



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

Mit Bedacht justieren

+++ Positionen, Konzepte, Projekte

SPEZIAL

STARTSCHUSS

Zeit für eine Gesamtschau

von Jürgen Wasem 3

ÜBERBLICK

Ausbau statt Abbau

von Klaus Jacobs 4

VERSORGUNG

Wettbewerb ohne Verlierer

von Wolfgang Greiner 7

STATEMENTS

Wie sieht uns das Ausland?

Internationale Experten zum deutschen Morbi-RSA 8

REPORTAGE

Generationen im Tandem

von Silke Heller-Jung 10

AOK-Projekte

Immer wieder etwas besser 12

INTERVIEW

»Achtzig Krankheiten reichen nicht«

Im Gespräch mit Martin Danner 14

GLOSSAR

RSA in Stichworten 15

STANDPUNKTE

Wie sorgt der Morbi-RSA für faire Wettbewerbsbedingungen in der Krankenversicherung? 16

Literatur

■ Florian Buchner, Dirk Göppfarth
Der Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Dieter Kassel et al. (Hrsg.) (2014): *Solidarische Wettbewerbsordnung*. Heidelberg, 75–117

■ Bernhard Hoffmann
Der Morbi-RSA hat sich bewährt. Interview mit BVA-Präsident Frank Plate. In: *G+G* 6/2016, 30–33

■ Klaus Jacobs
Keine Schnellschüsse beim Risikostrukturausgleich. In: *GGW* 2/2016, 7–14

■ Klaus Jacobs
Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut. In: *GGW* 4/2015, 23–30

■ Lennart Pirktl
Verfeinerung des Risikoausgleichs durch Berücksichtigung der Arzneimittelkosten. In: *Soziale Sicherheit CHSS*, 1/2015, 42–46

■ Frank Plate, Sylvia Demme
Reformoptionen zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt! In: *Welt der Krankenversicherung* 7–8/2016, 172–175

■ Richard C. van Kleef, René C.J.A. van Vliet, Wynand P.M.M. van de Ven
Risk equalization in the Netherlands: an empirical evaluation. In: *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 6/2013, 829–839

■ Jürgen Wasem et al.
Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV. Vorgelegt am 25. Januar 2016, zum Download unter www.bundesversicherungsamt.de → Risikostrukturausgleich → Weiterentwicklung

■ Jürgen Wasem et al.
Gutachten zu Zuweisungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 3 RSAV. Vorgelegt am 31. Mai 2016, zum Download unter www.bundesversicherungsamt.de → Risikostrukturausgleich → Weiterentwicklung

Internet

■ www.aok-bv.de
Informationen zum Morbi-RSA finden Sie unter → *Hintergrund* → *Dossiers* → *Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich*

■ www.bmg.bund.de
Unter → *Themen* → *Krankenversicherung* → *Finanzierung* → *Risikostrukturausgleich* informiert das Bundesgesundheitsministerium über den RSA.

■ www.bundesversicherungsamt.de
Unter → *Risikostrukturausgleich* finden Sie Infos zur Berechnung des Morbi-RSA und Übersichten der jährlichen Zuweisungen.

■ www.cms.gov/CCIIO
Unter → *Resources* → *Forms, Reports, and Other Resources* → *Premium Stabilization Programs* → *Whitepapers* → *March 24, 2016* steht eine detaillierte Darstellung des US-Marketplace-Risikoausgleichs bereit.

■ www.rethinkingbelgium.eu
Unter → *E-Books* ist das E-Book 10 zu finden, in dem das belgische Gesundheitssystem aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet wird.

■ www.rsa-allianz.de
Zwölf Betriebs-, Ersatz- und Innungskrankenkassen erläutern hier ihre Vorschläge für eine Reform des RSA und stellen diverse Gutachten zum Download bereit.

Spezial ist eine Verlagsbeilage von G+G

Impressum: Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin. G+G erscheint im KomPart-Verlag (www.kompart.de).

Redaktion: Dr. Silke Heller-Jung, Karola Schulte (verantwortlich) | Art Direction: Anja Stamer

Herausgeber: Geschäftsführungseinheit Politik/Unternehmensentwicklung des AOK-Bundesverbandes | Stand: Oktober 2016

Zeit für eine Gesamtschau

In jüngster Zeit mehren sich die Rufe nach einer raschen Reform des Risikostrukturausgleichs. Vorschnelle Eingriffe in ein funktionierendes, international anerkanntes System sind keine gute Idee, findet **Jürgen Wasem**. Er meint: Die Zeit ist reif für eine umfassende Evaluation.



Mit der Entscheidung von Lahnstein hat der Gesetzgeber 1992 beschlossen, durch einen Ausbau der Kassenwahlrechte für nahezu alle Versicherten den Wettbewerb der Krankenkassen erheblich zu intensivieren. Zugleich wurden die Weichen für die Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA) gestellt. Der RSA hat seitdem mehrere größere Veränderungen erfahren. Zunächst für Ost- und Westdeutschland getrennt durchgeführt, wurde er erst 2007 gesamtdeutsch ausgestaltet. Ab 2009 wurde der RSA um Variablen der direkten Morbiditätsorientierung erweitert, nachdem er zunächst primär demografische Ausgleichsfaktoren enthielt und dann, als erste Annäherung an eine Morbiditätsorientierung, vorübergehend die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) berücksichtigte.

Auch die Ausgestaltung der Finanzströme in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in die der RSA eingebettet ist, hat sich verändert: Bis zur Einführung des Gesundheitsfonds flossen die gezahlten Beiträge direkt an die jeweiligen Krankenkassen, der Risikostrukturausgleich fand zwischen den Kassen statt. Jetzt ist der Gesundheitsfonds Empfänger der Beiträge, und die Kassen erhalten Zuweisungen aus dem Fonds. Der RSA wird nun dadurch umgesetzt, dass die Zuweisungen je nach Risiko der Versicherten unterschiedlich hoch ausfallen: Für junge, gesunde Versicherte liegen sie bei deutlich unter 100 Euro im

Monat, bei Versicherten mit sehr teuren Behandlungen können Beträge von mehreren Tausend Euro im Monat erreicht werden.

Wie bei der Einführung des RSA wird über seine konkrete Ausgestaltung in der GKV auch heute gestritten, was angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen der Akteure nicht verwundern kann. Dass der RSA eine notwendige Grundlage für einen fairen Kassenwettbewerb unter den Bedingungen des Solidarprinzips ist, wird inzwischen aber von niemandem mehr bestritten. Der deutsche Ansatz zum RSA entspricht dem internationalen Stand gesundheitsökonomischer Erkenntnisse und braucht sich im Vergleich zu anderen Ländern mit einer wettbewerblichen Krankenversicherung nicht zu verstecken, so auch der Befund im internationalen Forschernetzwerk RAN (Risk Adjustment Network). Nach meiner Auffassung ist eine umfassende Evaluation des RSA dringend angezeigt. Die Vielzahl von Gutachten, die in der jüngeren Zeit vorgelegt worden sind, haben jeweils Teilaspekte beleuchtet. Nun gilt es, eine Gesamtschau vorzunehmen.

Jürgen Wasem

Prof. Dr. Jürgen Wasem

lehrt Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen und ist der amtierende Vorsitzende des Forschernetzwerks RAN.

Ausbau statt Abbau

In der Debatte um die Zukunft des Risikostrukturausgleichs wird der Ruf nach raschen Reformen immer lauter. Der RSA ist sicher noch verbesserungsfähig, aber schon jetzt sehr gut, hält **Klaus Jacobs** dagegen und warnt vor Schnellschüssen.

Anfang 2016 hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einen runden Geburtstag gefeiert: zwanzig Jahre freie Kassenwahl der GKV-Mitglieder. Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist sogar schon zwei Jahre älter. Zunächst standen die meisten Kassen und ihre Verbände der freien Kassenwahl und dem damit zwangsläufig verbundenen Wettbewerb eher skeptisch gegenüber, und auch der RSA als „technischer Kern“ der solidarischen Wettbewerbsordnung war keineswegs unumstritten. Beides hat sich inzwischen grundlegend verändert: Die freie Kassenwahl und der Wettbewerb der Krankenkassen sind längst Normalität, und auch der RSA wird vom Grundsatz her nirgends mehr ernsthaft in Frage gestellt.

Funktion des RSA. Wie bei jeder Schadenversicherung gilt auch für die Krankenversicherung, dass die Versicherten unterschiedliche Risiken aufweisen – je nach ihrem Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand. In der privaten Krankenversicherung müssen sie deshalb unterschiedlich hohe Prämien bezahlen. Die

solidarisch finanzierte GKV kennt dagegen keine risikobedingten Beitragsunterschiede. Alte sollen nicht mehr bezahlen als Junge und Kranke nicht mehr als Gesunde. Sonst würde das Solidarprinzip der GKV verletzt. Doch auch die gesetzlich Versicherten tragen unterschiedlich hohe Ausgabenrisiken, auch wenn ihre Beiträge nicht entsprechend differenziert sind. Genau deshalb gibt es den RSA: Er hat die Aufgabe, risikogerechte Beiträge zu simulieren, die es in der GKV wegen des Solidarprinzips nicht gibt. Andernfalls würden die Kassen ihr Hauptaugenmerk im Wettbewerb nicht darauf richten, aktiv für die Verbesserung der Versorgung einzutreten, wovon naturgemäß vor allem ältere und kranke Versicherte profitieren. Ohne RSA wären diese Versicherten aus Kassensicht „schlechte Risiken“, und das Interesse, sie „abzuwimmeln“, wäre größer als die Bereitschaft, ihnen besonders geeignete Versorgungsangebote zu unterbreiten.

Deshalb ist ein RSA in jedem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung zwingend erforderlich. Diese Erkenntnis ist in der internationalen Gesund-

Chronik des RSA

1992:

Konsens von Lahnstein/Gesundheitsstrukturgesetz (GSG): Beschluss der Einführung von freier Kassenwahl und GKV-weitem Risikostrukturausgleich (RSA)

1995:

Ausweitung auf die ganze GKV. Zusätzlicher Faktor: Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente

1996:

Beginn der freien Kassenwahl

1998:

GKV-Finanzstärkungsgesetz: schrittweise Einführung eines gesamtdeutschen RSA ab 1999; Ermittlung eines gesamtdeutschen Ausgleichsbedarfssatzes zur Berechnung der Finanzkraft

2001:

RSA-Reformgesetz: Einführung eines Morbi-RSA ab 2007; bis dahin als Übergangslösung gesonderter Beitragsbedarf für DMP-Teilnehmer und GKV-weiter Risikopool für aufwendige Leistungsfälle

1994:

Einführung des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Ausnahme der Krankenversicherung der Rentner, getrennt nach Rechtskreisen Ost und West. Faktoren: Alter und Geschlecht

1999:

Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung: stufenweise Einführung eines gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs für den Beitragsbedarf ab 2001

Eins greift ins andere: Wenn es darum geht, den Risikostruktur- ausgleich weiterzuentwickeln, muss man stets das Gesamt- system in den Blick nehmen.



heitsökonomie schon lange unstrittig und auch in allen Ländern mit entsprechenden Versicherungssystemen praktisch umgesetzt. Das gilt etwa für unsere Nachbarländer Belgien, die Niederlande, die Schweiz und die Tschechische Republik.

Funktionsweise des RSA. Das Besondere an der Ausgestaltung des RSA ist, dass ein Ausgleich von Risiken erfolgt und nicht etwa von tatsächlichen Ausgaben. Das entspricht der bereits genannten Aufgabe der Simulation risikogerechter Beiträge, die auch auf der Grundlage beobachtbarer Risikomerkmale kalkuliert würden. Das für die Krankenversicherung relevante Risiko eines Versicherten bemisst sich an den Ausgaben, die im Durchschnitt aller Versicherten mit denselben Risikomerkmale zu erwarten sind. Da der RSA in der GKV prospektiv ausgestaltet ist, geht es dabei konkret um die im Folgejahr zu erwartenden Ausgaben. Dadurch erhalten alle Kassen den Anreiz, gegen unnötig hohe Ausgaben anzugehen. Das schließt einerseits alle Maßnahmen ein, die zu einer möglichst wirtschaftlichen Versorgung führen: von Abrechnungsprüfungen über Fallmanagement bis zur Herstellung von Qualitätstransparenz, von Arzneimittel-Rabattverträgen bis zu Angeboten einer strukturierten Versorgung durch Selektivverträge. Dazu gehören andererseits aber auch Maßnahmen, die die Gesundung von kranken Versicherten beschleunigen beziehungsweise das Voranschreiten eingetretener Erkrankungen verzögern. Deshalb ist es auch

unzutreffend, wenn pauschal behauptet wird, dass der RSA präventionsfeindlich wirke, weil die Kassen im Interesse hoher Mittelzuweisungen an möglichst kranken Versicherten interessiert seien.

Aktuelle Debatte. Damit ist ein Punkt angesprochen, der auch in der aktuellen Debatte über die Weiterentwicklung des RSA eine Rolle spielt. Diese Debatte wird in Bezug auf Funktion und Funktionsweise des RSA oftmals alles andere als frei von Miss- und Fehlverständnissen geführt. Dabei liegt es in der Natur der Sache, dass die konkrete Ausgestaltung des RSA handfeste Interessen der Kassen berührt, denn es geht um die Verteilung von viel Geld. Das darf aber nicht dazu führen, dass die zentrale Zielsetzung des RSA und die zur Überprüfung seiner Zielerreichung maßgeblichen Indikatoren nach Belieben zur Disposition gestellt werden.

Das gilt etwa für die Forderung, die RSA-Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner zu streichen. Dieser indirekte Morbiditätsindikator passe nicht mehr zu einem RSA mit direkter

Foto: istockphoto

2005:

Abweisung der Klage der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Hessen gegen den RSA durch das Bundesverfassungsgericht

2007:

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Einführung von Gesundheitsfonds und direkt morbiditätsorientiertem RSA (Morbi-RSA) ab 2009

2009:

Start von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

2011:

Gutachten des Wissenschaftlichen RSA-Beirats beim Bundesversicherungsamt: Morbi-RSA verbessert Zielgenauigkeit

2013:

Korrektur des Berechnungsfehlers bei der Zuschlagsermittlung bei Krankheiten mit überdurchschnittlicher Sterblichkeit

2014:

- GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz: partielle Ist-Ausgaben-Ausgleiche bei Krankengeld und Auslandsversicherten als Übergangslösung
- Bundessozialgericht bestätigt Verfassungsmäßigkeit des Morbi-RSA



Morbiditätsorientierung, wie er seit 2009 durchgeführt wird. Hinsichtlich der Funktion des RSA, risikogerechte Beiträge zu simulieren und damit die Handlungsanreize im Kassenwettbewerb sinnvoll auszurichten – pro Versorgungssteuerung und kontra Risikoselektion –, ist die Unterscheidung nach „direkten“ und „indirekten“ Morbiditätsindikatoren irrelevant. Schließlich sind Alter und Geschlecht der Versicherten auch „nur“ indirekte Morbiditätsindikatoren, doch käme wohl niemand auf die Idee, sie bei der Ermittlung der RSA-Zuweisungen nicht mehr zu berücksichtigen. Dafür ist allein entscheidend, ob ein Indikator statistisch signifikant dabei hilft, das Ausgabenrisiko von Versicherten gut abzubilden. Das ist bei Alter und Geschlecht natürlich der Fall, gilt aber auch für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente. In einer Privatversicherung müssten die betreffenden Versicherten einen entsprechend höheren Beitrag bezahlen (sofern sie dort überhaupt versichert würden). Deshalb muss dieser Zuschlag auch in der GKV bestehen bleiben, um der Gefahr von Risikoselektion gegen die rund 1,7 Millionen Erwerbsminderungsrentner vorzubeugen.

Mehr Krankheiten berücksichtigen. Die Zuweisungen im RSA werden nicht zielgenauer, wenn seine Morbiditätsorientierung – direkt wie indirekt – zurückgeführt wird. Vielmehr wäre ihr Ausbau geboten. Verständlicherweise stößt das nicht auf die Gegenliebe von Kassen mit wenig Kranken. Doch Wettbewerb und RSA sind nicht für die Einzelinteressen von Kassen da, sondern für alle Versicherten und Patienten der GKV und ihr gemeinsames Interesse an einer wirtschaftlichen und guten Gesundheitsversorgung. Deshalb wäre es jetzt an der Zeit, die gesetzliche Beschränkung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Krankheiten auf maximal 80 zu streichen, die zum Zweck der gleitenden Einführung der Morbiditätsorientierung des RSA erfolgt war. Für die Berücksichtigung im RSA sollte künftig allein maßgeblich sein, ob eine Krankheit mit einem überdurchschnittlich hohen Ausgabenrisiko verbunden ist. Ist dies nachgewiesenermaßen der Fall, muss es einen Zuschlag geben – ge-

nauso wie in der Privatversicherung ein Risikozuschlag erhoben würde. Für eine willkürliche Begrenzung der Anzahl der Krankheitszuschläge gibt es gemäß RSA-Logik keinen sachlichen Grund.

Umfassende Analyse. Diese und weitere Reformvorschläge zum RSA, wie etwa auch ein flankierender (Hoch-)Risikopool, müssen empirisch auf ihre Wirkungen hin überprüft werden, ehe sie umgesetzt werden können. Dabei ist zu beachten, dass eine hohe Interdependenz zwischen dem Drehen an einzelnen Stellschrauben des RSA besteht. Eine isolierte Analyse einzelner Modifikationen ergibt folglich keinen Sinn. Zudem ist für eine umfassende Wirkungsanalyse eine repräsentative Datenbasis erforderlich, über die allein das Bundesversicherungsamt verfügt.

Etwas anders stellt sich die Lage im Hinblick auf eine andere mögliche Reformoption dar: die Berücksichtigung von Regionalfaktoren im RSA, die im Übrigen bereits seit Bestehen des RSA diskutiert wird. Wie schon vom Bundesverfassungsgericht 2005 festgestellt, würden dadurch aber auch allokatons- und

verteilungspolitische Aspekte berührt, die weit über die Frage hinausreichen, ob ein Merkmal über eine signifikante Erklärungskraft in Bezug auf bestimmte Ausgabenrisiken von Versicherten verfügt. Ein Beispiel: Angenommen, eine Region wiese überdurchschnittlich hohe

Aufgeregte Krisenrhetorik ist fehl am Platz.

Ausgaben aufgrund von Überkapazitäten auf. Wäre es gerecht, wenn GKV-Mitglieder, die in Regionen mit effizienteren Versorgungsstrukturen leben, dies mitfinanzieren müssten? Würden diese nicht darauf drängen, höhere Beiträge lieber in den Ausbau der Versorgung „vor Ort“ zu stecken? Schon diese Fragen lassen die Komplexität dieses Themas erkennen. Das betrifft auch die Frage nach der zweckmäßigen Regionenabgrenzung: Kreise, Länder oder quer dazu liegende Versorgungsregionen? Hier besteht erkennbar noch sehr viel Analyse- und Diskussionsbedarf, der zudem nicht allein die Ausgestaltung des RSA betrifft.

Keine Schnellschüsse. „Der aktuelle RSA ist der zielgenauere, den es bisher in Deutschland gab.“ So lautet das Urteil von Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamtes, und seiner für den RSA zuständigen Referatsleiterin Sylvia Demme. Das heißt nicht, dass schon alles perfekt ist, wohl aber, dass aufgeregte Krisenrhetorik unangebracht ist. Als „lernendes System“ bedarf der RSA der ständigen Überprüfung und gegebenenfalls auch der gezielten Weiterentwicklung – aber bitte nur als abgestimmtes Gesamtpaket auf der Basis fundierter wissenschaftlicher Analysen. Schnellschüsse sind fehl am Platze. ■

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).

Wettbewerb ohne Verlierer

Der Gesundheitsbereich ist keine wettbewerbsfreie Zone. Das ist auch gut so, findet **Wolfgang Greiner** und erklärt, warum es ohne den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich keine Chancengleichheit zwischen den Krankenkassen gäbe.

Es ist keineswegs wünschenswert, im Gesundheitsbereich auf die positiven Folgen zu verzichten, die der Wettbewerb unter anderem für die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung sowie für eine effiziente Leistungserstellung hat. Allerdings gelten hier spezielle Anforderungen. Denn der Wettbewerb stellt keinen Selbstzweck dar, sondern dient als Instrument dazu, eine an den Wünschen der Bürger orientierte bedarfsgerechte Versorgung zu verwirklichen, die die Gesellschaft finanziell nicht überfordert. Dazu dienen zum Beispiel Honorierungssysteme, die Krankenhäusern und anderen Leistungsanbietern Anreize bieten, sorgsam mit den eingesetzten Ressourcen wie ärztlichem und pflegerischem Personal umzugehen. Auch die Krankenkassen selbst haben erhebliche Anreize, ihre Kosten zu senken. Das schlägt sich unter anderem in intensiven Bemühungen um niedrige Preise beziehungsweise hohe Rabatte sowie in erheblichen Anstrengungen beim Krankengeldmanagement und der Prüfung von Krankenhausrechnungen nieder. Damit es aber nicht zu einer ungewollten Qualitätsabsenkung kommt, wenn zu wenig Ressourcen eingesetzt werden, sind unbedingt Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb notwendig. Qualitäts- und Effizienzwettbewerb sind also immer gleichzeitig umzusetzen, sie sind Bestandteile eines umfassenden wettbewerblichen Konzepts im Gesundheitswesen.

Versicherte haben die Wahl. Dies gilt auch für den Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte. Seit dem 1. Januar 1996 sind gesetzlich Krankenversicherte

weitgehend frei bei der Wahl ihrer Krankenkasse. Dies ist nur dann auf Dauer möglich, wenn die unterschiedlichen Krankheitsrisiken unter den Versicherten der einzelnen Krankenkassen ausgeglichen werden. Sonst hätten Versicherer mit vielen chronisch kranken Versicherten massive Wettbewerbsnachteile, denn sie hätten von Anfang an kaum eine Chance, im Preiswettbewerb der Krankenkassen,



also dem Wettbewerb um günstige Beitragssätze, zu bestehen. Ein echter Preis- und Qualitätswettbewerb käme nicht zustande. Aus Sicht der Krankenkassen wären gegebenenfalls Bemühungen um Risikoselektion im Marktgeschehen erfolgversprechender. Zwar ist es Krankenkassen gesetzlich untersagt, Versicherte abzulehnen, weil sie zum Beispiel chronische Krankheiten aufweisen (direkte Risikoselektion). Aber trotzdem verbleiben den Krankenkassen indirekte Formen der Risikoselektion, zum Beispiel Werbung ausschließlich in zielgruppenspezifischen Medien – etwa bei Facebook, um möglichst junge potenzielle Versicherte anzusprechen –, die Verlagerung von

Beratungsstellen aus Gebieten mit ungünstiger Risikodurchmischung, wie zum Beispiel sozialen Brennpunkten, oder eine restriktive Genehmigung von Antragsleistungen, etwa in der Rehabilitation.

Streit und Klagen. Damit alle Kassen ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen können, ohne dadurch in eine finanzielle Schieflage zu kommen, höhere Beiträge nehmen zu müssen und dadurch einen Wettbewerbsnachteil zu haben, wurde 1994 der Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Er wurde im Laufe der Jahre kontinuierlich weiterentwickelt, zuletzt durch eine stärkere Morbiditätsorientierung und die Auswahl von 80 Erkrankungen, die im Ausgleich berücksichtigt werden. Der sogenannte Morbi-RSA war seit seiner Einführung 2009 Gegenstand intensiver wissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Diskussionen sowie auch mehrfach Grundlage von Klagen, die sich gegen den Morbi-RSA insgesamt oder gegen einzelne Teile richteten. Das Bundessozialgericht in Kassel entschied aber 2014, dass der Risikostrukturausgleich und seine rechtlichen Grundlagen in seiner jetzigen Form weder willkürlich noch verfassungswidrig seien. In jüngster Zeit hat sich die Diskussion um die Ausgestaltung des RSA wieder intensiviert, etwa aufgrund des Verfahrens zum Ausgleich des Krankengelds. Eine Weiterentwicklung des RSA – nicht im Grundsatz, aber in wichtigen Details – ist daher sehr wahrscheinlich. ■

Prof. Dr. Wolfgang Greiner lehrt Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld.



Wie sieht uns das Ausland?

In der Schweiz können Versicherte neben der gesetzlich vorgeschriebenen Grundversorgung (Basistarif) private Zusatzversicherungen abschließen. Für den einkommensunabhängigen Basistarif gelten Einheitsprämien. Ein Risikostrukturausgleich erfolgt seit 1993 nach Alter und Geschlecht sowie seit 2012 anhand von nach Krankheitsrisiko gebildeten Risikogruppen in einem Kanton. Der Gesetzgeber beschloss weitere Reformen für 2017 und 2019, wobei schrittweise Medikamente als Indikatoren für chronische Krankheiten einzubeziehen sind.

In Belgien gibt es eine obligatorische Krankenversicherung, die überwiegend durch einkommensabhängige Beiträge finanziert wird. Das Landesamt für Soziale Sicherheit verteilt die Mittel nach verschiedenen Kriterien an die Versicherten. Dazu zählen neben Alter und Geschlecht der Versicherten auch Faktoren wie Mortalität, Urbanisierungsgrad, Lebensform, Invaliditätsdiagnose, chronische Erkrankungen, medizinisches Angebot. Die Patienten treten zunächst in Vorleistung und bekommen jeweils einen Teil der Kosten erstattet.



Prof. Dr. Konstantin Beck,
Leiter des CSS-Instituts für empirische Gesundheitsökonomie in Luzern, gilt als Pionier des Risikostrukturausgleichs in der Schweiz.



Prof. Dr. Erik Schokkaert lehrt an der Katholischen Universität im belgischen Leuven und zählt zu den international renommiertesten Experten für den Risikostrukturausgleich.

” Mit dem aktuell gültigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) liegt eine Regulierung vor, die wichtige Empfehlungen der Wissenschaft umsetzt. Dem deutschen Gesetzgeber war immer klar, dass ein Krankenversicherungsmarkt mit solidarischer Finanzierung, genauer ohne risikoäquivalente Prämien respektive Beiträge, eines Risikoausgleichs als flankierender Maßnahme bedarf. Der Risikostrukturausgleich wurde in Deutschland nie nur provisorisch eingeführt (im Gegensatz zur Schweiz, wo die definitive Verankerung 22 Jahre auf sich warten ließ), er wurde von Beginn weg gestützt auf die naheliegenden Risikofaktoren Alter und Geschlecht berechnet (im Gegensatz zu Israel, wo das Geschlecht heute noch fehlt), und er wurde auch nie von einem Gericht ausgesetzt (wie in Irland). Die Ergänzung mit Morbiditätsindikatoren folgt ebenfalls konsequent der Literatur.

Zudem sollte bei den Vergleichen mit anderen Ländern das jeweils Länderspezifische nicht übersehen werden. Schon nur der Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz zeigt Unterschiede, die ihre Ursache in den unterschiedlichen Wertvorstellungen der jeweiligen Bevölkerungen haben. Für die Mehrheit der Schweizer ist es beispielsweise kein Problem, dass es 26 unterschiedliche kantonale Beiträge gibt, wobei der günstigste Kanton 40 Prozent unter dem teuersten liegt – Unterschiede, die im deutschen Kontext wahrscheinlich nicht vorstellbar sind. Dabei gibt es kein Richtig oder Falsch, sondern lediglich ein Angebracht oder eben Nicht-Angebracht. ■

” Sobald die Versicherten die Wahl zwischen verschiedenen Krankenkassen haben und diese wiederum ihre Profitabilität durch Versichertenselektion steigern können, bedarf es eines Risikoausgleichs. Da der markanteste Einflusswert für Ausgaben die Morbidität der Patienten ist, bietet sich ein morbiditätsbezogenes Ausgleichsverfahren an. Deutschland hat dies sehr wohl verstanden. Das deutsche morbiditätsorientierte Ausgleichssystem gehört zusammen mit dem niederländischen zu den weltbesten.

Das belgische Krankenversicherungssystem ist dem Deutschlands sehr ähnlich. Risikoselektion ist dort durchaus ein Thema, und es gibt einen morbiditätsorientierten Risikoausgleich in der Krankenkassenfinanzierung, wenngleich er etwas weniger ausgefeilt ist als in Deutschland. Die belgische Bevölkerung – das Gleiche gilt für die Entscheidungsträger – treiben besonders sozioökonomische Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung um. Daher spielen diese eine größere Rolle innerhalb der belgischen Berechnungsformel. Die Patienten können ihre Ärzte und Krankenhäuser frei wählen. Ärzte und Krankenhäuser wiederum haben ein hohes Maß an Freiheit bei Therapieentscheidungen und sogar bei der Preissetzung. Diese Freiheit gilt als hoher Wert. Das bedeutet, dass Belgien sich nicht in Richtung „regulierter Wettbewerb“ bewegt, da die belgischen Krankenkassen nahezu keine Mittel haben, um Kosten zu kontrollieren, also in die Wahlfreiheiten von Leistungserbringern und Patienten einzugreifen. Ob dies zu besseren oder schlechteren Ergebnissen führt, ist noch nicht absehbar. ■



Die Niederlande schafften 2006 die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ab. Seitdem können Versicherte ein einheitliches Basisleistungspaket durch Zusatzversicherungen aufstocken. Die Basisversicherung finanziert sich aus einer jährlichen Zuweisung aus dem Krankenversicherungsfonds und einer vom Versicherten zu zahlenden nominalen Prämie. Deren Höhe legt die Versicherung fest, darf dabei aber nur nach Regionen differenzieren. Der RSA ist sehr detailliert und umfasst auch sozioökonomische Merkmale.

In den USA gilt erst seit Oktober 2013 eine Krankenversicherungspflicht. Die Bürger versichern sich in der Regel privat, meist über den Arbeitgeber. Für Rentner und Bedürftige gibt es staatlich subventionierte Programme. Seit 2013 gibt es auch das vom Staat betriebene Online-Versicherungsportal Health Insurance Marketplace. Versicherungsunternehmen, die hier Leistungspakete anbieten, müssen Antragsteller ohne vorherige Gesundheitsprüfung akzeptieren, erhalten aber Ausgleichszahlungen aus einem RSA.



Prof. Dr. Wynand P. M. M. van de Ven
von der Erasmus-Universität Rotterdam war maßgeblich an der Entwicklung des wettbewerblichen Krankenversicherungssystems der Niederlande beteiligt.



Prof. Dr. Randall P. Ellis,
Universität Boston, gehört zu den international führenden Entwicklern von Klassifikationsmodellen von Versicherten.

” Sowohl Deutschland als auch die Niederlande haben ein Risikoausgleichssystem, das den Krankenversicherern voraussagbare Ausgabenunterschiede aufgrund von Unterschieden im Gesundheitszustand der Versicherten ausgleichen soll. Im Gegensatz zum deutschen System ist im niederländischen auch der Faktor „Region“ darin ein Kriterium.

Ein Problem dabei ist, dass dieser Faktor nicht nur regionale Variationen in der Gesundheit kompensiert, sondern auch regionale Variationen in der Effizienz (zum Beispiel Preise, Variationen in der Art der Behandlung, Über- und Unterversorgung). Vor 20 Jahren basierte das Risikoausgleichssystem lediglich auf Alter und Geschlecht. Damals argumentierte man für dieses neue Kriterium, indem man sagte, seine Koeffizienten spiegeln hauptsächlich die Unterschiede des Gesundheitszustandes wider. Angesichts eines Ausgleichssystems, das inzwischen auf dem Gesundheitszustand basiert, ist dieses Argument jedoch nicht mehr gültig.

Wenn man die Region nun als Kriterium aus dem Risikoausgleich ausschließt, ist die logische Konsequenz, dass den Krankenversicherungen die Möglichkeit eingeräumt werden sollte, bei den Beiträgen, die die Versicherten aus ihrer eigenen Tasche bezahlen müssen (nominale Prämien), regional zu differenzieren. Eröffnet man ihnen diese Möglichkeit nicht, wie das etwa in Deutschland der Fall ist, so stellt das für die Krankenversicherungen einen Anreiz dar, selektiv zu agieren und sich gegen teure Regionen zu entscheiden, etwa in dem sie dort die Geschäftsstellen schließen. ■

” Sowohl die aktuelle deutsche RSA-Formel als auch die der US-amerikanischen Marketplaces basiert auf dem US-amerikanischen System Hierarchical Condition Category (HCC). In den USA wählte man zunächst 60 der 184 Krankheitsgruppen aus und erhöhte die Anzahl dann 2014 auf 100. Der deutsche RSA begann 2009 mit 112 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs), diese Zahl wurde kontinuierlich bis auf 201 (im Jahr 2016) erhöht. Ein Risikoausgleich verbessert sich, in dem man Krankheitshierarchien, Wechselwirkungen zwischen Krankheiten und der Demografie, Informationen über den Krankenplan (in den USA) und Abstufungen der Krankheitsschwere (in Deutschland) in linearen Regressionsmodellen einbaut. US Marketplace verteilt die Geldmittel auf der Grundlage der Durchschnittsprämie innerhalb geografischer Einheiten. Dabei werden sogenannte risk scores eingesetzt. In diese gehen die aktuellen (also nicht die prospektiven) Diagnosen, die Demografie, die Geografie und der versicherungsmathematische Wert innerhalb des Gesundheitsplans unter Berücksichtigung einer eventuellen Kostenbeteiligung ein. Im Gegensatz zum deutschen System berücksichtigt die US-amerikanische Transferformel weder Verwaltungskosten noch Krankengeld. Im Vorfeld einer für 2018 geplanten US-Gesundheitsreform wird eine Reihe von Maßnahmen diskutiert, darunter Korrekturen bei nicht ganzjähriger Versicherungsmemberschaft, eine Ergänzung der Krankheiten um Medikationskategorien, Hochrisikopools, der Einsatz eines prospektiven Modells sowie die Berücksichtigung von Rückversicherungen und diagnostischem Upcoding in der Risikoausgleichsformel. ■



Generationsen im Tandem

Die Arbeit im Krankenhaus geht an die Substanz. Kein Wunder also, dass Pflegekräfte überdurchschnittlich häufig Erwerbsminderungsrenten beantragen. Die Uniklinik Würzburg steuert dagegen – mit innovativen Ansätzen und der Unterstützung der AOK. Von **Silke Heller-Jung**

Nachts, wenn alles ruhig ist, flitzt Maria Hämmerlein manchmal mit ihrem Tretroller über die langen Flure im Würzburger Universitätsklinikum. So ist die erfahrene Krankenschwester rasch zur Stelle, wenn ein Patient ihre Hilfe benötigt. Mit ihren 60 Jahren zählt „Mary“, wie manche Kolleginnen sie rufen, zu den Ältesten im Team der kardiologischen Station 33. Die Jüngste ist gerade einmal 23.

Belastungen nehmen zu. Insgesamt hat das Klinikum rund 6.600 Mitarbeiter. „Etwa die Hälfte von ihnen ist jünger als 40 Jahre, die andere Hälfte älter“, erläutert Pflegedirektor Günter Leimberger. Der demografische Wandel macht sich auch in der Würzburger Uniklinik bemerkbar. „Unsere Belegschaft und die Patienten werden älter“, berichtet Dr. Susanne Buld, die die klinikeigene Stabsstelle Betriebliche Sozial- und Konfliktberatung leitet. „Die Zahl der älteren, multimorbiden und pflegeintensiven Patienten nimmt zu. Damit steigen auch die körperlichen und seelischen Belastungen für die, die sie versorgen. Es wird immer wichtiger, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen.“ Um Krankheiten wie Depressionen oder Rückenpro-

blemen vorzubeugen, baut die Klinik seit mehr als zehn Jahren ihr Betriebliches Gesundheitsmanagement auf und aus, begleitet durch die AOK Bayern. Gemeinsam nutzen Klinik und Kasse die wissenschaftliche Erkenntnis, dass Prävention im direkten Lebens- und Arbeitsumfeld besonders erfolgreich ist. „Am Uniklinikum haben wir ganz klassisch mit Rückenschulen und Kursen zur Stressbewältigung angefangen“, erinnert sich Volker Weißmann, als BGF-Experte der AOK Bayern von Anfang an dabei. „Bald wurde dann auch der Arbeitskreis Betriebliches Gesundheitsmanagement gegründet.“ Bis heute stößt das Gremium, dem Vertreter von Vorstand, Personalabteilung und Interessenvertretungen angehören, regelmäßig Projekte zur Gesundheitsförderung an.

Im Jahr 2013 setzte der Arbeitskreis das Thema „Demografische Entwicklung“ auf seine Agenda. „Bis zu diesem Zeitpunkt sind ziemlich viele Mitarbeiter in Altersteilzeit gegangen“, erinnert sich Pflegedirektor Leimberger. Das sollte anders werden. Allerdings brachte nicht jeder Ansatz, die Arbeit altersgerechter zu gestalten, auch den gewünschten Erfolg, räumt er selbstkritisch ein. „Wir haben zum Beispiel Arbeitszeitmodelle für ältere Mitarbeiter entwickelt, die herzlich wenig Anklang fanden. Wir hatten uns überlegt, dass wir ihnen vielleicht nicht so viele anstrengende Nachtdienste zumuten sollten. Dann stellte sich aber heraus, dass viele Ältere besonders gerne nachts arbeiten, wenn es auf den Stationen ruhiger zugeht und man die Arbeitsabläufe besser planen kann.“

Keine Frage des Alters. Immer deutlicher zeichnete sich ab, dass das bloße Lebensalter wenig über die Bedürfnisse der Beschäftigten aussagt. „Bei speziellen Angeboten für ältere Mitarbeiter kam oft die Frage: Ab wann ist man denn älter?“, lacht Susanne Buld. „Wir haben gemerkt, dass es in unterschiedlichen Berufsphasen unterschiedliche Bedürfnisse und Ziele gibt und diese Berufsphasen nicht zwingend an bestimmte Altersgruppen gebunden sind.“ Die Psychologin nennt Beispiele: „Nach dem Abschluss der Ausbildung möchten viele ihre Berufslaufbahn vorantreiben. Aber auch eine erfahrene Kraft, deren Kinder aus dem Haus sind, will vielleicht beruflich noch einmal durchstarten. Oder: Viele Pflegekräfte Mitte 50 pflegen zu Hause Angehörige. Die legen genauso wie Kolleginnen in der Familienphase großen Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf.“



Lebenslanges Lernen ist den Beschäftigten der Uniklinik Würzburg ein wichtiges Anliegen – das ist eines der Ergebnisse des Generationenkongresses, der für Psychologin Susanne Buld ein „voller Erfolg“ war.



Hand in Hand: Maria Hämmerlein (links) und Melissa Uhlein (rechts) kümmern sich gemeinsam um die Patienten.



Geteilte Verantwortung: Ramona Reuther (rechts) und Irene Pfister (zweite von links) sind zusammen mit einer weiteren Kollegin für zwei kardiologische Stationen zuständig.

Dieser geschärfte Blick für die individuellen Bedürfnisse hilft seitdem bei der Suche nach Lösungen, die dem Einzelnen gerecht werden – und das wiederum stärkt die Motivation und Arbeitszufriedenheit quer durch alle Lebensalter. „Viele Mitarbeiter können wir individuell auf den Stationen integrieren“, sagt Pflegedirektor Leimberger. „Auch wenn jemand an seinem ursprünglichen Arbeitsplatz nicht mehr zurechtkommt, haben wir bislang aus der Vielfalt unserer Arbeitsplätze etwas Passendes finden können.“ Wie wichtig Motivation und Berufszufriedenheit für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit sind, zeigt eine Anfang 2016 veröffentlichte Studie des Instituts Arbeit und Technik: Sie belegt, dass Pflegekräfte früher als andere Berufsgruppen berufsuntfähig werden und eine Erwerbsminderungsrente beantragen. Sie macht aber auch deutlich, was viele Pflegekräfte aus dem Job treibt, obwohl sie ihn oft nicht nur als Beruf, sondern als Berufung verstehen: die Unvereinbarkeit ihrer individuellen Berufsauffassung mit den betrieblichen Rahmenbedingungen.

» Es lohnt sich für den Ärztlichen Direktor, auch mal die Schwesternschülerin nach ihrer Meinung zu fragen.«

Generationen im Gespräch. Auch im Uniklinikum Würzburg stellte man sich die Frage: Was brauchen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Generationen, um gut miteinander und gemeinsam für die Patienten arbeiten zu können? Im Herbst 2015 wagte das Klinikum ein Experiment: Um die Betroffenen selbst zu Wort kommen zu lassen, berief die Klinik einen Generationenkongress ein, mit Unterstützung der AOK Bayern und wissenschaftlich begleitet durch die Fachhochschule Würzburg. Zwei Tage lang entwickelten 50 Beschäftigte in alters- und berufsgruppenübergreifenden Teams Ideen für verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen und für ein gedeihliches Mit- und Füreinander der Generationen. Die gemeinsam erarbeiteten Vorschläge wurden anschließend vor- und zur Diskussion gestellt. In fünf Arbeitskreisen setzen Mitarbeiter die Ideen seitdem in konkrete Projekte um.

Aus Sicht der Organisatoren war der Generationenkongress ein voller Erfolg. „Das Wertvollste war, dass sich die Leute über alle Alters- und Berufsgruppen hinweg ausgetauscht haben“, meint

Susanne Buld und fügt schmunzelnd hinzu: „Man könnte sagen: Der Kongress hat gezeigt, dass es sich für den Ärztlichen Direktor lohnt, auch mal die Schwesternschülerin nach ihrer Meinung zu fragen.“ Künftig sollen darum auch zu anderen Themen – etwa zu ethischen Fragen – Generationenkongresse einberufen werden.

Voneinander lernen. Auch im Arbeitsalltag setzt die Uniklinik mit Erfolg darauf, dass die Beschäftigten ihr ganzes Berufsleben lang mit- und voneinander lernen. Ein gutes Beispiel dafür sind Generationentandems wie Irene Pfister (57) und Ramona Reuther (33), die zunächst mehrere Jahre lang gemeinsam die kardiologische Station 33 geleitet haben. Inzwischen ist Reuther hier Stationsleiterin, während ihre ältere Kollegin als Bereichsleitung für diese und die benachbarte Station 34 verantwortlich zeichnet.

„Ich möchte Ramona weder als Person noch als jüngere Kollegin missen“, sagt Irene Pfister. „Wenn ich zum Beispiel am Computer was in Ruhe erklärt haben muss, dann hole ich sie.“ Auch die Jüngere weiß die enge Zusammenarbeit sehr zu schätzen: „Durch die Erfahrung, die Irene hat, kann ich mir immer Rat holen, zum Beispiel in organisatorischen Dingen oder vor einem schwierigen Patientengespräch.“

Pflegedirektor Leimberger jedenfalls hat das Gefühl, dass die Uniklinik Würzburg auf einem guten Weg ist: „Beim Generationenkongress war quer durch alle Alters- und Berufsgruppen die Begeisterung für die Arbeit im Klinikum zu spüren.“ Die schlägt sich auch darin nieder, dass viele Beschäftigte dem Klinikum ihr Berufsleben lang treu bleiben. „Was mich aber wirklich fasziniert: Bei uns arbeiten sogar viele Mitarbeiterinnen bis zum Rentenalter auf der Intensivstation, obwohl da die körperlichen und seelischen Belastungen ja besonders groß sind“, sagt Günter Leimberger. Wer Schwester „Mary“ im Kreis ihrer Kolleginnen erlebt, kann sich gut vorstellen, dass auch sie noch viele Nächte lang mit ihrem Roller durch die langen, stillen Flure flitzt. ■

Dr. Silke Heller-Jung hat in Köln ein Redaktionsbüro für Gesundheitsthemen.

Immer wieder etwas besser

Der Risikostrukturausgleich hat den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen grundlegend verändert: Die Kassen wetteifern heute darum, ihren Versicherten zu einem attraktiven Preis die bestmögliche Versorgung zu bieten.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ermöglicht es den gesetzlichen Krankenkassen, innovative Versorgungsansätze für chronisch Kranke und zur Behandlung epidemischer Volkserkrankungen wie Diabetes zu entwickeln. Er schafft zudem ein Umfeld, in dem sich die Kassen um eine bessere Versorgung von Chronikern bemühen und ihre Versorgungsansätze fortlaufend im Wettbewerb verbessern. Dies beugt gleichzeitig den hohen Folgekosten solcher Erkrankungen vor, die ja nicht zuletzt das Leid der Betroffenen widerspiegeln. Die AOK arbeitet kontinuierlich daran, die Versorgung zu verbessern, beispielsweise durch strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs). Das Ziel ist, die Versorgungsqualität stetig zu steigern – im nachstehenden Beispiel etwa durch einen Pay-for-Performance-Ansatz.

Schritt für Schritt mehr Qualität. „Das Bessere ist der Feind des Guten“, das wusste schon der französische Philosoph Voltaire. Dieses Bonmot hat bis heute nichts von seiner Aktualität eingebüßt und gilt auch für die Gesundheitsversorgung, wie ein Beispiel aus Thüringen zeigt: Seit etwa fünf Jahren erhalten Ärzte dort für Versicherte, die in DMP-Verträge eingeschrieben sind, von den Kassen nicht nur die Vergütung für die strukturierte Behandlung; zusätzlich wird auch das Erreichen bestimmter Qualitätsziele honoriert. Einen entsprechenden Vertrag haben alle Krankenkassen unter der Federführung der AOK PLUS im Jahr 2010 mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Thüringen ausgehandelt. Danach konnte jeder Arzt für einen in ein DMP eingeschriebenen Patienten, bei dem das jeweilige Qualitätsziel in einer DMP-Folgedokumentation als erreicht angegeben wird, eine entsprechende Vergütung abrechnen.

In der Praxis stellte sich jedoch heraus, dass die ursprünglich vereinbarten Qualitätsziele zum Teil zu wenig anspruchsvoll waren und gleichzeitig der bürokratische Aufwand überhand nahm. Darum trat – nach einer mehr als dreijährigen Test- und Verhandlungsphase – zum 1. April 2014 ein neuer DMP-Vergütungsvertrag in Kraft. Was hat sich geändert? Zunächst einmal

wurden die Verträge vereinheitlicht. Außerdem ist das neue Vergütungs- und Abrechnungsverfahren deutlich einfacher gestaltet; die Vielfalt der Abrechnungspositionen wurde übersichtlicher und transparenter. Auch die Prüfung der DMP-Abrechnungen durch die KV wurde optimiert. Auf diese Weise wurden die entsprechenden Prozesse derart beschleunigt, dass ein rasches Feedback und eine zeitnahe Vergütung (etwa eine quartalsweise Abrechnung aller Pauschalen) für die Ärzte möglich wurden.

Die Latte stetig höher legen. Damit die Versorgungsqualität kontinuierlich steigt, sind die Qualitätspauschalen jetzt an medizinische Benchmarks (Vergleichswerte) gekoppelt. Das bedeutet: Es wird nicht mehr allein die Umsetzung der Qualitätsziele bei den Versicherten vergütet. Vielmehr muss ein bestimmter Referenzwert erreicht werden. Dieser Wert, der „Thüringen-Wert“, ergibt sich aus dem Durchschnitt aller Qualitätsindikatoren-Werte der Thüringer Versicherten je DMP.

Wenn ein Arzt mit seinen Patienten diesen Referenzwert erreicht oder sogar überschreitet, erhält er zusätzlich zu den DMP-Abrechnungspositionen für seine DMP-Patienten einen Qualitätsbonus je DMP für ergebnisorientierte Qualitätsziele. Diese Boni zahlt die KV Thüringen automatisch aus, eine separate Abrechnung ist nicht notwendig.

Die Ärzte bemühen sich seit Inkrafttreten des neuen Vertrages, die Qualitätsziele zu überbieten, um zu den 50 Prozent der Ärzte zu gehören, die diese Betreuung vergütet bekommen. Durch diese neue, innovative Methodik für eine qualitätsorientierte Vergütung steigt die Qualität dynamisch und stetig. Flexibel bleibt man trotzdem: die Gemeinsame Einrichtung, ein Gremium von KV und Kassen zur Steuerung des Diabetikerprogramms, bewertet jedes Jahr, ob die festgelegten Qualitätsziele noch sinnvoll sind. Bei Bedarf kann sie unkompliziert neue Inhalte festlegen und damit zeitnah auf neue Versorgungsinhalte oder -defizite reagieren. ■

Hannelore Strobel ist Stabsbereichsleiterin Unternehmenskommunikation bei der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Wer bestimmte Ziele erreicht, wird belohnt. So steigt die Qualität immer weiter an.



AOK RHEINLAND/HAMBURG

Diabetischer Fuß im Fokus

Fast jeder zehnte Erwachsene ist an Diabetes erkrankt; pro Jahr erleiden etwa vier Prozent von ihnen ein aktives Diabetisches Fußsyndrom (DFS). Es ist eine der häufigsten Folgeerkrankungen bei Diabetes und die bundesweit häufigste Ursache für Unterschenkelamputationen. Die Betroffenen selbst bemerken meist lange nichts. Der Grund: Nervenschädigungen und Durchblutungsstörungen in den Füßen, ausgelöst durch den Diabetes, führen zu einer verminderten Schmerzempfindlichkeit. Durch eine frühzeitige, koordinierte und multidisziplinäre Versorgung dieser Patienten in regionalen Fußnetzwerken möchte die AOK Rheinland/Hamburg schwerwiegende Verläufe verhindern und so

Krankenhausaufenthalten und Amputationen vorbeugen. Ein Diabetologe steuert und begleitet die gesamte Behandlung über alle Sektoren hinweg. Dazu zählen ein qualifiziertes Wundmanagement, die regelhafte Zweitmeinung, die bedarfsorientierte Schuhversorgung durch einen Orthopädie-Schuhmacher sowie die Wundversorgung von immobilen Patienten in ihrem häuslichen Umfeld. Wie erfolgreich dieses Zusammenspiel ist, zeigen aktuelle Auswertungen der AOK Rheinland/Hamburg: Die Zahl der sogenannten Majoramputationen bei Versicherten mit Diabetes ging in diesem mehrfach ausgezeichneten Selektivvertrag um jährlich 9,5 Prozent zurück. ■

Melanie May ist Referentin im Bereich Selektivverträge der AOK Rheinland/Hamburg.

AOK NORDWEST

Schnelle Hilfe bei Depressionen

Zwei Jahre konnten Patienten mit leichter oder mittelgradiger Depression in der Region östliches Holstein in Schleswig-Holstein im Projekt PIANO (Psychosoziale Interventionen durch ambulante Netzwerke vor Ort) neue Möglichkeiten in der ambulanten Versorgung nutzen. Ausgehend von einer strukturierten Eingangsdiagnostik zur korrekten Diagnosestellung und Ermittlung des Schweregrades erhielten die Patienten bedarfsgerechte Angebote. So wurden Patienten mit leichter Depression gezielt in regionale Angebote von Selbsthilfegruppen, in Patientenschulungen und Bewegungsangebote vermittelt. Dabei lernten sie, den Heilungsverlauf positiv zu beeinflussen,

um Rückfälle zu vermeiden. Patienten mit mittelgradiger Depression konnten innerhalb von zwei Wochen nach der Diagnose psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen; Berufstätige bei Bedarf auch am späten Nachmittag oder in den Abendstunden. Ein zentrales Casemanagement koordinierte die Abläufe.

Teilnehmende Hausärzte beurteilen das Konzept nach Ablauf der Testphase durchweg positiv. Zurzeit diskutieren die Projektpartner AOK NordWest, Ärztenossenschaft Nord e. G. (ÄGN) und Gesundheitsnetz östliches Holstein Management GmbH (GöH) über die Weiterentwicklung von PIANO. ■

Ursel Kemper ist Referentin in der Abteilung Besondere Versorgungsformen bei der AOK NordWest.

AOK NORDOST

Starker Partner für schwache Herzen

Fast 5.800 an chronischer Herzinsuffizienz erkrankte Versicherte der AOK Nordost nutzen das telemedizinische Versorgungsprogramm AOK-Curaplan Herz Plus. Ziel des Programms ist es, Zeichen einer drohenden kritischen Verschlechterung der Herzinsuffizienz, einer sogenannten Dekompensation, rechtzeitig zu erkennen und sofort zu intervenieren, um die Patienten noch in der regulären ambulanten Versorgung zu stabilisieren und Krankenhausbehandlungen zu vermeiden. Das Konzept basiert auf zwei wichtigen Säulen: einer individuellen telefonischen Beratung und Betreuung der Patienten sowie einer telemedizinischen Überwachung typischer Zeichen und Be-

schwerden bei Herzinsuffizienz, wie etwa einer Gewichtszunahme aufgrund von Wassereinlagerungen. Nicht nur die teilnehmenden Versicherten geben dem Programm gute Noten. Auch eine Studie des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald zeigt: Die gut strukturierte Versorgung im Programm AOK-Curaplan Herz Plus erhöht nachweislich die Überlebenschance der Teilnehmer in den ersten zwei Jahren nach Teilnahmebeginn und führt zudem auch zu positiven wirtschaftlichen Effekten. Für die Analyse wurde eine Gruppe von Programmteilnehmern mit einer Kontrollgruppe von Nichtteilnehmern verglichen. ■

Stefanie Kornek ist Mitarbeiterin im Versorgungsmanagement der AOK Nordost.



Dr. Martin Danner ist Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.

»Achtzig Krankheiten reichen nicht«

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich schützt schwer und chronisch kranke Menschen vor möglichen Nachteilen – das funktioniert schon jetzt recht gut, ist aber durchaus noch ausbaufähig, findet **Martin Danner**.

Hat der Morbi-RSA den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen fairer gemacht?

Der Morbi-RSA ist die Grundlage für faire Rahmenbedingungen im Kassenwettbewerb. Unter den gesetzlich Krankenversicherten sind Menschen, die wegen ihrer Erkrankung oder Behinderung höhere Kosten verursachen als andere. Da ist es nur gerecht, dass ein entsprechender finanzieller Ausgleich stattfindet, damit Krankenkassen mit vielen gesunden Versicherten keinen Vorteil haben. Wir als BAG Selbsthilfe wünschen uns, dass der Morbi-RSA noch weiter ausgebaut wird. Derzeit ist es ja so, dass nur 80 Erkrankungen berücksichtigt werden. Es gab in der Vergangenheit immer wieder die Diskussion mit dem Bundesversicherungsamt, ob und in welchem Umfang beispielsweise Asthma oder Alzheimer-Demenz berücksichtigt werden. Aus unserer Sicht sollten solche Krankheiten in jedem Fall berücksichtigt werden, ebenso wie sehr seltene Erkrankungen, die im Einzelfall hohe Kosten verursachen können. Die 80 Krankheiten, die der Gesetzgeber eher willkürlich ausgewählt hat, reichen nicht. Unser Wunsch ist es, dass der Morbi-RSA alle aufwendigen Erkrankungen berücksichtigt.

Was haben schwer oder chronisch kranke Menschen vom Finanzausgleich zwischen den Kassen?

Grundsätzlich hat jeder Versicherte einen Leistungsanspruch. In der gesetzlichen Krankenversicherung darf es keine Nachteile geben, egal ob jemand schwer oder weniger schwer erkrankt ist. Anders ist es in der privaten Krankenversicherung, wo die Versicherungsbeiträge sich teilweise

an der Erkrankung bemessen. Ohne den Morbi-RSA wäre zu befürchten, dass Versicherte, die sehr aufwendig zu behandeln sind, bei den Krankenkassen weniger willkommen sein könnten als solche, die gesund oder nur leicht erkrankt sind.

Gibt es auch Nachteile?

Gesundheitsökonomisch könnte man natürlich argumentieren, dass der Morbi-RSA an den Aufwand anknüpft, der notwendig ist, um die Versicherten angemessen zu behandeln und zu versorgen. Das

» In der gesetzlichen Krankenversicherung darf es keine Nachteile geben, wenn jemand schwer erkrankt ist. «

schaft natürlich keinen Anreiz, den Behandlungsaufwand gering zu halten und die Versorgung effizienter zu gestalten. Das ist sicher eine Grundsatzfrage, inwieweit der Morbi-RSA Anreize setzen soll, die Versorgung noch effizienter zu gestalten. Aus unserer Sicht sind aber andere Instrumente besser geeignet, um solche Entwicklungen zu beeinflussen – beispielsweise Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Wo besteht aus Ihrer Sicht noch Verbesserungsbedarf?

Ein Punkt, der gerade intensiv diskutiert wird, ist die Frage, inwieweit der Morbi-RSA regionale Besonderheiten besser berücksichtigen sollte. Dafür könnte spre-

chen, dass es Regionen gibt, in denen die Kassen tatsächlich höhere Kosten haben – etwa in Ballungsräumen und Großstädten, wo die Versorgung kostenintensiver ist als in ländlichen Gegenden. Auf der anderen Seite gibt es eine große Kontroverse um die Frage, auf welcher Ebene denn regionalisiert werden sollte: auf Landes- oder auf Kreisebene? Oder irgendwo dazwischen? Das ist nicht so schnell zu klären. Zunächst einmal sollte der gesamte Morbi-RSA evaluiert werden. Außerdem ist im Gespräch, wie sich das Krankengeld adäquat im Morbi-RSA berücksichtigen lässt. Auch das ist ein Problem, das methodisch nur schwer lösbar ist. Aber es führt zu der generellen Frage, inwieweit der Morbi-RSA nicht nur Erkrankungen, sondern auch weitere Parameter wie die Arzneimittelversorgung oder stationäre Aufenthalte abbilden sollte. Ich denke dabei etwa an extrem teure Arzneimitteltherapien oder an bestimmte Krankheiten und Personengruppen, bei denen kostenaufwendige stationäre Aufenthalte entstehen.

Was sagen Sie zu der Kritik, der Morbi-RSA sei präventionsfeindlich?

Die Frage ist, ob tatsächlich Anreize für mehr Prävention erstickt werden, weil die gesetzlichen Krankenkassen durch aufwendige Versorgungsfälle und bestimmte Indikationen einen finanziellen Vorteil haben. Aus unserer Sicht lässt sich das nicht so einfach sagen. Denn wenn man Präventionsmaßnahmen plant, kommt es viel mehr darauf an, um welche soziale Gruppe es geht und in welchem Lebensumfeld man sie anspricht. Den Vorwurf, der Morbi-RSA untergrabe Präventionsanreize, halte ich nicht für schlüssig. ■

RSA in Stichworten

■ Erwerbsminderungsrente (disability benefits)

Kann jemand aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt einen Beruf ausüben, kann er eine Erwerbsminderungsrente beantragen. Der Erwerbsminderungsstatus war der erste Indikator für Morbidität und wurde bereits im ersten RSA berücksichtigt.

■ Hochrisikopool (high-risk compensation pool)

Aufgabe eines Hochrisikopools ist es, die Leistungsausgaben für sehr kostenintensive medizinische Behandlungen einzelner Versicherter (Hochkostenfälle) teilweise auszugleichen. Ein solches Instrument existierte von 2002 bis zur Einführung des Morbi-RSA; manche Kassen fordern seine Wiedereinführung.

■ Krankheitsauswahl (selected diseases)

Den Morbiditätsgruppen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich werden 80 kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zu Grunde gelegt, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen. Das Bundesversicherungsamt überprüft diese Auswahl jährlich.

■ Krankheitszuschläge (morbidity-based risk adjusters)

Die Mittel des Gesundheitsfonds sollen so an die Krankenkassen verteilt werden, dass sie dort ankommen, wo sie zur Versorgung der Versicherten am dringendsten benötigt werden. Zunächst erhält jede Kasse für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV. Für Merkmale wie Alter, Geschlecht oder den Bezug einer Erwerbsminderungsrente gibt es Zu- oder Abschläge. Außerdem erhalten die Kassen für Versicherte, die an einer von insgesamt 80 jährlich neu festgelegten Erkrankungen leiden, sogenannte Krankheits- oder Morbiditätszuschläge. Diese sollen die erhöhten Ausgaben ausgleichen, die im Durchschnitt durch die jeweilige Krankheit verursacht werden.

■ Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (morbidity-based risk-adjustment scheme)

In sozialen Krankenversicherungssystemen mit freiem Kassenwahlrecht schafft ein Risikostrukturausgleich faire Wettbewerbsbedingungen. In Deutschland erhalten Kassen mit einer ungünstigen Versichertenstruktur, beispielsweise mit vielen älteren oder chronisch kranken Versicherten, höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als Kassen mit vielen jungen und gesunden Mitgliedern. Unterschiede in der Ver-

sichertenstruktur werden bei der Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen durch Zu- und Abschläge ausgeglichen, die die Merkmale Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie die Krankheitslast anhand von 80 ausgewählten Krankheiten berücksichtigen.

■ Risikoselektion (risk selection)

Fehlt in einem wettbewerblich orientierten Krankenversicherungssystem ein Ausgleich für die unterschiedlichen Ausgabenrisiken unterschiedlicher Versichertengruppen, ist der Anreiz für die Kassen groß, sich vorrangig um „gute Risiken“ zu bemühen, um junge, gesunde Mitglieder, die mehr einbringen, als sie an Leistungsausgaben verursachen. Eine Kasse mit vielen „guten Risiken“ könnte geringere (Zusatz-)Beiträge erheben und hätte so einen Wettbewerbsvorteil. Der Morbi-RSA soll eine solche gesundheits- und sozialpolitisch unerwünschte „Rosinenpickerei“ verhindern, indem er risikoäquivalente Beiträge simuliert.

■ Regionalfaktor (regional factor)

Der Morbi-RSA gleicht schon jetzt regionale Unterschiede in der Krankheitslast aus. In der Debatte um eine Weiterentwicklung des RSA werden aber immer wieder Forderungen laut, über einen Regionalfaktor auch Unterschiede in den regionalen Versorgungs- und Kostenstrukturen auszugleichen.

■ Sozioökonomische Merkmale (socio-economic variables)

Der soziale Status beeinflusst die Gesundheit und die Lebenserwartung. Die Folgen sozialer Benachteiligung – etwa geringeres Einkommen und ein erschwerter Zugang zu Bildung – tragen zu höheren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einem höheren Bedarf an medizinischen Leistungen bei. Soziale Ungleichheit ist daher ein wichtiges Strukturmerkmal. Eine Berücksichtigung sozioökonomischer Merkmale im RSA zielt darauf ab, die Unterschiede zwischen ressourcenstarken und -schwachen Versichertengruppen auszugleichen.

■ Zuweisungen für Auslandsversicherte (allocation for SHI insured persons normally living abroad)

Dabei handelt es sich um standardisierte Zuweisungen für Versicherte, die den überwiegenden Teil des Jahres im Ausland leben. Sie werden derzeit nach Alter und Geschlecht einheitlich über alle Länder ermittelt. Berechnungsgrundlage sind die Leistungsausgaben für im Inland lebende Versicherte. Die Zuweisungssumme darf die tatsächlichen Leistungsausgaben nicht übersteigen.

„Wie sorgt der Morbi-RSA für faire Wettbewerbsbedingungen in der Krankenversicherung?“



Die Diskussionen vor der Sommerpause und die jüngst veröffentlichten Gutachten zeigen, wie heftig um den Morbi-RSA gerungen wird. Schließlich geht es um viel Geld. Unbestritten ist, dass der RSA als lernendes System kreiert wurde und sich grundsätzlich bewährt hat. Ziel ist es, einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen zu ermöglichen, Risikoselektion zu vermeiden und Fehlanreize in der Versorgungssteuerung zu minimieren. Fünf Jahre nach der letzten Gesamtevaluation ist eine erneute Gesamtbewertung geboten, um neue Daten zu erheben und bei Bedarf Stellschrauben nachzujustieren. Die vorhandenen Gutachten betrachten nur einen begrenzten Ausschnitt des Gesamtsystems und spiegeln Partikularinteressen wider. Es würde der Gesamtsystematik nicht gerecht, folgte man jetzt voreilig dem einen oder anderen Ansatz. Interessant wäre aber sicher ein geschärfter Blick auf die Kodierqualität im ambulanten Bereich. ■

Sabine Dittmar ist stellvertretende gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion.



Seit 1996 können die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen über 100 Krankenkassen frei wählen. Brandenburg machte seine Zustimmung zu dieser Reform von der Einführung eines bundesweiten Risikostrukturausgleiches (RSA) abhängig, um Anreize für eine unerwünschte Auswahl von nur jungen, gesunden und einkommensstarken Versicherten weitgehend zu beseitigen. Der RSA erfasste die Krankheitsrisiken zunächst anhand der Kriterien Alter und Geschlecht. Das benachteiligte Kassen und Regionen mit einer problematischen Sozialstruktur. Deshalb setzte sich Brandenburg erfolgreich für eine direkte Morbiditätsorientierung des RSA ein. Der Morbi-RSA ist ein solidarischer Ausgleich zwischen den Kassen. Er hat sich bewährt und ist unverzichtbarer Bestandteil des Solidaritätsprinzips. Nichts spricht dagegen, die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA im Detail zu verbessern, aber alles gegen seinen Rückbau. Der Morbi-RSA ist unverzichtbar. ■

Diana Golze ist Gesundheitsministerin des Landes Brandenburg.



Wettbewerb und Solidarität stehen ihrer Natur nach im Widerspruch. Der Morbi-RSA ist zentrales Element einer „Solidarischen Wettbewerbsordnung“ der gesetzlichen Krankenversicherung, die diesen Widerspruch auflöst und einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Einklang mit den Zielen der Sozialversicherung ermöglicht. Er erreicht dies, indem er die finanziellen Auswirkungen der ungleichen Versichertenstrukturen zwischen den Krankenkassen ausgleicht. Die unterschiedlichen Ausprägungen der Merkmale Alter, Geschlecht, Bezug einer Erwerbminderungsrente sowie der unterschiedlich hohe Versorgungsbedarf von Versicherten mit einer kostenintensiven chronischen oder schwerwiegenden Krankheit stellen keine Wettbewerbsparameter dar. Der Morbi-RSA ist daher ein geeignetes Instrument, um Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb zu schaffen und Selektionsanreize zu vermeiden. Er hat sich im inzwischen achten Jahr seines Bestehens bewährt und erfüllt seinen Zweck. ■

Frank Plate ist Präsident des Bundesversicherungsamtes.



Der Morbi-RSA ist das zentrale Gestaltungselement für die Sicherstellung eines fairen Wettbewerbs und die Voraussetzung für innovative und intensive Betreuung kranker Versicherter. Engagement hier darf keiner Kasse zum Nachteil werden. Möglichkeiten dazu verändern sich permanent, weshalb es gut ist, dass der Morbi-RSA als lernendes System angelegt ist. Verteilungsgerechtigkeit und Verlässlichkeit sind dabei wesentlich. Die Behebung des Methodenfehlers bei der Berücksichtigung der Kosten Verstorbener war ein erster großer Schritt hin zu mehr Verteilungsgerechtigkeit. Ansatzpunkte für notwendige Nachjustierungen gibt es etliche, die jedoch im Sinne des Gesamtsystems GKV, das der Versorgung der Versicherten zu dienen hat, zu prüfen sind. Von einseitigen Interessen geleitete Vorhaben sind abzulehnen; der Gesetzgeber sollte hier seine ordnungspolitischen Aufgaben aktiv wahrnehmen und noch in dieser Legislatur den Wissenschaftlichen Beirat beauftragen, notwendige Aktualisierungen zu prüfen. ■

Bettina am Orde ist Geschäftsführerin der Knappschaft.