

„Wie gesund ist mehr Wettbewerb?
Das Gesundheitssystem und der Markt“
Tagung der Stiftung Marktwirtschaft
am 15. Mai 2018 in Berlin

Fünf Thesen zu Reformoptionen für den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen und zwei „Bonus-Thesen“ aus aktuellem Anlass

Prof. Dr. Jürgen Wasem

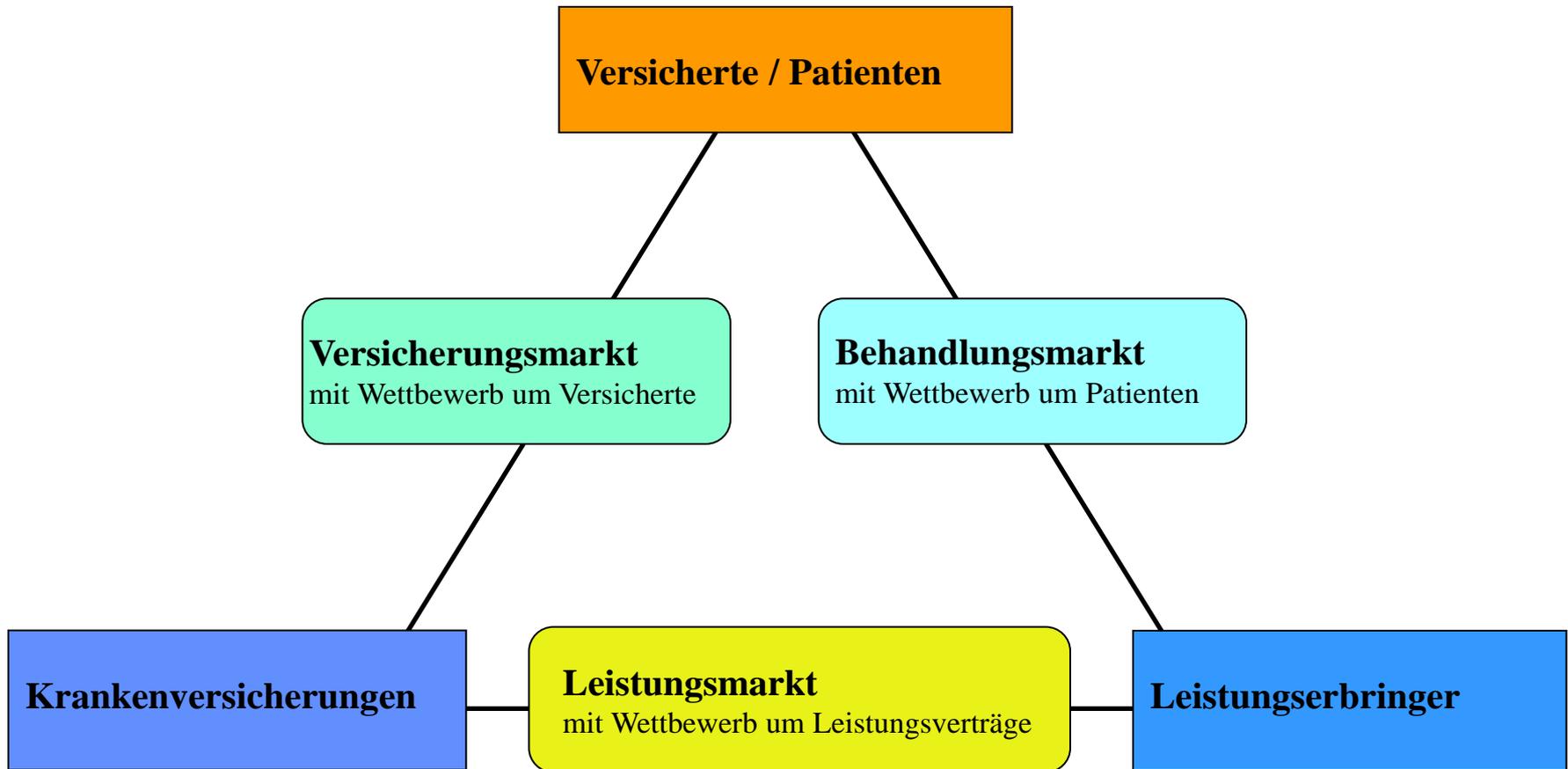
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
der Universität Duisburg-Essen

These 1:

Das Konzept von Kassenwettbewerb knüpft an den Versicherungsmarkt an, zielt materiell aber insbesondere auf den Leistungsmarkt. Inwieweit dort derzeit ausreichend Wettbewerbsparameter zur Verfügung stehen, so dass sich die Risiken und Nebenwirkungen des Wettbewerbs lohnen, kann kontrovers diskutiert werden. Jedenfalls zielt der RSA darauf ab, eine wichtige Dimension der Nebenwirkungen (Interesse der Kassen an Risikoselektion) möglichst zu neutralisieren und so dazu beizutragen, dass eine Chance besteht, dass die Veranstaltung *Wettbewerb* sich lohnt. Versicherungsökonomisch wären alternativ dazu allenfalls portable, risikoadjustierte Alterungsrückstellungen im Rahmen von Kapiteldeckungsverfahren geeignet,^{*)} stehen aber für die GKV nicht ernsthaft auf der Agenda

**) Siehe die Tagung der Stiftung Marktwirtschaft 2003:
Wasem: „Morbidityorientierter RSA – ein überlegenes Substitut
ggü. übertragbaren individuellen Alterungsrückstellungen“*

Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Quelle: Cassel, Ebsen, Greß, Jacobs, Wasem (2006)

These 2:

In freier Anwendung der Tinbergen-Regel (“Das optimale Verhältnis der Zahl der wirtschaftspolitischen Instrumente zur Zahl der Ziele ist 1:1“; *Tinbergen 1952*):

Das Ziel des RSA ist die bestmögliche Vermeidung von Risikoselektion; dafür ist er das geeignete Instrument. Andere Ziele (z.B. Erreichen einer als erwünscht angesehene Umverteilung zwischen Kassen[arten]; Förderung der Prävention) sollten nicht über den RSA angestrebt werden – teilweise konterkarieren sie eindrucksvoll die Leistungsfähigkeit des RSA hinsichtlich seines originären Zieles.

Beispiel: Risikoselektionsanreize bei alternativer Ausgestaltung der Krankheitsauswahl im RSA

Versicherten- gruppe	Versicherte	80 Krankheiten logarithmische Prävalenz- gewichtung	80 Krankheiten aktuelles Ver- fahren (Wurzel- funktion)	80 Krankheiten lineare ¶ Prävalenz- gewichtung	360 Krankheiten Vollmodell auf Krankheiten- basis
Keine Krankheit	20.629.790 (28,5%)	370 €	247 €	240 €	166 €
Nur RSA- Krankheiten	2.451.911 (3,4%)	-267 €	-244 €	-333 €	-244 €

Quelle: Drösler et al: Sondergutachten 2017, S. 274

These 3:

Eine Reihe von Verbesserungspotenzialen im Zuweisungsalgorithmus des Morbi-RSA sollte zügig angegangen werden. Dies betrifft z.B. einen sachgerechteren Umgang mit Multimorbidität oder eine zielgenauere Berücksichtigung des Risikofaktors Erwerbsminderungsstatus.

Deckungssituation nach Alter und Zahl der HMGs

Abbildung 7.21: Deckungssituation in Versichertenclustern nach Alter und Anzahl der HMGs (JA2015)

Anzahl der HMGs in TO	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	N: 10.053.623 DQ: 104,94% DB: 47 €			N: 29.020.480 DQ: 103,77% DB: 35 €						N: 2.368.954 DQ: 103,27% DB: 63 €										
1	N: 1.510.360 DQ: 93,31% DB: -217 €			N: 15.274.045 DQ: 98,3% DB: -53 €						N: 9.946.770 DQ: 97,7% DB: -100 €										
2																				
3																				
4																				
5	N: 5.296 DQ: 47,7% DB: -27.293 €			N: 937.634 DQ: 98,7% DB: -140 €						N: 3.120.024 DQ: 102,6% DB: 248 €										
6																				
7																				
8																				
9	N: 45 DQ: 90,7% DB: -5.999 €			N: 25.168 DQ: 91,0% DB: -2.494 €						N: 159.357 DQ: 101,9% DB: 384 €										
10																				
11																				
12																				
13	N: 869 DQ: 88,3% DB: -4.947 €			N: 5.996 DQ: 101,8% DB: 442 €																
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Quelle: Drösler et al: Sondergutachten 2017, S. 416

These 4:

Kodierbeeinflussungen durch (zahlreiche) Kassen (insbesondere zum Right-Coding) haben stattgefunden und die relative Wettbewerbsposition von Krankenkassen beeinflusst. Notwendig ist es daher, die Möglichkeiten zur Kodierbeeinflussung zu verringern; das Sondergutachten des Wiss. Beirats enthält dazu zahlreiche Überlegungen. Soweit Handeln rechtswidrig war, bestehen zur Sanktionierung bereits entsprechende rechtliche Regelungen – auch wenn die Mühlen der Prüfinstanzen langsam mahlen.

Empfehlungen des Wiss. Beirats zum Thema Kodierung

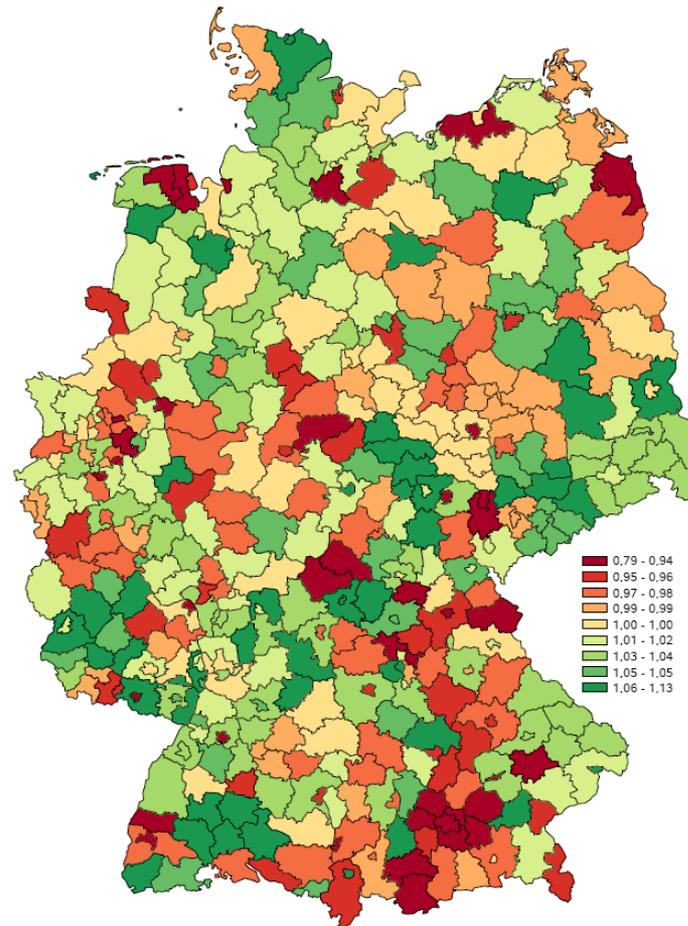
- ▼ Kodierrichtlinien
- ▼ Berücksichtigung von Prozeduren zur verbesserten Abbildung der Krankheitslast
- ▼ Keine Möglichkeit für kassenspezifische Module in der Praxissoftware, die Diagnosenbeeinflussung ermöglichen
- ▼ Krankheitsvollmodell: Umverteilung der Finanzvolumina auf > 80 Krankheiten
- ▼ Entkopplung der Honorierung von der Diagnosestellung
- ▼ Selektivverträge als separates Merkmal im RSA-Datensatz bzw. zentrale Registrierung aller Selektivverträge
- ▼ Kein Streichen der ambulanten Diagnosen
- ▼ Pharmakostengruppen:
 - Kaum umzusetzen in einem auf 80 Krankheiten beschränkten Modell
 - Manipulationsresistenz wird höher eingeschätzt, als bei Diagnosen
 - Anreizproblematik, aber Weiterentwicklung der Arzneimittelkomponente

These 5:

Der Wettbewerb zwischen Krankenkassen mit sich überschneidenden Tätigkeitsfeldern führt zu Wettbewerbsverzerrungen. Sowohl eine „Regionaldimension“ im RSA als auch eine Möglichkeit für überregional tätige Krankenkassen zur Regionalisierung ihrer Zusatzbeiträge sind prinzipiell geeignet zur Verminderung der Wettbewerbsverzerrungen, haben aber unterschiedliche allokativen und distributiven Konsequenzen, über die ein (letztlich nicht wissenschaftlich ableitbares) Werturteil zu fällen ist.

„Alte“ Abbildung aus dem Evaluationsgutachten zum Jahresausgleich 2009 – nicht aktuell, rein illustrativ

Regionale Deckungsquoten nach RSA



„Bonus-These 1“ aus aktuellem Anlass:

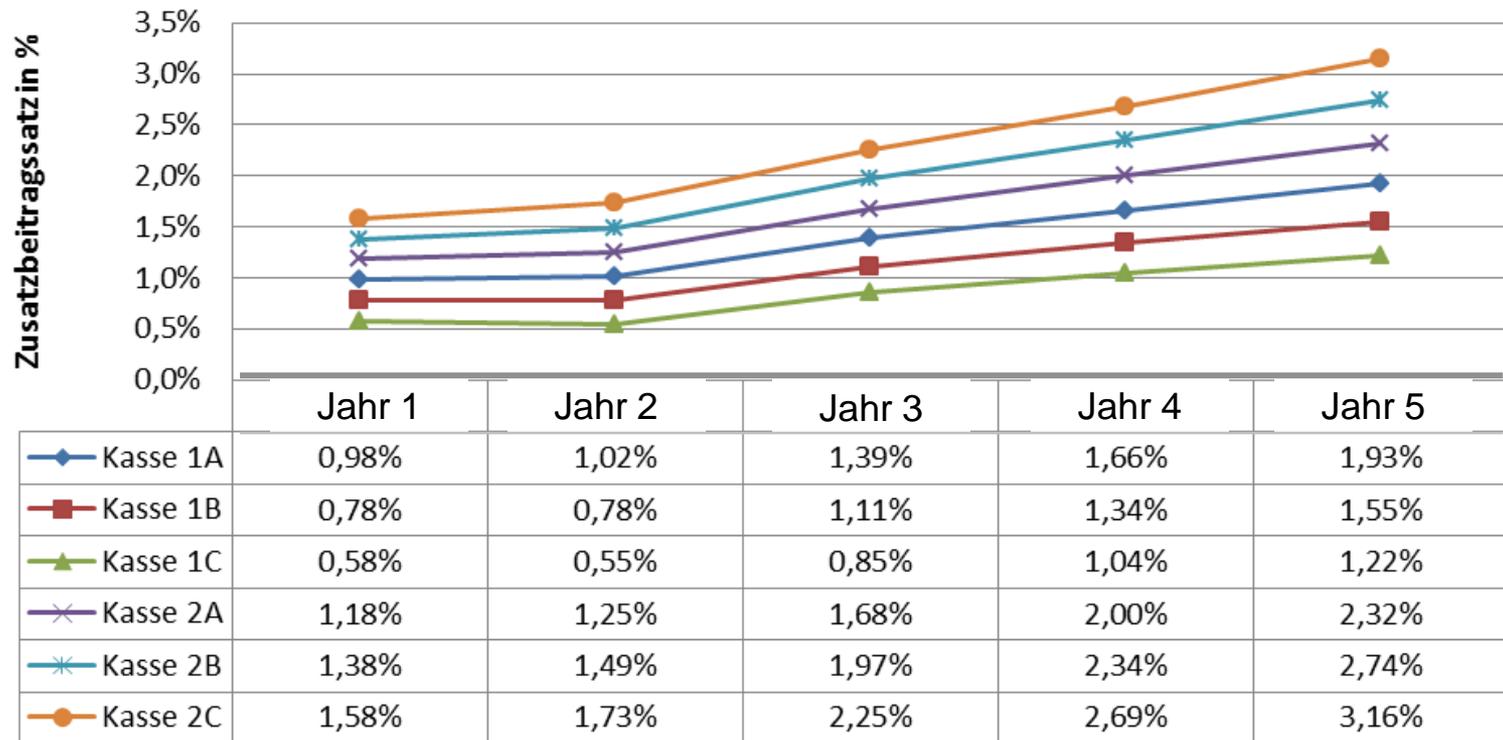
Soweit Krankenkassen Zuweisungen aus dem RSA für „obligatorische Anschlussversicherungen“ erhalten haben, die faktisch nur fiktiv waren, ist es richtig, diese Mittel durch Rückzahlungsverpflichtungen dem Gesundheitsfonds wieder zuzuführen: „Kein Geld für Karteteileichen“

„Bonus-These 2“ aus aktuellem Anlass:

Kassenwechsler sind stark beitragsatzsensitiv und in der Regel gute Risiken. Eine Verpflichtung für Krankenkassen mit hohen Rücklagen, diese durch deutliche Senkung des Zusatzbeitrags rasch abzusenken, löst daher eine erhebliche, sich selbst verstärkende Dynamik aus. Ob der Nutzen daraus resultierender Kassen“zusammenbrüche“ die gesellschaftlichen Kosten übersteigt, kann bezweifelt werden.

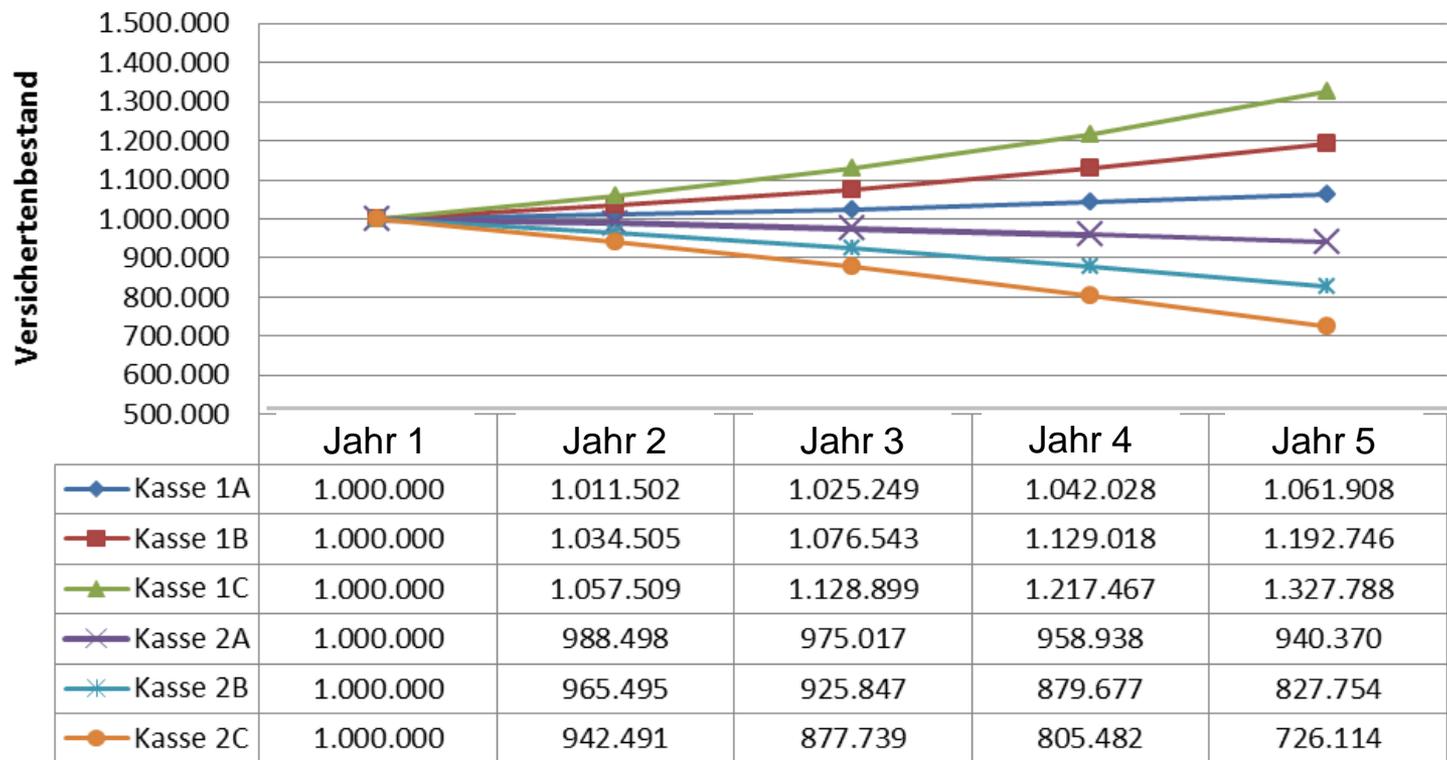
Preiselastizitäten von Versicherten /1: Zusatzbeitragsschere

Zusatzbeitragssatzentwicklung für sechs Beispielkassen im Zeitverlauf



Preiselastizitäten von Versicherten /2: Versichertenbestandsentwicklung

Versichertenbestandsentwicklung für sechs Beispielkassen im Zeitverlauf



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

