



Vorschläge für eine
systematische
Weiterentwicklung des
Risikostrukturausgleiches

Positionen der AOK-Gemeinschaft
Oktober 2016

Impressum

Vorschläge für eine systematische
Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches
Positionen der AOK-Gemeinschaft
ist eine Verlagsbeilage von G+G
G+G erscheint im KomPart-Verlag (www.kompart.de)
G+G – Gesundheit und Gesellschaft
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Gestaltung: KomPart Verlagsgesellschaft mbH

Verantwortlich: AOK-Bundesverband

Stand: 10/2016

> | Inhalt

| | |
|---|----|
| Kurzfassung | 4 |
| 1. Sozialpolitische Leitplanken in der GKV: Solidarität und Wirtschaftlichkeit | 6 |
| 2. Weiterentwicklung des RSA: Kernanforderungen der AOK an ein systematisches Vorgehen | 7 |
| a. Maßgeblich: Erhöhung der Zielgenauigkeit | |
| b. Messbar: Zielgenauigkeit des RSA | |
| c. Notwendig: wissenschaftlich belastbare Gesamtuntersuchung | |
| d. Alternativlos: vollständiger Einkommensausgleich | |
| 3. Vorschläge der AOK zur systematischen Weiterentwicklung des RSA | 9 |
| a. Sofortmaßnahmen | |
| - Einheitliche Kodierrichtlinien einführen und Validität der Datengrundlagen für den RSA sicherstellen | |
| - Alle Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigen | |
| - Sonderregelungen für Pro-Kopf-Zuweisungen im RSA beenden | |
| b. Kurzfristige Reformperspektive | |
| - Morbiditäts- und Einkommensorientierung bei Krankengeldzuweisungen einführen | |
| - Auslandszuweisungen konsequent an standardisierten Leistungsausgaben ausrichten | |
| - Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Informationen prüfen | |
| c. RSA als „lernendes System“ | |
| - Umgang mit Hochkostenfällen prüfen | |
| - Kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung im RSA | |
| 4. Rückbau des RSA statt Weiterentwicklung: Einzelforderungen der Ersatz-, Betriebs- und Innungskassen | 16 |
| a. Aktuelle Änderungsvorschläge I: Der RSA als Spielball von Einzelinteressen | |
| b. Aktuelle Änderungsvorschläge II: Rückbau des vollständigen Einkommensausgleiches | |
| 5. AOK fordert Versachlichung der RSA-Debatte | 18 |

› | Kurzfassung

Die zentralen sozialpolitischen Ziele des Risikostrukturausgleiches (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind das Solidarprinzip einschließlich des Verbots der Diskriminierung bzw. der Risikoselektion durch die Krankenkassen und das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die AOK-Gemeinschaft fordert mit Nachdruck eine Weiterentwicklung des RSA mit Fokus auf eine Stärkung dieser übergeordneten Zielstellungen. Der vollständige Einkommensausgleich ist neben dem RSA die zweite tragende Säule des Solidarprinzips in der GKV. Dieser stellt sicher, dass die bestehenden Einkommensunterschiede zwischen den Mitgliedern der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen. Damit auch in Zukunft keine Anreize zur Risikoselektion seitens der Krankenkassen aufgrund der Einkommenssituation von Mitgliedern entstehen, ist der vollständige Einkommensausgleich alternativlos.

Systematische Weiterentwicklung des RSA

Für eine Bewertung von Reformvorschlägen zum RSA ist der Beitrag zur genannten sozialpolitischen Zielstellung maßgeblich. Eine Änderung des RSA ist nur dann sinnvoll, wenn die messbare Zielgenauigkeit des RSA auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen steigt, das heißt:

1. Risikoselektionsanreize zulasten bestimmter Versichertengruppen werden weiter reduziert bzw. idealerweise ausgeschlossen und
2. Wirtschaftlichkeitsanreize werden gestärkt.

Die AOK-Gemeinschaft fordert, dass die Weiterentwicklung des RSA auf Grundlage dieser klaren Zielstellung in einem transparenten und unabhängigen Verfahren auf Basis vollständiger GKV-Daten und unter Berücksichtigung aller Wechselwirk-

ungen der Reformvorschläge erfolgt. Dies soll im Rahmen einer regelmäßigen Gesamtuntersuchung durch den Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA) durchgeführt werden.

Sofortmaßnahmen I: Einheitliche Kodierrichtlinien einführen und Validität der Datengrundlagen für den RSA sicherstellen

Die Plausibilisierung und Prüfung der Datengrundlagen für das RSA-Verfahren erfolgen bereits heute auf Grundlage klarer gesetzlicher Vorgaben und mit weitreichenden Kompetenzen für Prüfungen seitens der Aufsichtsbehörden. Als seit langem überfällige und zwingend notwendige Ergänzung fordert die AOK-Gemeinschaft die Einführung von verbindlichen, bundeseinheitlichen Kodierrichtlinien für die ambulante Versorgung. Die qualitätsgesicherte Einhaltung dieser Richtlinien muss gesetzlich sichergestellt und Verstöße müssen sanktioniert werden.

Sofortmaßnahmen II: Erhöhung der Zielgenauigkeit des RSA

Die AOK-Gemeinschaft fordert folgende Maßnahmen:

- Aufhebung der bestehenden Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten
- Beendigung der Sonderregelung für Pro-Kopf-Zuweisungen im RSA

Umfassende wissenschaftliche Gutachten belegen, dass diese Maßnahmen die Zielgenauigkeit des RSA auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen weiter steigern. Entsprechend dieser Zielstellung ist der Bezug einer Erwerbsminderungsrente weiterhin als Risikomerkmale im Morbi-RSA zu berücksichtigen.

Kurzfristige Reformperspektive

Im Sinne einer kurzfristigen Reformperspektive spricht sich die AOK-Gemeinschaft dafür aus, folgende Ansätze in eine kurzfristig zu beauftragende Gesamtuntersuchung einfließen zu lassen:

- Berücksichtigung von Morbidität und Einkommen bei Krankengeldzuweisungen auf Grundlage des Gutachtens nach § 269 SGB V
- Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Grundlage des Gutachtens nach § 269 SGB V
- Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Faktoren

Für diese Ansätze liegen bereits – teilweise durch das BMG beauftragte – gutachterliche Vorschläge vor, die auf einen positiven Beitrag zur Erhöhung der Zielgenauigkeit des RSA auf Ebene der Versicherten und Versichertengruppen hinweisen. Diese Ansätze sind daher kurzfristig im Rahmen einer wissenschaftlichen Gesamtuntersuchung durch den Wissenschaftlichen Beirat beim BVA aufzugreifen.

RSA als „lernendes System“

Der RSA ist als „lernendes System“ konzipiert, das seit seiner Einführung kontinuierlich verbessert wurde. Die AOK-Gemeinschaft spricht sich daher im Einklang mit internationalen Referenzen für die Beibehaltung einer kontinuierlichen, wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung des RSA aus.

Aufgrund der Anreizwirkungen im Hinblick auf die zentralen RSA-Ziele der Vermeidung von Risikoselektion und der Förderung von Wirtschaftlichkeitsbemühungen der Kassen sollte der gezielte Ausbau der direkten sowie indirekten Morbiditätsorientierung des RSA Vorrang haben. Gleichwohl gibt es innovative Ansätze zum Umgang mit Hochkostenfällen, die auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und internationaler Erfahrungen dis-

kutiert werden sollten. Verschiedene internationale Beispiele gibt es auch für die Frage der Berücksichtigung von Regionaldimensionen im RSA. Allen Beispielen ist gemein, dass mit Regionalvariablen als sekundären Merkmalen versucht werden soll, die Ausgabenunterschiede abzubilden, die aufgrund fehlender Daten und fehlender Kenntnis über die Kausalzusammenhänge nicht erklärt oder im RSA-Modell nicht abgebildet werden können. Es zeigt sich regelmäßig, dass Regionalvariablen für den RSA an Bedeutung verlieren, wenn direkte erklärende Variablen, wie z.B. die Morbidität der Versicherten, integriert werden. Deshalb besteht aus Sicht des AOK-Systems kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung im RSA. Im Gegenteil: Jede Form der Regionalisierung im RSA droht die bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgungen zu zementieren. Die bisher in Auftragsgutachten vorgelegten Lösungswege überzeugen hier nicht und werden deshalb von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt.

RSA-Debatte versachlichen

Die AOK-Gemeinschaft fordert eine Versachlichung der Debatte um die Weiterentwicklung des RSA. Die fortlaufenden Bestrebungen von Ersatz-, Betriebs- und Innungskassen, den RSA als Ganzes und damit einhergehend die gesundheitspolitischen, aufsichtsrechtlichen und wissenschaftlichen Entscheidungsinstanzen zu diskreditieren, werden von der AOK-Gemeinschaft mit Nachdruck zurückgewiesen.

Die in diesem Zusammenhang vorgelegten Einzelvorschläge zur Anpassung des RSA sind kein gesundheitspolitisch zu empfehlender Reformweg, da sie im Widerspruch stehen zu den zentralen sozialpolitischen Zielen des RSA in Form des Solidarprinzips und des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

1 | Sozialpolitische Leitplanken in der GKV: Solidarität und Wirtschaftlichkeit

Das im Sozialgesetzbuch V (§ 1) verankerte Solidarprinzip ist konstitutiver Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es garantiert mehr als 70 Millionen Versicherten in der GKV einen diskriminierungsfreien Versicherungsschutz und Zugang zu umfassenden Leistungen, deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben (§ 2). Unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit, von Alter, Geschlecht und individuellem Gesundheitszustand der oder des Einzelnen erhalten alle gesetzlich Krankenversicherten in gleichem Umfang die am konkreten Bedürfnisfall ausgerichteten medizinischen Leistungen. Neben dem uneingeschränkten Zugang zu den Versicherungsleistungen der GKV hat der Gesetzgeber als zweites wesentliches sozialpolitisches Ziel den wirtschaftlich verantwortungsvollen Umgang mit den Beitragsgeldern der Versichertengemeinschaft definiert (§ 12; Wirtschaftlichkeitsgebot). Diesem Ziel wurde vor allem durch die Einführung von Wettbewerbselementen Rechnung getragen, auch wenn die Wettbewerbsorientierung der GKV noch nicht konsistent ausgestaltet ist. So genießen zwar einerseits die GKV-Mitglieder heute die uneingeschränkte Entscheidungsfreiheit für die Wahl ihrer Krankenkassen und es besteht somit in Bezug auf den Zugang zu Versicherungsleistungen ein Kontrahierungszwang für die Krankenkassen, welcher einem Verbot von Diskriminierung bzw. Risikoselektion durch die Krankenkassen gleichkommt. Andererseits verfügen die Krankenkassen aber weiterhin nur über einen begrenzten gesetzlichen Handlungsrahmen, um die Gesundheitsversorgung für ihre Versicherten, insbesondere durch eigene Verträge, im Wettbewerb zu gestalten.

Um die beiden zentralen sozialpolitischen Ziele in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem nebeneinander zu gewährleisten, muss die Wettbewerbsordnung in der GKV so ausgestaltet werden, dass sowohl die Grundprinzipien der Solidargemeinschaft gewahrt bleiben als auch die positiven Steuerungspotenziale des Wettbewerbs gezielt genutzt werden können im Hinblick auf die Verbesserung von Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung sowie auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der Serviceleistungen der Kassen. Die Qualität von Versorgungsangeboten und Serviceleistungen der Kassen sind dabei zentrale Leistungs- und Wahlkriterien für GKV-Mitglieder.

Unverzichtbare Voraussetzungen des wettbewerblich orientierten Solidarsystems sind der Risikostrukturausgleich (RSA) und der vollständige Einkommensausgleich, der die Krankenkassen in Bezug auf die Höhe der Einkommen ihrer Mitglieder rechnerisch gleichstellt und so verhindert, dass die bestehenden Einkommensunterschiede der Mitglieder der Krankenkassen zu Wettbewerbsverzerrungen führen und Risikoselektionsanreize zulasten von Mitgliedern mit geringem Einkommen gesetzt werden. Beide Elemente müssen funktional so konstruiert sein, dass Krankenkassen keine Anreize haben, ihre Wettbewerbsposition durch Risikoselektion zulasten einzelner Versicherten Gruppen zu verbessern, und zugleich ausreichend hohe Anreize für wirtschaftliches Handeln vorhanden sind. Der RSA und der vollständige Einkommensausgleich sind dabei die entscheidenden

Hebel für die Herstellung fairer Ausgangsbedingungen im ökonomisch gewünschten Wettbewerb der Krankenkassen, der die Einhaltung der Grundprinzipien des Solidarsystems sicherstellt. In ihrer heutigen Ausgestaltung erfüllen beide Instrumente die sozialpolitische Zielsetzung so zielgenau wie zu keiner Zeit davor.

2 | Weiterentwicklung des RSA: Kernanforderungen der AOK an ein systematisches Vorgehen

Der RSA wird seit seiner Implementierung kontinuierlich und zielgerichtet weiterentwickelt. In zahlreichen Reformen seit seiner Einführung im Jahr 1994 hat er seine Weiterentwicklungsfähigkeit belegt und ist heute der zielgenaueste RSA, den es jemals in Deutschland gab. Vor allem durch Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im Jahr 2009 wurde ein Entwicklungsstand erreicht, der auch im internationalen Vergleich gute Ergebnisse bei der Zielgenauigkeit vorweisen kann: Risikoselektionsanreize werden wirksam reduziert und zugleich Wirtschaftlichkeitsanreize gestärkt. Die AOK-Gemeinschaft fordert, diesen Entwicklungspfad auch vor dem Hintergrund der aktuellen RSA-Debatte konsequent beizubehalten, denn nur so kann die Zielgenauigkeit des RSA im Sinne der Versorgung der Versicherten und der Beitragszahler weiter gesteigert werden.

a. Maßgeblich: Erhöhung der Zielgenauigkeit

Die zentrale übergeordnete Zielstellung für den RSA ist die Beseitigung von Risikoselektionsanreizen als Voraussetzung für einen auf Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Krankenkassenwettbewerb. Deshalb muss zwingend die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Ebene von Versicherten und Versichertengruppen – und nicht auf der Ebene von Krankenkassen oder gar Kassenarten – betrachtet werden. Eine Änderung des RSA ist nur dann sinnvoll, wenn sie Risikoselektionsanreize zulasten bestimmter Versichertengruppen weiter reduziert und idealerweise ausschließt. Eine Betrachtung von Änderungen von Deckungsgraden auf Ebene einzelner Kassen oder Kassenarten ist dagegen nicht ausschlaggebend für die Bewertung von Änderungen im RSA, da diese das Ergebnis von wirtschaftlichem Verhalten der Kassen im Rahmen des Wettbewerbs zum Ausdruck bringen sollen. Wird eine Nivellierung von Deckungsgraden auf Kassenebene statt Versichertengruppenebene in den Fokus von Anpassungen im RSA gestellt, wird der RSA im Kern seiner Zielstellung – nämlich den Rahmen für Kassenwettbewerb in einem solidarischen Versicherungssystem zu gewährleisten – konterkariert.

Nur ein zielgenauer RSA kann seine Funktion in einem wettbewerblichen Gesundheitswesen erfüllen und positive Anreize setzen. Bei der konsequenten Ausrichtung der Zuweisungen an den GKV-durchschnittlichen, prospektiven Leistungsausgaben und gleichzeitigem Fehlen von Risikoselektionsanreizen rücken Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt. Für Krankenkassen steigt der Anreiz, ihre Leistungsausgaben unter die GKV-Durch-

schnittsausgaben zu senken und Folgekosten durch qualitativ hochwertige Versorgungsangebote sowie Präventionsprogramme zu reduzieren bzw. zu vermeiden. Damit scheiden alle Vorschläge zur Änderung des RSA aus, die diese Ziele verfehlen und infolgedessen Fehlanreize im Kassenwettbewerb setzen. Vorschläge, die nicht zu einer Erhöhung der Zielgenauigkeit des RSA führen, stellen keine Weiterentwicklung, sondern einen Rückbau des RSA dar. Sie bedeuten eine Erosion seiner zentralen Funktion im wettbewerblich orientierten Solidarsystem und schaffen neue Risikoselektionsanreize. Dass Risikoselektion ein ernstes Problem im Krankenversicherungsmarkt darstellt, ist vielfach belegt. Ohne einen zielgenauen Risikostrukturausgleich ist es für Krankenkassen ein probates Mittel, mit Risikoselektion ihre Unternehmenserträge zu maximieren. Dabei kommen aktive und passive Risikoselektionsstrategien zum Einsatz. So hat das Bundesversicherungsamt (BVA) schon vor vielen Jahren festgestellt, dass ohne einen zielgenauen Risikostrukturausgleich Krankenkassen erhebliche wirtschaftliche Nachteile haben, wenn sie Versorgungsangebote für kranke Versicherte verbessern. Unternehmensgewinne durch Risikoselektion und der Verzicht auf Investitionen in eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten sind volkswirtschaftlich und sozialpolitisch kontraproduktiv und führen zu einem unwirtschaftlichen, nicht diskriminierungsfreien Gesundheitswesen. Dies muss durch einen zielgenauen Risikostrukturausgleich dauerhaft verhindert werden.

b. Messbar: Zielgenauigkeit des RSA

Die Zielgenauigkeit des RSA in der GKV kann und muss daran gemessen werden, wie gut er Risikoselektionsanreize verhindert und Wirtschaftlichkeitsanreize setzt. Hierfür sind folgende Kriterien anzuwenden:

1. Risikoselektionsanreize werden verringert, wenn ...

- im RSA-Modell relevante Merkmale der Versicherten berücksichtigt werden, die deren Ausgabenrisiken beschreiben und die sich grundsätzlich für Risikoselektionsstrategien eignen. Neben Alter und Geschlecht sind das direkte und indirekte Merkmale für den Gesundheitszustand (Krankheiten, Erwerbsminderung etc.),
- das RSA-Modell die Fondszuweisungen so schätzt, dass die Ausgaben unterschiedlicher, nach Merkmalen des Ausgabenrisikos differenzierter Versichertengruppen abgebildet werden,
- Krankenkassen nicht mehr oder nur noch mit unverhältnismäßigem Aufwand Versicherte als gute oder schlechte Risiken identifizieren können und Risikoselektionsstrategien keine unternehmerische Option für Krankenkassen sind.

2. Starke Wirtschaftlichkeitsanreize werden gesetzt, wenn ...

- das Prinzip der standardisierten Leistungsausgaben vollständig umgesetzt ist (Zuweisungen werden immer als GKV-durchschnittliche Leistungsausgaben ermittelt),

- keine IST-Kostenausgleiche im RSA-Verfahren enthalten sind,
- das RSA-Modell prospektiv ausgestaltet ist und damit starke Anreize gesetzt werden, die Versichertenversorgung vorausschauend kosteneffektiv zu gestalten sowie in Prävention zu investieren,
- das Prinzip der Vorläufigkeit der Zuweisungen (Abschlagsverfahren) als Impuls für die wirtschaftliche Mittelverwendung genutzt wird.

c. **Notwendig: wissenschaftlich belastbare Gesamtuntersuchung**

Der Bedarf für eine Weiterentwicklung des RSA muss konsequent auf Basis sachlich fundierter und wissenschaftlich belastbarer Erkenntnisse beurteilt und umgesetzt werden. Eine solche wissenschaftliche Gesamtuntersuchung muss pragmatisch angegangen und in einem überschaubaren Zeitraum durchgeführt werden. Sie muss

- die Weiterentwicklungsvorschläge unter Berücksichtigung aller Wechselwirkungen (Interdependenzen) in Bezug auf den Beitrag zur messbaren Zielgenauigkeit des RSA bewerten,
- auf einer vollständigen, aktuellen Datenbasis aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen aufbauen,
- in einem transparenten, unabhängigen Verfahren von erfahrenen und mit dem RSA bestens vertrauten Wissenschaftlern durchgeführt werden.

Alle Vorschläge zur Weiterentwicklung des RSA müssen nach diesen wissenschaftlichen Standards und Methoden untersucht und bewertet werden.

d. **Alternativlos: vollständiger Einkommensausgleich**

Ein vollständiger Einkommensausgleich ist unverzichtbar für die solidarische Krankenversicherung. Er verhindert jegliche Anreize zur Risikoselektion seitens der Krankenkassen, die aufgrund der Einkommenssituation von Mitgliedern entstehen können. Die Beibehaltung des vollständigen Einkommensausgleiches ist ohne Alternative. Nur ein vollständiger Einkommensausgleich stellt sicher, dass die bestehenden Einkommensunterschiede zwischen den Mitgliedern der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

3 | Vorschläge der AOK-Gemeinschaft zur systematischen Weiterentwicklung des RSA

Auf der Grundlage dieser Anforderungen spricht sich die AOK-Gemeinschaft für eine umfassende, wissenschaftlich fundierte und neutrale Überprüfung der Vorschläge zur Weiterentwicklung des RSA durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches

beim BVA aus. Die bisher zu diesen Vorschlägen vorliegenden Auftragsstudien aus dem GKV-Umfeld sind keine hinreichende Grundlage für gesetzgeberische Änderungen am RSA.

Handlungsleitend für die Untersuchung und den daraus resultierenden Änderungsbedarf muss sein, dass Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA seine übergeordnete Zielstellung unterstützen. Gegenstand der wissenschaftlichen Gesamtuntersuchung durch die neutrale Instanz des Wissenschaftlichen Beirats sollten aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nur Änderungsvorschläge sein, die das Potenzial haben, die Zielgenauigkeit der Fondszuweisungen auf Ebene der Versicherten bzw. Versichertengruppen zu erhöhen, ohne dabei Wirtschaftlichkeitsanreize zu konterkarieren. Dabei ist auch zu analysieren, welche heute in den Routinedaten des Morbi-RSA-Verfahrens nicht verfügbaren Daten künftig erhoben werden sollten, um auf dieser erweiterten bzw. angepassten Datengrundlage die Zielgenauigkeit des RSA perspektivisch zu erhöhen. Erfahrungen mit RSA-Systemen aus dem internationalen Kontext sind zu berücksichtigen.

a. Sofortmaßnahmen

Die AOK-Gemeinschaft plädiert dafür, folgende Ansätze zur Weiterentwicklung des RSA sofort umzusetzen:

Einheitliche Kodierrichtlinien einführen und Validität der Datengrundlagen für den RSA sicherstellen

Unbestrittene Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des RSA ist die Verfügbarkeit einer validen, manipulationsresistenten Datenbasis. Deshalb fordert die AOK-Gemeinschaft schon seit Jahren, die Diagnosekodierung in der ambulanten Versorgung durch die verbindliche Vorgabe von bundeseinheitlichen Kodierrichtlinien zu vereinheitlichen. Aufgrund der derzeit fehlenden Kodierrichtlinien gibt es in der Anwendung der Diagnosekodierung im ambulanten Bereich – anders als im stationären Bereich, in dem verbindliche Kodierrichtlinien schon seit langem Standard sind – noch eine gewisse Schwachstelle. Durch die Einführung von bundeseinheitlichen Kodierrichtlinien muss die ambulante Diagnosekodierung an das hohe Qualitätsniveau der Kodierung in der stationären Versorgung angeglichen werden. Die Einführung von bundeseinheitlichen Kodierrichtlinien in der ambulanten Versorgung ist durch geeignete und effiziente Maßnahmen zur Kontrolle der Umsetzung und Anwendung dieser Richtlinien zu ergänzen. Die Validität der Datengrundlage und die Manipulationsresistenz des RSA werden weiter gestärkt.

Bereits heute bestehen weitreichende Regelungen zur Plausibilisierung und aufsichtsrechtlichen Prüfung der Daten des Morbi-RSA-Verfahrens. Um eine valide Datenbasis sicherzustellen, hat der Gesetzgeber – im Zusammenwirken mit dem Bundesversicherungsamt und dem GKV-Spitzenverband – einen umfangreichen Katalog an Vorgaben und Sanktionsmechanismen formuliert, der regelmäßig und GKV-einheitlich zur Anwendung kommt:

- Als Datenquellen sind ausschließlich die Diagnosen und Arzneimittelinformationen der ambulanten und stationären Leistungserbringer zugelassen, die im Rahmen der amtlichen DTA-Verfahren nach § 295 SGB V den Krankenkassen übermittelt wurden. Damit ist sichergestellt, dass die für den Morbi-RSA verwendeten Informationen aus einer unabhängigen, gerade nicht speziell für das RSA-Verfahren konzipierten Datenquelle stammen.
- Der GKV-Spitzenverband bestimmt einen Katalog an Plausibilitätsprüfungen, mit dem er und alle Krankenkassen die Datenmeldungen zu prüfen haben. Dieser Katalog kennt Grenzwerte für die Veränderung von Diagnosezahlen und der Menge an Arzneimitteln in den Datenmeldungen der Krankenkassen. Auch das BVA unterzieht die Daten einer strengen Plausibilitätsprüfung und besitzt das Recht, Daten, die fehlerhaft sind, von der Verwendung auszuschließen (§ 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV).
- Das BVA hat weitreichende Prüfrechte und -pflichten zur Überwachung der gemeldeten Morbiditätsdaten (§ 273 SGB V). Für alle Krankenkassen – unabhängig davon, ob es sich um eine bundes- oder landesunmittelbare Krankenkasse handelt – muss das BVA regelmäßig die Datenmeldungen auf statistisch auffällige Änderungen der medizinischen Informationen im Morbi-RSA prüfen. Auch bei Verdachtsfällen, z. B. durch Hinweise von Ärzten oder Krankenkassen auf eine Manipulation der RSA-Daten, ermittelt das BVA direkt und vor Ort bei den Krankenkassen. Stellt das BVA fest, dass die Daten manipuliert wurden, verhängt es finanziell schmerzhaft Sanktionen gegen die Krankenkasse.
- Die Prüfdienste nach § 274 SGB V sind ebenfalls verpflichtet, die Richtigkeit der in den RSA gemeldeten Daten zu prüfen (§ 42 RSAV). Hierzu legen das BVA und die Landesprüfdienste gemeinsam ein einheitliches Prüfverfahren einschließlich einheitlicher Prüfkriterien fest. Fehler in den Datenmeldungen, die bei diesen Routineprüfungen entdeckt werden, rechnet das BVA nach einem ebenfalls bundesweit einheitlichen Verfahren hoch und macht diese durch einen Korrekturbescheid geltend.

Trotz der bestehenden unmissverständlichen gesetzlichen Vorgaben und weitreichender Regelungen zur Plausibilisierung und aufsichtsrechtlichen Prüfung der Daten des Morbi-RSA-Verfahrens versuchen interessengeleitete Krankenkassen und Verbände, die Datengrundlage des RSA als hochgradig manipulationsanfällig in Frage zu stellen. Diese Manipulationsvorwürfe haben das leicht erkennbare Ziel, den RSA als Ganzes zu diskreditieren und die Zielgenauigkeit auf Versichertenebene zugunsten einzelner Kassen bzw. Kassenarten zu reduzieren.

Alle Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigen

Die bestehende Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten ist aufzuheben. Damit werden zukünftig alle Krankheiten für das Klassifikationsmodell und für die Ermittlung der Zu-

weisungen berücksichtigt. Nach den derzeit vorliegenden Erkenntnissen, insbesondere aus den Ergebnissen des Evaluationsberichts aus dem Jahr 2011 sowie den Gutachten zur Einführung des Morbi-RSA, führt die vollständige Berücksichtigung aller Krankheiten im Morbi-RSA zu einer Erhöhung der Zielgenauigkeit der Fondszuweisungen auf Versichertenebene und damit zu einer Reduzierung der Anreize zur Risikoselektion. Durch die heute bestehende Auswahl von nur 80 Krankheiten ist die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA unnötigerweise beschränkt. Werden alle Krankheiten berücksichtigt, entfällt auch der analytische und administrative Aufwand, der mit der regelmäßigen Überprüfung der Auswahl von 80 Krankheiten verbunden ist. Zugleich ist davon auszugehen, dass durch den Wegfall der Begrenzung auf 80 Krankheiten auch die Unterscheidung in vermeintlich „lukrative“ und „nicht lukrative“ Diagnosen entfällt.

Sonderregelungen für Pro-Kopf-Zuweisungen im RSA beenden

Abweichend von dem üblichen Verfahren der Bildung standardisierter Leistungsausgaben werden im heutigen RSA bestimmte Leistungsausgaben als „nicht morbiditätsbezogene Leistungsausgaben“ abgegrenzt. Diese „nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben“ weisen GKV-weit ein Volumen von rund einer Milliarde Euro auf. Sie sind heute vom Risikostrukturausgleich ausgeschlossen und werden lediglich als „Pro-Kopf-Betrag“ für die Zuweisungen berücksichtigt. Dies führt zu Risikoselektionsanreizen, da hierdurch GKV-weit Überdeckungen bei jungen Versicherten und Unterdeckungen bei alten Versicherten erzeugt werden. Ursächlich für diese altersbezogenen Über- und Unterdeckungen ist die Tatsache, dass die als „nicht morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben“ bezeichneten Leistungen sehr wohl einen Morbiditätsbezug aufweisen können. Dies wird am Beispiel der Schutzimpfungen deutlich, die dieser Gruppe zugeordnet sind. Schutzimpfungen werden – entsprechend den Richtlinien – besonders auch für alte und morbide Versicherte empfohlen. Zu überprüfen ist daher, ob die Einbeziehung dieser Ausgaben in den Risikostrukturausgleich zielgenauere Zuweisungen auf Versichertenebene auslöst als die bestehende Sonderregelung der „Pro-Kopf-Zuweisung“.

b. Kurzfristige Reformperspektive

Die AOK-Gemeinschaft spricht sich im Sinne einer kurzfristigen Reformperspektive dafür aus, folgende Maßnahmen in eine Gesamtuntersuchung einfließen zu lassen:

Morbiditäts- und Einkommensorientierung bei Krankengeldzuweisungen einführen

Mit dem Evaluationsbericht aus dem Jahr 2011 sowie dem Gutachten nach § 269 SGB V zur Weiterentwicklung der Krankengeldzuweisungen aus dem Jahr 2016 liegen wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen vor, wonach die Berücksichtigung der Morbidität der krankengeldanspruchsberechtigten Mitglieder zu einer deutlichen Verbesserung der Zielgenauigkeit des RSA auf Ebene der Versicherten und Versichertengruppen führt. Die Ergebnisse zeigen, dass Risikoselektionsanreize reduziert und Wirtschaftlichkeitsanreize gestärkt werden können. Die Gutachter haben weiter festgestellt, dass für die Weiterentwicklung der Krankengeldzuwei-

sungen auch das Einkommen der Mitglieder zu berücksichtigen ist. Dies führt ebenfalls aufgrund der lohnabhängigen Höhe der Krankengeldzahlungen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit auf Versichertenebene. Entsprechend der wissenschaftlichen Erkenntnis müssen die Zuweisungen für Krankengeld zukünftig unter Berücksichtigung der Morbidität und des Einkommens der Mitglieder bemessen werden. Eine einseitige Berücksichtigung allein des Einkommens oder der Morbidität ist nicht zielführend. Für die Weiterentwicklung der Krankengeldzuweisungen müssen nun letzte Fragen in Bezug auf die Verwendung von Einkommensdaten und die Abbildung der Krankengeldmorbidity geklärt werden. Die Aufgabe der Entwicklung und Pflege eines gesonderten Krankengeld-Modells entfiel jedoch, wenn im Klassifikationsmodell für den Morbi-RSA alle Krankheiten berücksichtigt würden.

Auslandszuweisungen konsequent an standardisierten Leistungsausgaben ausrichten

Die mit dem GKV-FQWG geschaffene Übergangsregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte hat keine zielgenaueren Zuweisungen auf Versichertenebene geschaffen. Daher ist diese nicht zieladäquate Übergangsregelung perspektivisch zu korrigieren. Hierzu wurde auf der Grundlage des § 269 SGB V ein Gutachten vorgelegt. Die Gutachter kommen richtigerweise zu dem Ergebnis, dass eine zielgenaue Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte möglich ist, wenn diese auf der Grundlage von (a) landesspezifischen standardisierten Leistungsausgaben und (b) unter Einbeziehung der inländischen Ausgaben des Auslandsversicherten (inkl. EHIC-Ausgaben) ermittelt werden. Auch wenn für eine konsequente Ausrichtung an landesspezifischen standardisierten Leistungsausgaben zurzeit die erforderlichen Datengrundlagen nicht flächendeckend vorliegen, ist die Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte mit diesem Ziel voranzutreiben. Dazu zählt die Erarbeitung eines konkreten Zeitplans für die Ablösung der Übergangsregelung, für die gegebenenfalls eine nach Ländern differenzierte, sukzessive Umsetzung zu prüfen ist.

Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Informationen prüfen

In der Gesundheitsökonomie ist unbestritten, dass ein geringer sozialer Status mit einem schlechteren Gesundheitszustand und höherer Leistungsanspruchnahme in Verbindung steht. Deswegen wird für Versicherte mit geringem sozio-ökonomischen Status besonders häufig festgestellt, dass die Zuweisungen die Ausgaben nicht decken. Damit bestehen erhebliche Risikoselektionsanreize zulasten dieser Versichertengruppen, die durch die Einbeziehung sozio-ökonomischer Merkmale in den RSA beseitigt werden könnten. Dies ist umso dringender, da Merkmale des sozio-ökonomischen Status häufig leicht identifiziert und so mit geringem Aufwand für Risikoselektionsstrategien umgesetzt werden können. Es ist deshalb zu prüfen, ob die Zielgenauigkeit des RSA durch Berücksichtigung von Härtefallmerkmalen der Versicherten sowie des Merkmals ALG-II-Bezug verbessert werden kann. Interdependenzen in Bezug auf die Berücksichtigung aller Krankheiten im Morbi-RSA sind dabei zu betrachten.

Sozio-ökonomische Merkmale können den indirekten Morbiditätskriterien zugeordnet werden. Diese haben auch in einem RSA mit direkter Morbiditätsorientierung eine wichtige Funktion, da sie Ursachen und Zusammenhänge für eine höhere oder niedrigere Leistungsanspruchnahme erklären, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar werden. Die richtige Integration von indirekten Morbiditätsmerkmalen kann die Zielgenauigkeit eines morbiditätsorientierten RSA weiter erhöhen. Dies zeigt sich gleichfalls am Beispiel des indirekten Morbiditätsmerkmals „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“. Der Erwerbsminderungsstatus wird seit Einführung des RSA als Risikomerkmals berücksichtigt und liefert auch unter den Bedingungen des Morbi-RSA einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung der Folgekosten dieser Versicherten. Würde man dieses Merkmal aus dem Morbi-RSA streichen, würde nicht nur die Erklärungskraft des Modells reduziert, sondern ein klarer Anreiz zur Risikoselektion zulasten der Erwerbsminderungsrentner gesetzt. Denn ohne Erwerbsminderungszuschläge würde ihr durchschnittliches Ausgabenrisiko durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds systematisch unterdeckt. Deshalb fordert die AOK-Gemeinschaft, den Bezug einer Erwerbsminderungsrente weiterhin als Risikomerkmals im Morbi-RSA zu berücksichtigen.

c. RSA als „lernendes System“

Bei den vorgenannten Vorschlägen zur Weiterentwicklung des RSA kann es sich nicht um einen abschließenden Forderungs- und Prüfkatalog der AOK-Gemeinschaft handeln. Die AOK-Gemeinschaft spricht sich – ungeachtet der aktuellen Diskussion um RSA-Änderungen und im Einklang mit internationalen Referenzen – unverändert und mit Nachdruck für die Beibehaltung einer kontinuierlichen, wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung des RSA in der GKV aus. Dass dies unverzichtbar ist, zeigen die Erfahrungen seit Einführung des RSA im Jahr 1994: Eine RSA-Weiterentwicklung ist vielfach auch aufgrund RSA-externer Einflüsse zu diskutieren. Dazu zählen z. B. die Entwicklung neuer statistischer Verfahren, neue technische Möglichkeiten der Datenverarbeitung, die Verfügbarkeit von Informationen (Diagnosen, Behandlungen etc.), aber auch regulatorische Änderungen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung (Leistungsumfang, Selbstbeteiligungen etc.) und deren Finanzierung. Sie alle können zu neuen Möglichkeiten der Risikoselektion führen und/oder die Bedingungen für wirtschaftliches Handeln der Krankenkassen verändern. Entsprechend ist es auch zukünftig erforderlich, grundlegende Weiterentwicklungsoptionen des RSA als ein „lernendes System“ in Folge und Abhängigkeit auch RSA-externer Veränderungen zu prüfen. Hierzu ist es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft wichtig, frühzeitig die Weichen für wissenschaftliche Untersuchungen zu stellen. Erweiterte Datenerhebungen und Analysen für spezifische Fragestellungen müssen durchgeführt werden. Deshalb soll es zukünftig auch die Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA sein, auf den Bedarf an neuen Datengrundlagen und Analysen hinzuweisen, um entsprechende Vorbereitungen für RSA-Weiterentwicklungen anzustoßen.

Auch für die Bewertung aller mittelfristigen Anpassungsoptionen muss die Erhöhung der Zielgenauigkeit des RSA weiterhin der zentrale Gradmesser für die Eignung der Änderungsvorschläge im Sinne einer systematischen RSA-Weiterentwicklung bleiben. Dabei zählen aus dem Kanon der aktuell erhobenen Forderungen nach kurzfristigen RSA-Modifikationen aus Sicht der AOK-Gemein-

schaft zwei grundsätzlich denkbare Weiterentwicklungsperspektiven im RSA-Kontext, die eher mittelfristigen Charakter haben: ein gesonderter Umgang mit Hochkostenfällen zur Ergänzung des RSA sowie der Umgang mit Regionaldimensionen.

Umgang mit Hochkostenfällen prüfen

In einigen Ländern mit vergleichbaren Ausgleichssystemen gibt es gesonderte Regelungen zum Umgang mit Hochkostenfällen. Auch in Deutschland gab es zwischen 2002 und 2008 schon einmal einen Risikopool, der entgegen seiner Bezeichnung in Wirklichkeit ein Hochkostenpool war und – bei erheblichem Verwaltungs- und Prüfaufwand – einen partiellen IST-Ausgabenausgleich jenseits einer bestimmten Ausgabenschwelle vorsah. Damit sollten Risikoselektionsanreize gegenüber Versicherten mit besonders hohen Leistungsausgaben zumindest abgeschwächt werden. Mit Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im RSA verliert ein Risikopool an Bedeutung, gilt aber – so die internationale Diskussion – nicht als grundsätzlich verzichtbar. Die Frage der Zweckmäßigkeit eines (Hoch-)Risikopools oder eines anderen Instruments zum Umgang mit Hochkostenfällen zur Steigerung der Zielgenauigkeit des RSA kann daher niemals isoliert „für sich“ betrachtet werden, sondern hängt maßgeblich von der Ausgestaltung des RSA ab. Möchte man einen (Hoch-)Risikopool als flankierende Maßnahme für den RSA umsetzen, ist es besonders wichtig, eine systematische und anreizkonforme Integration dieses IST-Kostenelements zu erarbeiten. Dabei ist auch auf eine verwaltungsökonomische, effiziente Gestaltung des Verfahrens zu achten. Hier weisen innovative Ansätze aus dem Ausland, die z. B. eine Einbindung eines „Hochkostenmerkmals“ in die Risikoausgleichsformel diskutieren und eine mehrjährige besonders kostenintensive Leistungsanspruchnahme thematisieren, in die richtige Richtung. Aufgrund der Anreizwirkungen im Hinblick auf die zentralen RSA-Ziele der Vermeidung von Risikoselektion und der Förderung von Wirtschaftlichkeitsbemühungen der Kassen sollte der gezielte Ausbau der Morbiditätsorientierung jedoch Vorrang bei der Weiterentwicklung des RSA haben.

Kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung im RSA

Verschiedene internationale Beispiele gibt es auch für die Frage der Berücksichtigung von Regionaldimensionen im RSA. Allen Beispielen ist gemein, dass mit Regionalvariablen als sekundären Merkmalen versucht werden soll, die Ausgabenunterschiede abzubilden, die aufgrund fehlender Daten und fehlender Kenntnis über die Kausalzusammenhänge nicht erklärt oder im RSA-Modell abgebildet werden können. Es zeigt sich regelmäßig, dass Regionalvariablen für den RSA an Bedeutung verlieren, wenn erklärende Variablen, wie z. B. die Morbidität, direkt auf der Versicherten-ebene integriert werden. So hat in Deutschland die Einführung des Morbi-RSA, also der direkten Berücksichtigung von Morbiditätsmerkmalen, regionale Unterschiede deutlich nivelliert. Im RSA der Niederlande hat die Regionalvariable die Funktion, vor allem sozio-ökonomische Merkmale über den Wohnort „versichertenbeziehbar“ zu machen. Demgegenüber ist die unmittelbar versichertenbezogene Berücksichtigung von Risikomerkmale eindeutig vorzuziehen.

Auch die jüngsten Gutachten zur Frage der Regionalisierung im deutschen RSA belegen eindrucksvoll, dass keine ausreichenden Kenntnisse über die Wirkzusammenhänge und Kausalitäten in Bezug auf regionale Varianzen bei Leistungsanspruchnahme, Ausgaben und Gesundheitszustand vorliegen. Völlig ungeklärt bleibt in allen Gutachten auch die Frage, welche Faktoren als „exogene“ und welche als „endogene“ Faktoren gelten können.

Deshalb besteht aus Sicht des AOK-Systems kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung im RSA. Im Gegenteil: Jede Form der Regionalisierung im RSA droht die bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgungen zu zementieren. Die bisher in Auftragsgutachten vorgelegten Lösungswege überzeugen hier nicht und werden deshalb von der AOK-Gemeinschaft abgelehnt.

4 | Rückbau des RSA statt Weiterentwicklung: Einzelforderungen von Ersatz-, Betriebs- und Innungskassen

Mit der Einführung der direkten Morbiditätsorientierung im RSA wurde zugleich ein System der kontinuierlichen, jährlichen Weiterentwicklung etabliert, das hochgradig professionell und effektiv durchgeführt wird und dabei sowohl neueste wissenschaftliche Erkenntnisse als auch Erfahrungen und Vorschläge der Krankenkassen einbezieht.

a. Aktuelle Änderungsvorschläge I: Der RSA als Spielball von Einzelinteressen

Trotz der systematischen, kontinuierlichen Weiterentwicklung des RSA liegt heute eine Vielzahl von Einzelvorschlägen zur „Reform“ des RSA vor. Neben dem vom Gesetzgeber beauftragten Gutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungen bei Krankengeld und Auslandsversicherten sind dies in erster Linie interessengeleitete Auftragsgutachten und Positionspapiere einzelner Akteure oder Akteursgruppen. So fordert der Verband der Ersatzkassen (vdek) in seinem im Sommer veröffentlichten Positionspapier die Konzentration des Morbi-RSA auf teure und seltene Krankheiten – was technisch über eine logarithmische Gewichtung der Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) im Rahmen des Auswahlverfahrens für die 80 Morbi-RSA-Krankheiten erreicht werden soll –, den Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner, den Wegfall der Pauschale für Disease-Management-Programme (DMP), eine Regionalisierung auf Kreisebene, eine Neuregelung bei Auslandsversicherten und die Einführung eines Hochrisikopools. Das IKK-System setzt sich dafür ein, Krankheiten, die durch gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten vermeintlich vollständig vermeidbar gewesen wären (z. B. Diabetes), aus dem Morbi-RSA auszuschließen. Es hat hierzu

ebenfalls ein Gutachten in Auftrag gegeben, das den Morbi-RSA als präventionshemmend bezeichnet und als „Lösung“ gleichfalls die logarithmische Prävalenzgewichtung vorschlägt.

Allen bisher vorliegenden Vorschlägen von Einzelkassen oder Kassenartenverbänden zur Weiterentwicklung des RSA ist eine Grundlinie gemein:

- Die Vorschläge werden von Krankenkassen oder Krankenkassenarten verbreitet, die im Durchschnitt eine geringere Krankheitslast als die GKV aufweisen und damit einen geringeren Versorgungsbedarf haben.
- Ziel der Vorschläge ist eine Optimierung von Zuweisungen auf Ebene der Kassen bzw. Kassenarten. Dabei wird der RSA völlig undifferenziert als vermeintliche Ursache für Unterschiede in den Deckungsgraden auf Kassen- bzw. Kassenarten-ebene instrumentalisiert.
- Die Morbiditätsorientierung und damit die Zielgenauigkeit des RSA auf Versicherungsebene sollen verringert werden.
- Motiv für die Vorschläge sind singuläre Interessen einzelner Krankenkassen oder Kassenarten, die punktuelle Veränderungen des RSA ausschließlich zugunsten der Urheber zum Ziel haben.
- Die Vorschläge basieren auf einer unzureichenden Datenbasis und gravierenden methodischen Schwächen, sodass sie keine wissenschaftlich belastbare Handlungsempfehlung für eine gesetzgeberische Initiative zur RSA-Reform darstellen.
- Bestehende Wirkzusammenhänge zwischen den verschiedenen Einzelvorschlägen werden ignoriert.

b. Aktuelle Änderungsvorschläge II: Rückbau des vollständigen Einkommensausgleiches

Zusammen mit dem RSA ist der vollständige Einkommensausgleich die zweite unverzichtbare Voraussetzung für ein funktionierendes, wettbewerblich orientiertes Solidarsystem. Er stellt sicher, dass Krankenkassen keine finanziellen Vorteile im Wettbewerb erzielen können, die nur auf die Einkommensunterschiede der Mitglieder zurückzuführen sind. Ohne den vollständigen Einkommensausgleich würde die Finanzposition verzerrt, und für die Mitglieder wäre nicht mehr erkennbar, ob ihre Krankenkasse wirtschaftlich arbeitet oder nicht. Von diesem Prinzip möchte das BKK-System, das besonders viele Mitglieder mit hohem Einkommen versichert, zukünftig abrücken und schlägt vor, die Zusatzbeiträge wieder auf der Grundlage der tatsächlichen Einkommen der Mitglieder einer Krankenkasse zu kalkulieren. Damit könnten – bei ansonsten gleicher Risikostruktur – Krankenkassen mit besser verdienenden Mitgliedern einen niedrigeren Zusatzbeitrag erheben, während Krankenkassen mit einkommensschwachen Mitgliedern von diesen einen besonders hohen Zusatzbeitrag verlangen müssten. Risikoselektion zulasten geringverdienender Mitglieder wäre die Folge.

5 | AOK fordert Versachlichung der RSA-Debatte

Klar erkennbares Ziel von Ersatz-, Betriebs- und Innungskassen ist es, durch die Reduktion des Einkommensausgleiches und durch Anpassungen im RSA-Modell die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zum Vorteil der eigenen Kasse bzw. Kassenart zu verändern, damit diese in Zukunft einen günstigeren Preis (Zusatzbeitrag) im Krankenkassenwettbewerb anbieten können. Dass diese Vorschläge neue Risikoselektionsanreize schaffen und Wirtschaftlichkeitsanreize reduzieren, wird dabei wissentlich in Kauf genommen. Als Ablenkung von der ordnungspolitischen Unzulänglichkeit der Vorschläge wird der Versuch unternommen, den RSA als Ganzes zu diskreditieren, indem die Datengrundlagen als hochgradig manipulationsanfällig in Frage gestellt werden.

Die AOK-Gemeinschaft fordert eine Versachlichung der Debatte um die Weiterentwicklung des RSA. Die fortlaufenden Bestrebungen einzelner Krankenkassen und Krankenkassenverbände, den RSA als Ganzes und damit einhergehend die gesundheitspolitischen, aufsichtsrechtlichen und wissenschaftlichen Entscheidungsinstanzen zu diskreditieren, werden von der AOK-Gemeinschaft mit Nachdruck zurückgewiesen. Die in diesem Zusammenhang vorgelegten Einzelvorschläge zur Anpassung des RSA sind kein gesundheitspolitisch zu empfehlender Reformweg, da sie im Widerspruch stehen zu den zentralen sozialpolitischen Zielen des RSA in Form des Solidarprinzips – einschließlich des Verbots der Diskriminierung bzw. Risikoselektion durch die Krankenkassen – sowie des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

