



DER MORBIDITÄTSORIENTIERTE RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

RITTERSCHLAG FÜR DEN MORBI-RSA	
■ JACOBS: SOUVERÄNES FEHLERMANAGEMENT GEFRAGT	2
AMS-DOKUMENTATION	
■ GUTACHTEN BESTÄTIGT MORBI-RSA	5
AMS-HINTERGRUND	
■ SO FUNKTIONIERT DER MORBI-RSA	8
AMS-STICHWORT	
■ DER METHODENFEHLER IM MORBI-RSA	9
AMS-GRAFIK	
■ DIE DECKUNGSQUOTEN DER MORBI-RSA-ZUSCHLÄGE	11
AMS-CHRONIK	
■ DER LANGE WEG ZUM MORBI-RSA	12
AMS-GLOSSAR	
■ VON GESUNDHEITSFONDS BIS ZU ZUSCHLÄGEN	15
AMS-SERVICE	
■ ZAHLEN – FAKTEN – LINKS	18

Ritterschlag für den Morbi-RSA

Jacobs: Jetzt ist souveränes Fehlermanagement gefragt

26.01.12 (ams). Ohne einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wäre es um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und vor allem um eine zielgenaue Versorgung kranker Menschen schlecht bestellt. Er ist unabdingbare Voraussetzung für ein gutes Versorgungsmanagement im Kassenwettbewerb, beschreibt Professor Klaus Jacobs das Instrument, das insofern einen wichtigen Beitrag leistet, den Gesundheitszustand und die Lebensqualität von Versicherten zu verbessern. Dass der Morbi-RSA grundsätzlich dafür taugt, wurde kürzlich eindrucksvoll bestätigt. Mit der Veröffentlichung des „Evaluationsberichts zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich“ des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA hat der Morbi-RSA geradezu einen Ritterschlag erhalten. Jetzt geht es nach Worten des Geschäftsführers des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) darum, einige Stellschrauben noch genauer zu justieren.

Die Zielgenauigkeit von Zuweisungen sei durch den Morbi-RSA erhöht, die Deckung durchschnittlicher Leistungsausgaben deutlich verbessert worden, schreiben die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) beauftragten Gutachter – darunter die Professoren Jürgen Wasem und Eberhard Wille – in ihrem Bericht. Optimierungsmöglichkeiten sehen sie gleichwohl: Und zwar besonders bei den Zuweisungen für Versicherte, die unter Krankheiten mit hoher Sterblichkeit und ausgeprägter Multimorbidität leiden. Für Jacobs ist damit klar: Für die Regierung besteht nun Handlungsbedarf in Fragen der Feinjustierung. Schließlich sei der Morbi-RSA als „lernendes System“ konzipiert. Er appelliert deshalb an die Politik, souverän auf das Gutachten zu reagieren und nicht auf ihren unbegründeten Vorfestlegungen zu beharren.

Unschätzbar für den Wettbewerb

Die Koalition aus CDU/CSU und FDP hatte sich nämlich ursprünglich vorgenommen, den Morbi-RSA auf das „notwendige Maß“ zurückzuführen, also abzuspecken. Der Bericht des Beirats weist aber in eine andere Richtung. So ist das Gutachten ganz klar zu dem Schluss gekommen, dass die Einführung des Morbi-RSA Anfang 2009 richtig und wichtig war. „Vor allem macht der Bericht deutlich, wie bedeutsam der Morbi-RSA für ein wettbewerblich ausgerichtetes Krankenversicherungssystem ist“, so Jacobs. Ziel der Einrichtung des Morbi-RSA sei es schließlich gewesen, die Finanzmittel des Gesundheitsfonds genau dorthin fließen zu lassen, wo sie zur Versorgung kranker Menschen benötigt werden. Dadurch wurden Anreize zur Risikoselektion im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verringert und der Wettbewerb

gleichzeitig stärker auf die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung gelenkt.

„Die Notwendigkeit des Instruments Morbi-RSA zeigt sich nicht nur bei uns, sondern auch in Nachbarländern mit ähnlichen Gesundheitssystemen“, so Jacobs weiter. Die Niederlande beispielsweise haben den Risikostrukturausgleich schon länger direkt mit der Morbidität der Versicherten verknüpft. Das dortige Gesundheitsministerium konstatiert: „Der Risikostrukturausgleich verhindert nicht nur die Risikoselektion, sondern fördert auch den ehrlichen Wettbewerb der Krankenversicherungen.“ Und auch in der Schweiz wird sich der RSA ab 2012 stärker an der Morbidität orientieren. Dort geht das Bundesamt für Gesundheit ebenfalls davon aus, auf diese Weise für mehr Wettbewerbsgerechtigkeit zu sorgen.

Beim deutschen Morbi-RSA gibt es dem Gutachten zufolge an verschiedenen Stellen Optimierungsbedarf – vor allem in der Frage des Umgangs mit in Bezug auf das Kalenderjahr unvollständigen Versichertenepisoden. Hier empfiehlt das Gutachten, die Ausgaben von allen Versicherten, deren Versicherungszeiten kürzer als ein Kalenderjahr sind, gleich zu behandeln. Der Beirat weist in seinem Bericht explizit darauf hin, dass er „das Bundesversicherungsamt wiederholt aufgefordert (hat), auf die Sonderbehandlung Verstorbener entsprechend dem internationalen wissenschaftlichen Standard zu verzichten“. Dazu Jacobs: „Wenn die Politik wollte, könnte sie aus dem Evaluationsbericht also ungeheuer viel lernen.“ Drei Lernziele sollten nach seiner Einschätzung Priorität haben:

Priorität für drei Lernziele

Erstens: Ein nicht geringer Teil der festgestellten Defizite im derzeit praktizierten RSA ist nach Jacobs Ausführungen einem Methodenfehler geschuldet. Danach fallen die Risikozuschläge für Versicherte, die wegen einer schweren Krankheit oder wegen ihres Alters ein vergleichsweise großes Sterberisiko haben, systematisch zu niedrig aus, weil sie falsch ermittelt werden. Jacobs: „Das gehört umgehend korrigiert, wozu dem Bundesversicherungsamt schon ein entsprechender Wink aus dem BMG genügen dürfte.“ Damit sollte auch die zynische Faktenverdrehung in dieser Frage endlich vorbei sein, die in der Formulierung „Geld für Tote“ von Morbi-RSA-Gegnern gipfelte.

Zweitens: Die (willkürliche) Begrenzung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten auf maximal 80 durch den Gesetzgeber beeinträchtigt wegen der empirisch festgestellten engen Verflechtung des Krankheitsgeschehens über Komorbiditäten den Morbi-RSA nicht so gravierend, dass jetzt eine Korrektur notwendig wäre. Deshalb sollte der Beirat in seinem nächsten Gutachten eine Vervollständigung des Krankheitsspektrums im RSA untersuchen, bei der die neuen Krankheiten in das bestehende hierarchische Klassifikationssystem einbezogen würden.

Drittens: Im Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung erscheint es, so Jacobs weiter, höchst zweifelhaft, ob der RSA der richtige Ort zur Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist. „So erscheint etwa Bayern in sich kaum weniger heterogen als Deutschland insgesamt.“ Auch im Wissenschaftlichen Gutachten heißt es, es sei fraglich, „ob der Risikostrukturausgleich das richtige Instrument für die Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist“.

Nach Jacobs' Einschätzung bleibt es im Gesundheitssektor vor allem in der Frage des zielorientierten Wettbewerbs spannend. Dazu gehören nach seinen Worten im Interesse von mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung neben den richtigen Anreizen „auch genügend wirksame Handlungsparameter auf einzelwirtschaftlicher Ebene. Der Morbi-RSA ist notwendige Voraussetzung für versorgungsorientierten Kassenwettbewerb, weil er für richtige Handlungsanreize sorgt. Anreize allein genügen aber nicht, wenn wirksame Handlungsoptionen im Vertragswettbewerb fehlen. Leider sieht es so aus, dass das Versorgungsstrukturgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, die bestehenden Defizite in dieser Frage unverändert bestehen lässt. Versorgungsorientierter Kassenwettbewerb im Interesse der Versicherten und Patienten ist von der jetzigen Bundesregierung offenbar gar nicht gewollt.“

(ter)

Weitere Infos:
www.morbi-rsa.de

**Eine Bewertung des Gutachtens im
AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G 12/11):**
www.aok-bv.de/mediathek/gg/index_07035.html



ams-Dokumentation: Auszüge aus dem Gutachten

„Der Morbi-RSA hat die Zielgenauigkeit der Zuweisungen erhöht“

26.01.12 (ams). Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hat der Regierung im Sommer 2011 die Evaluation des Jahresausgleichs 2009 vorgelegt, der mit einiger zeitlicher Verzögerung auch der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurde. Ein Schwerpunkt des Berichts ist eine Analyse der Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Insgesamt kommt der Bericht zu einem positiven Ergebnis mit der Kernaussage, dass die Einführung des Morbi-RSA richtig war. Der AOK-Medienservice (ams) dokumentiert ausgewählte Passagen des Berichts:

„Insgesamt hat die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gegenüber dem bis zum Jahr 2008 bestehenden Risikostrukturausgleich einschließlich Risikopool die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben erhöht. Die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten führt zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene. Überraschenderweise gilt dies nicht nur für die 80 im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten, sondern aufgrund von Komorbiditätseffekten auch für dort nicht berücksichtigte Krankheiten. Allerdings zeigt sich auf der Grundlage der Ergebnisse des Jahresausgleichs 2009, dass auch hier noch Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Deckungsquoten von Versicherten mit Krankheiten besteht, die mit hoher Letalität und ausgeprägter Multimorbidität einhergehen. Für ‚Gesunde‘ und Versicherte, die geringe Ausgaben verursachen, bestehen umgekehrt nach wie vor spürbare Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Ein ‚Übermaß‘ an Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich kann daher bei dieser Datenlage nicht konstatiert werden.“

Bezüglich der im RSA berücksichtigten Erkrankungen beziehungsweise hinsichtlich der Diskussion um eine Verringerung von 80 Krankheiten auf 50 beziehungsweise 30 Krankheiten kommt der Beirat zu folgendem Schluss:

„Die empirische Analyse zeigt, dass der Vorschlag einer Reduktion der Zahl der berücksichtigten Krankheiten nicht zielführend ist. Die Überdeckung für ‚gesunde‘ Versicherte und die Unterdeckung Multimorbider werden verschärft. Dies gilt entsprechend auf der Beobachtungsebene der Krankenkassen. Verschärft wird diese Problematik, wenn neben der Zahl der Krankheiten auch die Abgrenzung und Auswahlkriterien für die Krankheiten restriktiver gewählt werden. Auch in regionaler Hinsicht ergeben sich nicht zielführende Wirkungen. Ähnlich würde die Beschränkung auf maximal einen Zuschlag je Versicherten wirken, die vom Beirat daher ebenfalls nicht empfohlen wird.“

Auch der „umgekehrte“ Vorschlag einer Komplettierung der Krankheitsliste wird vom Wissenschaftlichen Beirat exemplarisch empirisch untersucht, indem sämtliche der 286 gegenwärtig nicht im RSA berücksichtigten Erkrankungen potenziell für einen Zuschlag zugelassen werden. Im prospektiven Modell würden sich hierbei auf der Datenbasis des Jahresausgleichs 2009 faktisch für 126 heute nicht berücksichtigte Erkrankungen Zuschläge ergeben. Die Erweiterung würde zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf der Ebene von Individuen und Gruppen von Versicherten führen und systematische Überdeckungen bei Krankenkassen mit geringer und Unterdeckungen bei Krankenkassen mit hoher Morbidität tendenziell abbauen. Allerdings sind die Effekte aufgrund des Einflusses der Komorbiditäten teilweise widersprüchlich und nicht immer konsistent. Es ist aber einschränkend darauf hinzuweisen, dass für die zusätzlich berücksichtigten Erkrankungen kein ausgefeiltes Klassifikationssystem entwickelt werden konnte, sondern lediglich für jede Erkrankung ein Zuschlag vorgesehen wurde. Die Zielgenauigkeit einer Komplettierung des Krankheitsspektrums dürfte größer sein, wenn auch die neuen 286 Krankheiten in das bestehende differenzierte, hierarchische Klassifikationssystem einbezogen würden.

„Auf Sonderbehandlung Verstorbener verzichten“

Zum heiß diskutierten Thema der Annualisierung weist der Beirat darauf hin, dass er das Bundesversicherungsamt „wiederholt aufgefordert“ habe, „auf die Sonderbehandlung Verstorbener entsprechend dem internationalen wissenschaftlichen Standard zu verzichten“. In der Zusammenfassung des Berichts heißt es wörtlich:

„Aufgrund der empirischen Analysen hält es der Wissenschaftliche Beirat für geboten, die Ausgaben von allen Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden zu annualisieren. Gegenwärtig ist dies bei den Ausgaben von im Berichtsjahr verstorbenen Versicherten nicht der Fall – anders als in der internationalen Wissenschaft empfohlen und in den übrigen Ländern mit Morbi-RSA praktiziert. Das gegenwärtige Verfahren führt dazu, dass die Ausgaben Verstorbener den Risikogruppen nur unvollständig zugerechnet werden und die ermittelten standardisierten Leistungsausgaben insbesondere in Risikogruppen, die eine hohe Mortalität aufweisen, systematisch zu niedrig ausfallen. Die Folge ist, dass der Risikostrukturausgleich Unterschiede in den Altersstrukturen zwischen den Krankenkassen nicht mehr vollständig ausgleicht und Krankheiten mit hoher Mortalität (z.B. bösartige Neubildungen) systematische Unterdeckungen aufweisen.“

Mit einer Annualisierung der Ausgaben auch von verstorbenen Versicherten kann auf Individual- und Gruppenebene sowie auf der Ebene der Krankenkassen eine größere Zielgenauigkeit der Zuweisungen erreicht werden. Die im Jahresausgleich 2009 beobachtete Tendenz, nach der mit der durchschnittlichen Morbidität einer Kasse ihre Unterdeckung zunahm, würde bei

einer sachgerechten Annualisierung weitestgehend beseitigt. Auch würde die festgestellte Belastung von Krankenkassen mit vielen Hochkostenfällen weitgehend beseitigt, so dass damit dann auch die Notwendigkeit der Einführung eines Risikopools reduziert würde.“

Das Gutachten zum Download:
www.bmg.bund.de/morbi-rsa



ams-Hintergrund

Die Funktionsweise des Morbi-RSA

26.01.12 (ams). Mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sollen die Gelder aus dem Gesundheitsfonds dort ankommen, wo sie zur Versorgung der Versicherten am dringendsten benötigt werden. Dazu erhält jede Krankenkasse zunächst für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese Grundpauschale wird durch ein System von Zu- und Abschlägen angepasst mit dem Ziel, Kassen mit vielen schwerkranken Versicherten gegenüber Kassen mit vielen Gesunden nicht zu benachteiligen. Merkmale für die Anpassung sind Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie die Krankheitslast anhand von 80 ausgewählten Krankheiten. Für einen Gesunden erhalten die Kassen einen geringeren Betrag als die Grundpauschale, für Kranke gibt es Zuschläge. So gibt es im Wesentlichen Alters-Geschlechtsgruppen, Erwerbsminderungsgruppen und Morbiditätsgruppen.

Ansatzpunkt dafür, ob eine Kasse für einen Versicherten einen Morbiditätszuschlag erhält, sind die ärztlichen Diagnosen. In der ambulanten und stationären Versorgung verschlüsseln die Ärzte jede Diagnose nach einem international gültigen Klassifikationssystem, dem ICD-10 (International Classification of Diseases). Von den mehr als 15.000 ICD-10-Codes stehen etwa 3.800 mit einer der 80 ausgewählten Krankheiten in Verbindung. Bei den niedergelassenen Ärzten ist eine Zweitdiagnose derselben Krankheit in mindestens einem anderen Abrechnungsquartal erforderlich, damit ein Versicherter in die entsprechende Morbiditätsgruppe eingestuft wird. Für einige Krankheiten ist außerdem ein entsprechender Therapienachweis notwendig, etwa dann, wenn ein Klinikaufenthalt oder eine bestimmte Arzneimitteltherapie medizinisch zwingend erforderlich sind.

Die Höhe der Zuschläge sollen nicht die laufenden Behandlungskosten decken, sondern die mit dieser Krankheit verbundenen Folgekosten (prospektive Berechnung). Daher wird für jede Morbiditätsgruppe, die für den Morbi-RSA ausschlaggebend ist, geprüft, welche Ausgaben GKV-durchschnittlich für Versicherte mit entsprechender Diagnose im Jahr nach der Diagnosestellung entstanden sind. Folgekosten, die mit der Diagnosestellung nicht in ursächlichem Zusammenhang stehen, werden dabei herausgerechnet.

ams-Stichwort: Unvollständige Annualisierung

Der Methodenfehler im Morbi-RSA

26.01.12 (ams). Aufgrund eines Methodenfehlers im Berechnungsverfahren für die Morbiditätszuschläge wird GKV-weit für alte und schwerkranke Menschen systematisch zu wenig Geld zur Verfügung gestellt. Dieser Fehler besteht darin, dass bei der Berechnung der Zuschläge, auf denen die Zuweisungen an die Krankenkassen basieren, die entstandenen Behandlungskosten von Versicherten unterschiedlich berücksichtigt werden.

Die fehlende Annualisierung der Verstorbenen führt zu einer systematischen Unterschätzung der Versicherungsrisiken. Weil aufgrund dieses methodischen Fehlers die Zuschläge bei tödlich verlaufenden Krankheiten und in Altersgruppen mit hoher Sterberate fälschlicherweise gekürzt werden, sind zum Beispiel die Zuweisungen für viele Krebskranke um 15 bis 50 Prozent zu niedrig. Für hochbetagte Menschen etwa im Alter von mehr als 90 Jahren stellt der Gesundheitsfonds deshalb sogar nur Zuweisungen in Höhe von 75 Prozent ihrer tatsächlichen Ausgaben bereit. Dieser Fehler betrifft die komplette Personengruppe – unabhängig davon, ob diese Menschen verstorben sind oder leben.

Das Geld, das fälschlicherweise nicht für die Versorgung dieser Personengruppen zur Verfügung steht, wird nach dem Gießkannenprinzip auf alle Versichertengruppen umverteilt. Die Folge ist, dass im GKV-Durchschnitt junge und gesunde Versicherte auf Kosten der Zuweisungen für alte und schwerkranke Versicherte überfinanziert werden.

Die Annualisierung ist ein Verfahren, um unterschiedliche Versicherungsperioden auszugleichen. Unvollständige Versicherungsperioden haben Versicherte, die im Jahresverlauf in die GKV kommen – etwa Neugeborene – oder aus unterschiedlichen Gründen aus der GKV ausscheiden, etwa durch einen Wechsel zur PKV oder durch Tod.

Der Methodenfehler im Morbi-RSA

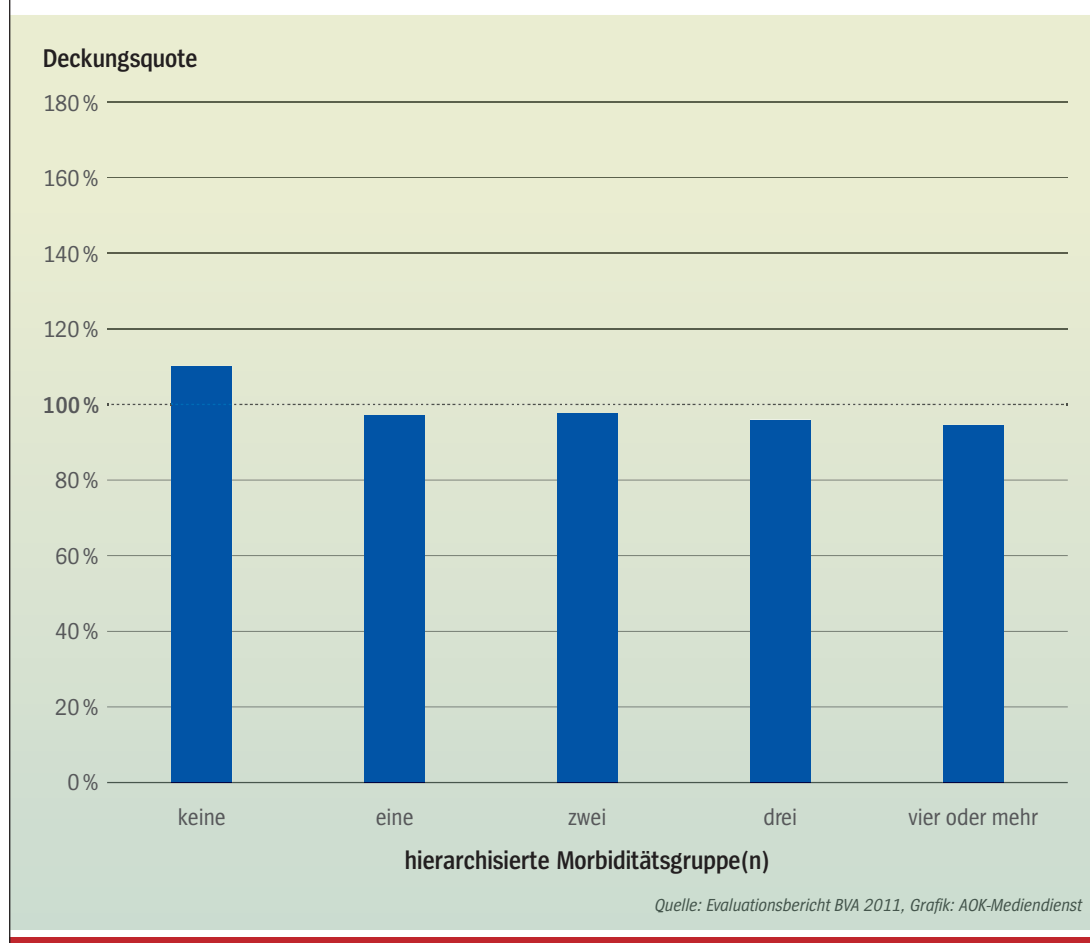
GKV-Versicherte mit weniger als 365 Versicherungstagen im Kalenderjahr	Hochrechnung im Rahmen der Berechnung der Zuschläge im Morbi-RSA		
	Vervollständigung der Versicherungstage auf ein Jahr	Vervollständigung der Kosten auf ein Jahr	Vollständige Berücksichtigung der Kosten
Wechsel zwischen GKV und PKV	ja	ja	ja
Zu- und Abwanderung GKV/Ausland	ja	ja	ja
sonstige Unterbrechung der Versicherung	ja	ja	ja
Neugeborene	ja	ja	ja
Verstorbene	ja	nein	nein

Quelle: AOK-Bundesverband, Grafik: AOK-Mediendienst

Die Aufstellung zeigt: Die verschiedenen Ursachen für unvollständige Versicherungsperioden im Jahresverlauf werden bei der Berechnung der Zuschläge im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bis auf eine Ausnahme – den Verstorbenen – gleich behandelt. Das führt dazu, dass die Zuschläge für Schwerkranke zu niedrig ausfallen.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen)

Deckungsquoten nach der Zahl der Morbiditätszuschläge



Auch unter dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) gilt: Je gesünder ein Versicherter ist, umso mehr profitiert die Krankenkasse davon. Zugleich fließt durch den Morbi-RSA das Geld zielgerichteter als vorher dorthin, wo es zur Versorgung der Kranken benötigt wird. Allerdings sinkt die Deckungsquote mit der Zahl der Krankheitsgruppen, die einem Versicherten zugeordnet sind. Dies zeigt: Für die Versorgung der Kranken stellt der Morbi-RSA noch nicht ausreichend Geld zur Verfügung.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen)

ams-Chronik:

Der Weg zum Morbi-RSA

26.01.12 (ams). Dem Start des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) am 1. Januar 2009 gingen jahrelange Diskussionen, politische Entscheidungen und Vorläuferverfahren voraus. In einer kurzen Chronik bietet der AOK-Medienservice (ams) einen Überblick über die wichtigsten Stationen auf dem Weg zum Morbi-RSA.

1977:

Ein erstes Ausgleichsverfahren wird in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Es gilt ausschließlich in der Krankenversicherung der Rentner und wird daher auch KVdR-Ausgleichsverfahren genannt. Es soll die erhöhten Ausgaben für Rentner bei einzelnen Krankenkassen durch Zahlungen untereinander ausgleichen.

1992:

Gesundheitspolitischer Konsens von Lahnstein: Bundesregierung (CDU/CSU/FDP) und SPD-Opposition legen im Herbst 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) den Grundstein für mehr Wettbewerb in der GKV. Das Gesetz beinhaltet die Einführung der freien Kassenwahl und eines GKV-weiten Risikostrukturausgleichs (RSA).

1994:

Einführung des RSA durch das GSG. Alle Krankenkassen sollen durch diesen neuen Finanzausgleich zwischen den Kassen gleiche Chancen im Wettbewerb um Versicherte haben. Das Morbiditätsrisiko wird in Form der Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht der Versicherten sowie der gesonderten Berücksichtigung der versicherten Erwerbsminderungsrentner erfasst. Das Finanzierungsrisiko wird über die unterschiedliche Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Art des Krankengeldanspruchs sowie der Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen berücksichtigt. Die Krankenversicherung der Rentner bleibt zunächst außen vor und funktioniert nach ihrem bisherigen System parallel weiter.

Die Risikostrukturausgleichs-Verordnung tritt am 3. Januar in Kraft (zuletzt geändert am 28. Juli 2011). Sie regelt die konkrete Durchführung und wird später auch die rechtliche Grundlage für Disease-Management-Programme (DMP).

1995:

Der RSA wird auf die ganze GKV ausgeweitet, allerdings nach den Rechtskreisen Ost und West getrennt. Er löst in der Krankenversicherung der Rentner den ineffizienten Ausgabenausgleich ab.

1996:

Ab jetzt werden Versicherte nicht mehr automatisch aufgrund ihres Arbeitnehmerstatus beziehungsweise ihrer Berufsgruppe einer Krankenkasse zugewiesen, sondern sie können ihre gesetzliche Krankenkasse frei wählen. Dadurch entsteht ein verstärkter Wettbewerb um sogenannte gute Risiken, also um Versicherte mit geringen Krankheitskosten und möglichst hohem Einkommen.

1999:

Das GKV-Finanzstärkungsgesetz schreibt die Einführung eines vollständig gesamtdeutschen RSA mittels eines Finanzkraftausgleichs bis 2001 vor: Die Differenz von Beitragsbedarf und Finanzkraft ergibt die Höhe des Ausgleichsanspruchs beziehungsweise der Zahlungsverpflichtung der einzelnen Kasse im Rahmen des RSA.

2000:

Mit dem Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV wird die schrittweise Einführung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs festgeschrieben.

2002:

Die RSA-Reform sieht die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) bis Ende 2006 vor. Im Vorgriff darauf werden Versicherte mit chronischen Krankheiten im RSA gesondert berücksichtigt, wenn sie in ein akkreditiertes DMP eingeschrieben sind. Für besonders aufwändige Leistungsfälle wird ein GKV-weiter Risikopool eingerichtet.

2004:

Ein Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums schlägt ein Klassifikationsverfahren für den Morbi-RSA vor. Die Ankoppelung der DMP und der Risikopool sollen wieder entfallen.

2005:

Das Bundesverfassungsgericht weist eine Klage der Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Hessen gegen den RSA ab. In der Begründung zur Entscheidung vom 18. Juli 2005 heißt es, der RSA diene dem sozialen Ausgleich. Ohne RSA sei der vom Gesetzgeber gewollte Kassenwettbewerb nicht gewährleistet. Auch das Gesetz zur RSA-Reform und der geplante Morbi-RSA seien mit der Verfassung vereinbar.

2006:

Die Große Koalition verabschiedet am 27. Oktober im Bundestag die Änderungen des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze. Sie verschiebt damit die Einführung eines Morbi-RSA von 2007 auf 2009, dem Startzeitpunkt des Gesundheitsfonds. Vorgesehen ist, dass künftig 50 bis 80 Krankheiten im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Mit der 14. RSA-Änderungs-

verordnung erhalten die Krankenkassen die rechtliche Grundlage, um die für einen Morbi-RSA notwendigen Daten zu erfassen.

2007:

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz tritt am 1. April in Kraft. Zu den zentralen Bestandteilen gehören die Einführung eines Gesundheitsfonds 2009 und die zeitgleiche Morbiditätsorientierung des RSA. Dazu soll ein wissenschaftlicher Beirat beim Bundesversicherungsamt im Dezember eine Liste von 80 Krankheiten vorlegen, für die Morbiditätszuschläge gezahlt werden sollen.

2008:

Das Bundesversicherungsamt veröffentlicht am 13. Mai 2008 die Liste der 80 Krankheiten, für die eine Krankenkasse Morbiditätszuschläge erhalten soll.

2009:

Der Gesundheitsfonds und der Morbi-RSA starten.

2011:

Das Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht am 25. September 2011 ein von ihm in Auftrag gegebenes Gutachten des wissenschaftlichen Beirats, der die Verteilungswirkungen des Morbi-RSA im ersten Jahr untersucht hat. Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass der Morbi-RSA durch die Berücksichtigung von 80 Krankheiten nicht überreguliert ist, und macht Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Systems.

ams-Glossar

Von Grundpauschale bis zu risikoadjustierten Zuschlägen

26.01.12 (ams). Nur wenige gesundheitspolitische Instrumente sind so komplex und schwer zu verstehen wie der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Der AOK-Medienservice (ams) erklärt die wichtigsten Begriffe.

Gesundheitsfonds:

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 gilt für alle Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein einheitlicher Beitragssatz, der vom Bundesgesundheitsministerium für alle Krankenkassen per Rechtsverordnung festgesetzt wird. Dieser beträgt derzeit 15,5 Prozent des Bruttolohns. Die Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber werden von den gesetzlichen Krankenkassen an den Gesundheitsfonds überwiesen. Der Zuschuss des Bundes für versicherungsfremde Leistungen der GKV fließt ebenfalls in den Gesundheitsfonds. Alle Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen, die abhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand ihrer Versicherten (Morbiditätsorientierung) sind.

Grundpauschale:

Jede Krankenkasse erhält für jeden ihrer Versicherten eine Grundpauschale. Diese orientiert sich an den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV. Kassen mit vielen älteren und kranken Versicherten würden jedoch mit dem Geld – anders als Kassen mit vor allem jüngeren, vorwiegend gesunden Mitgliedern – nicht auskommen. Damit die Mittel des Gesundheitsfonds dahin fließen, wo sie für die Versorgung am dringendsten benötigt werden, hat der Gesetzgeber auf Basis einer Liste mit 80 ausgewählten Krankheiten ein System von risikoadjustierten Zu- und Abschlägen eingeführt.

Krankheitshierarchien:

Die im Morbi-RSA berücksichtigten Erkrankungen werden in sogenannte Hierarchiegruppen unterteilt. Eine Hierarchiegruppe ist ein Ranking medizinisch verwandter Morbiditätsgruppen, in denen die schweren Ausprägungen eines Erkrankungsbildes die weniger schweren dominieren. Durch die Hierarchien soll sichergestellt werden, dass ein Versicherter, der die Kriterien für die Zuordnung zu mehr als einer, in einer hierarchischen Beziehung zueinander stehenden Krankheitsausprägung erfüllt, nur der in der Hierarchie am höchsten stehenden Morbiditätsgruppe zugeordnet wird. Die Kasse erhält somit

nur für schwerwiegendste beziehungsweise kostenintensivste Manifestation einer Erkrankung einen Zuschlag. Demgegenüber können medizinisch nicht miteinander verwandte – also nicht in einer Hierarchiebeziehung stehende Erkrankungen – parallele Zuschläge auslösen und kumulativ in die Ermittlung der morbiditätsabhängigen Zuweisung eines Versicherten einfließen.

Krankheitsliste:

Um den Gesundheitszustand der Versicherten bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu berücksichtigen, erhalten die Kassen neben der Grundpauschale Zuschläge für Versicherte mit bestimmten Erkrankungen. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass hierfür maximal 50 bis 80 Krankheiten berücksichtigt werden dürfen. 2008 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) eine Liste mit 80 ausgabenintensiven und zumeist chronischen Erkrankungen zusammengestellt.

Kodierung:

Der Berechnung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen liegen die Diagnosen aus dem Vorjahr für die im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten zugrunde. Niedergelassene Ärzte müssen ebenso wie Kliniken jede Diagnose für die Abrechnung mit den Krankenkassen nach dem sogenannten Klassifikationssystem ICD 10 (International Classification of Diseases) kodieren. Von den insgesamt mehr als 15.000 ICD-10-Codes stehen rund 3.800 mit einer der 80 ausgewählten Erkrankungen in Verbindung.

Morbiditätsgruppen:

Für den Ausgleich der Morbidität zwischen den Kassen hat das BVA 80 Krankheiten definiert. Diese sind in Morbiditätsgruppen unterteilt. Hintergrund ist, dass im Rahmen des Ausgleichverfahrens die Zuschläge für einige Erkrankungen nach Schweregrad differenziert werden. Zudem kann es vorkommen, dass zwei unterschiedliche Krankheiten mit ähnlichem Versorgungsbedarf in einer gemeinsamen Morbiditätsgruppe Berücksichtigung finden.

Prospektive Berechnung:

Die Zuschläge, die die Kassen im Rahmen des Morbi-RSA erhalten, sollen grundsätzlich nicht die laufenden Behandlungskosten, sondern die mit der Krankheit verbundenen Folgekosten abdecken. Für jede Morbiditätsgruppe, die für den Morbi-RSA ausschlaggebend sind, wird geprüft, welche Ausgaben GKV-durchschnittlich für Versicherte mit entsprechender Diagnose im Jahr nach der Diagnosestellung entstanden sind. Diese Herangehensweise nennt man prospektiv. So richtet sich beispielsweise der Ausgleich für einen akuten

Herzinfarkt nicht nach den laufenden Behandlungskosten der Erstdiagnose, in der Regel mit Krankenhauskosten verbunden, sondern nach den Kosten, die die Nachsorge durchschnittlich beansprucht.

Risikoadjustierte Zu- und Abschläge:

Um neben dem Alter und dem Geschlecht auch den Gesundheitszustand der Versicherten bei den Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen zu berücksichtigen, gibt es neben der Grundpauschale aus dem Gesundheitsfonds ein System von Zu- und Abschlägen. Für Versicherte, die an einer der 80 in der Krankheitsliste des BVA aufgeführten Erkrankungen leiden, erhalten die Kassen aus dem Fonds Zuschläge. Gleichzeitig wird die Grundpauschale bei Versicherten, die nicht von einem solchen Leiden betroffen sind, reduziert. Die Höhe des Abschlages ist dabei abhängig vom Alter und Geschlecht des Betroffenen. Für Neugeborene erhalten die Kassen in jedem Fall zusätzlich zur Grundpauschale einen Zuschlag.

Risikopool:

Bis zur Einführung des Morbi-RSA erhielten die Krankenkassen für besonders kostenintensive Leistungsfälle einen Ausgleich aus dem sogenannten Risikopool. Überstiegen die Ausgaben der Versorgung eines Versicherten den Schwellenwert von rund 20.000 Euro pro Jahr, wurden die über den Schwellenwert liegenden Kosten zu 60 Prozent durch den Pool erstattet. Finanziert wurde der Risikopool durch eine Absenkung der Beitragsbedarfszuweisungen im damaligen RSA. Zum 1. Januar 2009 wurde der Risikopool aufgelöst.

Weitere Stichworte im Online-Lexikon:
www.aok-lexikon.de



ams-Service

Zahlen – Fakten – Links

- Der Morbi-RSA startete 2009 mit **152 Risikogruppen**, für die zur Grundpauschale Zu- beziehungsweise Abschläge ermittelt wurden: 40 Alters-Geschlechtsgruppen, sechs Erwerbsminderungsgruppen und 106 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG; Zuschläge für einige Krankheiten nach Schweregrad differenziert).
- Krankenkassen erzielten für Versicherte, die keiner HMG zugeordnet waren, 2009 eine **Überdeckung** (110,2 Prozent). Versicherte mit HMG-Zuordnung wiesen eine **Unterdeckung** auf (bei vier HMG: 94,4 Prozent).
- Für das Gesamtjahr 2009 betrug die vom Bundesversicherungsamt festgesetzte **Grundpauschale** 2.227,76 Euro. 2011 liegt der Betrag bei 2.430,83 Euro.
- **3.800** der mehr als 15.000 Diagnosen des Krankheitsklassifikationssystems **ICD-10** stehen mit einer der 80 Morbi-RSA-Krankheiten in Verbindung.

Links:

Infos des AOK-Bundesverbandes rund um den Morbi-RSA, darunter auch niederländische Erfahrungen und Details zum Karlsruher Urteil zur Verfassungskonformität des Morbi-RSA:

www.morbi-rsa.de

Materialien zur Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs und monatliche Anpassungsfaktoren für fast alle Pauschalen:

www.bundesversicherungsamt.de > Risikostrukturausgleich

Basisinfos zum RSA und zur DMP-Programmkostenpauschale:

www.gkv-spitzenverband.de > GKV > Finanzierung > Morbi-RSA

Evaluationsbericht zum RSA-Jahresausgleich 2009 mit Vorschlägen für eine Weiterentwicklung des Systems:

www.bmg.bund.de/morbi-rsa

Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

