

# Der RSA in der deutschen Regionalisierungsdebatte

EBERHARD WILLE,  
VOLKER ULRICH

Prof. Dr. Eberhard Wille ist Emeritus für Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim und stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Prof. Dr. Volker Ulrich ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät und seit 2015 Präsident der GRPG – Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen

**Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist als ein aus Fehlern lernendes System konzipiert. Aktuell wird sowohl von politischer Seite als auch von einigen Krankenkassen gefordert, Funktionsweise und Verteilungsmechanismus auf den Prüfstand zu stellen. Der Beitrag diskutiert Gründe für eine stärkere Regionalisierung des Morbi-RSA, indem auf der Ausgabenseite ein Regionalfaktor eingeführt wird, der insb. Unterschiede in den Versorgungs- und Kostenstrukturen ausgleichen soll. Da diese regionalen Faktoren von den die Krankenkassen nicht beeinflusst werden können, stellen sie aus Kassensicht exogene Faktoren dar, die auszugleichen sind. Damit könnte die Risikoäquivalenz erhöht und auch der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt werden.**

## 1. Unterschiede regionaler Deckungsquoten als Ausgangspunkt der Debatte

Die bisherigen, angesichts der schwachen Datenlage spärlichen empirischen Studien zeigen, dass die Deckungsquoten der Krankenkassen, d.h. das Verhältnis der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu den tatsächlichen Leistungsausgaben bei den jeweiligen Versicherten, in regionaler Hinsicht beachtlich differieren. Nach dem Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 schwankten die Deckungsquoten in Agglomerationsräumen von 97,9% in Kernstädten bis 101,5% in verdichteten Kreisen und in verstaatlichten Räumen von 97,8% in Kernstädten bis 101,1% in verdichteten Kreisen (Drösler et al. 2011, S. 71). Weitere Untersuchungen bestätigten diesen Sachverhalt (Göppfarth 2013, S. 9 und 2015, S. 24; Ulrich/Wille 2014, S. 15ff.) und ein neueres Gutachten (Ulrich/Wille/Thüsing 2016, S. 18ff.) deutet darauf hin, dass sich dieses Verhältnis von 2011 bis

2014 kaum veränderte, d.h. eine gewisse Stabilität aufzuweisen scheint.

Das Gutachten „Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbspolitischen und regionalen Aspekten“ für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geht diesen Fragen auf der Ebene der 71 Landkreise und 25 kreisfreien Städte in Bayern nach (Ulrich/Wille/Thüsing 2016). Mit den Ergebnissen aus dem ersten Gutachten (Ulrich/Wille 2014) steht damit ein Analysezeitraum zwischen 2009 und 2014 zur Verfügung, um regionale Entwicklungen und Wirkungen des Morbi-RSA in Bayern abilden zu können. Die von den beteiligten Krankenkassen aufbereiteten Daten auf der Landesebene erreichen einen Marktanteil in Höhe von knapp über 80 %.

Unsere empirischen Ergebnisse für Bayern zeigen, dass Unterdeckungen vor allem in Kernstädten bzw. zentralen Ballungsräumen auftreten und deutlich

schwächer in ländlichen Kreisen geringerer Dichte bzw. sehr peripheren Räumen. Dagegen finden sich Überdeckungen in verdichteten und ländlichen Kreisen verstaatelter Räume sowie im ländlichen Raum in Kreisen höherer Dichte. Für alle bayerischen Krankenkassen gemeinsam finden wir Deckungsquoten für die Jahre 2011, 2013 und 2014, die sich auf 99,00 %, 99,99 % und 99,12 % belaufen. Das 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 veränderten sich die Deckungsquoten nicht allzu stark, d. h. wer in 2011 untergedeckt

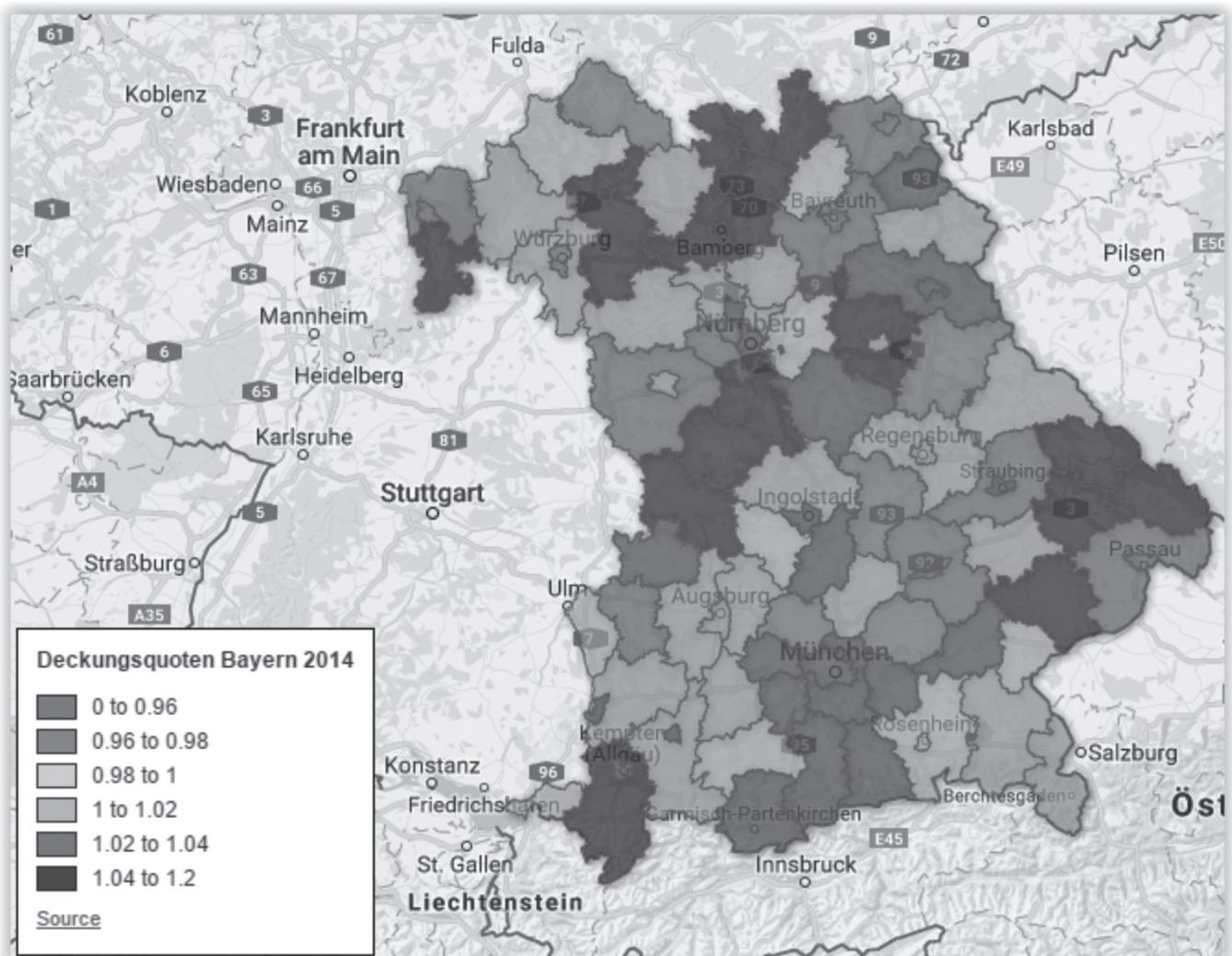
war, blieb es überwiegend auch in den Jahren 2013 und 2014 und vice versa. Es finden sich aber auch einige Gebiete, bei denen die Deckungsquoten das Vorzeichen ändern. So waren beispielsweise die Kreise Aichach-Friedberg, Altötting, Amberg Stadt und Amberg-Sulzbach im Jahr 2011 untergedeckt, während sie für das Jahr 2014 eine Überdeckung aufwiesen. Das Umgekehrte gilt beispielsweise für die Stadt Coburg, für Kelheim oder für das fränkische Kulmbach. Eine deutliche stabile Überdeckung findet sich dagegen im Landkreis Bamberg, im Kreis Kitzingen in Lichtenfels (ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen) in Rottal-Inn (dünn besiedelter ländlicher Kreis) oder in Straubing-Bogen (dünn besiedelter ländlicher Kreis). Untergedeckt waren dagegen insbesondere die kreisfreien Großstädte sowie die städtischen Kreise in Bayern (z. B. Bayreuth, Dachau,

Fürstenfeldbruck, München, Nürnberg, Regensburg).

Abbildung 1 enthält eine graphische Darstellung der Über- und Unterdeckungen auf der Kreisebene in Bayern für das Jahr 2014. Neben den bereits erwähnten Befunden kann man auch den sogenannten A9-Effekt erkennen. Entlang der Autobahn A9 finden sich überwiegend untergedeckte Kreise und kreisfreie Städte, da hier Versorgungs- und Notfalleinrichtungen entstanden sind, die keineswegs ineffizient sind, sondern, mit Blick auf die Umlandversorgung und auf die demographische Entwicklung, künftig noch an Bedeutung gewinnen werden.

Eine Deckungsquote kleiner als Eins, die bei einer Krankenkasse nicht auf unwirtschaftliche Strukturen zurückgeht, kann mittelfristig zu einer erheblichen Schieflage für die betreffende Krankenkasse führen. Falls die ausgabenbestim-

Abbildung 1: Deckungsquoten (ohne Krankengeld) in Bayern nach Landkreisen und kreisfreien Städten (2014)



Quelle: Eigene Berechnungen

menden Faktoren für die Krankenkasse einen exogenen Risikofaktor darstellen, spielt es für den Ausgleich der Risikostrukturen auch keine Rolle, ob die Leistungsausgaben bedarfs-, inanspruchnahme- oder angebotsbedingt sind.

Deckungsquoten kleiner als Eins bedeuten für die betroffenen Krankenkassen Fehlbeträge bzw. negative Deckungsbeträge in Millionenhöhe. Da der Morbi-RSA bereits seit dem Jahr 2009 besteht, erzeugt er seitdem regionale Be- und Entlastungen. Es liegt daher nahe, die entsprechenden Effekte aus den Jahren 2009 und 2010 mit in die Betrachtung einzubeziehen. Tabelle 1 weist für die Jahre 2009 bis 2014 die entsprechenden Deckungsquoten für Bayern aus. Die Werte aus Tabelle 1 zeigen, dass die Deckungsquoten in den Jahren 2009 und 2010 noch spürbar unter denjenigen der Folgejahre lagen (siehe zu den Werten für die Jahre 2009 und 2010: Gaßner, Göppfarth und Wittmann 2011, S.79; Göppfarth, Wittmann und Buchner 2012, S. 17). Der damit einhergehende Fehlbetrag beläuft sich zwischen 424 Mio. Euro im Jahr 2010 und 5 Mio. Euro im Jahr 2013.<sup>1</sup>

Die obigen Fehlbeträge kumulieren sich in diesen fünf Jahren somit auf über eine Mrd. Euro, wobei das Jahr 2012 noch ausgeklammert bleibt, da hierfür keine Daten vorliegen. Es gibt aber keine Hinweise, dass der Deckungsbetrag im Jahr 2012 einen Ausreißer aus der obigen Reihe darstellt, so dass der kumulierte Fehlbetrag für die Jahre 2009 bis 2014 in der Tendenz noch etwas höher ausfallen sein dürfte.

Selbst wenn man die methodischen Unschärfen einer solchen Regressierung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA auf die einzelnen Regionen eines Bundeslandes in Rechnung stellt, dürfte dieser Fehlbetrag zwischen 2009 und 2014 insgesamt mindestens 1 Mrd. Euro erreichen. Die Deckung dieser Fehlbeträge stellt für die betroffenen Krankenkassen – vor allem im Wettbewerb mit Kon-

kurrenten, bei denen keine oder sogar Überdeckungen anfallen – eine erhebliche bzw. kaum zu bewältigende Herausforderung dar.

Diese unterschiedlichen regionalen Deckungsquoten können den Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen in relevantem Maße beeinflussen. Es liegt in diesem Kontext nahe, dass Krankenkassen mit überproportional vielen Versicherten in Regionen mit positiven (negativen) Deckungsquoten hierdurch wettbewerbliche Vorteile (Nachteile) erlangen. Diese Problematik gewinnt derzeit insofern deutlich an Bedeutung, als sich im Zuge des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) seit dem 01.01.2015 mit zunehmend unterschiedlichen Zusatzbeiträgen der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte wieder spürbar intensivierte. Vor diesem Hintergrund gilt es zunächst zu prüfen, von welchen Einflussgrößen diese Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten abhängen und ob es sich bei diesen Faktoren um Prozesse handelt, die einzelne Krankenkassen autonom steuern können, oder um Effekte, die auf, für sie nicht beeinflussbare, exogene Ursachen zurückgehen. In letzterem Fall stellt sich die Frage nach der Berechtigung eines Ausgleichs dieser Effekte, die aus den Unterschieden regionaler Deckungsquoten erwachsen, und damit auch nach der wettbewerbspolitischen Notwendigkeit einer regionalen Komponente im Morbi-RSA.

## 2. Nachfrage- und angebotsseitige Einflussgrößen regionaler Deckungsquoten

Da der Gesundheitsfonds auf der Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen vollständigen Finanzkraftausgleich vorsieht und der Morbi-RSA die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten sowie deren Morbiditätsstruktur in Form von bis zu

80 spezifischen Krankheiten berücksichtigt, können diese Faktoren für die unterschiedlichen regionalen Deckungsquoten der Krankenkassen nicht verantwortlich zeichnen. Gleichwohl existiert ein breites und vielschichtiges Spektrum von angebots- und nachfrageseitigen Einflussgrößen, auf das die festgestellten Unterschiede in den Deckungsquoten der Krankenkassen zurückgehen können. Bei den nachfrageseitigen Einflussgrößen, zwischen denen wiederum vielfältige und enge Wechselwirkungen bestehen, handelt es sich um regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die vornehmlich in folgenden Faktoren wurzeln können (Ulrich/Wille 2014, S. 24 und Ulrich/Wille/Thüsing 2016, S.24f):

- 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 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.

Diese nachfrageseitigen Einflussgrößen bestimmen zusammen mit den im Morbi-RSA enthaltenen Komponenten Alter-, Geschlecht und Morbiditätsstruktur maßgeblich den regionalspe-

<sup>1</sup> Wir halten die Berechnung der Deckungsquoten und -beträge ohne Berücksichtigung des Krankengeldes für die aussagefähiger Darstellung, da das Krankengeld nicht in die Versorgung der Patienten fließt, sondern für die versicherten Mitglieder der Krankenkassen eine Lohnersatzleistung darstellt (auf die gesundheitlichen Leistungsausgaben ohne Krankengeld beziehen sich ebenfalls Drösler et al. 2011, S. 62ff.; Göppfarth 2011; Göppfarth, Wittmann und Buchner 2012).

**Tabelle 1: 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. €	-88,5 Mio. €

Quelle: BVA, eigene Berechnungen

zifischen Behandlungsbedarf, an dem sich die Gesundheitsversorgung nach den Intentionen des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) vom 22.12.2011 stärker ausrichten sollte (Rüger et al. 2014, S. 7). So schuf es z.B. in § 87a Abs. 2 SGB V die rechtliche Grundlage, um im Rahmen der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, d.h. bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), in regionaler Hinsicht sowohl nachfrageseitig die Morbiditätsstruktur der Versicherten als auch angebotsseitig Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen (Drösler et al. 2016). Die Forderung nach einer ausgeprägteren regionalen Orientierung der Gesundheitsversorgung besitzt unabhängig von der Einschränkung, dass sich der Versorgungsbedarf der Versicherten bzw. Patienten einer exakten objektiven Messung entzieht, auch für die bedarfsgerechte Versorgung in der GKV ihre grundsätzliche Berechtigung (vgl. u.a. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, Ziffer 1ff.; Schmacke 2013, S.8).

Da die ohnehin nur zeitlich limitierte Datenbasis zu den regionalen Verteilungseffekten des Morbi-RSA mit dem Auslaufen der Konvergenzklausel nach § 272 Abs. 2 SGB V verschwand, liegen zu den Einflussgrößen der regionalen Deckungsquoten kaum valide empirische Analysen vor. Nach einer Untersuchung von Göpfarth (2011, S. 8ff.) beeinflussten von den nachfrageseitigen Faktoren insbesondere die Siedlungsdichte, die Wirtschaftskraft, der Dienstleistungsanteil und die Einpersonenhaushalte die Ausgabenunterschiede und führten damit zu negativen regionalen Deckungsquoten. Von der Arbeitslosenquote gingen keine entsprechenden Effekte aus und das Haushaltseinkommen sowie das Bildungsniveau zeigten keine eindeutigen Effekte. Demgegenüber gelangten von Stillfried/Czihal (2011) auf der Grundlage von Daten der vertragsärztlichen Versorgung zu dem Ergebnis, das eine hohe Arbeitslosigkeit und ein niedriges Haushaltseinkommen mit einem niedrigeren Inanspruchnahmeniveau einherging und damit positive regionale Deckungsquoten verursachte.

Bei den angebotsseitigen Einflussgrößen, die relevante Effekte auf die regionalen Deckungsquoten zu erzeugen vermögen, kommen vor allem in Betracht (Ulrich/Wille 2014,S. 25 und Ulrich/Wille /Thüsing 2016,S.24):

- 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
- das Kodierverhalten der niedergelassenen Ärzte (vgl. Betriebskrankenkassen 2015, S. 32).

Hinsichtlich dieser angebotsseitigen Faktoren von regionalen Einflussgrößen erklären nach der Untersuchung von Göpfarth (2011, S. 12) vor allem die Ärztedichte, aber auch die entsprechenden Relationen von Hausärzten, Internisten und Krankenhäusern je 100.000 bzw. 10.000 Einwohner die Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten. Es existieren dabei sehr wahrscheinlich Interdependenzen zu den nachfrageseitigen Einflussgrößen Bevölkerungsdichte, Wirtschaftskraft und Dienstleistungsanteil. Zudem können aber auch die offensichtlichen regionalen Differenzen in den Preisniveaus, d.h. den Faktorkosten von privatärztlichen Praxen und Krankenhäusern, und mittelbar den Konsumgüterpreisen Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten verursachen. Wie bereits angedeutet, stellt sich vor dem Hintergrund dieses komplexen und vielschichtigen Systems von nachfrage- und angebotsseitigen Einflussgrößen regionaler Deckungsquoten vor allem unter Wettbewerbsaspekten die Frage, ob und inwieweit es sich hier

um für die einzelnen Krankenkassen steuerbare Prozesse oder um nicht gestaltbare bzw. exogene Faktoren handelt. Die nachfrageseitigen Einflussgrößen unterschiedlicher regionaler Deckungsquoten, wie z.B. die Einkommen der Versicherten, die Einpersonenhaushalte und der Dienstleistungsanteil, stellen unstrittig exogene Faktoren dar, denn die einzelnen Krankenkassen vermögen diese Determinanten ähnlich wie Alter, Geschlecht und Morbidität der Versicherten in keiner Weise zu steuern. Bei den angebotsseitigen Einflussgrößen gilt dies im Wesentlichen auch für die Vorhaltung einer qualitativ hoch-

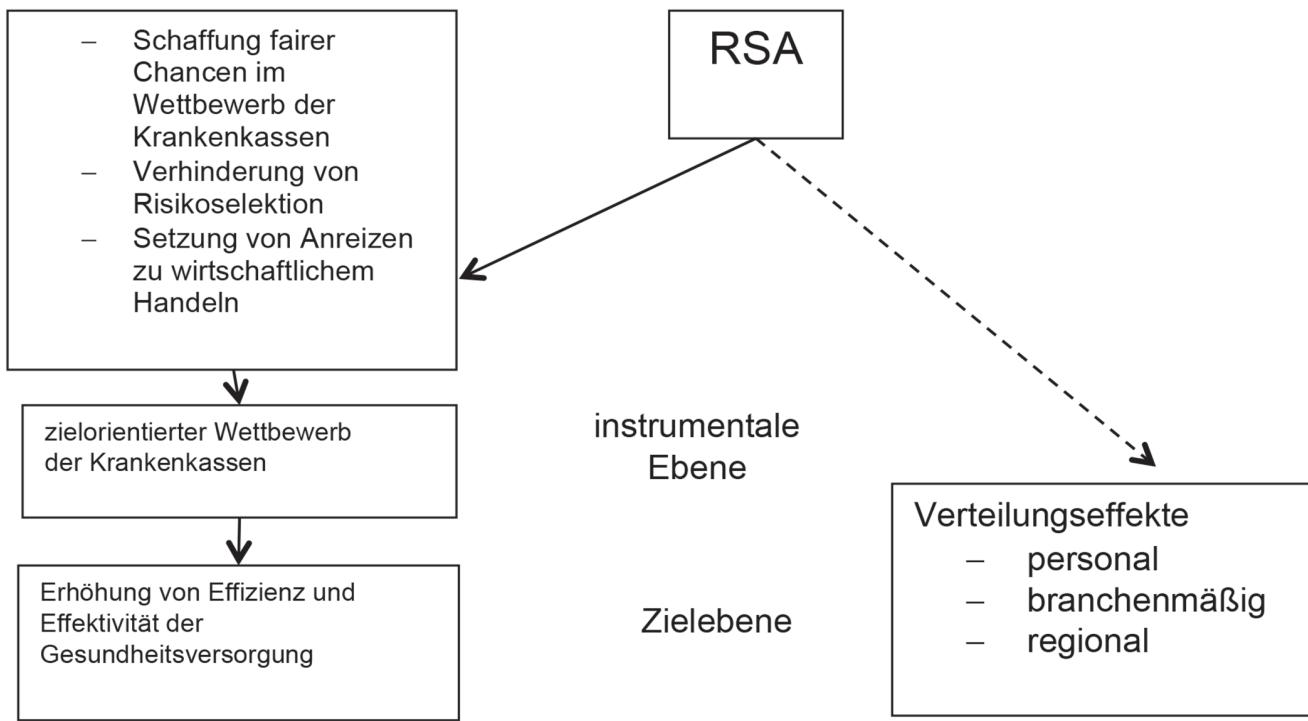
wertigen Infrastruktur im ambulanten, stationären und im Pflegebereich sowie für die regional unterschiedlichen Faktorkosten der medizinischen Leistungserstellung, d.h. die Investitions-, Personal-, Sach- und Mietkosten, und das jeweiligen Preisniveau der Konsumgüter. Die Krankenkassen verfügen lediglich im selektivvertraglichen Bereich über gewisse Gestaltungsspielräume, um die Mengen und Preise der von ihnen finanzierten Leistungen zu beeinflussen. Da aber auch große Krankenkassen im geltenden System kaum mehr als 10% ihrer Leistungsausgaben gestalten können, dürften die Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten derzeit zu gut 90% in exogenen für die einzelnen Krankenkassen nicht beeinflussbaren Faktoren wurzeln (Wille et al. 2012, S. 70ff.; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 516; Jacobs 2015, S. 25).

### 3. Ziele und Funktionen des Morbi-RSA

In einem Krankenversicherungssystem, das sowohl ein freies Krankenkassenwahlrecht der Versicherten als auch risikounabhängige Beiträge aufweist, besteht zur Schaffung eines zielorientierten Wettbewerbs die Notwendigkeit, einen RSA zu installieren. Wie Abbildung 2 veranschaulicht, besitzt der RSA die Aufgabe, den Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte gleiche Chancen einzuräumen und Risikoselektion soweit als möglich zu verhindern. Dabei stellen weder der RSA noch der auf ihm aufbauende Wettbewerb Ziele an sich dar, sondern dienen der Realisierung einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung.

Der derzeitige deutsche Morbi-RSA umfasst seit dem 01.01.2009 als Teil des Gesundheitsfonds neben den indirekten Morbiditätsindikatoren Alter, Geschlecht und Bezug von Erwerbsminde rungsrenten noch bis zu 80 spezifische Krankheiten in Form von hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) auf der Grundlage von Diagnosen. Unbeschadet noch bestehender Schwachstellen bzw. Verbesserungspotentiale ermöglicht er, in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem auch Wahlfreiheiten der Versicherten unabhängig von deren Alter, Geschlecht und spezifischen Morbiditätsrisiken (Rebscher 2007, S. 60).

Abbildung 2: Ziele und Funktionen des Morbi-RSA



Quelle: Wille/Ulrich/Schneider 2007, S. 31 und 2008, S. 45

Was die einzelnen wettbewerbspolitisch notwendigen Komponenten des RSA betrifft, so bestand schon bei seiner Einführung in der Literatur dahingehend Konsens, dass möglichst alle Effekte, die sich dem Gestaltungsspielraum der Krankenkassen entziehen, eines Ausgleichs bedürfen (Meyers-Middendorf 1993, S. 364; Pfaff/Wassener 1996, S. 1666 und 1998, S. 12) Geschieht dies nicht oder in einem unzureichenden Maße, verfehlt der Morbi-RSA seine Funktion, den miteinander konkurrierenden Krankenkassen gleiche Wettbewerbschancen einzuräumen und Risikoselektion zu vermeiden. Wie die obigen Ausführungen zeigen, stellen die nachfrageseitigen Einflussgrößen der regionalen Deckungsquoten zu 100% und die angebotsseitigen zu gut 90% von den einzelnen Krankenkassen nicht beeinflussbare Faktoren dar. Die Effekte dieser für die Krankenkassen exogenen Einflussfaktoren bedürfen daher vornehmlich unter Wettbewerbsaspekten eines Ausgleichs durch eine regionale Komponente im Morbi-RSA.

Der RSA unterlag seit seiner Einführung im Jahre 1994 hinsichtlich seiner inhaltlichen Ausgestaltung zahlreichen Änderungen und auch der derzeitige Morbi-RSA erfuhr als „lernendes System“ (Jacobs 2015b, S. 23) bereits einige Modifi-

kationen. Zudem stehen momentan mehrere Reformvorschläge zur Diskussion (zu einem Überblick Jacobs 2015b; Ulrich/Wille/Thüsing 2016, S.8; Plate/Demme 2016), die überwiegend aus nachvollziehbaren Gründen auf spezielle Problemlagen bestimmter Krankenkassen bzw. Krankenkassenarten abstellen. Diesen „Forderungen nach übereilten Reformen“ erteilte der Präsident des Bundesversicherungsamtes kürzlich „eine klare Absage“ (BVA 2016; ähnlich Plate/Demme). Er betonte in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit „sauber zwischen Ausgabenrisiken, die die Krankenkassen selbst steuern können, und solchen, die nicht beeinflussbar sind (zu) trennen“. Dieser berechtigten Forderung entspricht die Reformoption, mit Hilfe einer regionalen Komponente die Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten auszugleichen, in vollem Umfang.

Ohne die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA bleibt offen, ob und inwieweit derzeitige Unterschiede in den Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen auf über- bzw. unterdurchschnittliche Effizienz und Effektivität oder auf nicht beeinflussbare exogene Faktoren zurückgehen. Obgleich die Weiterentwicklung des Morbi-RSA in den letzten Jahren erhebliche Verbes-

serungen verzeichnen konnte, reichte die Spanne in den Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen im Jahresausgleich 2014 immer noch von 95% bis ca. 113% (Demme 2015, S. 14). Dabei stellt sich die Frage, ob diese Spanne auf Unterschiede in der Effizienz und Effektivität der jeweiligen Krankenkassen zurückgeht oder teilweise noch in exogenen bzw. nicht beeinflussbaren Faktoren und damit in Wettbewerbsverzerrungen wurzelt. Regionale Unterdeckungen, die auf exogene Einflussgrößen zurückgehen, benachteiligen vor allem regional aufgestellte Krankenkassen gegenüber bundes- und landesweit operierenden, aber auch landesweit tätige Krankenkassen gegenüber bundesweit agierenden. Bei regionalen Überdeckungen verhält es sich entsprechend umgekehrt. Die Effekte negativer wie positiver regionaler Deckungsquoten wirken sich am stärksten bei Krankenkassen aus, deren Geschäftstätigkeit unterhalb jener der Bundesländer liegt. Im Unterschied dazu können sich durch exogene Faktoren verursachte regionale Unter- und Überdeckungen bei landesweit und vor allem bei bundesweit aufgestellten Krankenkassen teilweise oder sogar weitgehend kompensieren.

Kritische Einwände gegen die Einführung einer regionalen Komponente

in den Morbi-RSA problematisieren weniger die Exogenität der nachfrage- und angebotsseitigen Einflussfaktoren regionaler Deckungsquoten, sondern weisen auf die Gefahr hin, dass sie eine Überversorgung in Ballungsgebieten und eine Unterversorgung in weniger ausgabenintensiven Regionen zementiere. Gegen diese Befürchtungen spricht zunächst, dass die Vorhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Infrastruktur auch den Versicherten aus den umliegenden Regionen zur Verfügung steht. Zudem geht, wie regionale Vergleiche belegen, eine spezialisierte stationäre und ambulante Versorgung nicht zwingend mit einer ineffizienteren und ineffektiveren Gesundheitsversorgung einher. (Nolting et al. 2011, S. 37ff.; Christensen/Müller 2012). Der Morbi-RSA besitzt eine wettbewerbspolitische Funktion, aber darüber hinaus müssen andere Instrumente für eine effiziente und effektive Behandlung sorgen (Ulrich/Wille 2014, S. 8f.; Jacobs 2015a, S. 25). Ferner resultieren regionale Unter- und Überdeckungen auch aus Differenzen im Kosten- und Preisniveau. Hierbei handelt es sich nicht um allokativen Ineffizienzen, sondern um reine monetäre Verteilungseffekte, die aus einer regional unterschiedlich prosperierenden Wirtschaftsentwicklung erwachsen. So variierten z.B. die durchschnittlichen Bruttostundenverdienste von Arbeitneh-

#### 4. Mögliche Ausgestaltung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA und alternative Reformoptionen

Die erforderlichen Daten zur Berechnung der regionalen Deckungsquoten lagen für die Jahre 2008 bis 2010 vollständig vor, so dass sich auf einer entsprechend aktualisierten Datenbasis die regionale Komponente für die neun Kreistypen bzw. Kategorien des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-, und Raumforschung (BBSR) berechnen lassen. Als weitere Informationsgrundlage können die RSA-Systeme von Ländern dienen, die wie Belgien, die Niederlande, Israel und die Schweiz inzwischen eine regionale Komponente aufweisen (Gaßner/Göpfarth/Wittmann 2011, S. 64 ff.; von Stillfried/Czihal 2011, S.3f.). In Belgien und Israel (Shmueli 2015, S. 273) berücksichtigt der RSA bei den Zuweisungen an die Krankenkassen die Bevölkerungsdichte und Verstädterung in Form des Verhältnisses von Zentrum und Peripherie.

In Anlehnung an den RSA in den Niederlanden könnte die Ermittlung einer regionalen Komponente im Morbi-RSA an geeigneten sozioökonomische und medizinisch infrastrukturellen Merkmalen anknüpfen, um mit deren Hilfe hinsichtlich ihrer Ausgabenintensität weitgehend homogene und über die

Bundesländer hinausgehende regionale Risikogruppen zu bilden (Matega 2011). Zu diesem Zweck werden die Postleitzahlbereiche anhand dieser Merkmale z.B. zu zehn regionalen Risikogruppen zusammengefasst und die Krankenkassen erhalten für

diese verschiedenen Regionen unterschiedliche Zuschläge. Dabei bilden folgende soziodemographische und medizinische Faktoren die Grundlage für die Bildung der zehn regionalen Kategorien:

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

Bezogen auf den deutschen RSA würden die regionalen Risikogruppen ebenfalls über die Grenzen der Bundesländer hinausgehen, d.h. eine regionale Risikogruppe würde z.B. die Städte bzw. Ballungsgebiete Hamburg, München und Stuttgart umfassen und eine andere bestimmte Regionen auf der Schwäbischen Alb, im Bayerischen Wald und in der Schorfheide. Bei den sozioökonomischen und medizinisch-infrastrukturellen Merkmalen könnte sich die Auswahl ebenfalls an das niederländische Beispiel mit den oben aufgelisteten Kriterien, u.U. ergänzt um die Facharztdichte, die Wirtschaftskraft und den Dienstleistungsanteil der Region, anlehnen. Entsprechend der bisherigen Methodik des Morbi-RSA würde die regionale Komponente ähnlich den drei bisherigen Komponenten standardisiert und prospektiv ausgestaltet.

Neben einer regionalen Komponente im Morbi-RSA gibt es, um regionale Unter- und Überdeckungen und die mit ihnen einhergehenden Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, im Wesentlichen noch folgende Alternativen:

- 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 (vgl. Ulrich/ Wille, 2014, S. 63 und 2015, S. 174ff.; Jacobs, 2015a, S. 27ff.).

Unter Wettbewerbsaspekten stellt die Erweiterung der Handlungsspielräume der Krankenkassen zweifellos den Königsweg dar, eine solche ordnungspolitisch wünschenswerte Entwicklung zeichnet sich aber derzeit nicht ab. Sollte eine deutliche Zunahme der selektiven Vertragsmöglichkeiten der Krankenkassen in absehbarer Zeit gleichwohl eintreten, kann das Gewicht der regionalen Komponente entsprechend abnehmen. Insofern lässt sich die Einführung einer regionalen Komponente flexibel mit einer Erweiterung der Handlungsspielräume der Krankenkassen kombinieren.

Für eine regionale (Zusatz-)Beitragsgestaltung wie sie z.B. im Rahmen der KFZ-Versicherungen erfolgt, spricht zunächst das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz (Ulrich/Wille 2015, S. 175). Danach bemisst sich die Höhe der Beiträge am jeweiligen Niveau des

### *Die Einführung einer regionalen Komponente lässt sich flexibel mit einer Erweiterung der Handlungsspielräume der Krankenkassen kombinieren.*

mern und Arbeitnehmerinnen in den Bundesländern im Jahre 2014 von 15,22 Euro in Mecklenburg-Vorpommern bis 22,39 Euro in Hamburg (Statistisches Bundesamt 2015, S. 3). Ein regional überdurchschnittliches Kosten- und Preisniveau generiert wiederum überdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen und damit auch höhere Solidarbeiträge zur GKV. Insofern spricht neben wettbewerbspolitischen Gründen auch eine symmetrische Betrachtung von Ausgaben- und Einnahmenseite der GKV für die Einführung einer regionalen Komponente in den Morbi-RSA.

medizinischen Angebotes, das den Versicherten in einer bestimmten Region zur Verfügung steht. Entsprechend sollen Versicherte in Ballungsgebieten, die ein ausgabenintensives Angebot in Anspruch nehmen können, höhere Beiträge zahlen als Versicherte in strukturschwachen Regionen mit einer weniger

ausgabenintensiven medizinischen Infrastruktur. Eine regionale (Zusatz-) Beitragsgestaltung sieht sich aber konzeptionell mit dem Problem der Umlandversorgung konfrontiert und steht momentan gesundheitspolitisch auch nicht zur Diskussion. Schließlich spricht für die Einführung einer regionalen Kom-

ponente in den Morbi-RSA, dass auch andere Länder mit wettbewerblichen Krankenversicherungssystemen, wie z.B. Belgien, Israel und die Niederlande, zur Vermeidung von regional bedingten Wettbewerbsverzerrungen und regionaler Risikoselektion diese Alternative wählten.

## Literatur

**Betriebskrankenkassen (2015):** 20 Jahre Finanzausgleich. Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich, Sonderausgabe 1/2015, Berlin.

**Bundesversicherungsamt – BVA (2016):** Präsident des Bundesversicherungsamtes erteilt Forderungen nach überreichten Reformen des Risikostrukturausgleichs eine klare Absage, Bonn, 08.03.2016.

**Christensen, B. / Müller, M. (2012):** Regionale Einflussfaktoren auf die regionale Verordnungsdichte von Antibiotika bei Kindern – Kurzstudie im Auftrag des Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann-Stiftung Gütersloh.

**Demme, S. (2015):** Ergebnisse des Jahresausgleichs 2014 und aktueller Planungsstand zu den Ausgleichsjahren 2016 und 2017, 4. GKV Informationsveranstaltung „Gesundheitsfonds“, Berlin, 26. November 2015.

**Drösler, S. / Hasford, J. / Kurth, B.-M. / Schaefer, M. / Wasem, J. / Wille, E. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, online verfügbar, URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht\\_zum\\_Jahresausgleich.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf) abgerufen am 15.09.2013.

**Drösler, S. / Neukirch, B. / Ulrich, V. / Wille, E. (2016):** Möglichkeiten der Berücksichtigung von Besonderheiten der Versorgungsstrukturen als modifizierenden Faktor des riskoadjustierten Behandlungsbedarfs im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Endfassung, Bayreuth, Krefeld, Mannheim, 18.02.2016.

**Gaßner, M. / Göpfarth, D. / Wittmann, R. (2011):** Spielräume für eine Dezentralisierung im Rahmen des Systems Gesundheitsfonds, in: Wille, E. und Knabner, K. (Hrsg.), Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt et al. Lang, S.53-81.

**Göpfarth, D. (2011):** Regionale Unterschiede der Morbidität und Ausgaben auf Basis der Daten des RSA. ZI-Fachtagung „Regionale Besonderheiten“ am 25. Mai 2011 in Berlin, Bonn, den 19.05.2011.

**Göpfarth, D. (2013):** Regionalauswertungen 2011, Präsentation, Bonn, 28. November 2013.

**Göpfarth, D. (2015):** Regionale Versorgungsunterschiede – Was kann, was soll der Risikostrukturausgleich leisten? Erscheint in: Wille, E. (Hrsg.): Versorgungsdefizite im deutschen Gesundheitswesen?, Frankfurt, S. 15-32.

**Göpfarth, D., Wittmann, R. und Buchner, F. (2012):** Adjusting for Regional Variation in

Germany's Risk Adjustment System, RAN Conference Lucerne, 19. Juli 2012.

**Jacobs, K. (2015a):** Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich, in: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 15, Heft 2, S. 23-30.

**Jacobs, K. (2015b):** Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung tätigt gut, in: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 15, Heft 4, S. 23-30.

**Lux, G. / Schillo, S. / van der Linde, K. / Walendzik, A. / Wasem J. (2015):** Die Berücksichtigung von Zahlungsbefreiungen im RSA – Ausgestaltungsmöglichkeiten und Wirkungen einer erweiterten Berücksichtigung soziökonomischer Faktoren, IBES-Diskussionsbeitrag, Duisburg-Essen, Januar 2015.

**Mateja, S. (2011):** Risk Adjustment – A Global Perspective, Vortrag am 25.10.2011 auf dem Jahrestreffen der International Actuarial Association.

**Meyers-Middendorf, J. (1993):** Die Gestaltungsrelevanz marktwirtschaftlichen Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Sozioökonomische Analyse der Möglichkeiten und Grenzen eines Krankenkassenwettbewerbs, Köln.

**Nolting, H.-D et al. (2011):** Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

**Pfaff, M. / Wassener, D. (1996):** Risikoselektion dauerhaft vermeiden, in: Forum für Gesellschaftspolitik, Bonn, Juli 1996, S.166-188.

**Pfaff, M. / Wassener, D. (1998):** Bedeutung des Risikostrukturausgleichs für den Kassenwettbewerb und die solidarische Wettbewerbsordnung, in: Ehlers, A.P.F. (Hrsg.), Fairness, Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung, Springer, Berlin, S. 9-21.

**Rüger, A. / Maier, W. / Voigtländer, S. / Mielck, A. (2014):** Regionale Unterschiede in der Ärztedichte. Analyse zur ambulanten Versorgung in Bayern, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 14, Heft 2, S. 7-17.

**Plate, F./Demme, S. (2016):** Reformoptionen zum Riskostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt; in: Welt der Krankenversicherung, Ausgabe 7-8, S. 172-175.

**Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012):** Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Huber, H. Bern.

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014):** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven

für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn/Berlin, im Juni 2014.

**Schmacke, Norbert (2013):** Wie viele und welche Ärzte braucht das Land?, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 13. Jg., Heft 4, S. 7-15.

**Shmueli, A. (2015):** On the calculation of the Israeli risk adjustment rates, in: The European Journal of Health Economics, Vol. 16, Nr. 3, S. 271-277.

**Statistisches Bundesamt (2015):** Verdienste und Arbeitskosten 2014, Arbeitnehmerverdienste, Fachserie 16, Reihe 2.3, Wiesbaden.

**Stillfried, D. v. / Czihal, T. (2011):** Berücksichtigung regionaler Versorgungsbesonderheiten durch eine regionale Risikokomponente, Berlin 12.2.2011.

**Ulrich, V. / Wille, E. (2014):** Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMPG), Bayreuth und Mannheim, im September 2014.

**Ulrich, V. / Wille, E. (2015):** Zur Berechtigung einer regionalen Komponente im RSA. Regionale Ausgabenunterschiede als exogener Faktor, in: Welt der Krankenversicherung, 4. Jg., Ausgabe 7-8, S. 173-175.

**Ulrich, V. / Wille, E. / Thüsing, G. (2016):** Die Notwendigkeit einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich unter wettbewerbspolitischen und regionalen Aspekten. Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMPG), Bayreuth, Mannheim und Bonn, im Juni 2016.

**Wille, E. / Ulrich, V. / Schneider, U. (2007):** Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich, in: Wille, E., Ulrich, V. und Schneider, U. (Hrsg.), Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Baden-Baden 2007, S. 5-67.

**Wille, E. / Ulrich, V. / Schneider, U. (2008):** Risk Adjustment Systems in Health Insurance Markets in the US, Germany, Netherlands and Switzerland, in: Journal for Institutional Comparisons, CESifo DICE Report, 6 (3), 37-49.

**Wille, E. / Hamilton, G.J. / Graf von der Schulenburg, J.M. / Thüsing, G. (2012):** Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse, Hamburg.