



ZUR DEBATTE UM DIE REFORM DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS

Eine Expertise im Auftrag der IG Metall

IMPRESSUM



Herausgeber:

Industriegewerkschaft
Metall, Vorstand
Wilhelm-Leuschner-Straße 79
60329 Frankfurt am Main



Autoren:

Benjamin Berndt, Isabell Naperkowski,
WIG2 GmbH Leipzig

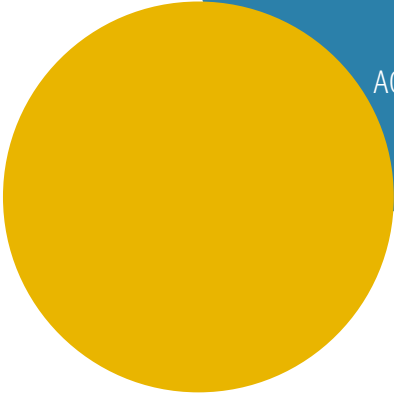
Redaktion:

Angelika Beier, IG Metall, FB Sozialpolitik
Produktnummer 43329-82364

Gestaltung:

WARENFORM

Druck:



AC Medienhaus, Wiesbaden
Mai 2019

INHALT

Reformdebatte um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich	5
1. Bedeutung des RSA für die Wettbewerbsordnung in der GKV	6
2. Klassifikationsverfahren und Zuweisungsverteilung	8
2.1 Grundlagen des Zuweisungsverfahrens	9
2.2 Standardisierte Leistungsausgaben	10
2.3 Weitere Zuweisungsbereiche des Morbi-RSA	12
3. Bewertung der Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens	13
3.1 Individualebene	13
3.2 Ebene der Versichertengruppen	14
3.3 Krankenkassenebene	17
3.4 Krankenkassenartenebene	17
3.5 Sichtweise der beteiligten Akteure auf die Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens	21
4. Bewertungskriterien für einen funktionalen Risikostrukturausgleich	22
5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure	25
5.1 Abschaffung der Krankheitsauswahl (Vollmodell)	25
5.2 Umgestaltung der Krankheitsauswahl, insbesondere die Prävalenzgewichtung von Krankheiten mit der Logarithmusfunktion	26
5.3 Abschaffung der Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern	28
5.4 Umgestaltung der Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern	29
5.5 Abschaffung von DMP-Pauschalen	30
5.6 Berücksichtigung von Multimorbidität	32
5.7 Anteiliger Ist-Kosten-Ausgleich (Übergangslösung)	33
5.8 Maßnahmen zur Verbesserung der Manipulationsresistenz	34
5.9 Präventionsanreize	36
5.10 Anpassung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungskosten	37
5.11 Einführung eines Hochrisikopools	39
5.12 Einführung einer Regionalkomponente	40
6. Schlussbetrachtung zu den Reformvorschlägen zum Morbi-RSA	43
Literatur	44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ziele des Risikostrukturausgleichs	8
Abbildung 2: Funktionsweise des Gesundheitsfonds	9
Abbildung 3: Differenzierung der Zuweisungsanteile nach Risikogruppen	10
Abbildung 4: Beispiel eines Hierarchiebaumes für Erkrankungen der Lunge	11
Abbildung 5: Deckungsquoten nach HMG-Anzahl (2009 vs. 2015)	15
Abbildung 6: Deckungsquoten nach HMG-Anzahl (2015 - 2017)	16
Abbildung 7: Darstellung der Deckungsbeiträge je Mitglied in 2017	18
Abbildung 8: Entwicklung der absoluten Über- und Unterdeckungen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben auf Kassenartenebene (2009 - 2016)	19
Abbildung 9: Entwicklung der mittleren Deckungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Mitglied auf Krankenkassenartenebene (2009 bis 2017)	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf Individualebene (2009 - 2017)	13
Tabelle 2: Zuweisungen im Jahresausgleich 2016 differenziert nach Kassenarten	18



Zur Debatte um die Reform des Risikostrukturausgleichs

Eine Expertise im Auftrag der IG Metall -Vorwort

Die Gesundheitspolitik ist ein bedeutsames Handlungsfeld für die IG Metall. Nicht nur, weil sie auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und gerecht finanzierte Gesundheitsversorgung Wert legt, sondern auch, weil viele Metalloberinnen und Metallober in den Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aktiv sind. Die IG Metall begleitet die Arbeit in der GKV-Selbstverwaltung und bringt sich in aktuelle gesundheitspolitische Debatten ein.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat Ende März 2019 den Referentenentwurf eines „Gesetz für eine faire Kassenwahl in der GKV“ (GKV-FKG) vorgelegt. Dieser gliedert sich grob in zwei Bereiche: Er umfasst zum einen die Reform des Finanzausgleichs unter den gesetzlichen Kassen, des sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Zum anderen beinhaltet er Regelungen, die weitgehend in das Organisationsrecht der Kassen und in die soziale Mitbestimmung eingreifen.

Der Morbi-RSA ist ein umstrittenes Thema. Hinter dem Wortungetüm verbirgt sich ein zentrales Solidaritätsprinzip: Die Beitrags- und Steuergelder aus dem Gesundheitsfonds sollen möglichst zielgenau an die Kassen verteilt werden. Jede Kasse soll die erforderlichen Mittel erhalten, um ihre Versicherten entsprechend deren spezifischer Krankheitsrisiken gut versorgen zu können.

Die IG Metall hält einen Morbi-RSA für unverzichtbar: Indem er den Kassen risiko-adjustierte Mittel zuweist, soll er für einen fairen Kassenwettbewerb sorgen und Anreize zur Risikoselektion verringern. Ob und inwieweit der Morbi-RSA diesem Ziel gerecht wird, bedarf der Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur.

Mit Blick auf den Morbi-RSA enthält der Referentenentwurf zuvor diskutierte Reformelemente. Diese wurden seitens des wissenschaftlichen Beirats zum Morbi-RSA im Vorfeld gutachterlich geprüft und empfohlen, zum Teil auch verworfen. Die IG Metall wird die Vorschläge in erster Linie danach beurteilen, inwieweit sie die Leistungsfähigkeit des RSA verbessern und dazu beitragen, Risikoselektion zu vermeiden. Als Basis für eine fundierte Bewertung hat die IG Metall das WIG2-Institut mit einer Expertise beauftragt. Diese stellt die relevanten Reformansätze dar und betrachtet sie jeweils



Hans-Jürgen Urban, Foto: Frank Rumpenhorst

hinsichtlich ihrer Effekte auf die Faktoren Risikoselektionsanreize, Manipulationsanreize, Wettbewerb, Versorgungsneutralität und Verfahrenseffizienz. Die vorliegende Expertise bietet hierfür eine gute Diskussionsbasis.

Die im Referentenentwurf ebenfalls enthaltenen Veränderungen des Organisationsrechts haben es in sich. Vorgesehen ist unter anderem die Abschaffung der sozialen Mitbestimmung im Spitzenverband der Kassen. Ein solcher Schritt könnte den Einstieg in den Ausstieg aus der sozialen Mitbestimmung markieren. Die Verfasstheit unseres Sozialversicherungssystems würde in Frage gestellt. Die IG Metall wendet sich daher gegen den Vorstoß die Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband abzuschaffen.

Wir engagieren uns für eine Stärkung der Selbstverwaltung – im Interesse einer guten und versichertennahen Gesundheitsversorgung.

Hans-Jürgen Urban

1. Bedeutung des RSA für die Wettbewerbsordnung in der GKV

Die gesundheitspolitische Zielsetzung in Zusammenhang mit Reforminitiativen des Gesetzgebers im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zielte in den vergangenen Jahren vorrangig auf die Stärkung eines fairen Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen in Deutschland ab. Das freie Kassenwahlrecht der Versicherten und der zeitgleich bestehende Kontrahierungszwang stellen dabei besondere Herausforderungen dar, die aber notwendig sind, um gleiche Bedingungen für die Krankenkassen innerhalb eines solchen Wettbewerbssystems schaffen zu können. In diesem Kontext ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) als Finanzverteilungsinstrument von besonderer Bedeutung.

Ausgleich unterschiedlicher finanzieller Risiken

Basierend auf dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist der Morbi-RSA eine der in diesem Gesetz verankerten Strukturänderungen, durch welche die „Morbiditätslast der Versicherten einer Krankenkasse direkten Einfluss auf die Höhe der jährlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds“ (Amelung et al., 2018) hat. Der Morbi-RSA dient also dem Ausgleich unterschiedlicher finanzieller Risiken der Krankenversicherungen durch ihre Versicherten. Derzeit nehmen 109 gesetzliche Krankenkassen mit ca. 70 Mio. Versicherten am Morbi-RSA teil (vgl. Amelung et al., 2018; Bundesversicherungsamt, 2018a; RSA-Allianz, 2018).

Die in den Morbi-RSA integrierte Morbiditätsorientierung, welche Krankheitshäufigkeit und -risiken der Versicherten einer Krankenkasse abbildet, dient hierbei insbesondere der Verhinderung von Risikoselektionen. Der Konzentration von Vertriebsaktivitäten der Krankenkassen insbesondere auf junge und gesunde Versicherte soll u.a. mithilfe dieses Instruments entgegengewirkt werden. Eine solche, vom Gesetzgeber unerwünschte Risikoselektion könnte für deutsche Krankenversicherungen erhebliche Wettbewerbsvorteile gegenüber der Konkurrenz generieren, sodass

es derlei Handlungsweisen mithilfe eines zielgenauen Finanzausgleichssystems zu verhindern gilt. Zudem kann die Schaffung einer zielorientierten und fairen Wettbewerbssituation innerhalb des Krankenversicherungsmarktes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung seiner Versicherten beitragen (vgl. Drösler et al., 2017).

Lernendes System

Anhand der in den vergangenen Jahren veröffentlichten Studien und Gutachten verschiedener Institutionen, wie bspw. dem wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA) oder der Monopolkommission (vgl. Drösler et al., 2018; Drösler et al., 2017; Monopolkommission, 2017; Drösler et al., 2011), wurde der Risikostrukturausgleich umfassend evaluiert. Dabei wurde festgestellt, dass die Prognosequalität des Risikostrukturausgleichs nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats kontinuierlich verbessert wurde, so dass die Zielstellung des Risikostrukturausgleichs, Risikoselektionsanreize zu verringern, zunehmend besser erfüllt wird. Auch wenn die Zielgenauigkeit im Hinblick auf einzelne Aspekte noch verbessert werden kann, im Sinne des Prinzips vom „lernenden System“ fortwährend weiterentwickelt wird und an verschiedenen Stellen weiterer Forschungsbedarf besteht, erfüllt das aktuelle Verfahren seinen Zweck deutlich besser als jedes Ausgleichssystem ohne direkte Morbiditätsorientierung.

Dennoch lässt sich feststellen, dass die umrissenen Zielsetzungen des Morbi-RSAs nach Meinung einiger betroffener Krankenkassen und Kassenarten bislang nicht zufriedenstellend erreicht worden sind. Am 04. Oktober 2018 veröffentlichten der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), der BKK Dachverband e.V. (BKK DV) und die Interessensvertretung der Innungskrankenkassen (IKK e.V.) eine gemeinsame Pressemitteilung, in der sie auf die „längst überfällige Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ (vdek et al., 2018) hinwiesen

1. Bedeutung des RSA für die Wettbewerbsordnung in der GKV

und die Differenz zwischen niedrigstem und höchstem Deckungsbeitrag mit 2,5 Milliarden € bewerteten. Zudem wiesen die Interessensvertretungen für Ersatz-, Innungs- und Betriebskrankenkassen auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung des Morbi-RSAs hin, insbesondere die „Vermeidung von Über- und Unterdeckungen bestimmter Versichertengruppen z.B. für multimorbide Versicherte, (...) die Wiedereinführung eines Hochrisikopools zum Ausgleich besonders teurer Krankheiten (...) [sowie die] Berücksichtigung exogener Faktoren“ (vdek u. a., 2018) seien dabei anzugehen. Auch die Erforderlichkeit der Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien zur Vermeidung von Manipulationen bei der Diagnoseerfassung im ambulanten Versorgungsbereich wurden in diesem Kontext thematisiert (vgl. vdek et al., 2018).

Die vorliegende Expertise richtet sich an Leser, die sich einen Überblick über die Inhalte der Debatte zum Reformbedarf und Reformvorschlägen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich verschaffen wollen.

Gemäß Beauftragung richtet sich sie sich vor allem an die in den Gremien der GKV-Selbstverwaltung tätigen Mitglieder der IG Metall. Die

Expertise versucht daher, den Morbi-RSA in seiner jetzigen Ausgestaltung insbesondere im Hinblick auf die Versichertenklassifikation sowie Zuweisungsverteilung zu erläutern. Weiterhin werden mögliche Kriterien für seine Bewertung anhand des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes dargestellt.

Reformbedarf und Reformvorschläge

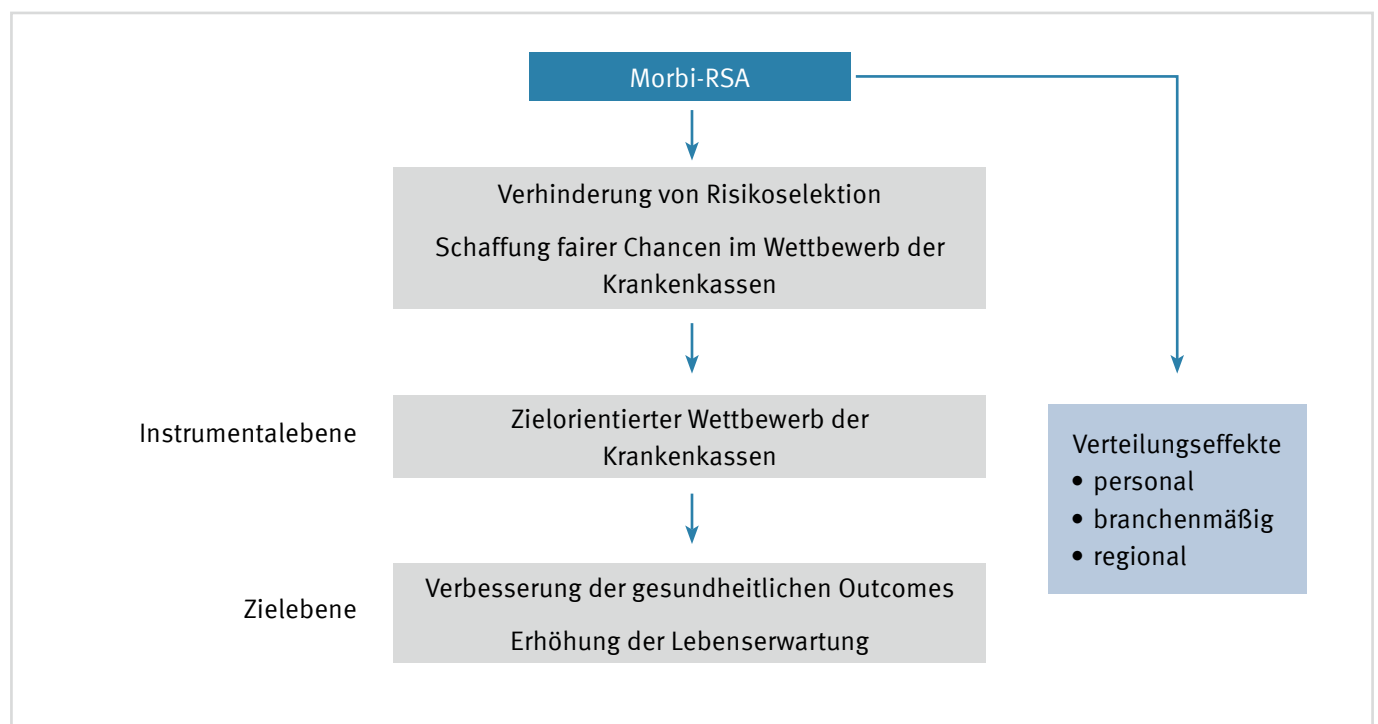
Zusätzlich soll es darum gehen, den Stand der aktuellen Diskussion um den Reformbedarf und Reformvorschläge im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu erfassen. Kernelement dieser Arbeit stellt daher die Betrachtung der Sichtweisen der wichtigsten Akteure auf ausgewählte Reformansätze und Stellschrauben des Morbi-RSAs dar, die anhand der erwarteten Effekte auf die Bereiche Risikoselektion, Manipulation, Wettbewerb, Versorgungsneutralität und Verfahrenseffizienz nachfolgend dargestellt werden. Dabei werden die wichtigsten in der Debatte befindlichen Argumente überblicksartig und sehr verdichtet dargestellt. Das gleiche gilt für die Bewertung von Reformvorschlägen im Hinblick auf die dargestellten Bewertungskriterien, deren Darstellung in einem Plus-Minus-Schema notwendigerweise zu Vereinfachungen einer im allgemeinen komplexen Materie führt.

2. Klassifikationsverfahren und Zuweisungsverteilung

Der wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (BVA) leitet die Erforderlichkeit des Morbi-RSAs aus § 1 Satz 1 SGB V ab (vgl. Drösler et al., 2017) wonach „[d]ie Krankenversicherung als Solidargemeinschaft (...) die Aufgabe [hat], die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 1 Solidarität und Eigenverantwortung, 2019). Im Jahr 2017 veröffentlichte eben dieser wissenschaftliche Beirat ein Sondergutachten zu den Wirkungsweisen des Morbi-RSAs und begründete dessen Erforderlichkeit damit, dass jedes wettbewerblich ausgestaltete Krankenversicherungssystem, welches auf einkommensabhängigen oder pauschalen Beiträgen basiert, einen Risikostrukturausgleich benötigt. Ohne einen solchen Risikostrukturausgleich würden konkurrierenden

Krankenversicherungen Fehlanreize gesetzt, sodass vor allem Versicherte mit hohem Einkommen umworben und gleichzeitig die Ausgabenrisiken so gering wie möglich gehalten würden (Risikoselektion). Nach Ansicht des wissenschaftlichen Beirats verursacht eine dominierende Risikoselektion jedoch lediglich gesamtwirtschaftliche Kosten, ohne einen positiven Ertrag innerhalb der Gesundheitsversorgung generieren zu können (vgl. Drösler et al., 2017). Entsprechend gehen die Verhinderung von Risikoselektion und die Schaffung fairer Chancen im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander als Zielanforderungen des Risikostrukturausgleichs Hand in Hand (vgl. Abbildung 1). Dabei sind aber auch die durch den Risikostrukturausgleich herbeigeführten Verteilungseffekte relevant. Diese wirken insbesondere auf mehreren Ebenen, indem sowohl zwischen verschiedenen Personengruppen als auch auf Ebene von Branchen und Unternehmen sowie der regionalen Ebene Umverteilungen des Beitragsaufkommens stattfinden.

ABBILDUNG 1: ZIELE DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS



Quelle: in Anlehnung an Drösler et al. (2017) S. 11 aus Wille et al. (2007) S. 31.

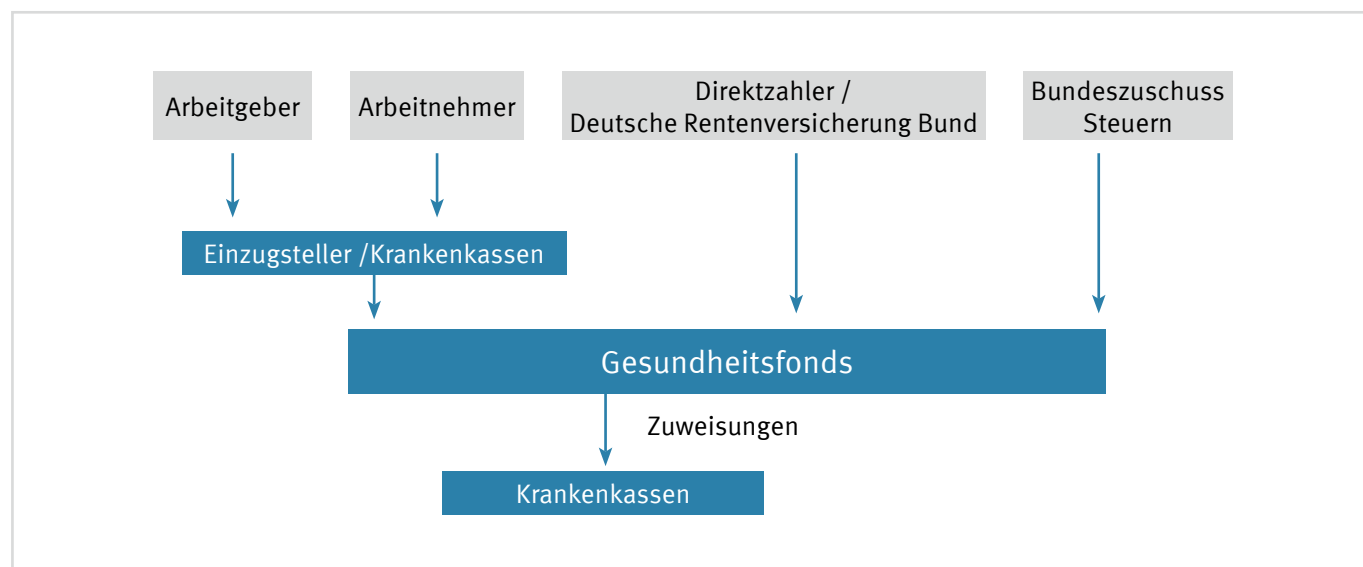
2.1 Grundlagen des Zuweisungsverfahrens

Das derzeitige Finanzausgleichssystem für die gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland basiert seit dem Jahr 2009 auf der Weiterleitung sämtlicher Beitragseinnahmen der Krankenkassen an den Gesundheitsfonds, aus welchem nachfolgend die Zuweisungen zur Deckung definierter Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen mithilfe des Morbi-RSAs generiert werden (Drösler u. a., 2017). Das Zuweisungsvolumen für die Gesamtheit aller am Morbi-RSA teilnehmenden gesetzlichen Krankenversicherungen basiert grundlegend auf den Festlegungen des sog. GKV-Schätzerkreises, welcher sowohl Einnahmen als auch Ausgaben des Gesundheitsfonds für ein Ausgleichsjahr im Vorfeld schätzt. Der Schätzerkreis wird durch das Bundesversicherungsamt (BVA) geleitet und setzt sich aus Fachleuten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des BVA und dem GKV-Spitzenverband zusammen. Gemäß § 220 Abs. 2 SGB V werden hierbei die folgenden Bestandteile prognostiziert: „die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die Zahl der Versicherten und Mitglieder in der GKV (...) für das laufende (...) [und] für das folgende Jahr“ (Drösler u. a., 2017). Die Organisation des Morbi-RSAs erfolgt in Ausgleichsjahren, die dem jeweiligen Kalenderjahr entsprechen. Innerhalb

jedes Ausgleichsjahres variieren sowohl Klassifikationsmodell als auch Zuweisungsvolumen, welche zur besseren Haushaltsplanungssicherheit der Krankenkassen beide im Voraus definiert werden. Das Zuweisungsvolumen meint den Betrag, welchen der Gesundheitsfonds zur Deckung der GKV-Ausgaben insgesamt bereitstellt. Innerhalb des Klassifikationsmodells der Versicherten wird definiert, mithilfe welcher Kriterien die Verteilungen der Zuweisungen an die einzelnen Krankenversicherungen erfolgen wird (vgl. Drösler et al., 2017).

Entsprechend dem einheitlichen Beitragssatz und dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag leiten die Krankenkassen sämtliche Beitragseinnahmen an den Gesundheitsfonds weiter. Zudem fließen weitere GKV-Einnahmen, wie bspw. die Beitragszahlungen von geringfügig entlohnten Beschäftigten oder Einnahmen der Künstlersozialkasse sowie der GKV-Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds ein. Das hieraus resultierende Zuweisungsvolumen wird zur Deckung der folgenden Ausgabenkomponenten verwendet: standardisierte Leistungsausgaben, standardisierte Verwaltungskosten, standardisierte Satzungs- und Ermessenleistungen, Durchführungs- und Entwicklungskosten im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie mitgliederbezogene Zuweisungsveränderungen (vgl. Drösler et al., 2017).

ABBILDUNG 2: FUNKTIONSWEISE DES GESUNDHEITSFONDS



Quelle: in Anlehnung an RSA-Allianz (2018).

2.2 Standardisierte Leistungsausgaben

Die standardisierten Leistungsausgaben umfassen jene Ausgaben einer Krankenkasse, welche im Zuge der Regelleistungsversorgung anfallen und auf welche die Versicherten einen gesetzlichen Leistungsanspruch gemäß § 2 SGB V haben. § 266 SGB V regelt im Zuge dessen die Ermittlung der kassenindividuellen Zuweisungen zur Deckung dieser standardisierten Leistungsausgaben anhand einer kasseneinheitlichen Grundpauschale in Verbindung mit risikoadjustierten Zu- und Abschlägen, in Abhängigkeit von Morbidität, Alter und Geschlecht der Versicherten (vgl. Drösler et al., 2017). Die Festlegung der kasseneinheitlichen Grundpauschale erfolgt im Vorfeld eines Ausgleichsjahres anhand der in diesem Ausgleichsjahr erwarteten durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versicherten. Die mit der Grundpauschale in Verbindung stehenden Zu- und Abschläge dienen dazu, das Ausgabenrisiko für jeden Versicherten möglichst realistisch wiederzugeben, weshalb diese innerhalb eines Ausgleichsjahres dreimal berechnet und ggf. anhand der aktuellsten Datenmeldungen angepasst werden. Um die Zu- und Abschläge ermitteln zu können, bedarf es der Zuordnung eines jeden Versicherten in eine oder ggf. mehrere Risikogruppen. Dementsprechend

bestehen für die Berechnungen der standardisierten Leistungsausgaben (ohne Krankengeld) fünf unterschiedliche Arten von Risikogruppen: „Alters-Geschlechts-Gruppen (AGGs), Erwerbsminderungsgruppen (EMGs), Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), Kostenerstattergruppen (KEGs) und Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGs)“ (vgl. Drösler u. a., 2017).

Abbildung 3 weist die Zuweisungen entsprechend der jeweiligen Risikogruppen für das Ausgleichsjahr 2015 aus. Anhand dieser Darstellung lässt sich ableiten, dass das größte Zuweisungsvolumen auf die standardisierten Leistungsausgaben (94,2 %) entfällt, die sowohl über AGGs und HMGs als auch mittels Zuweisungen für Erwerbsminderungsrentner, Zuweisungen für Auslandsversicherte und Zuweisungen für Personen mit Kostenerstattung ausgeglichen werden. Weiterhin sind an dieser Stelle die Zuweisungen für Krankengeldanspruchsberechtigte (5,2 %) zu nennen. Zusätzlich werden Zuweisungen für Verwaltungsausgaben (4,95%), Satzungs- und Ermessensleistungen (0,44 %) sowie für die DMP-Programmkostenpauschale (0,43 %) verteilt.

ABBILDUNG 3: DIFFERENZIERUNG DER ZUWEISUNGSANTEILE NACH RISIKOGRUPPEN

Zuweisungsart	Betrag	Anteil
Standardisierte Leistungsausgaben	196.950,5 Mio. €	94,19 %
Davon Krankengeld	10.884,0 Mio. €	5,20 %
Standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen	920,9 Mio. €	0,44 %
Standardisierte Verwaltungsausgaben	10.344,4 Mio. €	4,95 %
Strukturierte Behandlungsprogramme	893,7 Mio. €	0,43 %
Summe Zuweisungen vor mitgliederbezogener Veränderung der Zuweisungen	209.109,5 Mio. €	100 %
Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisung	-10.841,8 Mio. €	–
Summe	198.267,7 Mio. €	–

Quelle: Auswertung BVA; Dargestellt ist der Anteil vor Anwendung der mitgliederbezogenen Veränderungen der Zuweisung; Aus: Drösler et al. (2017)

Jeder Versicherte (der keinen Auslandsversicherten darstellt) wird zunächst anhand von Geschlecht und Alter in eine von insgesamt 40 **Alters- und Geschlechts-Gruppen (AGGs)** eingeordnet. Hierbei werden Männer und Frauen maßgeblich mithilfe von Clustern in Fünf-Jahres-Abständen unterteilt, wobei Kinder und Jugendliche von dieser

Abstandsdifferenzierung abweichen (vgl. Drösler et al., 2011).

Die **hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs)** stellen ein weiteres wichtiges Kernelement des Morbi-RSAs dar. Hierbei werden bis zu 80 schwerwiegende und hochkostenintensive Erkrankungen bzw. Diagnosen über den Morbi-RSA

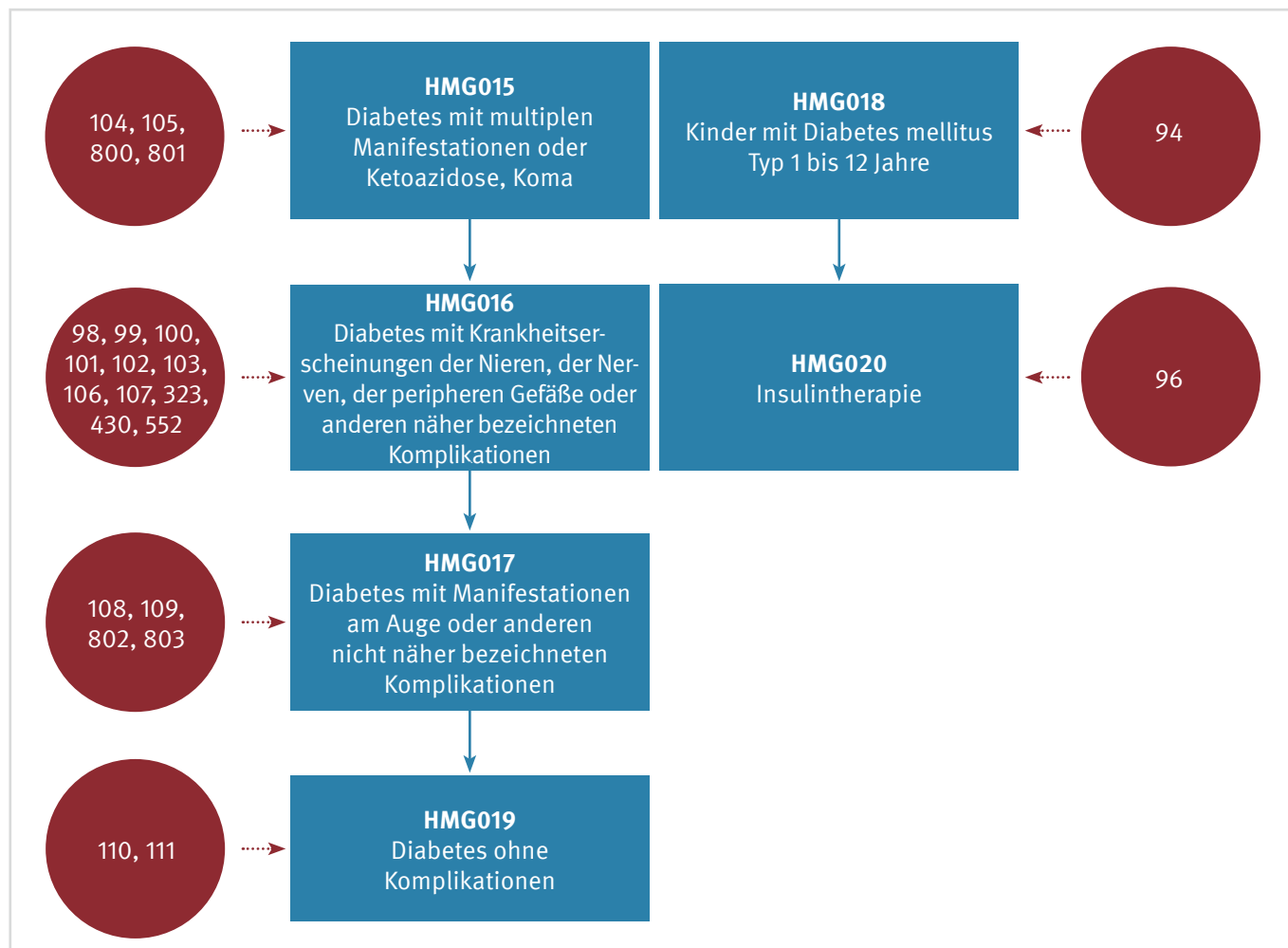
2. Klassifikationsverfahren und Zuweisungsverteilung

gesondert berücksichtigt (vgl. Drösler et al., 2011). Ein besonderes Merkmal der HMGs besteht darin, dass ein Versicherter im Vergleich zu den übrigen Risikogruppen mehreren HMGs zugeordnet werden kann, wobei zum jetzigen Zeitpunkt kein Maximalwert definiert wurde (vgl. Drösler et al., 2017). Grundlage für die Zuordnung in eine HMG stellen die gesicherten Diagnosen des Vorjahres aus dem stationären und dem vertragsärztlichen, ambulanten Bereich dar, wobei z.T. auch Arzneimittelverordnungsdaten herangezogen werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nicht jede Diagnose, welche die 80 ausgewählten Erkrankungen betrifft, zwangsläufig zu einer HMG-Zuordnung führt, da insbesondere für ambulante Diagnosen und stationäre Nebendiagnosen höhere Anforderungen gelten. So müssen gewöhnlich entweder zwei Diagnosen derselben Krankheit aus unterschiedlichen Abrechnungsquartalen desselben Jahres vorliegen oder eine zusätzliche Inanspruchnahme relevanter Arzneimittel nachweisbar sein.

Die HMGs werden anhand medizinischer Kriterien gebildet, deren Systematisierung anhand von statistischen und ökonomischen Kriterien in 25 Hierarchien erfolgt. Diese Hierarchisierung der HMGs dient der Darstellung der jeweiligen HMG-Beziehung zueinander und stellt sicher, dass die schwerwiegendste Krankheitsmanifestation eine HMG-Zuordnung auslöst (vgl. Abbildung 4). Besteht beispielsweise ein Dominanzverhältnis zwischen zwei HMGs, wie bei HMG015 und HMG016, sind diese nicht miteinander kombinierbar, vielmehr wird nur die höherwertige Zuordnung berücksichtigt, in diesem Fall also HMG015. Demgegenüber weisen nebeneinanderstehende HMGs kein Dominanzverhältnis auf und sind teilweise kombinierbar, sodass diese jeweils einen Zuschlag für den Versicherten auslösen. Dies trifft beispielsweise auf HMG015 und HMG020 zu, wie die Abbildung des Hierarchiebaums nahelegt.

Einer sog. **Erwerbsminderungsgruppe (EMG)** wird ein Versicherter lediglich dann zugeordnet, wenn er im

ABBILDUNG 4: BEISPIEL EINES HIERARCHIEBAUMES FÜR DIABETES



Quelle: Bundesversicherungsamt (2018a)

2. Klassifikationsverfahren und Zuweisungsverteilung

maßgeblichen Betrachtungszeitraum mindestens 183 Tage einen Erwerbsminderungsrentenstatus aufwies (vgl. Drösler et al., 2011). Bei hinreichender Erfüllung dieser Bedingung wird der Versicherte anhand von Alter und Geschlecht einer der sechs EMGs zugeordnet (vgl. Drösler et al., 2017). Derselbe Schwellenwert gilt auch bei der Zuordnung in eine **Kostenerstattungsgruppe (KEG)**. Ein Versicherter muss innerhalb des Vorjahres mindestens an 183 Tagen die Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V oder aber § 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, um einer dieser KEGs zugeordnet zu werden. Deren Besonderheit besteht darin, dass etwaige Diagnosen die Krankenkassen nicht auf dem üblich Abrechnungsweg erreichen, sodass eine HMG-Zuordnung nicht erfolgen kann (vgl. Drösler et al., 2011).

Falls Versicherte ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz im Vorjahr überwiegend, also an mindestens 183 Tagen, außerhalb des deutschen Bundesgebiets aufwiesen, werden sie ausschließlich einer **Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppe (AusAGG)** zugewiesen. Eine Zuordnung in eine der übrigen Risikogruppen (AGGs, HMGs, EMGs, KEGs) erfolgt nicht. Die übrigen zwei Risikogruppen im Zusammenhang mit der Zuweisungsermittlung im Morbi-RSA orientieren sich am Krankengeldanspruch der Versicherten. Hierbei unterscheidet

man die **Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGGs)**, innerhalb welcher die Versicherten mit Anspruch auf Krankengeld anhand von Alter und Geschlecht geclustert werden, und die **Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMGs)**, welche lediglich in den Fallkonstellationen relevant werden, wenn ein Versicherter mit Krankengeldanspruch auch an mindestens 183 Tagen des Betrachtungszeitraumes eine Erwerbsminderungsrente bezogen hat (vgl. Drösler et al., 2017).

Die Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben erfolgt anhand eines zweistufigen Verfahrens. Man unterscheidet zunächst in Leistungsausgaben ohne Krankengeldzahlungen und standardisierte Krankengeldleistungen. Die standardisierten Leistungsausgaben ohne Krankengeldzahlungen werden gemäß § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV mithilfe eines Regressionsverfahrens berechnet, wodurch eine flexible Berücksichtigung der Multimorbidität von Versicherten erfolgen kann. Die standardisierten Krankengeldleistungen werden hingegen anhand einer Durchschnittswertberechnung ermittelt. Anhand der resultierenden Ergebnisse können die Zu- und Abschläge der Grundpauschale in einem mehrstufigen Verfahren berechnet werden, wobei eine Gewichtung der Zwischenergebnisse je Risikogruppe vorgenommen wird.

2.3 Weitere Zuweisungsbereiche des Morbi-RSA

Neben den standardisierten Leistungsausgaben, deren Zuweisungsanteil im Morbi-RSA ca. 94 % beträgt, können die Krankenkassen weitere Zuweisungen durch standardisierte Verwaltungskosten, standardisierte Satzungs- und Ermessensleistungen, Durchführungs- und Entwicklungskosten im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie mitgliederbezogene Zuweisungsveränderungen generieren. Die Ermittlung der **standardisierten Verwaltungsausgaben** erfolgt zu 50 % anhand der im Vorfeld ermittelten standardisierten, berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (siehe Abschnitt 2.2) und zu 50 % über die Versichertenanzahl der Krankenkasse. Diese standardisierten Verwaltungskosten entsprechen einem Zuweisungsanteil im Morbi-RSA von etwa 5 %. Die Zuweisungen zur Deckung der **standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen** erfolgt im Morbi-RSA als einheitlicher Betrag je Versicherten und umfasst einen Ausgleichsanteil von ca. 0,5 % des Gesamtzuweisungsvolumens. Die übrigen

0,5 % des Zuweisungsbetrages aus dem Morbi-RSA ergeben sich aus den **Aufwendungen für die strukturierten Behandlungsprogramme**, deren einheitlicher Ausgleichsbetrag im Voraus durch den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) je ordentlich eingeschriebenem Versicherten festgelegt wird (vgl. Bundesversicherungsamt, 2018; Häckl et al., 2017). Die mitgliederbezogenen Zuweisungsveränderungen orientieren sich an dem Anpassungsbetrag, welcher sich aus der Gegenüberstellung des im Vorfeld definierten, fixen Zuweisungsvolumens für das jeweilige Ausgleichsjahr und den tatsächlichen GKV-Ausgaben innerhalb dieses Ausgleichsjahres ergibt. Das durch den Schätzerkreis im Vorfeld definierte Zuweisungsvolumen wird mithilfe eines Pauschalbetrags je Krankenkassenmitglied an die tatsächlichen Ausgaben angepasst (vgl. Drösler et al., 2017). Dieser Anpassungsbetrag betrug im Jahresausgleich 2016 insgesamt -11,85 Mrd. € (vgl. Bundesversicherungsamt, 2018a).

3. Bewertung der Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens

Anhand der Gutachten des wissenschaftlichen Beirates sowie der Ergebnisse der Jahresausgleichsverfahren durch das Bundesversicherungsamt wurden im Folgenden die einzelnen Wirkungsbereiche hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des Morbi-RSAs in seiner jetzigen Ausgestaltungsform betrachtet.

3.1 Individualebene

Die auf Individualebene verwendeten Kennzahlen zur Beurteilung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs stellen in diesem Zusammenhang dar, wie genau die Vorhersagen der Schätzmodelle im Vergleich zu den tatsächlich gemessenen Werten sind bzw. waren. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine Verbesserung der Vorhersagekraft des Klassifikationsmodells mit einer Verringerung der Anreize zur Risikoselektion einhergeht.

Die verwendeten Kennzahlen dienen der Erklärung der Ergebnisstreuungen innerhalb der Leistungsausgaben. Je näher R^2 an 100% liegt, desto genauer lässt sich die Varianz der Leistungsausgaben im Morbi-RSA erklären. Demnach sagt ein R^2 -Wert von rund 25 % aus, dass 25 % der Streuung der Leistungsausgaben erklärt werden können, während 75 % dieser Streuung nicht anhand der zugrundeliegenden Annahmen und Daten erklärt werden können. Jedoch ist an dieser Stelle zu berücksichtigen, dass die Erreichung von 100 % Erklärbarkeit nahezu ausgeschlossen ist. Da R^2 für einige fehlerhafte Ergebnisverzerrungen anfällig ist (insbesondere,

wenn erklärende Variablen oder extreme Ausreißer, wie beispielsweise Hochkostenfälle, hinzukommen), wurde zudem der mittlere absolute Prognosefehler (MAPE) errechnet. Dieser birgt jedoch Vergleichbarkeitsschwierigkeiten in Zeitreihenbetrachtungen oder Gruppenvergleichen, da er als absoluter Eurobetrag ausgewiesen wird und sehr stark von der verwendeten Datengrundlage abhängt. Der als dritte Kennzahl verwendete CPM-Wert bereinigt die Schwierigkeiten der zwei anderen Kennzahlen dahingehend, dass er als ausgewiesener Zahlenwert Vergleichsbetrachtungen zulässt, und zum anderen eine geringere Abweichung bei Hinzunahme von Variablen oder extremen Ausreißern (wie bei extrem kostenintensiven Versicherten) innerhalb der Datengrundlage aufweist. Der wissenschaftliche Beirat leitete anhand der Ergebnisse gemäß Tabelle 1 ab, dass zwar eine kontinuierliche Ausdifferenzierung der drei aufeinanderfolgenden Modelle ersichtlich wird, jedoch die Kennzahlausprägungen dies kaum wiedergeben (vgl. Drösler et al., 2017).

TABELLE 1:
ENTWICKLUNG DER ZIELGENAUIGKEIT DES MORBI-RSA AUF INDIVIDUALEBENE (2009 - 2017)

Kennzahl	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
R^2	20,2 %	21,0 %	23,9 %	23,6 %	22,6 %	24,0 %	24,6 %	24,9 %	25,1 %
CPM	22,5 %	22,6 %	22,6 %	22,8 %	23,3 %	23,7 %	23,9 %	24,1 %	24,1 %
MAPE	1.817 €	1.891 €	1.922 €	1.970 €	2.036 €	2.141 €	2.201 €	2.268 €	2.328 €

Quelle: Bundesversicherungsamt (2019) S. 10.

3. Bewertung der Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens

Anhand der zeitlichen Entwicklung der im vorhergehenden Abschnitt beschriebenen Kennzahlen R^2 , CRM und MAPE seit der Morbi-RSA-Einführung im Jahr 2009 (vgl. Tabelle 1) wird deutlich, dass es zu einer stetigen Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs im Zeitverlauf gekommen ist. Das statistische Bestimmtheitsmaß R^2 konnte von 20,2 % im Jahresausgleich 2009 auf 25,1 % im Jahresausgleich 2017 gesteigert werden. Der CPM-Wert wurde von 22,5 % auf 24,1 % gesteigert und der mittlere absolute Prognosefehler (MAPE) stieg von 1.817 € im Jahresausgleich 2009 auf 2.328 € im Jahresausgleich 2017 an. Der wissenschaftliche Beirat wies im Zuge dessen darauf hin, dass in der Natur des Morbi-RSAs begründet sei, dass Verbesserungspotenziale

insbesondere innerhalb der ersten Jahre nach erfolgter Implementierung eines Modells zutage treten und das resultierende Verbesserungspotenzial des Gesamtmodellwertes zunehmend geringer ausfallen werde (Drösler u. a., 2017).

Anhand der Beurteilung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs auf Individualebene zeigt sich, dass sich dessen Leistungsfähigkeit seit der Einführung im Jahr 2009 auf Versichertenebene sukzessive verbessert hat.

3.2 Ebene der Versichertengruppen

Zur Evaluation von Risikoselektionsanreizen hat sich in der internationalen Literatur zu Risikostrukturausgleichsmodellen eine Analyse von Unter- und Überdeckungen auf Ebene einzelner Versichertengruppen etabliert (vgl. Drösler et al., 2018; van Kleef et al., 2017; van Veen et al., 2015). Diese Herangehensweise resultiert aus dem Ansatz, dass die Krankenkassen systematische Strategien zur Risikoselektion eher auf bestimmte Versichertengruppen ausrichten, da sich für diese auch Prognosen hinsichtlich ihrer zukünftigen Deckungssituation erstellen lassen. Auf Ebene von Versichertengruppen finden vorrangig die Kennzahlen Deckungsquote (relativer Wert, der den Grad der Ausgabendeckung durch den jeweiligen Zuweisungsbetrag darstellt) und Deckungsbeitrag (durchschnittliche Unter- oder Überdeckung je Versicherten) Anwendung (vgl. Drösler et al., 2018).

Hierbei gilt es jedoch einige Limitationen zu beachten, da eine Bildung von zu betrachtenden Versichertengruppen äquivalent zu den Risikogruppen im Morbi-RSA-Klassifikationsmodell zwangsläufig zu einer hundertprozentigen Ausgabendeckung und somit zu Ergebnisverzerrungen führt (vgl. Schäfer, 2011; Drösler et al., 2018). Somit sind solche Indikatoren zur Analyse der Zielgenauigkeit des Verfahrens heranzuziehen, welche nicht unmittelbar in die Berechnungen der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA einfließen (vgl. Drösler et al., 2011). Beispielhaft gab der wissenschaftliche Beirat in seinem Regionalgutachten aus dem Jahr 2018 die folgenden Variablen an: die Höhe der Leistungsausgaben,

das Merkmal 'Verstorben im Berichtsjahr', Informationen zum Krankenkassenwechsel oder zum Zugang in die GKV, das Vorliegen von Erkrankungen außerhalb des Morbi-RSA-Spektrums, die Anzahl der vorliegenden Morbiditätsgruppen, die Anzahl der Arzneimittelverordnungen oder das Auftreten von Neuerkrankungen im Ausgleichsjahr (vgl. Drösler et al., 2018).

Hinsichtlich der Deckungssituation bestimmter Versichertengruppen nahm der wissenschaftliche Beirat 2017 eine Analyse von rund 72,4 Mio. Versicherten unter Berücksichtigung derer Leistungsausgaben, Alter und Geschlecht vor. Die nachfolgende Betrachtung der AGGs über die Gesamtheit aller Versicherten ergab eine hundertprozentige Deckung der Ausgaben innerhalb jeder Alters-Geschlechts-Gruppe, sodass an dieser Stelle von einer Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs in Höhe von 100 % gesprochen werden kann (Drösler u. a., 2017). Hierbei ist anzumerken, dass bei der isolierten Betrachtung der Deckungsquoten entsprechend des Alters (also ohne Gruppenbildung in AGGs) durchaus Deckungsunterschiede durch den wissenschaftlichen Beirat herausgestellt wurden. Die geringste Deckungsquote mit 73,5 % wiesen die einjährigen Versicherten auf, welche in den Folgejahren jedoch durch die hohen Deckungsquoten für Zwei- und Dreijährige (113,9 % und 116,2 %) ausgeglichen wurden, sodass innerhalb der zugehörigen AGG eine Neutralisierung der Über- und Unterdeckungen stattfinden kann (vgl. Drösler et al., 2017).

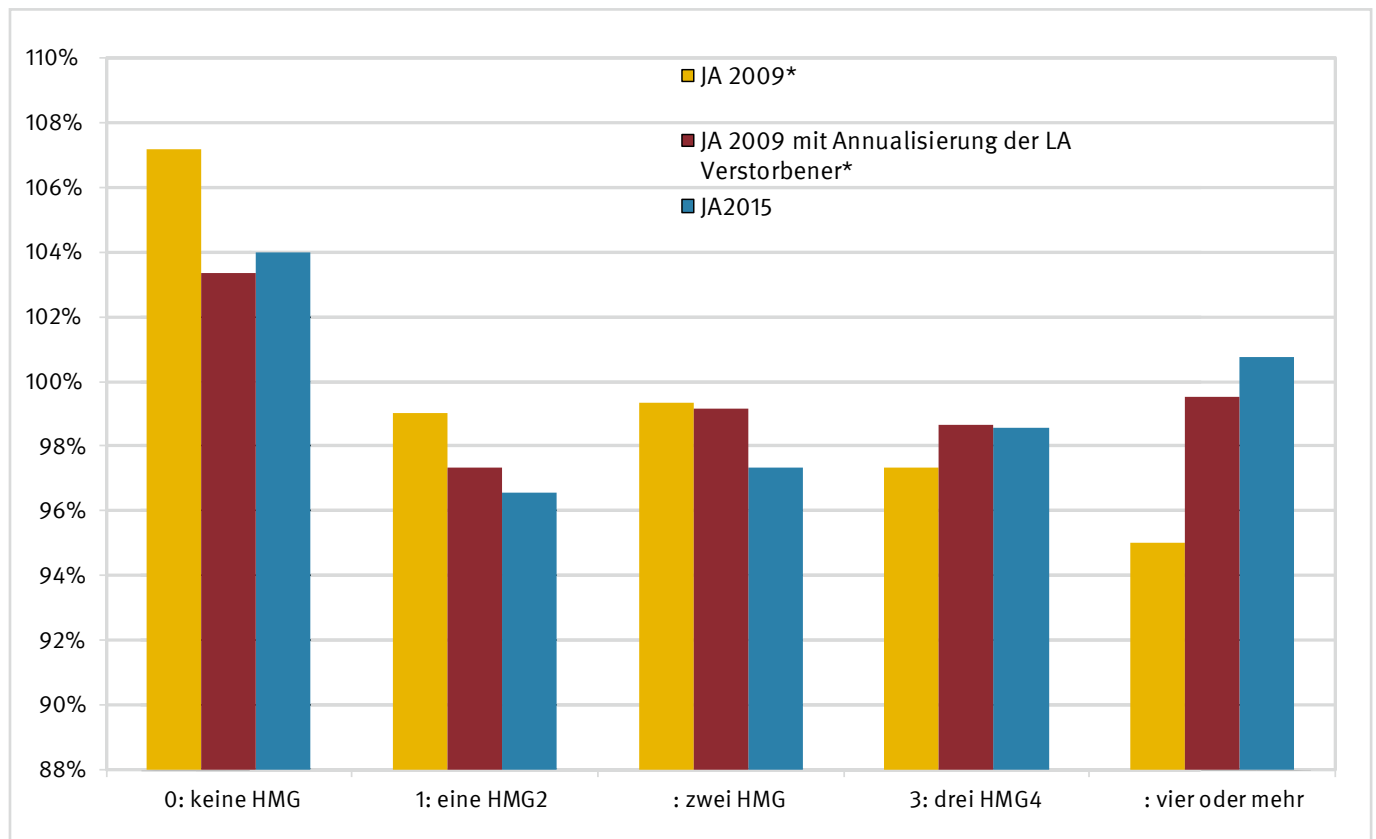
3. Bewertung der Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens

In eben dieser Betrachtung des wissenschaftlichen Beirates treten die im Vorfeld erwähnten Limitationen zutage, sodass eine Morbiditätsanalyse der Versicherten in Abhängigkeit ihrer HMG-Anzahl fundierte Aussagen zur Zielgenauigkeit des Morbi-RSA ermöglichen soll. Im Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirates untersuchte dieser zur Abgrenzung der Morbiditätslast von Versicherten eben dieses Merkmal, um im groben Maßstab Multimorbidität abbilden zu können. Die 41,4 Mio. Versicherten ohne HMG-Zuordnung wiesen im Ausgleichsjahr 2015 eine durchschnittliche Überdeckung von 39 € und somit eine Deckungsquote von rund 104 % auf, während Versicherte mit 1 bis 4 HMGs und einer durchschnittlichen Unterdeckung in Höhe von -79 € eine Deckungsquote von 97,8 % erreichten. Versicherte mit 5 bis 11 HMGs wiesen eine Deckungsquote von 101,2% (mittlere Überdeckung von 123 €) und Versicherte mit mehr als 11

HMGs eine Deckungsquote von 99,4 % (durchschnittliche Unterdeckung von -138 €) auf.

Die Problematik der Unter- und Überdeckungen innerhalb bestimmter HMG-Anteile wurde bereits durch einige Krankenkassen beim BVA kritisch hinterfragt, weshalb sich der wissenschaftliche Beirat innerhalb des Sondergutachtens 2017 besonders intensiv mit dieser Problematik befasste. Die nachfolgende Abbildung 5 stellt hierbei die Deckungsquoten nach HMG-Anzahl im zeitlichen Verlauf dar. Hieraus lässt sich ableiten, dass sich innerhalb der Ausgleichsjahre 2009 – 2015 die Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs bzgl. der Versicherten mit mehr als 4 HMGs deutlich verbessert hat, während die Deckungsquote der Ausgaben für Versicherte mit 1 bis 3 HMGs trotz kontinuierlicher Weiterentwicklung des Morbi-RSA-Systems deutlich unterhalb der 100 % - Marke liegt.

ABBILDUNG 5: DECKUNGSQUOTEN NACH HMG-ANZAHL (2009 VS. 2015)



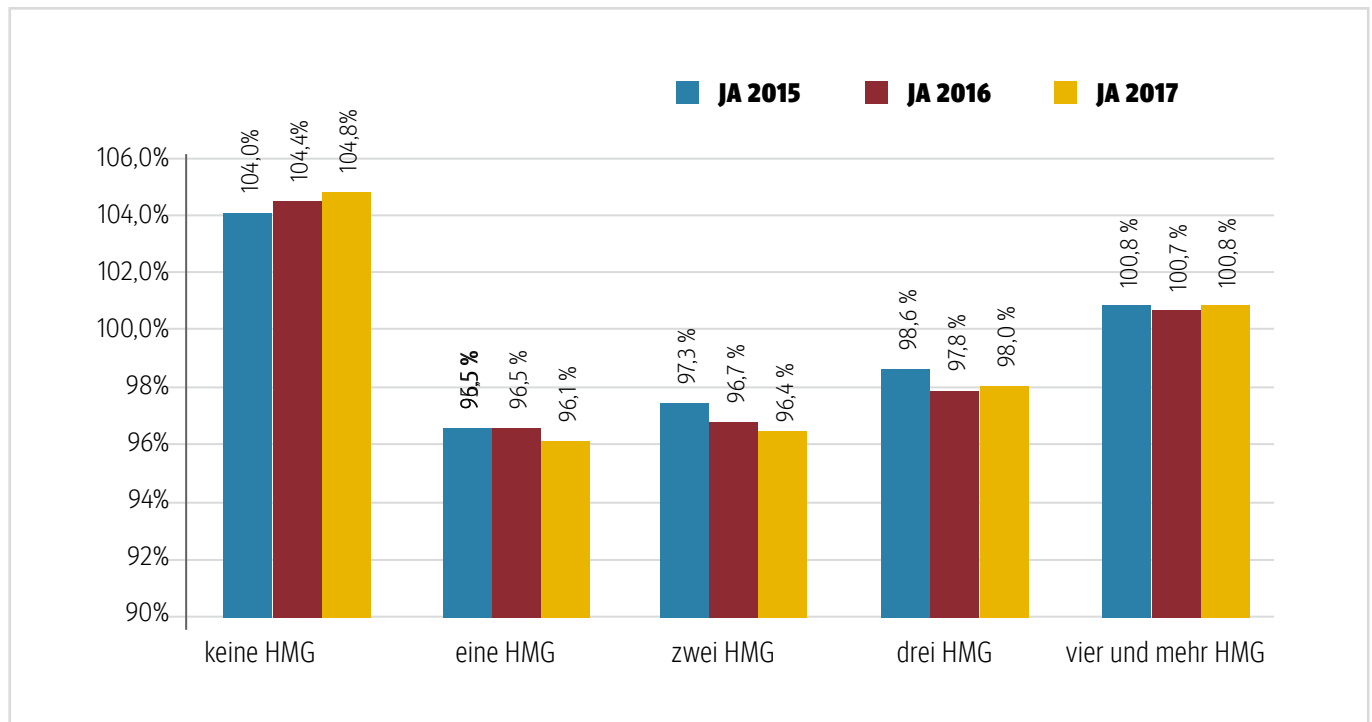
Quelle: Drösler et al. (2017) S. 96.

3. Bewertung der Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens

Betrachtet man die Entwicklung der Deckungsquoten nach HMG-Anzahl innerhalb der letzten drei abgeschlossenen Jahresausgleichsverfahren 2015 – 2017 (vgl. Abbildung 6), ist eine stetige, sukzessive Annäherung an eine Deckungsquote

von 100 % nicht erkennbar, sodass man nicht von einer kontinuierlichen Verbesserung der divergierenden Deckungsquotensituation dieser Versichertengruppen sprechen kann.

ABBILDUNG 6: DECKUNGSQUOTEN NACH HMG-ANZAHL (2015 - 2017)



Quelle: Bundesversicherungsamt (2019) S. 17.

Sterbefälle nehmen bei der Betrachtung der Modellzielgenauigkeit eine gesonderte Rolle ein, da deren Deckungssituation seit Einführung des Morbi-RSAs kontinuierlich verbessert und dennoch jenseits einer vollständigen Ausgabendeckung anzusiedeln ist. Während im Ausgleichsjahr 2009 – vor Annualisierung der Sterbekosten – die Deckungsquote Verstorbener bei 29,3 % lag, konnte diese im Ausgleichsjahr 2015 auf 33,2 % gesteigert werden. In jeder RSA-Altersgruppe liegen die Leistungsausgaben für

Verstorbende deutlich über den generierten Zuweisungen, wobei die niedrigste Deckungsquote mit 7,3 % (Deckungsbeitrag von -48.505 €) in der Altersgruppe 1-5 Jahre und die höchste Deckungsquote bei den Versicherten mit einem höheren Alter als 94 Jahren mit 57,8 % (Deckungsbeitrag von -2.303 €) ermittelt wurde. Generell lässt sich eine Zunahme von Deckungsbeitrag und Deckungsquote mit zunehmendem Alter verzeichnen (vgl. Drösler et al., 2017).

Anhand der Betrachtung der Deckungssituation verschiedener Versichertengruppen zeigt sich, dass die Leistungsfähigkeit des Morbi-RSA für einige Gruppen innerhalb der vergangenen Jahre verbessert werden konnte (z.B. Sterbefälle). Andere Versichertengruppen (Versicherte mit wenigen HMGs) weisen eher eine Stagnation bis hin zur Verschlechterung ihrer Deckungssituation auf.

3.3 Krankenkassenebene

Um Aussagen über die Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs auf Krankenkassenebene treffen zu können, fasste der wissenschaftliche Beirat in seinem Sondergutachten 2017 zunächst alle 112 Krankenkassen (Krankenkassenfusionsstand 01.01.2017) anhand konkreter Merkmale zu diversen Krankenkassentypen zusammen, um nachfolgend Aussagen über deren Deckungssituation treffen zu können. Anhand der an den Versichertenjahren gemessenen Krankenkassengröße, morbiditätsorientierter Risikofaktoren und des Wachstumstyps der jeweiligen Krankenkassen wurden die Deckungsquoten für die im Vorfeld definierten Krankenkassentypen bestimmt. Hierbei ergab die Analyse der nach Anzahl der Versichertenjahre differenzierten Krankenkassen, dass insbesondere bei kleineren Krankenkassen (mit unter 30.000 Versichertenjahren im Ausgleichsjahr 2015) eine deutliche Überdeckungstendenz zu verzeichnen war, wohingegen große Krankenkassen eher eine geringfügige Unterdeckung bis hin zur genauen Ausgabendeckung aufwiesen.

Eine Untersuchung des am GVK-Morbiditätsdurchschnitt ausgerichteten Risikofaktors einer jeden Krankenkasse

ergab, dass Krankenkassen mit einer steigenden Morbiditätslast (ausgehend vom Betrachtungszeitraum 2009 - 2015) eher eine Unterdeckung, Krankenkassen mit sinkender Morbiditätslast eher eine Überdeckung ihrer Ausgaben durch die Morbi-RSA-Zuweisungen generierten. Der als Grundlage dieser Berechnung dienende Risikofaktor wurde aus dem Verhältnis von Zuweisungshöhe je Versicherten und durchschnittlichen GKV-Ausgaben ermittelt.

Die differenzierte Betrachtung des Wachstumstyps, gemessen an der durchschnittlichen jährlichen Veränderungsrate der Versichertenjahre einer Krankenkasse, ergab zudem, dass wachsende Krankenkassen im Mittel überdeckt, schrumpfende Krankenkassen durchschnittlich unterdeckt sind. Als Kausalitätsbegründung gab der wissenschaftliche Beirat an, dass überdeckte Krankenkassen gegenüber unterdeckten innerhalb eines Preiswettbewerbs (gemessen an ausgeschütteten Prämien und erhobenen Zusatzbeiträgen) besser abschneiden würden, da die Versicherten ihre Entscheidung der Krankenkassenwahl weiterhin maßgeblich vom Preis der jeweiligen Krankenkassen abhängig machen (vgl. Drösler et al., 2017).

Die Leistungsfähigkeit des Morbi-RSA auf Ebene der Krankenkassen lässt sich insgesamt schwerer bewerten als auf Versichertenebene, weil entsprechende Kennzahlen zur Messung der Zielgenauigkeit auf Kassenebene in der Vergangenheit kaum erhoben wurden. Insgesamt sind aber systematische Verwerfungen zulasten verschiedener Kassentypen erkennbar. Schrumpfende Kassen und Kassen mit steigender Morbidität weisen unterdurchschnittliche Deckungsquoten auf.

3.4 Krankenkassenartenebene

Gemäß dem Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes für 2017 setzten sich die Zuweisungen, differenziert nach Kassenarten, im Jahresausgleich 2016 entsprechend Tabelle 2 zusammen. Aus dieser lässt sich ableiten, dass die Allgemeinen Ortskrankenkassen den größten Zuweisungsbetrag in Höhe von 79,7 Milliarden € aus dem Gesundheitsfonds erhalten haben. Dies entspricht einem Zuweisungsanteil von 38,65 %. Die Ersatzkassen erhielten im Jahresausgleich

2016 insgesamt 78,6 Milliarden € (Gesamtzuweisungsanteil von 38,12 %), die Betriebskrankenkassen erhielten einen Zuweisungsanteil von 13,19 % (27,2 Milliarden €), die Innungskrankenkassen mit 13,9 Milliarden € insgesamt 6,74 % der Gesamtzuweisungen und die Knappschaft Bahn See mit einen 6,8 Milliarden € einen Zuweisungsanteil von 3,30 % (vgl. Bundesversicherungsamt, 2018b).

3. Bewertung der Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens

TABELLE 2: ZUWEISUNGEN IM JAHRESAUSGLEICH 2016 DIFFERENZIERT NACH KASSENARTEN

Kassenart	für Pflichtleistungen	für Verwaltungsausgaben	für Satzungs- und Ermessensleistungen Pandemie	für DMP	mitgliederbezogene Veränderung § 41 RSAV	Gesamt
AOK	79,053 Mrd. €	4,051 Mrd. €	0,407 Mrd. €	0,404 Mrd. €	-4,239 Mrd. €	79,7 Mrd. €
BKK	27,134 Mrd. €	1,544 Mrd. €	0,172 Mrd. €	0,109 Mrd. €	-1,725 Mrd. €	27,2 Mrd. €
VdEK	78,325 Mrd. €	4,221 Mrd. €	0,446 Mrd. €	0,324 Mrd. €	-4,701 Mrd. €	78,6 Mrd. €
IKK	13,824 Mrd. €	0,778 Mrd. €	0,086 Mrd. €	0,061 Mrd. €	-0,882 Mrd. €	13,9 Mrd. €
KBS	6,739 Mrd. €	0,308 Mrd. €	0,027 Mrd. €	0,039 Mrd. €	-0,304 Mrd. €	6,8 Mrd. €
GKV	205,075 Mrd. €	10,902 Mrd. €	1,137 Mrd. €	0,937 Mrd. €	-11,852 Mrd. €	206,2 Mrd. €

Quelle: Bundesversicherungsamt (2018b)

Aus Sicht des wissenschaftlichen Beirats ist die Kassenart grundsätzlich eine weniger gut geeignete Ebene, um Aussagen über die Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs treffen zu können, da die Krankenkassen innerhalb einer Kassenart

– mit Ausnahme der Ortskrankenkassen - ebenfalls im Wettbewerb zueinanderstehen und sich durch eine hohe Heterogenität bzgl. der Versichertenstruktur und Finanzsituation auszeichnen können (Abbildung 7).

ABBILDUNG 7: DARSTELLUNG DER DECKUNGSBEITRÄGE JE MITGLIED IN 2017



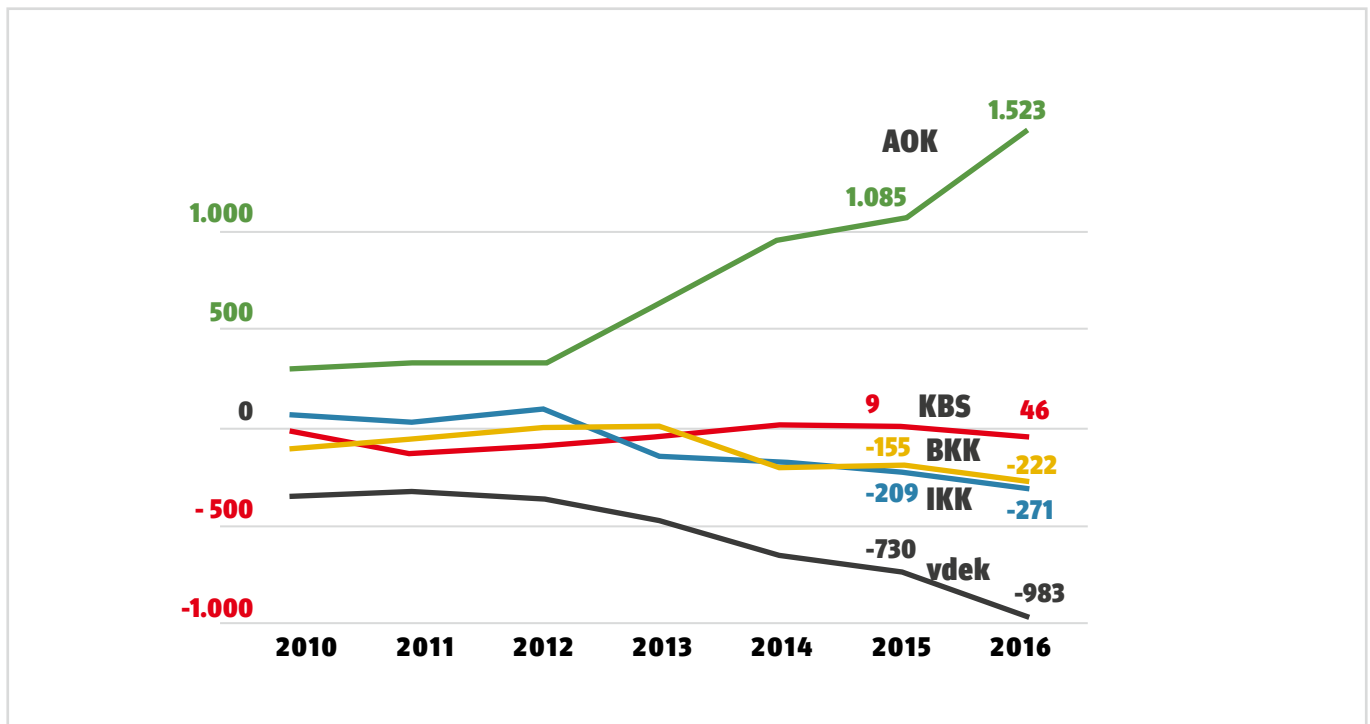
Quelle: Bundesversicherungsamt (2018d).

3. Bewertung der Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens

Aufgrund der zunehmend öffentlich thematisierten Debatte zur ungleichen Verteilung von Unter- und Überdeckung zugunsten der Allgemeinen Ortskrankenkassen widmete sich der wissenschaftliche Beirat dieser Dimension dennoch innerhalb seines Sondergutachtens aus dem Jahr 2017.

Hierzu analysierte der Beirat die absoluten Deckungssituationen auf Kassenartenebene anhand der standardisierten Leistungsausgaben, wobei er sich insbesondere auf den Zeitraum 2012 – 2015 fokussierte (vgl. Abbildung 8).

ABBILDUNG 8: ENTWICKLUNG DER ABSOLUTEN ÜBER- UND UNTERDECKUNGEN DER BERÜCKSICHTIGUNGSFÄHIGEN LEISTUNGSAusGABEN AUF KASSENARTENEbene (2009 - 2016)



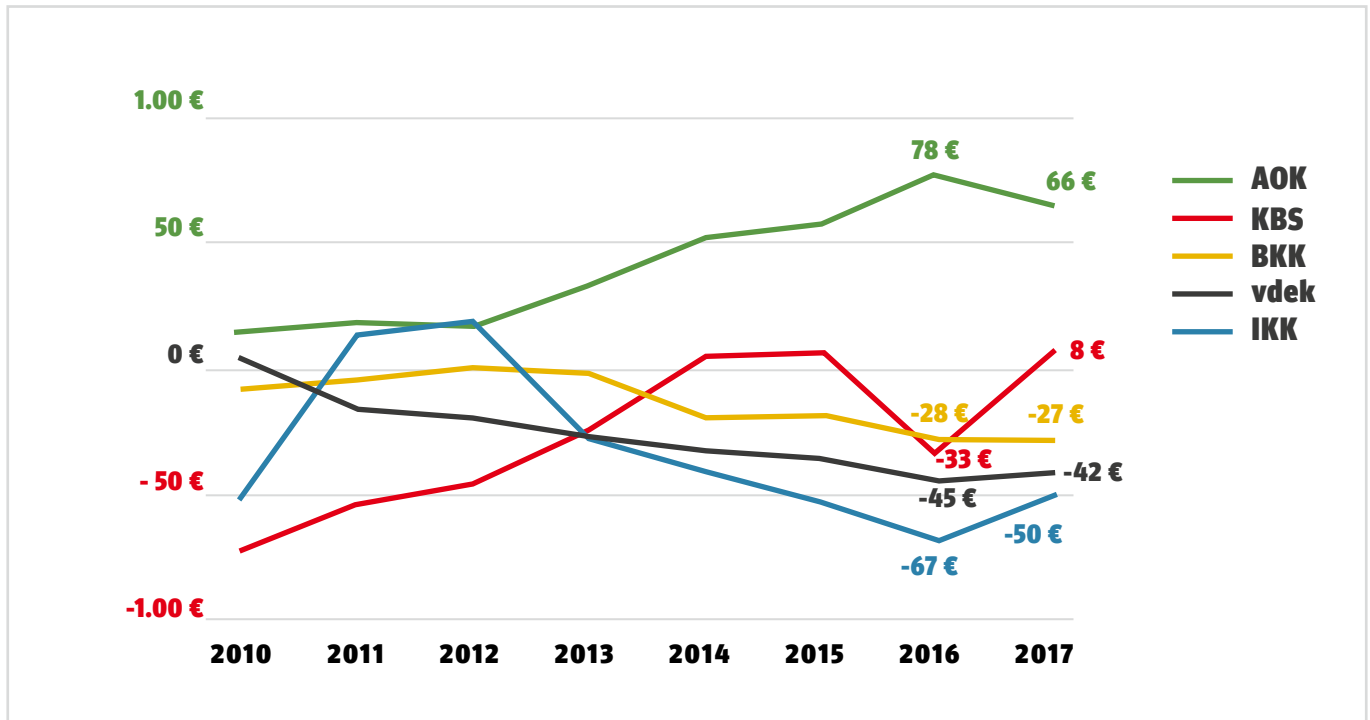
Quelle: Bundesversicherungsamt (2018d).

Anhand dieser Darstellung lässt sich ableiten, dass sich innerhalb des Betrachtungszeitraums 2012 – 2016 die Überdeckung der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKs) zunehmend erhöht, und sich die Unterdeckung der Betriebs- (BKK), Ersatz- (vertreten durch den vdek) und Innungskrankenkassen (IKK) zunehmend verschlechtert hat. Eine mögliche Begründung hierfür sieht der wissenschaftliche Beirat in vergangenen systemischen Veränderungen des Morbi-RSAs, wie beispielsweise die Annualisierung der Sterbefälle ab dem Ausgleichsjahr 2013. Da die Versicherten- bzw. Mitgliederanzahl der jeweiligen Krankenkassenarten die

Ergebnisse der Morbi-RSA-Beurteilung beeinflusst, müssen die bisherigen Darstellungen innerhalb dieses Kapitels dahingehend relativiert werden, dass die Ergebnisse in Abhängigkeit von den Versichertenjahren der jeweiligen Kassenart durchaus abweichen können. So weist Abbildung 9 die Entwicklung der mittleren Deckungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben je Mitglied und Kassenart zwischen 2009 und 2017 aus.

3. Bewertung der Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens

ABBILDUNG 9: ENTWICKLUNG DER MITTLEREN DECKUNGSBEITRÄGE FÜR BERÜCKSICHTIGUNGSFÄHIGE LEISTUNGS-AUSGABEN JE MITGLIED AUF KRANKENKASSEN-ARTENEBENE (2009 BIS 2017)



Quelle: Bundesversicherungsamt (2018d).

Innerhalb einer Vergleichsbetrachtung der Abbildungen 8 und 9 wird deutlich, dass neben den Allgemeinen Ortskrankenkassen auch die Knappschaft Bahn See einen positiven mittleren Deckungsbeitrag ausweist, während die Darstellung in Abbildung 8 diesen kaum erkennen lässt. Insbesondere die Entwicklungen der Deckungssituation von Betriebs-, Ersatz- und Innungskrankenkassen weicht innerhalb der Abbildungen 8 und 9 deutlich voneinander ab. Der Einbezug der vorläufigen Ergebnisse für das Ausgleichsjahr 2017 macht deutlich, dass sich die Abstände der Deckungsbeträge zwischen den Krankenkassenarten in diesem Jahr erstmals verringert haben. Inwiefern auch

mittelfristig von einer Trendumkehr gesprochen werden kann, ist aktuell nicht zu bewerten.

Der wissenschaftliche Beirat stellte in seinem Sondergutachten fest, dass die Schere von Unter- und Überdeckungen zwischen den einzelnen Kassenarten im Vergleich zu 2009 (Differenz von etwa 2,8 %) bis zum Ausgleichsjahr 2015 lediglich geringfügig auf 3,0 % angestiegen ist. In diesem Kontext wies der Beirat zudem darauf hin, dass neben weiteren Faktoren die Deckungsquoten und -beiträge der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben die Beitragsätze der Krankenkassen beeinflussen, diese Effekte auf Kassenartenebene allerdings nicht ausreichend abbildbar sind (vgl. Drösler et al., 2017).

Auf Ebene der Kassenarten hat sich deren Deckungssituation in den vergangenen Jahren konstant auseinanderentwickelt, wobei sich die Abstände zwischen den Kassenarten 2017 erstmals wieder verringern. Auf Grundlage dieser Betrachtung hat sich die Leistungsfähigkeit des Morbi-RSA auf der Kassenartenebene im Vergleich zum Einführungsjahr 2009 verschlechtert.

3.5 Sichtweise der beteiligten Akteure auf die Leistungsfähigkeit des aktuellen Verfahrens

Die Leistungsfähigkeit des Morbi-RSAs sowie dessen verschiedene Wirkungsebenen werden durch die beteiligten Akteure sehr unterschiedlich bewertet, weshalb deren divergierende Standpunkte und Sichtweisen im Folgenden dargestellt werden.

Wissenschaftler Beirat beim BVA

Der wissenschaftliche Beirat misst der Individualebene sowie den Versichertengruppen eine zentrale Bedeutung bei der Bewertung der Leistungsfähigkeit des Morbi-RSA bei. Demnach sinken mit zunehmender Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf diesen Ebenen die krankheitsrisikobedingten Wettbewerbsverzerrungen, während eine Reduktion von Deckungsunterschieden auf Krankenkassen- und Krankenkassenartenebene „nicht per se [zu einer] Verbesserung der Funktionsfähigkeit der GKV-Finanzarchitektur“ (Drösler u. a., 2017) führt.

Bundesversicherungsamt

Das BVA schätzt die Wirkungsbereiche Individual-, Versichertengruppen- und Krankenkassenebene als aussagefähig ein, um die Zielgenauigkeit des jetzigen Morbi-RSAs bewerten zu können. Die Krankenkassenart sieht das BVA als nicht relevante Einheit an (vgl. Demme, 2018).

AOK-Bundesverband

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen schließen sich den Einschätzungen des wissenschaftlichen Beirates gemäß eines im September 2018 veröffentlichten Positionspapiers in vollem Umfang an. In diesem führt der AOK-Bundesverband die Kritik an den Ergebnissen der vom wissenschaftlichen Beirat erstellten Gutachten zudem auf enttäuschte bzw. nicht ausreichend erfüllte Partikularinteressen zurück (vgl. AOK-Bundesverband, 2018).

BKK-Dachverband

Nach Ansicht der Betriebskrankenkassen ist für eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Morbi-RSAs neben der Betrachtung der Versichertenebene auch auf die Krankenkassen- und Krankenkassenartenebene zu achten, da hier eine zunehmende Schiefelage in den Deckungsbeiträgen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

differenziert nach Kassenarten zu verzeichnen ist. Hierbei stellt der BKK-Dachverband besonders eine Kassenart mit deutlicher Überdeckung heraus, während die übrigen Kassenarten deutlich zu wenige Zuweisungen zur Deckung ihrer Leistungsausgaben erhalten. Dies hat zwangsläufig Einfluss auf die Zusatzbeiträge jeder Krankenkasse und somit auf den Krankenkassenwettbewerb, so der Dachverband (vgl. BKK-Dachverband, 2017).

Verband der Ersatzkassen

Die Ersatzkassen stellen insbesondere eine systematische Benachteiligung von Krankenkassen und Krankenkassenarten (Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) durch den jetzigen Morbi-RSA in den Vordergrund ihrer Kritik und schließen sich dem Standpunkt des BKK-Dachverbandes an (vgl. vdek, 2018).

IKK e.V.

Auch die Innungskrankenkassen teilen die Sichtweisen von BKK-Dachverband und Ersatzkassen. In einer gemeinsamen Pressemitteilung stellten sie als Ziel der Morbi-RSA-Reform die Schaffung eines fairen Krankenkassenwettbewerbs in den Vordergrund und argumentierten insbesondere auf Kassen- und Kassenartenebene. Zudem werden in der Pressemitteilung die unterschiedlichen Deckungssituationen ausgewählter Versichertengruppen sowie der damit einhergehende Reformbedarf thematisiert (vgl. vdek et al., 2018).

4. Bewertungskriterien für einen funktionalen Risikostrukturausgleich

In der wissenschaftlichen Fachliteratur werden umfangreiche und differenzierte Anforderungen an den Aufbau und die funktionale Ausgestaltung eines Risikostrukturausgleiches gestellt. Dessen unbestrittenes Ziel liegt in der Wahrung eines solidarischen und effizienten Gesundheitssystems mit qualitativ hochwertiger Versorgung (vgl. die kritische Diskussion in Ash et al., 2000; Ellis, Martins & Rose, 2017; Kautter et al., 2014; Van Veen, Van Kleef, Van De Ven & Van Vliet, 2015; Van de Ven & Ellis, 2000) health insurers, sickness funds or HMOs. Im Fokus der internationalen Debatte steht für Risikostrukturausgleiche ein Zielkonflikt zwischen Effizienz, Fairness und Machbarkeit eines Risikostrukturausgleiches (Ellis u. a., 2017). Dabei wird unter Effizienz vor allem die Vermeidung von Risikoselektion verstanden. Ergänzend kommen Anreize gegen Heilung oder Prävention, Anreize zur Kostensteuerung und die Vermeidung einer sektoralen Diskriminierung hinzu. Unter Fairness wird der solidarische Aspekt der Versorgung verstanden, der einen möglichst gleichen Zugang zur Versorgung für alle Versicherten fördern soll. Machbarkeit spiegelt die Praktikabilität und Komplexität des Verfahrens wider (Ellis u. a., 2017).

Auch in der deutschen Diskussion wird zum Teil mit umfangreichen Anforderungen zur Bewertung des deutschen Risikostrukturausgleichs operiert. So entwerfen Dietzel et al. (2015) einen insgesamt sieben Kriterien umfassenden Katalog, der neben den Kriterien der Vermeidung von Risikoselektion und Prognosequalität des Ausgleichsverfahrens auch die Manipulationsresistenz, die Messbarkeit und Kontrollierbarkeit der Ausgleichsfaktoren, die Verwaltungseffizienz des Verfahrens, seine Transparenz sowie die Versorgungsneutralität der wirkenden Regelungen zur Bewertung der Funktionalität des Risikostrukturausgleichs heranziehen (Dietzel, Neumann, Glaeske, & Greiner, 2015).

Für den im folgenden Kapitel erstellten Überblick über die Wirkungen der aktuell in der Diskussion befindlichen Reformvorschläge zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wurde auf einen Kriterienkatalog zurückgegriffen, der versucht, die sowohl in der Literatur als auch in den gesetzlichen Grundlagen des deutschen Ausgleichssystems befindlichen Argumentationsmuster zu systematisieren. Dabei wurde auf insgesamt fünf Bewertungskriterien zurückgegriffen, die im Folgenden näher erläutert werden.

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Der Risikostrukturausgleich wurde konzipiert, um gleiche Ausgabenrisiken für alle Versicherten zu simulieren und so für gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen zu sorgen. Die Fähigkeit des Ausgleichsverfahrens, Anreize zur Risikoselektion zu verringern, wird üblicherweise anhand der Zielgenauigkeit auf der individuellen Versichertenebene bestimmt. Dafür wird vor allem die Entwicklung von R^2 , CPM und MAPE betrachtet, mithilfe welcher die Zielgenauigkeit der durch das Verfahren erzeugten Zuweisungen gemessen werden kann (vgl. Kapitel 3.1). Es wird davon ausgegangen, dass eine Verbesserung der betrachteten Maßzahlen mit einer Verringerung der Anreize zur Risikoselektion einhergeht. Weiterhin wird auch die Betrachtung besonders verletzlicher oder einfach durch die Krankenkassen identifizierbarer Versichertengruppen zur Bewertung der Risikoselektionsanreize herangezogen (vgl. Kapitel 3.2). Dabei wird davon ausgegangen, dass eine möglichst 100-prozentige Deckung der Ausgaben solcher Versichertengruppen die Anreize zur Risikoselektion minimiert.

Gemäß diesem Bewertungskriterium zeichnet sich ein funktionaler Risikostrukturausgleich also durch eine besonders hohe Zielgenauigkeit auf der individuellen Versichertenebene und der Ebene von bestimmten, durch die Krankenkassen identifizierbaren Versichertengruppen aus.

4. Bewertungskriterien für einen funktionalen Risikostrukturausgleich

Verringerung von Manipulationsanreizen

Die Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Datengrundlagen des Morbi-RSAs waren in der Vergangenheit Gegenstand einer intensiven Debatte, in der deutlich wurde, dass in der Vergangenheit weitreichende Maßnahmen von Seiten der Krankenkassen ergriffen wurden, um Einfluss auf die in das Ausgleichsverfahren einfließenden Morbiditätsinformationen zu nehmen (Berndt & Naperkowski, 2018). Insbesondere an der Aussagekraft ambulanter Diagnosen wurde aufgrund ihrer fehlenden direkten Abrechnungsrelevanz Zweifel geäußert (Dietzel u. a., 2015). Daher wird postuliert, dass eine stärkere Fokussierung auf für Krankenkassen unbeeinflussbare Versichertenmerkmale (z.B. Alter- und Geschlecht) die Manipulationsresistenz des Ausgleichsverfahrens stärkt. Je mehr Zuweisungen anhand solcher Merkmale verteilt werden, umso geringer sind die Anreize zur direkten oder indirekten Manipulation der Datengrundlagen.

Alternativ können Manipulationsanreize auch durch die Verwendung von Kombinationen mehrerer Datenquellen verringert werden, um bestehende beeinflussbare Informationen durch eine zweite Informationsquelle zu validieren. Gemäß diesem Bewertungskriterium zeichnet sich ein funktionaler Risikostrukturausgleich also durch eine größtmögliche Verteilung nach Zuweisungskriterien aus, die nicht oder nur durch unwirtschaftlich hohen Aufwand durch die Krankenkassen zu beeinflussen sind.

Wettbewerbswirkung

Der Risikostrukturausgleich wurde konzipiert, um für gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen den Krankenkassen zu sorgen. Inwieweit dies erreicht wird, kann anhand der Wirkung des Ausgleichsverfahrens auf Krankenkassenebene bewertet werden. Dazu werden die Deckungsquoten und Deckungsbeträge von unterschiedlichen Kassentypen in Abhängigkeit von Größe und Morbidität der Versicherten miteinander verglichen (vgl. Kapitel 3.3). Damit soll sichergestellt werden, dass nur wettbewerbsrelevante Merkmale zu Deckungsunterschieden führen. Allzu große Deckungsunterschiede zwischen den Krankenkassen werden daher von verschiedener Seite als Zeichen für eine Fehlsteuerung des Ausgleichssystems interpretiert. Die Kennzahlen zur Messung der Zielgenauigkeit auf Krankenkassenebene liegen dabei sowohl in ungewichteter, also ohne Berücksichtigung der Kassengröße erhobener Weise vor als auch als gewichtetes Maß der Zielgenauigkeit, dass die Versichertenzahlen der berücksichtigten Krankenkassen als Gewichtungsfaktor

benutzt. Grundsätzlich ist dabei die gewichtete Maßzahl zu bevorzugen, da sie eine stärkere Aussagekraft für die Wirkung auf den Gesamtwettbewerbsrahmen hat.

Einen Sonderfall dieser Betrachtung bildet die Bewertung der Deckungssituation von Kassenarten (vgl. Kapitel 3.4). Dabei wird betrachtet, inwieweit die Kassenarten als Gruppe aller Kassen eines bestimmten Trägertyps Über- und Unterdeckungen aufweisen. Gleichzeitig entstehen unterschiedliche Deckungsquoten aber auch durch Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen. Je günstiger eine Krankenkasse die Versorgung ihrer Versicherten organisieren kann, umso größer sind ihre Überschüsse, die zur Senkung ihres Beitragssatzes eingesetzt werden können. Dies ist ein ausdrücklich erwünschter Effekt, der die Grundlage für einen funktionierenden Preiswettbewerb der Krankenkassen bildet.

Gemäß diesem Bewertungskriterium zeichnet sich ein funktionaler Risikostrukturausgleich also durch eine möglichst hohe Zielgenauigkeit auf der Ebene der Krankenkassen und Kassenarten aus, gleichzeitig sind aber möglichst hohe Anreize zur Wirtschaftlichkeit zu erhalten.

Versorgungsneutralität

Der Risikostrukturausgleich soll die Wettbewerbschancen aller Krankenkassen vereinheitlichen, gleichzeitig darf er aber keine Anreize für eine bestimmte Art der Versorgung setzen. Da Versorgung auf unterschiedlichen Wegen (z.B. ambulant oder stationär), aber auch mit unterschiedlichen Zielen (präventiv, kurativ, rehabilitierend) und über unterschiedliche Vertragskonstruktionen stattfindet und darauf aufbauend unterschiedliche Arten von Morbiditätsinformationen über die Versicherten liefert, ist ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich so auszugestalten, dass der Ausgleich für die Morbidität der Versicherten unabhängig vom eigentlichen Versorgungspfad in vergleichbarer Höhe erfolgt.

Einen Sonderfall bildet hierbei die Versorgung der Versicherten mit Präventionsmaßnahmen, deren Attraktivität aufgrund der Morbiditätsorientierung des Systems zunächst grundsätzlich in Frage steht (Drösler u. a., 2017, S. 501). Verschiedentlich wird daher eine gesonderte Förderung von Präventionsmaßnahmen gefordert.

Gemäß diesem Bewertungskriterium zeichnet sich ein funktionaler Risikostrukturausgleich also durch eine gleichmäßige Berücksichtigung der Morbiditätsinformationen aller Versorgungsformen aus und erhält gleichzeitig Anreize zur Vermeidung von Erkrankungen durch Prävention.

4. Bewertungskriterien für einen funktionalen Risikostrukturausgleich

Effizienz des Verfahrens

Für die Erhebung und Verarbeitung von Daten, die für den Risikostrukturausgleich verwendet werden, entstehen den Krankenkassen, dem Bundesversicherungsamt als durchführender Behörde sowie den Prüf- und Aufsichtsbehörden Verwaltungsaufwände. Mit Blick auf das Gebot der Datensparsamkeit und die Wirtschaftlichkeit des Verfahrens werden daher grundsätzlich schlanke Prozesse mit wenig zusätzlich zu erhebenden Daten bevorzugt. Für zusätzlich zu erhebende Daten ist gewöhnlich auch eine zusätzliche Prüfung dieser Daten notwendig, sodass auch diese Kosten zu bedenken sind.

Zusätzlich werden unter diesem Kriterium auch die Komplexität und Transparenz des Ausgleichsystems betrachtet.

Je einfacher und transparenter ein Verwaltungsverfahren aufgebaut ist, umso eher sind auch seine Ergebnisse abzuschätzen und umso größer ist bei den betroffenen Krankenkassen die Akzeptanz für den Risikostrukturausgleich insgesamt. Dem wird entgegengehalten, dass gerade neue Informationstechnologien den Aufwand beherrschbar machen und die Transparenz vergrößern können, ohne die Anzahl berücksichtigter Merkmale verringern zu müssen. Gemäß diesem Bewertungskriterium zeichnet sich ein funktionaler Risikostrukturausgleich also durch ein einfaches, transparentes Verfahren aus, das mit möglichst wenig zusätzlich zu erhebenden Daten und wenig zusätzlichem Prüfaufwand auskommt.

Die Bewertung der in der Diskussion befindlichen Argumente erfolgt im Rahmen eines Plus-Minus-Schemas. Ein Plus steht dabei für die Verbesserung der Funktionalität des RSA entsprechend der Anforderungen des Bewertungskriteriums, ein Minus für eine Verschlechterung der Funktionalität. Eine Null („0“) bedeutet, dass der Reformvorschlag keinen Einfluss auf die Funktionalität gemäß den Anforderungen des Bewertungskriteriums hat.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Gewichtung der Bewertungskriterien zueinander von den beteiligten Akteuren sehr unterschiedlich vorgenommen wird. Im Kern ist der Streit um die zu-künftige Ausgestaltung des Morbi-RSA daher auch ein Streit darum, an welchen Zielen eine optimale Ausgestaltung gemessen werden soll. Im folgenden Kapitel werden alle Bewertungskriterien gleichberechtigt nebeneinander aufgeführt, die Reihenfolge enthält keine Wertung.

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

5.1 Abschaffung der Krankheitsauswahl (Vollmodell)

Das derzeitige Morbi-RSA-Modell basiert auf einem eingeschränkten Morbiditätsspektrum, innerhalb welchem 50 bis 80 Erkrankungen gesondert berücksichtigt werden (Krankheitsauswahl), während die übrigen Krankheiten mithilfe von Parametern wie Alter und Geschlecht ausgeglichen werden. Dieses Vorgehen der Krankheitsauswahl war durch den Gesetzgeber ursprünglich als Übergangsregelung eingeführt worden, um eine höhere Kalkulationssicherheit

für die Krankenkassen im Rahmen der Umstellungsphase ab dem Jahr 2009 erreichen zu können und Verwerfungen zu verhindern. Aufgrund der mit der Krankheitsauswahl verbundenen signifikanten Transaktionskosten sowie des damit in Verbindung stehenden hohen Konfliktpotenzials untersuchte der wissenschaftliche Beirat im Jahr 2017 die Auswirkungen und Umsetzbarkeit einer vollständigen Abschaffung der bisherigen Krankheitsauswahl (vgl. Drösler et al., 2017).

Erwartete Effekte durch die Abschaffung der Krankheitsauswahl

Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulations-anreize	Wettbewerbs-wirkung	Versorgungs-neutralität	Verfahrenseffizienz
+	unklar	+	-	-

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Die Berechnungen des Wissenschaftlichen Beirats zeigen, dass eine Abschaffung der Krankheitsauswahl die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für den einzelnen Versicherten verbessern kann, weil grundsätzlich alle Krankheiten berücksichtigt werden. Die Verbesserungen bewegen sich dabei auf einem Niveau von 0,45 % für das R2 (von 24,63 % auf 25,08 %) bis 1,01 % im CPM (von 23,94% auf 24,95%) (vgl. Drösler et al., 2017). Es wird angenommen, dass sich darüber hinaus bei weiterer Ausarbeitung eines solchen Vollmodells noch größere Verbesserungen der Zielgenauigkeit erreichen lassen.

Verringerung von Manipulationsanreizen

Der Wissenschaftliche Beirat argumentiert in seinem Sondergutachten, dass durch die Abschaffung der Krankheitsauswahl und die Einführung eines Vollmodells keine Steigerung der Manipulationsanreize zu erwarten sei. Seiner Erwartung nach wird sich die Manipulation einzelner Diagnosen weniger lohnen, da die Zuweisungen für einzelne Krankheiten eher abnehmen. Andererseits wird argumentiert, dass durch die Ausweitung des Ausgleichsverfahrens auf alle Krankheiten auch jede neue bzw. schwerwiegendere Diagnose zukünftig potenziell höhere Zuweisungen mit sich bringt.

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

Wettbewerbswirkung

Im Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats werden keine Auswirkungen auf die Kassenarten dargestellt. Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Kassenebene verbessert sich. Das Bundesversicherungsamt hat im Rahmen einer Präsentation dargestellt, dass sowohl die Ersatzkassen als auch die Betriebs- und Innungskrankenkassen von einem Vollmodell profitieren, während die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) Zuweisungen verlieren. Es ist allerdings nicht klar, in welcher Größenordnung diese Effekte wirken oder für welches Vollmodell sie genau berechnet wurden (vgl. Bundesversicherungsamt, 2018b).

Versorgungsneutralität

Eine Abschaffung der Krankheitsauswahl hat keine direkten Auswirkungen auf die wirtschaftliche Attraktivität von

Behandlungen in einem bestimmten Sektor. Es wird allerdings argumentiert, dass Prävention durch die Ausweitung des Ausgleichsverfahrens auf alle Krankheiten auch für solche Erkrankungen unattraktiv wird, die heute noch nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Effizienz des Verfahrens

Durch die Abschaffung der Krankheitsauswahl und die Einführung eines Vollmodells wird die Komplexität des RSA-Verfahrens weiter zunehmen. Das vom Wissenschaftlichen Beirat berechnete Vollmodell beinhaltet allein 936 unterschiedliche Morbiditätszuschläge (192 im Status quo) und benötigt eine weitere Ausdifferenzierung, um sein Potential bei der Verbesserung der Zielgenauigkeit zu erschließen. Gleichzeitig würden die Verfahrensaufwände für die Krankheitsauswahl entfallen.

Akteur	Position zur Abschaffung der Krankheitsauswahl
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	Zustimmung
Bundesversicherungsamt (BVA)	Zustimmung
AOK-Bundesverband	Zustimmung
BKK-Dachverband	Ablehnung
IKK e.V.	Ablehnung
Verband der Ersatzkassen	Ablehnung

5.2 Umgestaltung der Krankheitsauswahl, insbesondere die Prävalenzgewichtung von Krankheiten mit der Logarithmusfunktion

Gemäß § 268 Abs. 1 Nr. 5 SGB V werden im Zuge der Krankheitsauswahl „50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde“ (Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 268 Abs. 1 Nr. 5 Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, 2019) gelegt. Hierzu definiert das BVA jährlich zum 30. September die 50 bis 80 Krankheiten für das kommende Ausgleichsjahr, sodass anhand von Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffcodes Risikogruppen zur Versichertenklassifikation gebildet werden können.

Innerhalb der Krankheitsauswahl wurde durch das Bundesversicherungsamt eine Entscheidung bezüglich der Ausgestaltung der Prävalenzgewichtung zur Definition der berücksichtigungsfähigen Erkrankungen getroffen, indem dafür die Wurzelfunktion verwendet wird. Hierbei steht die Frage im Mittelpunkt, ob im Einzelfall sehr kostenintensive Krankheiten oder eher Erkrankungen, die aufgrund ihres häufigen Auftretens eine große Bedeutung für das Versorgungsgeschehen haben, stärker zu berücksichtigen sind. Mithilfe unterschiedlicher Gewichtungsansätze der Prävalenz kann das Verfahren der Krankheitsauswahl in die eine oder andere Richtung beeinflusst werden. Verwendet

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

man zur Prävalenzgewichtung statt der Wurzelfunktion eine Logarithmusfunktion, so werden tendenziell eher die im Einzelfall kostenintensiven, seltenen Erkrankungen ausgewählt (vgl. Drösler et al., 2017).

Erwartete Effekte durch die Umgestaltung der Krankheitsauswahl

Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulations-anreize	Wettbewerbs-wirkung	Versorgungs-neutralität	Verfahrens-effizienz
-	+	+	+	0

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Die Berechnungen des Wissenschaftlichen Beirats zeigen, dass eine Modifikation der Krankheitsauswahl im oben dargestellten Sinne die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für den einzelnen Versicherten verschlechtert, weil insgesamt weniger Versicherte mit ausgabenrelevanten Erkrankungen aufgegriffen werden. Insbesondere Versicherte ohne Krankheiten werden stärker überdeckt (vgl. Drösler et al., 2017). Andererseits wird argumentiert, dass eine Anpassung der Krankheitsauswahl dazu führen würde, dass seltene Krankheiten mit hohen Kosten besser ausgeglichen werden, so dass die Anreize zur Risikoselektion für die betroffenen Patienten sinken.

Verringerung von Manipulationsanreizen

Eine verminderte Berücksichtigung von Volkserkrankungen führt dazu, dass die Dokumentation dieser Erkrankungen für die Krankenkassen nicht mehr mit Mehreinnahmen verbunden ist. Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung sind daher weniger lohnend.

Wettbewerbswirkung

Im Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats werden keine Auswirkungen auf die Kassenarten dargestellt. Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Kassenebene ist uneindeutig: Wenn alle Kassen gleich betrachtet werden, sinkt sie. Wird allerdings die Kassengröße mit einbezogen, so steigt sie. Durch den Vorschlag werden also vor allem die Zuweisungen unter großen Kassen gleichmäßiger verteilt (Drösler u. a., 2017, S. 273).

Versorgungsneutralität

Eine Umgestaltung der Krankheitsauswahl hat keine direkten Auswirkungen auf die wirtschaftliche Attraktivität von Behandlungen in einem bestimmten Sektor. Es wird allerdings argumentiert, dass durch die geringere Berücksichtigung von Volkskrankheiten, die Prävention für solche Erkrankungen attraktiver gemacht wird, da den Krankenkassen bei erfolgreicher Prävention keine Einnahmen verloren gehen.

Effizienz des Verfahrens

Eine Umgestaltung der Krankheitsauswahl hat vermutlich keinen Einfluss auf die Effizienz des Verfahrens.

Akteur	Position zur Umgestaltung der Krankheitsauswahl
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	Ablehnung
Bundesversicherungsamt (BVA)	Ablehnung
AOK-Bundesverband	Ablehnung
BKK-Dachverband	Zustimmung
IKK e.V.	Zustimmung
Verband der Ersatzkassen	Zustimmung

5.3 Abschaffung der Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern

Die Verwendung der Erwerbsminderungsgruppen (EMGs) zur Klassifizierung von Versicherten und der damit verbundenen Risikostruktur von Krankenkassen wurde in den vergangenen Jahren kontrovers diskutiert. Als Argument für die

Abschaffung der EMGs wurde u.a. aufgeführt, dass es sich um einen Parameter zur indirekten Morbiditätsmessung handle, welcher aufgrund des direkten Morbiditätsbezugs des Morbi-RSAs seine Berechtigung verloren habe.

Erwartete Effekte durch die Abschaffung der Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern

Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulationsanreize	Wettbewerbswirkung	Versorgungsneutralität	Verfahrenseffizienz
-	-	+	0	0

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Es wird argumentiert, dass die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus im Ausgleichsverfahren eine Doppelberücksichtigung der damit verbundenen Morbidität darstellt, weil zugleich auch Morbiditätszuschläge vergeben werden. Den Berechnungen des Wissenschaftlichen Beirats zufolge hat die Streichung der Berücksichtigung des Merkmals „Erwerbsminderungsrente“ eine geringe Verschlechterung der allgemeinen Zielgenauigkeit zur Folge. Wichtiger ist aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats aber die Wirkung auf die Deckungsbeiträge der Erwerbsminderungsrentner. Diese sinken bei einer Abschaffung stark ab (bis auf eine Unterdeckung von -1.448 €), woraus sich Anreize zur Risikoselektion ergeben (vgl. Drösler et al., 2017).

Verringerung von Manipulationsanreizen

Der Status als Erwerbsminderungsrentner ist ein sehr manipulationssicheres Kriterium. Eine Nicht-Berücksichtigung des EMR-Status wird dazu führen, dass mehr Zuweisungen über Morbidität fließen, die mithilfe der eher manipulationsanfälligen ambulanten und stationären Diagnosen gemessen wird. Dadurch wird das System insgesamt manipulationsanfälliger.

Wettbewerbswirkung

Im Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats werden keine Auswirkungen auf die Kassenarten dargestellt. Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Kassenebene ist uneindeutig: Wenn alle Kassen gleich betrachtet werden, sinkt die Zielgenauigkeit auf Kassenebene. Wird allerdings die Kassengröße miteinbezogen, so steigt die Zielgenauigkeit. Durch den Vorschlag werden also vor allem die Zuweisungen unter großen Kassen gleichmäßiger verteilt (vgl. Drösler et al., 2017).

Versorgungsneutralität

Eine Abschaffung der Berücksichtigung des Merkmals „Erwerbsminderungsrente“ hat keine direkten Auswirkungen auf die wirtschaftliche Attraktivität von Behandlungen in einem bestimmten Sektor.

Effizienz des Verfahrens

Durch die Streichung der Berücksichtigung des Merkmals „Erwerbsminderungsrentner“ würde die gesonderte Berücksichtigung dieser Gruppe entfallen. Für die Krankenkassen würde damit die Meldepflicht für dieses Merkmal entfallen, nicht aber die Erhebung und Pflege innerhalb der Versichertenbestände. Im aktuellen Verfahren gibt es sechs EMG-Zuschlagsgruppen, die bei einer Nicht-Berücksichtigung des Merkmals ersatzlos entfallen.

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

Akteur	Position zur Abschaffung der Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	Ablehnung
Bundesversicherungsamt (BVA)	Ablehnung
AOK-Bundesverband	Ablehnung
BKK-Dachverband	Zustimmung
IKK e.V.	Zustimmung
Verband der Ersatzkassen	Zustimmung

5.4 Umgestaltung der Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt vor, die Informationen über Erwerbsminderung dazu zu nutzen, die Schweregrade von Morbidität genauer zu bestimmen. Dem liegt die Erwartung zugrunde, dass Erwerbsminderungsrentner höhere Folgekosten für eine Erkrankung aufweisen als Erkrankte ohne Erwerbsminderungsstatus. Der Vorschlag sieht vor,

dass ein Extra-Zuschlag vergeben wird, wenn der EMR-Status vorhanden ist und gleichzeitig mindestens ein Zuschlag in einer der Krankheitshierarchien des Morbi-RSAs vorliegt. Dieser Extra-Zuschlag soll auf maximal einen Zuschlag begrenzt und nach Alter gestaffelt werden (vgl. Drösler et al., 2017).

Erwartete Effekte durch Umgestaltung der Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern				
Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulations-anreize	Wettbewerbs-wirkung	Versorgungs-neutralität	Verfahrens-effizienz
+	+	+	0	-

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Den Berechnungen des Wissenschaftlichen Beirats zufolge hat die Umgestaltung der Berücksichtigung des Merkmals „Erwerbsminderungsrente“ in einen EMR-basierten Schweregradzuschlag eine leichte Verbesserung der allgemeinen Zielgenauigkeit zur Folge. Wichtiger ist aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats aber die Wirkung auf die Deckungsbeiträge der Erwerbsminderungsrentner. Diese werden im Vergleich zum aktuellen Verfahren minimal verbessert (vgl. Drösler et al., 2017).

Verringerung von Manipulationsanreizen

Der Status als Erwerbsminderungsrentner ist ein sehr manipulationssicheres Kriterium. Eine stärkere Berücksichtigung

des EMR-Status wird dazu führen, dass das System weniger manipulationsanfällig wird, weil weniger Zuweisungen über ambulante und stationäre Diagnosen verteilt werden.

Wettbewerbswirkung

Im Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats werden keine Auswirkungen auf die Kassenarten dargestellt. Die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Kassenebene ist uneindeutig: Wenn alle Kassen gleich betrachtet werden, sinkt die Zielgenauigkeit auf Kassenebene. Wird allerdings die Kassengröße miteinbezogen, so steigt die Zielgenauigkeit. Durch den Vorschlag werden also vor allem die Zuweisungen unter großen Kassen gleichmäßiger verteilt (vgl. Drösler et al., 2017).

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

Versorgungsneutralität

Eine Umgestaltung der Berücksichtigung des Merkmals „Erwerbsminderungsrente“ hat keine direkten Auswirkungen auf die wirtschaftliche Attraktivität von Behandlungen in einem bestimmten Sektor.

Effizienz des Verfahrens

Die Simulationen des Wissenschaftlichen Beirats erhöht die Anzahl der Zuschlagsgruppen um weitere sieben EMG-Zuschlagsgruppen, so dass es insgesamt 13 EMG-bezogene Zuschlagsgruppen gibt.

Akteur	Position zur Umgestaltung der Berücksichtigung von Erwerbsminderungsrentnern
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	Zustimmung
Bundesversicherungsamt (BVA)	Zustimmung
AOK-Bundesverband	Zustimmung
BKK-Dachverband	Ablehnung
IKK e.V.	unklar
Verband der Ersatzkassen	Ablehnung

5.5 Abschaffung von DMP-Pauschalen

Die Streichung der Pauschalen im Zusammenhang mit „Disease-Management-Programmen“ zur strukturierten Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen wurde im Zuge der Verbesserung des Morbi-RSAs ebenfalls durch den wissenschaftlichen Beirat untersucht. Die Ergebnisse sind als nicht eindeutig zu bezeichnen, da aufgrund von Limitationen keine Daten auf Individualebene gemessen werden konnten und sich auf Krankenkassenebene lediglich geringfügige Kennzahlverbesserungen durch eine ersatzlose Streichung der DMP-Pauschalen ermitteln ließen. In seiner abschließenden Betrachtung zu diesem Reformansatz stellte der wissenschaftliche Beirat vielmehr heraus,

dass sich aus dieser Problematik versorgungspolitische Diskussionsbereiche ergeben. Der Beirat räumt in seinen Überlegungen ein, dass zwar der Gesetzgeber eine durch den Morbi-RSA gesonderte Förderung strukturierter Behandlungsprogramme als offenbar erforderlich erachte, hierbei jedoch eine Privilegierung spezieller Behandlungsformen für einzelne Erkrankungen erfolge. In diesem Kontext sei gemäß dem Beirat wissenschaftlich zu hinterfragen, weshalb diese Versorgungsform und nicht auch andere besondere Versorgungsformen gemäß § 140a SGB V gesondert zu fördern sind. Aus diesem Grund schätzt der Beirat die spezifische Förderung der DMP-Programme als kritisch ein (vgl. Drösler et al., 2017).

Erwartete Effekte durch die Abschaffung der DMP-Pauschalen				
Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulationsanreize	Wettbewerbswirkung	Versorgungsneutralität	Verfahrenseffizienz
unklar	-	+	+	+

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Da die DMP-Programmkostenpauschale kein Teil des Morbi-RSA-Klassifikationsmodells ist, hat ihre Streichung keinen Einfluss auf die Zielgenauigkeit des Modells. Eine Berechnung der Effekte auf Versichertenebene ist aufgrund fehlender Daten aktuell nicht möglich.

Verringerung von Manipulationsanreizen

Der Status als DMP-Teilnehmer ist ein sehr manipulations-sicheres Kriterium, das zudem einer sehr rigorosen Prüfung durch die Aufsichten im Rahmen der regulären Versichertenzeitenprüfung des RSA unterliegt. Bei Streichung der DMP-Programmkostenpauschale werden mehr Zuweisungen anhand der Morbidität der Versicherten verteilt, die mit Hilfe von manipulationsanfälligeren ambulanten und stationären Diagnosen gemessen wird.

Wettbewerbswirkung

Im Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats werden keine Auswirkungen auf die Kassenarten dargestellt. Die Wirkung der Streichung der DMP-Programmkostenpauschale auf die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Kassenebene ist uneindeutig: Wenn alle Kassen gleich betrachtet

werden, sinkt die Zielgenauigkeit auf Kassenebene. Wird allerdings die Kassengröße mit einbezogen, so steigt die Zielgenauigkeit. Durch den Vorschlag werden also vor allem die Zuweisungen unter großen Kassen gleichmäßiger verteilt (vgl. Drösler et al., 2017).

Versorgungsneutralität

Es wird argumentiert, dass die DMP-Programmkostenpauschale die Subventionierung einer speziellen Versorgungsform darstellt, wodurch andere Versorgungsformen grundlegend benachteiligt werden. Eine Streichung der Sonderförderung für die DMP-Teilnahme würde damit Versorgungsneutralität herstellen.

Demgegenüber wird argumentiert, dass es expliziter Wille des Gesetzgebers ist, die Teilnahme an DMP-Programmen zu fördern. Diesem Ziel dient die DMP-Programmkostenpauschale.

Effizienz des Verfahrens

Durch die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale würde die separate Erhebung durch die Krankenkassen und die Prüfung des DMP-Status durch die Aufsichten im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung entfallen.

Akteur	Position zur Abschaffung der DMP-Pauschalen
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	Zustimmung
Bundesversicherungsamt (BVA)	Zustimmung
AOK-Bundesverband	unklar
BKK-Dachverband	Zustimmung
IKK e.V.	unklar
Verband der Ersatzkassen	Zustimmung

5.6 Berücksichtigung von Multimorbidität

Die Ergebnisse des Kennzahlenbooklets bzgl. der Morbi-RSA-Jahresausgleiche 2014 und 2015 lösten eine rege Debatte hinsichtlich möglicher Überdeckungen einzelner Versichertengruppen aus. Der wissenschaftliche Beirat untersuchte im Zuge dessen die altersspezifische Verteilung der Deckungsquoten in Abhängigkeit von der HMG-Anzahl, wobei Überdeckungen zum einen bei gesunden, zum anderen bei stark multimorbiden Versicherten identifiziert worden.

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, untersuchte der wissenschaftliche Beirat die Wirkungsweise von sog. Altersinteraktionstermen auf die Zielgenauigkeit des Morbi-RSAs hinsichtlich der Multimorbidität anhand dreier Alternativmodelle. Innerhalb dieser erfolgte neben der klassischen HMG-Zuordnung eine Erweiterung jeder HMG um eine KHMG (für Kinder- und Jugendliche) sowie eine OHMG (für Versicherte > 65 Jahre) (vgl. Drösler et al., 2017).

Erwartete Effekte durch die Berücksichtigung von Multimorbidität

Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulations-anreize	Wettbewerbs-wirkung	Versorgungs-neutralität	Verfahrens-effizienz
+	+	+	0	-

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Die Einführung von Interaktionstermen verbessert die Zielgenauigkeit des Verfahrens, da insbesondere jüngere Versicherte besser ausgeglichen werden. Auch die Überdeckung multimorbider Versicherter wird reduziert (vgl. Drösler et al., 2017).

Verringerung von Manipulationsanreizen

Die stärkere Berücksichtigung des Alters bei den krankheitsbezogenen Zuweisungen verbessert die Manipulationsresistenz des Verfahrens, da das Alter ein sehr manipulationssicheres Versichertenmerkmal darstellt.

Wettbewerbswirkung

Im Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats werden keine Auswirkungen auf die Kassenarten dargestellt.

Die Wirkung der Einführung von Interaktionstermen von Alter und Morbidität verbessert die Zielgenauigkeit auf der Kassenebene, weil die mittleren Über- und Unterdeckungen reduziert werden (vgl. Drösler et al., 2017).

Versorgungsneutralität

Die Einführung von Interaktionstermen zur verbesserten Berücksichtigung von Multimorbidität hat keine direkten Auswirkungen auf die wirtschaftliche Attraktivität von Behandlungen in einem bestimmten Sektor.

Effizienz des Verfahrens

Die Komplexität des Morbi-RSA-Klassifikationsmodells wird durch die Einführung von Interaktionstermen erheblich zunehmen, die Anzahl der Zuschlagsgruppen wird von aktuell 240 auf maximal 602 Gruppen im Extremfall mehr als verdoppelt.

Akteur	Position zur Berücksichtigung von Multimorbidität
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	Zustimmung
Bundesversicherungsamt (BVA)	Zustimmung
AOK-Bundesverband	Zustimmung
BKK-Dachverband	Zustimmung
IKK e.V.	Zustimmung
Verband der Ersatzkassen	Zustimmung

5.7 Anteiliger Ist-Kosten-Ausgleich (Übergangslösung)

Im Zuge des im Oktober 2018 verabschiedeten GKV-Versichertenentlastungsgesetzes wurde aufgrund der hohen GKV-Rücklagen deren Reduktion auf einen Maximalbetrag entsprechend einer Monatsausgabe der jeweiligen Krankenkasse begrenzt, sodass die weiteren Überschüsse in den Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2020 zurückgeleitet werden, falls sie nicht auf anderem Wege abgebaut werden. Als Voraussetzung für dieses Vorgehen wurde jedoch eine vorherige Reformierung des jetzigen Morbi-RSA-Modells definiert, welche entsprechend einer offiziellen Ankündigung bis Ende 2019 abgeschlossen sein soll.

Um die divergierenden GKV-Deckungssituationen bis zur Morbi-RSA-Reformierung teilweise ausgleichen zu können, wird inzwischen eine Übergangslösung von GKV-Vertretern gefordert. Der Vorstandsvorsitzende der IKK classic,

Frank Hippler, schlug als Übergangslösung ein ähnliches Vorgehen wie bei dem anteiligen Ist-Kosten-Ausgleich von Krankengeldzuweisungen vor. In diesem Fall würden in der Übergangsphase lediglich 50 % der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben mithilfe des Morbi-RSAs ausgeglichen werden, während die übrigen 50 % anhand der tatsächlichen Ist-Kosten der jeweiligen Kasse abgegolten werden könnten. Nach Ansicht von Herrn Hippler würde dies zu einer Halbierung von Über- und Unterdeckungen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben auf Versicherten- und Kassenartenebene führen, wodurch seiner Ansicht nach sorgfältigeres Planen sowie eine geordnete Morbi-RSA-Reform ermöglicht werden würden (vgl. Hohnl & Kampf, 2018).

Erwartete Effekte durch einen anteiligen Ist-Kosten-Ausgleich

Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulations-anreize	Wettbewerbs-wirkung	Versorgungs-neutralität	Verfahrens-effizienz
+	+	-/+	0	-

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Anteilige Ist-Kostenausgleiche verbessern die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für den einzelnen Versicherten merklich, weil ein Teil der Ausgaben direkt ausgeglichen wird. Anreize zur Risikoselektion verringern sich entsprechend. Über- und Unterdeckungen bei Deckungsbeiträgen werden auf Versichertenebene entsprechend dem anteiligen Ausgleich reduziert.

Verringerung von Manipulationsanreizen

Die Anreize zur Manipulation von Diagnosen werden durch die Einführung von Ist-Kostenausgleichen verringert. Die Mehreinnahmen durch zusätzliche Diagnosen werden anteilig entsprechend des Anteils des Ist-Kostenausgleichs verringert, während die Kosten für Diagnosebeeinflussung konstant bleiben. Dadurch werden manipulative Maßnahmen insgesamt unattraktiver.

Wettbewerbswirkung

Die Wettbewerbsintensität verringert sich deutlich, weil die Deckungsbeitragsunterschiede zwischen den Krankenkassen entsprechend der Höhe des Ist-Kostenausgleichs abnehmen. Beispielsweise verringert ein 50-prozentiger Ist-Kostenausgleich die Deckungsbeitragsunterschiede zwischen den Krankenkassen und Kassenarten ebenfalls um 50 Prozent.

In gleichem Maße verringern sich aber auch die Anreize zur Wirtschaftlichkeit für die Krankenkassen. Einsparungen verbessern das Ergebnis nur noch anteilig. Beispielsweise verbessern Einsparungen bei einem 50-prozentigen Ist-Kostenausgleich das Kassenergebnis nur noch halb so stark. Anteilige Ist-Kostenausgleiche verringern anteilig auch die Abstände der Deckungsquoten und Deckungsbeträge zwischen den Krankenkassen und Kassenarten. Ein 50-prozentiger Ist-Kostenausgleich verringert die Deckungsbeitragsunterschiede um 50 Prozent.

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

Versorgungsneutralität

Anteilige Ist-Kosten-Ausgleiche haben keine Wirkung auf die Versorgungsneutralität des Morbi-RSA.

Effizienz des Verfahrens

Ein anteiliger Ist-Kostenausgleich hat vermutlich keinen Einfluss auf die Effizienz des Verfahrens.

Akteur	Position zu einem anteiligen Ist-Kosten-Ausgleich
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	unklar, eher ablehnend
Bundesversicherungsamt (BVA)	unklar
AOK-Bundesverband	Ablehnung
BKK-Dachverband	unklar
IKK e.V.	Zustimmung
Verband der Ersatzkassen	unklar

5.8 Maßnahmen zur Verbesserung der Manipulationsresistenz

Hinsichtlich der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSAs wurden durch verschiedene Stellen des deutschen Krankenversicherungssystems diverse Vorschläge zur Verbesserung der Manipulationsresistenz veröffentlicht und diskutiert. Hierbei wurde u.a. die derzeitige Aufsichtspraxis bzgl. des RSA-relevanten Krankenkassenvorgehens kritisiert. Bislang erfolgt eine zentrale RSA-Datenmeldungsprüfung durch das BVA, während die allgemeine Rechtsaufsicht der Krankenkassen in Landes- und Bundesaufsicht unterteilt wird. Dieses dezentrale Aufsichtshandeln für landes- und bundesunmittelbare Krankenversicherungen hinsichtlich ihres allgemeinen Krankenkassenvorgehens kann jedoch auch zu RSA-relevanten Wettbewerbsverzerrungen führen, wenn beispielsweise eine Beeinflussung von Diagnosekodierungen durch die Krankenkassen unterschiedlich beaufsichtigt wird (vgl. Drösler et al., 2017).

Der AOK-Bundesverband spricht sich in diesem Kontext für einen Paradigmenwechsel des Aufsichtshandelns aus. Zum einen soll die Prüfung der RSA-Datenmeldungen im Sinne einer Vorabprüfung durchgeführt werden, sodass die gemeldeten Datensätze vor der Berechnung der krankenkassenspezifischen Zuweisungen zu prüfen sind. Zum anderen fordert der AOK-Bundesverband einen **einheitlichen Maßstab im Zuge der Rechtsaufsichtsausübung auf Landes- und Bundesebene**, sodass deren Handeln kooperativ und einheitlich bei landes- und bundesunmittelbaren

Krankenkassen Anwendung findet. Im Zuge dessen sollen künftig alle Versorgungsverträge durch das BVA bzw. durch die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Landesebene anhand einheitlich definierter Kriterien überprüft werden, während die Bewertung der Kriterieneinhaltung durch die Prüfung der RSA-Datenmeldungen durch das BVA vorgenommen werden soll (vgl. AOK-Bundesverband, 2018). Auch BKK-Dachverband, der Verband der Ersatzkassen sowie der IKK e.V. sprechen sich für einheitliches Aufsichtsregelwerk für landes- und bundesunmittelbare Krankenversicherungen aus (vgl. vdek, BKK-Dachverband, & IKK e.V., 2018).

Um die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA zu stärken, soll die **Kodierneutralität der Praxissoftware und ihrer Schnittstellen** sichergestellt werden (vdek u. a., 2018). Auch sprach sich der AOK-Bundeverband für ein verpflichtendes **Vertragsregister** aus, welches durch das BVA zur Transparenzsteigerung eingerichtet werden soll (vgl. AOK-Bundesverband, 2018). Zudem können **verbindliche ambulante Kodierrichtlinien** zur einer Reduktion von Diagnosemanipulationen führen (vgl. vdek et al., 2018).

Der wissenschaftliche Beirat untersuchte zudem die **Streichung von ambulanten Diagnosen** zur Ermittlung der Morbi-RSA-Zuweisungen, als mögliche Lösung der ungenügenden Qualität bzgl. der Kodierpraxis im ambulanten Sektor und somit Manipulationen entgegenzuwirken (vgl. Drösler et al., 2017).

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

Erwartete Effekte durch Maßnahmen zur Manipulationsresistenzsteigerung

Vorschlag	Verringerung Risikoselektionsanreize	Manipulationsanreize	Wettbewerbswirkung	Versorgungsneutralität	Verfahrenseffizienz
Einheitliche Aufsichtspraxis	0	+	unklar	0	+
Einführung Vertragsregister	0	+	0	0	0
Kodierneutralität Praxissoftware	0	+	0	0	0
Verbindliche Kodierrichtlinien	0	+	0	0	0
Ausschluss ambulante Diagnosen	-	+	+	-	+

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Die Stärkung der Aufsicht, die Einführung eines Vertragsregisters, die Kodierneutralität der Praxissoftware sowie die Einführung verbindlicher Kodierrichtlinien haben keinen Einfluss auf die Zielgenauigkeit des Modells oder die Anreize zur Risikoselektion.

Der Verzicht auf ambulante Diagnosen im Klassifikationsmodell würde die Zielgenauigkeit des Verfahrens massiv verringern. Berechnungen des Wissenschaftlichen Beirats zeigen, dass das R^2 von 24,63 Prozent auf 17,23 Prozent sinken würde, wenn keine ambulanten Diagnosen mehr verwendet würden (vgl. Drösler et al., 2017). Damit steigen auch die Anreize zur Risikoselektion.

Verringerung von Manipulationsanreizen

Die Stärkung der Aufsicht durch die Schaffung einer einheitlichen Aufsichtspraxis senkt die Manipulationsanreize im Risikostrukturausgleich, weil ungleiche Genehmigungspraktiken für Selektivverträge oder Anwendungsfälle von Wirtschaftlichkeitsprüfungen angeglichen würden. Damit wird die Nutzung wesentlicher Manipulationswege ohne die Gefahr von nachträglicher Sanktion durch eine Aufsichtsbehörde erschwert.

Die Einführung eines Vertragsregisters schafft Transparenz über die in Anwendung befindlichen selektivvertraglichen Vereinbarungen. Der Einfluss auf die Manipulationsanreize selbst ist allerdings eher indirekt.

Die Herstellung der Kodierneutralität von Praxissoftware und Schnittstellen verhindert die Weiterführung von Kodierunterstützungen für Vertragsärzte zugunsten einzelner Krankenkassen. Dadurch wird die Anwendung eines wesentlichen Instruments der Kodierbeeinflussung erschwert.

Die Einführung verbindlicher ambulanter Kodierrichtlinien verringert die Spielräume bei der Kodierung ambulanter Diagnosen und die Möglichkeit von Ärzten, entsprechend den Interessen von Krankenkassen zu kodieren, würden verringert.

Die Nichtberücksichtigung ambulanter Diagnosen im Klassifikationsmodell schließt das Einfallstor für die am stärksten unter Manipulationsverdacht stehende Datenquelle. Ein wesentlicher Teil der bekannt gewordenen Kodiermanipulationen hätte damit keinen Einfluss auf die Zuweisungen mehr. Zugleich wäre auch irrelevant, dass manipulierte ambulante Diagnosen weiterhin in den gemeldeten Daten fortbestehen, auch wenn die zugrundeliegenden Manipulationsinstrumente mittlerweile verboten wurden.

Wettbewerbswirkung

Die Wettbewerbswirkung einer Stärkung der Aufsicht, der Einführung eines Vertragsregisters, der Kodierneutralität der Praxissoftware sowie der Einführung ambulanter Kodierrichtlinien ist aktuell nicht abschätzbar. Die Befürworter erwarten dadurch einen faireren Wettbewerb durch mehr Transparenz und Gleichbehandlung.

Hinsichtlich des Ausschlusses ambulanter Diagnosen aus dem Klassifikationsmodell liegen Berechnungen des Wissenschaftlichen Beirats vor, es werden aber keine Auswirkungen auf die Kassenarten dargestellt. Die Wirkung auf die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Kassenebene ist uneindeutig: Wenn alle Kassen gleich betrachtet werden, sinkt die Zielgenauigkeit auf Kassenebene erheblich. Wird allerdings die Kassengröße miteinbezogen, so steigt die Zielgenauigkeit. Durch den Vorschlag werden also vor allem

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

die Zuweisungen unter großen Kassen gleichmäßiger verteilt (vgl. Drösler et al., 2017)

Versorgungsneutralität

Die Stärkung der Aufsicht, die Einführung eines Vertragsregisters, die Kodierneutralität der Praxissoftware sowie die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien haben keinen direkten Einfluss auf die Versorgungsneutralität des Risikostrukturausgleichs.

Eine Nichtberücksichtigung ambulanter Diagnosen im Klassifikationsmodell würde die Behandlung im ambulanten Sektor für die Krankenkassen unattraktiver machen, weil ambulante Diagnosen keine Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich mehr auslösen würden. Gleichzeitig würden die Präventionsanreize insbesondere für solche

Krankheiten steigen, die vornehmlich oder ausschließlich ambulant behandelt werden.

Effizienz des Verfahrens

Die Stärkung der Aufsicht, die Einführung eines Vertragsregisters, die Kodierneutralität der Praxissoftware sowie die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien haben keinen Einfluss auf die Effizienz des Verfahrens.

Die Nichtberücksichtigung ambulanter Diagnosen würde das Ausgleichsverfahren massiv vereinfachen. Krankenkassen müssten die Diagnosen aus dem ambulanten Sektor nicht mehr für das RSA-Verfahren erheben und melden, die Prüfbehörden müssten keine Prüfung dieser Diagnosen mehr vornehmen.

Akteur	Einheitliche Aufsichtspraxis	Einführung Vertragsregister	Kodierneutralität Praxissoftware	Ambulante Kodierrichtlinien	Ausschluss ambulanter Diagnosen
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	Zustimmung	Zustimmung	unklar	Zustimmung	Ablehnung
Bundesversicherungsamt (BVA)	Zustimmung	unklar	unklar	Zustimmung	unklar
AOK-Bundesverband	Zustimmung	Zustimmung	unklar	Zustimmung	unklar
BKK-Dachverband	Zustimmung	unklar	Zustimmung	Zustimmung	unklar
IKK e.V.	Zustimmung	unklar	Zustimmung	Zustimmung	unklar
Verband der Ersatzkassen	Zustimmung	unklar	Zustimmung	Zustimmung	unklar

5.9 Präventionsanreize

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist der Morbi-RSA insbesondere im Hinblick auf die durch das Modell gesetzten Präventionsanreize weiterzuentwickeln (vgl. Hohnl & Kampf, 2018). Hierzu sollen sich die Zuweisungen für Primärprävention an den Ist-Kosten der jeweiligen Krankenkassen

mit einer entsprechenden Deckelung orientieren, während die morbiditätsorientierten Zuschläge pauschal reduziert würden, sodass Risikoselektion vermieden und die Mehrausgaben im Zuge der Präventionsanreizsetzung refinanziert werden würden (vgl. IKK e.V., 2016).

Erwartete Effekte durch zusätzliche Präventionsanreize				
Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulationsanreize	Wettbewerbswirkung	Versorgungsneutralität	Verfahrenseffizienz
-	+	unklar	+	-

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Es gibt keine Berechnungen des Wissenschaftlichen Beirats zu den dargestellten Vorschlägen. Die Einführung eines Ist-Kostenausgleichs für Präventionsmaßnahmen würde die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Prävention erhöhen. Die pauschale Absenkung von Morbiditätszuschlägen würde die Deckungssituation von untergedeckten kranken Versicherten verschlechtern und damit die Zielgenauigkeit verschlechtern. Die Deckungsbeiträge von übergedeckten kranken Versicherten würden verringert und damit die Zielgenauigkeit erhöht. Die Gesamtzielgenauigkeit der Zuweisungen würde insgesamt aber abnehmen.

Verringerung von Manipulationsanreizen

Durch die pauschale Absenkung aller Morbiditätszuschläge wird die Kodierung von Morbidität weniger lukrativ, sodass die Anreize zur Manipulation von Diagnosen insgesamt sinken.

Wettbewerbswirkung

Die Wettbewerbsintensität verringert sich, weil die Deckungsbeitragsunterschiede zwischen den Krankenkassen,

die aufgrund unterschiedlicher Ausgaben für Prävention bestehen, abnehmen.

Zur Wirkung einer pauschalen Absenkung von Morbiditätszuschlägen auf die einzelnen Krankenkassen und Kassenarten gibt es keine Berechnungen.

Versorgungsneutralität

Da Ausgaben für Präventionsmaßnahmen direkt ausgeglichen werden, verbessern unterdurchschnittliche Ausgaben für Prävention die Deckungssituation von Krankenkassen nicht mehr. Die pauschale Verringerung von Morbiditätszuschlägen verschlechtert die Deckungsbeiträge von kranken Versicherten und macht damit die Gesunderhaltung durch Präventionsmaßnahmen attraktiver.

Effizienz des Verfahrens

Bei Einführung eines gedeckelten Ist-Kostenausgleichs für Präventionsausgaben bei gleichzeitiger pauschaler Absenkung der Morbiditätszuschläge muss das Verfahren um einen weiteren Rechenschritt ergänzt werden. Das schafft zusätzliche Aufwände.

Akteur	Position zu zusätzlichen Präventionsanreizen
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	Ablehnung
Bundesversicherungsamt (BVA)	Ablehnung
AOK-Bundesverband	Ablehnung
BKK-Dachverband	unklar
IKK e.V.	Zustimmung
Verband der Ersatzkassen	unklar

5.10 Anpassung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungskosten

Der wissenschaftliche Beirat prüfte in seinem Sondergutachten verschiedene alternative Ansätze zur Ermittlung der standardisierten Verwaltungsausgaben im Morbi-RSA-Modell. Diese werden im aktuellen Ausgleichsverfahren zur Hälfte pauschal (über Versichertenzeiten) und zur Hälfte gemäß der durchschnittlichen Morbidität, gemessen an den standardisierten Leistungsausgaben der Versicherten

einer Krankenkasse, ausgeglichen. Der Beirat untersuchte die Auswirkungen einer veränderten Verteilung der beiden Parameter „Versichertenzeiten“ und „standardisierte Leistungsausgaben“ auf die Zielgenauigkeit des Verfahrens sowie den Ersatz des Parameters „Versichertenzeiten“ durch die „Mitgliederzahlen“ der jeweiligen Krankenkasse. Ein drittes Modell des Beirates befasste sich mit der Erweiterung

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

dieses Berechnungsschemas um die jeweiligen Kontengruppen von Geschäftsprozessen einer Krankenkasse. Abschließend stellte der wissenschaftliche Beirat fest, dass das jetzige Modell zur Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben die besten Kennzahlen aufweist und

somit der bisherige Verteilungsschlüssel (zu 50 % pauschal über die Versichertenzeiten und zu 50 % über die standardisierten Leistungsausgaben) seiner Ansicht nach beizubehalten ist (vgl. Drösler et al., 2017).

Erwartete Effekte durch die Anpassung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungskosten

Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulations-anreize	Wettbewerbs-wirkung	Versorgungs-neutralität	Verfahrens-effizienz
unklar	0	-	0	0

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Da Verwaltungsausgaben nicht versichertenindividuell erfasst werden, gibt es keine Berechnungen zur Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Verwaltungskosten auf Versichertenebene (vgl. Drösler et al., 2017).

Verringerung von Manipulationsanreizen

Eine Anpassung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungskosten hat keinen Einfluss auf die Manipulationsanreize im Risikostrukturausgleich.

Wettbewerbswirkung

Eine Anpassung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungskosten würde die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Kassenebene verschlechtern. Wenn der morbiditätsorientierte

Anteil der Zuweisungen für Verwaltungskosten erhöht würde, verringert sich die Zielgenauigkeit auf Kassenebene. Das gleiche passiert, wenn der pauschale Anteil der Zuweisungen für Verwaltungskosten erhöht wird (vgl. Drösler et al., 2017).

Versorgungsneutralität

Eine Anpassung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungskosten hat keinen Einfluss auf die Versorgungsneutralität des Risikostrukturausgleichs.

Effizienz des Verfahrens

Eine Anpassung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungskosten hat keinen Einfluss auf die Effizienz des Verfahrens.

Akteur	Position zu allen Vorschlägen bzgl. der Anpassung des Verteilungsschlüssels für Verwaltungskosten
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	keine Änderung
Bundesversicherungsamt (BVA)	keine Änderung
AOK-Bundesverband	keine Änderung
BKK-Dachverband	unklar
IKK e.V.	unklar
Verband der Ersatzkassen	unklar

5.11 Einführung eines Hochrisikopools

Der wissenschaftliche Beirat räumte in seinem Sondergutachten 2017 ein, dass trotz der im Morbi-RSA-Modell implementierten Morbiditätsindikatoren einige Risikostrukturunterschiede zwischen den Krankenkassen nicht oder nur unzureichend ausgeglichen werden, da bspw. die Beschränkung der Krankheitsauswahl auf maximal 80 Krankheiten zu nicht berücksichtigten Risikostrukturunterschieden aufgrund der übrigen Indikationen und somit zu Risikoselektion führen kann. Auf dieser Grundlage untersuchte der Beirat verschiedene Ausgestaltungs- und Finanzierungsmöglichkeiten eines (Hoch-)Risikopools, der dieser Problematik entgegenwirken soll.

Hinsichtlich der Finanzierung eines solchen Risikopools werden zwei Ansätze in den Betrachtungen des wissenschaftlichen Beirats unterschieden. Zum einen könnte dieser über eine pauschale Zuweisungsreduktion aller Versicherten im Sinne einer Pro-Kopf-Prämie risikounabhängig finanziert werden, zum anderen könnte dessen Finanzbedarf über eine versichertenindividuelle Absenkung der Leistungsausgaben (mittels Reduktion der jeweiligen Risikozuschläge in Höhe

der Risikopoolerstattung) gedeckt werden (vgl. Drösler et al., 2017).

Die Ausgestaltungsmöglichkeiten eines solchen Pools sind relativ vielfältig und bedürfen einer weiteren Differenzierung zur Erläuterung dieses Reformansatzes.

Der wissenschaftliche Beirat untersuchte insgesamt acht Ausgestaltungsmodelle, innerhalb welcher die Höhe des Poolbudgets sowie Schwellenwerts der Deckungsbeitragslücke, die Erstattungsquote für den schwellenwertüberschreitenden Leistungsausgabenbetrag sowie die Grundlage zur Ermittlung der heranzuziehenden Leistungsausgaben variiert wurden. Die aus den Untersuchungen der in Tabelle 3 dargestellten Modelle resultierenden Schlussfolgerungen des Beirates legen sich auf keine eindeutige Lösung zur Ausgestaltung eines solchen Hochrisikopools fest, da weitere Untersuchungen unter Erweiterung der zu berücksichtigenden Parameter und die Schaffung einer geeigneten Datengrundlage zur weiteren Betrachtung erforderlich sind (vgl. Drösler et al., 2017).

Erwartete Effekte durch die Einführung eines Hochrisikopools

Verringerung Risiko-selektionsanreize	Manipulations-anreize	Wettbewerbswir-kung	Versorgungs-neutralität	Verfahrenseffizienz
+	+	uneindeutig	0	-

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Ein Hochrisikopool verringert die Risikoselektionsanreize gegenüber Versicherten mit sehr hohem Ausgabenrisiko, weil je nach Variante ein Teil der Kosten oder ein Teil der Deckungslücke erstattet wird.

Verringerung von Manipulationsanreizen

Die Einführung eines Hochrisikopools kann die Manipulationsanreize im Risikostrukturausgleich verringern, weil durch die Verteilung von Zuweisungen über den Hochrisikopool die Menge an Zuweisungen, die für Diagnosen verteilt wird, sinkt. Kodiermanipulation und Kodierbeeinflussung wird somit unattraktiver (vgl. Drösler et al., 2017).

Inwieweit ein Hochrisikopool selbst Anreize zur Manipulation bietet, hängt von der konkreten Ausgestaltung ab.

Wettbewerbswirkung

Gemeinhin wird angenommen, dass ein Hochrisikopool vor allem kleinen Krankenkassen zugutekommt, da er eine Art Rückversicherung für sehr teure Fälle bietet. Die Berechnungen des Wissenschaftlichen Beirats zeigen, dass durch die Umsetzung verschiedener Varianten von Hochrisikopools keine größeren Verschiebungen der Über- oder Unterdeckung bei einzelnen Krankenkassen zu erwarten sind. Die Ergebnisse der großen Krankenkassen sind weitgehend stabil. Für kleinere und mittlere Krankenkassen lassen sich

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

in Einzelfällen leichte Verschiebungen der Deckungsquoten ausmachen (vgl. Drösler et al., 2017).

Insgesamt verringert sich die Wettbewerbsintensität, weil ein Teil der Ausgaben einer Krankenkasse direkt ausgeglichen werden.

Versorgungsneutralität

Ein Hochrisikopool hat keine Auswirkung auf die Versorgungsneutralität des Morbi-RSA.

Effizienz des Verfahrens

Mit Blick auf die Effizienz des Verfahrens wird die Einführung eines Hochrisikopools zum Teil als sehr aufwändig bewertet. Da die realen Kosten einzelner Versicherter anteilig ausgeglichen werden sollen, müssen die Leistungsausgaben versichertenbezogen durch die Aufsichten überprüft werden. Das schafft hohe Prüfaufwände bei Kassen und Prüfbehörden.

Akteur	Position zur Einführung eines Hochrisikopools
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	weitere Prüfung
Bundesversicherungsamt (BVA)	weitere Prüfung
AOK-Bundesverband	Prüfung
BKK-Dachverband	Zustimmung
IKK e.V.	Zustimmung
Verband der Ersatzkassen	Zustimmung

5.12 Einführung einer Regionalkomponente

Am 28. Juni 2018 veröffentlichte der wissenschaftliche Beirat beim BVA im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ein „Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ und untersuchte unterschiedliche Modelle hinsichtlich der Ausgestaltungsmöglichkeiten und Effekte im Zuge der Einführung einer Regionalkomponente im Morbi-RSA. Deren Erfordernis leitet sich aus regionalen Ausgabenunterschieden im derzeitigen Morbi-RSA-Modell ab, welche ohne eine solche Regionalkomponente nicht berücksichtigt bzw. erklärt werden können.

Hierbei sind insbesondere die folgenden fünf Modellansätze herauszustellen: Kreismodell, GWR-Modell, Clustermodell, Direktmodell und Deckungsbeitrags-Cluster-Modell.

Kreismodell

Dieses Modell basiert auf einem vollständigen Ausgleich aller Deckungsbeitragsunterschiede zwischen den explizit durch den Gesetzgeber festgelegten Landkreisen und kreisfreien Städten. Zur Definition der Zuweisungsregionen

werden die Amtlichen Gemeindegrenzen sowie die jeweiligen Wohnorte der Versicherten herangezogen.

GWR-Modell (Geographically Weighted Regression)

Ähnlich wie beim Kreismodell werden im GWR-Modell regionale Deckungsgrade zur Berechnung der versichertenindividuellen Zuweisungen ermittelt, welche in Abhängigkeit ihres Wohnortes zu einem Zu- oder Abschlag führen können. Entgegen dem Kreismodell erfolgt im GWR-Modell jedoch keine starre Orientierung an festgelegten administrativen Grenzen der Landkreise und kreisfreien Städte, sondern basiert vielmehr auf dem Konzept dynamischer Analyse-Regionen. Die umliegenden Kreise bzw. Regionen werden stattdessen - entsprechend ihrer Entfernung zum Wohnort (bzw. zur Regionaleinheit des Versicherten) gewichtet – in die Berechnung miteinbezogen. Somit basiert das GWR-Modell auf der Annahme, dass die Deckungssituation der Versicherten einer Regionaleinheit die umliegenden Regionaleinheiten beeinflusst und umgekehrt.

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

Clustermodell

Das Clustermodell basiert auf einem dreistufigen Verfahren, mithilfe welchem zehn verschiedene regionalstatistische Cluster gebildet werden, die jeweils ca. 10 % der Versichertenpopulation repräsentieren (vgl. Abbildung 9). Im ersten Schritt erfolgt eine Schätzung der versichertenbezogenen Zuweisungen ohne Einbeziehung einer Regionalkomponente. Diese Schätzung wird zusammen mit den versichertenindividuellen Leistungsausgaben auf Kreisebene (entsprechend der durch den Gesetzgeber festgelegten Landkreise und kreisfreien Städte) aggregiert und in mehreren Zwischenschritten zur Berechnung der erwarteten kreisbezogenen Deckungsbeiträge herangezogen. Daraufhin erfolgt eine Sortierung und Zusammenführung der Kreise mit ähnlichen erwarteten Deckungsbeiträgen. Im dritten und letzten Berechnungsschritt des Clustermodells wird anhand der im Vorfeld ermittelten, regionalstatistisch bestimmten Cluster eine zusätzliche Dummy-Variable gebildet, welche in die Morbi-RSA-Regression miteinfließt.

Direktmodell

Das Direktmodell basiert neben dem Kreisbezug auf einer Auswahl von zehn konkreten Merkmalen, welche in Form

von Risikofaktoren unmittelbar in die Berechnung der Zuweisungshöhe einfließen. Diese Merkmale umfassen: Sterbekosten, Zuweisungen, ambulante Pflege, Sterberate, Fachärztdichte, Pflegebedürftige, Hausärztdichte, Gesamtwanderungssaldo, personenbezogene Dienstleistungen und stationäre Pflege. Zur Unterteilung der Merkmale werden deren jeweilige Ausprägungsvektoren in Dezile unterteilt und daraufhin in Form von Dummy-Variablen in die Morbi-RSA-Regression eingebaut. Während in den vorhergehend dargestellten Modellen den Versicherten lediglich ein regionaler Zu- oder Abschlag zugewiesen wurde, erhalten diese im Direktmodell mehrere solcher Zu- bzw. Abschläge, welche sich sowohl aufsummieren als auch kompensieren können.

Da der wissenschaftliche Beirat die verbleibende Deckungsbeitragspreizung nach erfolgter Umsetzung des Direktmodells als zu hoch erachtet, wurde in besagtem Gutachten nach einem weiterführenden Ansatz zur Reduktion der regionalen Unter- und Überdeckungen gesucht. Ein nachgelagerter Ausgleich der Deckungsbeitragsunterschiede kann mithilfe eines (partiellen) Deckungsbeitrags-Cluster-Modells oder aber einer regionalen Differenzierung der Zusatzbeitragsätze erfolgen (vgl. Drösler et al., 2018).

Erwartete Effekte durch Einführung einer Regionalkomponente

Modell	Verringerung Risikoselektionsanreize	Manipulationsanreize	Wettbewerbswirkung	Versorgungsneutralität	Verfahrenseffizienz
Kreismodell	+	+	+	0	-
GWR-Modell	+	+	+	0	-
Clustermodell	+	+	+	0	-
Direktmodell	+	+	+	0	-
Nachgelagerter Ausgleich von regionalen Deckungsbeitragsunterschieden	+	0	+	0	-

Verringerung der Anreize zur Risikoselektion

Keines der Regionalmodelle verbessert die Genauigkeit der Zuweisungen im bundesweiten Durchschnitt.

Allerdings werden durch alle Regionalmodelle regionale Unterschiede zwischen den Versicherten besser ausgeglichen, so dass die Über- und Unterdeckungen zwischen Landkreisen verringert werden (vgl. Drösler et al., 2018). Ein Kreismodell gleicht die regionalen Unterschiede auf

Kreisebene am besten aus, danach folgt ein GWR-Modell. Ein GWR-Modell hat den Vorteil, auch Deckungsbeitragsunterschiede innerhalb von Landkreisen auszugleichen. Die vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Direktmodelle bewirken einen besseren regionalen Ausgleich als die Clustermodelle, beide Modellvarianten sind aber schlechter als ein Kreis- oder GWR-Modell. In Kombination mit einem nachgelagerten Ausgleich der

5. Bewertung der Reformvorschläge zum Morbi-RSA und Einschätzung der wichtigsten Akteure

Deckungsbeitragsunterschiede sind Direktmodelle beim Ausgleich von regionalen Unterschieden zwischen Landkreisen allerdings fast so gut wie ein Kreismodell (vgl. Drösler et al., 2018).

Die Reduktion der regionalen Unterschiede in den Deckungsbeiträgen senkt die Anreize für regionale Risikoselektion.

Verringerung von Manipulationsanreizen

Die Manipulationsanreize für Kreis-, GWR-, Cluster- und Direktmodelle sind sehr gering, da alle Modelle auf Merkmalen aufsetzen, die für die Krankenkassen nicht oder nicht wesentlich zu beeinflussen sind. Durch die vermehrte Verteilung von Zuweisungen über diese kaum beeinflussbaren Merkmale steigt die Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs, weil im Gegenzug die Beeinflussung von Diagnosen weniger gewinnversprechend ist.

Nachgelagerte Ausgleichs von Deckungsbeiträgen in der vom Wissenschaftlichen Beirat vorgeschlagenen Form bieten gewisse Manipulationsanreize, weil hier höhere oder niedrigere Deckungsbeiträge in einem Kreis durch Krankenkassen mit großer regionaler Marktmacht beeinflussbar sind.

Wettbewerbswirkung

Ein Kreismodell kann die Über- und Unterdeckungen auf Kassenebene merklich reduzieren (Drösler u. a., 2018). Gleiches gilt für ein GWR-Modell (vgl. Drösler et al., 2018)

und die Cluster- und Direktmodelle (Drösler u. a., 2018). Die Verwendung eines nachgelagerten Ausgleichs der regionalen Deckungsbeitragsunterschiede hat kaum Auswirkungen auf die Zielgenauigkeit auf Kassenebene (Drösler u. a., 2018).

Versorgungsneutralität

Die Einführung einer Regionalkomponente hat keinen Einfluss auf die Versorgungsneutralität des Risikostrukturausgleichs im Sinne einer Bevorzugung oder Benachteiligung einer bestimmten Versorgungsform.

Es wird allerdings argumentiert, dass durch eine Regionalkomponente die bestehende regionale Über- und Unterversorgung verfestigt wird. Dem wird entgegengehalten, dass die Steuerung von Angebotsstrukturen keine Zielsetzung des Risikostrukturausgleichs ist.

Effizienz des Verfahrens

Alle vorgeschlagenen Regionalkomponenten benötigen Informationen über den Wohnort des Versicherten, der durch die Krankenkassen gemeldet werden muss. Durch die zusätzliche Berücksichtigung einer Regionalkomponente im Ausgleichsverfahren steigt die Komplexität des Modells zum Teil sehr stark an. Ein Clustermodell führt 10 neue Ausgleichsmerkmale in das Modell ein, die Direktmodelle 100 und das Kreismodell 402 Kreismerkmale. Ein GWR-Modell bringt einen neuen Aufgriff zum Begriff „Region“ ins Modell.

Akteur	Position zur Einführung einer Regionalkomponente
Wissenschaftlicher Beirat beim BVA	Einführung empfohlen (Direktmodell)
Bundesversicherungsamt (BVA)	Einführung empfohlen (Direktmodell)
AOK-Bundesverband	Ablehnung
BKK-Dachverband	Einführung empfohlen
IKK e.V.	unklar
Verband der Ersatzkassen	Einführung empfohlen

6. Schlussbetrachtung zu den Reformvorschlägen zum Morbi-RSA

Mit Blick auf die Bewertungskriterien für einen funktionalen Risikostrukturausgleich wurde bereits ausgeführt, dass sowohl in der Wissenschaft (vgl. Kapitel 4) als auch zwischen den betroffenen Krankenkassen und Kassenarten (vgl. insbesondere Kapitel 3.5) die Auffassungen darüber, woran ein funktionaler Risikostrukturausgleich gemessen werden sollte, in erheblichem Maße auseinandergehen. Neben dem Zweck der Verringerung von Risikoselektionsanreizen werden auch die Fairness des Verfahrens, seine Auswirkungen auf den durch einen Risikostrukturausgleich erst ermöglichten Kassenwettbewerb sowie seine Effizienz und Nebenwirkungen in die Bewertung der Performance des Ausgleichsmechanismus mit einbezogen.

Dabei bestehen vielfältige Konfliktlinien zwischen den in Kapitel 4 und 5 maßgeblich zugrunde gelegten Bewertungskriterien. So weisen viele Vorschläge einen immanenten Zielkonflikt zwischen der Verringerung von Risikoselektionsanreizen und der Verringerung von Manipulationsanreizen auf. Gleiches gilt häufig für die Verringerung von Manipulationsanreizen und die Wettbewerbswirkung. Da hier zwischen den betroffenen Kassenarten erhebliche Unterschiede in der Vorstellung darüber vorherrschen, welchen Bewertungskriterien im Zweifel der Vorzug zu geben ist, kumuliert die Bewertung verschiedener Reformoptionen beinahe immer in normative Grundsatzpositionen, die miteinander abzuwägen kaum wertungs- und interessenfrei möglich ist.

Die Frage, ob und inwieweit der Morbi-RSA weiter im Hinblick auf die Risikoselektionsanreize optimiert werden sollte, zuvörderst seine Manipulationsresistenz gestärkt werden sollte oder die Zielgenauigkeit auf Ebene der Krankenkassen

und Kassenarten verbessert werden muss, ist letztlich eine politische. Sie kann nicht mit dem Blick auf Kennzahlen, Gütemaße oder Finanzergebnisse geklärt werden, sondern verlangt eine Interessenabwägung, die die vorliegende Expertise nicht leisten kann. Mit Blick auf die in Kapitel 5 dargestellten Reformvorschläge und die Intensität der politischen Diskussion um die Notwendigkeit und Richtung einer Reform des Risikostrukturausgleichs ist daher festzuhalten, dass für sehr viele Vorschläge einen großen Widerspruch zwischen den Bewertungskriterien für einen funktionalen Morbi-RSA gibt. Diese führen in den meisten Fällen dazu, dass die notwendige Interessenabwägung der Akteure zu sehr zu uneinheitlichen Ergebnissen kommt.

Im Umkehrschluss gibt es daher nur sehr wenige Vorschläge, die von allen Akteuren gleich bewertet werden. Einstimmige Zustimmung besteht lediglich zum Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats, eine zielgenauere Abbildung von Multimorbidität mithilfe von sogenannten Altersinteraktionstermen anzustreben. Daneben sprechen sich sowohl der wissenschaftliche Beirat als auch die Kassenarten dafür aus, spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Manipulationsresistenz des Risikostrukturausgleichs zu ergreifen, wobei bisher nur zur Notwendigkeit eines einheitlichen Maßstab im Zuge der Rechtsaufsichtsausübung auf Landes- und Bundesebene sowie zur Notwendigkeit der Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien von allen Beteiligten explizite Forderungen an die Politik kommuniziert wurden. Darüber hinaus ist keine einhellige Bewertung der bestehenden Reformvorschläge zu erkennen.

Literatur

- ▶ Amelung, V., Mühlbacher, A., & Krauth, C. (2018). Morbi-RSA.
- ▶ AOK-Bundesverband. (2018). Kurs halten beim Kassenausgleich. G+G, M.
- ▶ Ash, A. S., Ellis, R. P., Pope, G. C., Ayanian, J. Z., Bates, D. W., Burstin, H., ... Yu, W. (2000). Using diagnoses to describe populations and predict costs. *Health care financing review*, 21(3), 7–28. <https://doi.org/Article>
- ▶ Berndt, B., & Naperkowski, I. (2018). Stand der Diskussion zu Manipulationsanreizen und Diagnosemanipulationen im Hinblick auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.
- ▶ BKK-Dachverband. (2017). Mechanik Morbi-RSA - Einfach, transparent, manipulationssicher.
- ▶ Bundesversicherungsamt. (2018a). Festlegung von Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2019.
- ▶ Bundesversicherungsamt. (2018b). Risikostrukturausgleich Ergebnisse des Jahresausgleichs 2016.
- ▶ Bundesversicherungsamt. (2018c). Tätigkeitsbericht 2017.
- ▶ Bundesversicherungsamt. (2018d). Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Fachgespräch mit der AG Gesundheit der CDU/CSU Fraktion.
- ▶ Bundesversicherungsamt. (2019). Risikostrukturausgleich Ergebnisse des Jahresausgleichs 2017, 1–28.
- ▶ Demme, S. (2018). Entwicklungsperspektiven aus Sicht des BVA.
- ▶ Dietzel, J., Neumann, K., Glaeske, G., & Greiner, W. (2015). Begleitforschung zum Morbi-RSA (Teil 1), (Teil 1), 77.
- ▶ Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M., ... Wille, E. (2017). Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, (November 2017), 645. Abgerufen von http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2017/20172019PK_Handout_Vorwort_Zusammenfassung.pdf
- ▶ Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M., ... Wille, E. (2018). Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.
- ▶ Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.-M., Schaefer, M., Wasem, J., & Wille, E. (2011). Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, 252. Abgerufen von http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Berat/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf
- ▶ Ellis, R. P., Martins, B., & Rose, S. (2017). Risk Adjustment for Health Plan Payment. In *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice*, S. 1–73.
- ▶ Häckl, D., Kossack, N., Schindler, C., Weinhold, I., & Wende, D. (2018). Diskussionspapier: Weiterentwicklung der Morbiditätsparameter im Morbi-RSA. Abgerufen von https://www.wig2.de/fileadmin/content/uploads/PDF_Dateien/WIG2_Institut_Diskussionspapier_Morbidityaet_im_Morbi-RSA.pdf

- ▶ Hohnl, J., & Kampf, I. (2018). Perspektiven des Morbi-RSA im Spannungsfeld von Zielgenauigkeit und Fehlsteuerung. *Welt der Krankenversicherung*, (12), 305–308.
- ▶ IKK e.V. (2016). Positionen zur Bundestagswahl 2017. Anforderung an eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik.
- ▶ Kautter, J., Pope, G., Freeman, S., Patterson, L., Cohen, M., & Keenan, P. (2014). The HHS-HCC Risk Adjustment Model for Individual and Small Group Markets under the Affordable Care Act. *Medicare & Medicaid Research Review*, 4(3), E1–E46.
<https://doi.org/10.5600/mmrr.004.03.a03>
- ▶ Monopolkommission. (2017). Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem.
- ▶ RSA-Allianz. (2018). Morbi-RSA.
- ▶ Van de ven, W. P. M. M., & Ellis, R. P. (2000). Risk adjustment in competitive health plan markets. *Handbook of Health Economics*.
[https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80173-0](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80173-0)
- ▶ van Kleef, R. C., Mc Guire, T. G., & van Vliet, R. C. J. A. (2017). Improving risk equalization with constrained regression. *European Journal of Health Economics*, 18(9), 1137–1156.
- ▶ Van Veen, S. H. C. M., Van Kleef, R. C., Van De Ven, W. P. M. M., & Van Vliet, R. C. J. A. (2015). Is There one measure-of-fit that fits all? A taxonomy and review of measures-of-fit for risk-equalization models. *Medical Care Research and Review*, 72(2), 220–243.
<https://doi.org/10.1177/1077558715572900>
- ▶ vdek. (2018). Forderungen der Ersatzkassen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Weiterhin hohe Überschüsse bei den Krankenkassen – aber sehr ungleich verteilt.
- ▶ vdek, BKK-Dachverband, & IKK e.V. (2018). Zukunft der GKV-Finanzarchitektur - Stellt das GKV-VEG die Weichen richtig?
- ▶ Wille, E., Ulrich, V., & Schneider, U. (2007). Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich. Baden-Baden.

Aktuelles zur Gesundheitspolitik:

www.igmetall.de/politik-und-gesellschaft/sozialpolitik/unfall-krankheit-pflege

Durchblicken im Dschungel der Sozialpolitik:

www.sopo-info.de

Kontakt

IG Metall Vorstand
FB Sozialpolitik
Wilhelm-Leuschner-Str. 79
60329 Frankfurt/Main

Telefon: 069 / 6693-2837
sozialpolitik@igmetall.de

Herausgeber:
IG Metall
Mai 2019

www.igmetall.de