



Prof. Dr. Stefan Greß

**Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Von
der Selektion zur Manipulation?**

*Vortrag auf dem 4. Symposium des
Hamburger Zentrums für Versicherungswissenschaft
„Zukünftige Gestaltungsoptionen für die Krankenversicherung“
am 19./20.11.2009*



Thesen

1. Kassenwettbewerb macht nur dann Sinn, wenn Innovationswettbewerb auf dem Versorgungsmarkt stattfindet.
2. Der morbiditätsorientierte RSA ist eine *conditio sine qua non* für funktionsfähigen Wettbewerb.
3. Die Reform des RSA verringert erheblich nicht erwünschte Selektionsanreize – gleichzeitig sind neue Anreize zur Manipulation entstanden.
4. Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird immer wieder von politischen Rationalitäten überlagert.
5. Den großen Wurf gibt es nicht – kontinuierliche Weiterentwicklung bleibt auf der gesundheitspolitischen Agenda.



These 1: Warum Kassenwettbewerb?

- Ordnungspolitische Grundentscheidung: Allwissender Zentralismus vs. dezentrale Such- und Entdeckungsverfahren
- Exit-Option für die Versicherten: Unzufriedenheit durch Abwanderung artikulieren
- Wahlfreiheit und Konsumentensouveränität: Instrumente auf dem Weg zu einer effizienteren Versorgung
- Aber: Kosten des Wettbewerbs (auf Seiten der Versicherer, der Versicherten und der Regulierungsinstanz)
- Kosten des Wettbewerbs lassen sich langfristig nur durch Innovationswettbewerb auf dem Versorgungsmarkt rechtfertigen



These 2: Morbi-RSA als *conditio sine qua non*...

- ...in einem System ohne risikobezogene Prämien
- Risikoadjustierte Zuweisungen simulieren aus Sicht des Versicherers den Risikobezug
- Demographischer RSA schafft nur unvollständige Risiko-simulierung - und damit unvollständige Neutralisierung von Selektionsanreizen
- Negative Deckungsbeiträge für schlechte Risiken – negative Anreize für Innovationswettbewerb auf dem Versorgungsmarkt
- Standardisierte Zuweisungen vs. Ausgabenausgleich



These 3: Anreize zu Selektion und Manipulation

- Reform des RSA schafft erstmals Zuschläge für 80 „Krankheiten“
- Identifikation der kranken Versicherten durch ambulante und stationäre Diagnosen
- Arzneimittelverordnungen zur Validierung der ambulanten Diagnosen
- Prospektives Modell: Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben auf Basis der Diagnosen des Vorjahres
- Wegfall des Risikopools
- Wegfall von DMP-Einschreibung als Ausgleichskriterium



These 3: Anreize zu Selektion und Manipulation

- Positiver Deckungsbeitrag für gesunde Versicherte sinkt
- Negativer Deckungsbeitrag für im RSA erfasste kranke Versicherte sinkt
- Negativer Deckungsbeitrag für nicht im RSA erfasste kranke Versicherte steigt
- Negativer Deckungsbeitrag für kranke Versicherte mit besonders hohen Ausgaben steigt (GBK Köln)
- Differenzierte Effekte für Versicherte in strukturierten Behandlungsprogrammen



These 3: Anreize zu Selektion und Manipulation

- Einkommen der Versicherten als Selektionskriterium ist entfallen...
- ... aber durch die Überforderungsklausel wieder eingeführt
- Regionen sind Gewinner und Verlierer...
- ... aber: „*Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft*“ (§ 1 Satz 1 SGB V)
- Regionale Differenzierung durch Erhebung von Zusatzbeiträgen von regional tätigen Kassen
- Keine regionale Differenzierung bei bundesweit tätigen Kassen



These 3: Anreize zu Selektion und Manipulation

- Insgesamt: Deutliche Anreize zur Ausweitung des Versorgungsmangements der Krankenkassen
- Hinreichend finanzielle Anreize zur Optimierung der Versorgung
 - Durchschnittsausgaben
 - Prospektiver Charakter
- Instrumente für Versorgungsmanagement widersprüchlich
- Anreize zur Investition in langfristige Prävention grundsätzlich in wettbewerblichem System problematisch



These 3: Anreize zu Selektion und Manipulation

- Gleich gerichtetes Interesse von Ärzteschaft und Kassen
 - Anpassung der ärztlichen Vergütung orientiert sich an Morbidität
 - Zuweisung der Kassen an den Fonds orientiert sich an Morbidität
 - Vehikel zur Optimierung: Ärztliche Diagnosen
- Unterscheidung zwischen Upcoding and Rightcoding
- Manipulation ist ebenso wie Selektion ein Nullsummenspiel
- Instrumente zur Vermeidung von Manipulation
 - Interventionen der Aufsichtsbehörde
 - Stärkeres Gewicht von Arzneimittelverordnungen



These 4: Politische Rationalitäten und Morbi-RSA

- Politische Genese des Morbi-RSA geprägt von Widerständen
- Ideologisch: Transferzahlungen als vermeintlich schwer zu begründender Staatseingriff
- Politisch: Jede Reform des RSA bringt Gewinner und Verlierer (Regionen, Krankenkassen, KVen...)
- Ähnliche Entwicklung in der Schweiz – gegenteilige Entwicklung in den Niederlanden
- Durch Gesundheitsfonds entfällt Unterscheidung in Zahler- und Empfänger-kassen



These 5: Den großen Wurf gibt es nicht

- Kassen haben immer einen Informationsvorsprung vor der Regulierungsinstanz, durch die Selektionsprofite identifiziert werden können
- Vollständige Schließung dieses Informationsvorsprungs ist nicht notwendig: Kosten der Selektion
- Vorsprung darf aber auch nicht zu groß werden – daher regelmäßige Anpassung auch des Morbi-RSA
- Anpassungsbedarf resultiert außerdem aus Fortschritten in der Datengrundlage und methodischem Fachwissen



These 5: Illustration Niederlande

Jahr	Neuer Ausgleichsparameter
1992	Alter und Geschlecht
1995	Region, Erwerbsunfähigkeit, Beschäftigter ja/nein
2002	Arzneimittelverordnungen (13 Gruppen, ca. 7% der Bevölkerung, eindeutige Zuordnung)
2004	Krankenhausdiagnosen (ca. 2% der Bevölkerung)
2007	Erweiterung Arzneimittelverordnungen (20 Gruppen, rund 16% der Bevölkerung, Mehrfachzuordnung w/Multimorbidität möglich)
2008	Sozioökonomischer Status (durchschnittliches Einkommen am Wohnort)



These 5: Kriterien für die Weiterentwicklung

- Prognosefähigkeit/Neutralisierung von Selektionsanreizen
- Versorgungsneutralität
- Praktikabilität
- Resistenz gegen Manipulation
- Nicht relevant:
 - Transfervolumen
 - Beitragseffekte für einzelne Krankenkassen
 - Regionale Gewinner und Verlierer
 - Anzahl der erfassten Krankheiten



Thesen für die Diskussion

1. Kassenwettbewerb macht nur dann Sinn, wenn Innovationswettbewerb auf dem Versorgungsmarkt stattfindet.
2. Der morbiditätsorientierte RSA ist eine *conditio sine qua non* für funktionsfähigen Wettbewerb.
3. Die Reform des RSA verringert erheblich nicht erwünschte Selektionsanreize – gleichzeitig sind neue Anreize zur Manipulation entstanden.
4. Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird immer wieder von politischen Rationalitäten überlagert.
5. Den großen Wurf gibt es nicht – kontinuierliche Weiterentwicklung bleibt auf der gesundheitspolitischen Agenda.



Literatur

- **Jahrbuch Risikostrukturausgleich** – herausgegeben von Dirk Göppfarth, Stefan Greß, Klaus Jacobs und Jürgen Wasem
- Schwerpunktthema 2006: **Kassenwahlfreiheit**
- Schwerpunktthema 2007: **Gesundheitsfonds**
- Schwerpunktthema 2008: **Morbi-RSA**
- Schwerpunktthema 2009/2010: **Von der Selektion zur Manipulation?**



**Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und
freue mich auf eine anregende Diskussion**

stefan.gress@hs-fulda.de