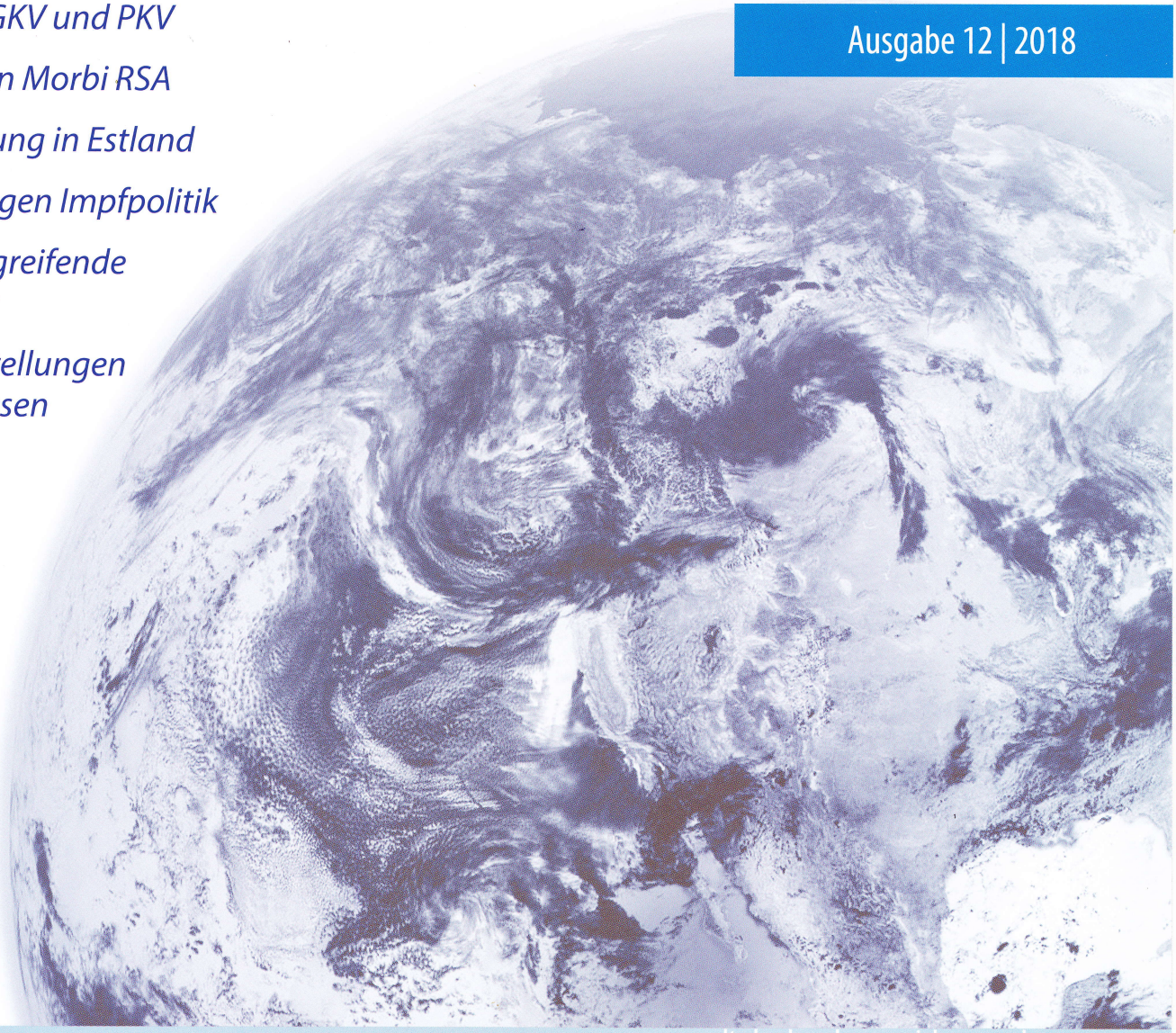
ISSN 2193-4479
D 24953
7. Jahrgang

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

- *Quo vadis GKV und PKV*
- *Perspektiven Morbi RSA*
- *Digitalisierung in Estland*
- *Anforderungen Impfpolitik*
- *Sektorübergreifende Versorgung*
- *Altersrückstellungen Krankenkassen*

Ausgabe 12 | 2018



www.welt-der-krankenversicherung.de

Der Herausgeberbeirat:

Bettina am Orde
Georg Baum
Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers
Roland Engehausen
Ulf Fink
Birgit Fischer
Dr. Rainer Hess
Dr. Volker Leienbach
Claus Moldenhauer
Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery
Dr. Robert Paquet
Dr. Uwe K. Preusker
Dr. Mani Rafii
Prof. Dr. Herbert Rebscher
Joachim M. Schmitt
Prof. Dr. Eberhard Wille

Herausgegeben von Rolf Stuppardt

medhochzwei

Perspektiven des Morbi-RSA im Spannungsfeld von Zielgenauigkeit und Fehlsteuerung

Jürgen Hohnl,
Geschäftsführer IKK e. V.

Iris Kampf,
Pressesprecherin IKK e. V.

Wir haben häufiger in dieser Zeitschrift argumentiert, dass die Finanzierungslogik des Gesundheitswesens mehr oder weniger stark konfligieren kann mit dem, um was es final geht: Um die konsequente Orientierung auf eine qualitativ hochwertige medizinische und gesundheitliche Versorgung. Insbesondere die besonderen Ausprägungen und Wirkungen des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs schaffen Ungleichgewichte und keine Wettbewerbsneutralität zwischen den Krankenkassen. Dies begünstigt eine isolierte und einseitige Kostenorientierung. Im Rahmen der 19. Plattform Gesundheit des IKK e. V. am 7. November 2018 wurde das Thema aufgearbeitet. Unsere Autoren, IKK e. V.-Geschäftsführer Jürgen Hohnl und Iris Kampf, Pressesprecherin IKK e. V., diskutieren die wesentlichen Aspekte und wagen den Blick nach vorn.

Vereinfachung und Verbesserung des Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung war das vielbeschworene Ziel, als vor mehr als zehn Jahren mit dem so genannten Wettbewerbsstärkungsgesetz die Einführung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – kurz: Morbi-RSA – beschlossen wurde. Durch den Morbi-RSA sollte die Morbidität, also die Krankheitslast durch ältere und kranke Versicherte, unter den Kassen besser ausgeglichen und einer Bevorzugung bestimmter, meist junger und gesunder Versicherter, entgegengewirkt werden. Durch faire Umverteilungsmechanismen sollte das Geld dahingesteuert werden, wo es für die Versorgung gebraucht wird. Damit sollte dann auch ein fairer Wettbewerbsrahmen für die Kassen und ihre Versicherten geschaffen und Risikoselektion vermieden werden.

Unwuchten zeigten sich

Trotz wiederholter Korrekturen am Morbi-RSA zeigten sich zügig die ersten

„Wenn wir jetzt an der Morbi-RSA-Problematik nichts ändern, dann wird das die Kassenlandschaft gravierend verändern."

MdB Bärbel Bas (SPD),
Mitglied des Gesundheitsausschusses
des Deutschen Bundestages

Schwachstellen und Unwuchten in dem System. Sichtbar wurden diese spätestens seit 2013. Seither geht die Schere der Über- und Unterdeckungen auf Ebene der Kassenarten immer weiter auseinander. Während eine Kassenart Überschüsse erzielt, also mehr Gelder aus dem Gesundheitsfonds erhält, als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigt, erhalten alle anderen Kassenarten weniger. Die Differenz zwischen der am meisten unterdeckten Kassenart, den Ersatzkassen, und den stark bevorteilten Ortskrankenkassen beträgt aktuell mehr als 2,5 Mrd. Euro.

„Nach dem Vorbild der Krankengeldzuweisungen wäre ein hälftiger Ist-Kostenausgleich eine schnelle und pragmatische Übergangslösung. Das schafft Spielraum für eine sorgfältig geplante und ausbalancierte RSA-Reform."

Frank Hippler,
Vorstandsvorsitzender IKK Classic

Neben der Unter- und Überdeckung sind Intransparenz und Manipulationsanfälligkeit weitere Probleme des Morbi-RSA. Darüber hinaus stehen regionale Marktkonzentrationen und unterschiedliche Aufsichtspraxen in der Kritik. Dies alles lässt an fairen Wettbewerbsbedingungen zweifeln. Des Weiteren haben die Innungskrankenkassen bereits 2016 mit einem Gutachten gezeigt, wie präventionsfeindlich der Morbi-RSA ist: Die Durchführung bzw. Bewilligung von Präventionsmaßnahmen ist für Kassen ein Minusgeschäft, weil sie mehr an Zuweisungen durch den Morbi-RSA verlieren als sie durch geringere Leistungsausgaben aufgrund wirksamer Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsorientierung gewinnen.

Kurzum: Eine schwierige Gemengelage mit einer riesigen Aufgabe, die der Vorstandsvorsitzende des IKK e. V., Hans-Jürgen Müller, zu Beginn der 19. Plattform Gesundheit fokussierte: „Wir brauchen einen fairen Morbi-RSA, um allen GKV-Versicherten eine kostengünstige, hochwertige Versorgung bieten zu können, und zwar unabhängig davon, wo sie wohnen." Bärbel Bas MdB (SPD), Mitglied im Gesundheitsausschuss und Berichterstatterin für das Thema Morbi-RSA, brachte es ebenfalls zu Beginn der Podiumsdiskussion drastisch knapp auf den Punkt: „Wenn wir jetzt an der Morbi-RSA-Problematik nichts ändern", prophezeit sie, „dann wird das die Kassenlandschaft gravierend verändern."

Stellschrauben der Weiterentwicklung

Wie eine Morbi-RSA-Reform erfolgreich gelingen könnte, dafür werden auf gesundheitspolitischer Ebene mehrere Stellschrauben diskutiert – unter anderem das sogenannte Krankheits-Vollmodell, die Berücksichtigung von Regionalkomponenten, die Einführung von Kodierrichtlinien bzw. Änderungen im Aufsichtsrecht. Von den Innungskrankenkassen wird zusätzlich auch das Thema „Compliance" eingebracht.

Eines der im Zusammenhang mit dem Morbi-RSA am meisten diskutierten Themen ist die Frage, wie viele Krankheiten in den Finanzausgleich einbezogen werden sollen. Derzeit gibt das Gesetz die Zahl von 50 bis 80 Krankheiten vor, um die Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zu berechnen. Demgegenüber steht die Idee, alle Erkrankungen für die Berechnungen (Vollmodell) heranzuziehen. Während sich die AOKn uneingeschränkt für ein umfassendes Vollmodell aussprechen, lehnen dies die Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen ab. Die Betriebs- und Innungskrankenkassen wollen weiterhin eine Beschränkung des Morbi-RSA auf schwerwiegende Erkrankungen. Gegen das Krankheitsvollmodell sprechen aus ihrer Sicht vor allem die zusätzlichen Manipulationsanreize, aber auch die starken Überdeckungen von multimorbiden Versicherten im Status quo.

Ebenfalls intensiv debattiert wird das Thema „Regionalisierung". Auch hier gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen den Kassenarten: Die AOKn sprechen sich deutlich gegen eine Regionalisierung aus, alle anderen Kassenarten mehr oder weniger dafür. Die Vorteile einer Regionalkomponente sehen sie

„Die Einführung von Kodierrichtlinien und einer zertifizierten Software sowie die Lösung des Aufsichtsthemas müssen angegangen werden."

Frank Plate,
Präsident BVA

darin, dass regionale Strukturunterschiede von Kassen weitgehend unbeeinflussbar sind, es weniger Anreize zur regionalen Risikoselektion und weniger Wettbewerbsverzerrungen zwischen regionalen und bundesweit geöffneten Kassen geben würden. Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbands der Ersatzkassen (vdek) erklärt: „Bei der Morbi-RSA-Reform muss zwingend die Einführung einer Regionalkomponente im Fokus stehen. Je nach Wohnort unterscheiden sich heute die Deckungsbeiträge um bis zu 602 Euro pro Versicherten. Eine Regionalkomponente ist die überzeugendste Option, diese Schieflage zu lösen."

„Bei der Morbi-RSA-Reform muss zwingend die Einführung einer Regionalkomponente im Fokus stehen. Je nach Wohnort unterscheiden sich heute die Deckungsbeiträge um bis zu 602 Euro pro Versicherten. Eine Regionalkomponente ist die überzeugendste Option, diese Schieflage zu lösen."

Ulrike Elsner,
Vorstandsvorsitzende vdek

Auch Prof. Dr. Robert Nuscheler, Gesundheitsökonom an der Universität Augsburg sowie Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts (BVA), vertrat auf der 19. Plattform Gesundheit die Ansicht, dass der Wettbewerb durch den Morbi-RSA unfair wäre, weil es keinen regionalen Ausgleich gibt. „Die Regionalkomponente ist ein wesentliches Element für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA", so Nuscheler. Die Abgeordnete Bärbel Bas stimmte ihm in der Diskussion im Grundsatz zu. Das zweite Gutachten des Bundesversicherungsamts vom Juli 2018 hätte ergeben, dass regionale Unterschiede bestünden. Sie verwies aber darauf, dass man, wenn man Regionalkomponenten entwickle, aufpassen müsse, dass man Strukturprobleme nicht noch verfestige.

„Das Prinzip ‚Geld für Diagnose' führt zu Schieflagen bei Kassen und Preis-Dumping im Gesundheitswesen, da nach diesem Verteilungsmechanismus Krankenkassen dann wirtschaftlich besonders erfolgreich sind, wenn dieses Geld möglichst nicht für die gute Versorgung der Patienten investiert wird."

Roland Engehausen,
Vorstand IKK Südwest

Einigkeit bei Kodierrichtlinien

Einigkeit unter den Kassenarten herrscht bei dem Thema Kodierrichtlinien. Das Fehlen von Richtlinien für eine nachvollziehbare und transparente Codierung im ambulanten Bereich ist ein wesentlicher Faktor für die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA und damit ein Hemmschuh für einen funktionierenden fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen. Jüngst veröffentlichte der Bundesrechnungshof einen Prüfbericht mit dem Ergebnis, dass einige Krankenkassen schon seit Jahren widerrechtliche Vereinbarungen mit Krankenhäusern geschlossen haben. Der Deal: Das Krankenhaus gewährt den Krankenkassen Rabatte, wenn diese im Gegenzug auf die Prüfung von Rechnungen verzichten. Dadurch werden Diagnosen im Morbi-RSA berücksichtigt, die einer Prüfung nicht standhalten. Noch gravierender sind die Verdachtsfälle im ambulanten Bereich. Hier gerieten Betreuungsstrukturverträge in den Fokus von strafrechtlichen Ermittlungen.

Mit dem Ende September 2018 im Bundeskabinett beschlossenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat die Bundesregierung nun die Initiative zur Einführung verbindlicher ambulanter Kodierrichtlinien ergriffen. Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamts, erklärte im Rahmen der 19. Plattform Gesundheit, dass auch das BVA hier Handlungsbedarf sehe und das Vorhaben unterstütze. „Die Einführung von Kodierrichtlinien und einer zertifizierten Software sowie die Lösung des Aufsichtsthemas müssen angegangen werden", erklärte der BVA-Chef. „Dabei muss alles unter dem Ziel ‚Einheitlichkeit des Handelns' stehen", stellte er bei der Podiumsdiskussion am 7. November in der Landesvertretung Sachsen-Anhalt klar.

Selbstverpflichtung der Krankenkassen

Einen anderen Aspekt brachte Roland Engehausen, Vorstand der IKK Südwest, in der Veranstaltung des IKK e. V. ein. Er verwies schließlich auf die Verantwortung der Krankenkassen selbst. Sie müssten auch Verantwortung für einen transparenten und sauberen Finanzausgleich übernehmen. Engehausen forderte eine Selbstverpflichtung der Krankenkassen analog zur „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie" (FSA): „Das Prinzip ‚Geld für Diagnosen' führt zu Schieflagen bei Kassen und Preis-Dumping im Gesundheitswesen, da nach diesem Verteilungsmechanismus Krankenkassen dann wirtschaftlich besonders erfolgreich sind, wenn dieses Geld möglichst nicht für die gute Versorgung der Patienten investiert wird." Der grenzwertige Wettbewerb der Krankenkassen um bessere Diagnosen müsse durchbrochen werden.

Reformschritte

Langsam gerät nun Bewegung in das Thema Morbi-RSA. Bereits vor der mit dem TSVG beabsichtigten Einführung von Kodierrichtlinien wurde mit dem im Oktober 2018 im Bundestag verabschiedeten GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) ein wichtiger Schritt getan: Kernpunkt ist, dass Krankenkassen mit hohen Rücklagen diese ab 1. Januar 2020 bis zu einer Höhe von einer Monatseinnahme abschmelzen und in den Gesundheitsfonds rückführen sollen. Als Voraussetzung verankerte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn allerdings, dass zuvor eine Morbi-RSA-Reform durchgeführt sein müsse. Demgemäß kündigte das Bundesgesundheitsministerium ein erstes Eckpunktepapier mit seinen Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Risikostruktur-

Prioritäre Vorschläge für einen faireren Finanzausgleich (Morbi-RSA) aus Sicht der Innungskrankenkassen:

1. Beschränkung der Krankheitsauswahl auf **schwerwiegende Krankheiten**. Ein Krankheitsvollmodell wird abgelehnt.
2. Wiederherstellen von **Präventionsanreizen**
   - etwa: Einführung eines gedeckelten Ist-Kostenausgleichs für Präventionsausgaben und Finanzierung über eine Absenkung der morbiditätsorientierten Zuschläge.
3. Maßnahmen zur **Reduzierung von Manipulationen**
   - etwa: Die auf den Weg gebrachten Kodierrichtlinien müssen mit einem Regelwerk für Auffälligkeitsprüfungen verbunden werden.
4. **Über- und Unterkompensationen** bei einzelnen Versichertengruppen beenden
   - etwa: Einführung von Interaktionstermen zwischen Alter und Morbidität.
5. Einführung eines **Hochkostenpools** (z. B. 80 Prozent Ausgleich oberhalb 100.000 Euro).
6. Darüber hinaus **Einführung einer Übergangsregelung**, einer kurzfristig umzusetzenden Halbierung der Über- und Unterdeckungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben.

ausgleichs für Ende 2018 an. Mittlerweile wird erwartet, dass es Anfang 2019 kommen wird. Aber die Zeit drängt. Ein Gesetzgebungsverfahren, das Auswirkungen auf die Krankheitsauswahl hätte, muss bis Sommer 2019 abgeschlossen sein, wenn die Krankheitsauswahl schon in 2020 umgesetzt werden soll.

Ob die Reform des Morbi-RSA tatsächlich wie angekündigt bis Ende 2019 vollbracht sein wird, bezweifelte indes Frank Hippler, Vorstandsvorsitzender der IKK classic, im Rahmen der 19. Plattform Gesundheit. Da aber weitere Spreizungen der Deckungsunterschiede die Schieflage in der GKV verstärken würden und deshalb unbedingt zu vermeiden seien, schlug er zunächst die Einführung einer Übergangslösung vor. Nach dem Vorbild der Krankengeldzuweisungen wäre ein hälftiger Ist-Kostenausgleich eine schnelle und pragmatische Übergangslösung, erläuterte Hippler. Statt der heute 100 Prozent würden „übergangsweise" nur noch 50 Prozent der Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (bLA) über den Morbi-RSA verteilt werden. Die andere Hälfte der Zuweisungen für bLA würde jede Kasse für ihre tatsächlich erbrachten Ausgaben erhalten. Damit würden die Über- und Unterdeckungen für bLA auf Versicherten- und Kassen(arten)ebene halbiert. Das schaffe Spielraum für eine sorgfältig geplante und ausbalancierte RSA-Reform, erklärte der IKK classic-Vorstand.

Perspektiven und Vorschläge

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist, in aller Kürze, in folgenden Schritten ein fairer und transparenter Morbi-RSA möglich: Ein Vollmodell ist für uns der falsche Weg. Je mehr Krankheiten berücksichtigt werden, umso stärker wird die Gefahr der Manipulation. Außerdem würde ein Vollmodell eine weitere, künstliche „Morbidisierung" der Bevölkerung bedeuten. Präventionsaspekte kämen weiterhin zu kurz. Wir setzen uns stattdessen für eine Stärkung von Präventionsanreizen ein. Prävention muss sich lohnen – für die Versicherten und die Kassen! Manipulationen müssen verhindert werden! Das gelingt unserer Ansicht nach am ehesten, indem man Kodierrichtlinien mit regelmäßigen Auffälligkeitsprüfungen verbindet und ein Compliance-System einführt. Schließlich ist für uns wesentlich, dass die Über- und Unterkompensationen bei einzelnen Versichertengruppen beendet werden. Eine Möglichkeit sehen wir darin, dass das Alter bei den Krankheitszuschlägen im Morbi-RSA stärker berücksichtigt wird.

Des Weiteren sprechen sich die Innungskrankenkassen mit Blick auf die in den Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats diskutierten Weiterentwicklungsoptionen des Morbi-RSA mehrheitlich für die Einführung einer Regionalkomponente, die Streichung der DMP-Pauschalen sowie die Übertragung der Finanzaufsicht aller Krankenkassen auf das BVA aus.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist noch unklar, wohin die Reise gehen wird und wie sich das Finanzausgleichssystem der GKV schlussendlich entwickeln wird. Viele Akteure des Gesundheitswesens sind beteiligt. Schließlich geht es ja auch um nichts weniger als die Erhaltung eines gegliederten, solidarischen und wettbewerblichen Gesundheitswesens. Es bleibt spannend, welche Ansätze einen fairen, transparenten und manipulationsgeschützten Finanzausgleich sicherstellen und wie damit eine bestmögliche Versorgung der Patienten erreicht werden kann. Allerdings gilt es auch zwei Aspekte aus der Veranstaltung im Hinterkopf zu haben:

Zum einen hat Prof. Dr. Nuscheler Recht. Er warnte vor einer grundsätzlichen Überfrachtung des Morbi-RSA. Der RSA könne nicht alle Probleme lösen, konstatierte er auf der IKK e. V.-Fachveranstaltung. Als Beispiel verwies Nuscheler auf die Frage des Präventionsanreizes und schlug in diesem Zusammenhang vor, diesen nicht vom Morbi-RSA zu erwarten, sondern hier bei den Leistungserbringern anzusetzen.

Zum anderen zeigte die Vielzahl der Aspekte und die konträren Lösungsvorschläge deutlich, dass der Morbi-RSA als Finanzausgleichssystem der Kassen auch künftig ein lernendes, stets auch Anpassungen unterworfenes System sein werde: Das R^2 darf dabei kein Dogma sein, so die abschließende Conclusio.

Zukunftsmanagement in Gesundheitssystemen

Rebscher/Kaufmann (Hrsg.):
Zukunftsmanagement in Gesundheitssystemen
396 Seiten. Hardcover. 69,69 €.
ISBN 978-3-86216-482-0.
Auch als eBook erhältlich.

Die bisher erschienenen neun Bände der Schriftenreihe der Deutsch-Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik befassten sich mit klar umrissenen Einzelthemen des Gesundheitssystems. Band 10 ist ganz der Zukunft gewidmet. Jenseits des kurzfristigen Reformbedarfs ist der Blick auf die erwartbaren Strukturen und Prozesse über die nächsten zehn Jahre hinaus gerichtet.

Informationen und Bestellung unter:
www.medhochzwei-verlag.de/shop

medhochzwei