Prof. Dr. rer. medic. Gerald Lux
Prof. Dr. rer. medic. David Matusiewicz

Die Krankheitsliste im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und deren Anreizwirkungen – Das Beispiel Adipositas

Zusammenfassung

Über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) werden die Gelder des Gesundheitsfonds auf Basis von Morbiditätsmerkmalen der Versicherten den Krankenkassen zugewiesen. Dafür wird eine Liste von Krankheiten, die insbesondere kostenintensiv und chronisch oder aber schwerwiegend sind, zugrunde gelegt. Neben der Begrenzung der zugrundeliegenden Krankheitsliste wird in der Fachwelt insbesondere auch die Operationalisierung der Kriterien für die Krankheitsauswahl intensiv diskutiert und kritisiert. Dabei haben Veränderungen der Krankheitsliste auch immer eine entsprechende Außenwirkung, bzw. erzeugen auch immer Anreize bei den einzelnen Akteuren. Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit diesen Auswirkungen und Anreizwirkungen und beschreibt diese beispielhaft anhand der Krankheit Adipositas, die in die Liste aufgenommen und wieder gestrichen wurde. Dabei wird auch die mögliche alternative Verwendung des vollständigen Krankheitsspektrums diskutiert und bewertet, die den Krankenkassen entsprechende Planungssicherheit geben und für die Modellbewertung heranzuziehende Kennzahlen durchgängig verbessern würde.

Schlüsselwörter

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Krankheitsliste, Anreize, Adipositas

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.03.19.1866-0533.2150

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland sind die gesetzlichen Krankenkassen. Der GKV-Markt unterliegt einem immer noch anhaltenden, wenngleich sich verlangsamendem Konzentrationsprozess mit stetig sinkender Anbieterzahl im Markt – die Zahl der Krankenkassen ist von 950 im Jahr 1995 auf derzeit 110 gesunken (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018). Die einzelnen Krankenkassen stehen dabei im Wettbewerb zueinander, wobei der Großteil ihres Leistungsbereiches über den verpflichtenden GKV-Leistungskatalog kassenübergreifend einheitlich ausgestaltet ist. Die Möglichkeiten, sich von anderen Krankenkassen abzuheben, sind sehr gering. Auf der Leistungsseite ist dies nur im Bereich der sogenannten Satzungsleistungen, über Selektivverträge mit Leistungserbringern oder über zusätzliche Serviceleistungen möglich. Daneben steht der Wettbewerb über den Preis in Form des kassenindividuellen Zusatzbeitrages. Ein funktionierender Wettbewerb in Krankenversicherungssystemen ist allerdings nur sinnvoll, wenn entweder die Bedingungen eines vollkommenen Marktes erfüllt sind oder aber Ausgleichsmechanismen implementiert werden, die einen funktionierenden Wettbewerb ermöglichen (vgl. auch grundlegend Dahl, Lux und Matusiewicz 2012; Matusiewicz 2016).

>> Aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1992 und der damit einhergehenden Krankenkassen-Wahlfreiheit für Versicherte ab 1996 hatte der Gesetzgeber bereits im Jahr 1992 die Weichen für einen Risikostrukturausgleich (RSA) gestellt und mit der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) im Jahr 1994 einen finanziellen Risikostrukturausgleich konkretisiert, der unterschiedliche Risiken in der Versichertenstruktur ausgleichen und somit einen fairen Wettbewerb ermöglichen sollte. Bis zum Jahr 2008 erfolgte der RSA insbesondere auf Basis von Alter, Geschlecht und (ab dem Jahr 2002) zusätzlich auf einer vorliegenden Einschreibung in ein sogenanntes DMP (Disease Management-Programm) für chronisch kranke Versicherte. Auch der Erwerbsminderungsstatus wurde mit einbezogen. Krankenkassen mit überdurchschnittlich alten und kranken Versicherten stellten dabei sogenannte Empfängerkassen dar, die Ausgleichszahlungen von anderen Krankenkassen erhielten, Krankenkassen mit jüngerem und weniger morbidem Klientel wurden als Zahlerkassen bezeichnet. Im Jahr 2009 wurde der RSA erstmalig um eine direkte Morbiditätsorientierung (basierend auf Diagnosen und Arzneimittelverordnungen) zum sogenannten Morbi-RSA (morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich) erweitert.

Die Krankheitsliste im RSA

Rechtliche Rahmenbedingungen und Systematik

Bei der Festlegung der Rahmenvorgaben für das Ausgleichsverfahren stellte sich für den Gesetzgeber die Frage, für welche Krankheiten finanzielle Ausgleichszahlungen erfolgen sollen.[1] Gemäß § 31 Abs. 1 Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) ist das Verfahren derart zu operationalisieren, dass sowohl medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen als auch Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Dabei sollen 50 bis 80 Krankheiten „mit schwerwiegendem Verlauf" und „kostenintensive chronische Krankheiten" berücksichtigt werden (§ 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V), bei denen die „durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen" (§ 31 Abs. 1 Satz 3 RSAV). Die Krankheiten sollen zudem eng abgrenzbar sein (§ 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV) und die Krankheitsauswahl soll in regelmäßigen Abständen überprüft werden (§ 31 Abs. 2 Nr. 3 RSAV). Die regelmäßige Prüfung wurde in Form einer jährlichen Prüfung operationalisiert und die für das Folgejahr gültige Krankheitsliste ist jeweils bis spätestens zum 30. September bekanntzugeben.

Schon vor der Einführung des Morbi-RSA erfolgte eine intensive fachliche Auseinandersetzung hinsichtlich der Operationalisierung dieser rechtlichen Vorgaben. Dabei ging es insbesondere um die Frage, wie die Kriterien „schwerwiegend", „chronisch" und „kostenintensiv" abgebildet werden könnten, aber auch um die Frage, inwieweit bzw. in welcher Systematik ambulante und stationäre Diagnosen sowie Arzneimittelinformationen für das Klas-

1: Die rechtlichen Grundlagen des Risikostrukturausgleichs finden sich in § 266 ff. SGB V sowie in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV).

sifikationsverfahren genutzt werden könnten. Somit entstanden unterschiedliche Vorschläge von Krankheitslisten verschiedener wissenschaftlicher Einrichtungen bzw. Unternehmen und auch eine entsprechende Krankheitslistendefinition des Wissenschaftlichen Beirates zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches. Insbesondere die Frage, wann eine Krankheit als „kostenintensiv" gilt, wurde sehr unterschiedlich interpretiert. So wurden in der sogenannten „Essener Liste" (Ulle et. al. 2009) kostenintensive Krankheiten durch eine absteigende Rangfolge des Produktes von Krankheitsprävalenz und krankheitsspezifischen Kosten pro Versicherten (abgebildet über ein sogenanntes prospektives Kostengewicht der jeweiligen Krankheitsgruppe) und damit insbesondere sogenannte Volkskrankheiten identifiziert. Demgegenüber erfolgte in der erstmaligen Umsetzung des Wissenschaftlichen Beirates eine Multiplikation der Kosten pro Fall mit der logarithmierten Krankheitsprävalenz, um somit die Prävalenz weniger stark zu gewichten und auch seltenere Erkrankungen stärker zu berücksichtigen. Dies führte dazu, dass beide Listen deutlich unterschiedlich ausfielen. In den Festlegungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) wurde letztlich die Quadratwurzel der Prävalenz als Faktor verwendet (BVA 2008). Die Modellgüte bzw. Verteilungswirkung bei Verwendung der Quadratwurzel wurde auch im Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirates (Drösler et al. 2017: 292) als gut und sinnvoll eingestuft, während einzelne Krankenkassen weiterhin die Logarithmierung und damit die Fokussierung auf seltenere, kostenintensive Krankheiten fordern (siehe z. B. Techniker Krankenkasse Presse & Politik 2017).

Die Operationalisierungen seitens des BVA sind häufig Gegenstand von Diskussionen wie auch die Eingrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten, wobei seit Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 jeweils das Maximum von 80 Krankheiten ausgeschöpft wurde. Einige Experten befürworten die Berücksichtigung des vollen Krankheitsspektrums. Dies wird unter anderem mit möglichen Wettbewerbsverzerrungen begründet, die durch eine Krankheitsauswahl im Krankenkassenwettbewerb entstehen könnten. Andere Experten hingegen kritisieren, dass eine vollständige Krankheitsliste die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA mit Blick auf die Kodierpraxis weiter erhöhen könnte (BKK Dachverband 2017: 23).

Die Identifikation der relevanten Krankheiten erfolgt aktuell nach folgendem Algorithmus:

1. Schwellenwert-Prüfung:

- Die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten mit dieser Krankheit müssen mindestens 50% über den durchschnittlichen Ausgaben eines GKV-Versicherten liegen

und

2. Krankheitsschwere oder Chronizität:

- mindestens 10% der betroffenen Versicherten müssen hospitalisiert worden sein (Kriterium „schwerwiegend", wobei der Grund des Krankhausaufenthaltes irrelevant ist)

oder

- mindestens 50% der betroffenen Versicherten weisen in mindestens 2 Quartalen des Kalenderjahres eine Diagnose der Krankheit auf (Kriterium „chronisch")

und

3. die Krankheit muss nach **absteigender Kostenreihung** (Quadratwurzel der Krankheitsprävalenz multipliziert mit den durchschnittlichen krankheitsspezifischen Kosten je Versicherten) unter den ersten 80 Krankheiten liegen.

Die Streichung einer Krankheit aus der Krankheitsliste erfolgt, wenn eines der aufgeführten Kriterien nicht mehr erfüllt wird. Denkbare – nicht abschließende – Erklärungen sind die folgenden:

- **Schwellenwertprüfung:** Wenn eine Krankheit durch eine bessere bzw. intensivierte Diagnostik frühzeitiger erkannt und deshalb weniger kostenintensiv behandelt werden kann, oder aber allgemein günstigere Therapieverfahren für diese Krankheit zur Verfügung stehen, sinken die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Versicherte mit dieser Erkrankung. Auch günstigere Therapieverfahren für stark mit dieser Krankheit korrelierende Erkrankungen führen zur Reduktion der durchschnittlichen Kosten der betroffenen Versicherten, da bei der Schwellenwertprüfung nicht nur die krankheitsspezifischen Ausgaben berücksichtigt werden. Auch die Tatsache, dass eine Krankheit, die (wie z. B. die Adipositas) im Zeitverlauf vermehrt in jüngeren Altersklassen auftritt, kann zu einer Unterschreitung des Schwellenwertes führen, wenn die durchschnittlichen Ausgaben der von der Krankheit betroffenen Versicherten in jüngeren Altersklassen niedriger liegen als in höheren Altersklassen. Theoretisch könnte auch ein Anstieg von Therapiekosten anderer Krankheiten dazu führen, dass der GKV-Durchschnittswert ansteigt und somit der zu überschreitende Schwellenwert höher liegt. Grundsätzlich lässt sich konstatieren, dass Krankheiten, die vermehrt oder nur in höheren Altersklassen auftreten, deutlich leichter die Schwellenwertprüfung bestehen können, da auch die Durchschnittsausgaben älterer Versicherter überdurchschnittlich hoch sind. Auch eine schwankende Kodierqualität – insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung – kann dazu führen, dass sich die Struktur der relevanten Versichertengruppe verändert und sich somit auch die zugehörigen Durchschnittswerte verändern. Die sich aufgrund schwankender Kodierqualität verändernden Versichertengruppen betreffen auch die Erfüllung der beiden weiteren Kriterien „schwerwiegend" und „chronisch".
- **Kriterium „schwerwiegend":** Hier kann das vermehrte Auftreten der Krankheit in jüngeren Altersklassen dazu führen, dass dieses Kriterium nicht erfüllt wird, da die Hospitalisierungsquoten in jüngeren Altersklassen in der Regel niedriger liegen als in höheren Altersklassen. Auch eine allgemein verstärkte Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung kann zu reduzierten Hospitalisierungsquoten der betroffenen Versicherten führen.
- **Kriterium „chronisch":** Um dieses Kriterium zu erfüllen, müssen mindestens 50% der von dieser Krankheit betroffenen Versicherten eine der Krankheit zugehörige gesicherte Diagnose in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen des Kalenderjahres aufweisen. Sollte aufgrund verbesserter Therapieverfahren die Krankheitsdauer verkürzt werden, könnte dies das Kriterium der Chronizität beeinflussen.
- **Kriterium „kostenintensiv":** Die Kostenintensität wird durch eine Multiplikation von Prävalenz und krankheitsspezifischen Kosten ermittelt. Somit kann entweder eine Reduktion der Prävalenz oder aber der Kosten (oder zumindest ein weniger starker Anstieg als bei den Prävalenzen bzw. Kosten anderer Krankheiten) dazu führen, dass eine Krankheit aus den Top 80 verdrängt wird. Dies wäre auch dann der Fall, wenn eine andere (ambulante) Kodierpraxis umgesetzt wird und dadurch auch weniger kostenintensive Versicherte in die Analysen einbezogen werden, da die krankheitsspezifischen Kosten in der für die Rangfolge relevanten Multiplikation stärker gewichtet werden als die Prävalenz (die mit der Quadratwurzel berücksichtigt wird).

Empirische Auswirkungen von Anpassungen

Die regelmäßige Prüfung und Aktualisierung der Krankheitsliste ist mit entsprechendem Aufwand im Wissenschaftlichen Beirat und im BVA verbunden (der bei einem Vollmodell entfallen würde). Für das Jahr 2011 wurde die ursprünglich angedachte jährliche Aktualisierung der Krankheitsliste ausgesetzt, um sich stattdessen weiteren Fragestellungen hinsichtlich einer Verbesserung des Zuweisungsverfahrens zu widmen (BMG 2010). Für das Jahr 2017 wurde der Wissenschaftliche Beirat damit beauftragt, ein Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA und bestehenden relevanten Anpassungsvorschlägen zu erstellen und wurde von der Aktualisierung der Krankheitsliste für das Jahr 2018 entbunden (BMG 2016). Auch für das kommende Jahr 2019 wurde das Verfahren ausgesetzt, um in einem weiteren Sondergutachten eine empirische Abschätzung regionaler Verteilungswirkungen des Morbi-RSA vorzunehmen (BMG 2017).

Im jährlichen Anhörungsverfahren haben Krankenkassen und deren Verbände die Möglichkeit, Vorschläge oder Anregungen für Anpassung der Krankheitsliste einzureichen. Der Wissenschaftliche Beirat prüft die jeweiligen empirischen Auswirkungen und gibt dem BVA entsprechende Empfehlungen für die Verfahrensanpassungen. Die Krankheiten der Krankheitsliste werden teilweise durch mehrere Morbiditätsgruppen (MGn) abgebildet (derzeit sind es mehr als 200 MGn), für die die Zuweisungen im Rahmen eines sogenannten Regressionsverfahrens ermittelt werden. Dabei gleicht der Morbi-RSA keine zeitgleichen Kosten aus, sondern lediglich die durch die entsprechenden Morbiditätsmerkmale entstehenden Ausgaben des Folgejahres.

Neben der Beschränkung auf maximal 80 Krankheiten wird ebenso die regelmäßige Prüfung und Aktualisierung der Liste kritisiert. Als Begründung wird die Planungsunsicherheit angeführt, der Krankenkassen mit Blick auf die Zuweisungen ausgesetzt sind, weil eine Aufnahme in die oder die Streichung einer Krankheit aus der Krankheitsliste entsprechende Auswirkungen auf die Zuweisungsbeträge und damit auch auf die Deckungsquoten von Subgruppen ausübt. Dies beeinflusst die Wettbewerbsposition einer Krankenkasse. Die Beschränkung auf 80 Krankheiten wird als willkürlich gesetzt kritisiert, die auf keiner empirischen Herleitung beruht. Es gibt tatsächlich kein wesentliches Argument, warum keine vollständige Krankheitsliste im Morbi-RSA berücksichtigt werden sollte, außer dem erhöhten Aufwand in der Entwicklung und Pflege des Klassifikationssystems, wobei auch die Umsetzung des Auswahlverfahrens mit signifikanten Transaktionskosten und erheblichem Konfliktpotential verbunden ist (Drösler et al. 2017: 279). Somit hat auch der Wissenschaftliche Beirat in seinem Sondergutachten die Empfehlung ausgesprochen, die vollständige Krankheitsliste im Verfahren zu berücksichtigen (Drösler et al. 2017: 292). Dabei kann auch angeführt werden, dass die Beschränkung der Krankheitsliste lediglich im Rahmen einer „Übergangsphase" vorgesehen war, um unvorhersehbare Verwerfungen im Rahmen des Übergangs zu einer direkten Morbiditätsorientierung zu vermeiden (Drösler et al. 2017: 254). Es stellt sich somit die Frage, wann diese „Übergangsphase" als beendet bezeichnet werden kann. Allerdings wird hier von Kritikern auch angezweifelt, ob die Berücksichtigung von künftig mehr als 360 Krankheiten die Resistenz gegen Fehlanreize erhöhen kann, denn die Kontrolle über die Kodierung würde vermutlich komplizierter und unüberschaubarer werden (BKK Dachverband 2018).

Welche konkreten Verteilungswirkungen die Verwendung einer vollständigen Krankheitsliste letztlich hätte, kann bisher nicht valide abgeschätzt werden, wenngleich einige einfachere Simulationsansätze vorliegen, die z. B. der Wissenschaftliche Beirat durchgeführt hat.

Beispiel: Adipositas

Mit einem Vollmodell entfällt ein weiteres Korrektiv, nämlich die jährliche neue Krankheitsauswahl im Morbi-RSA. Aktuell stellt diese sicher, dass eine Krankheit z. B. wegen sinkender, durchschnittlicher Fallkosten wieder aus der Krankheitsauswahl gestrichen werden kann. Dies zeigt sich beispielsweise für das Fallbeispiel Adipositas im Jahr 2016. Um die empirischen Auswirkungen einer sich verändernden Krankheitsliste nachvollziehen zu können, muss die Funktionsweise des dahinterstehenden Regressionsverfahrens berücksichtigt werden. Am Beispiel der Adipositas lassen sich die Auswirkungen einer Streichung aus der Krankheitsliste erläutern. Adipositas wurde für das Ausgleichsjahr 2013 erstmalig in die Krankheitsliste aufgenommen und im Zuweisungsverfahren berücksichtigt. Adipositas wird über Diagnosen der ICD E66 identifiziert, und berücksichtigt werden dabei Versicherte mit einem BMI (Body-Mass-Index) > 35. Die Krankheit wurde dabei als eigenständiger Risikofaktor für die zu erwartenden Kosten im Folgejahr eingestuft. Teilweise wurde dabei kritisiert, dass eigentlich die mit einer Adipositas assoziierten Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes mellitus usw. bereits in der Krankheitsliste enthalten sind und somit die Adipositas als eigenständiges Risikomerkmal als unnötig eingestuft wurde. Adipositas wird international als eigenständige, chronische Erkrankung verstanden, in Deutschland aber teilweise noch als Lebensstilphänomen ohne eigenen Krankheitswert gesehen.

Für das Ausgleichsjahr 2017 erreichte die Adipositas in der Reihung der Krankheiten nach Kostenintensität nur noch Rang 88 und wurde somit wieder aus der Krankheitsliste gestrichen. Zwar nahm die Kodierung evtl. aufgrund finanzieller Anreize zu und näherte sich der tatsächlichen Prävalenz an, allerdings konnte das Kriterium der Kostenintensität insgesamt nicht mehr erfüllt werden. Dies kann damit begründet werden, dass die krankheitsspezifischen Kosten und/oder die Prävalenz unter das Niveau anderer Krankheiten gefallen ist.

Waren für die Aufnahme in die Krankheitsliste wahrscheinlich insbesondere schwerere Fälle von Adipositas, wie z. B. chirurgische Fälle, verantwortlich, wurde jetzt zusätzlich im ambulanten Bereich die Diagnose Adipositas bei Patienten kodiert, die aber keine entsprechende Therapie erhalten haben, da eine konservative Therapie der Adipositas nicht im GKV-Leistungskatalog (EBM oder Heilmittelkatalog) existiert.

Durch diesen Effekt ist das durchschnittliche Ausgabenniveau gesunken und kann hierbei zu einer Reduktion des Adipositas-Kostengewichtes geführt haben. Auch für die Ausgleichsjahre 2018 und 2019 ist die Krankheit nicht mehr auf der Krankheitsliste zu finden, da die Aktualisierung der Krankheitsliste ausgesetzt wurde. Eine Streichung der Krankheit bedeutet allerdings nicht, dass es keine Zuweisungen für Versicherte mit Adipositas mehr gibt. Die bisher auf die Adipositas entfallenen anteiligen Ausgaben der betroffenen Versicherten werden über die anderen Merkmale der Versicherten verteilt (über Alter, Geschlecht und Komorbidität). Dabei erhöhen sich insbesondere die Kostengewichte der Merkmale, die stark mit der Adipositas korrelieren. Die Gruppe der Versicherten mit Adipositas wird dann allerdings keine 100%-ige Deckung mehr aufweisen, sondern unterdeckt sein. Auf Grund des Regressionsver-

fahrens ist die Deckung einer Gruppe, die durch ein in die Regression aufgenommenes Merkmal (Adipositas) gebildet wird, immer genau 100%. Durch das Herausfallen aus der Krankheitsliste wird die Adipositas nicht mehr als erklärende Variable in das Regressionsmodell aufgenommen und die Deckung wird nicht mehr 100% sein, sondern aller Voraussicht nach unter 100% fallen.

Auswirkungen und Anreizwirkungen

Veränderungen der Krankheitsliste haben auch immer eine entsprechende Außenwirkung, bzw. erzeugen auch immer Anreize bei den einzelnen Akteuren. In der Fachpresse und insbesondere in der allgemeinen Presse werden Sachverhalte allerdings oft missverständlich bzw. unvollständig dargestellt und kommuniziert. Die Streichung einer Krankheit von der Liste hat auch eine Signalwirkung für die Öffentlichkeit und die politischen Entscheider. So wird eine Streichung häufig mit einer Herabsetzung der Bedeutung dieser Krankheit für die Gesamtgesellschaft gleichgesetzt. Die Aufnahme einer Krankheit in die Liste kann hingegen das öffentliche Interesse erhöhen und die Bedeutsamkeit der Krankheit für das Gesundheitssystem und die Notwendigkeit weitergehender gesundheitspolitischer Reformen/Aktivitäten aufzeigen. Interessenverbände bzw. Patientenorganisationen kritisieren deshalb die negative Wirkung, die von einer Streichung von der Krankheitsliste ausgeht.

Für Krankenkassen geht die Streichung einer Krankheit mit dem Wegfall krankheitsspezifischer Zuweisungsbeträge einher und mit einer Unterdeckung von Versicherten mit dieser Krankheit, wenngleich ein Teil der entfallenen Zuweisungen über korrelierende Zuweisungsgruppen ausgeschüttet wird. Verstärkte Aktivitäten hinsichtlich selektivvertraglicher Strukturen (z. B. Integrierte Versorgung) sind insbesondere für Krankheiten der RSA-Krankheitsliste theoretisch begründbar, weil monetäre Anreize vorliegen, in die Versorgung dieser Klientel zu investieren (davon unberührt sind selektivvertragliche Aktivitäten, die primär die Kostenseite positiv beeinflussen sollen). Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass im Rahmen von Selektivverträgen die Diagnosedichte und Diagnosequalität gesteigert und somit die Höhe der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA positiv beeinflusst werden kann (Dietzel et al. 2017: 7).

Das Beispiel Adipositas zeigt, dass monetäre Anreize zu einem verstärkten Right-Coding führen können. Es zeigt aber auch, dass krankheitsbezogene Zuweisungen aus dem Morbi-RSA nicht unbedingt zu einer verbesserten Versorgung führen müssen, sondern in Mitnahmeeffekten auf der Erlösseite der Krankenkassen resultieren können. Zusätzliche diagnosebezogene Zuweisungen wurden nicht in entsprechende Therapien reinvestiert. Aufgrund der dann fallenden Durchschnittskosten ist der Mitnahmeffekt jedoch zeitlich befristet.

Die Tatsache, dass eine Krankheitsauswahl und keine vollständige Krankheitsliste verwendet wird und regelmäßige Anpassungen der Liste erfolgen, konfrontiert Krankenkassen mit einer zusätzlichen Planungsunsicherheit hinsichtlich der Zuweisungen.

Fazit und Ausblick

Die Krankheitsliste stellt die Basis für das Ausgleichsverfahren im Morbi-RSA dar. Der Gesetzgeber hat eine auf 50-80 Krankheiten reduzierte Krankheitsliste vorgeschrieben. Dabei soll es sich insbesondere um schwerwiegende sowie kostenintensive und chronische Erkrankungen handeln. Die Operationalisierung dieser Kriterien und die Krankheitsauswahl ist seit Einführung des Morbi-RSA Gegenstand intensiver fachlicher Diskurse. Teilweise erfolgen die Argumentationen einzelner Akteure nur unvollständig, bzw. es erfolgt eine verkürzte Darstellung der Problematik; oder Verzerrungen in einem Bereich werden mit bestehenden Verzerrungen in einem anderen Bereich verteidigt. Die Krankheitsauswahl soll in der Regel jährlich geprüft und aktualisiert werden, wurde aber für die Aus-

Literatur

Bundesversicherungsamt (2008): Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA (29.05.2008), online unter: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/AJ_2009/Festlegung_Krankheiten.zip.

BKK Dachverband (2017): Mechanik Morbi-RSA – einfach, transparent, manipulationssicher, in Betriebskrankenkassen Sonderausgabe 1-2017, online unter: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/bkk_SA01_2017_web.pdf.

BKK Dachverband (2018): Vollmodell im Morbi-RSA: Mehr Anreize zur Manipulation, online unter: https://www.bkk-dachverband.de/politik/morbi-rsa/detailansicht/news/detail/News/vollmodell-im-morbi-rsa-mehr-anreize-zur-manipulation.html.

BMG (2010): Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit von November 2010, online unter: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/Erlass_BMG_12.pdf.

BMG (2016): Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit von Dezember 2016, online unter: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/2016_12_13_Erlass.pdf.

BMG (2017): Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit von Juni 2017, online unter: https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/AJ_2019/Erlass_BMG_29062017.pdf.

BMG (2019): Referentenentwurf: Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung, online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/RefE_Gesetz_fuer_eine_faire_Kassenwahl_in_der_GKV.pdf.

Dahl H, Lux G, Matusiewicz D (2012): Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich im Jahre 2011 – eine Bestandsaufnahme, in: Mühlbauer B, Kellerhoff F, Matusiewicz D: Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft, Schriftenreihe Gesundheitsökonomie: Politik und Management, Bd. 10, LIT-Verlag, Münster, 1. Auflage, S. 395-405.

Dietzel J., Neumann K., Stibbe H. (2017): Versorgungsverträge und die Vergütung von Diagnosen im ambulanten Sektor – Zusammenhänge mit dem Morbi-RSA, online unter: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e15829/e20178/e20179/e20180/attr_objs20181/17_04_11_IGES_Diagnosen_Morbi_RSA__ger.pdf.

Drösler S., Garbe E., Hasford J., Schubert I., Ulrich V., van de Ven W., Wambach A., Wasem J., Wille E. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018): Anzahl der Krankenkassen, online unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=46147480&nummer=304&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=59021559.

Matusiewicz D (2016): Ein lernfähiger Morbi-RSA - zwischen Solidarität und Wettbewerb, in: BKK Magazin, Gesundheit und Politik, Ausgabe 6, 2016, S. 16-23.

Techniker Krankenkasse Presse & Politik (2017): Risikostrukturausgleich, online unter: https://www.tk.de/tk/risikostrukturausgleich/risikostrukturausgleich/946452.

Ulle T., Jahn R., Wasem J. (2009): Die „Essener Liste" von Erkrankungen für den morbiditätsorientierten RSA – Der Einfluss der Auswahl von Erkrankungen auf den Kassenwettbewerb. In Göpffarth D., Greß S., Jacobs K., Wasem J.: Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008.

Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) vom 03. Januar 1994 (BGBl. 1994, Nr. 1, S. 55); Stand: 10.04.2017.

gleichsjahre 2011, 2018 und 2019 ausgesetzt. Die Streichung einer Krankheit von der Liste bzw. deren Aufnahme führt zu entsprechenden Auswirkungen in der öffentlichen Meinungsbildung und zu Signalen an die gesundheitspolitischen Akteure. Für Krankenkassen sind RSA-Krankheiten mit monetären Anreizen verbunden, in die Versorgung zu investieren. Das Beispiel Adipositas verdeutlicht, dass dieses Ziel nicht unbedingt verfolgt wird und Krankenkassen zeitlich befristete Mitnahmeffekte generieren können. Eine Aufhebung der Krankheitsauswahl weist deutliche Vorteile auf, die die möglichen Nachteile überwiegen und deshalb umgesetzt werden sollte. Auch der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt unter anderem aufgrund sich verbessernder Modellkennzahlen (Vgl. Drösler et al. 2017: S. 272) die Verwendung einer vollständigen Krankheitsliste. Des Weiteren würde auch eine Planungssicherheit bei Krankenkassen gewährleistet und die stetige Diskussion der Krankheitsauswahl obsolet sein. Wie das Beispiel Adipositas zeigt, steht einer rein Diagnose-bezogenen Morbi-RSA-Zuweisung nicht unbedingt eine entsprechende Versorgung der Versicherten gegenüber.

Das aktuelle Referentenentwurf des „Faire-Kassenwahl-Gesetzes" (GKV-FKG) vom 25.03.2019 beinhaltet unter anderem die Einführung des Krankheits-Vollmodells, das die in diesem Artikel aufgeführten Nachteile beheben würde. Des Weiteren ist eine Differenzierung der Zuweisungen dahingehend geplant, dass Diagnosen von Hausärzten und Fachärzten zu unterschiedlichen Zuweisungsbeträgen führen, da in der Regel vom Hausarzt kodierte Diagnosen mit niedrigeren Ausgabenniveaus einhergehen (BMG 2019). Dies könnte ebenfalls entsprechende Anreize der kassenseitigen Einflussnahme auf die Kodierpraxis reduzieren. <<

List of diseases in the risk adjustment system and its incentive-effects - The Adipositas Examplel

Morbidity-based risk structure compensation (Morbi-RSA) is used to allocate the health fund's payments to the sickness funds on the basis of the morbidity characteristics of the insured. This is based on a list of diseases that are particularly expensive and chronic or severe. In addition to the limitation of the underlying list of diseases, the operationalization of the criteria for the selection of diseases is discussed and criticized in the professional world in particular. Changes in the list of diseases always have a corresponding external effect or always generate incentives among the individual actors. This article deals with these effects and incentive effects and describes them exemplarily by means of the disease obesity, which was added to the list and deleted again. It also discusses and evaluates the possible alternative use of the complete spectrum of diseases, which would give the sickness funds appropriate planning certainty and consistently improve the model performance figures..

Keywords

risk adjustment system, list of diseases, incentives, obesity

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Lux, G., Matusiewicz, D.: „Die Krankheitsliste im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und deren Anreizwirkungen – Das Beispiel Adipositas", in: „Monitor Versorgungsforschung" (03/19), S. 73-77, doi: 10.24945/MVF.03.19.1866-0533.2150

Prof. Dr. rer. medic. Gerald Lux
arbeitet als Professor und Dekanatsbeauftragter im Hochschulbereich Gesundheit & Soziales an der FOM Hochschule. Zudem ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und promovierte zum Thema des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.
Kontakt: Gerald.Lux@fom.de



Prof. Dr. rer. medic. David Matusiewicz
ist Professor für Medizinmanagement an der FOM Hochschule. Seit 2015 verantwortet er als Dekan den Hochschulbereich Gesundheit & Soziales und leitet als Direktor das Forschungsinstitut für Gesundheit & Soziales (ifgs). Vor seiner Professur arbeitete er mehrere Jahre als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Kontakt: David.Matusiewicz@fom.de

