

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

MORBIDITÄTS ORIENTIERTER RISIKO STRUKTUR AUSGLEICH

■ MORBI-RSA

Eine Reform ist zwingend für faire Wettbewerbsbedingungen für alle GKV-Kassen. Die Zeit drängt!

■ DIGITALPOLITIK

Eine Vertagung der RSA-Reform wäre ein fatales Signal an Unternehmen! Was sagen Arbeitgeber?

RSA IN DEN NIEDERLANDEN UND DER SCHWEIZ

ALLES KÄSE?

Von Dr. Andreas Binder, Strategisches Controlling

Oder: Was kann man aus der unterschiedlichen Gestaltung der Ausgleichssysteme in den beiden Ländern lernen? – Insbesondere ein Vergleich der Ausgleichsvariablen erlaubt Schlussfolgerungen, die ein interessantes Licht auch auf die Situation in Deutschland vor der großen RSA-Reform des GKV-FKG werfen.

Risikostrukturausgleich (RSA) – auch, wenn man es dem Wort auf den ersten Blick nicht ansieht: Das gibt es auch außerhalb Deutschlands. Unsere Nachbarn in der Schweiz und in den Niederlanden haben ähnliche Systeme. Sie sollen Risikoselektion, das ist die Diskriminierung von Versicherten mit hohen Ausgabenrisiken, verhindern und einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen/Krankenversicherungen um Versicherte ermöglichen. Dazu werden die Beitragseinnahmen bzw. Prämieinnahmen zwischen den Krankenkassen so umverteilt, dass Krankassen mit unterdurchschnittlichen Ausgabenrisiken Ausgleichszahlungen an Kassen mit überdurchschnittlichen Kostenrisiken zahlen bzw. würden in einem Modell mit Gesundheitsfonds, wie in Deutschland, Krankenkassen mit höheren Ausgabenrisiken entsprechend höhere Zuweisungen erhalten.

Der springende Punkt dabei ist die Risikomessung. Sie setzt an beobachtbaren Eigenschaften der Versicherten an, die eine (statistische) Vorhersage der zu erwartenden Ausgaben ermöglichen. So werden beispielsweise ältere Versicherte mit schwereren Vorerkrankungen im Schnitt höhere Ausgaben verursachen als jüngere, gesündere. In einem Risikostrukturausgleich hätten dann Krankenkassen mit mehr jüngeren, gesünderen Versicherten Zahlungen an Krankenkassen mit mehr älteren, kränkeren Versicherten zu leisten. Der RSA in Deutschland basiert im Wesentlichen auf den Variablen Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen. In unseren Nachbarländern werden jedoch auch ganz andere Ausgleichsvariablen einbezogen. Auf diesem Aspekt und der Frage, was wir aus einem Blick über die Grenzen unseres Landes lernen können, soll im Folgenden der Fokus liegen.

Zuvor gilt es jedoch, wenigstens kurz zu bedenken, dass sich die Wettbewerbsrahmen in den Ländern erheblich unterscheiden. In den Niederlanden gibt es z. B. ein in unseren Augen sicher sehr eigenwilliges System vielfältiger Prämienrabatte bei Mitgliedschaft in bestimmten Vereinen und Organisationen. Die Schweiz ist in besonderer Weise durch den Föderalismus der Kantone geprägt. Niederlande, Schweiz und Deutschland unterscheiden sich stark hinsichtlich des Umsetzungsgrads von Managed Care, insbesondere von Pre-ferd-Provider-Modellen. Mit diesen Rahmenbedingungen verbunden sind unterschiedliche Instrumente und Risiken zur Risikoselektion. Gemein ist jedoch allen, dass sie den Risikostrukturausgleich als tragende Säule der Wettbewerbsordnung ihrer Gesundheitssysteme ansehen, der einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen erst ermöglicht und so zu Effizienz- und Wohlfahrtsgewinnen im Gesundheitswesen beiträgt – oder doch wenigstens beitragen soll.

BLICK IN DIE NIEDERLANDE

Ein Risikostrukturausgleich existiert in den Niederlanden seit 1994 und wurde seither kontinuierlich weiterentwickelt. Inzwischen bestehen parallel Ausgleichssysteme für physische und psychische Gesundheit, längerfristige stationäre psychische Versorgung und für Selbstzahlerleistungen. Allein in Bezug auf den Ausgleich für physische Gesundheit lassen sich seit 1994 zwölf Reformschritte unterscheiden, die zur weiteren Ausdifferenzierung und zur Berücksichtigung neuer Variablen(gruppen) geführt haben. Als Ergebnis dieser Entwicklung stellt sich der RSA in den Niederlanden heute als Konglomerat verschiedener Ansätze zur Kostenvorhersage dar, die nach Bedarf pragmatisch kombiniert wurden.

Sparsamkeit und methodische Stringenz scheinen bei der Auswahl der Ansätze und Variablen eine nachgeordnete Rolle gegenüber Zuwächsen bei der Vorhersagekraft zu spielen. So werden teils sehr indirekt wirkende Variablen – mitunter auch in Indizes zusammengefasst und dadurch zusätzlich verzerrt – für die Kostenprädiktion genutzt. Als Beispiel sei die Berücksichtigung der Haushaltsgröße genannt. Haushaltsgrößen mit mehr als 15 Personen sind in den Niederlanden ein starker Indikator dafür, dass es sich bei den Betroffenen um Bewohner stationärer Versorgungseinrichtungen handelt, für die dann höhere Zuweisungen gewährt werden.

Bei Einführung des RSA wurden in den Niederlanden nur Alter und Geschlecht berücksichtigt. Die Erfassung erfolgt gruppiert, ganz ähnlich wie in Deutschland. Bereits ein Jahr später wurde eine Regionalkomponente ergänzt. Es wurden zehn Postleitzahl-Cluster gebildet, auf Basis der Interaktion der Gesundheitsausgaben mit einem Regionalindex aus folgenden Variablen: Anteil nicht westlicher Migranten, Grad der Verstädterung sowie Entfernung zu Ärzten und Krankenhäusern. Die Methodik, nicht die Zusammensetzung des Index, entspricht weitgehend dem sogenannten Cluster-Modell aus dem Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zur regionalen Verteilungswirkung des RSA in Deutschland. Im Referentenentwurf zum GKV-FKG kommt allerdings, wegen der stärkeren Ausgleichswirkung, ein sogenanntes Direkt-Modell zum Zuge, das die Variablen nicht in einem Index gemeinsam, sondern einzeln berücksichtigt.

Die direkte Morbidität der Versicherten wird in den Niederlanden durch arzneimittelbasierte Kostengruppen (PCG) und diagnosebasierte Kostengruppen (DCG) erfasst. Seit 2016 werden auch Diagnosegruppen aus dem Bereich der Physiotherapie (PDCG) berücksichtigt. Im Vergleich zum deutschen System mit 204 diagnosebasierten Morbiditätsgruppen bei 80 Krankheiten und hochgerechnet rund 900 diagnosebasierten Morbiditätsgruppen in einem künftigen Vollmodell ist beachtlich, dass der Ausgleich in den Niederlanden mit lediglich 33 PCG (seit 2002), 15 DCG (seit 2004) und 4 PDCG auskommt.

Ein Spezifikum des niederländischen Systems liegt in der Nutzung soziodemographischer Variablen. Hierunter fallen Einkommensquelle (seit 1995) und sozioökonomischer Statuts (seit 2008), jeweils interagiert mit dem Alter, sowie die bereits erwähnte Haushaltsgröße in Interaktion mit dem Geschlecht der Versicherten. Während die Einkommensquelle (differenziert nach verschiedenen Formen der Erwerbstätigkeit bzw. des Sozialleistungsbezugs)

direkt versichertenindividuell vorliegt, werden sozioökonomischer Status (operationalisiert durch Einkommensgruppen) und Haushaltsgröße (in drei Gruppen bis 2, bis 15 und mehr Personen) als aggregierte Statistikdaten über den Wohnort der Versicherten zugeordnet. Durch den Wohnortbezug werden in diesem Bereich somit auch regionale Unterschiede explizit erfasst.

Wie auch die Schweiz (s. u.), scheuen sich die Niederlande nicht, die Leistungsanspruchnahme der Versicherten in der Vergangenheit zur Kostenprädiktion zu nutzen. Zu dieser Kategorie zählen die Mehrjahreshochkostengruppen (seit 2012), die Kostengruppen für Heil- und Hilfsmittel (DMECG, seit 2014) in Verbindung mit bestimmten chronischen Erkrankungen sowie die Kostengruppen für spezifische Pflegedienstleistungen (seit 2016). In den beiden letztgenannten Bereichen sind jeweils die Vorjahreskosten ausschlaggebend. Mit den Mehrjahreshochkostengruppen sollen dagegen auch mehrjährig persistente, chronische Hochkostenfälle erfasst werden. Dazu werden sieben Klassen gebildet, gestaffelt nach Kostenperzentilen, für ein bis drei Jahre der Vergangenheit. Das Problem der Kostenvorhersage bei Hochkostenfällen sowie ihre überproportional stark verzerrende Wirkung auf das Gros der Ausgleichsfälle wurde auch in Deutschland erkannt. Zur Abhilfe sieht der Referentenentwurf zum GKV-FKG die Einführung eines Risikopools vor.

Da die RSA-Zuschläge in den Niederlanden wie in Deutschland mit Hilfe einer Regressionsrechnung bestimmt werden, sind die Zuschläge strikt additiv. Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Variablenbereichen müssen aus diesem Grund (anders als bei einem Zellansatz) explizit modelliert werden. In den Niederlanden werden dazu seit 2015 Alters-Morbiditäts-Interaktionen berücksichtigt. Es werden vier Klassen unterschieden, abhängig davon, ob eine oder mehrere PCG, DCG, DMECG oder PDCG vorliegen-jeweils in Interaktion mit zwei Altersgruppen (über und unter 65 Jahren).

In Deutschland wurde die Problematik durch das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates aus dem Jahr 2017 aufgegriffen. Die Autoren konnten zeigen, dass die Berücksichtigung von Interaktionen die Zuweisungsgenauigkeit des Modells verbessern würde und haben eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Auf Initiative des BMG hat sich das BVA entschieden, einen ersten, wenn auch nur kleinen Schritt zur Umsetzung bereits im Ausgleichsjahr 2020 vorzunehmen und damit der anstehenden großen RSA-Reform im GKV-FKG vorzuziehen.

BLICK IN DIE SCHWEIZ

In der Schweiz wurde 1996 erstmals ein Risikostrukturausgleich eingeführt. Im Vergleich mit den Niederlanden vollzog sich die Weiterentwicklung langsamer. Weitere Ausgleichsvariablen wurden dabei nur zögerlich und in wesentlich geringerem Umfang zur Verbesserung der Vorhersagekraft hinzugenommen.

Bei Einführung des RSA in der Schweiz wurden zunächst nur Alter und Geschlecht als Ausgleichsvariablen berücksichtigt. Ebenfalls von Anfang an enthielt das schweizerische System eine Regionalkomponente, wobei der Ausgleich für jeden der 26 Kantone der Schweiz getrennt durchgeführt wird, so dass standardisierte Leistungsausgaben nur innerhalb der Kantone ausgeglichen werden. Dieses System hatte unverändert bis 2006 Bestand. Dann wurde die Variable Krankenhausaufenthalt im Vorjahr ergänzt. Durch diese Maßnahme konnte die Zielgenauigkeit der Kostenvorhersage drastisch verbessert werden. Wegen der Sorge vor möglicherweise unerwünschten Anreizen zur Steigerung der Zahl der Krankenhaufälle wurde bei der Konzeption des deutschen Modells auf diesen hochwirksamen Faktor verzichtet.

Im Jahr 2016 wurde als Übergangslösung eine Pharmakostenschwelle eingeführt. Von nun an gab es Zuschläge, wenn die Kosten für die Arzneimittelversorgung eines Versicherten im Vorjahr die Schwelle von 5.000 Schweizer Franken überschritten. Dieser Behelf soll 2020 durch die geplante Einführung von Pharmaceutical Cost Groups (PCG) abgelöst werden. Das Modell sieht Mindestverordnungsmengen als Gaming-Hürde vor und die Mehrfachberücksichtigung derselben Erkrankung wurde ausgeschlossen. Eine Differenzierung in (nur) 23 PCG wurde als ausreichend erachtet. Vor der Entscheidung für PCG hat man auch eine Diagnoseorientierung in Betracht gezogen, diese jedoch mit dem Argument erhöhter Anfälligkeit für opportunistisch-strategisches Verhalten ausgeschlossen.

Mit Blick auf die Schweiz lässt sich zusammenfassend feststellen, dass durch die Einbeziehung des Spitalaufenthalts im Vorjahr soviel Erklärungskraft gewonnen wird, dass auf eine feingliedrige Ausdifferenzierung anderer Variablen verzichtet werden kann und dennoch eine Zielgenauigkeit erreicht wird, die sich mit den wesentlich differenzierteren Modellen in den Niederlanden und in Deutschland messen kann.

» Die Einführung eines Vollmodells wirkt wie das Bestreben, RSA-Weltmeister in einer Disziplin zu werden, an der – außer den Deutschen – kein anderer teilnimmt. «

SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DEN RSA IN DEUTSCHLAND

Der Blick in unsere Nachbarländer zeigt deren Ausgleichssysteme je als pragmatisch gewachsenes Konglomerat verschiedener Ausgleichdimensionen: Regionalität, Arzneimittel, Leistungsanspruchnahme im Vorjahr, in den Niederlanden auch Diagnosen und Sozialfaktoren etc. werden munter kombiniert. Mit dem anstehenden GKV-FKG wird sich auch das deutsche System zu einem bunten Strauß verschiedener Ausgleichdimensionen entwickeln. Wenn wir uns dabei von manchem Dogmatismus lösen, befinden wir uns im internationalen Vergleich in guter Gesellschaft.

Der Blick zu den Nachbarn zeigt aber auch: Auf die Idee, eine Diagnosekomponente auch nur in Breite und Differenzierung des deutschen Modells mit 80 Krankheiten einzuführen bzw. das eigene Modell dahingehend auszuweiten, kommt niemand. Die Schweiz hat sich angesichts der damit verbundenen Anreize zur strategisch-opportunistischen Generierung von Diagnosen sogar bewusst für Pharmakostengruppen zur direkten Morbiditätsmessung entschieden.

Angesichts dieser Haltung unserer Nachbarn erscheint die Einführung eines diagnosebasierten Vollmodells mit dem GKV-FKG fragwürdig. Die derzeit 80 berücksichtigten Krankheiten decken etwa ein Viertel des Morbiditätsspektrums ab. In einem Vollmodell würde

die Zahl der zu berücksichtigenden Diagnosen von derzeit knapp 4.000 auf gut 16.000 steigen. Entsprechend hochgerechnet wird die Zahl der diagnosebasierten Zuschlagsgruppen (HMG) von 204 auf knapp 900 anwachsen. Unsere Nachbarn kommen, Diagnose- und Arzneimittelkomponente zusammengenommen, mit deutlich weniger als 100 Zuschlagsgruppen aus. Angesichts dessen, wirkt die Einführung eines Vollmodells wie das Bestreben, RSA-Weltmeister in einer Disziplin zu werden, an der – außer den Deutschen – kein anderer teilnimmt.

Man muss kein Prophet sein, um zu erkennen, dass mit einem Vollmodell die Manipulationsanfälligkeit des RSA dramatisch zunehmen wird, allein wegen all der Diagnosen, die nun (potenziell) zuschlagsfähig werden. Anreize zu strategisch-opportunistischem Verhalten haben schon im bestehenden RSA mit 80 Krankheiten dazu geführt, dass die Meldungen von Diagnosen, die neu in den RSA aufgenommen wurden und die keiner wirksamen Validierung zugänglich waren, in der Folge rasant zunahm. Prominente Beispiele sind Adipositas und Chronischer Schmerz.

Der Referentenentwurf zum GKV-FKG sieht deshalb die Einführung einer Manipulationsbremse vor. Diagnosegruppen mit übermäßigen Fallzahlsteigerungen sollen künftig vom RSA ausgeschlossen werden können. So sehr dieser Schritt zu begrüßen ist, wird erst die tatsächliche Entwicklung zeigen, ob der Gesetzgeber mit dieser Regelung wirksam gegensteuern kann oder ob er auch künftig den nun vervielfachten Anreizwirkungen hinterherläuft. Die Bedeutung der Diagnosevalidierung für ein manipulationssicheres Verfahren jedenfalls wird im Vollmodell weiter zunehmen. Überhaupt darf man gespannt sein, wie sich die anstehende RSA-Reform schlussendlich auswirkt, da der Wissenschaftliche Beirat bislang nur die isolierte Wirkung der einzelnen Reformbausteine analysiert hat, die kombinierte Gesamtwirkung aber nicht untersucht wurde. Ob unsere Nachbarn auch einen solchen Schuss ins Blaue gewagt hätten? ■