

Morbi-RSA: Das Gutachten in Kürze

Berlin, 15. Januar 2019. Um den Fehlentwicklungen im Morbi-RSA entgegenzuwirken, muss ein Umdenken bei der Krankheitsauswahl stattfinden, damit die Bedeutung von günstigen, aber häufigen Diagnosen im Verteilschlüssel abnimmt. Das ist das Ergebnis eines Gutachtens des Professors für Management im Gesundheitswesen Prof. Dr. med. Reinhard Busse, das Probleme in der Gestaltung des Morbi-RSA aufzeigt und daraus resultierende Fehlentwicklungen analysiert.

Zu diesen Problemen gehören:

- **Steigende Diagnosezahlen:** Das Gutachten zeigt, dass die Anzahl der dokumentierten Diagnosen viel stärker ansteigt, als die wissenschaftlich bestimmte Krankheitslast. So verzeichnet die "Global Burden of Disease"-Studie für Deutschland zwischen 2011 und 2014 einen Anstieg um nur ein Prozent. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Datenbasis des Morbi-RSA, wurden im gleichen Zeitraum hingegen 5,9 Prozent mehr Diagnosen dokumentiert. Bei den ambulant - also in Praxen - dokumentierten "chronischen" Diagnosen waren es sogar 14,2 Prozent. Zugenommen haben insbesondere bestimmte Diagnosen, die zwar beim Einzelnen relative geringe Mehrkosten verursachen, die wegen der starken Gewichtung ihrer Häufigkeit aber für den Finanzausgleich relevant sind. Im Gegensatz entwickeln sich Krankheiten, die alternativ - mit Fokus auf schwereren, teureren Erkrankungen - ausgewählt wurden, nahezu entsprechend des Verlaufs der wissenschaftlich ermittelten Krankheitslast.
- **Schwellenwert als zahloser Tiger:** Der Gesetzgeber schreibt vor, dass über den Morbi-RSA Zuschläge für die Mehrkosten von kostenintensiven Erkrankungen gezahlt werden, wenn diese mindestens 50 Prozent der Durchschnittskosten je Versicherten betragen. Dennoch flossen allein 2015 über 33 Milliarden Euro für Diagnose-Zuschläge, die laut Gutachten diesen Schwellenwert nicht erreicht haben - also rund jeder dritte Zuschlags-Euro.
- **Mangelnde Transparenz und Abgrenzbarkeit:** Die aktuelle Krankheitsauswahl führt laut dem Gutachten dazu, dass die berücksichtigten Krankheiten einerseits oftmals große Gruppen unterschiedlicher Krankheiten sind und andererseits

Pressemitteilung

Zuschlagsgruppen sich häufig über mehrere Krankheiten erstrecken - obwohl gesetzlich eine "enge Abgrenzbarkeit" vorgeschrieben ist.

- **Vollmodell = Fehlanreiz 2.0:** Ein derzeit diskutiertes Vollmodell würde die durch die Diagnosezunahmen ausgelösten Probleme noch verstärken, da die Anzahl berücksichtigter Krankheiten von 80 auf 360 steigen würde. Durch die Anreizwirkungen würden die kostengünstigen Diagnosen zu Lasten der Versicherten mit schwerwiegenden, teuren Diagnosen ein noch stärkeres Gewicht bekommen.

Fazit: Empfehlung des Gutachtens

Eine Reform des RSA sollte die Fehlentwicklungen der letzten Jahre berücksichtigen und eng abgrenzbare Krankheiten (wieder) in den Vordergrund des Ausgleichs rücken - also schwerwiegend verlaufende Krankheiten oder solche, die chronisch und kostenintensiv sind. Dies käme dem ursprünglichen Ziel des Morbi-RSA, den Wettbewerb zwischen den Kassen fair zu gestalten und die finanziellen Folgen besonders schwerer Erkrankungen auf die gesamte GKV umzulegen, sehr nahe. Diese Krankheiten sind zudem weitestgehend immun gegen Manipulationen und können auch deshalb eine sinnvolle Basis für ein Ausgleichssystem darstellen und für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sorgen. Eine Reform, die die bisherigen Fehlentwicklungen nicht adäquat berücksichtigt und statt auf die Krankheitsauswahl zu fokussieren auf ein sogenanntes "Vollmodell" setzt, das alle Krankheiten in den RSA einbezieht, würde die bisherigen Fehlentwicklungen dagegen weiter verstärken.

Die Ergebnisse im Einzelnen

1. Zentrale gesetzliche Vorgaben sind im Morbi-RSA nicht umgesetzt

Dazu gehören die enge Abgrenzbarkeit der Krankheiten, der Fokus auf kostenintensive chronische Erkrankungen oder solche mit schwerwiegendem Verlauf und die Berücksichtigung des vorgegebenen Schwellenwerts (mindestens 150 % der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten).

2. Die Methode der Krankheitsauswahl konterkariert den gesetzlichen "Schwellenwert": Laut Gutachten erfüllen nur 56 von 80 Krankheiten dieses Kriterium (2015)

Die derzeitige Berechnung, welche Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt werden, ("Quadratwurzel der Prävalenz") bevorzugt „Krankheiten“ mit vergleichsweise hoher Prävalenz bzw. Fallzahl aber niedrigen Kosten pro Versicherten. Das Gutachten belegt: Würde zur Auswahl der natürliche Logarithmus der Prävalenz genutzt, würden eher kostenintensive Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt. Die Folge der aktuellen Auswahl: Sie umfasst zahlreiche Krankheiten, die eigentlich am "Schwellenwert" (≥ 150 % der durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten) scheitern müssten.

Zuschläge vs. Schwellenwert

Der gesetzlich definierte Schwellenwert legt fest, dass die Mehrkosten für Krankheiten mindestens 150 Prozent der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten betragen müssen, um einen Zuschlag auszulösen. Von den 2015 insgesamt im Morbi-RSA gezahlten 75,7 Millionen Zuschlägen mit einem Gesamtvolumen von 90,5 Milliarden Euro entfielen aber 76 % der Zuschläge mit 33,6 Milliarden Euro des Volumens auf Morbiditätsgruppen (HMG) mit Zuschlagshöhen unterhalb des Schwellenwerts. Nur 24 % der Zuschläge und somit rund 57 Milliarden Euro wurden gesetzeskonform gezahlt. Dies ist möglich, weil statt der durch die entsprechende Krankheit verursachten Mehrkosten die Gesamtkosten für den jeweiligen Versicherten berücksichtigt werden, also auch die Kosten für Begleiterkrankungen. Das begünstigt Diagnosen, die häufig mit Begleiterkrankungen einhergehen - und benachteiligt insbesondere Erkrankungen, die nur oder meistens bei Kindern auftreten.

3. Krankheitsauswahl mit Fokus auf schwere Erkrankungen würde gesetzliche Vorgaben deutlich besser erfüllen

Das Gutachten kalkuliert ein Morbi-RSA-Szenario mit alternativer Krankheitsauswahl auf Basis des natürlichen Logarithmus anstelle der Quadratwurzel. Das Ergebnis: Von den 80 Krankheiten würden im Ausgleichsjahr 2017 (Datenjahr 2014) 17 Krankheiten durch andere ersetzt. Diese "neuen" Krankheiten sind zwar seltener und ihre Prävalenz steigt wenig bis gar nicht, sie sind aber größtenteils „schwerwiegend“ und „erreichen fast ausnahmslos den gesetzlichen Schwellenwert“. Zudem wurde analysiert, welche Krankheiten die Schnittmenge beider Berechnungsmethoden bilden. Letztere sind sowohl schwerwiegender und chronisch und verursachen - auch ohne Begleiterkrankungen - Mehrkosten von mindestens 150 Prozent

Pressemitteilung

der durchschnittlichen Leistungsausgaben. Sie genügen also mit ihren krankheitsspezifischen Kosten dem gesetzlichen Schwellenwert. Die nur über den Quadratwurzel-Algorithmus identifizierten Krankheiten hingegen sind häufig und chronisch, das heißt primär ambulant kodiert. Trotz hoher Gesamtkosten aufgrund von Begleiterkrankungen verursacht jedoch keine einzige dieser Krankheiten Mehrkosten oberhalb des gesetzlichen Schwellenwerts. Für das Ausgleichsjahr 2017 besteht die Schnittmenge aus 63 Erkrankungen.

4. Mängel bei der gesetzlich geforderten engen Abgrenzbarkeit der Krankheiten

Wie sich die 80 ausgewählten Krankheiten nach Diagnosen in verschiedene Diagnosegruppen (DxGroups; 447 im Jahr 2017) unterteilen und diese wiederum nach Mehrkosten zu „Hierarchisierten Morbiditätsgruppen“ (HMGs; 199 im Jahr 2017) mit unterschiedlich hohen Zuschlägen zusammensetzen, ist ein komplexer Mechanismus, der laut Gutachten zwar theoretisch korrekt ist - in der Praxis jedoch zu Unschärfen führt und die geforderte enge Abgrenzbarkeit laut Gutachten verwässert. Eine Unschärfe birgt die Tatsache, dass einige Krankheiten sich sehr breit auf verschiedene Diagnosegruppen (DxGroups) erstrecken. Im Schnitt entfallen 5,6 DxGroups, im Einzelfall aber bis zu 31 DxGroups, auf eine Krankheit. Eine weitere Unschärfe liegt in "krankheitsübergreifenden" HMGs: Im Ausgleichsjahr 2015 erstreckten sich 35 der damals 192 HMG auf mehrere Krankheiten - und insgesamt 44 Krankheiten waren von diesen "krankheitsübergreifenden HMGs" betroffen.

5. Dokumentierte Morbidität hält wissenschaftlichen Vergleich nicht stand

Derzeit werden bestimmte Diagnosen, die primär durch ihre Häufigkeit ausgewählt werden, von Jahr zu Jahr deutlich häufiger kodiert als internationale Vergleichsdaten zur Krankheitslast in Deutschland aussagen: Auf dem Papier sind die Menschen in Deutschland also „kränker“ als wissenschaftlich ermittelte Vergleichsdaten nahelegen. Vor allem leichte Diagnosen steigen deutlich an, also solche mit deutlich größeren Spielräumen beim Kodieren. Das Gutachten zeigt einen deutlichen Anstieg der Diagnosen sowie der Anzahl ausgelöster Morbi-Zuschläge, und zwar um 15 Prozent (Zuschläge) von 2011 bis 2016. Dieser dokumentierte Morbiditätsanstieg in der Bevölkerung spiegelt sich in internationalen Vergleichsdaten zu Deutschland („Global Burden of Disease“-Studie) nicht wider.

Pressemitteilung

Die durchschnittliche Höhe der Zuschläge ist gleichzeitig um mehr als acht Prozent gesunken, was darauf hindeutet, dass zunehmend Krankheiten kodiert werden, die mit geringeren Kosten bzw. gesundheitlichen Einschränkungen einhergehen.

Betrachtet man hingegen die Entwicklung der dokumentierten Morbidität von schweren teureren Erkrankungen (die bei einer alternativen Krankheitsauswahl relevant wären), entspräche die Entwicklung der kodierten Morbidität nahezu exakt den internationalen Vergleichsdaten zur Krankheitslast in Deutschland.

Entsprechend kritisch wären die Folgen eines Vollmodells, da primär weitere, bisher nicht berücksichtigte Erkrankungen mit vergleichsweise geringer gesundheitlicher Beeinträchtigung einbezogen würden - und die Schere zwischen dokumentierten und ausgleichsfähigen Diagnosen und tatsächlicher Krankheitslast weiter aufgehen würde.

Hintergrund für die Redaktionen

Professor Dr. med. Reinhard Busse ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin und Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies, bis September 2018 auch Sprecher des Direktoriums der Berlin School of Public Health. Das "Gutachten zur RSA-Ausgestaltung und Umgestaltungsmöglichkeiten" basiert auf öffentlich zugänglichen Daten des Bundesversicherungsamts (BVA) und wurde unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats erstellt.

Das vollständige Gutachten und weitere Informationen zum Morbi-RSA steht zum Download unter www.tk.de/MorbiRSA.