

# Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

## Zusammenfassung

erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

**Prof. Dr. Saskia Drösler (stv. Vorsitzende)**

Hochschule Niederrhein, Krefeld

**Prof. Dr. Edeltraut Garbe**

Leibniz-Institut an der Universität Bremen

**Prof. Dr. Joerg Hasford**

Ludwig-Maximilian-Universität München

**Dr. Ingrid Schubert**

PMV Forschungsgruppe an der Universität Köln

**Prof. Dr. Volker Ulrich**

Universität Bayreuth

**Prof. Dr. Wynand van de Ven**

Erasmus University Rotterdam

**Prof. Dr. Achim Wambach**

Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, Mannheim

**Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender)**

Universität Duisburg-Essen

**Prof. Dr. Eberhard Wille**

Universität Mannheim

Bonn, 30. September 2017

## Vorwort

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (BVA) mit Erlass vom 13.12.2016 beauftragt, in einem Sondergutachten die Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Jahresausgleiche zu überprüfen, die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen und mögliche Interdependenzen verschiedener Ansätze zu analysieren. Das BMG hat angeregt, folgende Themen im Sondergutachten zu untersuchen:

- ▶ Prävalenzgewichtung bzw. Wegfall der Krankheitsauswahl
- ▶ Ausgleich von Morbiditätsrisiken im RSA (u.a. Auswirkungen einer Streichung des Risikomerkmals *Erwerbsminderungsrentner* und der DMP-Pauschale)
- ▶ Unterschiedliche Ausgabenstrukturen
- ▶ Unterschiedliche Varianten zur Einführung eines Risikopools
- ▶ Manipulationsresistenz des RSA
- ▶ Präventionsanreize im RSA
- ▶ Berücksichtigung der Verwaltungsausgaben im RSA.

Der Wissenschaftliche Beirat hat im Januar 2017 den GKV-Spitzenverband über die vom BMG angeregten Themen unterrichtet und ihn gebeten, Vorschläge der Krankenkassen für weitere Fragestellungen, die im Sondergutachten untersucht werden sollten, zu übermitteln sowie relevante Materialien, insbesondere wissenschaftliche Expertisen, vorzulegen. Von dieser Möglichkeit haben zahlreiche Krankenkassen und Krankenkassenverbände Gebrauch gemacht. Der Wissenschaftliche Beirat bedankt sich bei allen Anhörungsbeteiligten für die eingegangenen Stellungnahmen, die auf der Homepage des Bundesversicherungsamts abrufbar sind.

Mit der folgenden Zusammenfassung stellt der Wissenschaftliche Beirat die zentralen Ergebnisse des Sondergutachtens vor. Entsprechend guter wissenschaftlicher Praxis haben alle Mitglieder des Beirates eine Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten in der Geschäftsstelle hinterlegt.

Die vorliegende Untersuchung wäre nicht möglich gewesen ohne den intensiven, weit über das normale Maß hinausgehenden Einsatz der Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirates. Insbesondere die medizinische, pharmazeutische, ökonomische, methodische und statistische Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle sind für die Durchführung dieser Untersuchung von hohem Wert gewesen. Der Wissenschaftliche Beirat dankt nachdrücklich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle für die hervorragend geleistete Arbeit.

Der Wissenschaftliche Beirat wurde im Rahmen der Auftragserteilung für dieses Sondergutachten für das Ausgleichsjahr 2018 von seiner Verpflichtung zur jährlichen Überprüfung der Krankheiten, die im Morbi-RSA zu berücksichtigen sind, entbunden.

## Zusammenfassung

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs hat das Sondergutachten 2017 zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden sieben RSA-Jahresausgleiche sowie zu einer empirischen Abschätzung der Folgen verschiedener Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA erarbeitet. Das Gutachten führt zunächst in Zielsetzung und Rahmenbedingungen des Morbi-RSA (Kap. 1) sowie in seine Funktionsweise und Datengrundlagen ein (Kap. 2). Anschließend werden die in diesem Gutachten verwendete Methodik und die dabei untersuchten statistischen Kennzahlen erläutert (Kap. 3). Es werden die Wirkungen des Morbi-RSA anhand des Jahresausgleichs 2015 (Kap. 4) sowie im Zeitablauf (Kap. 5) beschrieben. Das Sondergutachten befasst sich sodann mit zentralen Reformvorschlägen, die zur Weiterentwicklung des RSA diskutiert werden: Zunächst werden Reformvorschläge zur Veränderung der Krankheitsauswahl untersucht (Kap. 6). Daran anschließend werden Vorschläge zur Modellveränderung überprüft (Kap. 7): die Streichung ambulanter Diagnosen, die Aufnahme von Pharmakostengruppen in den Morbi-RSA, der Umgang mit dem Erwerbsminderungsstatus als Ausgleichsmerkmal, die mögliche (Wieder-) Einführung eines Risikopools und Veränderungen im Umgang mit Multimorbidität. Anschließend wird (in Kap. 8) auf weitere Fragestellungen eingegangen, wie den Umgang mit Regionalität im Morbi-RSA, die Thematik der Manipulationsresistenz, das Verhältnis von Morbi-RSA und Prävention, die Pauschale für Disease Management Programme (DMP-Programmkostenpauschale) sowie die Berücksichtigung von Verwaltungsausgaben im Morbi-RSA.

Nicht alle dem Wissenschaftlichen Beirat unterbreiteten Vorschläge konnten in der zur Verfügung stehenden knappen Zeit analysiert werden. Darüber hinaus bestehen vielfältige Interdependenzen zwischen den aufgegriffenen Fragestellungen, die ebenfalls nur teilweise untersucht werden konnten. Das Thema der Regionalität konnte nur qualitativ behandelt werden, da die seit August 2017 wieder vorgesehenen Datenlieferungen eines Regionalkennzeichens der Versicherten der Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt erst nach Abschluss der Arbeit an diesem Sondergutachten ausgewertet werden können. Insoweit ist der Wissenschaftliche Beirat beim BVA vom BMG mit einem weiteren Sondergutachten beauftragt worden.

Der Wissenschaftliche Beirat spricht sich dafür aus, **den Morbi-RSA** – als zentralen technischen Kern der Wettbewerbsordnung der GKV – zukünftig **regelmäßig systematisch zu evaluieren**.

Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats kommt zu folgenden wesentlichen Ergebnissen:

1. Der Morbi-RSA ist Ausdruck der Tatsache, dass der Gesetzgeber die GKV in ihrer Gesamtheit als Solidargemeinschaft versteht. Er flankiert eine Wettbewerbsordnung, die auf der Basis des Solidarprinzips wirtschaftliches und effektives Verhalten der Krankenkassen bei der Versorgung der Versicherten fördern und somit die finanzielle Stabilität der GKV wahren will. Solidaritätswidriger Risikoselektionswettbewerb, also ein Wettbewerb um Mitglieder mit möglichst wenigen gesundheitlichen Risiken, ist in dieser Konzeption – so das Bundesverfassungsgericht 2005 – nicht erwünscht. Der Gesetzgeber hat daher den **RSA als lernendes System** konzipiert, bei dem etwa die Einführung der Morbiditätsorientierung ab 2009 Ergebnis der Feststellung war, dass die bis dato herangezogenen Ausgleichsparameter eine Risikoselektion nur unzureichend verhindert und damit zu Wettbewerbsverzerrungen geführt hatten.
2. Die **Vermeidung von Risikoselektion** stellt die **zentrale Funktion des Morbi-RSA** dar. Dies ermöglicht den einzelnen Krankenkassen faire Chancen im Wettbewerb um Versicherte. Hierzu bildet die Vermeidung von Risikoselektion eine notwendige, aber noch keine hinrei-

chende Bedingung. Die Aufgabe der Schaffung fairer Chancen im Wettbewerb der Krankenkassen erfordert eine entsprechende wettbewerbliche Rahmenordnung. Dabei besitzt der Wettbewerb für sich betrachtet keinen Zielcharakter, sondern sollte im Gesundheitswesen instrumental der Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse, d.h. der Erhöhung von Lebenserwartung und Lebensqualität dienen. Es gelang bisher auch nur unzureichend, einen Wettbewerb zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu stimulieren; vielmehr dominierte der Wettbewerb um möglichst geringe bzw. keine (Zusatz-) Beiträge. Ohne Einbeziehung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen stößt eine isolierte Reform des Morbi-RSA hinsichtlich des Wettbewerbs und seiner Ziele an Grenzen.

3. Das zentrale Ziel Anreize zur Risikoselektion zu verringern, kann der Morbi-RSA umso mehr erreichen, je besser es gelingt, die systematischen Ausgaberrisiken der Versicherten auf Grundlage der im RSA-Verfahren berücksichtigten Risikomerkmale auszugleichen, mit anderen Worten: je zielgenauer die Zuweisungen an die Krankenkassen erfolgen. **Je höher die Zielgenauigkeit der Zuweisungen** auf Individualebene, nach Versichertengruppen und auf Krankenkassenebene, **desto geringer sind** – unter sonst gleichen Umständen – **die verbleibenden Krankheitsrisiko-bedingten Wettbewerbsverzerrungen**. Vielfach werden Forderungen zur Reform des Morbi-RSA mit einer aus Sicht der entsprechenden Akteure als notwendig erachteten finanziellen Umverteilung zwischen Krankenkassen oder Krankenkassenarten im GKV-System begründet. Für Reformvorschläge, die zu einer Verschlechterung der Leistungsfähigkeit des RSA-Modells führen, hält der Wissenschaftliche Beirat diese Begründung für nicht tragfähig. Auch stellt der Wissenschaftliche Beirat fest, eine Verringerung der Unterschiede in den Deckungsquoten zwischen Krankenkassen kann nicht per se als Verbesserung der Funktionsfähigkeit der GKV-Finanzarchitektur angesehen werden.
4. Zur Untersuchung der Situation des Wettbewerbs in der GKV ist eine Betrachtung der Marktkonzentration sinnvoll, die mittels des in der Wettbewerbspolitik üblichen Konzentrationsmaßes des Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) durchgeführt wurde. Die Untersuchung zeigt, dass die **Marktkonzentration in nahezu allen Bundesländern** seit der Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA **zugenommen** hat. In zwei Bundesländern (Sachsen und Thüringen) ist der Krankenkassen-Markt schon jetzt als hochkonzentriert zu bezeichnen. Diese Entwicklung sollte sorgfältig beobachtet werden, da eine Marktkonzentration die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit beeinträchtigen kann.
5. Der Wettbewerb der Krankenkassen ist derzeit im Wesentlichen ein Beitragssatzwettbewerb. Es ist festzustellen, dass die Beitragssatzspannen seit Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA zum 01.01.2009 deutlich abgenommen haben. Aus wissenschaftlicher Sicht sind allerdings **Höhe und Streuung von Zusatzbeiträgen als Kennzahl** zur Überprüfung der Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA **weitgehend ungeeignet**.
6. Zu den Wettbewerbsparametern in der GKV gehört die Steuerung der Versorgung über selektivvertragliche Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern. In jüngerer Vergangenheit wurde deutlich, dass durch Selektivverträge auch Einfluss auf die Dokumentation von Diagnosen genommen wurde, um dadurch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu beeinflussen. Der Gesetzgeber hat inzwischen mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) Regelungen geschaffen, die klarstellen, dass es nicht zulässig ist, Vertragsärzten allein für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen eine zusätzliche Vergütung zu zahlen. Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats ist es unerlässlich, dass die **Aufsichtsbehör-**

**den** von Bund und Ländern **bei der Umsetzung der durch das HHVG geschaffenen Neuregelungen einheitlich handeln**. Uneinheitliches Aufsichtshandeln zwischen Bund und Ländern, oder auch zwischen einzelnen Bundesländern, in diesem Bereich wie auch in anderen Wettbewerbsfeldern (z.B. bei Satzungsgenehmigungen zu Wahlтарifen oder in der Finanzaufsicht) kann zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

7. Wettbewerb findet nicht nur zwischen Krankenkassen unterschiedlicher Krankenkassenarten statt. Vielmehr besteht – wenn von den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKs), die insoweit eine Sonderrolle einnehmen, abgesehen wird – intensiver **Wettbewerb** auch **zwischen den Krankenkassen einer Krankenkassenart**. Vor diesem Hintergrund erachtet der Wissenschaftliche Beirat das bisherige System der sog. Haftungskaskade, bei dem bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse zunächst die Krankenkassen der gleichen Krankenkassenart haften und erst nachrangig der GKV-Spitzenverband eintritt, nicht länger für sachgerecht. Der Wissenschaftliche Beirat regt daher an, die **Primärhaftung im Falle einer Schließung, Auflösung oder Insolvenz einer Krankenkasse auf den GKV-Spitzenverband zu übertragen**. Allerdings bedarf der Vorschlag vor seiner Umsetzung einer weitergehenden Prüfung der möglichen Auswirkungen.
8. Soweit es um die Messung der **Zielgenauigkeit auf Ebene der Krankenkassen** geht, ist wegen des kassenarteninternen Wettbewerbs der Blick auf die Krankenkassenarten nicht sinnvoll. Die **Heterogenität** der Risikostrukturen und Deckungssituationen **innerhalb der Krankenkassenarten** hat seit Einführung des Morbi-RSA **zugenommen**. Auch profitieren von den in diesem Sondergutachten untersuchten Reformvorschlägen in der Regel immer nur Teile der Krankenkassen innerhalb einer Krankenkassenart, andere Teile hingegen würden belastet. Gleichwohl hat sich die öffentliche Diskussion um die Zielerreichung des Risikostrukturausgleichs in der jüngsten Zeit zunehmend auf die Ebene der Krankenkassenarten fokussiert. Daher hat sich der Wissenschaftliche Beirat dazu entschieden, in ausgewählten Bereichen empirische Ergebnisse auch nach Krankenkassenarten auszuweisen.
9. Eine Auswertung der bisher durchgeführten sieben Jahresausgleiche zeigt, dass die **Prognosequalität des Morbi-RSA-Modells** gemessen mit den versichertenindividuellen Kriterien  $R^2$  und CPM **kontinuierlich verbessert** wurde. Die Prognosequalität des Status quo-Modells auf Individual- wie Gruppenebene der Versicherten ist ganz deutlich besser als die des Alt-RSA (vor 2009). Dies zeigen entsprechende Simulationsrechnungen, bei denen der Wissenschaftliche Beirat den Alt-RSA annähernd reproduziert hat.

Auch wenn als Analyseeinheit die Krankenkassen betrachtet werden, zeigt sich, dass die Prognosequalität des Morbi-RSA deutlich besser ist, als wenn auf die direkte Morbiditätsorientierung verzichtet würde. Für den aktuellen Jahresausgleich 2015 besteht auf Ebene der **Krankenkassen kein merklicher Zusammenhang zwischen der Morbiditätslast (gemessen am RSA-Risikofaktor) und den Deckungsquoten**. Eine Analyse der Entwicklung seit Einführung des Morbi-RSA auf Krankenkassenebene ergibt, dass Krankenkassen mit seit 2009 zunehmender Morbidität über die Jahre tendenziell leicht unterdeckt, Krankenkassen mit im Zeitverlauf abnehmender Morbidität kontinuierlich leicht überdeckt sind. Eine verschiedentlich vertretene These, dass sich aufgrund der Morbiditätsorientierung **Kranke lohnen, kann** damit **nicht bestätigt werden**; die höchsten Überdeckungen liegen bei denjenigen Krankenkassen vor, deren Risikofaktor im Zeitverlauf am stärksten gesunken ist. Krankenkassen, die ein Versichertenwachstum haben, weisen in den meisten Jahren eher Überdeckun-

gen auf, schrumpfende Krankenkassen sind eher unterdeckt. Dies bestätigt den Befund früherer Untersuchungen, dass Versicherte beitrags sensitiv sind und durch den Wechsel eher gesunder Versicherter, die tendenziell überdeckt sind, eine sich selbst verstärkende Risikomischung von Versichertenbeständen eintreten kann. Diese Entwicklung gilt es sorgfältig zu beobachten.

Auf Krankenkassenartenebene zeigt sich, dass die AOKs (im Durchschnitt) und die Bundesknappschaft seit 2009 im Vergleich zu den anderen Krankenkassen(arten) ihre Risikostruktur verbessert haben, das heißt, die relative Krankheitslast ist bei ihnen gesunken. AOKs und Bundesknappschaft weisen pro Kopf sinkende (auf den GKV-Durchschnitt normierte) Leistungsausgaben und sinkende (normierte) Zuweisungen auf. Da die (normierten) Leistungsausgaben stärker als die (normierten) Zuweisungen gesunken sind, ergibt sich eine Entwicklung steigender positiver Deckungsbeiträge. Demgegenüber hat sich die Risikostruktur bei Betriebskrankenkassen (BKKs), Innungskrankenkassen (IKKs) und Ersatzkassen (im Durchschnitt) relativ verschlechtert, das heißt, ihre relative Krankheitslast hat zugenommen. Bei diesen Krankenkassen sind daher die (normierten) Leistungsausgaben und (normierten) Zuweisungen seit 2009 kontinuierlich gestiegen; da die Zuweisungen hier weniger stark als die Leistungsausgaben gestiegen sind, haben sich negative Deckungsbeiträge entwickelt. Entsprechend haben sich **Deckungsbeiträge und Deckungsquoten zwischen den Krankenkassenarten auseinander entwickelt.**

10. Vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion des Kodiergeschehens hat sich der Wissenschaftliche Beirat eingehend mit der **Entwicklung der** dokumentierten ambulanten **Diagnosen** in der GKV beschäftigt. Die Häufigkeiten aller gesicherten ambulanten Diagnosen je 100.000 Versicherte unterscheiden sich stark zwischen den Krankenkassenarten und liegen mit Abstand bei der Bundesknappschaft am höchsten, gefolgt von den AOKs. Das prozentuale Wachstum aller gesicherten ambulanten Diagnosen je 100.000 Versicherte von 2008 bis 2015 ist hingegen bei den IKKs am stärksten, gefolgt von den BKKs und den Ersatzkassen.

Werden ausgewählte Diagnosen betrachtet, ergibt sich ein differenziertes Bild. Bei einigen Diagnosen zeigen sich **nennenswerte Anstiege der Diagnosenennungen ab dem Zeitpunkt, ab dem die jeweilige Diagnose RSA-relevant wurde.** Dabei unterscheiden sich die Wachstumsraten bei den einzelnen Diagnosen zwischen den Krankenkassenarten teilweise deutlich, allerdings ohne ein einheitliches Muster. Für einige Erkrankungen hat der Wissenschaftliche Beirat den RSA-Daten bevölkerungsbezogene Diagnosehäufigkeiten aus der Sekundärliteratur gegenüber gestellt. Dabei zeigt sich, dass sich in den an das BVA gemeldeten Daten keine im Vergleich zur Epidemiologie auffällig hohen Erkrankungsraten finden.

Zwar lassen die **Anstiege der Diagnosehäufigkeiten Maßnahmen zur Beeinflussung des Kodierverhaltens wahrscheinlich erscheinen**, eine eindeutige Beurteilung bleibt aber auf der vorliegenden Datenbasis schwierig: Ein Nachholeffekt der Diagnoseerfassung auf Grund zunehmender ökonomischer Anreize kann nicht sicher ausgeschlossen werden, z.B. auch wegen der Einführung der Morbiditätsorientierung der Veränderung der Gesamtvergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Spezifizierung der Diagnoseklassifikation schafft teilweise die Möglichkeit einer präziseren Dokumentation, die von den Erfassenden auch angenommen wird und zu verstärkter Berücksichtigung motiviert. Schließlich lassen sich, trotz methodischer Berücksichtigung, demographische Effekte, die sich in der Krankheitserfassung bemerkbar machen, nicht mit vollständiger Sicherheit ausschließen.

Der Wissenschaftliche Beirat leitet aus der Untersuchung der Entwicklung der ambulanten Diagnosen **nicht die Empfehlung ab, auf die ambulanten Diagnosen im Morbi-RSA künftig zu verzichten**. Die durch die ambulanten Diagnosen vermittelten Morbiditätsinformationen bilden eine wesentliche Grundlage der Abbildung der Risikostruktur im aktuellen Ausgleichsverfahren. Wie die Untersuchung des Wissenschaftlichen Beirats zeigt, führt ein Verzicht auf diese Daten zu einer deutlichen Verschlechterung des Klassifikationsmodells und insbesondere zu einem merklichen Anstieg der Überdeckungen von in der Klassifikation des Morbi-RSA gesunden Versicherten. Dies wirkt sich nicht nur in der Betrachtung der individuellen Kennzahlen und Deckungsbeiträge auf Versichertenebene aus, sondern auch auf Krankenkassenebene. Ein Weglassen der ambulanten Diagnosen würde zwar die Manipulationsgefahr spürbar senken, mit den hieraus resultierenden Überdeckungen Gesunder würde aber eine Selektion dieser Versicherten begünstigt. Die Streichung dieses Merkmals ist daher mit den Zielen des RSA, einer Vermeidung von Risikoselektion, nicht zu vereinbaren. Auch aus Gründen der Versorgungsneutralität sollte auf ambulante Diagnosen im Modell nicht verzichtet werden, da sonst falsche Anreize hinsichtlich der Substitution von stationären durch ambulante Behandlungen gesetzt werden.

11. Auch wenn die empirischen Ergebnisse dieses Gutachtens keine eindeutigen Beweise liefern können, gibt es **Belege für manipulative Aktivitäten** der Krankenkassen zur Beeinflussung der Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Rahmen des Morbi-RSA. Dies zeigt, dass die prospektive Ausrichtung, die Hierarchisierung von Morbiditätsgruppen sowie weitere Anpassungen innerhalb des Morbi-RSA zur Eindämmung der Datenmanipulationsversuche durch Krankenkassen um weitere Maßnahmen ergänzt werden sollten.

Der Beirat empfiehlt zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Klassifikationsmodells eine weitere **konsequente Berücksichtigung von Arzneimitteln im Aufgreifalgorithmus** und eine weitere **systematische Pflege der sog. Aufgreifkriterien** und des hierarchischen Ansatzes der Versichertenklassifikation. Der Beirat spricht sich zudem erneut für eine **Meldung der Operationen- und Prozedurschlüssel (OPS) für den ambulanten und stationären Sektor** aus. Diese Informationen werden einerseits – im Vergleich zu Diagnosen – als manipulationsresistenter erachtet, andererseits tragen sie maßgeblich zu einer sachgerechteren Abbildung der Erkrankungsschwere bei.

Der Wissenschaftliche Beirat geht davon aus, dass die Anwendung der – durch das HHVG geschärften – Prüf- und Sanktionierungsinstrumente des § 273 SGB V bei den anstehenden Prüfungen der Berichtsjahre 2013 bis 2015 zu spürbaren Korrektur- und Strafbeträgen gegen einzelne Krankenkassen führen werden. Eine weitere **Stärkung des Prüfverfahrens nach § 273 SGB V** wird erreicht, weil das nunmehr wieder zur Verfügung stehende **Regionalmerkmal** dauerhaft erhoben wird und **für die Prüfungen herangezogen werden kann**.

Der Beirat begrüßt die vom Gesetzgeber mit dem HHVG getroffenen Klarstellungen zur Unterbindung unerwünschter Entwicklungen im Bereich der Versorgungsverträge nach §§ 73b und 140a SGB V sowie der Bestimmungen zur Gesamtvergütung nach § 83 SGB V. Zur Stärkung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA und zur Stärkung des Versorgungsqualitätswettbewerbs durch Selektivverträge spricht sich der Wissenschaftliche Beirat für eine **vollständige Entkopplung der Vergütung für Selektivverträge von dokumentierten Diagnosen** aus. Stattdessen sollte ausschließlich die im Vertrag dokumentierte konkrete *Mehrleistung*



(gegenüber der Regelversorgung) Grundlage für die Vergütung der selektivvertraglichen Versorgung sein.

Zur Schaffung von Transparenz und öffentlicher Kontrolle greift der Wissenschaftliche Beirat den Vorschlag von Transparency International auf, ein **zentrales Register für Selektivverträge** zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten im ambulanten Bereich einzurichten. Dabei ist auf eine wettbewerbskonforme Umsetzung zu achten. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt dem Gesetzgeber, hierfür die erforderliche Rechtsgrundlage zu schaffen.

Der Wissenschaftliche Beirat spricht sich für die **Einführung ambulanter Kodierrichtlinien** aus, auch wenn die Einführung einheitlicher Kodierrichtlinien eine manipulative Einflussnahme auf die Kodierung, beispielsweise auch durch Praxissoftwaresysteme, grundsätzlich nicht ausschließt. Gemäß § 295 SGB V obliegt es der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die in ambulanten Arztpraxen verwendete Software zu zertifizieren. Mit dieser Prüfung und **Zertifizierung der Praxissoftware durch die KBV** sollte zukünftig sichergestellt werden, dass innerhalb einer Praxissoftware ausschließlich Prüfroutinen bzgl. der ambulanten Kodierrichtlinien implementiert werden und eine **Integration krankenkassenindividueller Module zur Diagnosestellung unterbleibt**.

12. Im vorliegenden Gutachten hat der Wissenschaftliche Beirat auch untersucht, ob **mögliche Fehlanreize durch** die seit 2009 zunehmend praktizierte **Berücksichtigung von Arzneimitteln im Klassifikationssystem** – sowohl zur Diagnosevalidierung als auch zur Differenzierung des klinischen Gehalts einer Diagnose – gesetzt werden. Darauf würde eine über die Jahre überdurchschnittliche Zunahme bei Anzahl und Anteil der medikamentös behandelten Versicherten bei den entsprechenden Erkrankungen hindeuten.

Die Untersuchung zeigt, dass der Anteil der Versicherten mit einer Arzneimitteltherapie über die Jahre alters- und geschlechtsadjustiert weitgehend stabil bleibt. Hingegen wird eine geringe Zunahme der Tagesdosen je Arzneimittelpfänger erkennbar, was potenziell mit der Anreizwirkung durch den Morbi-RSA, jedoch auch durch verschiedene weitere Faktoren bedingt sein kann, wie die Verfügbarkeit neuer Arzneimittel, neuer Kombinationstherapien, neuer Therapiekonzepte oder auch durch eine Verbesserung der Persistenz bzw. Adhärenz. Der Wissenschaftliche Beirat hat vertiefende Analysen insbesondere für diejenigen Bereiche durchgeführt, in denen seit 2009 die Rolle von Arzneimitteln im Morbi-RSA verändert wurde. Insgesamt sprechen hierbei die empirischen Befunde dafür, dass die **Verordnung von Arzneimitteln allenfalls geringfügig** durch den Morbi-RSA **beeinflusst** wurde.

Der Wissenschaftliche Beirat weist ausdrücklich darauf hin, dass sich die hier durchgeführten deskriptiven Analysen auf das Modell des Status quo beziehen und somit das Ergebnis **keine Rückschlüsse auf andere Modellvarianten des Morbi-RSA** zulässt. Dies gilt insbesondere für Modelle, bei denen *Pharmakostengruppen* ambulante Diagnosen bei der Messung der Morbidität im ambulanten Bereich ersetzen würden, aber auch für die Bildung von gestaffelten Arzneimittelzuschlagsgruppen. Die Anreizwirkungen, die durch die Berücksichtigung von Arzneimitteln in diesen Modellvarianten auf die Versorgungsneutralität bzw. das Ordnungsverhalten der behandelnden Ärzte ausgehen, lassen sich auf Basis der vorliegenden Untersuchungsergebnisse nicht vorhersagen. Die Manipulationsresistenz sollte bei der Berücksichtigung von Arzneimitteln im Klassifikationssystem sichergestellt sein. Daher müssten mögliche Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen zeitnah und regelmäßig überprüft werden.



13. Der Wissenschaftliche Beirat hat eine mögliche **Pharmakomponente** zur Morbiditätsmessung im ambulanten Bereich untersucht. Dazu hat der Beirat das im niederländischen RSA als eine Komponente der Morbiditätsmessung verwendete Modell der Pharmakostengruppen empirisch mit den deutschen Daten überprüft. Der Wissenschaftliche Beirat weist darauf hin, dass das niederländische Modell auf einem *Vollmodell* hinsichtlich des Krankheitsspektrums basiert. Eine Begrenzung von Pharmakostengruppen auf 80 Auswahlkrankheiten des Morbi-RSA ist, wegen des oft über zahlreiche Krankheiten streuenden Einsatzes von Arzneimitteln, schwer umsetzbar.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstreichen die erklärende Kraft, die Arzneimittelinformationen für die prospektive Kostenschätzung von Versicherten haben. **Eine zum Status quo-Modell zusätzliche Berücksichtigung der Pharmakostengruppen würde die Modellgüte z.T. deutlich verbessern.** Der Wissenschaftliche Beirat hat sich daher intensiver mit der möglichen Ausgestaltung von Pharmakostengruppen auch im Vergleich zur aktuellen Verwendung von Arzneimittelinformationen im Morbi-RSA beschäftigt. Das niederländische Modell begrenzt die Auswahl der Arzneimittel in den Pharmakostengruppen so, dass damit eine Konzentration auf schwerere Krankheitsverläufe vorgenommen wird. Eine vergleichbare Wirkung könnte vermutlich ebenso durch eine *mehrfache Arzneimitteldifferenzierung* erzielt werden, die das BVA bislang bei der Weiterentwicklung des Klassifikationssystems in Bezug auf potenzielle Anreize (Veränderung des Therapieverordnungsverhaltens mit Blick auf im Morbi-RSA attraktive Arzneimittel) nicht umgesetzt hat.

**Eine Einführung von Pharmakostengruppen kann nicht** adäquat einen **Fortfall ambulanter Diagnosen im RSA kompensieren.** Pharmakostengruppen können das bestehende Modell aber weiter verbessern. Es wäre hierbei sorgfältig zu analysieren, ob bei einer stärkeren Berücksichtigung von Arzneimittelinformationen deren bisherige Verwendung im Klassifikationssystem ergänzt oder in Form von Pharmakostengruppen ersetzt werden sollte. Dabei könnte auch geprüft werden, ob die im niederländischen Modell verwendete Arzneimittel-Hochkostengruppe in das deutsche Klassifikationssystem übernommen werden sollte.

14. Bei Einführung des Morbi-RSA hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bei der Morbiditätsorientierung „50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde zu legen sind“ (§ 268 Abs. 1 SGB V). Über die **Krankheitsauswahl und das Verfahren ihrer Umsetzung** finden seitdem intensive Erörterungen in den Fachkreisen statt. Der Wissenschaftliche Beirat hat in diesem Sondergutachten daher das Krankheitsauswahlverfahren genauer betrachtet.

Der Wissenschaftliche Beirat hatte in seinem Gutachten zum Jahresausgleich 2009 gezeigt, dass bei einer Begrenzung auf 50 oder eine noch weitere Reduktion auf nur 30 Erkrankungen die Ziele des RSA nicht mehr angemessen erreicht werden können. Im vorliegenden Gutachten hat er mehrere Ausgestaltungsmöglichkeiten des Auswahlalgorithmus für 80 Erkrankungen untersucht. Im Ergebnis zeigt sich, dass das aktuelle Verfahren der Prävalenzgewichtung durch die Wurzelfunktion relativ gute Werte erzielt. Die von einigen Akteuren vorgeschlagene **logarithmische Prävalenzgewichtung vermag** hingegen **nicht zu überzeugen.** Insbesondere führt sie zu einer starken Erhöhung der Überdeckung der in der Klassifikation des Morbi-RSA *gesunden* Versicherten. Sofern der Gesetzgeber an einem begrenzten Krankheitsspektrum festhalten möchte, empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat bei dem vom BVA verwendeten Auswahlverfahren über die Prävalenzgewichtung durch die Wurzelfunktion zu bleiben.

Der Wissenschaftliche Beirat hat sich eingehend auch mit sog. *Vollmodellen* befasst, die auf eine Krankheitsauswahl verzichten und das gesamte Krankheitsspektrum bei der Messung der Morbidität einbeziehen. Dabei zeigt sich, dass Vollmodelle sowohl auf der Individualebene der Versicherten als auch auf der Ebene der Kennzahlen für die Krankenkassen überzeugen können. Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats würden die begrenzten personellen und zeitlichen Ressourcen innerhalb eines Ausgleichsjahres im Rahmen der Entwicklung und Pflege eines Vollmodells produktiver und zielführender genutzt als bei einer jährlichen Krankheitsauswahl. Der **Wissenschaftliche Beirat empfiehlt** daher zukünftig die Einschränkung der berücksichtigten Erkrankungen aufzuheben und **das Klassifikationsmodell als Vollmodell weiterzuentwickeln**. Hierzu sind weiterführende Arbeiten erforderlich, die im Rahmen der kontinuierlichen Pflege des RSA-Modelles geleistet werden können.

15. Das Morbi-RSA-Klassifikationsmodell verwendet neben den versichertenbezogen ermittelten Risikogruppen zu Alter, Geschlecht und Morbidität u.a. auch sechs alters- und geschlechtsdifferenzierte Risikogruppen, die den Erwerbsminderungsstatus der Versicherten repräsentieren (EMGs). Die Verwendung des Status **Erwerbsminderungsrente im Morbi-RSA** wird in jüngerer Zeit kritisch hinterfragt. Der Wissenschaftliche Beirat hat sich daher auch mit diesem Merkmal intensiv befasst.

Der Wissenschaftliche Beirat stellt fest, dass sich durch die vorgeschlagene ersatzlose Streichung der EMG schwerwiegende Risikoselektionsanreize gegen Erwerbsminderungsrentner ergeben würden. Erwerbsminderungsrentner würden durch einen solchen Schritt ihrer Krankenkasse eine durchschnittliche, vorhersagbare Unterdeckung von über 1.100 € zufügen, die insbesondere für jüngere und chronisch kranke Erwerbsminderungsrentner sogar noch höher ausfallen würde. Die Überdeckung Gesunder würde dagegen deutlich zunehmen. **Der Wissenschaftliche Beirat spricht sich daher gegen eine ersatzlose Streichung der Erwerbsminderungs-Variablen aus.**

Allerdings weist die Untersuchung des Wissenschaftlichen Beirats auf zwei Defizite hin: Zum einen können die heutigen Abgrenzungen der Altersgruppen der EMGs nicht zufrieden stellen, da sie zu einer **Unterdeckung bei jungen Erwerbsminderungsrentnern** führen. Zum anderen zeigt sich eine **Überdeckung bei Erwerbsminderungsrentnern ohne chronische Krankheiten**.

Eine zielführende Reformoption ist an dieser Stelle, **Erwerbsminderung im Klassifikationssystem zukünftig als vergleichsweise manipulationssicheres Kriterium zur Schweregraddifferenzierung innerhalb des Morbiditätsspektrums einzusetzen**. Der Wissenschaftliche Beirat schlägt daher vor, anstelle der jetzigen EMG-Variablen das Merkmal zur Schweregraddifferenzierung zu verwenden. In jedem Falle erscheint es sinnvoll, als ersten Schritt eine bessere Altersabgrenzung für die Versicherten mit Erwerbsminderungsstatus im Klassifikationsmodell zu realisieren.

16. Den in 2002 eingeführten Risikopool hatte der Gesetzgeber mit Einführung des Morbi-RSA ab 2009 wieder abgeschafft. Seine Wiedereinführung wird von zahlreichen Krankenkassen gefordert. Das Sondergutachten untersucht daher umfassend die **Vor- und Nachteile einer Wiedereinführung eines Risikopools** und wie er ggfs. ausgestaltet sein sollte.

Der Wissenschaftliche Beirat stellt fest, dass aufgrund der inzwischen erreichten Ausgestaltung des Morbi-RSA, aus der für viele Versicherte mit hohen Leistungsausgaben angemessene Zuweisungen resultieren, **keine strukturelle Benachteiligung von Krankenkassen mit ho-**

**hem Anteil an Hochkostenversicherten** mehr besteht. Primäres Ziel eines Risikopools in Ergänzung zum Morbi-RSA läge nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats daher in der Vermeidung von Risikoselektion.

Die umfassende Untersuchung unterschiedlicher Modelle eines Risikopools zeigt zusammenfassend, dass ein Risikopool grundsätzlich in der Lage ist, in Ergänzung zum Morbi-RSA die Deckung von extrem kostenintensiven Versichertengruppen zu verbessern. Es ist davon auszugehen, dass mit einem Hochrisikopool auch vorhersehbare Ausgaben von Versicherten mit hohen Risiken ausgeglichen werden und insoweit die Anreize zur Risikoselektion gemindert werden. Jedoch werden durch die Notwendigkeit, die Mittel des Risikopools gegen zu finanzieren, jeweils andere Versichertengruppen stärker unterdeckt, wobei sich die jeweiligen Effekte je nach Modell eines Risikopools unterscheiden.

Nachteilig ist, dass ein Risikopool **aufwändig in der Administration und Kontrolle** ist, da hier – anders als beim Morbi-RSA – Ist-Ausgaben zahlungsbegründend sind und insbesondere ein Anreiz für Manipulation der Kostenbelege besteht. Auch geht ein Ist-Kosten-Ausgleich mit einer **Minderung der Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten für die Krankenkassen** einher. Sowohl die erwünschten als auch die nicht erwünschten Effekte eines Risikopools sind umso stärker, je finanzkräftiger der Risikopool ausgestattet ist.

Dieses Gutachten konnte aus Kapazitäts- und Zeitgründen nicht die denkbaren Reformansätze mit ihren Implikationen auf einen möglichen Risikopool untersuchen. Insbesondere sollten die Auswirkungen denkbarer Varianten eines Risikopools zum Beispiel im Rahmen eines Vollmodells überprüft werden.

Grundsätzlich ist daher festzuhalten, dass hier **weiterer Forschungsbedarf** besteht. Zu klären wäre auch, ob die Berücksichtigung von Vorjahreskosten im Morbi-RSA die Risikoselektionsanreize gegenüber Versicherten, die über mehrere Jahre hohe Leistungsausgaben aufweisen, in gleichem Ausmaß und im Hinblick auf die Effizianzanreize besser beheben könnte als ein Risikopool. **Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt daher, eine entsprechende Datengrundlage zu schaffen, um solche Modelle prüfen zu können.**

Bei der Verfolgung des Ziels, Risikoselektionsanreize in der GKV zu reduzieren, ist der **Weiterentwicklung des Klassifikationssystems mit stärkerer Differenzierung der Risikogruppen** eindeutig der Vorzug vor einem Risikopool zu geben. Sofern weitere wissenschaftliche Untersuchungen zur Einführung eines Risikopools vorgenommen werden sollen, empfiehlt der Beirat, Modelle vertieft zu überprüfen, die erhebliche Unterdeckungen bei Hochkostengruppen nach Durchführung des Morbi-RSA partiell ausgleichen.

17. Die Zuweisungen im Morbi-RSA sind wesentlich zielgenauer als im Alt-RSA. Gleichwohl wird in jüngerer Zeit in den Fachkreisen diskutiert, inwieweit das RSA-Modell Unzulänglichkeiten beim Zuweisungsalgorithmus für Versicherte mit mehreren Erkrankungen (**Multimorbidität**) aufweist. Insbesondere zeigt sich, dass Versicherte mit ausgeprägter Multimorbidität (mit zahlreichen Morbiditätsgruppen) in höherem Alter teilweise deutlich durch die Zuweisungen überdeckt sind. Daher hat sich der Wissenschaftliche Beirat mit den möglichen Ursachen von Unter- und Überdeckungen in Abhängigkeit von Alter und Zahl der Morbiditätsgruppen (HMGs) sowie Möglichkeiten einer diesbezüglichen Verbesserung des Zuweisungsmodells befasst.

Wesentliche Ursache der beschriebenen Fehldeckungen ist, dass sich bei Vorliegen mehrerer Morbiditäten die krankheitsbedingten Folgekosten häufig nicht aufaddieren, sondern tendenziell unterproportional wachsen.

Der Wissenschaftliche Beirat hat **vier Typen von Modellen** entwickelt, die die Wechselwirkungen zwischen bestimmten Morbiditäten und dem Alter der jeweils erkrankten Personen aufgreifen: Die Zahl der HMGs eines Versicherten kann zusätzlich als Ausgleichsvariable in das Modell aufgenommen werden (a). Auch kann ein Modell entwickelt werden, in dem die Zahl der HMGs, für die eine Krankenkasse für einen Versicherten Zuschläge erhält, begrenzt wird (b). Für Kinder, jüngere und ältere Erwachsene können jeweils getrennte Zuschläge für HMGs ermittelt werden (dies entspricht Interaktionstermen zwischen Alter und Morbiditätsgruppen (c)). Es kann die Wechselwirkung zwischen verschiedenen Morbiditätsgruppen berücksichtigt werden (Interaktionsterme zwischen HMGs (d)).

Aus konzeptioneller und empirischer Sicht ist festzuhalten: **Modelle mit Interaktionstermen zwischen Alter und Morbiditätsgruppen können überzeugen und führen auch zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit** des RSA auf der individuellen Ebene; zudem kommt es zu einer Senkung der Deckungsdisparitäten auf der Ebene der Krankenkassen. **Modelle mit Interaktionstermen zwischen Krankheiten** sind grundsätzlich **konzeptionell ebenfalls zielführend**, führen allerdings zu **uneinheitlichen Ergebnissen** und **können** ohne vertiefende Untersuchungen ihrer konkreten Ausgestaltung **nicht abschließend beurteilt** werden. **Modelle**, die die **Zahl der HMGs als zusätzliche Ausgleichsvariablen** verwenden, sowie **Modelle zur Begrenzung der Zahl der HMGs können** nicht überzeugen und daher **nicht empfohlen werden**.

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt daher vor, dass das **BVA** in künftigen Überarbeitungszyklen des Klassifikationsmodells einen Ansatz zur **Berücksichtigung von Altersinteraktionstermen aufgreift und weiterentwickelt**. Der Beirat regt an, bei der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells zunächst systematisch zu untersuchen, welche Altersinteraktionen einen signifikanten Einfluss auf die Vorhersagegüte des Modells haben und lediglich die relevanten Terme für eine Berücksichtigung im Ausgleichsverfahren in Betracht zu ziehen. In geeigneten Fällen können auch Interaktionen zwischen Morbiditätsgruppen zur Weiterentwicklung eingesetzt werden.

Generell empfiehlt es sich, die oben genannten Modellvarianten – bzw. deren Notwendigkeit – **vor dem Hintergrund anderer möglicher Verfahrensanpassungen zu gegebener Zeit erneut zu diskutieren**. So ist etwa nicht ausgeschlossen, dass eine Veränderung des berücksichtigten Morbiditätsspektrums (etwa in einem Krankheitsvollmodell) auch unmittelbare Effekte auf die Über- und Unterdeckungen von Versichertengruppen mit unterschiedlicher Morbiditätslast hat.

18. Seit Einführung von Krankenkassenwahlfreiheit und RSA in den 1990er Jahren wird die **Regionaldimension der GKV-Finanzarchitektur** diskutiert. Oftmals fokussiert diese Diskussion auf die Ebene der Bundesländer, mit Blick auf die Inanspruchnahmemuster in der Versorgung greift eine solche Betrachtung allerdings zu kurz. Die Deckungsbeiträge und -quoten der Krankenkassen variieren auf regionaler Ebene. Hierfür ist eine Vielzahl von Einflussgrößen verantwortlich. Durch diese unterschiedlichen regionalen Deckungsbeiträge können Verzerrungen im Wettbewerb zwischen Krankenkassen, die in sich nur teilweise überschneidenden Regionen tätig sind, entstehen. Auch lassen regionale Unter- und Überdeckungen Strategien regionaler Risikoselektion durch die Krankenkassen rational erscheinen.

Vor diesem Hintergrund wird in jüngerer Zeit verstärkt die **Aufnahme einer Regionalkomponente in den Morbi-RSA** vorgeschlagen. Diese würde die vom Bundesdurchschnitt abweichenden regionalen Kostenniveaus ausgleichen, sodass insoweit keine regionalen Unter- und Überdeckungen verblieben. Damit würde ein Beitrag zum Abbau der Wettbewerbsverzerrungen und der Anreize zur regionalen Risikoselektion geleistet. Solche Regionalkomponenten werden allerdings kontrovers diskutiert, da entsprechend über den Morbi-RSA Mittel von ausgabengünstigen in überdurchschnittlich kostenintensive Regionen fließen würden. Dies wird insbesondere mit der Begründung kritisiert, dass damit Unterschiede in der Struktur der medizinischen Versorgung zementiert würden. Der Wissenschaftliche Beirat hat die Argumente gewürdigt. Hierbei besteht Konsens im Beirat, dass die Berechtigung einer Regionalkomponente im RSA umso größer ist, je weniger die regionalen Kostenniveaus von den Krankenkassen beeinflussbar sind. Die Berücksichtigung regionaler Ausgabenunterschiede im Morbi-RSA ist darüber hinaus zielführend, sofern für Versicherte aus Regionen mit weniger ausgebauter medizinischer Infrastruktur bei der Inanspruchnahme in Regionen mit besser ausgebauter Infrastruktur keine kostendeckenden Entgelte gezahlt werden.

Als **Alternative** wird diskutiert, den Krankenkassen eine **regionale Differenzierung der Zusatzbeiträge** vorzuschreiben oder alternativ zu ermöglichen. Dies würde dazu führen, dass in überdurchschnittlich teuren Regionen von allen Versicherten höhere Zusatzbeiträge erhoben würden als in ausgabengünstigeren Regionen. Auch mit diesem Ansatz kann ein Beitrag zum Abbau der Wettbewerbsverzerrungen und der Anreize zur regionalen Risikoselektion geleistet werden. Es besteht Konsens im Beirat, dass regionale Beitragssätze umso mehr angezeigt sind, je stärker die Krankenkassen die regionalen Kostenniveaus beeinflussen können. Inwieweit regionale Zusatzbeiträge besondere aufsichtsrechtliche Flankierung benötigen, ist gesondert zu prüfen.

Der Wissenschaftliche Beirat stellt fest, dass die **aktuelle Situation** (keine Regionalkomponente im RSA und keine durchgängig regionalisierten Zusatzbeiträge) **mit Blick auf die Chancengleichheit im Wettbewerb und mit Blick auf die Vermeidung von Anreizen für regionale Risikoselektion unbefriedigend** ist. Er stellt weiterhin fest, dass sowohl die Argumente für eine Regionalkomponente als auch die Argumente für regionalisierte Zusatzbeiträge Plausibilität für sich beanspruchen können, auch weil sie auf jeweils unterschiedliche Facetten des Versorgungsgeschehens und seiner Finanzierung verweisen. Beide Maßnahmen schließen sich grundsätzlich nicht aus, sondern können gegebenenfalls einander sinnvoll ergänzen, indem regionale Ausgabenunterschiede nur teilweise im RSA berücksichtigt und im Übrigen durch regional differenzierte Zusatzbeiträge finanziert werden.

Der Wissenschaftliche Beirat wird diese qualitativen Überlegungen in einem vom BMG beauftragten **Folgegutachten** wieder aufgreifen. In diesem können auch empirische Untersuchungen unter Nutzung des Regionalkennzeichens in den versichertenbezogenen Datensätzen durchgeführt werden.

19. Seit Beginn der Diskussion um die Einführung einer direkten Morbiditätsorientierung in den RSA wird kontrovers erörtert, inwieweit ein **Spannungsverhältnis zwischen RSA und Prävention** bestehe und wie dieses ggf. angegangen werden könnte. In der aktuellen Debatte wird die Thematik – etwa im Zusammenhang mit der Krankheitsauswahl – ebenfalls erörtert. Der Wissenschaftliche Beirat hat sich daher für das Sondergutachten intensiv mit dieser Fragestellung beschäftigt.

Die Problematik ist in **konzeptioneller Perspektive grundsätzlich unstrittig**, wobei die praktische Relevanz in der Literatur kontrovers diskutiert wird. Im Vergleich zu einer Situation ohne Morbi-RSA und ohne die Möglichkeit eines Krankenkassenwechsels der Versicherten haben Krankenkassen, sofern ihre Versicherten mit den Zuweisungen für eine Erkrankung zumindest auskömmlich gedeckt sind, verringerte Anreize zur Prävention und zur Therapie von im Morbi-RSA berücksichtigten Erkrankungen aus folgendem Grund: Eine Krankenkasse, die diese Präventions- oder Therapieaktivitäten durchgeführt hat, erzielt aufgrund des prospektiven Modelles wegen des verbesserten Gesundheitszustands der Versicherten im Ausgleichsjahr einen positiven Deckungsbeitrag dadurch, dass die Zuweisungen (auf Grundlage des diagnostizierten schlechteren Gesundheitszustands des Vorjahres) höher sind als die tatsächlichen Kosten. In den Jahren danach erhält die Krankenkasse – wenn der Versicherte weiterhin eine geringere Morbidität aufweist – allerdings niedrigere Zuweisungen (bei gleichzeitig geringeren Ausgaben). Im Vergleich zu einer Situation ohne Morbi-RSA (und ohne Kassenwahlrecht) fallen deshalb geringere finanzielle Vorteile der Maßnahme bei der Krankenkasse an. Für Krankenkassen, bei denen Auswählerkrankungen des Morbi-RSA unterdeckt sind, besteht ein Anreiz, durch Prävention den Eintritt der Erkrankungen zu vermeiden.

Strittig ist, wie mit der Problematik umzugehen ist. **Im Wissenschaftlichen Beirat besteht ein Konsens** dahingehend, dass es **nicht zielführend** wäre, **Krankheiten, die durch Präventionsaktivitäten** oder andere aktive Gestaltung der Gesundheitsleistungen durch die Krankenkassen **vermeidbar wären** oder bei denen der Schweregrad der Erkrankungen positiv beeinflusst werden könnte, **bei der Gestaltung der morbiditätsorientierten Zuschläge im RSA auszuschließen**. Denn dies würde zu negativen Selektionsanreizen führen, die durch den Morbi-RSA reduziert werden. Zudem wäre zu erwarten, dass bei einer Nichtberücksichtigung von Krankheiten im RSA eher weniger Prävention/Therapie für diese Versichertengruppen erfolgen würde, da kein oder ein nur unattraktives Angebot vonseiten der Krankenkassen diese Versicherten fernhalten würde.

Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats stimmen auch darin überein, dass spezifische Präventionsaktivitäten als solche nicht gesondert finanziell aus dem Morbi-RSA gefördert werden sollten. Sofern die Gesundheitspolitik bestimmte Aktivitäten durch finanzielle Förderung forcieren möchte, sollten hierfür Mittel jenseits des Morbi-RSA zur Verfügung gestellt werden. Denn durch eine Förderung innerhalb des RSA, die an anderer Stelle gegenfinanziert wird, werden Selektionsanreize geschaffen, die den Wettbewerb verzerren.

Intensiv diskutiert wurde unter den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats der Vorschlag, ob es zielführend ist, den **Zuweisungsalgorithmus des Morbi-RSA an die Erfolge der Krankenkassen bei der Prävention/Therapie zu knüpfen**. Für diesen Vorschlag spricht, dass Krankenkassen dadurch ein finanzielles Interesse an langfristig wirkenden Präventionen/Therapien bekommen würden, die Systematik des Morbi-RSA aber im Übrigen nicht verändert würde. Dagegen ist einzuwenden, dass bei vielen Erkrankungen der Zusammenhang zwischen Präventionsaktivitäten durch Krankenkassen und Inzidenz/Prävalenz nicht hinreichend ausgeprägt und nur schwer zu belegen ist, womit die Gefahr bestünde, dass Krankenkassen *belohnt* oder *bestraft* würden, ohne dass dies in mehr oder weniger zielgerichteten Aktivitäten begründet ist. Weiterhin stellt der Wissenschaftliche Beirat fest, dass Krankenkassen nur einen Teil der Präventionsleistungen steuern können. Hinzu kommt, dass aufgrund möglicher Krankenkassenwechsel der Versicherten nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Versicherten zum Zeitpunkt des Eintretens der Präventionserfolge nicht mehr bei der



Krankenkasse versichert sind, die die Investition getätigt hat, während umgekehrt Krankenkassen ohne eigene Anstrengungen auch davon profitieren können, dass erfolgreich präventivierte Versicherte zu ihnen wechseln.

Insgesamt ist festzustellen: Die Problematik der verringerten Anreize der Krankenkassen zur Prävention und Therapie als Folge der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA ist in ihrem Ausmaße unklar. Teile des Beirats leiten aus der konzeptionellen Analyse die Sorge ab, dass die Problematik an Relevanz gewinnen wird, wenn die Krankenkassen aktiver in das Versorgungsgeschehen eingreifen. Vor diesem Hintergrund konstatiert der Wissenschaftliche Beirat **Forschungsbedarf hinsichtlich der Frage, wo und in welchem Ausmaß sich die Problematik manifestiert.** Forschungsbedarf besteht auch hinsichtlich der Frage, **wie dieser Problematik zu begegnen ist.** Soweit mögliche Maßnahmen innerhalb des RSA angesprochen sind, wäre zu untersuchen, wie dabei sichergestellt wird, dass hierbei **keine negativen Risikoselektionsanreize gegen Erkrankte** bzw. positive Risikoselektionsanreize für Gesunde bewirkt werden,.

20. Mit der Einführung der **Disease Management Programme (DMPs)** als Ausgleichsfaktoren im Risikostrukturausgleich ab 2002 verfolgte der Gesetzgeber zwei Zielsetzungen: eine indirekte Morbiditätsorientierung auch als Vorgriff auf den Morbi-RSA und eine Qualitätsorientierung in der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen durch Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme durch das BVA. Mit dem Übergang zum Morbi-RSA hat der Gesetzgeber die Berücksichtigung von DMPs neu gestaltet: Sie führen heute zu Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die durchschnittlichen Programmkosten *außerhalb des Regressionsverfahrens des Morbi-RSA*, eine doppelte Berücksichtigung der DMP-Ausgaben wird durch entsprechende Bereinigungen im RSA-Verfahren vermieden.

Die Effekte einer Streichung der DMP-Variablen auf der Individualebene können aufgrund von Limitationen in den Daten nicht gemessen werden. Auf der Ebene der Krankenkassen würde sich eine geringfügige Verbesserung der Kennziffern ergeben.

Der Wissenschaftliche Beirat nimmt zur Kenntnis, dass der Gesetzgeber offenbar eine gesonderte Förderung strukturierter Behandlungsprogramme für notwendig erachtet. Eine koordinierte Behandlung chronisch Erkrankter stellt eine wichtige versorgungspolitische Aufgabe dar und die Standardisierung von Behandlungsprogrammen kann sinnvoll sein. Eine gesonderte Förderung neben dem RSA kann die unter Textziffer 19 angesprochenen, nach Auffassung von Teilen des Beirats ggf. zu niedrigen eigenen Anreize der Krankenkasse zur Durchführung von Prävention und Therapie, in diesem Fall zur Durchführung von DMPs, steigern. Der Wissenschaftliche Beirat weist allerdings darauf hin, dass damit eine spezifische Form der Ausgestaltung der Versorgung für bestimmte Erkrankungen privilegiert wird. Aus wissenschaftlicher Sicht ist zu hinterfragen, warum diese, nicht aber andere, teilweise weiterreichende populationsorientierte Modelle mit einer erheblich stärkeren sektorenübergreifenden Orientierung, wie sie in den besonderen Versorgungsformen nach § 140a SGB V von den Krankenkassen für ein breites Spektrum von Krankheiten umgesetzt werden, gefördert werden. Insoweit sieht der Wissenschaftliche Beirat diese spezifische Form der Förderung von DMPs kritisch.

21. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds auch **Zuweisungen für standardisierte Verwaltungsausgaben.** Zwischen den Beteiligten wird kontrovers diskutiert, inwieweit der seit 2009 praktizierte Zuweisungsschlüssel, nachdem 50 % der standardisierten Verwaltungsausgaben nach der Zahl der Versicherten und 50 % nach der Morbidität der Versicherten ver-

teilt werden, sachgerecht ist. Der Wissenschaftliche Beirat hat daher unterschiedliche Modelle, die von den Beteiligten vorgetragen werden, untersucht. Dabei wurden unterschiedliche Varianten der Aufteilung zwischen standardisierten Leistungsausgaben und Versichertentagen überprüft. Zudem wurde in einer Modellrechnung die Bezugsgröße der Versichertenzeiten umgestellt auf die Anzahl der Mitglieder einer Krankenkasse. Als dritte Reformoption wurde ein Vorschlag geprüft, der im Stellungnahmeverfahren im Vorlauf dieses Sondergutachtens eingebracht wurde. Bei diesem Modell wird ein Verwaltungsausgabenbedarf je Geschäftsprozess definiert und als Basis für die Zuweisungen verwendet.

Der Wissenschaftliche Beirat erachtet es für sachgerecht, in erster Linie statistische Kennzahlen zur Beurteilung der verschiedenen Modelle heranzuziehen. Danach konnte **keine alternative Zuweisungsmethode die Kennzahlen des gegenwärtigen Verfahrens verbessern**.

Darüber hinaus hat sich der Wissenschaftliche Beirat mit dem Modell, das einen Verwaltungsausgabenbedarf je Geschäftsprozess definiert, auch qualitativ auseinandergesetzt. Der Beirat stellt fest, dass die Bedarfsbestimmung in diesem Modell anhand Daten einiger weniger Krankenkassen mit überwiegend unterdurchschnittlicher Morbidität erfolgte, wodurch keine Repräsentativität gewährleistet ist. Auch erscheint eine Reihe von Festlegungen zum *Morbiditätsgehalt* von Geschäftsprozessen durchaus diskussionsbedürftig. In einer Gesamtwürdigung erachtet der Wissenschaftliche Beirat das vorgelegte **Modell der Definition eines Verwaltungsausgabenbedarfs der Geschäftsprozesse nicht als geeignet**.

Insgesamt **empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat, an dem aktuellen Zuweisungsschlüssel für Verwaltungskosten festzuhalten**.