

So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds

I. Ziele und Hintergründe des Risikostrukturausgleichs

Solidarausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Im Jahr 1994 hat der Gesetzgeber mit dem Risikostrukturausgleich einen umfassenden Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt. Warum? Um dies zu verstehen, muss man sich die Besonderheiten des Beitrags- und Mitgliedschaftsrechts in der GKV vor Augen führen.

Bis zum Jahr 1995 wurden Versicherte den einzelnen Krankenkassen gesetzlich zugewiesen, lediglich Angehörige bestimmter Berufsgruppen hatten begrenzte Wahlrechte zu den Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen. Einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, wie wir ihn heute kennen, gab es nicht, erst seit dem Jahr 1996 können Mitglieder zwischen den Krankenkassen frei wählen.

Das Solidarprinzip in der GKV blieb jedoch unangetastet. Dies drückt sich darin aus, dass der Beitrag zur Krankenkasse nicht vom Krankheitsrisiko des Einzelnen abhängt – anders als in der Privaten Krankenversicherung (PKV) dürfen keine Risikozuschläge erhoben werden. Die Beiträge sind vielmehr einkommensabhängig gestaltet, so dass im Ergebnis Mitglieder mit hohem Einkommen Mitglieder mit niedrigerem Einkommen unterstützen. Und schließlich sind Familienangehörige ohne eigenes Einkommen beitragsfrei mitversichert.

Durch die so gestalteten Beiträge hängen die Einnahmen der einzelnen Krankenkasse davon ab, wie stark die Mitglieder der betreffenden Krankenkasse an diesem Solidarausgleich beteiligt sind. Gäbe es keinen Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, bliebe der Solidarausgleich auf die Mitglieder einer Krankenkasse beschränkt. Um mit günstigen Beiträgen im Wettbewerb erfolgreich zu sein, müssten die Krankenkassen lediglich die Strategie verfolgen, möglichst junge und gesunde Mitglieder zu gewinnen. Als Folge kann aber nicht garantiert werden, dass das Geld dahin fließt, wo es zur Versorgung der Versicherten auch am wirtschaftlichsten verwendet wird.

Solidarprinzip und Wettbewerb gleichzeitig zu ermöglichen, ist Aufgabe des Risikostrukturausgleichs. Durch ihn soll gewährleistet werden, dass alle Mitglieder der GKV, unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse, im gleichen Ausmaß zum Solidarausgleich herangezogen werden. Gleichzeitig wird so die Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb geschaffen. Die Krankenkassen konkurrieren mit ihren Beitragssätzen – zukünftig mit ihren Zusatzbeiträgen und Prämien – miteinander. Der Beitragssatz soll nicht ausdrücken, dass eine Krankenkasse zufällig gesündere Versicherte oder besser verdienende Mitglieder als eine andere hat, vielmehr soll er Ausdruck der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sein.

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Seit dem Jahr 2001 ist eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs geplant, bekannt unter der Bezeichnung „morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich“ kurz: „Morbi-RSA“. Worum geht es dabei? Der Risikostrukturausgleich gleicht Unterschiede in den Risikostrukturen der

Krankenkassen aus – d.h. wie krank bzw. gesund sind die Versicherten, wie hoch sind ihre beitragspflichtigen Einnahmen, wie viele Familienmitglieder werden beitragsfrei versichert? Während sich die beitragspflichtigen Einnahmen und die Anzahl der Familienversicherten leicht feststellen lassen, gestaltet sich die Einstufung in „krank“ oder „gesund“ komplexer. Bislang stellt der Risikostrukturausgleich hier vor allem auf das Alter ab – ältere Versicherte sind erfahrungsgemäß im Durchschnitt kränker. Aber das stimmt nicht immer: Es gibt schwerkranke junge Menschen und gesunde alte Menschen. Insbesondere chronisch kranke Versicherte fallen so durch das Raster. Der Risikostrukturausgleich wird dadurch ungenau.

Aus diesem Grund soll die Unterscheidung zwischen „gesund“ und „krank“ – d.h. die Morbidität der Versicherten – zukünftig in stärkerem Maße berücksichtigt werden. Die Eingruppierung erfolgt in Zukunft direkt anhand der von den Ärzten erstellten Diagnosen und den verordneten Arzneimitteln. Der Gesetzgeber will so erreichen, „dass eine Konzentration kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherter bei einer bestimmten Krankenkasse für diese nicht zwangsläufig mit gravierenden Wettbewerbsnachteilen verbunden ist.“

Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich

Zusätzlich zur Einführung des „morbidityorientierten Risikostrukturausgleichs“ hat der Gesetzgeber beschlossen, einen Gesundheitsfonds einzurichten. Nun wird der ursprünglich für das Jahr 2007 geplante „Morbi-RSA“ im Jahr 2009 gleichzeitig mit dem Gesundheitsfonds in Kraft treten. Der Gesundheitsfonds ist ein vom Bundesversicherungsamt verwaltetes Sondervermögen, in dem die zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Mittel gesammelt werden. Hier fließen insbesondere die Beiträge aufgrund des zukünftig einheitlichen Beitragssatzes und der Steuerzuschuss des Bundes zusammen. Im Startjahr 2009 ist der Fonds so ausgestattet, dass die erwarteten Ausgaben der GKV zu 100 % gedeckt werden.

Die Krankenkassen werden aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Finanzierung ihrer Ausgaben erhalten. Dabei ist zwischen

- Zuweisungen zur Deckung von Pflichtleistungen einer Krankenkasse,
- Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen,
- Zuweisungen für Aufwendungen zur Entwicklung und Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme und
- Zuweisungen zur Deckung von Verwaltungskosten

zu unterscheiden.

Die Zuweisungen für Pflichtleistungen werden dabei durch den Risikostrukturausgleich angepasst, um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung zu tragen.

II. So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich

Grundpauschale mit Zu- und Abschlägen

Die Mittel des Gesundheitsfonds sollen so an die Krankenkassen verteilt werden, dass sie da ankommen, wo sie zur Versorgung der Versicherten am dringendsten benötigt werden. Zunächst erhält jede Krankenkasse für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV. Für eine Krankenkasse mit vielen alten und kranken Versicherten reicht dieser Betrag naturgemäß nicht aus, während eine Krankenkasse mit vielen jungen und gesunden Versicherten zuviel Geld erhielte. Daher wird diese Grundpauschale durch ein System von Zu- und Abschlägen angepasst. Neben den bisherigen Merkmalen des Risikostrukturausgleichs – Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente – soll dabei auch die anhand von 80 ausgewählten Krankheiten gemessene Krankheitslast der Krankenkassen berücksichtigt werden. Durch die Zu- und Abschläge nach Alter und Geschlecht wird die Zahlung auf den Betrag angepasst, den ein ansonsten gesunder – d.h. ein an keiner der 80 Krankheiten leidender – Versicherter gleichen Alters und Geschlechts durchschnittlich benötigt. Außer bei Neugeborenen und sehr alten Menschen wird dieser Betrag unterhalb der Grundpauschale liegen, nach den Risikomerkmale Alter und Geschlecht wird es daher in der Regel einen Abschlag geben.

Für kranke Versicherte erhalten die Krankenkassen weitere Zuschläge. So gibt es für die 80 ausgewählten Krankheiten Morbiditätszuschläge, die die erhöhten Ausgaben widerspiegeln, die im Durchschnitt von dieser Krankheit verursacht werden. Abbildung 1 veranschaulicht diesen Zusammenhang beispielhaft für vier Personen. Alle vier Versicherte erhalten zunächst die Grundpauschale. Für 24-jährige Frauen gibt es einen Alters- und Geschlechtsabschlag. Für die gesunde 24-jährige Frau ergibt sich so die Zuweisung zur Deckung der Leistungsausgaben. Liegen jedoch relevante Krankheiten vor, so gibt es zusätzliche Morbiditätszuschläge. Ähnliches gilt für den 64-jährigen Mann, allerdings ist der Alters- und Geschlechtsabschlag hier geringer.

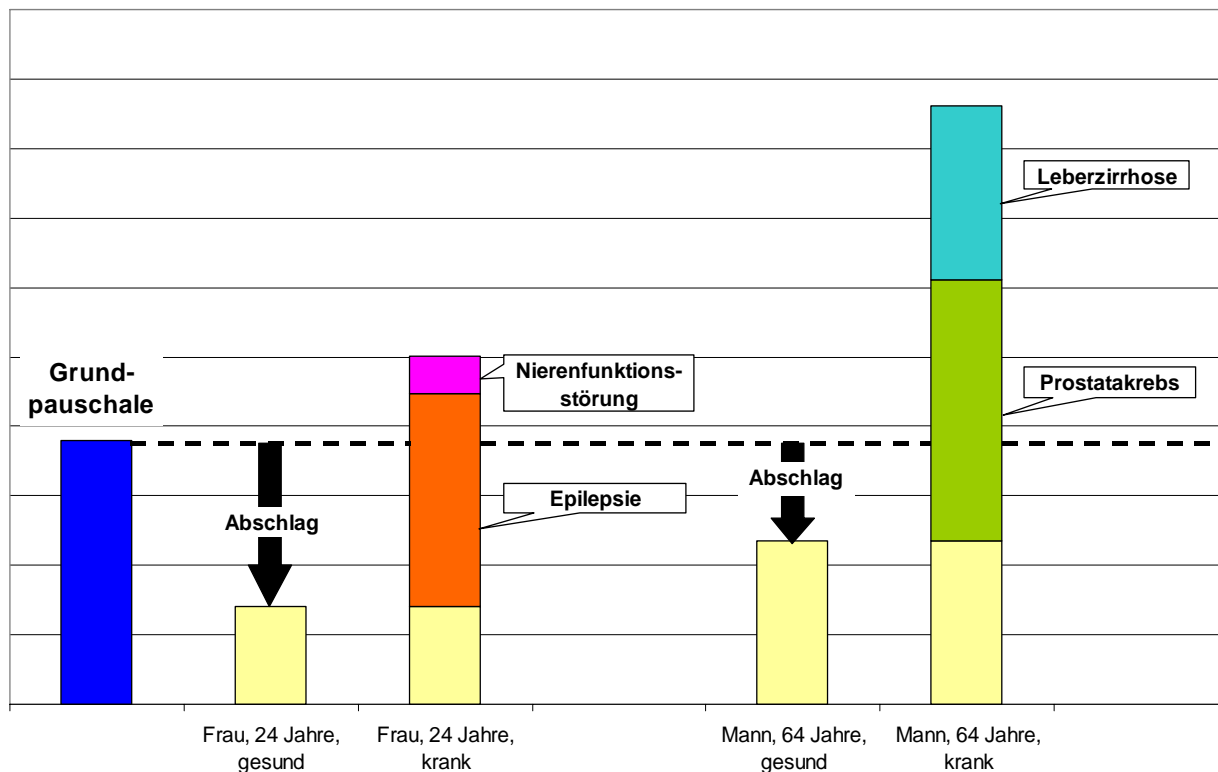


Abbildung 1: Zuweisungen für Pflichtleistungen der Krankenkasse: Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschlägen

Neben Zuschlägen für 80 Krankheiten sind weitere Zuschläge vorgesehen, wenn der Versicherte eine Erwerbsminderungsrente bezieht. In diesen Fällen muss bei dem Versicherten eine schwere Erkrankung vorliegen, die ärztlich bestätigt wurde und in der Regel über die Morbiditätszuschläge hinaus zu Belastungen für die Krankenkassen führt. Der neue Risikostrukturausgleich besteht somit aus drei Säulen: den Zu- und Abschlägen für Alter und Geschlecht, den Zuschlägen bei Erwerbsminderung und den Krankheitszuschlägen (siehe Abbildung 2):

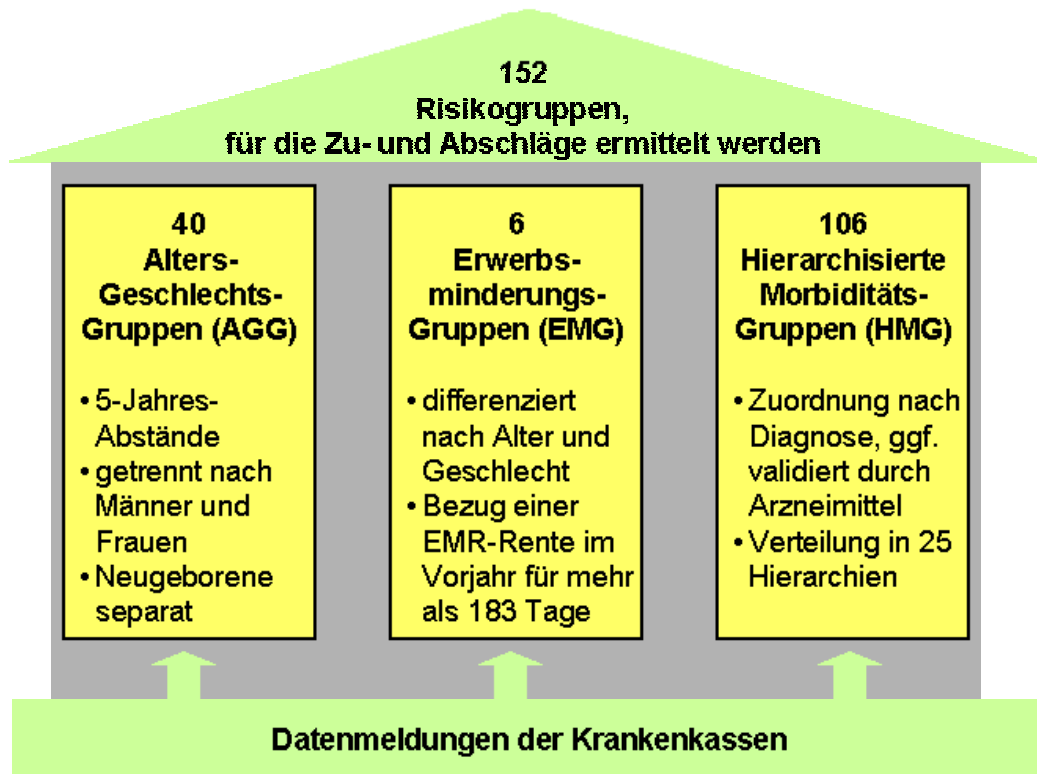


Abbildung 2: Risikogruppen des neuen Risikostrukturausgleichs

Für die Einstufung nach Alter und Geschlecht hat das Bundesversicherungsamt 40 Gruppen gebildet, für die Erwerbsminderungsrentner 6 Gruppen, und für die Einstufung in eine (zuschlagsauslösende) Krankheitsgruppe sind 106 Morbiditätsgruppen vorgesehen. Insgesamt berücksichtigt der neue RSA zukünftig 152 Risikogruppen. Jeder Versicherte wird genau einer Alters-Geschlechts-Gruppe zugeordnet. Dadurch wird die Grundpauschale für jeden Versicherten nach Alter und Geschlecht angepasst. Für voraussichtlich rund ein Drittel der GKV-Versicherten werden die Krankenkassen zusätzlich Zuschläge aus den Erwerbsminderungsgruppen und/oder den hierarchisierten Morbiditätsgruppen erhalten.

Aufteilung der Krankheiten in Morbiditätsgruppen

Für die 80 ausgewählten Krankheiten wurden vom Bundesversicherungsamt insgesamt 106 Morbiditätsgruppen definiert. Die Zahl ist nicht deckungsgleich, da die Zuschläge für einige Krankheiten nach Schweregrad differenziert werden. Andererseits gibt es auch Fälle, in denen zwei unterschiedliche Krankheiten mit ähnlichem Versorgungsbedarf in einer gemeinsamen Morbiditätsgruppe berücksichtigt werden.

Gibt es für eine Krankheit mehrere nach Schweregrad differenzierte Morbiditätsgruppen, so werden diese in eine Hierarchie gebracht. Daher auch die Bezeichnung „hierarchisierte Morbiditätsgruppen“ (HMG). Ist ein Versicherte anhand seiner Diagnosen mehreren Morbiditätsgruppen derselben Hierarchie zuzuordnen, so wird nur für die in der Hierarchie am höchsten stehende Morbiditätsgruppe ein Zuschlag gewährt.

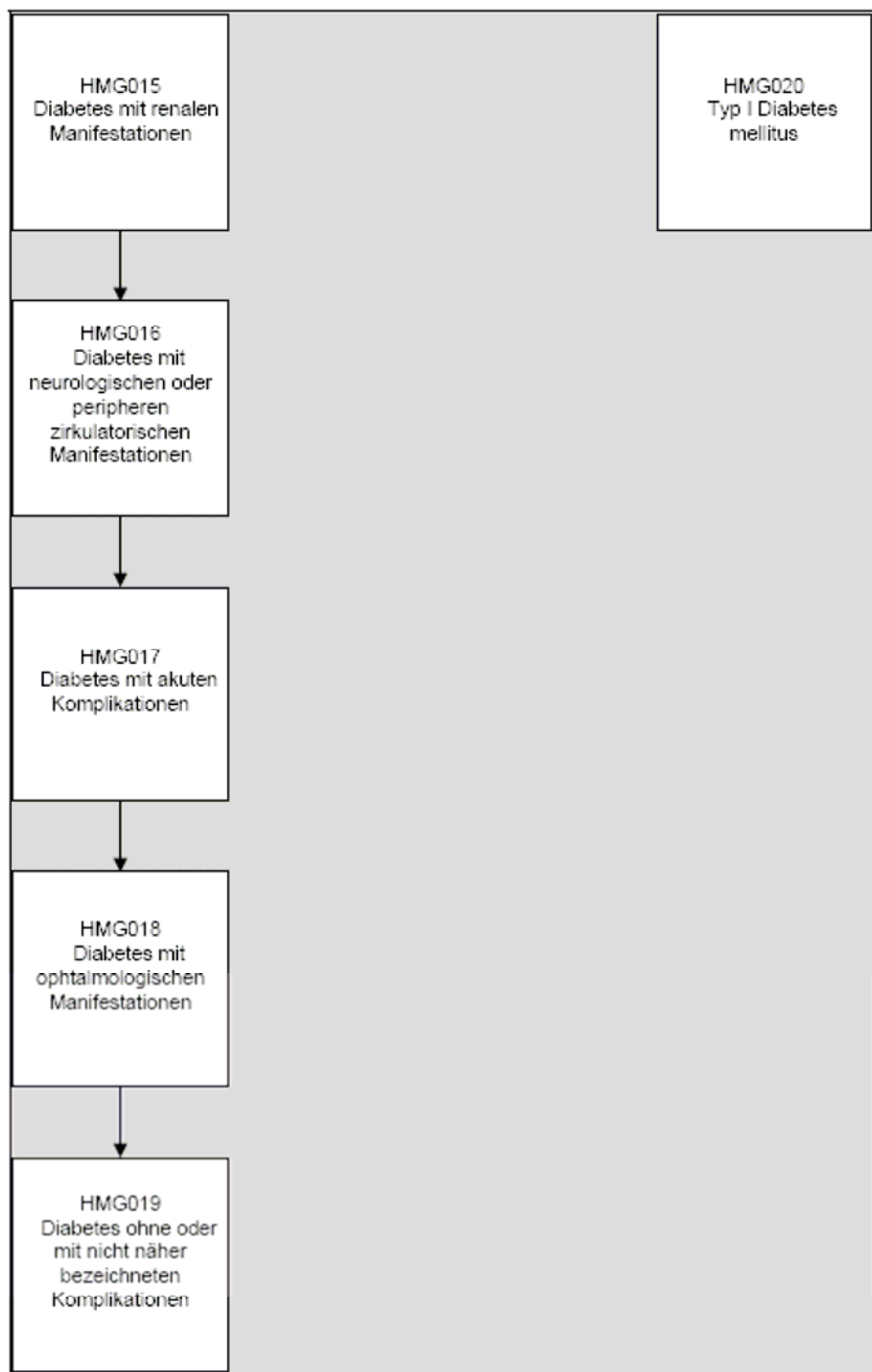


Abbildung 3: Hierarchie der Morbiditätsgruppen am Beispiel des Diabetes mellitus

Beispielsweise löst innerhalb der Hierarchie „Diabetes mellitus“ der Diabetes ohne Komplikationen (HMG019) den niedrigsten Zuschlag und der Diabetes mit Nierenbeteiligung (HMG 015) den höchsten Zuschlag aus (siehe Abbildung 3).

Insgesamt gibt es 25 solcher Krankheitshierarchien. Mit den Hierarchien soll die jeweils schwerwiegendste Manifestation einer Krankheit festgestellt werden. Nur für diese soll auch ein Zuschlag gewährt werden. Ansonsten könnten Unterschiede in der ärztlichen Kodierpraxis oder

medizinische Behandlungsverläufe zu einer nicht sachgemäßen Kombination von Zuschlägen führen.

Die Beschränkung auf 80 Krankheiten war eine gesetzliche Vorgabe. Der Gesetzgeber wollte damit einen schrittweisen Einstieg in den Morbi-RSA erreichen. Für die Krankenkassen nicht planbare Sprünge in der Finanzausstattung vom alten Risikostrukturausgleich ohne direkten Morbiditätsbezug zum neuen Verfahren sollen so vermieden werden. Die ausgewählten Krankheiten sind entweder kostenintensive chronische Krankheiten oder Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf, die überdurchschnittliche Kosten verursachen. Sie wurden vom Bundesversicherungsamt auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Gutachtens und einer Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt.

Für welche Versicherten gibt es einen Morbiditätszuschlag?

Wie wird nun festgestellt, ob eine Krankenkasse für einen Versicherten einen Morbiditätszuschlag erhält? Anknüpfungspunkt sind hierbei die ärztlichen Diagnosen. Ambulante Ärzte und Krankenhäuser müssen für ihre Abrechnungen mit den Krankenkassen jede Diagnose nach einem vorgegebenen Klassifikationssystem, dem sogenannten ICD-10, verschlüsseln. Von den über 15.000 ICD-10-Codes stehen ca. 3.800 mit einer der 80 ausgewählten Krankheiten in Verbindung und können daher einer Morbiditätsgruppe zugeordnet werden.

Die stationären Diagnosen sind dabei von einer besonderen Qualität. In den Krankenhäusern gelten verbindliche Kodierrichtlinien. Außerdem sind die Diagnosen Teil der Krankenhausrechnungen im „DRG-System“ und werden von den Krankenkassen im Rahmen der Abrechnungsprüfungen besonders kontrolliert. Vor diesem Hintergrund führt jede relevante stationäre Diagnose zu einer Zuordnung der Versicherten zu einer Morbiditätsgruppe und damit zu einem Zuschlag.

Bei den Diagnosen der niedergelassenen Ärzte erfolgt die Einstufung des Versicherten in eine Morbiditätsgruppe erst, wenn eine Diagnose durch eine „Zweitdiagnose“ derselben Krankheit in mindestens einem anderen Abrechnungsquartal bestätigt wurde. Bei einigen Krankheiten ist zusätzlich ein entsprechender Therapienachweis erforderlich. Dies ist insbesondere bei solchen Krankheiten bzw. Krankheitsverläufen der Fall, bei denen ein stationärer Aufenthalt (z.B. bei einem akuten Herzinfarkt) oder eine Arzneimitteltherapie (z.B. bei Diabetes mellitus Typ 1) medizinisch zwingend erforderlich ist.

Ermittlung der Zuschlagshöhen

Nachdem bekannt ist, welche Morbiditätsgruppen existieren und wann ein Versicherter in diese Gruppen eingeordnet wird, bleibt die Ermittlung der Höhe der Zuschläge zu klären. Grundsätzlich sollen die Zuschläge nicht die laufenden Behandlungskosten abdecken, sondern die mit diesen Krankheiten verbundenen Folgekosten. Für jede Morbiditätsgruppe wird daher geprüft, welche Ausgaben ein Versicherter mit der entsprechenden Diagnosestellung im Jahr nach der Diagnosestellung durchschnittlich verursacht. Man nennt dies ein „prospektives Modell“. Wäre

z.B. die Blinddarmentzündung unter den ausgewählten Krankheiten, so läge die Zuschlagshöhe vermutlich bei 0 Euro, da eine Blinddarmentzündung im nächsten Jahr in aller Regel vollständig verheilt ist. Anders sieht es natürlich bei den schwerwiegenden und chronischen Krankheiten aus, die ausgewählt wurden. Aber auch hier gilt: Der Zuschlag z.B. für einen akuten Herzinfarkt richtet sich nicht nach den laufenden Kosten der notwendigen Krankenhausbehandlung, sondern danach, was die Nachsorge eines Herzinfarktes durchschnittlich kostet.

Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Folgekosten muss noch Folgendes beachtet werden: Nicht alle Folgekosten, die auftreten, sind jedoch ursächlich durch die Vorerkrankung bestimmt. So kann die Person mit dem Herzinfarkt im nächsten Jahr zufällig das Bein brechen. Diese Ausgaben stehen natürlich nicht im Zusammenhang mit dem Herzinfarkt und müssen daher aus den Zuschlägen herausgerechnet werden. Dies geschieht mit der statistischen Methode einer multiplen Regression.

Abbildung 4 gibt einen Überblick über den neuen Risikostrukturausgleich „von der Diagnose bis zum Zuschlag“.

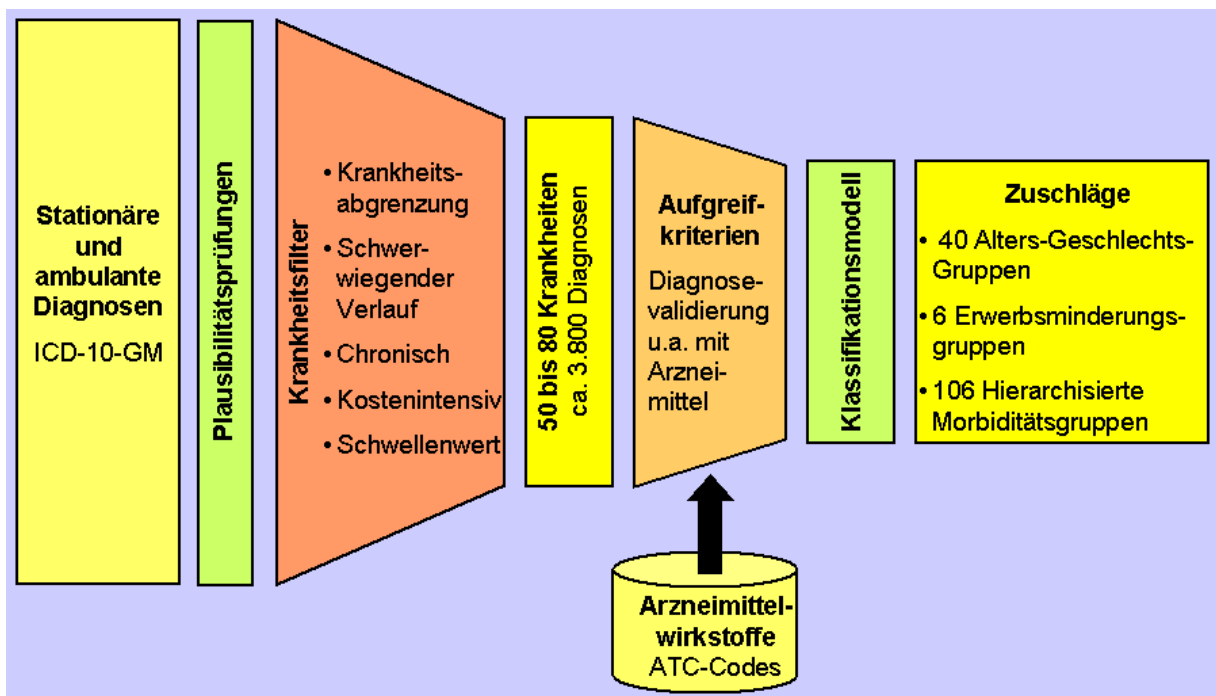


Abbildung 4: Der neue Risikostrukturausgleich: Von der Diagnose bis zum Zuschlag

Durchführung des Risikostrukturausgleichs

Derzeit nimmt das Bundesversicherungsamt die Datenmeldungen der Krankenkassen zur Ermittlung der Zuschläge für die vorläufigen Zuweisungen 2009 entgegen. Insbesondere sind dies die Diagnosen und Arzneimittelverordnungen für jeden GKV-Versicherten aus dem Jahr 2006 sowie die Leistungsausgaben 2007 für jeden Versicherten. Ab November 2008 – nach Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung – wird das Bundesversicherungsamt die Höhe der Grundpauschalen sowie die Zuschlagshöhen für jede der 152 Risikostrukturguppen berechnen und bekannt geben.

Danach wird das Bundesversicherungsamt den Zuweisungsbetrag aus dem Gesundheitsfonds für Januar 2009 für jede Krankenkasse auf Grundlage der aktuellsten Versichertenzahlen ermitteln und festsetzen. Zweimal jährlich – im März und im September – gibt es eine Aktualisierung hinsichtlich der durch Kassenwechsel veränderten Versichertenstrukturen der Krankenkassen. Wie im bisherigen Risikostrukturausgleich auch, findet dann im Herbst 2010, nach Vorlage der Rechnungsergebnisse der Krankenkassen, ein Jahresausgleich statt. In diesem werden dann mit den Daten der Jahre 2008 und 2009 die Zuschlagshöhen neu ermittelt.

III. Häufige Fragen zum neuen Risikostrukturausgleich

- **Besteht für die Krankenkassen nicht ein Anreiz, Versicherte „kränker“ zu machen, als sie in Wirklichkeit sind?**

Nein, die Diagnosestellung wird von den Ärzten vorgenommen und nicht von den Krankenkassen.

Zwar herrscht die allgemeine Auffassung, dass Leistungserbringer mehr Diagnosen stellen, wenn sich dies in ihren Vergütungen niederschlägt. Ob es sich bei diesem als „upcoding“ bezeichneten Phänomen nur um eine bessere Erfassung bereits vorhandener Morbidität handelt, oder nicht, ist umstritten. Für den Risikostrukturausgleich spielt dies keine Rolle. Da die finanzielle Ausstattung des Gesundheitsfonds im Voraus feststeht, würde ein allgemeines upcoding dazu führen, dass die Höhe der Morbiditätszuschläge fällt. Eine einzelne Krankenkasse könnte hiervon nicht profitieren.

Schließlich führen zusätzliche Diagnosen und Verordnungen nicht einfach nur zu mehr oder höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, sondern gleichfalls zu höheren Vergütungen an die diagnosestellenden Leistungserbringer, die im Übrigen im laufenden Jahr nicht ausgeglichen würden

- **Verlieren die Krankenkassen nicht das Interesse an der Prävention von Krankheiten, wenn es für diese Krankheit Zuschläge gibt?**

Nein, denn lässt sich eine Krankheit verhindern, so entgeht der Krankenkasse nicht nur der entsprechende Zuschlag, vielmehr vermeidet die Krankenkasse auch die entsprechenden Ausgaben. Gerade im prospektiven Modell verlieren die Krankenkassen nicht das Interesse an gesunden Versicherten. Vielmehr wird die Zuweisung für einen Versicherten durch dessen Diagnosen aus dem Vorjahr bestimmt. Die Krankenkassen profitieren davon, wenn die laufenden Ausgaben unterhalb dieser Zuweisung bleiben. Dies ist natürlich dann der Fall, wenn der Versicherte jedes Jahr etwas gesünder als im Vorjahr ist.

Im übrigen sind unter den neuen Rahmenbedingungen chronisch kranke Versicherte mit einem der 80 ausgewählten Krankheiten aus Sicht der Krankenkassen keine schlechten Risiken mehr. Es kann nun für die Krankenkassen attraktiv sein, solche Versicherte durch attraktive Angebote, die auch Maßnahmen der Sekundärprävention umfassen, anzulocken.

- **Bestehen im neuen Verfahren Gefahren durch mangelnden Datenschutz?**

Nein, denn es werden keine versichertenbezogenen Daten erhoben und gemeldet. Vielmehr werden die für die Berechnung der Zuschläge notwendigen Daten mit einem Pseudonym versehen, das den Rückschluss auf die konkrete Person unmöglich macht. Das Pseudonymisierungsverfahren wurde gemeinsam mit dem Bundesamt für die Si-

cherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entwickelt.

- **Ich leide an einer Krankheit, die nicht zu den 80 ausgewählten gehört. Was ändert sich für mich?**

Grundsätzlich nichts, die Krankheiten spielen nur eine Rolle, um die Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds vorzunehmen. Die Leistungsansprüche der Versicherten sind hiervon vollkommen unberührt. Da jede Krankenkasse für jeden Versicherten die an das Alter und Geschlecht angepasste Grundpauschale erhält, ist hierfür auch die notwendige Finanzausstattung vorhanden.