

GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2016

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Gerald Lux, Sonja Schillo, Jürgen Wasem
Die Berücksichtigung von Auslandsversicherten im RSA

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2016 (Seite 94–109)

Gerald Lux, Sonja Schillo, Jürgen Wasem

DIE BERÜCKSICHTIGUNG VON AUSLANDSVERSICHERTEN IM RSA

Die Zuweisungen im Risikostrukturausgleich (RSA) für die 300.000 „Auslandsversicherten“ werden seit Langem aufgrund postulierter „Überdeckungen“ im Vergleich zu den ihnen zugerechneten Ausgaben kontrovers diskutiert. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2014 eine Sonderregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte und die Vergabe eines Gutachtens vorgesehen. Dieses weist erhebliche Datenlücken auf. So werden etwa inländische Leistungen der Krankenkassen (zum Beispiel für Grenzgänger mit Wohnsitz im Ausland) bisher nicht für die bisherigen Deckungsquotenanalysen von Auslandsversicherten berücksichtigt, hingegen werden Urlaubsleistungen von Inländern auf die gleiche Kontenart wie für die Ausgaben für Auslandsversicherte gebucht. Systematische Verbesserungen der Datengrundlagen sind daher unverzichtbar. Ein Forschungsdatensatz für das Gutachten zeigt, dass vermutlich erhebliche Differenzen in den Deckungsquoten nach Einschreibungsländern vorliegen. Die Zuweisungen für Auslandsversicherte sollten daher nach diesen differenziert werden.

Hintergrund

In dem bis Ende 2008 geltenden Verfahren des RSA bestand für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (im Folgenden: Auslandsversicherte), keine gesonderte Regelung: Für sie wurden – wie für Inlandsversicherte – Durchschnittsausgaben nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, Teilnahmestatus an einem strukturierten Behandlungsprogramm und Krankengeldanspruch gebildet. Schon damals wurde diese Regelung kontrovers diskutiert. Die Debatten haben sich seit 2009 verstärkt. Denn mit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) wurden eigene Zuschlagsgruppen für Auslandsversicherte gebildet, die sogenannten „AusAGGn“. Diese Risikozuschläge für Auslandsversicherte werden anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle (Nicht-Auslands-)Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen ermittelt, das heißt, es wird implizit angenommen, dass die Auslandsversicherten einer Alters- und Geschlechtsgruppe für die Krankenkassen im Durchschnitt dieselben Ausgaben verursachen wie entsprechende Inlandsversicherte.

Einerseits erscheint diese Annahme nicht besonders plausibel. Tabelle 1 weist für die Jahre 2009 bis 2013 die Deckungsquoten (DQ) für Auslandsversicherte über alle Krankenkassen aus. Während in 2012 eine geringfügige Unterdeckung bestand, ist für die übrigen Jahre eine – teilweise deutliche – Überdeckung zu verzeichnen (wobei die starken Schwankungen im Zeitverlauf unter anderem auf unterschiedliche Buchungspraktiken zurückzuführen sind). Die Tabelle zeigt zugleich systematische Unterschiede nach den sogenannten Kassenarten. Die AOKen, IKKen und die Bundesknappschaft waren in allen Jahren überdeckt, die Ersatzkassen in allen Jahren unterdeckt, bei den BKKen ist das Bild zwischen den Jahren uneinheitlich.

Tabelle 1: Deckungsquoten (DQ) für Auslandsversicherte 2009 bis 2013 (in Prozent)

Kassenart	DQ 2009	DQ 2010	DQ 2011	DQ 2012	DQ 2013*
AOK	264,54	150,99	144,47	104,47	154,3
BKK	137,44	102,29	85,73	108,40	130,4
EAN	76,00	78,24	56,30	65,15	77,1
IKK	163,99	140,63	114,18	168,66	157,7
KBS	205,36	315,25	144,47	125,76	91,0
GKV	172,93	126,56	105,71	98,02	126,8

Quelle: Auswertungen des BVA, zitiert nach Wasem et al. (2016)

*vor Anwendung der Sonderregelung des GKV-FQWG

Andererseits wurde von einer Reihe von Krankenkassen gleichwohl postuliert, in diesem Bereich weiterhin erheblich unterdeckt zu sein. Sie machen zum Beispiel geltend, dass die im Inland in Anspruch genommenen Leistungen der Auslandsversicherten (zum Beispiel insbesondere bei Grenzgängern) nicht bei der Ermittlung der Deckungsquote berücksichtigt sind. Dieser Effekt überwiege, so das Argument, die für eine sachgerechte Beurteilung vorzunehmende Herausnahme der in den gebuchten Auslandsausgaben „fälschlich“ enthaltenen Ausgaben von Inländern während eines Auslandsaufenthaltes (zum Beispiel im Urlaub).

Vor dem Hintergrund der für 2009 beobachteten „Überdeckung“ hatte sich der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA in seinem 2011 vorgelegten

Evaluationsbericht (Drösler et al. 2011) als ersten Schritt hin zu einer zielgenaueren Zuweisung für Auslandsversicherte für eine Begrenzung der Zuweisungen auf die Summe der für diese Klientel verbuchten Ausgaben ausgesprochen. Der Gesetzgeber hat dies im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) in § 269 Sozialgesetzbuch V (SGB V) aufgegriffen, indem er als „Sonderregelung“ die insgesamt an die Krankenkassen zu zahlenden Zuweisungen für Auslandsversicherte (Versicherte mit einer AusAGG) auf die Summe der insgesamt für diese Versicherten von den Krankenkassen gebuchten Leistungsausgaben begrenzt hat. Bei einer „Überdeckung“ werden die AusAGG-Zuweisungen auf die Summe der für die Auslandsversicherten verbuchten Rechnungsbeträge linear gekürzt. Bei Anwendung dieser Sonderregelung wird die Deckungsquote auf GKV-Ebene also in Jahren mit „Überdeckung“ durch eine GKV-einheitliche lineare Kürzung der AusAGG-Zuweisungen auf 100 Prozent adjustiert.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-FQWG des Weiteren in § 269 Absatz 3 SGB V i. V. m. § 33 Absatz 4 RSAV die Vergabe eines Gutachtens vorgesehen, in dem Modelle für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte entwickelt werden sollen. Für das Gutachten hat das vergebende Bundesversicherungsamt (BVA) Forschungsfragen formuliert. Mit den Forschungsfragen soll zum einen ein Beitrag zu mehr Transparenz über die Gruppe der Auslandsversicherten geleistet werden. Zum anderen sollen Informationen über die Leistungsausgaben für Auslandsversicherte und ihre Verarbeitung durch die Krankenkassen (etwa Anspruchsgrundlagen, Zahlungsflüsse, Steuerungsmöglichkeiten, buchhalterische Erfassung) erarbeitet und dargestellt werden. Zusätzlich sollen mögliche Einflussgrößen auf die Deckungssituation der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte identifiziert und bewertet werden. Schließlich soll das Gutachten Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Datengrundlagen und gegebenenfalls der Regeln für die Zuweisungen an die Krankenkassen für die Auslandsversicherten geben.

Das Gutachten ist nach einer öffentlichen Ausschreibung durch das BVA Anfang 2015 an den Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement vergeben und von diesem Anfang 2016 vorgelegt worden (Wasem et al. 2016). Über wesentliche Ergebnisse wird in diesem Beitrag berichtet.

Methodische Vorgehensweise

Die hier vorgestellte Studie stützt sich auf vier empirische Grundlagen:

- amtliche Dokumente: Die Ausgaben der Krankenkassen für Auslandsversicherte sind wesentlich durch Rechtsvorschriften der EU und bilaterale Abkommen geprägt, deren Analyse für ein Verständnis der Zusammenhänge erforderlich ist
- Experteninterviews: Für diese Studie wurden mit Experten einer Reihe von Krankenkassen und mit Mitarbeitern der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) leitfadengestützte telefonische oder persönliche Vor-Ort-Interviews geführt, in denen unter anderem Fragen zu den Datengrundlagen aufgearbeitet wurden
- der Datensatz des Bundesversicherungsamtes zur Durchführung des Morbi-RSA (im Folgenden: BVA-Datensatz) für das RSA-Ausgleichsjahr 2013
- ein für die Studie am Lehrstuhl für Medizinmanagement in Kooperation mit Krankenkassen zusammengeführter Forschungsdatensatz: Der Forschungsdatensatz enthält Daten aus den Jahren 2012 und 2013 zu rund 45,4 der rund 72,7 Millionen GKV-Versicherten des BVA-Datensatzes, darunter rund 207.000 Versicherte mit einer AusAGG (entsprechend rund 70,5 Prozent der rund 295.000 AusAGG-Versicherten im BVA-Datensatz). Für rund 170.000 der Auslandsversicherten konnten erweiterte Stammdaten geliefert werden, die zum Beispiel die Information enthalten, in welchem Land der Versicherte eingeschrieben ist

Mit dem Forschungsdatensatz, der in einem aufwendigen, sämtlichen Datenschutzanforderungen genügenden Verfahren aufgestellt werden konnte, steht ein in Umfang, Tiefe und Güte bislang nicht für die Analyse der Auslandsversicherten in der GKV verfügbarer Datenkörper zur Verfügung. Gleichwohl weist der Forschungsdatensatz erhebliche Limitationen auf. So konnten nur von drei Kassen für etwas mehr als 17.000 AusAGG-Versicherte versichertenbezogene Auslandsausgaben geliefert werden. Auch war etwa das Merkmal „Grenzgänger“ nicht vollständig dokumentiert. Der ursprünglich im Forschungskonzept für das Gutachten entwickelte Ansatz, Daten mit einem mehrjährigen Versatz mit dem jeweils aktuellen Rechnungsstand anzufordern, um die Bedeutung des Zeitverzugs eingehender Auslandsabrechnungen abzuschätzen (der teilweise mehrere Jahre umfassen kann), war nicht umsetzbar, weil viele

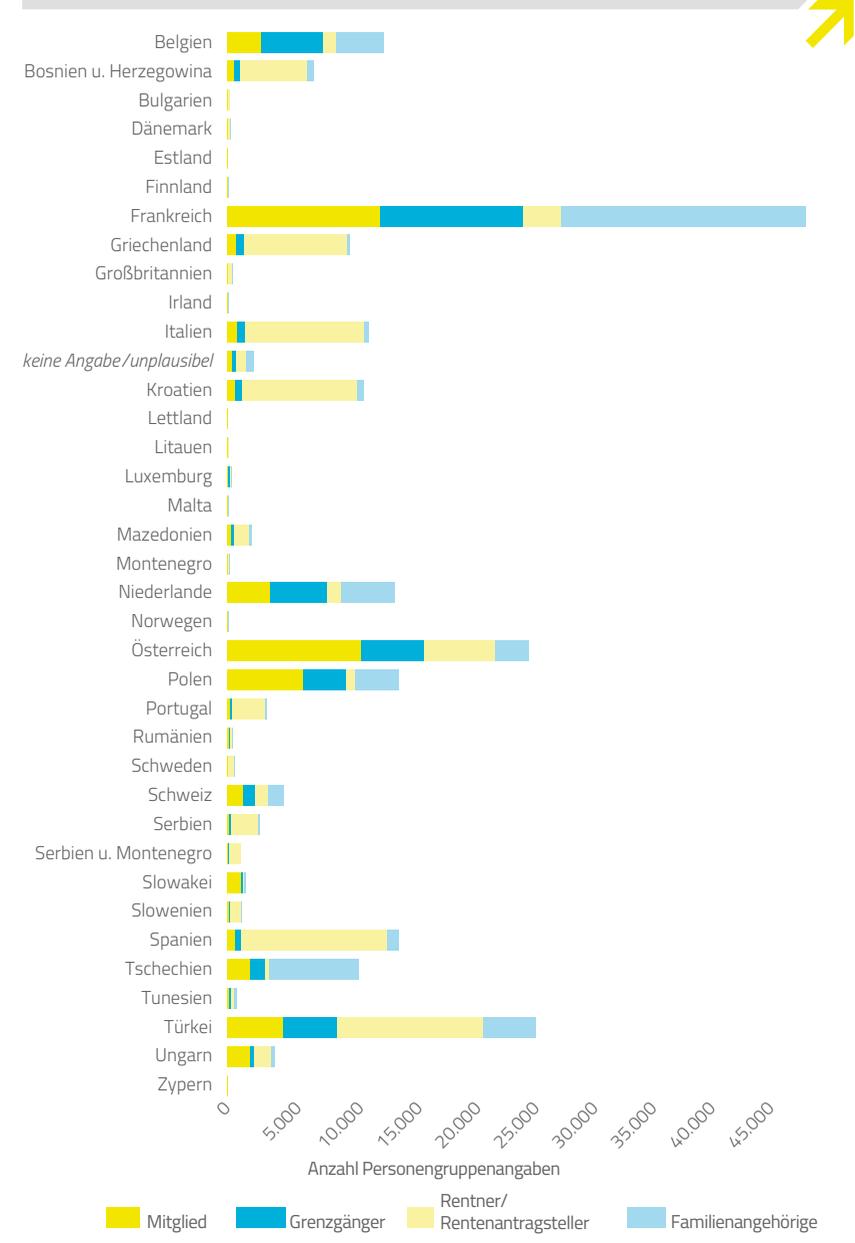
Krankenkassen aufgrund ihrer Fusionshistorie oder technischen Systemumstellungen dazu nicht oder nur teilweise in der Lage waren.

Ausgewählte empirische Ergebnisse

Die Studie ermöglicht für diejenigen Auslandsversicherten, für die im Forschungsdatensatz erweiterte Versichertenstammdaten vorgelegt werden konnten, erstmalig einen quantitativen Überblick über die Länder, in denen die Auslandsversicherten ihren überwiegenden Aufenthalt haben (Einschreibungsländer). Es zeigt sich, dass die Länder Frankreich, Österreich und Türkei die stärkste Besetzung haben, gefolgt von Spanien, Italien, Polen, Niederlande und Kroatien (Abbildung 1).

Die Auslandsversicherten können – so hatten die Dokumentenanalyse und die Experteninterviews gezeigt – sinnvoll in vier Personengruppen unterschieden werden: Mitglieder der Allgemeinen Krankenversicherung, darunter gesondert Grenzgänger, Mitglieder, die Rentner beziehungsweise Rentenantragsteller sind, und schließlich Familienangehörige von GKV-Mitgliedern. Über alle Länder sind die Mitglieder der Allgemeinen Krankenversicherung einschließlich der Grenzgänger mit rund 48 Prozent die stärkste Gruppe im Forschungsdatensatz, wovon die Nicht-Grenzgänger 26 Prozent aller Auslandsversicherten, die Grenzgänger 22 Prozent aller Auslandsversicherten ausmachen. Rentner oder Rentenantragsteller stellen rund 42 Prozent und Familienversicherte rund 28 Prozent der Auslandsversicherten. In den Einschreibungsländern sind die vier Versichertengruppen in unterschiedlichen Anteilen vertreten (Abbildung 1). So ist unter den Ländern mit starker Besetzung mit Auslandsversicherten der Anteil der Rentner oder Rentenantragsteller in der Türkei, in Italien und Kroatien sehr hoch, hingegen in Frankreich, den Niederlanden und in Polen sehr gering. Umgekehrt spielt der Anteil der Grenzgänger in der Türkei, in Italien und Kroatien eine untergeordnete, in Frankreich, den Niederlanden und in Polen hingegen eine deutlich stärkere Rolle.

Abbildung 1: Personengruppen nach Einschreibungsländern*



Quelle: eigene Berechnung, zitiert nach Wasem et al. 2016. n = 168.878

* Mehrfachangaben bei Wechseln der Personengruppe im Jahresverlauf 2012.

Nicht ausgewiesen sind wegen zu geringer Fallzahlen Liechtenstein und Island.

Wie die Verteilung nach den Versichertengruppen schon nahelegt, sind die Unterschiede im Durchschnittsalter der Auslandsversicherten zwischen den Einschreibungsändern sehr groß: Versicherte, die in Spanien eingeschrieben sind, weisen am einen Ende ein Durchschnittsalter von 71,9 Jahren auf, am anderen Ende stehen Versicherte, die in Polen eingeschrieben sind, mit einem Durchschnittsalter von 34,9 Jahren. Da die Zuweisungen in der Logik der AusAGGn an Alter und Geschlecht als Risikomerkmale ansetzen, folgen entsprechend deutlich divergierende Höhen der Zuweisungen nach den Einschreibungsändern (Tabelle 2). In Ländern mit hohen Rentneranteilen wie Spanien oder Kroatien liegen die Zuweisungen je Auslandsversicherten bei über 3.600 Euro, bei Ländern mit einer durch junge Erwerbstätige geprägten Struktur wie Polen oder der Slowakei bei unter 1.400 Euro; auch Frankreich liegt mit rund 1.650 Euro eher im unteren Bereich, Österreich mit rund 2.200 Euro im Mittelfeld.

Tabelle 2: Durchschnittliche AusAGG-Zuweisung je Versichertenjahr (VJ) je Einschreibungsland im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG

Einschreibungsland	durchschnittliche AusAGG-Zuweisung (in Euro)
Kroatien	3.678
Bosnien und Herzegowina	3.658
Spanien	3.639
Serbien	3.631
Montenegro	3.628
Serbien und Montenegro	3.578
Portugal	3.468
Mazedonien	3.445
Griechenland	3.444
Norwegen	3.369
Zypern	3.328
Italien	3.278
Slowenien	3.221
Türkei	3.105
Schweden	3.031
Finnland	3.007

Einschreibungsland	durchschnittliche AusAGG-Zuweisung (in Euro)
Malta	2.989
Irland	2.914
Großbritannien	2.867
Estland	2.829
Bulgarien	2.805
Dänemark	2.736
Lettland	2.628
Rumänien	2.597
keine Angabe/unplausibel	2.539
Luxemburg	2.474
Litauen	2.400
Ungarn	2.267
Tunesien	2.244
Österreich	2.210
Schweiz	2.156
Niederlande	1.793
Belgien	1.733
Frankreich	1.651
Tschechien	1.391
Slowakei	1.379
Polen	1.368

Quelle: eigene Berechnung, zitiert nach Wasem et al. 2016. n = 168.878 (VJ = 161.341)

Für die Beurteilung der aktuellen Zuweisungsregeln im RSA ist ein Abgleich mit den Ausgaben, die die Krankenkassen für Auslandsversicherte leisten, von besonderem Interesse. Der Ausweis der Ausgabenseite war im Forschungsdatensatz allerdings nur für rund 67.000 der 170.000 Versicherten mit Wohnortangaben möglich. Und auch für diese Versicherten ist die Interpretation aus mehreren Gründen mit großer Vorsicht vorzunehmen. So sind die Fallzahlen von Versicherten, für die Daten zur Verfügung stehen, für eine Reihe von Ländern nunmehr sehr gering; damit ist etwa der Einfluss von Kostenausreißern groß. Ein erhebliches Problem stellt sich auch insoweit, wie Rechnungen für Auslandsversicherte aus einigen Ländern mit mehrjähriger

Verzögerung bei den jeweiligen Krankenkassen eintreffen und somit zum Zeitpunkt der Datenerstellung noch kein vollständiges Bild vorliegt. Für einige Länder liegen die von den deutschen Krankenkassen an die aushelfenden ausländischen Träger zu leistenden Pauschalbeiträge noch nicht fest. Auch zahlen die Krankenkassen an einige Einschreibungs-länder sogenannte Familienpauschalen, die buchhalterisch von den Krankenkassen den Mitgliedern zugerechnet werden. Weiterhin wird von vielen Krankenkassen teilweise keine versichertenbezogene Buchung der eingehenden Auslandsrechnungen vorgenommen, sodass eine versichertenbezogene Analyse der Auslandsausgaben nur eingeschränkt oder gar nicht möglich ist.

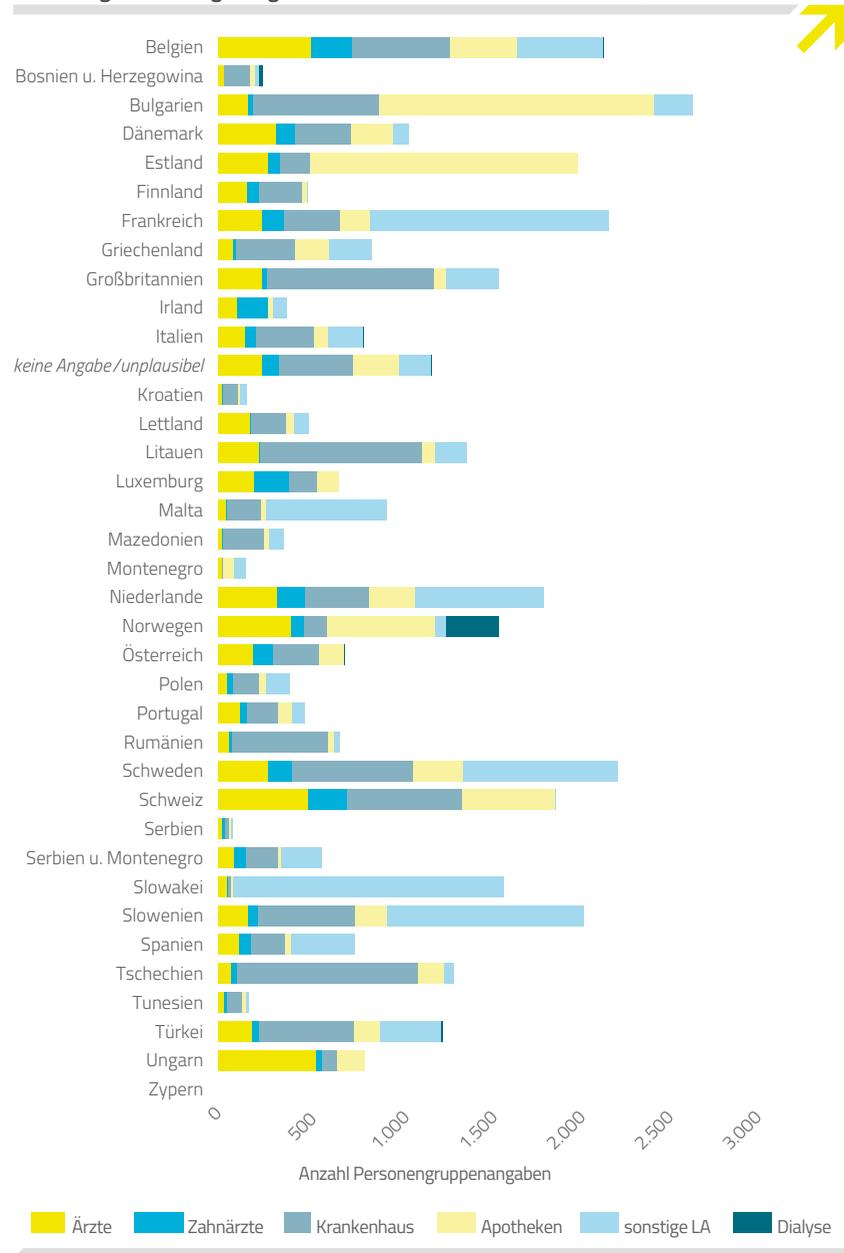
In der Abbildung 2 sind die mit diesen – erheblichen – Einschränkungen zu interpretierenden Ausgaben für Auslandsversicherte nach Einschreibungs-ländern differenziert dargestellt. Hierbei weist der Bereich der „Sonstigen Leistungsausgaben“ (gelber Balken) insbesondere die Zahlungen an die ausländischen Versicherungsträger aus (und mögliche sonstige Leistungsausgaben, die im Rahmen einer Inanspruchnahme im Inland entstanden sind, die hier aber eine untergeordnete Rolle spielen), die übrigen Angaben zu einzelnen Leistungsbereichen (zum Beispiel mittlerer Balken für „Krankenhaus“) beziehen sich hingegen auf eine Inanspruchnahme von Leistungen für Auslandsversicherte in Deutschland. Die Abbildung zeigt, dass sich die Ausgaben pro Kopf erheblich zwischen den Staaten unterscheiden. So sind sie für Estland am höchsten, gefolgt von der Schweiz und Luxemburg. Demgegenüber sind sie für die Balkanstaaten und die Türkei sehr gering. Der Anteil der Zahlungen an die aushelfenden ausländischen Träger an den Gesamtausgaben für die Auslandsversicherten variiert stark zwischen den Ländern, wobei eine Interpretation aufgrund der skizzierten Probleme nur eingeschränkt möglich ist.

Bei aller Vorsicht der Interpretation wird man schlussfolgern können, dass es vermutlich landesspezifische Unterschiede in den Deckungsquoten gibt. So erscheint es plausibel, dass Versicherte in den Einschreibungs-ländern des Balkans oder der Türkei bei einem Vergleich der ermittelten Zuweisungen je Kopf (Tabelle 2) mit den ermittelten Ausgaben je Kopf (Abbildung 2) deutlich stärker überdeckt sind, als dies etwa bei Versicherten mit überwiegendem Aufenthalt in Frankreich, den Niederlanden oder Österreich der Fall ist. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Pauschalbeiträge für die

meisten Personengruppen mit dem Einschreibungsland Türkei und für die Personengruppen des Balkans zum Zeitpunkt der Datenlieferung noch nicht in den Ausgabendaten enthalten waren und somit zwangsläufig eine deutliche systematische Untererfassung vorliegt im Vergleich zu den Staaten, in denen bereits Pauschalbeiträge festgelegt und verbucht wurden oder aber Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand erfolgen. Unabhängig davon lässt sich allerdings mit Blick auf die in der Türkei und den Balkanstaaten eingeschriebenen Versicherten und die hier deutlich geringeren zu entrichtenden Pauschalbeiträge eine systematische Überdeckung der eingeschriebenen Versicherten vermuten.

Wie bereits angesprochen, leidet die aktuell für die durch das GKV-FQWG eingeführte Sonderregelung zur Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die Ausgaben verwendete Abgrenzung der Ausgaben an zwei Verzerrungen: Einerseits sind die Inlandsausgaben von Auslandsversicherten im Rahmen der Sonderregelung nicht berücksichtigt, andererseits werden bei den Auslandsausgaben auch diejenigen von Urlaubern erfasst, allerdings – dies macht es besonders kompliziert – sind darin auch Urlaubsausgaben von Auslandsversicherten enthalten, wenn diese in anderen Ländern (nicht in Deutschland und nicht im Einschreibungsland) Leistungen in Anspruch nehmen. Eine fundierte Abschätzung des Ausmaßes dieser beiden Verzerrungen ist in der Studie nicht möglich gewesen. Für rund 41.000 Versicherte im Forschungsdatensatz ließ sich allerdings anhand einer vorliegenden Einschreibung mit einer gewissen Sicherheit zuordnen, ob sie „echte“ Auslandsversicherte oder ob sie „Urlauber“ waren. Für diese Versicherten stellt Tabelle 3 die mittleren Beträge der Auslandsrechnungen gegenüber. Die Buchungsbeträge von Versicherten mit einer AusAGG („Auslandsversicherte“) liegen mit 1.170 gegenüber 559 Euro je Kopf bei Versicherten ohne AusAGG („Urlauber“) deutlich höher.

Abbildung 2: Leistungsausgaben von AusGGlern nach Ländern im Jahr 2013*



Quelle: eigene Berechnung, zitiert nach Wasem et al. (2016). n = 67.191 (VJ = 64.304)
*Nicht ausgewiesen sind Liechtenstein, Island, Serbien und Montenegro.

Tabelle 3: Gegenüberstellung von Auslandsrechnungen (Kontenarten 480/483) für AusAGGler und Nicht-AusAGGler (in Euro)

	Auslandsversicherte KA 480/483 für AusAGGler (n = 17.220)	Urlauber KA 480/483 für Nicht-AusAGGler (n = 24.370)
Mittelwert	1.170 (1.217)	559 (571)
Median	225	79
Standardabweichung	5.085	3.178
Minimum	0	0
Maximum	252.705	186.901

Quelle: eigene Berechnung, zitiert nach Wasem et al. 2016. n = 41.590

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Studie hat in erheblichem – für die Gutachter überraschendem – Umfang Mängel in der Datenerfassung und Datenlücken identifiziert, die eine Beurteilung des Sachverhaltes erschweren. Dies finden die Gutachter insofern bemerkenswert, weil die Debatte über die Berücksichtigung der Auslandsversicherten im RSA schon seit mehr als zehn Jahren intensiv geführt wird. Man kann auch nicht bei allen Krankenkassen, die in der Kommunikation in Richtung Gesundheitspolitik besonders aktiv sind, davon ausgehen, dass ihre Datenqualität ein ausreichendes Niveau aufweist.

Wesentlich regen die Gutachter daher an, die Datengrundlagen für die Versicherten-gruppe der Auslandsversicherten zu verbessern, insbesondere auch, um über eine bessere Basis für Entscheidungen über eine Weiterentwicklung der Zuweisungsregeln zu verfügen.

- Grundsätzlich können die Personengruppe und das Einschreibungsland von jeder Krankenkasse versichertenbezogen erfasst und dokumentiert werden, wobei faktisch die Qualität der Datenlage von Kasse zu Kasse aktuell noch sehr unterschiedlich ausfällt. Dies sollte allgemein angestrebt werden.
- Im Rahmen der Abrechnungen ist es den Krankenkassen ebenfalls grundsätzlich möglich, eine versichertenbezogene Buchung und in diesem Zusammenhang auch eine Trennung von Urlauberrechnungen und Abrechnungen auf Basis einer

Leistungsaushilfe nach Einschreibung vorzunehmen. Diese Aufteilung wird allerdings aktuell von keiner befragten Krankenkasse routinemäßig vorgenommen. Die Gutachter regen an, dies flächendeckend umzusetzen.

- Bisher ist es in der Buchungspraxis üblich, die Familienpauschale jeweils beim entsprechenden Mitglied zu verbuchen, da dieses Träger des Leistungsanspruchs ist. Grundsätzlich wäre es den Krankenkassen aber anhand der Versichertenkennung technisch auch möglich, etwa eine anteilige Buchung der Familienpauschale in die Kontenarten der Familienangehörigen vorzunehmen. Dies sollte geschehen.
- Um eine standardisierte und fehlerfreie Datenübermittlung und Datenerfassung zwischen der DVKA und den Krankenkassen zu gewährleisten, ist die Lösung aktuell noch bestehender Schnittstellen- beziehungsweise Datenübertragungsprobleme sowohl im Datenfluss von den inländischen Krankenkassen zur DVKA als auch von der DVKA zu den inländischen Krankenkassen notwendig. Für Mitgliedsstaaten soll eine vollständige Umstellung auf eine elektronische Datenübermittlung bis Ende 2018 umgesetzt sein – mit Abkommensstaaten ist eine solche Umstellung allerdings bisher nicht vorgesehen. Die Gutachter schlagen vor, auch eine elektronische Datenübermittlung bei Abkommensstaaten voranzutreiben und zusätzlich für alle Krankenkassen eine standardisierte Vorgabe der Datenerfassung für Auslandsversicherte verbindlich zu definieren.
- In diesem Zusammenhang ist eine Übertragung zentraler Dienstleistungen für alle Krankenkassen (zum Zwecke einer einheitlichen Datenerfassung, Datenhaltung und Datenübermittlung) an eine zentrale Institution wie die DVKA zu überdenken, damit die Datenerfassung und Datenhaltung sowohl standardisiert als auch effizient vorgenommen werden können. Dies gilt auch für standardisierte Prüfroutinen der Kostenabrechnungen.

Darüber hinaus befassen sich die Gutachter mit Ansatzpunkten für eine zielgenauere Ermittlung von Zuweisungen für Auslandsversicherte. Da die empirischen Analysen nahelegen, dass es vermutlich zu systematischen Über- und Unterdeckungen bei verschiedenen Subpopulationen von Auslandsversicherten in den unterschiedlichen Ländern kommen und dies zu systematischen Wettbewerbsverzerrungen auf Krankenkassenebene führen kann, ist aus Sicht der Gutachter eine Differenzierung der

bisherigen Zuweisungen für Auslandsversicherte nach den Einschreibungsländern sinnvoll und notwendig. Dabei können grundsätzlich drei unterschiedliche Ansätze differenziert werden:

- Es könnte mittelfristig eine belastbare versichertenbezogene Datenbasis der landesspezifischen Ausgaben der Krankenkassen geschaffen werden, auf Basis derer landesspezifische Zuweisungen für AusAGGler bestimmt werden könnten. Dazu müssten allerdings die aktuell noch bestehenden Probleme mit Blick auf die Datenerfassung wie die Verbuchung von Familienpauschalen, die Trennung von Urlauberrechnungen und Rechnungen auf Basis eines Anspruchsscheines oder die Dateneingabe von Abrechnungen in Papierform gelöst werden. Familienpauschalen müssten zum Beispiel anteilig auf alle über diese Familienpauschale abgedeckten eingeschriebenen Versicherten verteilt werden. Dies wird in der Gesamtheit allenfalls mittelfristig umsetzbar sein.
- Denkbar wäre auch, entkoppelt von der RSA-Systematik, Landesdurchschnitte in den Ausgaben für die medizinische Versorgung der jeweiligen Wohnbevölkerung (über die jeweiligen statistischen Ämter und evtl. nach wenigen Altersklassen differenziert) zu verwenden, um damit die Zuweisungen für Auslandsversicherte landesspezifisch zu adjustieren. Diese Werte müssten von öffentlichen Stellen (wie statistischen Ämtern) in den jeweiligen Ländern zur Verfügung gestellt werden. Dies würde allerdings auch bedeuten, dass das Zuweisungsverfahren des deutschen RSA von den Datenbereitstellungen öffentlicher Stellen anderer Länder abhängig wäre.
- Schließlich wäre es möglich, Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen zu tätigen. Dazu müssten die von der DVKA im Ausgleichsjahr beglichenen Rechnungen eines Kalenderjahres nach dem Zuflussprinzip (also unabhängig davon, für welches Jahr die Rechnungen gestellt sind) nach Ländern differenziert aufsummiert und dem BVA übermittelt werden. Diese summierten Beträge wären um Urlauberrechnungen zu bereinigen. Zusätzlich müssen seitens der Krankenkassen die Summen der landesspezifischen Inlandsinanspruchnahmen der Auslandsversicherten erfasst und zur Verfügung gestellt werden. Die Zahl der Auslandsversicherten je Einschreibungsland müsste von allen Krankenkassen ermittelt und dem BVA zur Verfügung gestellt werden. Es ergäben sich bei diesem

Verfahren durchschnittliche vom BVA ermittelte Ausgaben je Auslandsversicherten nach Einschreibeland, die als Basis für entsprechende Zuweisungen dienen würden.

Nach Einschätzung der Autoren wäre der dritte Ansatz realistisch in kürzerer Sicht umsetzbar und sollte von der Politik aufgegriffen werden.

Literatur

Drösler, S., J. Hasford, B. M. Kurth, M. Schäfer, E. Wille und J. Wasem (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Endfassung. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf. (Download am 5. Juli 2016).

Wasem, J., G. Lux und S. Schillo (2016): Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV. Endbericht. Essen. www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20160124_Gutachten_Zuweisungen_Auslandsversicherte_final_1.pdf. (Download am 5. Juli 2016).