

## **Weiterentwicklung des Morbi-RSA : Von der Einnahmeoptimierung zur Qualitäts- und Effizienzförderung**

**Rolf Stuppardt, Geschäftsführer IKK e.V.**

Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) hatte der Gesetzgeber das Ziel verbunden, noch bestehende Risikoselektionsanreize weiter zu reduzieren und einen Wettbewerb der Krankenkassen um Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung zu initiieren. Der Gesetzgeber hatte vorgegeben, dass 50-80 eng abgrenzbare, kostenintensive und chronische Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf ausgeglichen werden sollten. Der damalige wissenschaftliche Beirat des BVA hatte ein Verfahren der Krankheitsauswahl vorgeschlagen, das den gesetzlichen Vorgaben entsprochen hatte. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hatte den Spielraum der gesetzlichen Vorgaben bekanntlich weiträumiger interpretiert und das Verfahren der Krankheitsauswahl so ausgestaltet, dass auch leichte, kostengünstige, präventable und nur schwer voneinander abgrenzbare Diagnosen und Krankheiten – Volkskrankheiten, wie z.B. Hypertonie, Depression, Asthma – Eingang in die Krankheitsliste gefunden haben. Für viele schwerwiegende und teure Krankheiten gibt es hingegen keinen Ausgleich.

Nach zweijähriger Erfahrung mit dem Morbi-RSA lässt sich feststellen, dass durch die seit 2009 bestehende direkte Morbiditätsorientierung noch existierende Risiko-selektionsanreize beseitigt wurden. Zugleich hat die Berücksichtigung leichter und kostengünstiger Krankheiten dazu geführt, dass der aktuelle Morbi-RSA eine



hohe Manipulations- und Strategiefähigkeit aufweist. Es bestehen signifikante Anreize für Krankenkassen, ihre Fondszuweisungen durch eine quantitative und qualitative Optimierung zuschlagsfähiger Diagnosen zu erhöhen. Der aktuelle Morbi-RSA eröffnet die aus Versorgungsgesichtspunkten unerwünschte Option, dass Kassen ihre finanzielle Wettbewerbsfähigkeit nicht vorwiegend durch eine effiziente Versorgung auf der Ausgabenseite, sondern insbesondere mithilfe vielfältiger Maßnahmen auf der Einnahmeseite zu verbessern suchen. Kassen, die sich nicht oder

„schlechter“ an der Strategie der Einnahmeoptimierung beteiligen, werden mittelfristig finanziell an Boden und damit in einem Zusatzbeitragswettbewerb an Wettbewerbsfähigkeit verlieren.

Es ist mittlerweile Konsens, dass mittels stärkerer präventiver Investitionen ein großer Teil der Volkskrankheiten zu verhindern wäre. Versicherte von Krankenkassen, bei denen aufgrund primärpräventiver Investitionen eine Volkskrankheit im Lebensverlauf nicht auftritt, werden jedoch entsprechend der geringeren Mor-

bidität mit einem niedrigeren Bedarf an Fondszuweisungen ausgestattet. Die gesparten Behandlungskosten kommen also nicht der Kasse, sondern dem Gesundheitsfonds und damit auch den anderen – in Prävention eventuell deutlich weniger investierenden – Krankenkassen zugute.

Erste überschlägige Hinweise auf problematische Anreizwirkungen des aktuellen Morbi-RSA, der kostengünstige und präventable Volkskrankheiten mit Fondszuweisungen ausstattet, ergeben sich aus der GKV-Ausgabenentwicklung für primäre Präventionsmaßnahmen. In 2009 – dem Jahr der Einführung des Morbi-RSA – als auch in 2010 sanken gerade in diesem gesundheitspolitisch wichtigen Bereich die GKV-Ausgaben bei divergierenden Entwicklungen der einzelnen Krankenkassen erstmals seit über zehn Jahren wieder deutlich ab.

Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Zielstellung der Vereinfachung, Reduzierung und Manipulationsresistenz des Morbi-RSA ist daher folgerichtig. Bislang hat die Regierungskoalition jedoch noch keinen Umsetzungsvorschlag vorgelegt. Um die genannten Defizite des aktuellen Morbi-RSA abzustellen, ist es jedoch zwingend notwendig, das Verfahren der Krankheitsauswahl und ihre Prävalenz-Gewichtung zu ändern. Möglichkeiten der Diagnoseoptimierung und Manipulation bestehen insbesondere bei den leichten und kostengünstigen Krankheiten. Die medizinisch schwerwiegenden, eng abgrenzbaren und teuren Krankheiten sind hingegen sicher und eindeutig zu diagnostizieren und zumeist auch mit stationären Aufenthalten und/oder teuren Arzneimitteltherapien verbunden. Dadurch werden Manipulationen und kassenseitige Einwirkungen auf das ärztliche Kodierverhalten deutlich erschwert. Außerdem sind zusätzliche Diagnosen bei schweren und teuren Krankheiten infolge von Arzneimitteltherapien oder stationären Aufenthalten auch mit sofort anfallenden Kosten verbunden. Manipulations- und Optimierungsmöglichkeiten sind bei diesen Krankheiten daher deutlich geringer ausgeprägt.

Zukünftig sollte daher nur noch jene Morbiditätslast ausgeglichen werden, die hohe Kosten verursacht, medizinisch schwerwiegend und klar abgrenzbar ist. Dafür ist es notwendig, im Auswahlverfahren der Krankheiten die Prävalenz einer Krankheit geringer und die Kosten einer Krankheit höher zu gewichten. Die kostengünstigen, aber prävalenzstarken Volkskrankheiten würden die Krankheitsliste dann nicht mehr so stark dominieren. Stattdessen würden die teuren und eng abgrenzbaren Krankheiten stärker ins Gewicht fallen. Anreize für Strategien der Einnahmoptimierung würden dadurch deutlich reduziert, Anreize für primärprä-

ventive Bemühungen seitens der Krankenkassen erhöht und der Morbi-RSA einfacher und manipulationsresistenter ausgestaltet. Zudem würde dieser auf das notwendige Maß reduziert. Durch die zugleich weiterhin bestehende direkte Morbiditätsorientierung würden Risikoselektionsanreize nach wie vor kaum zum Tragen kommen können.

Die Abschaffung der Krankheitsliste bzw. die Ausweitung des Morbi-RSA auf alle Krankheiten hingegen würde die Zielstellung des Koalitionsvertrages schlichtweg konterkarieren und die derzeitigen Defizite des Morbi-RSA noch verstärken. Manipulationsmöglichkeiten sowie Anreize zum kreativen und strategischen Codieren würden sogar noch deutlich erhöht. Das ist gesundheitspolitisch fatal und kontraproduktiv. Statt der heutigen 80 Krankheiten gäbe es dann 360 Krankheiten, deren Diagnosestellung einer Optimierung und Manipulation zugänglich wären. Nahezu jede Diagnose würde in diesem Szenario einen Zuschlag auslösen, so dass Anreize, bei jedem Versicherten das finanziell optimale an Krankheiten zu diagnostizieren, noch einmal deutlich steigen würden. Der Pathologisierung kurativer Versorgung würde damit Tür und Tor geöffnet. Es bestünde die Gefahr, dass sich der bereits abzeichnende Wandel von einem Effizienz und Qualität fördernden zu einem einnahmeorientierten Wettbewerb der Krankenkassen noch beschleunigen würde. Angesichts der sich so in summa signifikant verstärkenden Fehlanreize für den Kassenwettbewerb stellt sich daher die Frage, weshalb diese Reformoption überhaupt in Betracht gezogen wird.

■ HIGH LIGHTS