
Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Vortrag am 1. Februar 2012
Forschungsstelle Sozialpolitik
Prof. Dr. Leonhard Hajen
Universität Hamburg
Fachbereich Sozialökonomie

Kernaussage

Der seit 1. Januar 2009 verwendete morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist dem alten RSA deutlich überlegen, aber es gibt Verbesserungsbedarf.

Dilemmata

- Gesunde Mitglieder (ca. 80%) orientieren sich bei Kassenwahl am Beitragssatz
- Kranke Mitglieder (ca. 20%) orientieren sich bei Kassenwahl am Service und der Verfügbarkeit von Versorgungsverträgen
- Betriebswirtschaftliches Risiko, schlechte Risiken durch gute Versorgungsverträge anzuziehen
- Erst ab 2003 **begrenzte** Möglichkeiten selektiver Verträge mit Leistungserbringern
 - Recht auf Abrechnung von Kassenpatienten bei Plankrankenhäusern
 - Probleme der Budgetbereinigung bei ambulanten Selektivverträgen

Risikostrukturausgleich Voraussetzung für fairen Wettbewerb

- Morbiditätsstruktur ist „Erbe“, nicht Ergebnis guten oder schlechten Managements
 - Niedrigere Grundeinkommen
 - Schlechtere Morbidität

führen zu großer Spreizung der Beitragssätze
- Wettbewerb soll wirtschaftliches Verhalten und Innovationen anreizen
 - Ausgleich einer schlechten Morbiditätsstruktur durch einen kassen- und kassenarten-übergreifenden Risikostrukturausgleich
 - Bestätigt durch Urteil BVerfG vom 18.7.2005: „...RSA verwirklicht den sozialen Ausgleich...“
 - Kein Ausgleich der Ist-Ausgaben, sondern standardisierte Leistungsausgaben

- Einzelkassen im Wettbewerb, aber GKV insgesamt **ein** Solidarsystem mit den Zielen
 - Verhinderung einer aktiven Selektion der Mitglieder (Abwehr schlechter Risiken, Anwerbung guter Risiken)
 - Verhinderung einer passiven Selektion (Mitglieder entscheiden sich für Kasse mit niedriger Beitragssätzen aufgrund niedriger Morbidität)
 - Kein Ausgleich unwirtschaftlichen Verhaltens
- Zielerreichung
 - Beitragssätze streuten bis 2008 nur noch zwischen 13% und 16%
 - Weiterhin hoher Anreiz für Kassen zur Risikoselektion
 - Geringer Anreiz für gute Versorgungsverträge außerhalb der Kollektivverträge
 - Umverteilung zwischen den Kassen in einem Volumen von rund 16 Mrd. Euro in 2008

Ausgleichsfaktoren im alten RSA erfassen Morbidität nur indirekt

- Bis 2008 wurden soziodemographischen Faktoren als Indikatoren der Morbidität verwendet
 - Leicht und kostengünstig zu erheben
 - Aber: Schlechte Abbildung der Morbidität, vor allem beim Alter
- Ausgleichsfaktoren
 - Alter
 - Geschlecht
 - Anteil der Erwerbsunfähigkeitsrenten
 - Zahl der mitversicherten Familienangehörigen
 - Grundlohnsumme (Ausgleich aber nur zu 9%)
 - Kein Ausgleich für Verwaltungskosten, obwohl auch morbiditätsabhängig

Morbiditätsorientierter RSA ab 1.1.2009

- Kein zwingender Sachzusammenhang mit neuem Gesundheitsfonds ab 1.1.2009, aber korrekter RSA angesichts Zusatzbeitrag noch bedeutsamer
 - Prozentualer Beitragssatz wird durch Bundesregierung festgelegt
 - Bei kassenindividuellen Defiziten oder Überschüssen kann Zusatzbeitrag erhoben oder Prämie ausbezahlt werden
 - Kassen bekommen morbiditätsgewichtete Zahlungen pro Versicherten aus dem Fonds
 - Bei schlechter Abbildung der Morbidität werden Defizite oder Überschüsse produziert

Zusatzbeitrag als Problemverstärker

- Idee des Wettbewerbs wird durch Zusatzbeitrag pervertiert
 - Hohe Spürbarkeit des Zusatzbeitrages durch direkten Einzug beim Mitglied
 - Starkes Preissignal
 - Gesunde wechseln häufiger als Kranke
 - Entmischung der Risiken
 - Kein Anreiz zu innovativen Versorgungsverträgen, wenn Finanzierung aus Zusatzbeitrag droht

Morbiditätsorientierter RSA

- Grundlohnsumme spielt durch Zuweisungen aus dem Fonds keine Rolle mehr
 - Ausgleich zu 100% über die Fondskonstruktion
 - Seit Wegfall des Einkommensdeckels von 1% beim Zusatzbeitrag ist Höhe des Einkommens der Mitglieder ohne Bedeutung (mit Ausnahme beim Krankengeld und Anspruch auf Sozialausgleich)
- Prospektive Budgets: Zuweisung eines festen Betrages pro Versicherten, der nach der individuellen Morbidität der Versicherten der Krankenkasse mit Zuschlägen versehen wird.
- Verwaltungskosten werden zur Hälfte morbiditätsorientiert zugewiesen

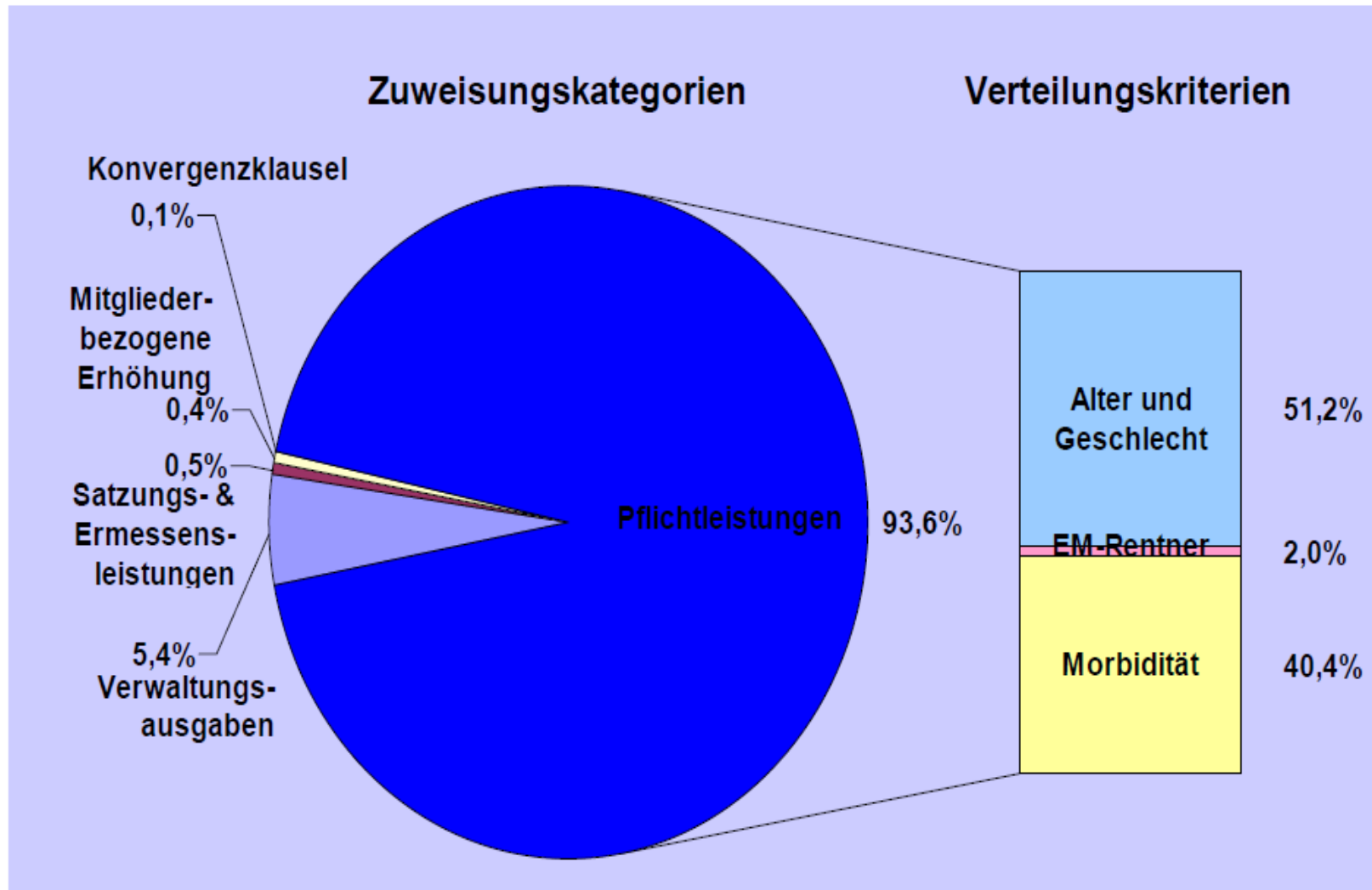
- 2-

- **Indirekte** Erfassung der Morbidität über soziodemographische Merkmale
 - Alter
 - Geschlecht
 - Erwerbsunfähigkeitsrenten
- **Verhaltensabhängige** Erfassung der Morbidität über Einschreibung in DMPs
- **Direkte** Erfassung der Morbidität über Diagnosen und Verordnungen
 - Schwerwiegende, kostenintensive Krankheiten
 - Methodenstreit über enge oder weite Abgrenzung Krankheit
 - Politische Entscheidung zugunsten weiter Abgrenzung
 - Gesetzliche Begrenzung auf 50-80 Krankheiten
 - Aufgreifkriterien (Stationäre Aufenthalte, zwei Quartale die gleiche Krankheit, Arzneimittelverordnungen)
 - Kontrolle durch BVA zur Manipulationsabwehr

Risikogruppen nach dem Morbi RSA



Zuweisungskategorien und –kriterien 2009



Morbi-RSA (Sockelbetrag und Zuschläge für 2012)

Beispiel

Beispiel: Mann, 51 Jahre (der Sockelbetrag für eine gleichaltrige Frau ist 1.176 €)

keine Erkrankung	Diabetiker Typ I	Diabetiker Typ I chronische Hepatitis	Diabetiker Typ I chronische Hepatitis Demenzerkrankung
Sockelbetrag für alle 50-54 jährigen männlichen Versicherten <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">1.045 €</div>	Zuschlag ø-Kosten Diabetes Typ I 1 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">+ 1.786 €</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">1.045 €</div>	Zuschlag ø-Kosten chronische Hepatitis 2 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">+ 1.670 €</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">+ 1.786 €</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">1.045 €</div>	Zuschlag ø-Kosten HIV/AIDS mit Dauer- medikation 3 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto; background-color: #800000; color: white;">+ 17.751 €</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto; background-color: #000080; color: white;">+ 1.670 €</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto; background-color: #666666; color: white;">+ 1.786 €</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">1.045 €</div>
1.045 €	2.826 €	4.501 €	22.252 €

Wie gut bildet der Morbi RSA die tatsächliche Morbidität ab?

- Koalitionsvertrag von CDU/CSU/FDP in 2009 sieht vor, den RSA einfacher und gerechter zu gestalten
„Der Morbi-RSA wird auf das notwendige Maß reduziert...“
 - Einfacher
 - Gerechter
- Ergebnisse der Evaluationsstudie des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA im Widerspruch zu Erwartungen der Koalition
 - Morbi-RSA deutlich besser als alter RSA
 - Bei einzelnen Kriterien Über- oder Unterdeckung
- Zurzeit nur Aktivitäten des BVA zur Änderung des RSA erkennbar (z.B. Änderung Krankheitsliste bei unveränderter Zahl, keine „big points“)
- Aber: Tatsächlicher Handlungsbedarf besteht
- Folgenden Ausführungen referieren Ergebnisse des BVA

Beitragsbedarfsdeckung Jahresausgleich 2009

Kassenart	standardisierte Leistungsausgaben	Verwaltungsausgaben	Satzungs- und Ermessensleistungen	Gesamtausgaben
AOK	100,6%	96,8%	122,5%	100,9%
BKK	100,0%	101,1%	65,6%	100,3%
EAN	99,1%	100,9%	114,8%	99,7%
IKK	101,8%	102,5%	97,1%	102,4%
KBS	99,3%	120,8%	83,1%	100,4%
GKV	100,0%	100,0%	100,0%	100,5%

BVA, 2011, S. 3

Zielgenauigkeit des Jahresausgleich 2009 auf Individualebene

	R²	CPM	MAPE
Morbi-RSA + Krankengeld	19,6%	21,5%	1.953 €
Morbi-RSA exkl. Krankengeld	20,2%	22,5%	1.817 €
Alt-RSA mit RP	52,3%	18,8%	2.019 €
Alt-RSA ohne RP	5,8%	10,4%	2.226 €

Erläuterungen: Bei R² und CPM ist der Erklärungswert um so höher, je höher der Wert ist, bei MAPE je niedriger der Wert ist. R², CPM und MAPE sind statistische Gütemaße.

R²: Anteil der Varianz in den Gesundheitsausgaben, der durch das Modell erklärt wird. Da Maß überzeichnet Ausreißer durch die Quadrierung der Über- und Unterdeckung. Wird hier durch den hohen Wert beim Alt-RSA mit Risikopool deutlich.

MAPE (mean absolute prediction error): Mittlerer absoluter Prognosefehler. Hier wird mit dem Absolutwert der Abweichungen gerechnet, was die Ausreißer geringer gewichtet.

CPM (Cummings prediction error): Standardisierung des mittleren absoluten Prognosefehlers, dadurch weniger sensitiv gegen Ausreißer.

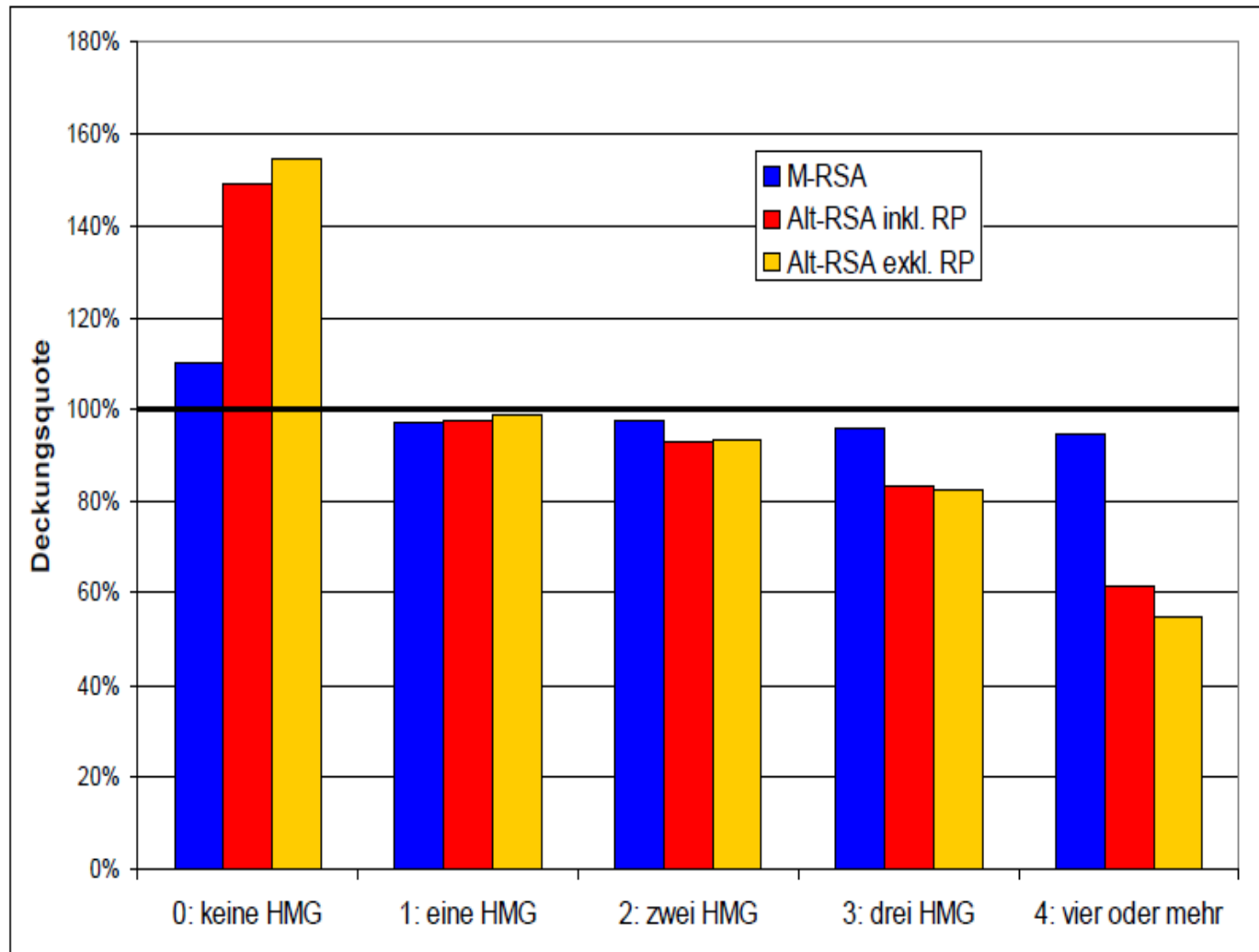
Güte der Zielgenauigkeit des RSA

- Deckungsquoten sind Indikatoren für die Zielgenauigkeit des RSA (Verhältnis der Zuweisungen aus dem RSA zu den standardisierten Leistungsausgaben)
 - Bei Versicherten ohne HMG 110,2% Überdeckung
 - Bei Versicherten mit HMG Unterdeckung von 94,4%
 - ➔ „Jagd auf Kranke“ aufgrund RSA ist empirisch widerlegt
- Indikatoren des Morbi RSA bilden die tatsächliche Morbidität der standardisierten Leistungsausgaben deutlich besser ab als alter RSA
- Bessere Deckungsquoten auf Individual- (Krankheits-), Gruppen- und Kassenebene gegenüber altem RSA
- Beschränkung auf 80 Krankheiten kein Nachteil, weil über Komorbiditäten nicht berücksichtigte Krankheiten erfasst werden
- Reformbedarf bei Krankheiten mit hoher Letalität, bei hoher Multimorbidität und bei Regionalisierung

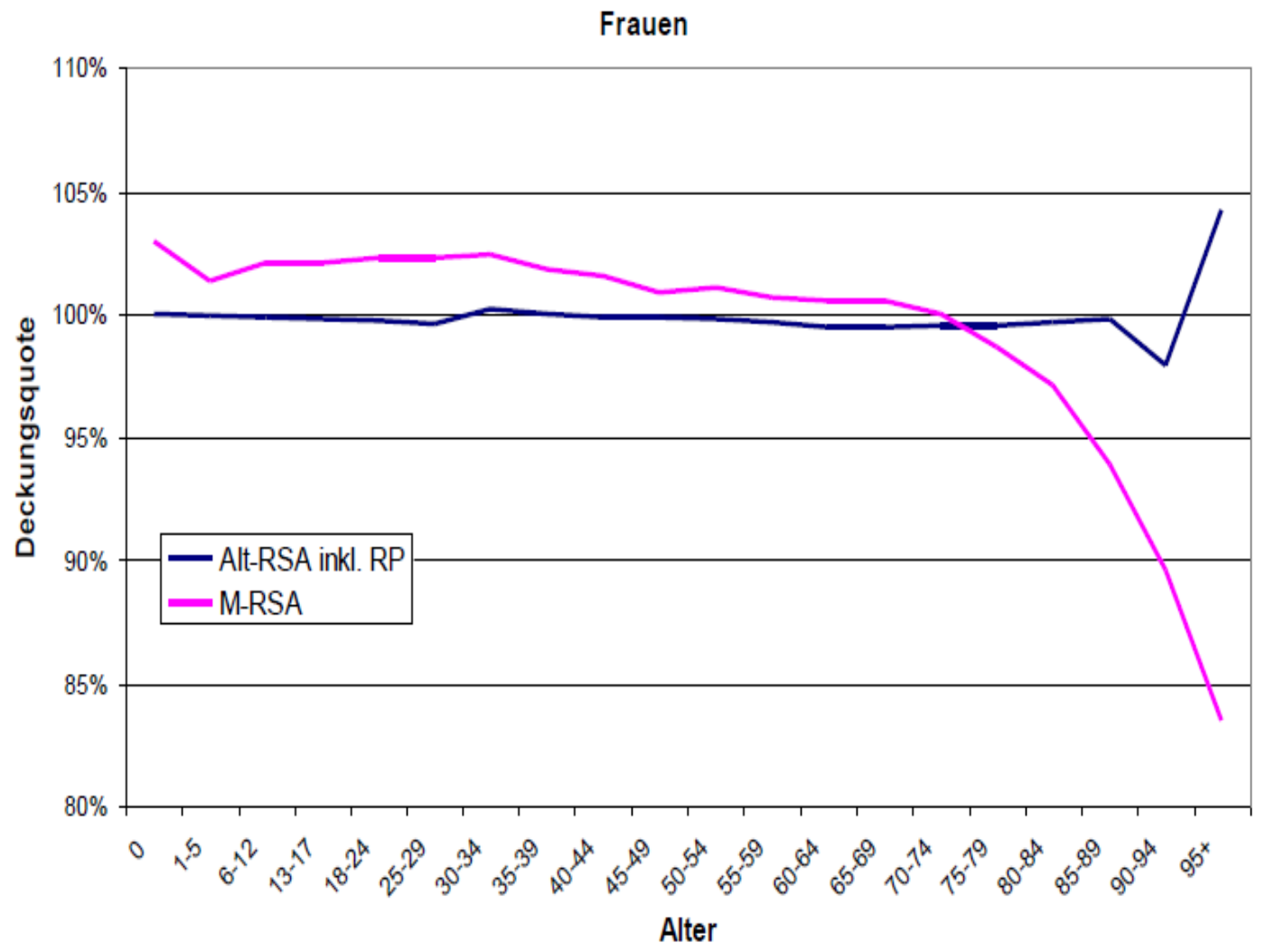
Bewertung der Über- und Unterdeckung

- Gruppenebene
 - Alter der Versicherten
 - Morbidität der Versicherten
 - Kassenwechsler
 - Verstorbene → Starker Änderungsbedarf
 - Region → Änderungsbedarf, aber schwierig
 - Ausgabengruppen
 - Auslandsversicherte
 - Kostenerstatter
- Kassenebene, u. a.
 - Kassengröße
 - RSA-Risikofaktor zur Abbildung der Morbiditätslast
 - Mortalität
 - Wachstumstyp

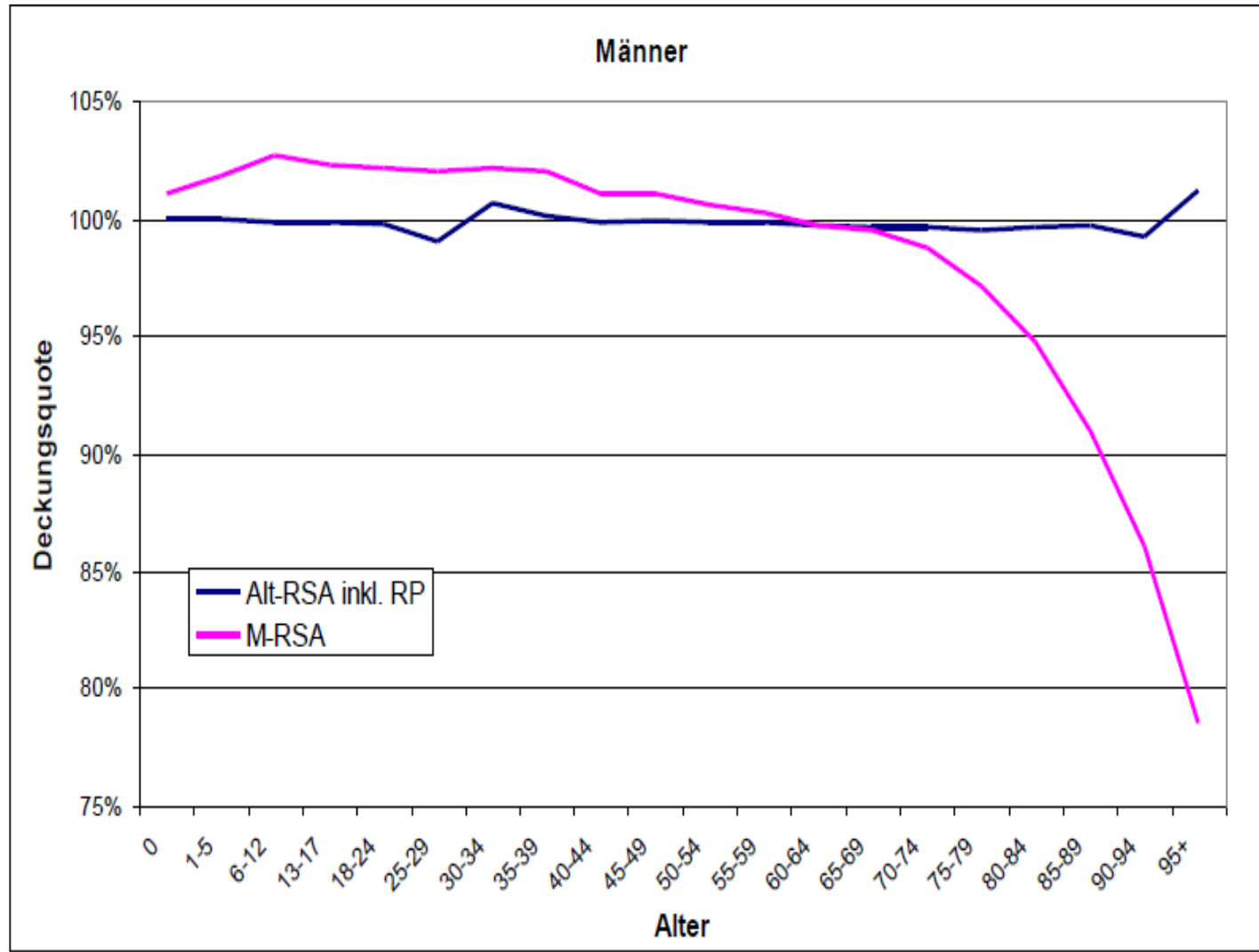
Vorwurf „Kranke lohnen sich“ ist widerlegt: Deckungsquote sinkt mit Zahl der Morbiditätszuschläge



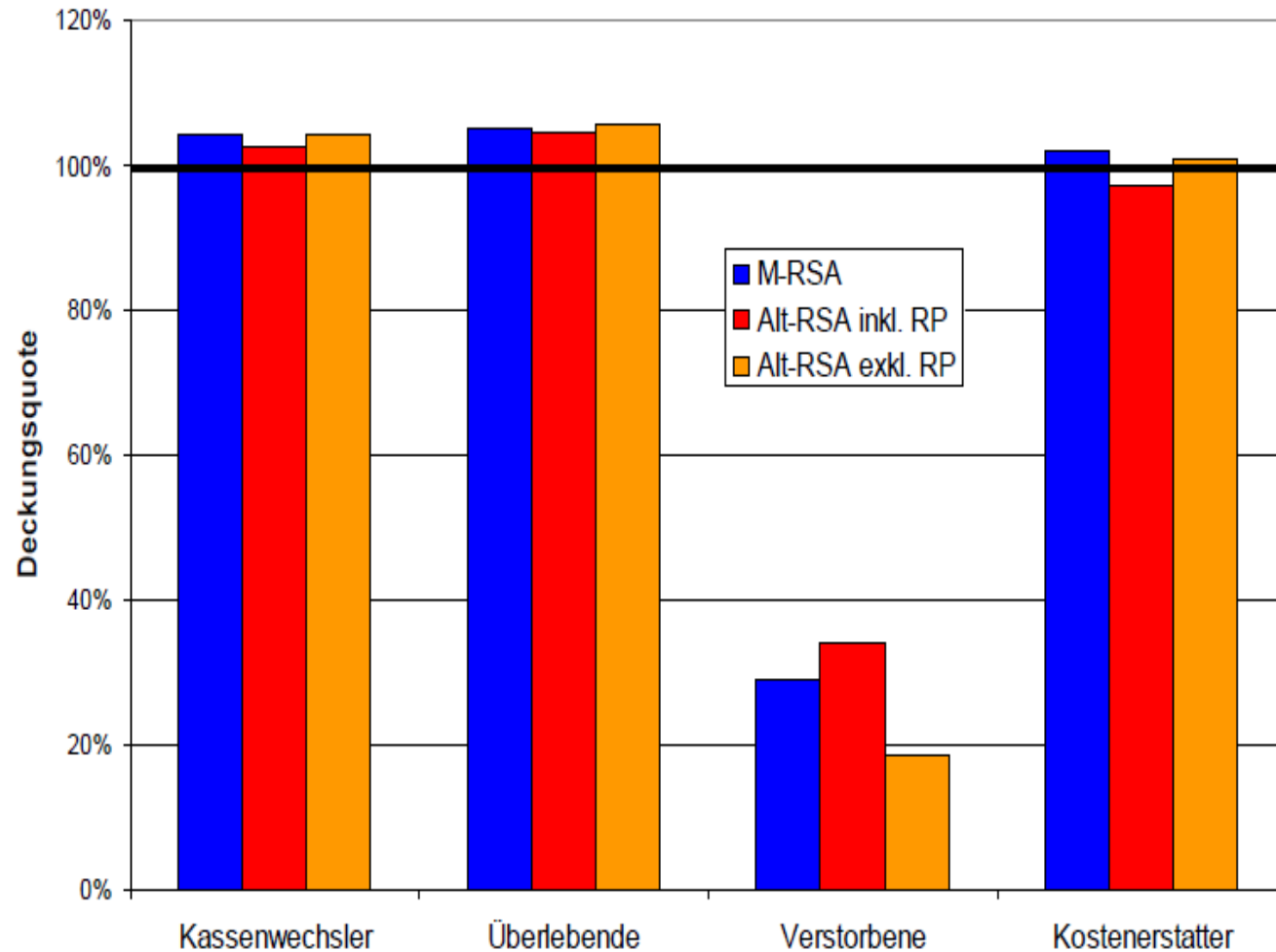
Deckungsquote nach Altersgruppen für Frauen



Deckungsquote nach Altersgruppen für Männer



Deckungsquoten für Kassenwechsler, Verstorbene und Kostenerstatter



Wesentliche Ergebnisse

- Eine Erhöhung der Zahl der einbezogenen Krankheiten führt zu keiner Verbesserung der Deckungsquoten
- Weniger Krankheiten (50 oder 30) würden die Zielgenauigkeit des RSA verringern (Überdeckung und Unterdeckung würden verstärkt)
- Wiedereinführung eines Risikopools würde die Deckungsquoten verbessern, aber der finanzielle Effekt für die Kassen wäre gering, weil Kompensation durch Abzug von den Bedarfsausgaben

Beirat, 2011, S. 90ff

Annualisierung der Ausgaben Verstorbener

- Ausgaben werden im RSA taggenau abgerechnet
- Verstorbene haben im Jahr vor dem Tod hohe Kosten
- Hohe Unterdeckung der Ausgaben für Verstorbene im RSA, weil Risikogruppen mit hoher Mortalität zu gering berücksichtigt werden
 - ➔ Kassen mit hoher Mortalität weisen Unterdeckung aus
- Lösung: Annualisierung der Ausgaben
 - Bedarfszuweisungen im RSA für das ganze Jahr
 - Ausgleich der Mortalitätsunterschiede zwischen den Kassen
 - Hochkostenfälle besser erfasst, damit keine Notwendigkeit für einen neuen Risikopool

Beirat, 2011, S. 62ff und 142ff

Berücksichtigung regionaler Faktoren

- Im Grundsatz ist Sozialversicherung ein nationales Sicherungssystem, regionale Faktoren sind systemfremd
- Politischer Druck von „Südländern“, regionale Komponente in den RSA einzuführen
 - Konvergenzklausel bei Einführung des RSA als politischer Kompromiss mit Bayern und BaWü
 - Umverteilungswirkung zwischen den Ländern gering
 - Konvergenzklausel ist 2011 ausgelaufen
- Aber: Zum Teil höheres Ausgabenniveau durch höhere Arzthonorare
 - RSA standardisiert Ausgaben
 - Honorare sind gestaltbar

- Beirat berechnet Deckungsquoten auf Kreisebene
 - Bedeutsame Unterschiede für die Ausgaben auf Individual- Kassenebene
 - Regionalisierung auf Ebene der Länder wäre falsch
 - Deutliche Unterschiede in den Ausgaben auf Kreisebene
 - Kernstädte weisen Unterdeckung auf
 - Überdeckungen in den Randkreisen der Kernstädte
- Trennung in steuerungsfähige und nicht-steuerungsfähige Faktoren problematisch

Fazit

- Meldepflichten im neuen RSA Verfahren erlauben detaillierte Analyse der Wirkungen
 - Vollerhebung der RSA- Daten
 - 6,8%-Stichprobe bei Ausgaben (Stichprobe vergrößern oder Vollerhebung?)
- Morbi RSA ist dem alten RSA mit Risikopool deutlich überlegen
- Nachbesserungsbedarf bei den Bedarfen Verstorbener
- Kritische Frage: Berücksichtigung regionaler Ausgabenunterschiede
 - Handlungsbedarf besteht

Forderung: Empiriebasierte Politik sollte evidenzbasierte Medizin ergänzen