



# Wie notwendig ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich?

**Dr. Klaus Jacobs**

**21. Hersbrucker Gespräche der AOK Bayern**

Hersbruck, 9. Juni 2005

# Agenda

- 1. Zu Funktion und Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs in der GKV**
2. Defizite des bestehenden RSA
3. Der morbiditätsorientierte RSA als logische Weiterentwicklung
4. Missverständnisse und Fehleinschätzungen zum Morbi-RSA
5. Fazit und Ausblick

# Funktion und Funktionsweise des RSA

- **Zwei zentrale Merkmale der GKV**
  - Lebhafter Kassenwettbewerb durch freie Kassenwahl der GKV-Mitglieder zu fast jedem Zeitpunkt
  - Keine risikoäquivalenten Versicherungsprämien; insbesondere keine Beitragsdifferenzierung nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand (Vorerkrankungen, Behinderungen)
- **Zugleich zwei zentrale Unterschiede zur PKV**
  - Kaum Wettbewerb um Bestandsversicherte in der PKV wegen der Nicht-Portabilität der Altersrückstellungen
  - Prämiendifferenzierung nach Eintrittsalter und Geschlecht sowie individuelle Risikozuschläge nach Vorerkrankungen; kein Kontrahierungszwang in der PKV

## Funktion und Funktionsweise des RSA

- **Gesundheitsökonomische Grunderkenntnis**

Jedes wettbewerbliche Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung benötigt ein Ausgleichssystem, um

- Anreize zur (aktiven wie passiven) Risikoselektion zu mindern,
- Chancengleichheit im Wettbewerb zu sichern und
- die Stabilität des Krankenversicherungsmarkts zu gewährleisten.

(Breyer/Zweifel/Kifmann, Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, 2005)

- **Siehe auch die Praxis in unseren Nachbarländern Belgien, den Niederlanden, der Schweiz und Tschechien mit vergleichbaren Krankenversicherungssystemen („Solidarität und Wettbewerb“) einschließlich RSA.**

## Funktion und Funktionsweise des RSA

- **Der Risikostrukturausgleich ist eine Funktionsbedingung für *sinnvollen* Kassenwettbewerb um Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung.**
- **Alle Parteien wollen mehr *sinnvollen* Wettbewerb.**

„Im deutschen Gesundheitssystem ist der Wettbewerb auf Seiten der Anbieter wie auf Seiten der Kostenträger sehr stark eingeschränkt. Vorrangig muss der Wettbewerb im gesamten System deutlich verstärkt werden. Durch mehr Wettbewerb können die Qualität der Versorgung gesteigert und zusätzliche Effizienzpotentiale erschlossen werden. Dies gilt für die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, aber auch für den Wettbewerb der Kassen und Versicherungen untereinander, sowohl innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung wie auch zwischen diesen beiden Systemen.“

(„Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell“, CDU/CSU, November 2004)

## Funktion und Funktionsweise des RSA

- **Der Risikostrukturausgleich als zweckmäßiges („anreizkompatibles“) Ausgleichssystem**
  - Kein pauschaler Ausgaben- oder Beitragssatzausgleich, damit gewiss auch keine „Einheitskasse“ (anders als z. B. die Pflegeversicherung)
  - Uneingeschränkte Wirtschaftlichkeitsanreize bei allen („Zahler“- wie „Empfänger“-) Kassen durch Orientierung an standardisierten Ausgaben (statt an tatsächlichen Ausgaben): Jeder eingesparte Euro ist unmittelbar beitragsatzwirksam!
  - Gewährleistung interregionaler Beitragssatzgerechtigkeit (verbleibende „Regionalprobleme“ in der GKV liegen nicht am RSA, sondern u. a. am Nebeneinander von unterschiedlichen Beitragssatzregionen).

# Agenda

1. Zu Funktion und Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs in der GKV
- 2. Defizite des bestehenden RSA**
3. Der morbiditätsorientierte RSA als logische Weiterentwicklung
4. Missverständnisse und Fehleinschätzungen zum Morbi-RSA
5. Fazit und Ausblick

## Defizite des bestehenden RSA

### Beitragssätze mit und ohne RSA nach Kassentypen 1999

Typ	Finanzkraft in bpE je Vers.	Beitrags- bedarf je Vers.	Anzahl der Kassen	Anzahl der Ver- sicherten in Mio.	Mittlerer ausgabendeckender Beitragssatz		
					Ur-Bei- tragssatz	mit RSA- Leist.gen	RSA nicht im RSA
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Niedrig	niedrig	*	0,0	/	/	/
2	Niedrig	mittel	12	13,5	18,2 %	12,5 %	1,3 %
3	Niedrig	hoch	*	0,9	20,7 %	13,3 %	1,5 %
4	Mittel	niedrig	43	5,2	11,0 %	12,8 %	1,0 %
5	Mittel	mittel	170	35,1	13,9 %	12,7 %	1,1 %
6	Mittel	hoch	41	3,7	20,1 %	13,2 %	1,3 %
7	Hoch	niedrig	118	3,1	7,5 %	12,1 %	0,5 %
8	Hoch	mittel	110	8,4	9,4 %	12,3 %	0,7 %
9	Hoch	hoch	*	0,1	13,2 %	12,2 %	0,8 %
alle ausgewerteten Kassen			500	70,0	13,8 %	12,7 %	1,0 %

Aus: IGES/Cassel/Wasem-Gutachten 2001

## Defizite des bestehenden RSA

- **Beim bestehenden Risikostrukturausgleich...**
  - ... sind unerwünschte Anreize zur (aktiven wie passiven) Risikoselektion nicht hinreichend „entschärft“:  
Der Beitragssatz einer Kasse hängt trotz RSA vor allem davon ab, wie hoch ihr Anteil an gut verdienenden und gesunden Versicherten ist (= „gute Risiken“).
  - ... sind erwünschte Anreize zur aktiven Beeinflussung der Gesundheitsversorgung nicht hinreichend „geschärft“:  
Aktives Vertrags- und Versorgungsmanagement für Kranke lohnt weniger als Risikoselektion und lockt zudem u. U. kranke Versicherte an (= „schlechte Risiken“).
  - ... kann der Kassenwettbewerb sein Potenzial zu einer sinnvollen Versorgungssteuerung nicht entfalten, weil der Beitragssatz nicht als unverzerrtes Preissignal wirkt.

# Agenda

1. Zu Funktion und Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs in der GKV
2. Defizite des bestehenden RSA
- 3. Der morbiditätsorientierte RSA als logische Weiterentwicklung**
4. Missverständnisse und Fehleinschätzungen zum Morbi-RSA
5. Fazit und Ausblick

## Der Morbi-RSA als logische Weiterentwicklung

- **Zum Zeitpunkt von Lahnstein 1992...**

... entsprach der damals beschlossene und seither bestehende RSA dem konzeptionellen, informationellen und informationstechnologischen „Stand der Kunst“ von Anfang der 90er Jahre.

- **Inzwischen haben wir aber 2005 und...**

... wir wissen deutlich mehr – konzeptionell und empirisch (z. B. aus der internationalen Forschung und Praxis über Klassifikationsverfahren für Versicherte und Patienten, aber auch über das Wechselverhalten der Versicherten)

... wir haben routinemäßig mehr und bessere Informationsgrundlagen, insbesondere nach dem GMG,

... wir können große Datenmengen ungleich einfacher ohne nennenswerte Probleme verarbeiten.

## Der Morbi-RSA als logische Weiterentwicklung

- **Grundidee des morbiditätsorientierten RSA:**

- Bei der Bestimmung des Beitragsbedarfs einer Kasse werden neben den heute verwendeten *indirekten* Morbiditätsindikatoren (Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente) auch *direkte* Morbiditätsindikatoren herangezogen.
- Der Ausgleich wird auf ein *prospektives* Modell umgestellt: Die Eingruppierung der Versicherten erfolgt gemäß den im Folgejahr im Durchschnitt zu erwartenden Ausgaben.
- Der Beitragsbedarf entspricht damit im Prinzip einem risikoäquivalenten Beitrag, wie sie eine Krankenversicherung auf einem freien Markt kalkulieren würde.

## Der Morbi-RSA als logische Weiterentwicklung

- **Der konkrete Vorschlag der BMGS-Gutachter**

- Der Morbi-RSA sollte auf der Basis des US-amerikanischen Modells „*RxGroups+IPHCC*“ durchgeführt werden. Dieses Modell verwendet als direkte Morbiditätsindikatoren Arzneimittelverordnungen und Krankenhaus-Diagnosen zusätzlich zu demografischen Basisindikatoren.
- Grundlage dieser Empfehlung war die Analyse von sechs eingeführten Modellen aus den USA und den Niederlanden, die im Hinblick auf drei Kriterien verglichen wurden:
  - Verringerung von Risikoselektion bzw. von risikostrukturbedingten Beitragssatzverzerrungen,
  - Förderung der Anreize zur gezielten Versorgungssteuerung,
  - Praktikabilität und Kontrollierbarkeit.

## Der Morbi-RSA als logische Weiterentwicklung

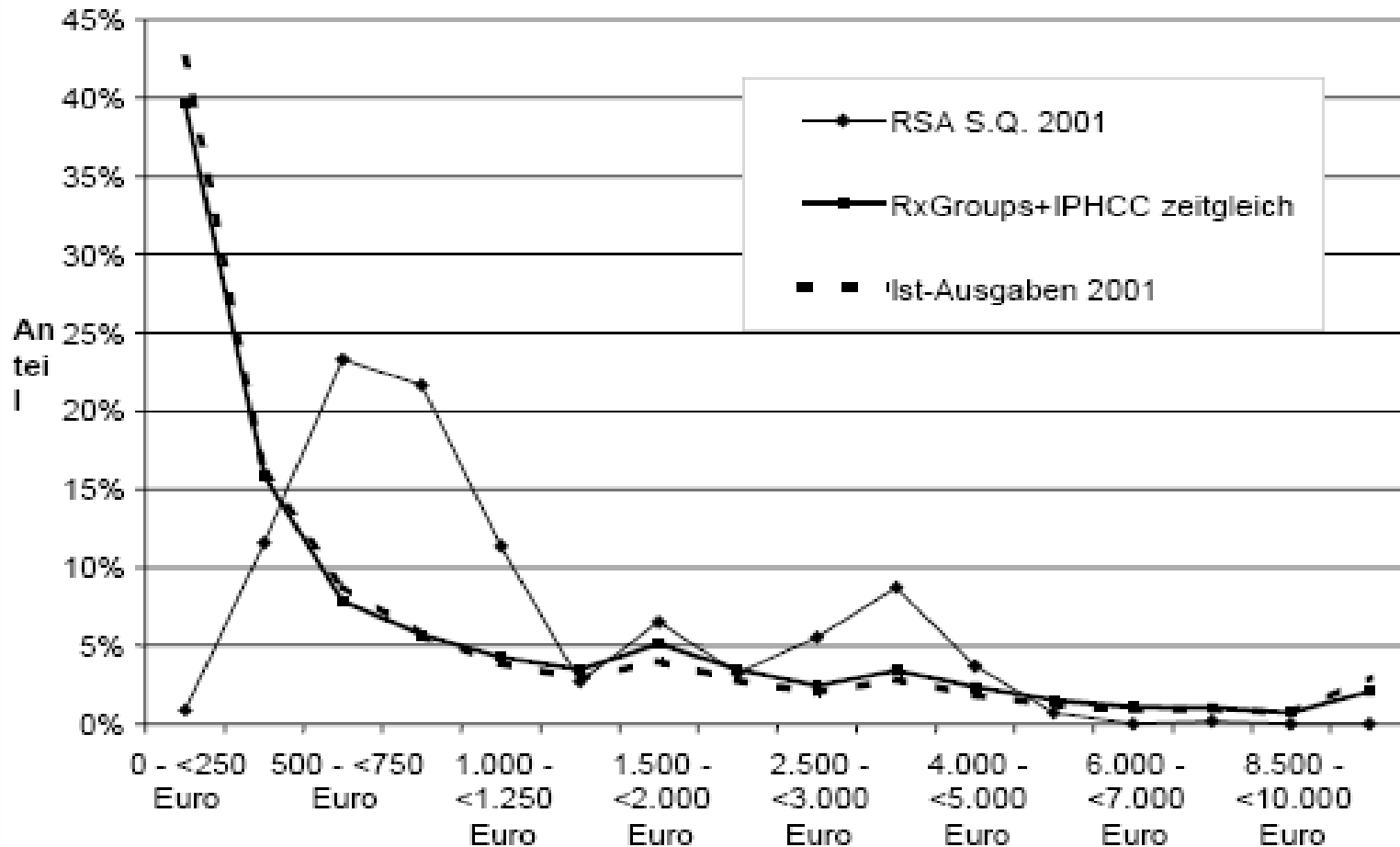
### Beispiele zur Ermittlung des Beitragsbedarfs (€ pro Jahr)

RSA-Zelle heute	Sockelbetrag	Morbi-Kategorie im Vorjahr	Zuschlag	Beitragsbedarf	RSA heute
m, 12 J.	164	KH Appendizitis	0	164	505
w, 22 J.	154	KH Schwangersch.-kompl. o. Entbindg.	1.503	1.657	777
m, 32 J.	143	KH "sonst. Verletzung"	306	449	554
w, 42 J.	296	AM orale Diabetika, kein Insulin	597	893	866
m, 52 J.	392	AM Insulin, kein KH	2.406	2.798	970
w, 62 J.	517	AM Insulin, KH Diabetes o. Kompl.	2.406 + 296	3.219	1.614

Aus: IGES/Lauterbach/Wasem-Gutachten 2004, Tab. 27

# Der Morbi-RSA als logische Weiterentwicklung

## Verteilung der Versicherten nach Ausgabenhöhe 2001



Aus: IGES/Lauterbach/Wasem-Gutachten 2004, Abb. 5

## Der Morbi-RSA als logische Weiterentwicklung

### Zur Schätzung der untersuchten Modelle (I): Gütemaß $R^2$ bei prospektiver Anwendung der Modelle

Modell	AMB	AM	KH	Sonst	Alle
<b>RSA Status quo</b>	3%	1%	3%	6%	6%
ACG	6%	2%	4%	9%	9%
ACG-PM	11%	3%	6%	14%	12%
CDPS	14%	6%	5%	14%	12%
HCC	38%	4%	6%	19%	15%
PCG+DCG	33%	5%	6%	14%	15%
<b>RxGroups+IPHCC</b>	43%	21%	9%	18%	24%

Aus: IGES/Lauterbach/Wasem-Gutachten 2004, Tab. 14

## Der Morbi-RSA als logische Weiterentwicklung

### Zur Schätzungsgüte der untersuchten Modelle (II): „Predictive ratios“; prospektive Anwendung der Modelle

Modell	Diabetes	KHK	Schlaganfall	Asthma
<b>RSA Status quo</b>	0,60	0,69	0,45	0,64
ACG	0,67	0,78	0,63	0,78
ACG-PM	0,82	0,84	0,71	0,84
CDPS	0,86	0,83	0,74	0,83
HCC	0,87	0,86	0,78	0,82
PCG+DCG	0,90	0,95	0,94	0,89
<b>RxGroups+IPHCC</b>	0,91	0,99	0,92	0,98

Aus: IGES/Lauterbach/Wasem-Gutachten 2004, Tab. 16, 17, 19, 22

## Der Morbi-RSA als logische Weiterentwicklung

- **Der konkrete Vorschlag der BMGS-Gutachter**
  - Einführung eines morbiditätsorientierten RSA nach dem Modell „*RxGroups+IPHCC*“ in prospektiver Ausgestaltung,
  - ersatzloser Wegfall des Risikopools,
  - Wegfall der gesonderten RSA-Berücksichtigung von Versicherten, die in „strukturierte Behandlungsprogramme“ (DMP) eingeschrieben sind (stattdessen Möglichkeit der Umlagefinanzierung von „Managementpauschalen“).
- **Dieser Vorschlag hat bei einem internen Workshop im BMGS breite Unterstützung von allen eingeladenen internationalen Experten aus den Niederlanden, der Schweiz und den USA erhalten.**

# Agenda

1. Zu Funktion und Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs in der GKV
2. Defizite des bestehenden RSA
3. Der morbiditätsorientierte RSA als logische Weiterentwicklung
- 4. Missverständnisse und Fehleinschätzungen zum Morbi-RSA**
5. Fazit und Ausblick

# Missverständnisse und Fehleinschätzungen

- **Fehleinschätzung Nr. 1:**

Vor einer Reform des RSA muss erst über eine Finanzierungsreform der GKV entschieden werden.

- **Richtig ist:**

Eine Finanzierungsreform der GKV ist unbedingt erforderlich. Sie kann weitere Strukturreformen auf der Leistungs- und Ausgabenseite in Richtung von „mehr Wettbewerb“ aber nicht ersetzen. Beim Morbi-RSA geht es allein um die zielgerechtere Ermittlung des Beitragsbedarfs im RSA – diese Aufgabe stellt sich unabhängig davon, ob die Kassenbeiträge künftig weiter einkommensabhängig oder als pauschale Gesundheitsprämien erhoben werden. Nur ein wettbewerbliches Krankenversicherungssystem mit risikoäquivalenten Beiträgen kann ohne RSA auskommen – das fordert jedoch keine Partei.

# Missverständnisse und Fehleinschätzungen

- **Fehleinschätzung Nr. 2:**

Eine Reform des RSA ist aktuell gar nicht erforderlich, weil die Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen inzwischen relativ gering sind.

- **Richtig ist:**

Der pauschale Ausgleich von Beitragssatzunterschieden ist kein zentrales Ziel des RSA. Vielmehr geht es darum – und zwar dauerhaft –, richtige Handlungsanreize (in Bezug auf die aktive Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung) zu setzen und falsche Anreize (zur Risikoselektion) zu vermindern.

Beitragssatzunterschiede, die auf Effizienzunterschiede im Kassengeschäft zurückzuführen sind, sind in einem funktionalen Kassensystem ausdrücklich erwünscht.

# Missverständnisse und Fehleinschätzungen

- **Fehleinschätzung Nr. 3:**

Ein morbiditätsorientierter RSA ist hoch komplex und zeitaufwendig und führt zu einem beträchtlichen Bürokratiezuwachs.

- **Richtig ist:**

Alle für den vorgeschlagenen Morbi-RSA benötigten Daten werden ohnehin bereits routinemäßig erhoben. Die Durchführung des Ausgleichs schafft angesichts der bestehenden informationstechnologischen Möglichkeiten keine Probleme. Zudem: Der aufwendige Risikopool und die ebenfalls aufwendige gesonderte RSA-Berücksichtigung von Versicherten in Disease-Management-Programmen können entfallen.

Damit bedeutet der Morbi-RSA insgesamt keine Erhöhung, sondern sogar eine Verminderung des Bürokratieaufwands.

# Missverständnisse und Fehleinschätzungen

- **Fehleinschätzung Nr. 4:**

Der morbiditätsorientierte RSA erhöht das ohnehin bereits zu große Transfervolumen im RSA.

- **Richtig ist:**

Das Transfervolumen des RSA ist kein geeigneter Indikator für die Wirksamkeit dieses Ausgleichsmechanismus, sondern allein Ausdruck für das Ausmaß der Risikoentmischung zwischen den Krankenkassen als Ergebnis der Kassenwahlentscheidungen der GKV-Mitglieder.

Im Übrigen: Ohne Morbi-RSA, d. h. bei Fortbestand der verzerrten Preissignale der Beitragssätze, wird sich die Risikoentmischung fortsetzen und das RSA-Transfervolumen weiter zunehmen.

## Missverständnisse und Fehleinschätzungen

- **Fehleinschätzung Nr. 5:**

Der morbiditätsorientierte RSA basiert auf den Arzneimittel- und Krankenhausausgaben und mindert damit das Interesse der Kassen an einer sparsamen Versorgung.

- **Richtig ist:**

Im vorgeschlagenen Modell des Morbi-RSA werden die Versicherten nicht nach der Höhe ihrer tatsächlichen Ausgaben eingestuft, sondern nach (bestimmten) verordneten Arzneimittel-Wirkstoffen und Krankenhaus-Diagnosen, und zwar im Hinblick auf die im nachfolgenden Jahr im Durchschnitt zu erwartenden Ausgaben.

Die Anreize, auf möglichst geringe Leistungsausgaben hinzuwirken, bleiben damit vollständig erhalten.

## Missverständnisse und Fehleinschätzungen

- **Fehleinschätzung Nr. 6:**

Beim Morbi-RSA haben Kassen und Leistungserbringer ein gleich gerichtetes Interesse, Versicherte als „möglichst krank“ einzustufen. Dies führt zu Ausgabenzuwächsen in der GKV.

- **Richtig ist:**

Für den Beitragssatz einer Kasse ist nicht ein möglichst hoher Beitragsbedarf entscheidend, sondern der Deckungsbeitrag. Das ist die Differenz zwischen dem Beitragsbedarf und den tatsächlich erfolgten Leistungsausgaben.

Bei einem (unnötig) „möglichst krank“ eingestuften Versicherten muss eine Kasse zunächst höhere Leistungsausgaben entrichten. Ob sie einen zumindest gleichermaßen erhöhten Beitragsbedarf auf Basis der Durchschnittsausgaben des Folgejahres erhält, ist dagegen ungewiss und nicht kalkulierbar.

## Missverständnisse und Fehleinschätzungen

- **Wolfgang Schmeinck, Vorstandsvorsitzender BKK-BV**

„Wurde bisher in der Vertragspolitik versucht, Krankenhausaufenthalte möglichst zu vermeiden, würde diese Zielstellung nun ins Gegenteil verkehrt. Hat sich bisher das Engagement der Kassen darauf gerichtet, überflüssige Arzneimittelverordnungen zu vermeiden, wird unter dem M-RSA das Gegenteil lukrativ.“

„Die bisherigen Bemühungen der Krankenkassen um eine sparsame Leistungsgestaltung würden ad absurdum geführt. Stattdessen würden Über-, Unter- und Fehlversorgung konserviert und Überangebote ausgeweitet.“

„In der Konsequenz würde der auf Wirtschaftlichkeit gerichtete Versorgungswettbewerb der Krankenkassen praktisch ausgehebelt.“

(Aus: Programmheft zum Hauptstadtkongress 2005, S. 24)

## Richtig ist:

- **Karl-Heinz Schönbach, Leiter des Geschäftsbereichs Vertragspolitik im BKK-BV (I)**

„... gerade in den Zeiten des Morbi-RSA brauchen die Krankenkassen Instrumente, um unwirtschaftlichen Angebotsstrukturen auszuweichen und mit Qualitätssicherung teuren Komplikationen in den Behandlungsverläufen für ihre Versicherten entgehen zu können. Gelingt ihnen das auch nur in 10 % der Fälle, an denen Patienten mit hoher Inanspruchnahme beteiligt sind, ist der Erfolg wettbewerbsentscheidend.“

(Aus: Wie kommt das Neue in die Welt? – Hat die Integrierte Versorgung eine Chance?, in: brennpunkt-gesundheitswesen.de, Ausgabe 7/2004, S. 20)

## Richtig ist:

- **Karl-Heinz Schönbach, Leiter des Geschäftsbereichs Vertragspolitik im BKK-BV (II)**

„Der Morbi-RSA zwingt die Kassen zudem, (...) sich um Versicherte zu bemühen, bei denen die Differenz zwischen erwarteten und tatsächlichen Ausgaben Deckungsbeiträge realisieren lässt. (...) Die Differenz zwischen erwarteten und tatsächlichen Ausgaben bei Gesunden ist vergleichsweise am geringsten. Eine Strategie daran auszurichten bringt den geringsten Erfolg.“

„Von daher müssen sich die Krankenkassen systematisch auf die Suche begeben, welche Präventions- und Behandlungsangebote bzw. Ketten den größten langfristigen Erfolg im o. g. Sinne bringen.“

(ebenda, S. 20f.)

# Agenda

1. Zu Funktion und Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs in der GKV
2. Defizite des bestehenden RSA
3. Der morbiditätsorientierte RSA als logische Weiterentwicklung
4. Missverständnisse und Fehleinschätzungen zum Morbi-RSA
5. **Fazit und Ausblick**

## Fazit und Ausblick

- Der RSA als „technischer Kern“ der solidarischen Wettbewerbsordnung ist notwendige Voraussetzung für einen funktionalen Kassenwettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung.
- Die direkte Morbiditätsorientierung bei der Ermittlung des Beitragsbedarfs im RSA ist eine logische Weiterentwicklung nach dem aktuellen internationalen Stand des gesundheitsökonomischen, informationellen und informationstechnologischen Wissens und Könnens.
- Aber: Richtige Anreize setzen (und falsche Anreize mindern) reicht nicht – es sind auch hinreichende wettbewerbliche Handlungsfreiräume erforderlich, insbesondere im Vertragsbereich. Dazu ist allerdings deutlich mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern notwendig.

## Fazit und Ausblick

- Vorsicht: Ohne Morbi-RSA, also bei weiter verzerrten Anreizstrukturen, können erweiterte wettbewerbliche Handlungsfreiräume der Kassen auch zur gezielten Risikoselektion eingesetzt werden.
- Die bestehende solidarische Wettbewerbsordnung weist auch unabhängig vom RSA Reformbedarf auf, etwa im Hinblick auf die wettbewerbsneutrale Finanzierung von „Härtefällen“, im Organisationsrecht der Kassen und Kassenarten oder bei der Abgrenzung der Beitrags(satz)regionen.
- Beruhigend: Der Morbi-RSA wird so oder so kommen – selbst in Deutschland lassen sich sinnvolle Innovationen nicht auf Ewigkeit verhindern.
- Beunruhigend: Es könnte wieder einmal viel Zeit verloren gehen.



**Vielen Dank für Ihr Interesse.**

**Dr. Klaus Jacobs**

0228/843-393

klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Besuchen Sie uns im Internet:

**[www.wido.de](http://www.wido.de)**