

# Regionalisierung des RSA?

**Prof. Dr. Volker Ulrich**

Lehrstuhl für VWL III, insb. Finanzwissenschaft

Universität Bayreuth

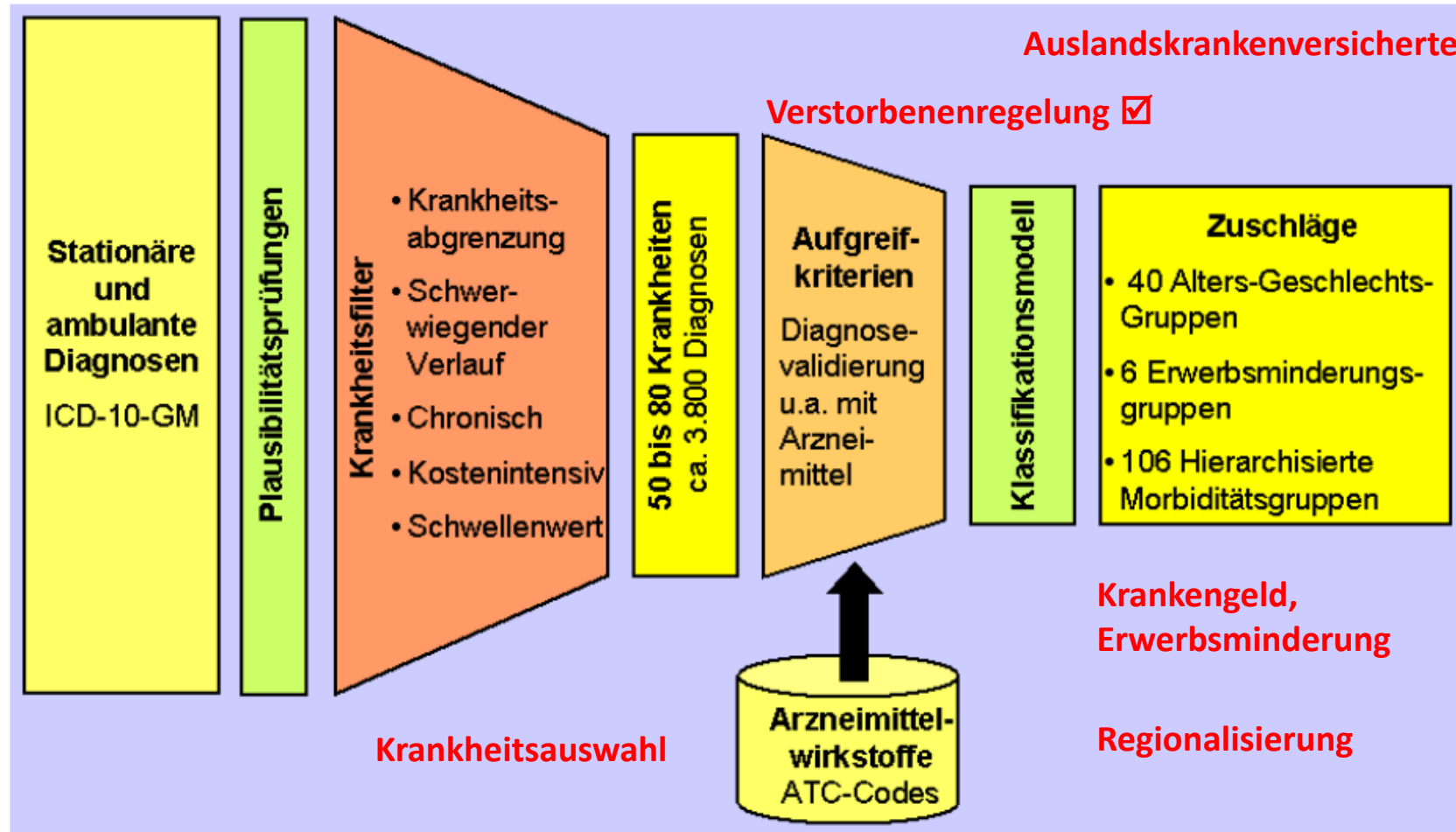
BMC – Update Morbi-RSA

5. Juli 2016

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 58/59, Berlin

## Baustellen des Morbi-RSA: Von der Diagnose zum Zuschlag



Quelle: BVA 2008.

## Alter und Morbidität Anteil der Zuweisungen über AGG, EMG und HMG

Risikogruppe	JA 2009	JA 2010	JA 2011	JA 2012	JA 2013	JA 2014
AGG-Anteil	53,0 %	51,8 %	51,7 %	52,3 %	51,4 %	50,4 %
EMG-Anteil	1,9 %	1,9 %	1,8 %	1,7 %	1,4 %	1,4 %
HMG-Anteil	45,1 %	46,4 %	46,6 %	46,0 %	47,3 %	48,2 %

Hinweis zu 2013: Umsetzung der PTW-Regelung (ohne: AGG: 52,8 % / HMG: 45,7 %)

AGG: Alters-Geschlechts-Gruppen, einschließlich Auslands-AGG (AusAGG).

EMG: Erwerbsminderungsgruppen.

HMG: Hierarchisierte Morbiditätsgruppen einschließlich Kostenerstattergruppe (KEG).

Bezug: Leistungsausgaben ohne Krankengeld.

- **Morbi-RSA mit regionalen Effekten**, da Morbidität eine regionale Dimension besitzt.
- Ziel RSA ist Risikoäquivalenz: Ausgleich exogener Faktoren , die den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verzerren
- Optimale Versorgungsstrukturen sind ebenfalls keine Aufgabe des Morbi-RSA; Aufgabe für andere Felder der Gesundheitspolitik

# Regionalisierung des RSA?

**Teil 1:** Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbspolitischen und regionalen Aspekten (Volker Ulrich, Eberhard Wille)

**Teil 2:** Verfassungsrechtliche Vorgaben der Einbeziehung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA (Gregor Thüsing)

Prof. Dr. Volker Ulrich  
Prof. Dr. Eberhard Wille  
Prof. Dr. Gregor Thüsing

Bayreuth, Mannheim und Bonn, im Juni 2016

**Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbspolitischen und regionalen Aspekten**

Gutachten für das  
Bayerische Staatsministerium  
für Gesundheit und Pflege  
(StMGP)

**Tabelle 3: Deckungsbeiträge je Versicherten nach räumlicher Lage im Jahre 2011**

	Alle	Ärzte	Arznei- mittel	Kranken- haus
Sehr zentral	-25,1 €	-17,8 €	3,3 €	-7,4 €
Zentral	12,0 €	3,0 €	-3,1 €	9,9 €
Peripher	37,9 €	26,5 €	-0,6 €	7,1 €
Sehr peripher	-9,7 €	54,2 €	-16,5 €	-38,5 €

Quelle: Göppfarth, D. 2013, S. 10 und 2015, S. 25.

## Nachfrageseitige Einflussgrößen unterschiedlicher regionaler Deckungsquoten

- die im Morbi-RSA nicht berücksichtigten Krankheiten,
- Haushaltseinkommen und Vermögen der Versicherten,
- Pflicht- oder freiwillig Versicherte
- Soziale Schicht, Beruf und Bildung, z.B. Schulabgänger mit und ohne Abschluss sowie Versicherte mit Hochschulreife,
- Arbeitslosenquote, Anzahl der Transferempfänger und der Zuzahlungsbefreiten (vgl. Lux, G. et al. 2015),
- Erwerbs- und Dienstleistungsquote,
- Branche und Betriebsgröße,
- Ökologische bzw. Wohnumweltbedingungen, z.B. Wohnfläche, Mehrfamilienhäuser,
- Familienstand und Haushaltsgröße, insbesondere Alleinstehende und Einpersonenhaushalte,
- Bevölkerungsdichte,
- Zahl der Pflegebedürftigen,
- Wanderungsbewegungen sowie
- Anteil der Migranten mit abweichendem Nachfrageverhalten

## Angebotsseitige Einflussgrößen unterschiedlicher regionaler Deckungsquoten

- Die Haus- und Facharztdichte, d.h. niedergelassene Ärzte insgesamt, davon Hausärzte, Internisten und Gebiets- bzw. Fachärzte insgesamt je 100.000 Einwohner,
- Krankenhaus- und Pflegebetten je 10.000 Einwohner,
- Die Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern,
- Das Angebotsverhalten der Leistungserbringer in Verbindung mit dem Wettbewerb in den einzelnen Leistungsbereichen sowie
- Kodierverhalten niedergelassener Ärzte

## Folgen und wettbewerbspolitische Konsequenzen unterschiedlicher regionaler Deckungsquoten

- **Wettbewerbsverzerrungen** zwischen
  - Bundesweit und landesweit tätigen Krankenkassen
  - Bundes- und landesweit aufgestellten und regionale agierenden Krankenkassen
  - Landesweit und regional operierenden Krankenkassen
- **Gefahr der Risikoselektion**
- **Wettbewerbspolitische Konsequenzen:** Einführung einer regionalen Komponente zum Ausgleich der Effekte exogener, von den einzelnen Krankenkassen nicht zu beeinflussenden Faktoren
- **Wenig Evidenz für Ineffizienzen** (Umlandversorgung, Arztdichte, Wartezeiten, Bettenauslastung, ASK-Fälle)
- **Frage wird wichtiger werden: Regionalcluster** werden zunehmen (Demographischer Wandel)
- **Kein bayerisches Problem:** Problem der Abbildung von Risikoäquivalenz



## Soziodemographische und medizinische Faktoren der regionalen Komponente im niederländischen Risikostrukturausgleich

- Urbanisierungsgrad,
- Anteil nicht-westlicher Immigranten,
- durchschnittliches Einkommen der Versicherten,
- Anteil der Einpersonenhaushalte,
- standardisierte Mortalitätsrate,
- Distanz zum nächsten Krankenhaus,
- Distanz zum nächsten Hausarzt sowie
- Anzahl der Pflegebetten pro 1.000 Einwohner im Umkreis von 25 km

## Alternativen zur regionalen Komponente im Morbi-RSA

- eine **Erweiterung der Handlungsspielräume** der einzelnen Krankenkassen mit den Möglichkeiten einer vermehrten selektiven Vertragsgestaltung,
- eine **regionale (Zusatz-)Beitragsgestaltung** oder
- eine **Kombination** von Elementen dieser beiden Reformkonzepte

## Empirische Befunde

- **Regionale Deckungsquoten (DQ):** Saldo der regionalen Ausgaben und der regionalen RSA-Zuweisungen.
- Diese Größe informiert darüber, in welchem Ausmaß die **tatsächlichen Ausgaben** für GKV-Versicherte mit Wohnsitz in der Region durch die **RSA-Zuweisungen** für diese Versicherten gedeckt werden.
- **Datenbasis:**
  - Marktanteil in Höhe von knapp über 80 % für Bayern: AOK Bayern, BKK Landesverband Bayern für die teilnehmenden Betriebskrankenkassen, Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), IKK Südwest, Techniker Krankenkasse (TK).

## Deckungsquoten in Bayern insgesamt I

- **2011:** 99,0%
- **2013:** 99,99%
- **2014:** 99,12 %
  
- entspricht einer **Unterdeckung in Bayern** von knapp einem Prozentpunkt in 2011 und 2014 sowie einer nahezu vollständigen Deckung der Ausgaben durch die Zuweisungen für das Jahr 2013.
- Je nach Landkreis bzw. kreisfreier Stadt schwanken die **Deckungsquoten zwischen 86,9 % (Schwabach 2011) bis 113,4 % (Freyung-Grafenau 2014)**.
- In den vorliegenden drei Jahren verändern sich die Deckungsquoten nicht allzu stark, d. h. wer in 2011 untergedeckt war, ist es überwiegend auch in den Jahren 2013 und 2014 geblieben und vice versa.
- Es finden sich aber auch einige Gebiete, bei denen die **Deckungsquoten das Vorzeichen ändern**. So waren beispielsweise die 4 Kreise (Aichach-Friedberg, Altötting, Amberg Stadt, Amberg-Sulzbach) im Jahr 2011 untergedeckt, während sie für das Jahr 2014 eine Überdeckung aufweisen.
- Das **Umgekehrte** gilt beispielsweise für die Stadt Coburg, für Kelheim oder für das fränkische Kulmbach.

## Deckungsquoten in Bayern insgesamt II

- **Untergedeckt sind dagegen insbesondere die kreisfreien Großstädte sowie die städtischen Kreise** in Bayern (z. B. Bayreuth, Dachau, Fürstentfeldbruck, Regensburg, München, Nürnberg).
- **Überdeckungen** (zeigen sich insbesondere in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen, während die ländlichen Kreise mit Verdichtungsansätzen eher dazwischenliegen und nicht immer eindeutig zugeordnet werden können).
- **Über- und Unterdeckungen finden sich in Bayern** in sehr heterogenen räumlichen Einheiten. Diese Über- und Unterdeckungen nach Morbi-RSA sind sicherlich das Ergebnis sehr unterschiedlicher regionaler bayerischer Verhältnisse in den Landkreisen und kreisfreien Städten.
- In einigen Verdichtungsräume ist es denkbar, dass Versicherte aus dem Umland Leistungen in der Stadt nachfragen, wodurch die Deckungsquote bei möglichen Fehlbuchungen in der Stadt zu niedrig und für das Umland zu hoch ausgewiesen wird (**Beispiel Weiden**). Solche Stadt-Umland-Aspekte sind bei den meisten Ballungsräumen zu beachten.

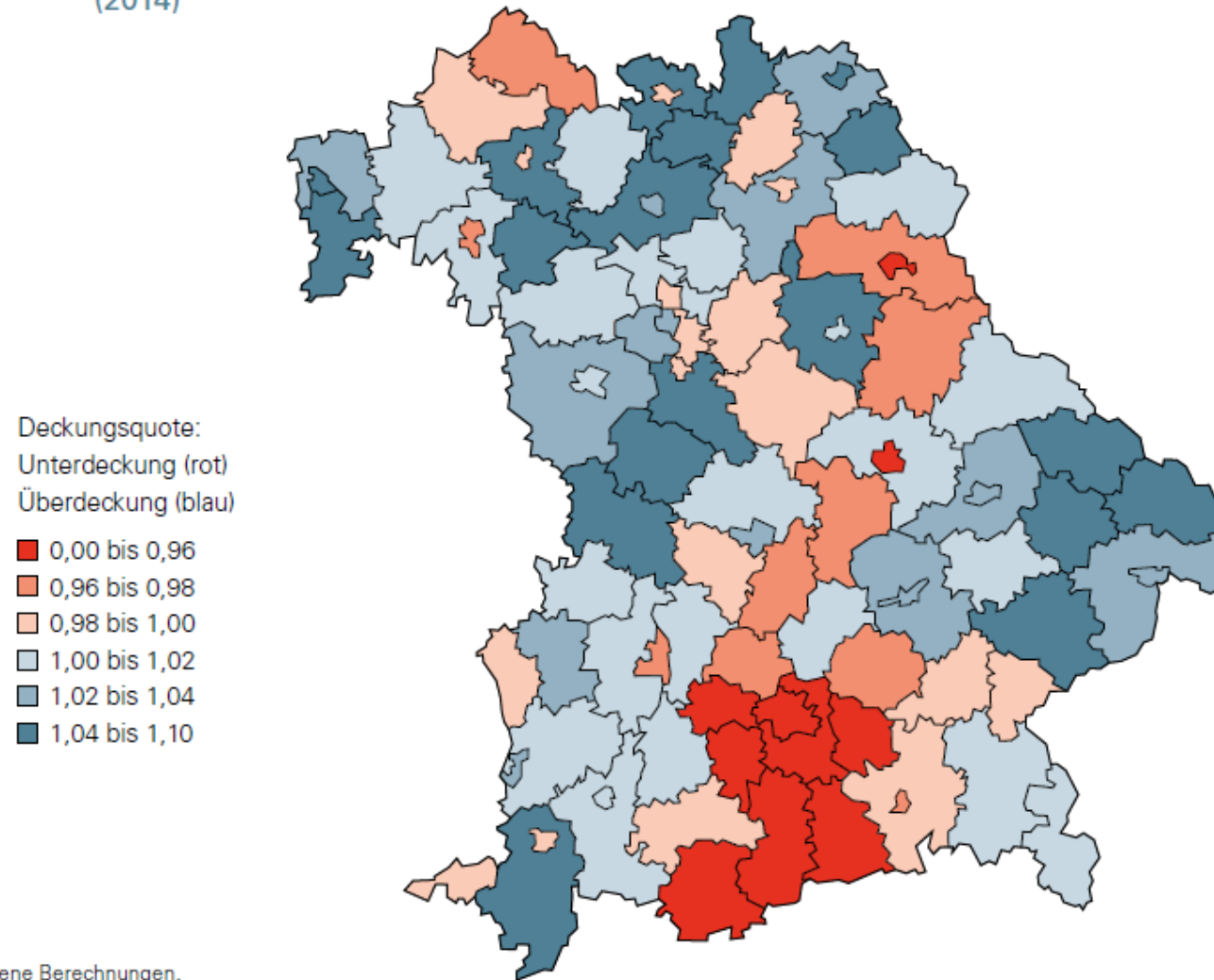
Landkreis/Stadt	DQ 2011	DQ 2013	DQ 2014
Aschaffenburg, Stadt	108,3%	104,7%	104,7%
Bamberg, Kreis	104,7%	106,3%	107,3%
Freyung-Grafenau	104,1%	107,6%	113,1%
Kronach	103,1%	108,2%	105,1%
Weißenburg-Gunzenhausen	104,6%	109,7%	106,4%

## Überdeckungen

## DQ Großstädte

Stadt	DQ 2011	DQ 2013	DQ 2014
München	93,0%	94,1%	92,8%
Nürnberg	97,7%	100,9%	99,6%
Augsburg	98,3%	98,9%	96,6%
Regensburg	98,5%	100,6%	95,9%
Ingolstadt	97,1%	98,93%	102,2%

Abbildung 5: Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten  
(2014)



Quelle: Eigene Berechnungen.

**Problem der Risikoäquivalenz betrifft ganz Deutschland:  
Deckungsquote je Kreis  
(alle Leistungsausgaben ohne Krankengeld)**

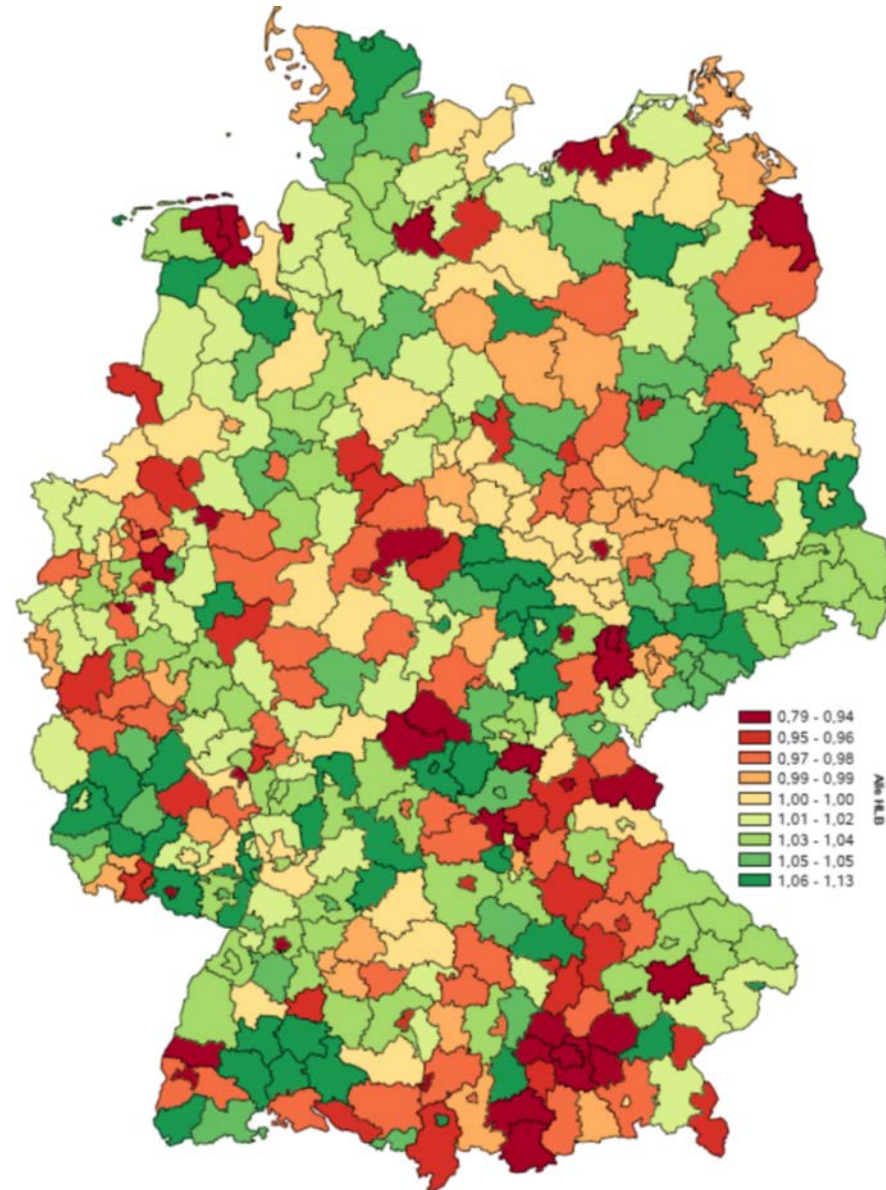




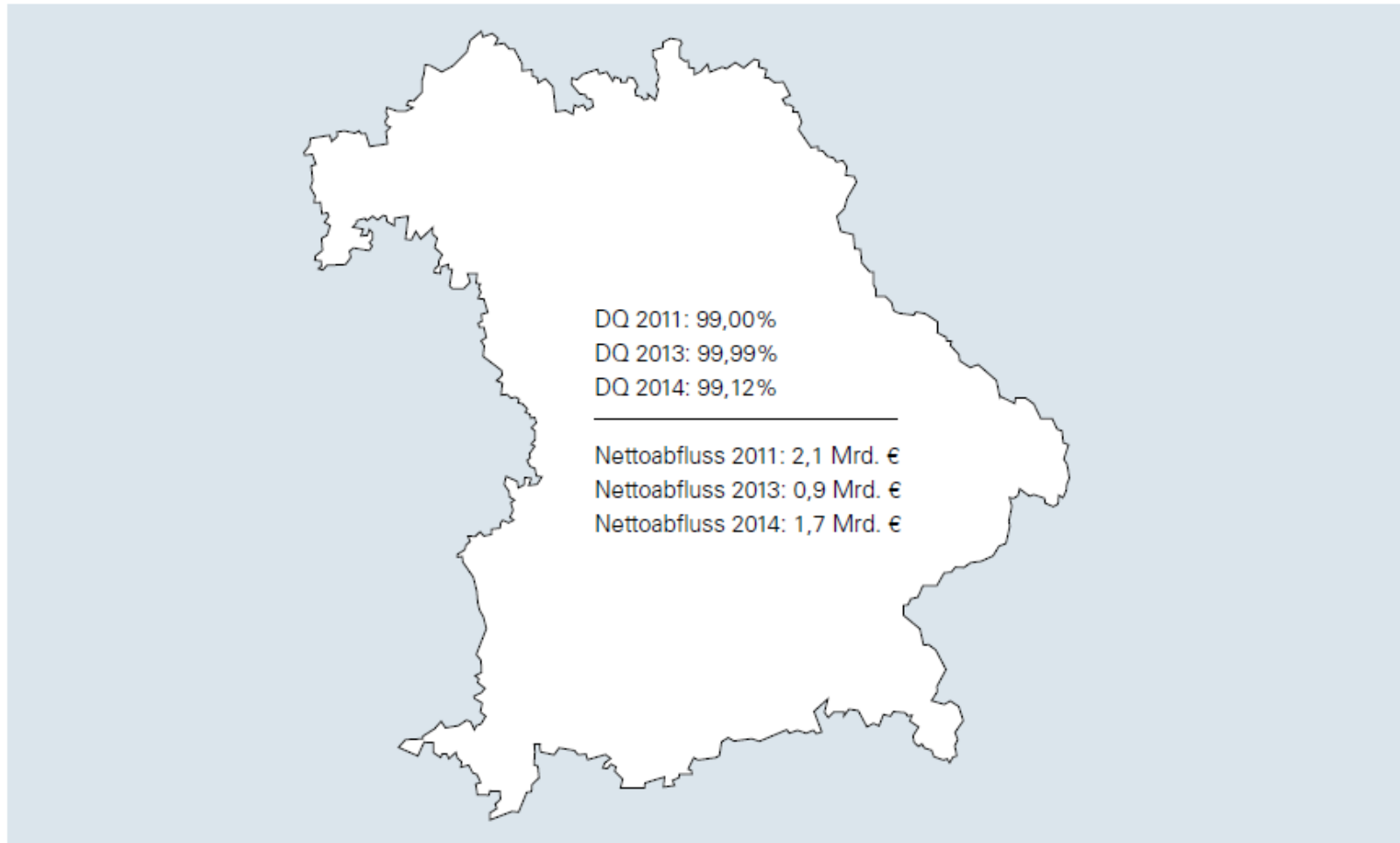
Tabelle 8: Deckungsquote und Deckungsbetrag Bayern (2009–2014, ohne Krankengeld)

Deckungsquote und -betrag	2009	2010	2011	2013	2014
Deckungsquote Bayern insgesamt	98,60 %	98,30 %	99,00 %	99,99 %	99,12 %
Deckungsbetrag Bayern insgesamt	–335 Mio. €	–424 Mio. €	–230 Mio. €	–5 Mio. €	–188,3 Mio. €

Quelle: BVA, eigene Berechnungen.

- Die obigen Fehlbeträge kumulieren sich in diesen fünf Jahren somit auf über **eine Mrd. Euro** (2012 noch ausgeklammert).
- Die **Deckung dieser Fehlbeträge** stellt für die betroffenen Krankenkassen – vor allem im Wettbewerb mit Konkurrenten, bei denen keine oder nur geringe Belastungen oder sogar Überdeckungen anfallen – eine erhebliche bzw. kaum zu bewältigende Herausforderung dar.

Abbildung 11: Deckungsquoten und Nettoabfluss aus Bayern 2011–2014



Nettoabflüsse errechnet ohne Zu- und Abflüsse der LKK.

Quelle: d-maps.com und eigene Berechnungen.

## Interpretation der Ergebnisse

- Die **Solidarität auf der Einnahmenseite** (Nettoabflüsse), die auch das BVerfG betont hat, bleibt bei Einführung einer Regionalkomponente auf der Ausgabenseite unangetastet.
- Während aber die **bayerische Solidarität** auf der Einnahmenseite (durch die höheren Löhne) begrüßt wird, verweigert man aber die Berücksichtigung der höheren Kosten- und Versorgungsstrukturen auf der Ausgabenseite.
- Diese hängen natürlich auch mit den höheren Löhnen, Mieten, Grundstückspreisen und Lebenshaltungskosten ab. Für unsere Argumentation sind insb. die **höheren Faktorkosten** bei der Erstellung medizinischer Leistungen entscheidend.
- Eine Reihe von Krankenkassen ist eng mit dem Produktionsstandort eines Unternehmens verbunden, etwa in der Auto- oder Zulieferindustrie. Auf die **regionalen Bedingungen** haben die Krankenkassen keinen Einfluss.
- Dadurch könnte der **Wettbewerb dort stattfinden**, wo er auch hingehört: in den **Regionen**.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

[volker.ulrich@uni-bayreuth.de](mailto:volker.ulrich@uni-bayreuth.de)