sei die Entwicklung zielführender Gütekriterien für spezifische Anpassungsfelder des RSA und

differenzierterer Vergleiche der Modelle (z. B. im Hinblick auf Regionalität, Verzerrung und Vollständigkeit der Morbiditätsabbildung). Zusammenfassend warb Denny Wende für den Indikator Moran's I für Regionalität und eine alternative Bemessung der Deckungsquoten (Elixhauser Index) für die Vollständigkeit des Morbiditätsspektrums.

Im Anschluss referierte Peter Kaetsch (Vorstandsvorsitzender BIG direkt gesund) als Sprecher der RSA Allianz, die für eine grundlegende Reform des RSA eintritt. Die RSA Allianz ist ein Zusammenschluss von insgesamt 12 Krankenkassen aus drei verschiedenen Kassenarten und repräsentiert rund 10 % der Versicherten der GKV. Kaetsch merkte an, dass 70–80 % der bestehenden Unter- und Überdeckungen nicht mit dem Leistungsmanagement erklärbar seien und der Wettbewerb heute überwiegend von exogenen Faktoren – die nicht von der Krankenkasse beeinflussbar seien – bestimmt werde. Somit könne man nicht von einer Wettbewerbsneutralität des RSA sprechen. Kaetsch hob hervor, dass Zuweisungen, die auf Kodierbeeinflussungen

zurückzuführen seien, nicht in das Vermögen der manipulierenden Kassen übergehen dürften. Die Prüfmechanismen allerdings wirkten hier zu spät, da es einen mehrjährigen Verzug gäbe. Eine regelmäßige Evaluation des RSA sollte gesetzlich verankert werden und auch der Zugang der Wissenschaft zum Morbi-RSA-Datensatz müsse besser gestaltet werden.

Die Ergebnisse des Sondergutachtens zum Morbi-RSA wurden gemeinsam von Dr. Sylvia Demme (Leiterin des RSA-Referats im Bundesversicherungsamt/Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirats) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA) vorgestellt. Zuerst wurde auf die Deckungsquoten eingegangen. Hierbei bestehe kein empirischer Zusammenhang zwischen Risikolast und Deckungsquoten. Eine Verringerung der Unterschiede in den Deckungsquoten könne nicht per se als Verbesserung der Funktionsfähigkeit der GKV-Finanzarchitektur angesehen werden. Reformvorschläge, die zu einer Verschlechterung

der Zielgenauigkeit des RSA-Modells führten, lehne der wissenschaftliche Beirat ab. Die aus Sicht der entsprechenden Kritiker als notwendig angesehene Umverteilung zwischen Kassen(arten) sei keine tragfähige Begründung für konzeptionelle Änderungen am RSA. Das zentrale Ziel des RSA sei vielmehr die Vermeidung von Risikoselektion und die damit einhergehende Vermeidung von krankheitslastbedingten Verzerrungen im Kassenwettbewerb.

Hinsichtlich des Wettbewerbs und der Aufsicht spreche sich das Gutachten für ein einheitliches Aufsichtshandeln in Bund und Ländern aus. Außerdem empfehle es die Übertragung der Primärhaftung im Falle einer Schließung, Auflösung oder Insolvenz einer Kasse von den Kassenarten auf den GKV-Spitzenverband. Hinsichtlich der Krankheitsauswahl versus Vollmodell schlägt der Beirat vor, das Klassifikationssystem als Vollmodell weiterzuentwickeln. Bezüglich des Aspektes Manipulationsresistenz spricht sich das Gutachten u. a. für Kodierrichtlinien im ambulanten Sektor, gegen kassenspezifische Module in der Praxissoftware und

für die Nennung der Diagnosequelle als separates Merkmal im RSA-Datensatz aus. Zudem würde das Krankheitsvollmodell zu einer Senkung der (zu erwartenden) Rentabilität von Manipulationsstrategien führen.

Ein weiteres Thema war die Berücksichtigung von Pharmakostengruppen, die im Status-quo-Modell des RSA keinen Ersatz für ambulante Diagnosen liefern könnten. Besser sei eine weitere Arzneimitteldifferenzierung im Modell der Krankheitsgruppen. Zum Aspekt der Multimorbidität weist das Gutachten auf komplexe Zusammenhänge zwischen der Zahl der HMG je Versicherten und den Deckungsquoten hin; bei mehr als zehn HMG komme es zu Überdeckungen, was immerhin mehr als drei Mio. Versicherte betreffe. Hier gebe es weiteren Forschungsbedarf. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Ausgabenunterschiede im Altersverlauf bei einzelnen HMG (nicht zufällig) mit Über- und Unterdeckungen zusammenhängen und eine Einführung ausgewählter Altersinteraktionsterme sinnvoll erscheine.

» Soll-Ziele des Finanzausgleichs:
Mehr Wettbewerb, Qualität
und Kundenorientierung. «

Zum Risikopool sei keine abschließende Beurteilung möglich. Zum Status quo bei den Zuweisungen für Verwaltungskosten (50-50-Regelung) gibt es keine neuen Empfehlungen – vielmehr soll die aktuelle Regelung beibehalten werden. Hinsichtlich des Erwerbsminderungsstatus wird diskutiert, die eigenständigen Gruppen aufzugeben und das Merkmal stattdessen zur Validierung innerhalb der einzelnen HMG zu nutzen. Bezüglich der Verwaltungskostenpauschale für die Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) kritisiert der Beirat, dass damit eine ungerechtfertigte Bevorzugung einer bestimmten Form von Selektivverträgen zum Versorgungsmanagement stattfindet. Das Thema Regionalkomponente in der GKV-Finanzarchitektur wird in einem Folgegutachten zur Untersuchung der regionalen Verteilungswirkungen des RSA behandelt. Bis zum 30. April 2018 sollen dazu auch Empfehlungen an den Gesetzgeber entwickelt werden. Der letzte Aspekt war das Thema Prävention mit der Empfehlung, zunächst nicht, im RSA Abschlüsse oder Zuschläge für „präventierbare“ Erkrankungen

einzuführen. Allerdings sollte die Wirkung von Präventionsaktivitäten auf die RSA-Morbidität noch genauer untersucht werden.

Epilog: Der Morbi-RSA ist keine „Gerechtigkeitsmaschine“ an sich, sondern erfüllt seine Funktion im ordnungspolitischen Konzept des Kassenwettbewerbs. Dieser zielt selbst auf Versorgungsqualität, Effizienz und Kundenorientierung des Systems, was politisch selbst immer wieder kritisch diskutiert wird. Die Eignung wettbewerblicher Elemente zur Verfolgung dieser Ziele wird immer wieder in Zweifel gezogen. Der RSA ist aber nur sinnvoll, wenn man das Konzept des Kassenwettbewerbs befürwortet, diesen Wettbewerb im Sinne der Wahlfreiheit für die Versicherten fördern will und ihn daher „fair“ ausgestalten möchte. In diesem Sinne ist die Vermeidung von Risikoselektion das wesentliche Mittel, um einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen. In einem zu großen Teilen kollektivwirtschaftlich gesteuerten Gesundheitssystem (= Primat der Politik) bleibt

eine solidarische „Wettbewerbsordnung“ jedoch immer ein schwieriges Thema. So lange sich die Gesundheitspolitik aber um konzeptionelle Diskussionen drückt und sich in einem vermeintlichen Pragmatismus gefällt, können alle Systemungerechtigkeiten stets dem Wettbewerb zugeschrieben werden.

Die Politik hat das Thema RSA jedenfalls auf der gesundheitspolitischen Agenda, wenn auch nicht als konzeptionelle Herausforderung, sondern eher unter „ferner liefen“. Es stellt sich die Frage, was dazu in einem Koalitionsvertrag stehen wird. Da schon die Regierungsbildung als solche schwierig ist, läuft hier für kurzfristige Maßnahmen die Zeit davon. Was bleibt, ist die ernüchternde Erkenntnis, dass keine einfachen Zwischenlösungen in Sicht sind. Man kann allerdings gespannt sein auf das nächste Sondergutachten zum Umgang mit Regionaldimensionen im Rahmen der GKV-Wettbewerbsordnung. ■

LITERATUREMPFEHLUNG



Als Einstiegsbuch zum Thema Kassendaten

ROUTINEDATEN IM GESUNDHEITSWESEN

von E. Swart, P. Ihle, H. Gothe und D. Matusiewicz,
Handbuch Sekundärdatenanalyse.
Grundlagen, Methoden und
Perspektiven

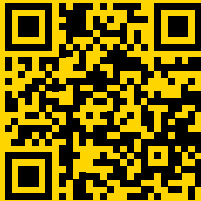
2. Auflage, Bern 2014
ISBN 978-3456854359

BETRIEBSKRANKENKASSEN

SIE HABEN INTERESSE AN DIESEM MAGAZIN?

Alle zwei Monate erscheint unser Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen in gedruckter Form. Auf unserer Online Plattform www.bkk-dachverband.de finden Sie ausgewählte Artikel der einzelnen Ausgaben.

Sollten Sie Interesse an der vollständigen Printausgabe haben, können Sie diese kostenlos bei uns anfordern.



VOLLSTÄNDIGE AUSGABE KOSTENLOS ANFORDERN:

www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt

Stefan Lummer
stefan.lummer@bkk-dv.de
+49 30 2700 406 303
