2 Zusammenfassung

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs legt die Evaluation des Jahresausgleichs 2009 vor. Die Untersuchung führt zunächst knapp in Ziele (Kap. 3) und Funktionsweise (Kap. 4) des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ein. Anschließend beschreibt der Bericht (in Kap. 5) die Methodik der Untersuchung und entwickelt Kennzahlen für die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Einen Schwerpunkt bildet (in Kap. 6) die Analyse der Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Die Studie analysiert des Weiteren (in Kap. 7) exemplarisch ausgewählte Reformvorschläge. Fragen der Planbarkeit und Stetigkeit werden anschließend (in Kap. 8) untersucht. Mit der Frage nach der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA befasst sich die Evaluation (in Kap. 9) ebenso wie mit dem Verhältnis von Morbi-RSA und Prävention (in Kap. 10). Mit der Untersuchung der Zuweisungen für das Krankengeld (Kap. 11) und den Zuweisungen für Verwaltungsausgaben (Kap. 12) werden zwei spezifische Aufträge des Bundesministeriums für Gesundheit an den Wissenschaftlichen Beirat umgesetzt. Schließlich werden (in Kap. 13) die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für Satzungs- und Ermessensleistungen untersucht.

Der Bericht kommt zu folgenden wesentlichen Ergebnissen:

1. Insgesamt hat die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gegenüber dem bis zum Jahr 2008 bestehenden Risikostrukturausgleich einschließlich Risikopool die **Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben** erhöht. Die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten führt zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene. Überraschenderweise gilt dies nicht nur für die 80 im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten, sondern aufgrund von Komorbiditätseffekten auch für dort nicht berücksichtigte Krankheiten. Allerdings zeigt sich auf der Grundlage der Ergebnisse des Jahresausgleichs 2009, dass auch hier noch Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Deckungsquoten von Versicherten mit Krankheiten besteht, die mit hoher Letalität und ausgeprägter Multimorbidität einhergehen. Für „Gesunde“ und Versicherte, die geringe Ausgaben verursachen, bestehen umgekehrt nach wie vor spürbare Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Ein „Übermaß“ an Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich kann daher bei dieser Datenlage nicht konstatiert werden.

2. **Regionale Unterschiede** spielen als Determinanten der Ausgaben und der Deckungsbeiträge auf Individual- und Kassenebene eine wesentliche Rolle. Insbesondere zeigt die Analyse des Wissenschaftlichen Beirats, dass es zu Unterdeckungen in Kernstädten und Überdeckungen im umliegenden Verdichtungsraum

kommt. Diese Über- und Unterdeckungen konnten mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gegenüber dem alten Risikostrukturausgleich zwar reduziert, aber nicht beseitigt werden. Grundsätzlich sollten durch den RSA aus anreiztheoretischer Sicht nur Faktoren ausgeglichen werden, welche die Krankenkassen nicht steuern können. In der Praxis erweist sich aber eine entsprechende Trennung von steuerungsfähigen und nicht steuerungsfähigen Faktoren als schwierig bis unmöglich. Die regionalen Steuerungsmöglichkeiten für Kassen sind sektoral unterschiedlich und regional begrenzt. Die in der Analyse zu Grunde gelegten regionalen Faktoren stellen nicht auf Ländergrenzen, sondern Kreise ab. Die Analyse zeigt, dass eine Einbeziehung von Regionalfaktoren im Risikostrukturausgleich, die auf Ländergrenzen abstellt, aus wissenschaftlicher Sicht zu kurz greifen würde. Außerdem stellt sich die Frage, ob der Risikostrukturausgleich das richtige Instrument für die Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist.

3. Der wissenschaftliche Beirat stellt fest, dass insgesamt nur unzureichend Daten zur Beurteilung der **Zuweisungen für die Auslandsversicherten** vorliegen. Offenbar besteht insgesamt eine erhebliche Überdeckung der Ausgaben für Auslandsversicherte, allerdings ist die Situation bei den Einzelkassen hierbei sehr unterschiedlich. Der Sachverhalt ist dabei sehr komplex: Die Regeln für die Erstattungen erfolgen in bilateralen Abkommen zwischen den Staaten. Diese unterscheiden sich nach Abkommensstaat erheblich in der Art der Abrechnung (pauschal, einzelleistungsbezogen) und in der Höhe. Die Abrechnung erfolgt über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA), die aber keine versichertenbezogene Angaben erhält. Die Abrechnungen erfolgen zum Teil mit erheblicher zeitlicher Verzögerung. Eine Trennung der Ausgaben für Versicherte mit dauerhaftem Aufenthalt im Ausland von denen mit nur zeitweiligem Aufenthalt kann weder von der DVKA, noch auf der Basis der Jahresrechnungen der Krankenkassen trennscharf vorgenommen werden. Eine entsprechende Datenbasis liegt nur den einzelnen Krankenkassen vor. Der Wissenschaftliche Beirat fordert daher den GKV-Spitzenverband als Vertreter der Krankenkassen auf, die Transparenz in diesem Bereich wesentlich zu verbessern. Er regt an zu überprüfen, ob als erster Schritt zu zielgenaueren Zuweisungen übergangsweise die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die Krankenkassen insgesamt auf die Summe der von diesen verursachten Leistungsausgaben begrenzt werden könnte.

4. Der Wissenschaftliche Beirat untersucht die Wirkungen einer möglichen **Wiedereinführung des Risikopools**, wie sie teilweise diskutiert wird. Es zeigt sich, dass dadurch die Zielgenauigkeit des Ausgleichsverfahrens auf der Ebene der Versicherten, der gebildeten Gruppen und der Kassen deutlich verbessert würde. Der Nettoeffekt auf der Ebene der Krankenkassen ist allerdings gering, da die Erstattungen durch den Risikopool durch eine entsprechende Kürzung der Zuschläge in

den Alters- und Geschlechtsgruppen sowie bei den im RSA berücksichtigten Erkrankungen finanziert werden. Der höheren Zielgenauigkeit des Risikopools steht zudem ein höherer Verwaltungsaufwand bei der Durchführung und Prüfung des Risikopools als zusätzlichem Ausgleichsverfahren neben dem Risikostrukturausgleich gegenüber. Auch ist zu bedenken, dass der Risikopool als partieller Ist-Ausgabenausgleich kritischer zu beurteilen ist, als der auf standardisierten Ausgaben beruhende Risikostrukturausgleich.

Aus Sicht des Beirats ist die Abwägung zwischen diesen Vor- und Nachteilen eine politische Frage, zu der es aus wissenschaftlicher Sicht keine eindeutige Antwort gibt. Als Alternative zum Risikopool bietet sich ein weiterer Ausbau der im Risikostrukturausgleich geschaffenen Differenzierungen bei Hochkostenkrankheiten an. Gegenwärtig erfolgt diese Differenzierung in erster Linie über spezifische Arzneimittel. Eine weitere Differenzierung könnte erreicht werden, wenn die Datengrundlage für den Risikostrukturausgleich auch auf Prozeduren erweitert und die Stichprobe vergrößert würde.

5. Der Wissenschaftliche Beirat untersucht den diskutierten Reformvorschlag, einer **Reduktion der Zahl der im RSA berücksichtigten Erkrankungen** exemplarisch am Beispiel der Reduktion von 80 Krankheiten auf 50 bzw. auf 30 Krankheiten. Die statistischen Analysen zeigen zunächst, dass Veränderungen der Zahl der im RSA berücksichtigten Krankheiten unvorhergesehene und teilweise kontraintuitive Auswirkungen im Risikostrukturausgleich haben. Dies liegt daran, dass das Krankheitsgeschehen über Komorbiditäten eng miteinander verflochten ist und die Ausgaben von nicht berücksichtigten Krankheiten über diese Komorbiditäten in die Zuschläge für die berücksichtigten Krankheiten – allerdings in einer nicht immer zielgenauen Art und Weise – einfließen.

   Die empirische Analyse zeigt, dass der Vorschlag einer Reduktion der Zahl der berücksichtigten Krankheiten nicht zielführend ist. Die Überdeckung für „gesunde“ Versicherte und die Unterdeckung Multimorbider werden verschärft. Dies gilt entsprechend auf der Beobachtungsebene der Krankenkassen. Verschärft wird diese Problematik, wenn neben der Zahl der Krankheiten auch die Abgrenzung und Auswahlkriterien für die Krankheiten restriktiver gewählt werden. Auch in regionaler Hinsicht ergeben sich nicht zielführende Wirkungen. Ähnlich würde die **Beschränkung auf maximal einen Zuschlag je Versicherten** wirken, die vom Beirat daher ebenfalls nicht empfohlen wird.

6. Auch der „umgekehrte“ Vorschlag einer **Komplettierung der Krankheitsliste** wird vom Wissenschaftlichen Beirat exemplarisch empirisch untersucht, indem sämtliche der 286 gegenwärtig nicht im RSA berücksichtigten Erkrankungen potenziell für einen Zuschlag zugelassen werden. Im prospektiven Modell würden sich hier-

bei auf der Datenbasis des Jahresausgleichs 2009 faktisch für 126 heute nicht berücksichtigte Erkrankungen Zuschläge ergeben. Die Erweiterung würde zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf der Ebene von Individuen und Gruppen von Versicherten führen und systematische Überdeckungen bei Krankenkassenkassen mit geringer und Unterdeckungen bei Krankenkassen mit hoher Morbidität tendenziell abbauen.

Allerdings sind die Effekte aufgrund des Einflusses der Komorbiditäten teilweise widersprüchlich und nicht immer konsistent. Es ist aber einschränkend darauf hinzuweisen, dass für die zusätzlich berücksichtigten Erkrankungen kein ausgefeiltes Klassifikationssystem entwickelt werden konnte, sondern lediglich für jede Erkrankung ein Zuschlag vorgesehen wurde. Die Zielgenauigkeit einer Komplettierung des Krankheitsspektrums dürfte größer sein, wenn auch die neuen 286 Krankheiten in das bestehende differenzierte, hierarchische Klassifikationssystem einbezogen würden.

7. Aufgrund der empirischen Analysen hält es der Wissenschaftliche Beirat für geboten, die **Ausgaben von allen Versicherten mit unvollständigen Versichertenepisoden zu annualisieren**. Gegenwärtig ist dies bei den Ausgaben von im Berichtsjahr verstorbenen Versicherten nicht der Fall – anders als in der internationalen Wissenschaft empfohlen und in den übrigen Ländern mit Morbi-RSA praktiziert. Das gegenwärtige Verfahren führt dazu, dass die Ausgaben Verstorbener den Risikogruppen nur unvollständig zugerechnet werden und die ermittelten standardisierten Leistungsausgaben insbesondere in Risikogruppen, die eine hohe Mortalität aufweisen, systematisch zu niedrig ausfallen. Die Folge ist, dass der Risikostrukturausgleich Unterschiede in den Altersstrukturen zwischen den Krankenkassen nicht mehr vollständig ausgleicht und Krankheiten mit hoher Mortalität (z.B. bösartige Neubildungen) systematische Unterdeckungen aufweisen.

   Mit einer Annualisierung der Ausgaben auch von verstorbenen Versicherten kann auf Individual- und Gruppenebene sowie auf der Ebene der Krankenkassen eine größere Zielgenauigkeit der Zuweisungen erreicht werden. Die im Jahresausgleich 2009 beobachtete Tendenz, nach der mit der durchschnittlichen Morbidität einer Kasse ihre Unterdeckung zunahm, würde bei einer sachgerechten Annualisierung weitestgehend beseitigt. Auch würde die festgestellte Belastung von Krankenkassen mit vielen Hochkostenfällen weitgehend beseitigt, so dass damit dann auch die Notwendigkeit der Einführung eines Risikopools reduziert würde. Der Beirat empfiehlt daher, die Sonderberechnung der Zuweisungen für Verstorbene zu streichen und ihre Ausgaben entsprechend der international üblichen Verfahrensweise zu annualisieren.

8. Der Wissenschaftliche Beirat greift die Diskussion über **Planungssicherheit und Stetigkeit des RSA** auf. Viele Krankenkassen beklagen eine geringe Planungssicherheit hinsichtlich der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Tatsächlich waren im Jahresausgleich und in den vorangegangenen Strukturanpassungen auf Einzelkassenebene teilweise erhebliche Änderungen in den Zuweisungen festzustellen. Es ist aber zu berücksichtigen, dass ein großer Teil der Änderungen im Laufe des Ausgleichsjahres 2009 auf Rechtsänderungen und Sondereffekte zurückzuführen sind, die in den Folgejahren nicht mehr auftreten oder durch Verfahrensanpassungen reduziert bzw. beseitigt wurden.

   Die verbleibenden Anpassungen, z.B. an veränderte Versichertenzahlen und -strukturen, sind aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirates sachgemäß. Sie reduzieren zwar ex ante die Planungssicherheit, führen aber ex post zu einer höheren Zielgerichtetheit, da veränderte Verhältnisse bei den Zuweisungen berücksichtigt werden. Ähnliches gilt auch für die Neuberechnung der Gewichtungsfaktoren im Rahmen des Jahresausgleiches. Hier sollte aber aus Sicht des Beirats erwogen werden, vorliegende Erkenntnisse – z.B. aus dem GKV-Schätzerkreis – bereits frühzeitig durch eine Anpassung der Rechengrößen im monatlichen Abschlagsverfahren zu berücksichtigen.

9. Die **Stichprobengröße** zur Entwicklung des Klassifikationsmodells und zur Berechnung der Zuschläge für die hierarchisierten Morbiditätsgruppen hat sich bereits bei zurückliegenden Anpassungen des Klassifikationsmodells als kritische Größe erwiesen. Zudem bestehen gewisse Fragen hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe. Der Beirat plädiert aus diesem Grund dafür, zukünftig die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben – wie bereits jetzt schon die Versichertenstammdaten und Morbiditätsinformationen – im Rahmen einer Vollerhebung zu melden. Dies kann ohne Rechtsänderung vom Bundesversicherungsamt mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden.

10. Der Wissenschaftliche Beirat weist darauf hin, dass die **jährliche Überprüfung der Krankheitsauswahl** im Verfahren erhebliche Ressourcen bindet. Die Änderungen reduzieren auch die Planungssicherheit der Krankenkassen. Aus diesem Grund schlägt der Beirat vor, dass zukünftig die Überprüfung der Krankheitsauswahl in einem etwas längeren Zyklus, z.B. alle drei Jahre, erfolgen sollte. Das Klassifikationssystem ist gleichwohl regelmäßig weiter zu entwickeln, auch um den Veränderungen in der Medizin und den Kosten Rechnung zu tragen.

11. Der Wissenschaftliche Beirat nimmt eine umfassende empirische Analyse der Entwicklung der kodierten Diagnosen und verordneten Arzneimittel vor, um die Frage der **Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA** untersuchen zu können. Es ist festzustellen, dass die Anzahl der gemeldeten Diagnosen im Zeitraum von

2006 bis 2009 um 5%-8% pro Jahr angestiegen ist. Dabei erklärt die demographische Alterung etwa ein Viertel dieses Anstiegs. Es finden sich aber keine Belege, dass dieser Anstieg pauschal im Kontext mit dem Morbi-RSA steht. Vielmehr scheint ein langfristiger Trend zu vermehrter Diagnostik, sorgfältigerem Kodieren und einer vollständigeren technischen Erfassung die wahrscheinlichsten Erklärungen für den Anstieg der Zahl der Diagnosen darzustellen. Der Wissenschaftliche Beirat hält aber eine sorgfältige weitere Beobachtung für angezeigt. Auch das durch den Gesetzgeber dem Bundesversicherungsamt eingeräumte Kontrollinstrumentarium muss sorgfältig überprüft und weiterentwickelt werden.

12. Der Wissenschaftliche Beirat befasst sich auch mit dem **Zusammenhang zwischen Morbi-RSA und Präventionsaktivitäten der Krankenkassen**. Festzustellen ist, dass je nach Abgrenzung der Präventionsaktivitäten beim Übergang von 2008 nach 2009 ein Anstieg oder ein Rückgang bei einzelnen Ausgabenbereichen der Krankenkassen für Prävention zu verzeichnen ist. Insbesondere wurden offenbar die Ausgaben für individuelle Präventionsansätze reduziert. Allerdings muss bei der Bewertung nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats berücksichtigt werden, dass sich die Rahmenbedingungen der Krankenkassen zum 1. Januar 2009 nicht nur durch die Einführung des Morbi-RSA geändert haben. Vielmehr wurde der Wettbewerb durch die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes mit einem Preiswettbewerb über Zusatzbeiträge erheblich verschärft. Die Erhebung eines Zusatzbeitrages wird unter diesen Rahmenbedingungen von den Krankenkassen so lange wie möglich hinaus geschoben, um einem Mitgliederschwund durch Kassenwechsler entgegenzuwirken. Um jedoch einen Zusatzbeitrag vermeiden zu können, muss die Krankenkasse dort Ausgaben sparen, wo sie Entscheidungsspielräume hat und dies vertretbar erscheint. Dies könnte u.a. Präventionsleistungen aus dem Satzungs- und Ermessensbereich betreffen. Insofern wäre eine Reduktion von Ausgaben im Präventionsbereich nicht unmittelbar zwingend auf den Morbi-RSA zurückzuführen, sondern der Vermeidung von Zusatzbeiträgen geschuldet.

    Der Wissenschaftliche Beirat hält es auch angesichts des sehr kurzen Zeitraumes seit Einführung des Morbi-RSA zum gegenwärtigen Zeitpunkt für verfrüht, eine definitive Beurteilung zur Frage abzugeben, ob der Morbi-RSA die Prävention beeinträchtigt. Er sieht es aber als erforderlich an, die Entwicklung sorgfältig weiter zu beobachten.

13. Der Wissenschaftliche Beirat hat den Auftrag erhalten, mögliche Alternativen zum gegenwärtig praktizierten Verfahren zur Ermittlung der **Zuweisungen für das Krankengeld** empirisch zu untersuchen und zu bewerten. Die Problematik beim Krankengeld liegt darin, dass es sich im Gegensatz zu den sonstigen im RSA be-

rücksichtigten Leistungsbereichen nicht um eine einkommensunabhängige Sach-, sondern um eine reine Lohnersatzleistung handelt. Auch verwendet das gegenwärtige Verfahren nur Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus als Ausgleichsvariablen, ignoriert also den empirisch gut belegten Zusammenhang, dass auch die Morbidität jenseits dieser Variablen Einfluss auf die Häufigkeit von Krankengeldtagen und damit die Leistungspflicht der Krankenkassen hat.

Der Wissenschaftliche Beirat hat eine größere Anzahl von Alternativen zum gegenwärtigen Zuweisungsmodell konzeptionell entwickelt und empirisch überprüft. Im Ergebnis kann allerdings keines dieser Modelle durch eine deutlich verbesserte Zielgenauigkeit gegenüber dem Status quo überzeugen. Zwar zeigen die Modelle auf der Individualebene des einzelnen Versicherten teilweise hinsichtlich ihrer statistischen Ergebnisse Verbesserungen, nicht jedoch auf der Ebene der Krankenkassen. Dies liegt auch daran, dass eine Reihe wesentlicher, von einer Krankenkasse in der Regel nicht beeinflussbarer Parameter ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Krankengeldzahlungen haben dürften. Hierüber sind jedoch für die Modellentwicklung des Wissenschaftlichen Beirats keine Daten verfügbar. Hierzu zählen etwa tarifvertragliche Besonderheiten (verlängerte Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall) oder auch die vom Arbeitsumfeld abhängende Möglichkeit zur frühzeitigen (bzw. eher späten) Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach überstandener Erkrankung.

In Anbetracht der Ergebnisse für die analysierten Modellalternativen ist ein Abweichen vom gegenwärtigen Verfahren nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats nicht angezeigt. Vor dem Hintergrund der noch immer offenen Fragen ist offenkundig, dass bezüglich der Möglichkeiten zur Standardisierung von Krankengeldbezugszeiten bzw. der damit verbundenen Ausgaben erheblicher Forschungsbedarf besteht.

14. Der Wissenschaftliche Beirat hat auch den Auftrag, die Schlüsselung der standardisierten **Zuweisungen zur Deckung der Verwaltungsausgaben** zu überprüfen. Der Beirat hat dazu zunächst die Wirkungen des heutigen Schlüssels, nachdem 50 Prozent der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben anhand der Zahl der Versicherten und 50 Prozent anhand der Morbidität der Versicherten erfolgen, analysiert. Die empirische Untersuchung zeigt dabei, dass Krankenkassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität tendenziell Überdeckungen bei den Verwaltungsausgabenzuweisungen aufweisen, während Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Morbidität tendenziell eher unterdeckt sind. Die verschiedentlich aufgeworfene These einer übermäßigen Berücksichtigung der Morbidität kann daher verworfen werden.

Der Wissenschaftliche Beirat hat sodann die Wirkungen alternativer Verteilungsschlüssel untersucht. Im Ergebnis zeigt sich, dass aufgrund der statistischen Analysen eine stärkere Berücksichtigung der Morbidität – die je nach Beurteilungskriterium zwischen 70% und 90% läge – sachgerecht wäre. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Zunahme an Zielgenauigkeit gegenüber dem Status quo nur geringfügig wäre. Im umgekehrten Fall einer Erhöhung des Versichertenzahlanteils im Schlüssel käme es aber zu einer deutlichen Verschlechterung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen. Keine konsistenten Effekte würde eine Umstellung des Versichertenbezugs auf einen Mitgliederbezug mit sich bringen. Im Ergebnis schlägt der Wissenschaftliche Beirat vor, keine Veränderungen beim Zuweisungsschlüssel für die Verwaltungskosten vorzunehmen.

15. Der Wissenschaftliche Beirat hat auch die Wirkungen der **Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen**, die gegenwärtig als standardisierte Zuweisungen je Versicherten erfolgen, überprüft. Zwar ist die Zielgenauigkeit dieser Zuweisungen gering, jedoch wirkt offenbar eine Vielzahl von Einflussfaktoren auf Entstehung und Höhe dieser Ausgaben ein, zu denen kaum Informationen aus Routinedaten zur Verfügung stehen. Daher schlägt der Wissenschaftliche Beirat vor, an der Ausgestaltung der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen keine Veränderungen vorzunehmen.