

Prof. Dr. Volker Ulrich
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III,
insbesondere Finanzwissenschaft
Universität Bayreuth
95440 Bayreuth

Reform des Morbi-RSA: Sachstand und Bewertung

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen
Reform des Morbi-RSA: Sachstand und Bewertung
Freitag, 25. Oktober 2019

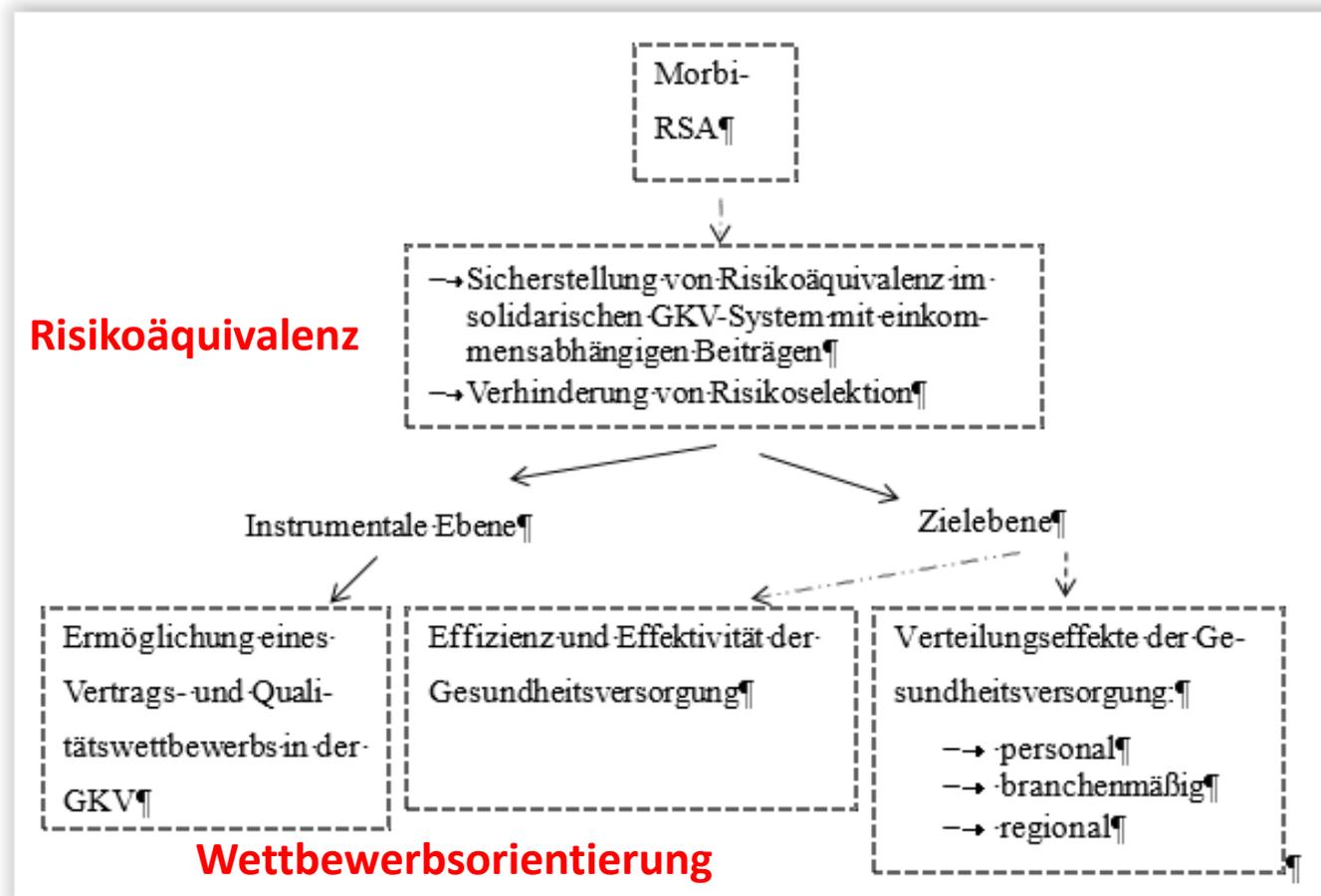
Reform des Morbi-RSA: Sachstand und Bewertung

Gliederung

1. Einleitung
2. Status quo und Kennzahlen
3. Kabinettsentwurf GKV-FKG
4. Ausblick

1. Einleitung

Ziele des Morbi-RSA: Risikoäquivalenz und Wettbewerb



Quelle: Darstellung in Anlehnung an Wille/Ulrich/Schneider 2007, S. 31 und 2008, S. 45.

2. Status quo und Kennzahlen

Deckungsquoten nach Altersgruppen und Anzahl Morbiditätszuschläge (LAoKG)

JA2017

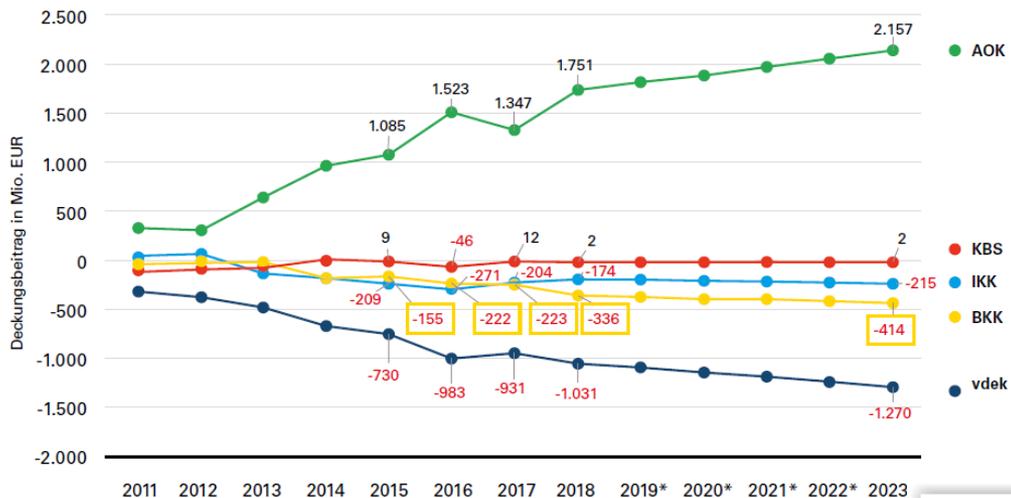
Anzahl HMGs in T0	Altersgruppe																			
	0 Jahre	1 - 5 Jahre	6 - 12 Jahre	13 - 17 Jahre	18 - 24 Jahre	25 - 29 Jahre	30 - 34 Jahre	35 - 39 Jahre	40 - 44 Jahre	45 - 49 Jahre	50 - 54 Jahre	55 - 59 Jahre	60 - 64 Jahre	65 - 69 Jahre	70 - 74 Jahre	75 - 79 Jahre	80 - 84 Jahre	85 - 89 Jahre	90 - 94 Jahre	95+ Jahre
0	100,0%	101,9%	105,1%	109,9%	108,7%	107,1%	104,3%	104,7%	103,9%	105,0%	104,4%	103,1%	98,4%	104,5%	109,1%	106,7%	101,3%	91,5%	83,0%	74,5%
1	<100 VJ	127,3%	102,9%	88,7%	94,7%	95,3%	98,7%	97,7%	96,7%	96,0%	95,5%	95,4%	94,3%	97,2%	98,6%	96,5%	91,8%	84,6%	76,5%	70,9%
2	<100 VJ	84,4%	85,1%	71,1%	84,1%	91,3%	95,7%	97,5%	99,7%	99,0%	99,4%	99,2%	99,3%	99,8%	99,2%	97,5%	94,0%	89,1%	83,3%	80,5%
3	<100 VJ	55,6%	59,5%	61,6%	77,6%	89,2%	93,8%	96,2%	99,1%	99,4%	101,5%	101,4%	102,6%	101,1%	100,8%	99,2%	97,3%	93,0%	90,1%	89,3%
4	<100 VJ	46,7%	50,7%	56,5%	72,4%	83,4%	90,7%	93,4%	99,5%	99,4%	101,3%	102,2%	104,4%	102,6%	101,5%	100,8%	98,8%	97,2%	96,4%	98,4%
5	<100 VJ	49,1%	45,5%	54,5%	68,3%	80,7%	86,2%	93,4%	97,5%	99,3%	100,9%	102,0%	103,7%	101,5%	100,3%	101,0%	100,8%	100,8%	102,6%	105,8%
6	<100 VJ	47,9%	44,6%	51,3%	70,1%	81,1%	86,2%	88,6%	93,8%	99,5%	99,4%	101,8%	103,5%	100,6%	99,6%	101,2%	102,3%	104,4%	107,3%	113,9%
7	<100 VJ	48,8%	47,3%	62,7%	68,9%	79,8%	85,5%	92,5%	87,1%	95,8%	98,5%	100,9%	102,0%	97,9%	98,7%	101,3%	103,6%	106,7%	113,1%	119,7%
8	<100 VJ	53,9%	<100 VJ	<100 VJ	82,5%	75,0%	84,5%	89,7%	91,4%	94,8%	94,8%	99,9%	99,3%	97,1%	97,9%	100,7%	104,2%	108,7%	115,9%	124,9%
9	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	74,0%	81,0%	89,1%	96,0%	91,4%	96,4%	97,9%	97,4%	95,6%	96,8%	101,2%	105,6%	111,0%	119,8%	129,3%
10	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	79,2%	78,7%	93,1%	87,2%	90,6%	93,7%	98,4%	95,0%	95,8%	101,3%	105,3%	112,1%	122,6%	133,2%
11	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	78,0%	87,9%	80,6%	91,0%	96,5%	93,6%	94,7%	92,8%	98,6%	105,2%	114,9%	126,7%	142,0%
12	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	76,3%	100,8%	93,2%	90,1%	94,6%	91,3%	93,2%	99,4%	107,0%	117,9%	129,4%	135,7%
13	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	90,2%	94,7%	92,5%	95,8%	91,4%	94,2%	100,3%	106,0%	117,2%	133,4%	158,7%
14	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	92,8%	89,0%	94,8%	93,1%	96,1%	98,7%	106,5%	120,8%	135,1%	158,7%
15	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	83,6%	90,3%	96,4%	97,7%	95,8%	100,7%	111,6%	115,6%	127,1%	<100 VJ
16	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	95,9%	95,1%	93,8%	93,5%	98,1%	110,7%	124,5%	133,4%	<100 VJ
17	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	93,2%	78,0%	99,2%	100,4%	112,1%	121,5%	<100 VJ	<100 VJ
18	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	90,9%	97,0%	119,6%	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ
19	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ
20	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ
21	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ
22	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ
23	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ
24	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ
>=25	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ	<100 VJ

Ohne Versicherte mit Zuordnung zu einer Kostenerstattergruppe.

Bundesversicherungsamt. Stand: 14.01.2019

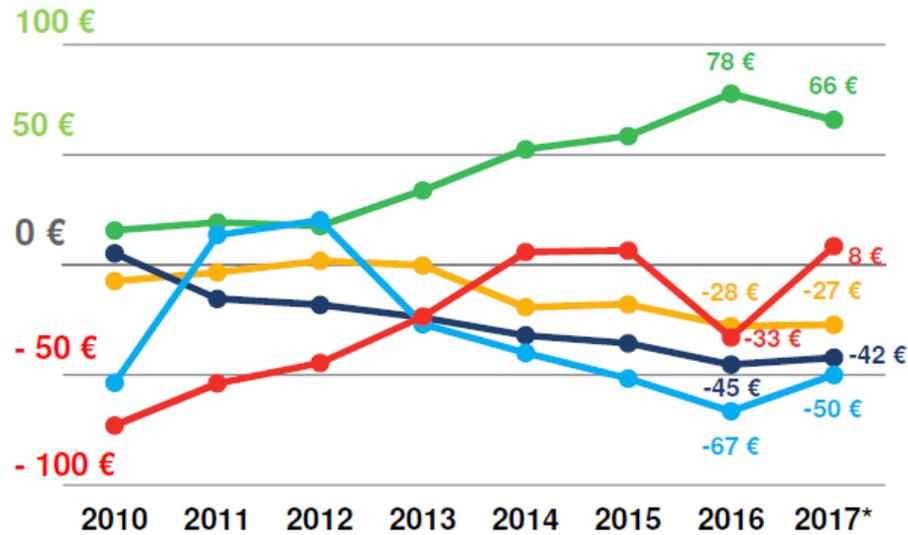
18

Blick auf die Kassenarten



Morbi-RSA-Zuweisungen bis 2017 gem. BVA-Schlussausgleichen; Zuweisungen 2018 ohne Berücksichtigung vidueller Schätzungen sowie Leistungsausgaben nach 9995 aus KJ1; inkl. DMP; ohne Verwaltungskosten und Ermessensleistungen; ohne mitgliederbezogene Veränderungsrate.

* Fortschreibung laut GKV-Schätztableau vom 11.10.2018



Quelle: BVA 2018, BKK DV 2019.

3. Kabinetts- und Referentenentwurf GKV-FKG (März und Oktober 2019)

Neuregelungen, die den Morbi-RSA, das Organisations- und Wettbewerbsrecht der Kassen sowie die Strukturen des GKV-Spitzenverbands betreffen:

- **Vollmodell**
 - **Regionalkomponente**
 - **Streichung Gruppen für Erwerbsgeminderte**
 - **Einführung eines Risikopools**
 - **Einführung von Altersplits**
 - **Mehrfache Arzneimitteldifferenzierung**
 - **Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA**
 - **Streichung DMP-Programmkostenpauschale**
-
- **Integration von Präventionsanreizen (Präventionskostenpauschale)**
 - **4-Jahres-Evaluation durch Wiss. Beirat**
-
- **Reform des Organisationsrechts (Öffnung regionaler Kassen)**
 - **Vereinheitlichung der Aufsichtspraxis (gemeinsame Aufsichtsbehördentagungen), neue Haftungsregeln, Weiterentwicklung der Strukturen des GKV-SV, Transparenzregister**
 - **Verbot der Diagnosevergütung:** Betroffen sind davon auch Selektivverträge § 73b SGB V).
 - **Manipulationsbremse**
 - HMGs, die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten, als Ausgleichsvariable bei der Berechnung der Risikozuschläge des RSA im Jahresausgleich ausgeschlossen
-
- **Krankengeld und Auslandsversicherte**

Vollmodell

individuelle und krankenkassenbezogene Kennzahlen

Bezeichnung	Status quo (AJ2015)	einfaches Vollmodell (ohne Restriktionen)	einfaches Vollmodell (nach Restriktionen)
R^2	24,63%	24,97%	24,93%
CPM	23,94%	24,83%	24,79%
MAPE	2.201,24 €	2.175,51 €	2.176,62 €
Adj. R^2	24,63%	24,97%	24,93%
N_{HMG}	192	474	474
$N_{\text{HMG mit Zuschlag}}$	192	474	389
N_{RF}	240	522	522
$N_{\text{Krankheiten}}$	80	362	362

Bezeichnung	Status quo (AJ2015)	einfaches Vollmodell (ohne Restriktionen)	einfaches Vollmodell (nach Restriktionen)
$\text{MAPE}_{\text{KK_abs}}$	49,28 €	47,54 €	47,29 €
$\text{MAPE}_{\text{KK_abs_gew}}$	39,73 €	37,54 €	37,35 €

Quelle: Drösler et al. 2017.

Erwerbsminderungsgruppen und Risikopool

- **Streichung der Erwerbsminderungsgruppen**

- Pro: Im Vollmodell „abgedeckt“ durch die HMGs
- Contra: Bestehende Unterdeckung ~1.500 € pro Kopf; Gefahr der Risikoselektion bleibt bestehen

- **Risikopool**

- Gutachten ohne konkrete Empfehlung
- Gesetzgeber hatte Risikopool 2002 zunächst eingeführt und 2009 wieder abgeschafft
- Grundsätzlich ist ein Risikopool in der Lage die **Deckung von extrem kostenintensiven Versichertengruppen** zu verbessern.
- Entschärft auch das **Problem der Finanzierung teurer Einmaltherapien (ATMP)**
- **Nachteile:**
 - Gegenfinanzierung unterdeckt automatisch andere Gruppen
 - Aufwendig in Administration und Kontrolle
 - Erfassung aller Krankheiten macht ihn nicht unbedingt erforderlich; eher Vermeidung Risikoselektion
 - Konkrete Ausgestaltung: nur ÜD/UD oder Ausgabenausgleich
 - Alternative: Weiterentwicklung des Klassifikationssystems mit stärkerer Differenzierung der Risikogruppen

Arzneimittelaspekte

Mehrfache Arzneimittel-Differenzierung

- **Arzneimittel** werden im Klassifikationssystem zu zwei Zwecken eingesetzt:
 - **Diagnosevalidierung** (Verifizierung der Richtigkeit oder des klinischen Gehalts der Diagnose) und zur
 - **Differenzierung** des Schweregrades einer Diagnose
- **Diagnosevalidierung** erfolgt anhand einer Auswahl von geeigneten Arzneimitteln über zwei Arten der Arzneimittelzuordnung: obligat und klinisch relevant.
 - Obligat: Zuordnung zu einer bestimmten Diagnosegruppe nur, wenn neben den geforderten Diagnosekriterien auch das zusätzliche Kriterium Arzneimitteltherapie erfüllt wird (z.B. bei bestimmten Infektionserkrankungen, Typ-1-Diabetes mellitus).
 - Klinisch relevant: über Arzneimittel werden nur die klinisch relevanten Fälle aufgegriffen. Abweichend von den anderen Konstellationen wird hier nicht nur eine zeitgleiche Verordnung gefordert, sondern es ist auch das M2Q-Kriterium zu erfüllen (z.B. bei der Essenziellen Hypertonie, degenerativen Hirnerkrankungen/Morbus Alzheimer oder bei Asthma bronchiale).
- **Arzneimitteldifferenzierung**
 - Berücksichtigung von Arzneimittelverordnungen, um unterschiedliche Verläufe bzw. Schweregrade oder Krankheitsausprägungen (z. B. Hämophilie leicht und schwer, HIV/AIDS) zu identifizieren.
 - Künftig: **mehrfache AM-Differenzierung**: Zuschläge variieren mit unterschiedlichen AM-Therapien

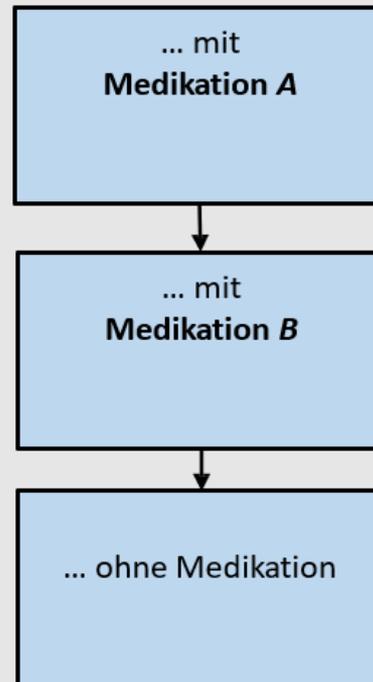
Künftig mehrfache AM-Differenzierung

Ausgleichsjahr 2020

mehrfache AM-Differenzierung

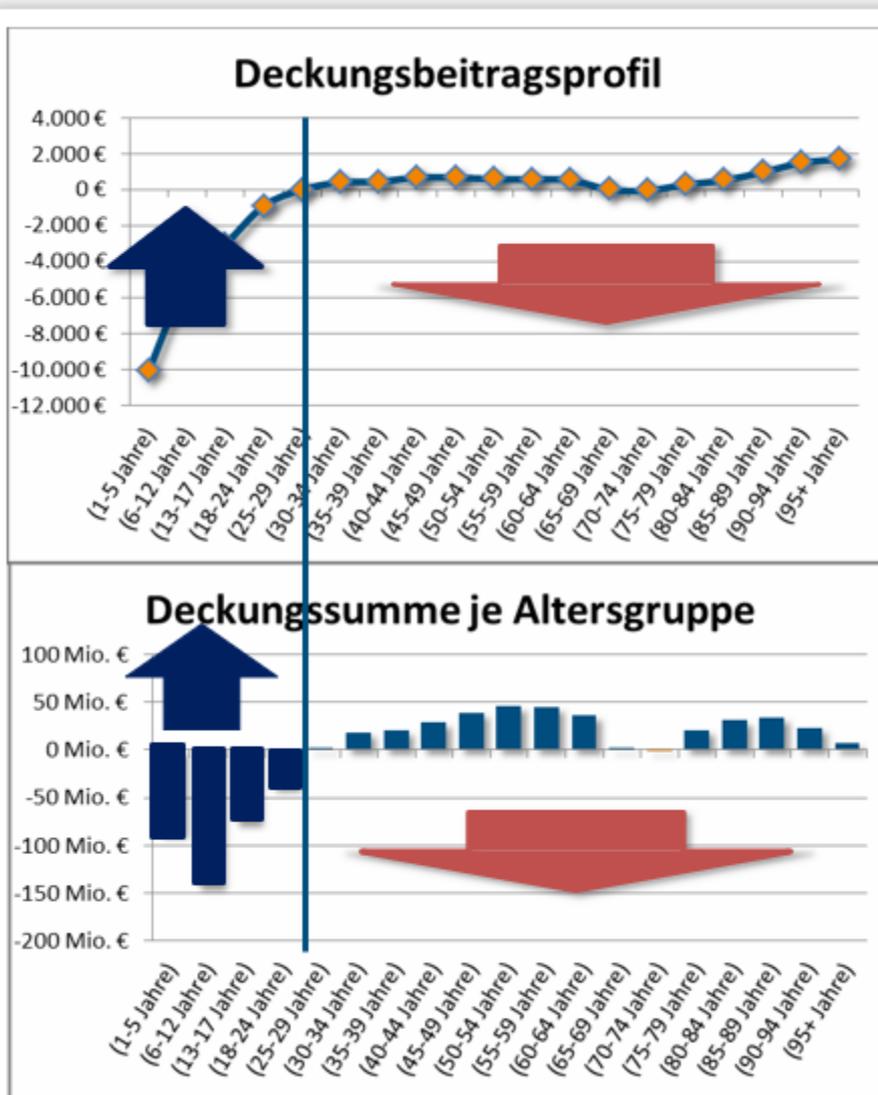
Diagnosedifferenzierung über AM, d.h. Diagnosen erhalten mit entsprechender AM-Therapie einen höheren Zuschlag als mit anderer AM-Therapie und als ohne AM-Therapie

unterschiedliche AM-Abgrenzung



Quelle: Eigene Darstellung nach BVA 2019.

Künftige Alterssplit(s) Illustration



Grundidee Alterssplit oder -differenzierung:

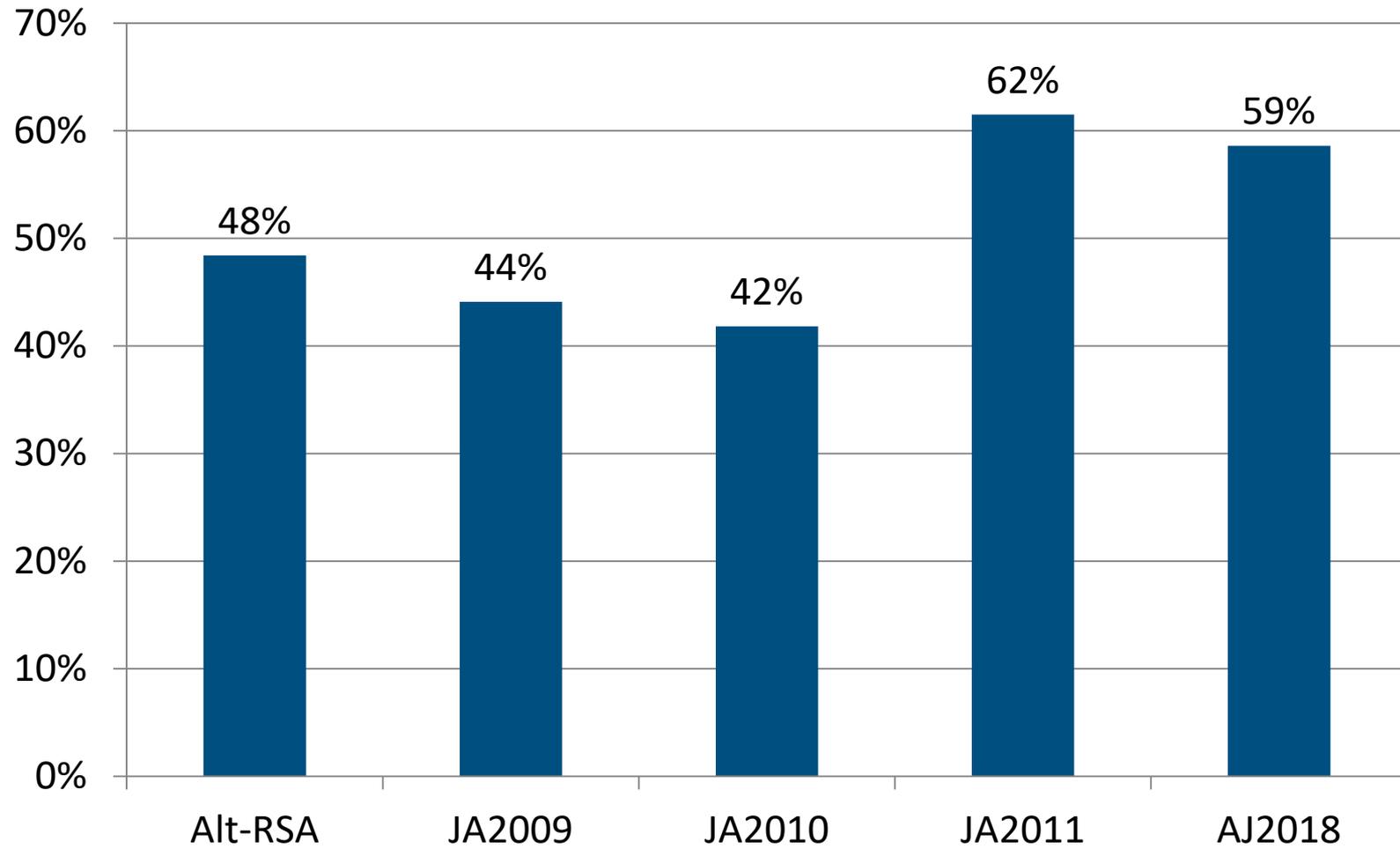
- Berechnung von altersspezifisch getrennten Kostenschätzern
- Ausgleich von altersbezogenen Über- und Unterdeckungen in einer HMG
- Epilepsie: Zerteilung der Gruppe bis 29 Jahre und ab 30 Jahre denkbar

Künftige Behandlung innovativer Arzneimittel im Morbi-RSA?

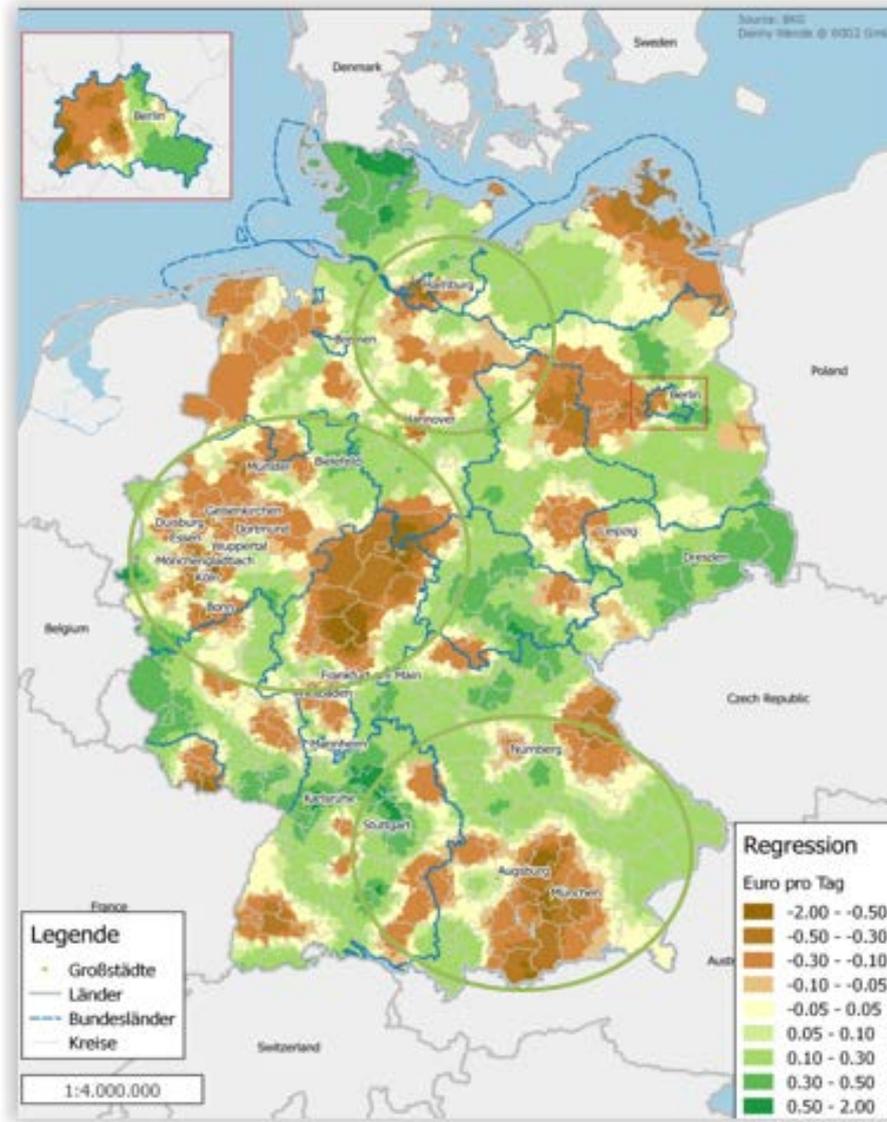
- Morbi-RSA: **Prospektives** Klassifikationsmodell
- Nicht Ausgleich der Behandlungskosten, sondern **Ausgleich der Folgekosten einer Erkrankung** im nächsten Jahr
- Probleme bei Transplantationen, teuren Infektionserkrankungen, bei innovativen Arzneimitteln, die **zur Heilung führen** (Bsp.: Sovaldi, Einmaltherapien etc.)
 - Hohe Ist-Ausgaben der Krankenkassen, kaum/kein Geldfluss im nächsten Jahr
 - Wenn keine Folgekosten anfallen oder zu erwarten sind, fließt auch kein Geld
- **Lösungsansätze:**
 - Ist-Kostenausgleiche (mit Schwellenwerten)
 - Risikopool
 - **Vollmodell und Arzneimittelvalidierung**
 - Abschreibungsmodell
- **Wie schwer** ist bzw. wird künftig das Problem?

Fokus Region

Erklärung der regionalen Ausgabenvariation durch den RSA



Ungleichverteilung der regionalen Finanzrisiken



**Signifikante finanzielle Nachteile
aufgrund des Wohnorts**

Stark unterdeckt

Stark überdeckt

Quelle: Häckl 2016, S. 8

Folgen und wettbewerbspolitische Konsequenzen unterschiedlicher regionaler Deckungsquoten

- Der RSA nivelliert **nur einen Teil** der regionalen Kostenunterschiede
- **Wettbewerbsverzerrungen** zwischen
 - Bundesweit und landesweit tätigen Krankenkassen
 - Bundes- und landesweit aufgestellten und regionale agierenden Krankenkassen
 - Landesweit und regional operierenden Krankenkassen
 - Regionale Krankenkassen untereinander
- **Gefahr der Risikoselektion**

Regionalkomponente

Überblick über selektierte Bestimmungsfaktoren

Variablenset		
#	M1	M2
1	Sterbekosten (Haupt- und Produktterm)	Sterbekosten
2	Zuweisungen	Zuweisungen
3	Ambulante Pflege	Ambulante Pflege
4	Sterberate	Sterberate
5	Pflegebedürftige (Haupt- und Produktterm)	Pflegebedürftige
6	Facharztdichte (Haupt- und Produktterm)	Stationäre Pflege
7	Gesamtwanderungssaldo	
8	Hausarztdichte (Haupt- und Produktterm)	
9	Stationäre Pflege	
10	Krankenhausbetten	

Quelle: Drösler et al. 2018.

Erklärung der regionalen Ausgabenvariation

Kreisebene	Ausgaben 2016	Status quo AJ2018	Stadt-regionsmodell	Kreistyp-modell	Kreis-modell	GWR (50km)	Regionalstatistische Modelle			
							Clustermodell		Direktmodell	
							M1	M2	M1	M2
Standardabweichung	231 €	94 €	92 €	92 €	1 €	53 €	65 €	68 €	60 €	66 €
Variationskoeffizient	0,086	0,036	0,035	0,035	0,000	0,020	0,025	0,026	0,023	0,025
Durch Modell insgesamt erklärte Ausgabenvariation*		58,6%	59,5%	59,7%	99,8%	76,7%	71,5%	70,3%	73,7%	71,3%

Quelle: Auswertung BVA; *da der Variationskoeffizient eine über den – in allen hier betrachteten Modellen gleichen – Mittelwert der Ausgaben normierte Standardabweichung darstellt, führt die Berechnung der Reduktion der Ausgabenvarianz sowohl über die Standardabweichung als auch den Variationskoeffizienten an dieser Stelle zu identischen Ergebnissen

Quelle: Drösler et al. 2018.

4. Ausblick

- **Weitreichende Reformpläne** im GKV-FKG zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA
- Zentrale Regelungen angelehnt an die beiden **Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats**
- Betroffenen bringen sich erwartungsgemäß in Stellung; **Kabinettsentwurf** wird mit Spannung erwartet
- **Morbi-RSA-Reform** überlagert durch die Vorschläge zur **Organisationsreform** (sinnvoll?)
- **AM-Differenzierungen und Altersplits** kommen bereits für das AJ 2020 (untergesetzliche Anpassungen)
- **Gesamtpaket wird entscheidend sein.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

volker.ulrich@uni-bayreuth.de