



# Verständnis und Missverständnisse über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Dr. Dirk Göppfarth



Fachtagung Rehabilitation  
am 9. Mai 2011 in Bonn



## Risikostrukturausgleich notwendig für eine wettbewerbliche Krankenversicherung

- Freier Wettbewerb würde risikoäquivalente Prämien bedeuten
- Aber: Kontrahierungszwang und Verbot risikoäquivalenter Prämien
  - ⇒ Einnahmen der Krankenkassen entsprechen nicht dem versicherten Risiko
  - ⇒ Anreize zur Risikoselektion
  - ⇒ RSA simuliert risikoäquivalente Prämien für die GKV



## Ziele des Gesetzgebers beim morbiditätsorientierten RSA

- „...einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen Krankenkassen zu ermöglichen, der zur Verbesserung der Qualität der Versorgung [...] und der Wirtschaftlichkeit führt.“
- „...dass eine Konzentration kranker, insbesondere chronisch kranker Versicherter bei einer bestimmten Krankenkasse für diese nicht zwangsläufig mit gravierenden Wettbewerbsnachteilen verbunden ist.“

(BT-Drs. 14/6432, S. 14)

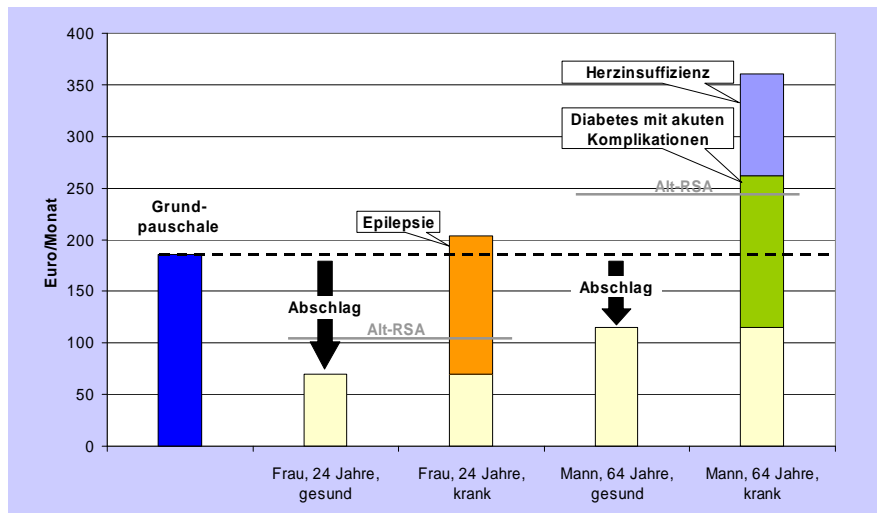


## Bestätigung der Zielsetzung durch das Bundesverfassungsgericht

- „Der gegenwärtige Risikostrukturausgleich ist wegen seiner mittelbaren Morbiditätsorientierung nur bedingt in der Lage, den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken zu gewährleisten.“
- „Der Gesetzgeber verfolgt mit der direkten Morbiditätsorientierung legitime Ziele, weil er den Solidarausgleich [...] verbessern und insbesondere Risikoselektion zulasten von – chronisch – Kranken vermeiden will“.

(BVerfGE 113, 167/263)

## So funktioniert der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich



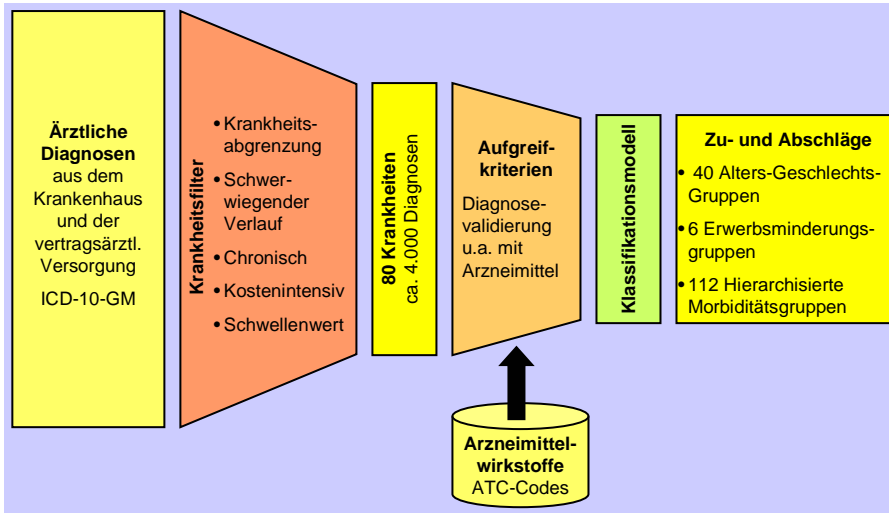
5

## Der Morbi-RSA berechnet sich „prospektiv“

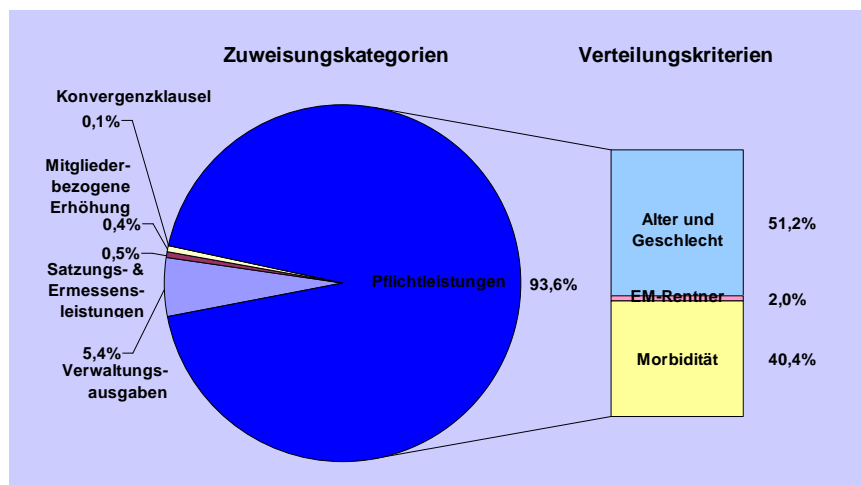
- Krankenkassen erhalten Morbiditätszuschläge für die Versicherten im Jahr  $t$  anhand der Diagnosen und Verordnungen im Jahr  $t-1$
  - Morbiditätszuschläge berechnen sich als die durchschnittlichen Folgekosten im Jahr  $t$  einer Diagnose im Jahr  $t-1$
- ⇒ Wirtschaftlichkeitsanreize  
 ⇒ keine Refinanzierung von Behandlungskosten  
 ⇒ Vermeidung von Risikoselektion

6

## Von der Diagnose bis zum Zuschlag: Zuordnung der Versicherten in Risikogruppen

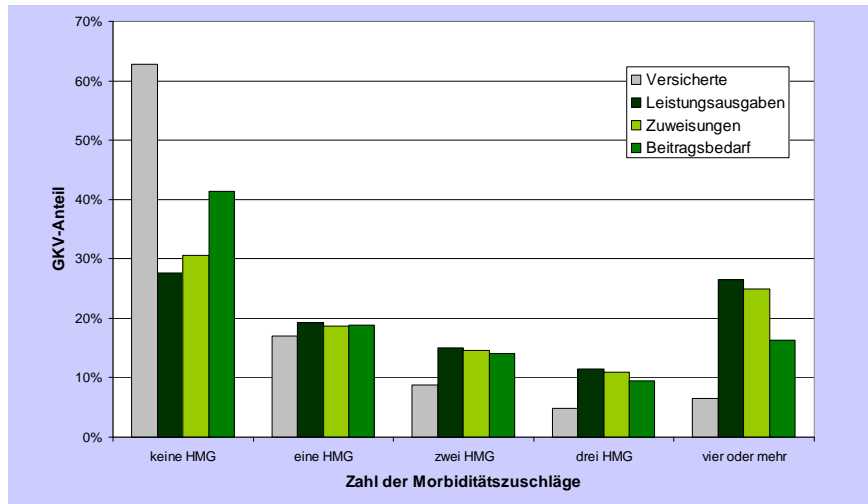


## Ergebnisse des Jahresausgleichs: Zuweisungskategorien und -kriterien





## Versorgungsmanagement kann aus chronisch Kranken gute Risiken machen



9



## Missverständnisse zum Morbi-RSA (1)

„Der Morbi-RSA hat das Ziel, **je Versicherten** auskömmliche Zuweisungen zu ermitteln.“

Zielgenaue Zuweisungen an **Krankenkassen**:

- Morbiditätslast wird beispielhaft an 80 Krankheiten festgemacht
- Prospektives Modell erfasst kein akutes Krankheitsgeschehen
- über 50 % der Mittel werden über Alter und Geschlecht verteilt

10

## Missverständnisse zum Morbi-RSA (2)

„Der Morbi-RSA dient dazu, den Krankenkassen die Kosten teurer Krankheiten zu refinanzieren.“

- Der Morbi-RSA dient dazu, die Einnahmen der Krankenkassen an die Risikostruktur anzupassen.
- Ausgleich standardisierten Ausgaben
- Orientierung an Risikomerkmale
- Ausgleich von „Risiken“ und nicht von „Ausgaben“

11

## Beispiel: Deckungsquoten für ausgewählte Krankheiten

Krankheit	prospektiv
Infektionen	91,0%
HIV/AIDS	99,8%
Neubildungen	91,7%
Diabetes mellitus	97,2%
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems	96,2%
Psychische Erkrankungen	95,4%
Multiple Sklerose	99,2%
Akuter Myokardinfarkt	89,0%
KHK	96,8%
Hypertonie	98,6%
Medizinische Komplikationen	92,0%

12



## Beispiel: Deckungsquoten für ausgewählte Krankheiten

Krankheit	prospektiv	zeitgleich
Infektionen	91,0%	25,1%
HIV/AIDS	99,8%	75,9%
Neubildungen	91,7%	64,8%
Diabetes mellitus	97,2%	89,9%
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems	96,2%	71,3%
Psychische Erkrankungen	95,4%	77,4%
Multiple Sklerose	99,2%	88,0%
Akuter Myokardinfarkt	89,0%	27,3%
KHK	96,8%	93,7%
Hypertonie	98,6%	96,8%
Medizinische Komplikationen	92,0%	35,6%

13



## Missverständnisse zum Morbi-RSA (3)

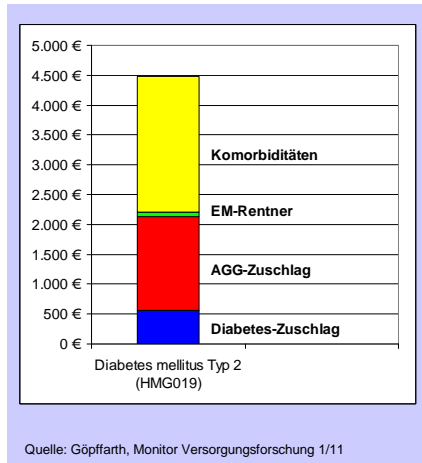
„Die **Morbiditätszuschläge** sind die Kosten der Krankheit und eignen sich als Orientierung für Vergütung.“

Morbiditätsgruppen sind Risikogruppen, über die Ausgabenrisiken der **Krankenkassen** erfasst werden.

- Prospektiv: Orientierung an Folgekosten
- Werden ergänzt durch Zuschläge nach Alter und Geschlecht, EM-Rentner, Komorbidität
- Umfassen fehlende Komorbidität

14

## Beispiel: Zuweisungen für Diabetiker



- Typ 2-Diabetiker erhalten insgesamt Zuweisungen von knapp 4.500 €
- Davon macht der Diabetes-Zuschlag nur 13 % aus.
- AGG-Zuschläge machen 35 % aus, übrige HMG-Zuschläge (Komorbiditäten) über 50 %

15

## Missverständnisse zum Morbi-RSA (4)

„Die Krankenkassen haben Anspruch auf eine Abbildung der ‚realen Morbidität‘.  
(= perfekte Kodierung)“

- Grundlage für die Zuordnung sind die Diagnose, so wie sie abgerechnet wurden.
- Überprüfung der Diagnosen außerhalb der Abrechnungsprüfungen durch Krankenkassen unzulässig
- Es kommt nicht auf perfekte Kodierung an, sondern darauf, dass keine Verzerrungen existieren.

16



## Missverständnisse zum Morbi-RSA (5)

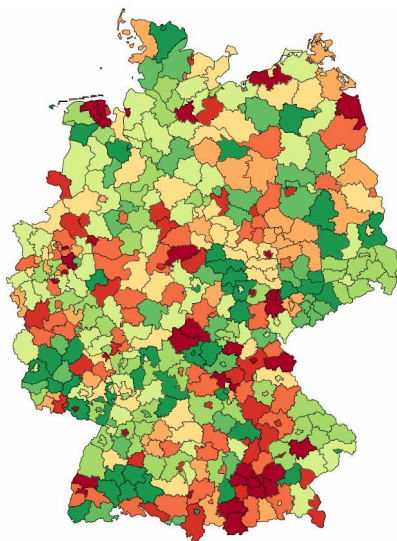
„Der Morbi-RSA entscheidet über die finanzielle Ausstattung in den Bundesländern.“

- Entscheidend ist die Ausgestaltung der Vergütungssysteme
- Die Mehrzahl der Versicherten ist bei überregionalen Krankenkassen versichert
- Problematisch sind die fehlenden zusätzlichen Einnahmequellen der Krankenkassen (Zusatzbeitrag)

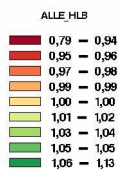
17



## Beispiel: Regionale Über- und Unterdeckungen



- Unterschiede innerhalb eines Landes sind größer als zwischen den Ländern.
- Probleme:  
Anreize zur regionalen Risikoselektion, wettbewerbliche Verzerrungen



18



## Missverständnisse zum Morbi-RSA (6)

„Der Morbi-RSA hat das Ziel, den **einheitlichen Beitragssatz** zu implementieren.“

RSA gleicht Risikostrukturunterschiede aus, Wirtschaftlichkeitsunterschiede.

- Ausgleich standardisierten Ausgaben, nicht tatsächlicher Ausgaben.
  - Wirtschaftlichkeitsunterschiede bleiben
- ⇒ Der RSA setzt Wettbewerb und Preisdifferenzierung voraus



## Missverständnisse zum Morbi-RSA (7)

„Finanzielle Unterausstattungen sind Folge des Morbi-RSA.“

- Die Erhebung von Zusatzbeiträgen ist im System angelegt
- Konstruktionsfehler beim Zusatzbeitrag ließen Krankenkassen hier sehr zurückhaltend sein
- GKV-FinG hat diese Fehler behoben, es bleibt aber bei wettbewerblichen Problemen



# Weitere Informationen: <http://www.bva.de>

The screenshot shows the website of the Bundesversicherungsamt. The main content area is titled 'Risikostrukturausgleich' (Risk Structure Adjustment). Under the heading 'Allgemeine Informationen', there are three bullet points:

- Wie funktioniert der Risikostrukturausgleich?
- RSA Leitfaden 2008: Erläuterungen zu den Grundlagen, Berechnungen und zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs im BVA
- Grundlage zur Ermittlung der monatlichen Ausgleichsforderung/-verpflichtung inklusive Erläuterungen (Stand: Dezember 2008)
- FAQ's zum Risikostrukturausgleich

On the right side, there is a section titled 'Aktuelle Neuigkeiten' (Current News) with several entries, including 'Hinweis zu den Festlegungen von BVA-DRG (17.01.2008)', 'Hinweis zu den Festlegungen nach § 75 Abs. 4 SGB V vom 3. Juli 2008', 'Stellungnahmen der Spitzenverbände zum Festlegungsentwurf (03.07.2008)', 'Stellungnahmen der Spitzenverbände zum Festlegungsentwurf (03.07.2008) (02/168-18)', 'Festlegung der Herstellpreisen, des Zurechnungsalgorithmus, des Regressions- sowie des Bewohnungsverfahrens (03.07.2008)', 'Festlegung der Herstellpreisen, des Zurechnungsalgorithmus, des Regressions- sowie des Bewohnungsverfahrens (03.07.2008) (02/168-18)', and 'Festlegung der Herstellpreisen, des Zurechnungsalgorithmus, des Regressions- sowie des Bewohnungsverfahrens (03.07.2008) (02/168-18)'.