

Zweites Jahr Morbi-RSA – Stabilität und Bestätigung

DIRK GÖPFFARTH

Dr. Dirk Göppfarth, Referatsleiter im Bundesversicherungsamt, Bonn. Dieser Beitrag gibt die persönlichen Auffassungen des Verfassers wieder.

Im Jahr 2009 wurde der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eingeführt. Den Abschluss fand das Verfahren für das erste Ausgleichsjahr mit dem im Herbst 2010 durchgeführten Jahresausgleich 2009. Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA wurde anschließend mit einer Evaluation dieses Jahresausgleichs beauftragt. Er stellte eine erhebliche Verbesserung in der Zielgenauigkeit gegenüber dem Alt-RSA fest, aber auch einige verbleibende Ungenauigkeiten, z. B. bei Zuweisungen für Versicherte mit hohem Alter oder Multimorbidität. Inzwischen wurde im Herbst 2011 der Jahresausgleich 2010 durchgeführt. Der Beitrag geht der Frage nach, ob sich die Ergebnisse des Beirats bestätigt haben. Es zeigt sich eine erstaunliche Stabilität in den Ergebnissen, so dass sich die zentralen Aussagen und Erkenntnisse des Evaluationsberichtes bestätigen.

1. Einführung

Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Jahr 2009 war umstritten. Während Befürworter sich ein Ende von Risikoselektion und ein stärkeres Engagement der Krankenkassen für eine wirtschaftliche und qualitätsorientierte Versorgung erhofften, sahen Kritiker Manipulationsgefahren und auf die Krankenkassen kaum zu bewältigende finanzielle Umwälzungen zukommen.

Vor diesem Hintergrund ist es zu verstehen, dass das Bundesministerium für Gesundheit den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt damit beauftragt hat, eine Evaluation des ersten Jahresausgleiches unter den Rahmenbedingungen der direkten Morbiditätsorientierung vorzunehmen. Der Evaluationsbericht liegt seit Herbst letzten Jahres vor (Drösler

et al. 2011). Damit ist eine sehr umfassende Evaluation des Jahresausgleichs 2009 erfolgt, der für die vorangegangenen Jahresausgleichs des alten Risikostrukturausgleichs seinesgleichen sucht.

Neben umfangreichen Analysen zu den Auswirkungen auf die Planungssicherheit der Krankenkassen, den Anreizen zur Prävention und der Bewertung zahlreicher Reformvorschläge, setzt der Bericht in seinem technischen Kern – der Analyse der Ergebnisse des Jahresausgleichs 2009 – methodische Standards zur Bewertung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen an die Krankenkassen. Es werden zahlreiche Kennzahlen zur Bewertung der Zielgenauigkeit auf der Ebene der individuellen Versicherten, auf Gruppenebene und auf Kassenebene entwickelt.

Inzwischen wurde im Herbst 2011 der Jahresausgleich 2010 durchgeführt. Damit liegen Ergebnisse nun auch aus

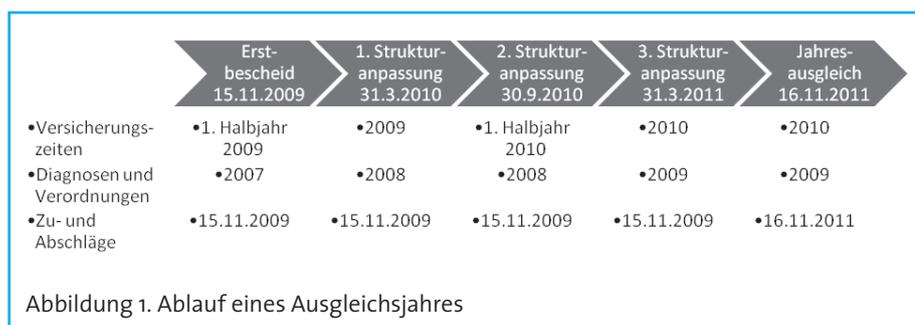


Abbildung 1. Ablauf eines Ausgleichsjahres

einem zweiten Jahr vor. Es bietet sich an, die methodischen Standards des Evaluationsberichtes aufzugreifen, und auch auf das Folgejahr anzuwenden. Bestätigen sich die Ergebnisse des Evaluationsberichtes? Ist das Verfahren von erheblichen Schwankungen oder Stabilität gekennzeichnet? Diesen Fragen soll mit diesem Beitrag nachgegangen werden.

Datenbasis für die hier dargestellten Kennzahlen sind die Ergebnisse des Jahresausgleichs 2010. Dabei werden die Maßzahlen auf der Individual- und Gruppenebene mit den Daten der RSA-Stichprobe von 6,7 % der Versicherten ermittelt, da nur für diese die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben versichertenbezogen vorliegen. Um die isolierte Wirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu erfassen, werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld herangezogen. Für die Kennzahlen auf Kassenebene können hingegen die Ausgaben summiert den Jahresrechnungen entnommen werden. Diese Kennzahlen sind daher auf der Vollerhebung berechnet und umfassen auch das Krankengeld.

2. Kennzahlen des Jahresausgleichs 2010

2.1. Gesamthöhe der Zuweisungen

Am Jahresausgleich 2010 nehmen 147 Krankenkassen teil, während im Jahresausgleich 2009 noch 174 Krankenkassen Bescheide erhalten haben.

Die Gesamtsumme der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds beträgt 170,3 Mrd. Euro. Dem stehen relevante Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 171,3 Mrd. Euro gegenüber. Im Gegensatz zum Jahresausgleich 2009, bei dem in der Summe etwas mehr als die tatsächlichen Ausgaben ausgeschüttet wurde, kommt es im Jahr 2010 zu einer Unterdeckung: In der Summe über alle

Krankenkassen decken die Zuweisungen 99,4 % der Ausgaben.

Von den Zuweisungen beziehen sich 160,5 Mrd. Euro auf berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben, 9,2 Mrd. Euro auf Verwaltungsausgaben und 0,6 Mrd. Euro auf Satzungs- und Ermessensleistungen. Die Zuweisungen für die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) betragen 1,0 Mrd. Euro. Da die Zuweisungsgarantie des Gesundheitsfonds nicht ausreicht, alle genannten Ausgaben zu decken, kommt es zu einer mitgliederbezogenen Kürzung der Zuweisungen in Höhe von 1,0 Mrd. Euro.

Selbstverständlich wurden diese Mittel den Krankenkassen bereits im Rahmen des monatlichen Abschlagsverfahrens zur Verfügung gestellt. Im Jahresausgleich wird nur der Anteil für die einzelnen Krankenkassen neu ermittelt, die Gesamtsumme über alle Krankenkassen bleibt hingegen gleich. Insgesamt beträgt das Umverteilungsvolumen (Nachzahlungen bzw. Rückforderungen) im Jahresausgleich rund 570 Mio. Euro. Doch auch dieser Spitzbetrag konnte von den Krankenkassen weitestgehend antizipiert werden. Das BVA hatten den Krankenkassen Anfang 2011 einen Berechnungsvordruck zur Verfügung gestellt, damit diese für die Jahresrechnung 2010 Forderungen und Verpflichtungen auf den anstehenden Jahresausgleich ermittelt konnten. Gegenüber diesen ermittelten und von den Krankenkassen bereits erfolgswirksam gebuchten Forderungen und Verpflichtungen beträgt das Umverteilungsvolumen im Jahresausgleich nur noch 170 Mio. Euro.

Während alle Krankenkassen die Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen für jeden Versicherten in derselben Höhe erhalten, und bei den DMP-Zuweisungen in derselben Höhe je eingeschriebenen Versicherten, führen Unterschiede in den Risikostrukturen zu unterschiedlich hohen Zuweisungen

je Versicherten für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben und – anteilig – bei Verwaltungsausgaben. Während die durchschnittlichen Zuweisungen für Leistungsausgaben je Versicherten 2.320 Euro betragen, schwankt dieser Wert bei einzelnen Krankenkassen zwischen 1.370 Euro und 4.319 Euro. Die Zuweisungen für Verwaltungsausgaben liegen zwischen 78 Euro und 215 Euro je Versicherten, bei einem Mittel von 134 Euro.

2.2. Neuermittlung der Zu- und Abschlüsse

Naturgemäß beginnt das monatliche Abschlagsverfahren mit zurückliegenden Daten, die im Laufe des Verfahrens im Rahmen von drei Strukturanpassungen kontinuierlich aktualisiert werden. Damit werden unterjährige Änderungen in den Risikostrukturen der Krankenkassen berücksichtigt. Eine Aktualisierung der Zu- und Abschlüsse ist hingegen vom Ordnungsgeber nicht vorgesehen worden. Dies erfolgt erst im Jahresausgleich. Der schematische Ablauf eines Ausgleichsjahres kann der Abbildung 1 entnommen werden.

Die wesentliche Änderung im Jahresausgleich ist somit die Neuermittlung der Zu- und Abschlüsse. Die Zu- und Abschlüsse vom 15.11.2009 basierten noch auf den Diagnosen und Verordnungen des Jahres 2007 und den Ausgaben des Jahres 2008,¹ hochgerechnet auf das Jahr 2010. Im Jahresausgleich 2010 werden die Zu- und Abschlüsse nun abschließend auf der Grundlage der Diagnosen und Verordnungen des Jahres 2009 und den Ausgaben des Jahres 2010 ermittelt.

Dabei kommt es zunächst zu einem Anstieg der Risikomenge, d. h. der Gesamtsumme aus Zahl und Wertigkeit der Zu- und Abschlüsse. Unterstellt man konstante »Preise«, d. h. nimmt man die ursprünglichen Zu- und Abschlüsse kombiniert mit den Änderungen in den Fallzahlen, so kommt es zu einem An-

¹ Im prospektiven Modell werden die Morbiditätsdaten zur Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen aus dem Vorjahr genommen. Die Zuschläge hingegen ermitteln sich als die ausgelösten Folgekosten im Jahr nach der Diagnosestellung (vgl. Drösler et al. 2011, S. 21 ff.). Für eine allgemeine Darstellung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs siehe ebd., Kap. 4 und Göppfarth (2009).

stieg von 5,9 % in der Summe über beide Jahre, davon entfallen 4,2 % allein auf den Umstieg von 2007 auf 2008. Gründe für diesen Anstieg liegen zum einen in der fortschreitenden gesellschaftlichen Alterung. Damit nimmt der Anteil der Versicherten in den Altersgruppen für ältere Versicherte mit höheren Zuschlägen zu. Zum anderen kommt es auch bei den Diagnosezahlen aufgrund eines Ursachegeflechtes von Demographie, vollständigerer Erfassung, verbesserter Diagnostik und Upcoding zu einem Anstieg (Gaßner et al. 2010).

Während in der übergreifenden Betrachtung über alle Risikogruppen der Mengenanstieg definitionsgemäß durch einen entsprechenden »Preisverfall« bei den Zu- und Abschlägen kompensiert werden muss – schließlich gibt es ja nicht mehr Geld zu verteilen –, gilt dies für die einzelnen Regressionsanteile nicht. Interessant ist dabei, ob sich Verlagerungen von den Alters-Geschlechts-Gruppen (AGG) zu den Hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) ergeben, oder umgekehrt. Für die Krankenkassen ist dies von zentraler Bedeutung, da diese Verschiebungen unmittelbar verteilungsrelevant sind. Eine genaue Abschätzung der aufgezeigten Effekte ist daher für eine tragfähige Finanzplanung erforderlich. Die hier gewonnenen Erkenntnisse werden vom BVA im Rahmen der Berechnungsvordrucke für Forderungen und Verpflichtungen in den Jahresrechnungen mit berücksichtigt.

Insgesamt kommt es bei den Zu- und Abschlägen des Jahresausgleichs gegenüber denen des monatlichen Abschlagsverfahrens zu einer Verschiebung des Anteils an den Zuweisungen von den HMG zu den AGG von rund 2 Prozentpunkten (von 49,3 % auf 47,4 %) über beide Jahre. Diese Verschiebung lässt sich aufteilen in einen Mengeneffekt (d. h. einer Zunahme der Zahl der vergebenen Morbiditätszuschläge) von +5,0 %, einem Struktureffekt (d. h. einer Verlagerung zu höherwertiger Morbiditätsgruppen) von +0,4 % und einem Preiseffekt (d. h. eine Veränderung der Morbiditätszuschläge) von -7,4 % jeweils in der Summe über beide Jahre (siehe Abbildung 2). Der starke Anstieg der kodierten Morbidität (Mengeneffekt) ist also durch einen Verfall der Morbiditätszuschläge (Preiseffekt) überkompensiert worden.

Diese Absenkung der Morbiditätszu-

schläge ist teilweise sehr kritisch gesehen worden. Zerlegt man den Effekt auf die Veränderung pro Jahr, ergibt sich ein differenziertes Bild. Der Übergang von den Morbiditätsdaten 2007 auf 2008 war mit einem erheblichen Mengenan-

stimmtheitsmaß (R^2), Cumming's Predictive Measure (CPM) und den mittleren absoluten Prognosefehler (MAPE) herangezogen. Alle Maße bestimmen – auf unterschiedliche Weise – die Abweichung zwischen Zuweisungen und

Der starke Anstieg der kodierten Morbidität (Mengeneffekt) ist also durch einen Verfall der Morbiditätszuschläge (Preiseffekt) überkompensiert worden

stieg (+3,6 %) und einem erheblichen »Preisverfall« (-6,4 %) gekennzeichnet. Der viel moderatere Morbiditätsanstieg von 2008 auf 2009 (+1,3 %) rief zwar eine gegenläufige Bewegung in der Höhe der Zuschläge hervor (-0,7 %), aber keine Überkompensation. Offensichtlich war der starke »Preisverfall« ein isolierter Effekt aufgrund des hohen Mengenanstieges im Übergang von den Morbiditätsdaten 2007 auf 2008. Die plausibelste Erklärung für den ungewöhnlich hohen Anstieg im Jahr 2008 ist eine technische Vervollständigung der Datenmeldungen.

3. Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs 2010

3.1. Aggregierte Gütemaße der Zielgenauigkeit

Der Wissenschaftliche Beirat hat als aggregierte Gütemaße das statistische Be-

Ausgaben auf der Ebene der einzelnen Versicherten.

Das statistische Bestimmtheitsmaß R^2 beträgt 21,0 % im Jahresausgleich 2010, gegenüber 19,6 % im Vorjahr. Auch das CPM steigt von 21,5 % auf 22,6 %. Der mittlere absolute Prognosefehler beträgt 1.891 Euro. Aus methodischen Gründen lässt sich dieser Wert nicht mit dem Vorjahreswert vergleichen. Damit haben sich die aggregierten Gütemaße gegenüber dem letzten Jahresausgleich verbessert.

Die Zuweisungen für Leistungsausgaben erfolgen nach AGG, den Erwerbsminderungsgruppen (EMG) und HMG. Die Anteile der einzelnen Gruppen an den Gesamtzuweisungen ergeben sich aus der Regression zur Neuermittlung der Zu- und Abschläge (siehe Abschnitt 2.2). Im Jahresausgleich 2010 wird ein etwas geringerer Anteil der Zuweisungen (51,8 %) über die AGG verteilt als im Vorjahr (53,0 %). Entsprechend

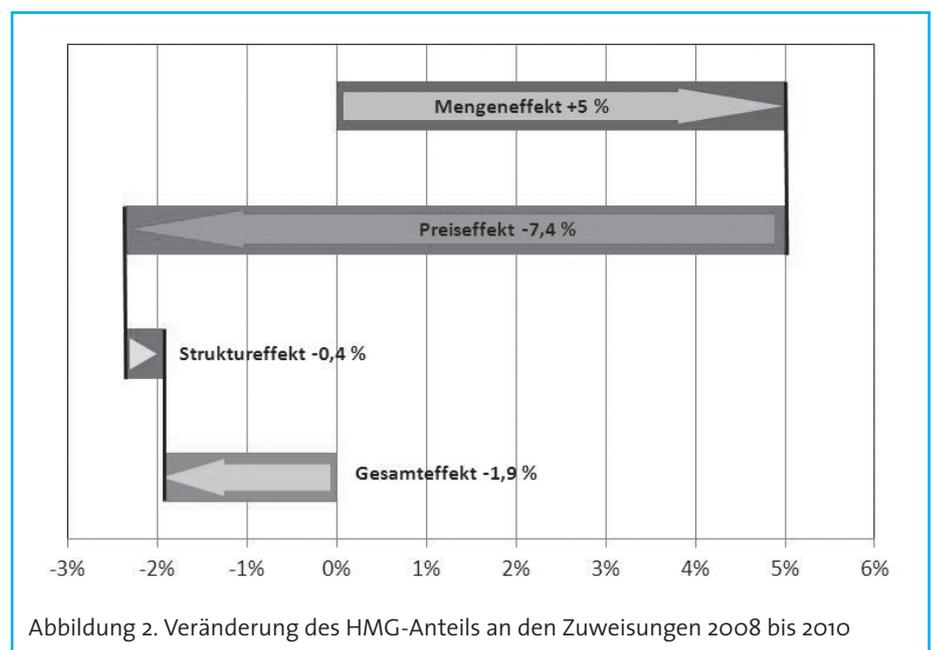
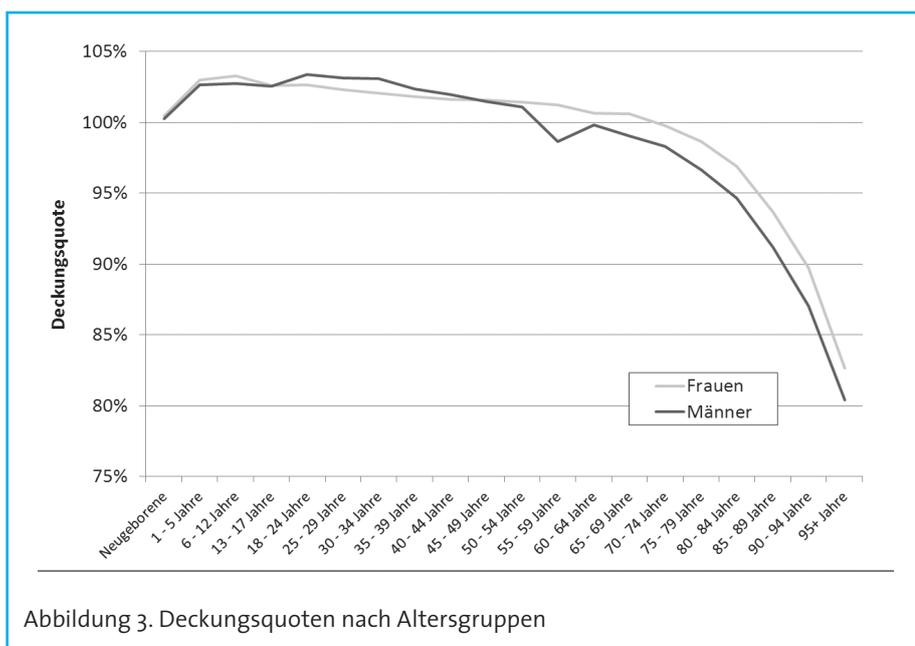


Abbildung 2. Veränderung des HMG-Anteils an den Zuweisungen 2008 bis 2010



elektion zu vermeiden.

Hinsichtlich der **Deckungsquoten nach Altersgruppen** hat der Beirat festgestellt, dass es bei jüngeren Versicherten Überdeckungen und im Alter zunehmende Unterdeckungen gibt. Grund hierfür ist die fehlende Annualisierung der Ausgaben Verstorbener (Schmidt/Göpffarth 2009). Dieses Ergebnis bestätigt sich im Jahresausgleich 2010 in ähnlicher Größenordnung, wie der Abbildung 3 entnommen werden kann.³

Ähnlich unverändert sind die (hier nicht im Einzelnen aufgeführten) **Deckungsquoten nach Krankheit**. Für medizinische Zustände mit geringer (auch altersbedingter) Mortalität – wie z. B. ADHS oder Schwangerschaft – gibt es leichte Überdeckungen (rund 102 %), während es für Krankheiten mit hoher Letalität (z. B. akuter Myokardinfarkt) oder hoher altersbedingter Mortalität (z. B. Demenz) zu erheblichen Unterdeckungen kommt (rund 91 %).

nimmt der HMG-Anteil von 45,1 % auf 46,4 % zu. Der EMG-Anteil liegt unverändert bei 1,9 %.²

auf eine Unterdeckung hin. Weil die Gruppen kassenübergreifend gebildet werden, wird davon ausgegangen, dass

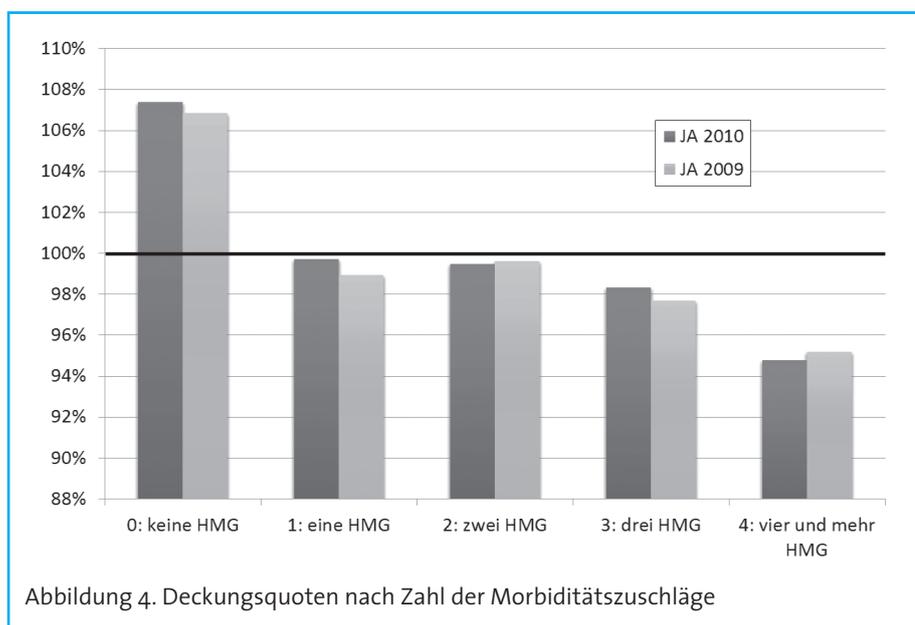
3.2. Unter- und Überdeckungen auf Gruppenebene

Für die Unter- und Überdeckungen auf Gruppenebene werden nach geeigneten Kriterien Gruppen abgegrenzt und für diese Gruppen Deckungsquoten – d. h. Zuweisungen zu Ausgaben – berechnet. Eine Deckungsquote von 100 % bedeutet demnach, dass die Zuweisungen genau den Ausgaben entsprechen, während eine Deckungsquote über 100 % bedeutet, dass die Zuweisungen höher ausfallen als die Ausgaben (Überdeckung). Eine Deckungsquote unter 100 % weist

Eine möglichst vollständige Ausgabendeckung auf Gruppenebene ist wichtig, um Anreize zur Risikoselektion zu vermeiden.

sich der Einfluss der unterschiedlichen Effizienz der Krankenkassen gegenseitig neutralisiert. Da auch Krankenkassen diese Gruppen bilden können, besteht die Gefahr, dass solche Gruppenbildungen für Risikoselektionsstrategien eingesetzt werden. Möglichst vollständige Ausgabendeckung auf Gruppenebene ist daher wichtig, um Anreize zur Risikos-

Bei der Betrachtung der **Deckungsquoten nach Multimorbidität** stellte der Beirat fest, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich die Überdeckungen bei Gesunden und die Unterdeckungen bei Multimorbiden zwar jeweils reduziert habe, aber nicht vollständig beseitigen konnte. Dies hat sich im Jahresausgleich 2010 nicht geändert, vielmehr haben sich die Deckungsquoten sogar leicht verschlechtert. Die Überdeckung von Gesunden steigt von 106,8 % auf 107,4 %, während die Deckung bei Versicherten mit vier oder mehr Zuständen gleichzeitig von 95,2 % auf 94,8 % fällt (Abbildung 4). Der An-



² Diese Zuweisungsanteile entsprechen nicht ganz den Regressionsanteilen aus Abschnitt 2.2. Insbesondere werden seit dem Ausgleichsjahr 2010 nicht versichertenbeziehbare Ausgaben bei den Zuweisungsanteilen im Gegensatz zu den Regressionsanteilen aus den HMG herausgerechnet und den AGG zugeordnet. Die ausgewiesenen Regressions- und Zuweisungsanteile beziehen sich auf die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

³ Diese und alle folgenden Deckungsquoten wurden berechnet für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

teil der Versicherten ohne Zuordnung zu einer HMG sinkt von 62,7 % auf 61,0 %, während der Anteil der Versicherten mit vier und mehr Zuordnungen von 6,6 % auf 7,6 % steigt.

Bei den **Deckungsquoten für Kassenwechsler** vermuteten die Beiräte, dass die Kassenwechsler des Jahres 2009 aufgrund des weggefallenen Preiswettbewerbes nicht repräsentativ gewesen sein dürften. Im Jahr 2010 haben hingegen bereits eine Reihe von Krankenkassen Zusatzbeiträge erhoben. Der Anteil der Kassenwechsler nimmt von 2,1 % auf 3,0 % zu. Die Überdeckung von Kassenwechsler steigt von 103,7 % auf 113,1 % massiv an. Damit bestätigt sich die Vermutung des Wissenschaftlichen Beirats. Die **Deckungsquote für Verstorbene** liegt hingegen unverändert bei 29,1 %.

Bei den **regionalen Deckungsquoten** bestätigt sich ebenfalls das vom Wissenschaftlichen Beirat gekennzeichnete Bild. Zwischen den Kreisen schwankt die Deckungsquote zwischen 85,4 % und 123,1 %. Eine interessante Frage ist, ob sich die Ergebnisse des Beirats als stabil erweisen. Die aus den vollerbhobenen Diagnosen und Verordnungen ermittelte Risikostruktur je Kreis erweist sich dabei als erstaunlich stabil (Pearson-Korrelationskoeffizient $r = 0,9947$), die aus der Stichprobe stammenden Ausgaben je Versicherten allerdings etwas weniger ($r = 0,8681$) und die Deckungsquoten noch weniger ($r = 0,6438$). Das vom Beirat gekennzeichnete Bild – Unterdeckungen in den Kernstädten, Überdeckungen in den umliegenden Verdichtungsräumen – bestätigt sich aber wieder, auch in derselben Größenordnung.

Bei den **Deckungsquoten nach Ausgabengruppen** zeigt sich, dass sich die Deckungsquote für die niedrigste Ausgabengruppe leicht verschlechtert (von 354,1 % auf 361,8 %). Dafür verbessert sich die Deckung bei den Hochkostengruppen – möglicherweise als Folge der neuen Schweregraddifferenzierungen im Klassifikationsmodell 2010, z. B. für Hämophilie und HIV/AIDS (Abbildung 5).

Bei den **Deckungsquoten für Kostenerstatter** hat der Beirat 2009 noch eine deutliche Überdeckung festgestellt (103,7 %). Im Jahresausgleich 2010 ist mit 100,7 % nur noch eine geringfügige Überdeckung festzustellen; allerdings liegt sie bei Versicherten, die Kostener-

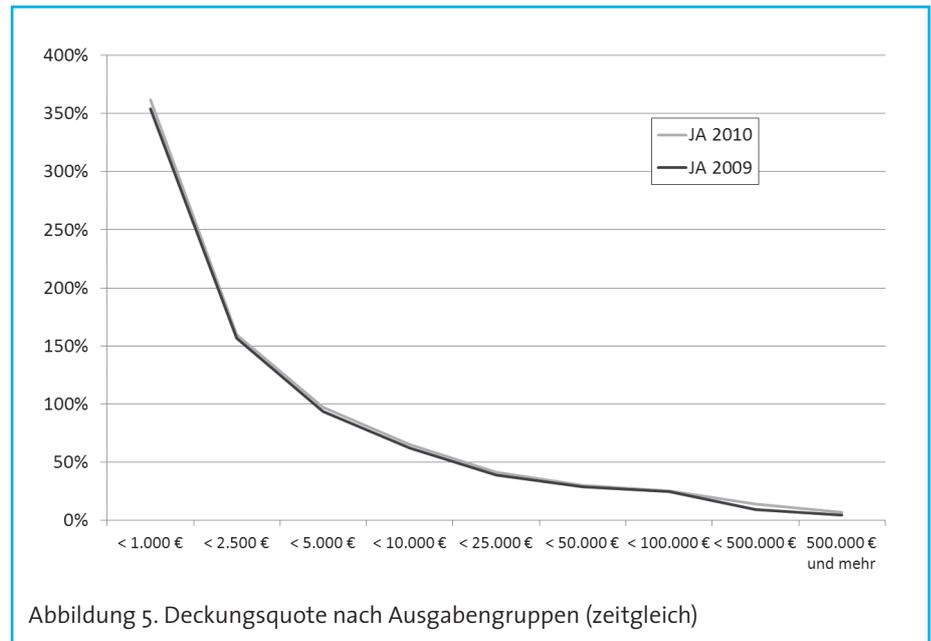


Abbildung 5. Deckungsquote nach Ausgabengruppen (zeitgleich)

stattung nach § 13 SGB V gewählt haben, bei 99,5 % und bei Versicherten mit Kostenerstattung nach § 53 SGB V bei 123,4 %. Die Zahl der Versicherten, die der Kostenerstattergruppe zugeordnet werden, steigt von 78.000 auf knapp 87.000 an. Von diesen entfallen etwa 94 % auf die Kostenerstattung nach § 13 SGB V.⁴

Es werden weitere Deckungsquoten ermittelt, die im Evaluationsbericht nicht ausgewiesen wurden: Versicherte mit Krankengeldanspruch weisen mit 105,4 % eine Überdeckung (bei den Leistungsausgaben ohne Krankengeld) auf, Versicherte ohne Krankengeldanspruch mit 98,1 % eine Unterdeckung. Versicherte, die in ein DMP eingeschrieben sind, bleiben auch nach Berücksichtigung der DMP-Pauschalen mit 96,4 % unterdeckt. Versicherte mit einer Krankenhausbehandlung im laufenden Jahr weisen lediglich eine Deckung von 44,5 % aus. Bei einer Krankenhausbehandlung im Vorjahr steigt die Deckung immerhin auf 84,6 %.

3.3. Unter- und Überdeckung auf Kassenebene

Die mittlere absolute prozentuale Abweichung bei den Zuweisungen an die Krankenkassen liegt bei 2,6 %, d. h. durchschnittlich weichen die Zuweisungen (für Leistungsausgaben) um +/- 2,6 % von den tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen ab. Im Jahresausgleich 2009 lag die Abweichung noch bei 2,8 %.

Die Spanne der Deckungsquoten einzelner Krankenkassen reicht von 92,4 % bis 124,1 %, wobei sie sich für Krankenkassen mit mehr als 30.000 Versicherten auf 93,4 % bis 105,9 % verkürzt. Auf Kassenartenebene reduziert sich die Spanne sogar auf 99,5 % bis 100,8 %. Tabelle 1 gibt neben den hier untersuchten Deckungsquoten für Leistungsausgaben auch die Deckungsquoten für Verwaltungsausgaben und Satzungs- und Ermessensleistungen auf Kassenartenebene an. Die DMP-Zuweisungen, denen keine eigenständige Ausgabenkategorie gegenübersteht, werden anteilig den Zuweisungen für Leistungsausgaben und Verwaltungsausgaben zugerechnet. Während die Deckungsquoten für die einzelnen Ausgabekategorien definitionsgemäß GKV-weit auf 100 % aufgehen, beinhalten die Deckungsquoten der Gesamtzuweisungen auch die mitgliederbezogene Kürzung der Zuweisung und drücken damit auch die GKV-weite Unterdeckung im Jahr 2010 aus.

Auch wenn die Spanne der Deckungsquoten ähnlich ausfällt wie im Jahresausgleich 2009 stellt sich die Frage der Konstanz auf Einzelkassenebene. Sind die Krankenkassen mit hohen Unter-

⁴ Da diese Kennzahlen nur mit der RSA-Stichprobe von 6,8 % der Versicherten berechnet werden konnten, bedeutet dies, dass die Deckungsquote für Kostenerstatter nach § 53 SGB V nur auf der Basis von 375 zugeordneten Versicherten ermittelt wurden. Entsprechend vorsichtig ist das Ergebnis zu interpretieren.

Kassenart	BLA	VA	SEL	Gesamt
AOK	100,39%	96,02%	117,03%	99,69%
BKK	99,86%	101,10%	67,36%	99,03%
EAN	99,51%	102,85%	120,28%	99,18%
IKK	100,80%	98,69%	88,39%	99,90%
KBS	99,69%	118,44%	73,57%	99,88%
GKV	100,00%	100,00%	100,00%	99,42%

Tabelle 1. Deckungsquoten im Jahresausgleich 2010 nach Kassenarten

BLA = berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

VA = Verwaltungsausgaben

SEL = Satzungs- und Ermessensleistungen

deckungen im Jahresausgleich 2010 dieselben Krankenkassen, die auch im Vorjahr stark unterdeckt waren? Gerade bei den kleinen Krankenkassen mit extremen Werten kann die Lage in einem Jahr durch Zufallsprozesse (Unfälle o.ä.) bedingt sein. Der (Pearson-) Korrelationskoeffizient zwischen den Deckungsquoten 2010 und 2009 weist ein mittleres Maß an Korrelation aus ($r = 0,6866$). In Abbildung 6 sind auf der Abszisse die Deckungsquoten des Jahres 2010 und auf der Ordinate die Deckungsquote des Jahres 2009 abgetragen. Anhand des Verhältnisses zur Winkelhalbierenden kann man ablesen, ob sich die Deckungsquote gegenüber dem Vorjahr verbessert (unterhalb) oder verschlechtert (oberhalb) hat. So weist die Krankenkassen mit der niedrigsten Deckungsquote im Jahr 2009 (90,6 %) im Jahr 2010 mit 104,1 % eine Überdeckung auf. Umgekehrt hatte die Krankenkasse mit der niedrigsten Deckungs-

quote im Jahr 2010 (92,4 %) im Vorjahr immerhin noch eine Deckungsquote von 97 %. In beiden Fällen handelt es sich um sehr kleine Krankenkassen.

Teilt man die Krankenkassen in Abbildung 6 in vier Quadranten ein, so liegen im ersten Quadranten (rechts oben) die Krankenkassen, die in beiden Jahren eine Überdeckung aufweisen. Insgesamt sind dies 76 Krankenkassen mit 27,6 Mio. Versicherten und einem durchschnittlichen RSA-Risikofaktor von 0,91. Der Risikofaktor gibt an, wie stark die Morbidität der Versicherten einer Krankenkasse – gemessen an den Kriterien des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – von der GKV-durchschnittlichen Morbidität abweicht. Ein RSA-Risikofaktor von 1,0 gibt also genau die GKV-durchschnittliche Morbidität an, während etwa ein RSA-

Risikofaktor von 1,1 angibt, dass die Morbidität der entsprechenden Krankenkasse derart abweicht, dass 10 % höhere Ausgaben zu erwarten wären. Umgekehrt gibt ein RSA-Risikofaktor unter 1,0 eine überdurchschnittlich gute Morbidität an.

Im zweiten Quadranten (links oben) sind die Krankenkassen, die nach einer Überdeckung im Jahr 2009 im Folgejahr in eine Unterdeckung geraten sind. Es handelt sich um 21 Krankenkassen mit 5,0 Mio. Versicherten und einem leicht überdurchschnittlichen RSA-Risikofaktor von 1,02. Die Krankenkassen im dritten Quadranten (links unten) weisen in beiden Jahren Unterdeckungen auf. Es handelt sich um 37 Krankenkassen mit 33,6 Mio. Versicherten und einem RSA-Risikofaktor von 1,05. Im vierten Quadranten (rechts unten) schließlich sind die Krankenkassen, die nach einer Unterdeckung im Jahr 2009 im Folgejahr eine Überdeckung erreicht haben. Hier finden sich 13 Krankenkassen mit 3,1 Mio. Versicherten und einer stark

Die These, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich kleine Krankenkassen benachteilige, konnte widerlegt werden

überdurchschnittlichen RSA-Morbidität von 1,22. Die Krankenkassen im dritten Quadranten haben gegenüber dem Vorjahr durchschnittlich 2,3 % ihrer Versicherten verloren, während die Krankenkassen in allen anderen Quadranten durchschnittlich zulegen.

Die Deckungsquoten lassen sich auch analytisch auf die einzelnen Hauptleistungsbereiche aufteilen (Tabelle 2). Dabei zeigt sich, dass die Deckungsquoten beim Krankengeld mit einer Spanne von 57,7 % bis 172,4 % und einer Standardabweichung von 19 % eine besonders große Streuung aufweisen. In den übrigen Hauptleistungsbereichen liegt die Standardabweichung bei 7–8 %. Die hauptleistungsbezogenen Deckungsquoten nach Kassenart können Tabelle 2 entnommen werden.

Da Deckungsquoten auf Einzelkassenebene noch nichts darüber aussagen, ob die Über- und Unterdeckung auf Unterschieden in der Effizienz der

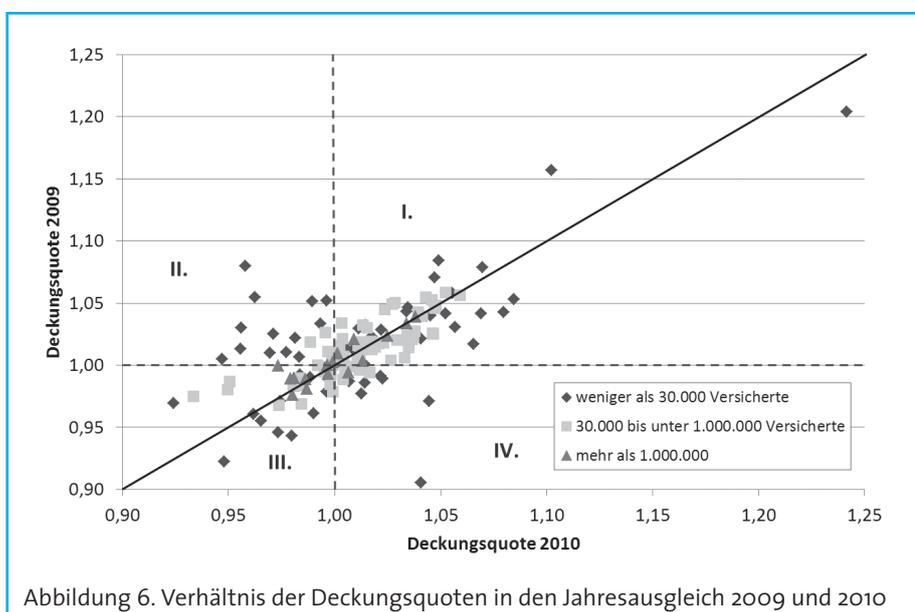


Abbildung 6. Verhältnis der Deckungsquoten in den Jahresausgleich 2009 und 2010

Krankenkassen oder Ungenauigkeiten im Zuweisungsverfahren beruhen, hat der Wissenschaftliche Beirat untersucht, ob systematische Zusammenhänge hinsichtlich der Über- und Unterdeckungen erkennbar sind.

Die These, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich kleine Krankenkassen benachteilige, konnte dabei widerlegt werden. Dies bestätigt sich wieder im aktuellen Jahresausgleich. Kleinere und mittlere Krankenkassen (bis rund 1.000.000 Versicherte) weisen sogar im Durchschnitt leichte Überdeckungen auf (100,5 %), während größere Krankenkassen im Durchschnitt geringfügig unterdeckt sind (99,9 %). Die Größe der Krankenkasse spielt also eine untergeordnete Rolle.

Anders sieht es hinsichtlich der Risikostruktur aus. Hier hat der Beirat gezeigt, dass Krankenkassen mit einer höheren Morbidität tendenziell eher Unterdeckungen aufweisen, während Krankenkassen mit niedrigerer Morbidität tendenziell überdeckt sind. Die Morbidität der Krankenkasse wird dabei am RSA-Risikofaktor festgemacht.

Der Zusammenhang zwischen RSA-Risikofaktor (auf der Abszisse) und der Deckungsquote (auf der Ordinate) kann Abbildung 7 entnommen werden. Die Trendgrade zeigt – wie im Jahresausgleich 2009 (vgl. Abbildung 18 in Drösler et al. 2011, S. 80) – einen tendenziell negativen Zusammenhang zwischen Morbidität und Deckung auf. Die Gleichungsformel ist so zu interpretieren, dass ein Anstieg des Risikofaktors um 0,1 durchschnittlich mit einer Verschlechterung des Deckungsgrades um 0,42 Prozentpunkte verbunden ist. Gegenüber dem Vorjahr (0,46 Prozentpunkte) bedeutet dies einen leichten Rückgang.

Neben Deckungsquoten nach Kassengröße und Morbidität wird im Evaluationsbericht auch die Deckungsquote der Krankenkassen nach **Wachstumsrate** ausgewiesen. Auch hier bestätigt sich im Jahresausgleich 2010 das Bild aus dem Vorjahr. Krankenkassen, die im letzten Jahr stark gewachsen sind, weisen tendenziell Überdeckungen, stark schrumpfende Krankenkassen hingegen tendenziell Unterdeckungen auf. Die Über- und Unterdeckungen haben sich gegenüber dem Jahresausgleich 2009 erhöht, was mit dem Hinweis auf gestiegene Selektionsgewinne bei Kassenwechslern kom-

Kassenart	Ärzte	Zahnärzte	Arzneimittel	Krankenhäuser	Sonstige	Krankengeld	Dialyse
AOK	100,96%	107,13%	101,39%	97,02%	104,62%	109,60%	95,56%
BKK	98,65%	99,69%	101,60%	102,67%	94,59%	91,37%	106,75%
EAN	98,13%	92,78%	97,71%	103,24%	96,87%	100,77%	103,69%
IKK	107,10%	104,61%	100,31%	98,09%	98,65%	96,77%	102,40%
KBS	104,15%	110,62%	100,14%	97,12%	106,01%	75,80%	105,84%
GKV	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabelle 2. Deckungsquoten nach Kassenart und Hauptleistungsbereich

patibel ist (Tabelle 3).

Besondere Aufmerksamkeit erhielten die Ausführungen des Wissenschaftlichen Beirats zu den Überdeckungen bei den **Auslandsversicherten**. Angesichts der Besonderheiten in diesem Bereich ist dies nicht wirklich gerechtfertigt.

schon aus diesem Grunde nur schwer interpretierbar. Nach den Bestimmungen zum Kontenrahmen sind zudem ab dem Jahr 2010 dem Grunde und/oder der Höhe nach ungewisse Verpflichtungen zu schätzen. Der Beirat hat auf die Unsicherheiten hinsichtlich der Frage, wie verbreitet dies bereits 2009 erfolgte, hingewiesen.

Dieser Umstellungseffekt hat sich im Jahr 2010 bemerkbar gemacht. Während die Zahl der Auslandsversicherten um 7 % auf knapp 250.000 angestiegen ist und die Zuweisungen für Auslandsversicherte um

11 % auf gut 700 Mio. Euro, haben die in den Jahresrechnungen erfassten Ausgaben um 52 % auf 553 Mio. Euro zugelegt. Die GKV-durchschnittliche Deckungsquote ist dementsprechend

Krankenkassen, die im letzten Jahr stark gewachsen sind, weisen tendenziell Überdeckungen, stark schrumpfende Krankenkassen hingegen tendenziell Unterdeckungen auf.

Für Auslandsversicherte werden die durchschnittlichen Zuweisungen eines alters- und geschlechtsgleichen Inlandsversicherten angerechnet. Abweichungen zu den gebuchten Ausgaben sind

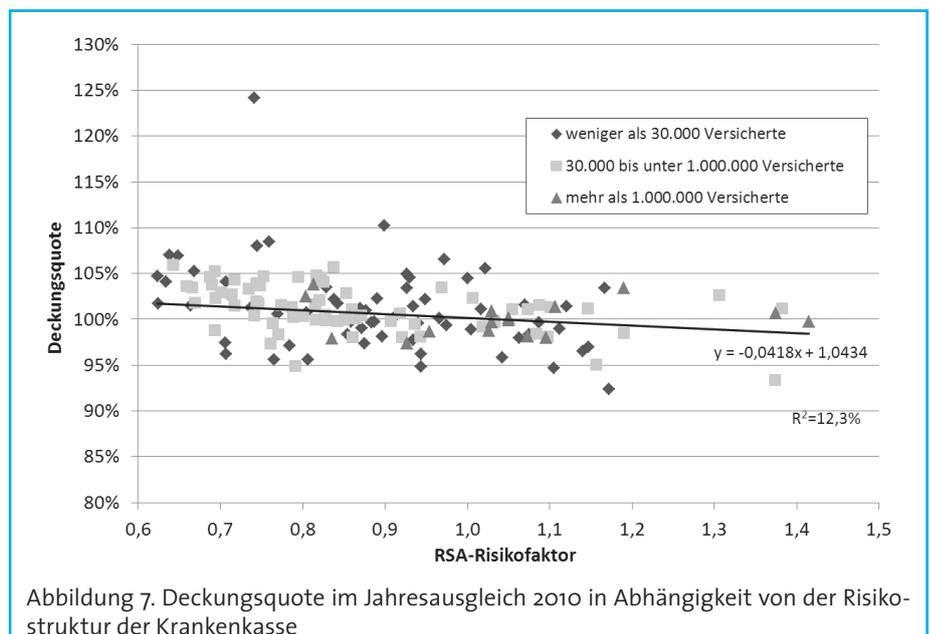


Abbildung 7. Deckungsquote im Jahresausgleich 2010 in Abhängigkeit von der Risikostruktur der Krankenkasse

Veränderungsrate 2009–2010	Anzahl	Deckungsquote
über 20 %	1	124,1%
über 10 % bis unter 20 %	4	102,0%
über 5 % bis unter 10 %	6	101,3%
über 2,5 % bis unter 5 %	8	102,4%
über 0 % bis unter 2,5 %	60	99,6%
über -2,5 % bis unter 0 %	46	101,4%
über -5 % bis unter -2,5 %	15	98,4%
unter -5 %	7	97,8%

Tabelle 3. Deckungsquote je Krankenkassen nach Veränderungsrate der Versichertenzahl

von 172,9 % auf 126,6 % gefallen. Allerdings bleibt das Bild auf Kassenebene nach wie vor sehr uneinheitlich (Tabelle 4).

4. Zusammenfassung

Der Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich (Drösler et al. 2011) hat wesent-

Alt-RSA, allerdings verbleibende Ungenauigkeiten bei den Zuweisungen im hohen Alter, bei Multimorbidität und bei Hochkostenfällen – werden bestätigt. Einige Kennzahlen, wie z. B. die aggregierten Gütemaße (R^2 , CPM) oder die Deckungsquote von Hochkostenfällen haben sich leicht verbessert, andere, wie z. B. die Deckungsquoten für Gesunde und Kassenwechsler, haben sich gering-

Die Kennzahlen sind erstaunlich stabil: die zentralen Aussagen des Evaluationsberichtes werden bestätigt.

liche Kennzahlen auf der Individual-, Gruppen- und Kassenebene entwickelt. Inzwischen wurde auch der Jahresausgleich 2010 durchgeführt, für den dieselben Kennzahlen hier berichtet werden.

Diese Kennzahlen sind erstaunlich stabil. Die zentralen Aussagen des Evaluationsberichtes – erhebliche Verbesserung der Zielgenauigkeit gegenüber dem

fülig verschlechtert. Dies sind aber nur marginale Veränderungen – kennzeichnend ist vielmehr die hohe Stabilität der Ergebnisse und Erkenntnisse. ■

Kassenart	DQ 2010	DQ 2009
AOK	151,0 %	264,5 %
BKK	102,3 %	137,4 %
EAN	78,2 %	76,0 %
IKK	140,6 %	164,0 %
KBS	315,3 %	205,4 %
GKV	126,6 %	172,9 %

Tabelle 4. Deckungsquote der Zuweisungen für Auslandsversicherte nach Kassenart

Literatur

Drösler, S.; Hasford, J.; Kurth, B.-M.; Schaefer, M.; Wasem, J.; Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Bonn.

Gaßner, M.; Arndt, V.; Fischer, L.; Göppfarth, D. (2010): Sind die Diagnosezahlen nach Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs angestiegen?, Gesundheits- und Sozialpolitik 64(6): 11–19.

Göppfarth, D. (2009): Der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, Soziale Sicherheit 58(1): 12–17.

Schmidt, D.; Göppfarth, D. (2009): Die Berücksichtigung von Verstorbenen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, in: Repschläger, U. (Hg.): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2009, Wuppertal, 32–47.



Arbeits- und Gesundheitsschutz gestalten

Von der Inselflösung zum ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagement

Herausgegeben von Ruth Holm, Wolfgang Anlauff und Volker David

2011, 147 S., brosch., 28,- €
ISBN 978-3-8329-6742-0

Der traditionelle Arbeits- und Gesundheitsschutz befindet sich in der Gießereibranche seit Jahren auf hohem Niveau und hat deutliche Erfolge zu verzeichnen. Dennoch entsprechen viele Tätigkeiten in den Gießereien noch nicht den Kriterien „guter Arbeit“. Im Projekt INDINA wurde das THMExcellence-Modell für ein ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement erprobt. Das Buch stellt die zentralen Ergebnisse der Forschungsarbeit vor.

www.nomos-shop.de/13794

 **Nomos**