

PRESSEMITTEILUNG

Berlin, 03.03.2016

Vorstellung der RSA Allianz in Berlin:

Mehr Fairness im Gesundheitswesen durch Optimierung des Morbi-RSA –

Wegfall der EMR-Zuweisung als Einstieg in eine Reform des Finanzausgleichs

Heute hat die RSA Allianz, ein aus 12 Krankenkassen bestehendes kassenartenübergreifendes Bündnis, das sich im Interesse eines fairen Finanzierungssystems des Gesundheitswesens zusammengeschlossen hat, in der Bundespressekonferenz Reformvorschläge für eine Verbesserung der Finanzierung des Gesundheitssystems präsentiert.

Aus den drei Kassenarten IKKn, Ersatzkassen und BKKn stellten die Vorstände Wolfgang Schnaase, BKK Mobil Oil, Dr. Christoph Straub, BARMER GEK und Peter Kaetsch, BIG direkt gesund, die Allianz und ihre Ziele vor.

Wolfgang Schnaase, Vorstand der BKK Mobil Oil und Sprecher der RSA Allianz, erläuterte zur Motivation, diese zu gründen:

„Der RSA Allianz ist es ein dringendes Bedürfnis, Schwachstellen im bestehenden Finanzierungssystem zu benennen, Fehlanreize aber eben auch vorhandene Potentiale und Gestaltungsmöglichkeiten zu identifizieren und der Politik diesen Handlungsbedarf aufzuzeigen. Die Allianzmitglieder sehen im Morbi-RSA grundsätzlich ein seit sieben Jahren bewährtes Finanzierungsinstrument, es bedarf aber konkreter Reformschritte, um die ursprünglichen Ziele – Verteilungsgerechtigkeit und Gewährleistung eines fairen Wettbewerbs – zu erreichen.“

Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, beschreibt die Schwachstellen des Finanzierungssystems:

„Es bestehen weiterhin Schwachstellen im Morbi-RSA, die zu Wettbewerbsverzerrungen unter den gesetzlichen Krankenkassen führen. Im Ergebnis stellen wir eine extrem unterschiedliche Entwicklung der Rücklagen der Kassen fest. Zudem zeichnet sich bereits heute eine deutliche Spreizung der individuellen Zusatzbeitragssätze der Kassen ab, die bei weitem nicht allein durch die Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Kassen begründet ist. Damit die Verwerfungen sich nicht fortsetzen und womöglich die Stabilität des Systems und damit die hohe Qualität der medizinischen Versorgung gefährden, fordert die RSA Allianz weitere Reformschritte beim Morbi-RSA.“

Im konstruktiven Dialog und auf Basis einer unabhängigen wissenschaftlichen Begleitforschung geht es darum, konkrete Reformschritte anzustossen und mit zu gestalten. Dazu hat die Allianz das IGES Institut mit der Erstellung von Gutachten beauftragt.



RSA ALLIANZ

FÜR EIN FAIRES GESUNDHEITSSYSTEM

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, und **Dr. Karsten Neumann**, IGES Institut, stellten ein im Auftrag der RSA Allianz erstelltes Gutachten vor, welches sich mit Surrogaten (Hilfsgrößen zur Berechnung der Zuweisung aus dem RSA) – hier insbesondere die Berücksichtigung von EMR (Erwerbsminderungsrenten) – wissenschaftlich auseinander gesetzt hat:

„Ein Verzicht auf den Surrogatparameter EMR würde zu einer Erhöhung der Chancengleichheit führen. Im Gutachten konnte nachgewiesen werden, dass die Zuweisungsgenauigkeit dadurch nicht beeinträchtigt, also die bedarfsgerechte Zuweisung für Versicherte mit einer EMR weiterhin sichergestellt wäre, das System aber einfacher und verzerrungsfreier würde.“

Peter Kaetsch, Vorstandsvorsitzender der BIG direkt gesund, weist daraufhin, dass dieser Reformschritt als Einstieg in eine umfassende Reform zu sehen ist:

„Das heute vorgestellte Gutachten und die Empfehlung, auf die Hilfsgröße EMR zu verzichten, zeigt eine konkrete Möglichkeit auf, mit der Reform des Morbi-RSA im Interesse eines fairen und gerechten Wettbewerbs zu beginnen. Diese Forderung wird nun in den nächsten Tagen und Wochen intensiv mit BMG und Politik diskutiert werden und wird als Einstieg in eine umfassende Reform des Morbi-RSA gesehen. Hier werden die Themen Hochrisikopool zum Ausgleich von Hochkostenfällen sowie die Berücksichtigung regional unterschiedlicher Kosten situationen zu klären sein.“

Das IGES Gutachten steht Ihnen auf der Homepage der Allianz unter www.rsa-allianz.de ebenso zur Verfügung wie Fotos der Pressekonferenz.

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Georg Ehrmann gerne unter 0170/1600732 oder ehrmann@ovbconsulting.de zur Verfügung.



RSA ALLIANZ

FÜR EIN FAIRES GESUNDHEITSSYSTEM

c/o Ole von Beust Consulting GmbH & Co KG

Friedrichstr. 55 A

10117 Berlin

Fon: 030 890 44 55 12

Fax: 030 890 44 55 55

Mobil: 0170 1600732

Mail: presse@rsa-allianz.de

www.rsa-allianz.de

V.i.S.d.P.:

Ole von Beust Consulting GmbH & Co KG,

vertreten durch die Geschäftsführer

Ole von Beust und Georg Ehrmann,

Friedrichstr. 55 A, 10117 Berlin



WOLFGANG B. SCHNAASE

Zweiter Vorstand
Betriebskrankenkasse Mobil Oil

Als Gründer/Initiator der RSA Allianz möchte ich Ihnen kurz näherbringen, wer sich hinter unserem Zusammenschluss verbirgt und was genau uns am Herzen lag, als wir seinerzeit im Jahr 2014 diese kassenartenübergreifende Interessensvertretung ins Leben riefen.

Der RSA Allianz ist es ein dringendes Bedürfnis, Schwachstellen im bestehenden Finanzierungssystem zu benennen, Fehlanreize aber eben auch vorhandene Potentiale und Gestaltungsmöglichkeiten zu identifizieren und der Politik diesen Handlungsbedarf aufzuzeigen. Es geht um eine wirtschaftliche Finanzierungslösung für das GKV System und darum, vorhandene Defizite auszugleichen und somit zu einem fairen Wettbewerb beizutragen.

Mittlerweile zählen 12 Kassen aller drei Lager – die der IKKs, Ersatzkassen und BKKs – zu den Mitgliedern der RSA Allianz, koordiniert vom Landesverband der BKK Bayern und im regen Austausch mit dem BKK Dachverband (rund 11 Mio. Mitglieder (54 Mio. Mitglieder bundesweit) = 20%).

Die Allianz versteht sich als Sparringpartner der Politik und setzt auf einen konstruktiven Dialog. Die Allianz hat sich für eine externe Beratung und Unterstützung bei der Platzierung ihrer Ziele in der Politik entschieden und mit Ole von Beust bewusst nicht auf einen typischen Gesundheitslobbyisten, sondern einen Brückenbauer gesetzt.

218 Mrd. Euro sind die Ausgaben, die im Rahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2016 anstehen – das entspricht etwa 2/3 (oder knapp 70%) des gesamten Bundeshaushaltes, der für 2016 mit rund 317 Mrd. verabschiedet wurde. Angesichts dieses Betrages liegt es auf der Hand, dass der GKV Markt (wieder) eine breite gesundheitsökonomische Begleitung und Forschung benötigt (vergleichbar mit dem Rat der fünf Wirtschaftsweisen). Die Allianz liefert mit unabhängigen wissenschaftlichen Gutachten – eines zum Thema Surrogate stellen wir Ihnen heute vor – die Grundlage für eine Verbesserung des bestehenden Finanzierungssystems, des Morbi-RSA, von dessen Richtigkeit wir nach wie vor überzeugt sind. Das seit sieben Jahren existierende Finanzierungssystem bedarf einer regelmäßigen wissenschaftlichen Evaluierung und Betrachtung der Ergebnisse: hier leistet die kassenartübergreifende Allianz von Kassen, die an sich täglich im Wettbewerb miteinander stehen, im Interesse eines fairen Wettbewerbs unter den Kassen einen wichtigen Beitrag.



DR. CHRISTOPH STRAUB

Vorsitzender des Vorstands
der BARMER GEK

Einführung des Morbi-RSA war ein richtiger Reformschritt

Die Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist es, die medizinische Versorgung von 70 Mio. Versicherten zu gewährleisten. Um den Kassen dabei gleiche Bedingungen zu geben, wurde bereits in den 90er Jahren ein Finanzausgleich entwickelt.

Im Jahr 2009 wurde der Risikostrukturausgleich zum Morbi-RSA weiterentwickelt. Damit die Wettbewerbschancen einer Krankenkasse nicht von der Krankheitslast ihrer Versicherten abhängen, wird seither die Morbidität der Versicherten beim Risikostrukturausgleich berücksichtigt.

Dieser Reformschritt war richtig, da er zu einem deutlich verbesserten Ausgleich der Krankheitsrisiken unter den Kassen beigetragen hat.

Der Morbi-RSA ist ein „lernendes System“

Das „lernende System“ des Morbi-RSA wird im Detail ständig nachjustiert.

Der Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA hat 2011 verschiedene Mängel beim Morbi-RSA dokumentiert, woraufhin auch erste grundlegende Veränderungen am Morbi-RSA vorgenommen wurden wie die Verstorbenenregelung („Annualisierung“) sowie die Übergangsregelungen für zielgenauere Zuweisungen für das Krankengeld und Auslandsversicherte.

Bestehende Schwachstellen im Morbi-RSA erfordern weitere Reformschritte

Dennoch bestehen weiterhin Schwachstellen im Morbi-RSA, die zu Wettbewerbsverzerrungen unter den gesetzlichen Krankenkassen führen. Im Ergebnis stellen wir eine extrem unterschiedliche Entwicklung der Rücklagen der Kassen fest. Zudem zeichnet sich bereits heute eine deutliche Spreizung der individuellen Zusatzbeitragssätze der Kassen ab, die bei weitem nicht allein durch die Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Kassen begründet ist.

Damit die Verwerfungen sich nicht fortsetzen und womöglich die Stabilität des Systems und damit die hohe Qualität der medizinischen Versorgung gefährden, fordert die RSA Allianz weitere Reformschritte beim Morbi-RSA.

Forderung der RSA Allianz: Wegfall des Surrogats EMR

Dazu gehört die Abschaffung systemfremder Hilfsvariablen – auch Surrogate – im Morbi-RSA. Ein Beispiel dafür ist der Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Bis zur Einführung des Morbi-RSA 2009 war dieses Surrogat eine wichtige Bezugsgröße für den Krankenkassenfinanzausgleich. Doch das von der RSA Allianz in Auftrag gegebene Gutachten des IGES kommt zu dem Schluss, dass eine Herausnahme des Erwerbsminderungsstatus aus dem Morbi-RSA keinen Einfluss auf die Zuweisungsgenauigkeit hat. Zugleich würde eine stärkere Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs erreicht. Auch auf die Wettbewerbsgerechtigkeit hätte die Herausnahme der EMGs positiven Einfluss, da die strukturellen Verwerfungen zwischen den Kassenarten reduziert würden.

Ein Wegfall des Surrogats EMR wäre unkompliziert über die Änderung der RSA-Verordnung umzusetzen.

Paketlösung für eine RSA-Reform umfasst auch die Regionalisierung und die Einführung eines Hochrisikopools. Es gibt zwei weitere Reformmaßnahmen für den Morbi-RSA, deren Realisierung wir als notwendig erachten. Dabei handelt es sich einerseits um eine stärkere Berücksichtigung der unterschiedlichen regionalen Angebots- und Kostenniveaus im Morbi-RSA. Andererseits sollte ein Hochrisikopool eingeführt werden, mit dem extrem hohe Einzelfallkosten von Patienten ausgeglichen werden können. Dabei sollten besonders auch innovative und sehr kostenintensive Arzneimittel besser berücksichtigt werden.



PETER KAETSCH

Vorstandsvorsitzender
der BIG direkt gesund

Einer der Gründe für die BIG, der RSA Allianz beizutreten, ist deren Ansatz, nicht den Finanzausgleich grundsätzlich in Frage zu stellen, sondern den Morbi-RSA weiterzuentwickeln. Das derzeitige Verhältnis von Über- und Unterdeckung quer durch alle Kassenarten verdeutlicht, dass der Morbi-RSA in seiner jetzigen Form zu erheblichen Verwerfungen führt. Dies behindert massiv einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb – die Grundvoraussetzung für ein auf die Bedürfnisse der Versicherten ausgerichtetes Gesundheitssystem.

Das System des Morbi-RSA „lebt“ davon, dass die zur Erreichung der Ziele „Verteilungsgerechtigkeit“ und „fairer Wettbewerb“ eingeführten Mechanismen regelmäßig wissenschaftlich überprüft und erforderlichenfalls justiert werden. Die Chance, durch die Aktivitäten der RSA Allianz zu einer Systemverbesserung zu gelangen, besteht darin, dass hier kassenartenübergreifend fundierte Grundlagen für eine Systemverbesserung gelegt werden. Die Ergebnisse des wissenschaftlichen Gutachtens zeigen dies ganz deutlich.

Die Kassen der RSA Allianz plädieren dafür, Morbiditäts-Hilfsgrößen, die sog. Surrogate, und hierbei insbesondere die Hilfsgröße „Erwerbsminderungsrente“ künftig als Zuweisungsfaktor nicht mehr zu berücksichtigen. Das Gutachten des IGES-Instituts stellt in überzeugender Art und Weise heraus, dass solche Hilfsgrößen nicht mehr benötigt werden, um morbiditätsbedingte Leistungsausgaben abzubilden.

Im Gegenteil: hielte man weiterhin an diesen Hilfsgrößen fest, würde ein und dieselbe Morbidität faktisch doppelt finanziert werden und einzelne Kassen bevorteilen. Denn für die betroffene Versichertengruppe sind entsprechende Zuweisungen bereits über die im Morbi-RSA berücksichtigten Erkrankungen gewährleistet, die sog. „Zuschläge für die hierarchisierten Morbiditätsgruppen“ oder „HMG-Zuschläge“. Ein weiterer wesentlicher Vorteil ist eine Vereinfachung und Modernisierung des Systems, ohne dabei die Zuweisungsgenauigkeit zu gefährden.

Eine gerechte und die tatsächlichen Verhältnisse abbildende Morbiditätsorientierung ist Ziel und Rechtfertigung des Morbi-RSA. Hier liegt das größte Potential für weitere notwendige Reformschritte. Angesprochen wurden bereits die Einführung eines Hochrisikopools zum Ausgleich von Hochkostenfällen sowie die Berücksichtigung regional unterschiedlicher Kostensituationen.

Bei allen unterschiedlichen Interessen seiner Beteiligten ist die Anpassungsfähigkeit stets eine der Stärken des deutschen Gesundheitssystems gewesen: Immer dann, wenn die Grundsätze des gegliederten GKV-Systems, d. h. Solidarität und Versorgungsqualität, in Frage standen, hat das System mit entsprechenden Anpassungen reagiert.

Das heute vorgestellte Gutachten und die Empfehlung, auf die Hilfsgröße EMR zu verzichten, zeigt eine konkrete Möglichkeit auf, mit der Reform des Morbi-RSA im Interesse eines fairen und gerechten Wettbewerbs zu beginnen. Diese Forderung wird nun in den nächsten Tagen und Wochen intensiv mit BMG und Politik diskutiert werden und wird als Einstieg in eine umfassende Reform des Morbi-RSA gesehen.



Surrogate als Morbiditätsindikatoren auf dem Prüfstand: gerechtere Mittelverteilung im Morbi-RSA

Die Finanzmittel, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, werden im Rahmen des Morbi-RSA in einem komplizierten Verfahren auf Basis von Alter und Geschlecht der Versicherten bestimmt. Zusätzlich hängt die Höhe der Zuweisungen von 80 Krankheitsgruppen sowie weiteren Faktoren, den sog. Hilfsgrößen (auch als Surrogate bezeichnet) ab, wie etwa dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente (EMR).

Diese Hilfsgrößen waren bis zur Einführung des Morbi-RSA 2009 eine wichtige Bezugsgröße für den Krankenkassenfinanzausgleich. Im damaligen Modell dienten sie als Indikatoren für die morbiditätsbedingten Leistungsausgaben, da der direkte Krankheitsbezug nicht vorhanden war und stattdessen auf diese Hilfsvariablen zurückgegriffen wurde. Sie sind als an sich systemfremde Hilfsparameter jedoch beibehalten worden, da bei der Umstellung des Systems auf den Morbi-RSA die Sorge bestand, die 80 Krankheitsgruppen würden die Versichertenmorbidität und damit den Finanzbedarf der einzelnen Kassen nicht ausreichend abbilden.

Nach sechs Jahren ist festzustellen, dass es dieser Hilfsgrößen nicht bedarf. In einem Gutachten des IGES-Instituts¹ wird nun nachgewiesen, dass weder der Bezug einer EMR noch die Teilnahme an einem DMP als Indikatoren zur Morbiditätsabbildung bzw. zu einer „genauerer“ Morbiditätsabbildung benötigt werden.

Erläuterung der Sonderzuweisung für EMR

Die Heranziehung von EMR sollte ursprünglich zu einer Kompensation von Mehrkosten führen, da die Bezieher einer Erwerbsminderungsrente in der Regel komplexe gesundheitliche Probleme haben, die dauerhaft höhere Gesundheitskosten verursachen. Heute wird die Morbidität jedoch durch die hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) abgebildet. Die nach wie vor bestehende EMR-Sonderzuweisung bedeutet damit eine faktische Doppelfinanzierung einer und derselben Morbidität.

Dieses Merkmal aus der Zuweisungssystematik herauszunehmen hätte keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten, denn für die betroffene Versichertengruppe sind adäquate Zuweisungen bereits über die im Morbi-RSA berücksichtigten Erkrankungen gewährleistet (HMG-Zuschläge).

¹ Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren, Begleitforschung zum Morbi-RSA, IGES Institut in Zusammenarbeit mit Gerd Glaeske, Berlin, Februar 2016



Zudem funktioniert dieses Surrogat seit Beginn an nur unzulänglich. Nicht alle Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemen haben dieselbe Chance, eine EMR zu beziehen: Selbstständige oder nicht Berufstätige beziehen eher private EMR-Renten und erhalten deshalb keine besondere Kennzeichnung; und bis vor einigen Jahren erhielten auch Beschäftigte erschwert eine EMR aufgrund einer psychischen Erkrankung.

Nach der Einführung des Morbi-RSA treten diese Unzulänglichkeiten noch stärker hervor.

Forderung der RSA Allianz: Wegfall des Surrogats EMR

Der Wegfall der systemfremden Hilfsgröße EMR als Zuweisungsfaktor eröffnet die Möglichkeit, mit überschaubarem Aufwand den Morbi-RSA in einem ersten Schritt zu vereinfachen, zu modernisieren und damit zeitnah auf die evidenten Wettbewerbsverzerrungen zu reagieren, ohne die Zielgenauigkeit des Modells zu beeinträchtigen. Mit 1,4 % ist das relevante Verteilungsvolumen überschaubar.

Transparenz und die Förderung des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander, sind Ziele, die explizit mit der Einführung des Morbi-RSA verbunden worden sind (vgl. GKV-WSG, BT-Drs. 16/3100, S. 2). Die Streichung der EMR würde diesen Zielen wieder mehr Geltung verschaffen und wäre im Interesse eines gerechten und fairen Gesundheitssystems.



Die RSA Allianz

Mehr Fairness im Gesundheitswesen durch eine Reform des Morbi-RSA

Die Allianz

Am 3.3.2016 hat sich die RSA Allianz, ein aus 12 Krankenkassen bestehendes kassenartenübergreifendes Bündnis, das sich im Interesse eines fairen Finanzierungssystems des Gesundheitswesens zusammengeschlossen hat, in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Ziel der Allianz ist die Verbesserung der Finanzierung des Gesundheitssystems.

Der Morbi-RSA

Einer der Gründe, der derzeit zu einer Schräglage im Gesundheitssystem führt, ist die fehlende Weiterentwicklung des sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA), dem wichtigsten Steuerungsinstrument im solidarisch geprägten Umverteilungssystem der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-System).

Die Entscheidung des Gesetzgebers für den Morbi-RSA war richtig und wird von der RSA Allianz unterstützt. Ziel des Morbi-RSA war es ursprünglich, unter den gesetzlichen Krankenkassen Risiken auszugleichen, die diese nicht zu vertreten haben, den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen damit gerechter zu gestalten und dabei gleichzeitig die Effizienz und Qualität der gesundheitlichen Versorgung aller Versicherten zu verbessern.

Wissenschaftliche Begleitforschung

Im konstruktiven Dialog und auf Basis einer unabhängigen wissenschaftlichen Begleitforschung geht es der RSA Allianz darum, konkrete Reformschritte anzustoßen und mit zu gestalten. Dazu hat die Allianz das IGES Institut Berlin mit der Erstellung von Gutachten zu unterschiedlichen Aspekten des Morbi-RSA beauftragt.

Ziel der Allianz

Ziel der RSA Allianz ist eine umfassende Reform des Morbi-RSA, auf Basis unabhängiger wissenschaftlicher Forschung. Bereits jetzt konnte dadurch belegt werden, dass ein Verzicht auf den Surrogatparameter Erwerbsminderungsrenten (EMR) zu einer Erhöhung der Chancengleichheit bei der Finanzierung führen würde. Im Gutachten konnte nachgewiesen werden, dass die Zuweisungsgenauigkeit dadurch nicht beeinträchtigt, also die bedarfsgerechte Zuweisung für Versicherte mit einer EMR weiterhin sichergestellt wäre, das System aber einfacher und verzerrungsfreier würde.

Daher fordert die Allianz als ersten Reformschritt einen Verzicht auf dieses Surrogat.



RSA ALLIANZ
FÜR EIN FAIRES GESUNDHEITSSYSTEM

Audi BKK 

BARMER GEK

BIG
direkt gesund

BKK
ProVita

Die Kasse fürs Leben.

... BKK WIRTSCHAFT
UND FINANZEN

Die Schwenninger
Krankenkasse

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

IKK Südwest

mhplus
Krankenkasse.

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE

Salus BKK
Mit gutem Gefühl krankenversichert

SBK

BKK
Betriebskrankenkassen
Landesverband Bayern

als koordinierende Stelle



WOLFGANG B. SCHNAASE

Zweiter Vorstand
Betriebskrankenkasse Mobil Oil

Geboren am 01. März 1966 in Hamburg, ist seit dem 01.01.2009
Vorstand der Betriebskrankenkasse Mobil Oil.

Mit seiner Frau und dem gemeinsamen Sohn lebt er in
Trittau (Schleswig-Holstein).

Im Anschluss an die Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten
bei der AOK Hamburg, arbeitete Wolfgang Schnaase dort in verschiedenen
Bereichen (Personalwesen, Marketing, Vertrieb) und übernahm 1993 die
Leitung der AOK-Geschäftsstellen Eilbek, Rahlstedt und Eimsbüttel.

Nachdem er 1998 als Revisor/Organisator für drei Jahre bei der
IKK Hamburg arbeitete, erfolgte 2001 schließlich der Wechsel zur
Betriebskrankenkasse Mobil Oil. Dort übernahm Wolfgang Schnaase
zunächst die Leitung des Bereichs Revision/Organisation, bevor er 2008
vorerst zum dritten Vorstandsmitglied und am 01.01.2009 schließlich zum
zweiten Vorstand neben dem Vorstandsvorsitzenden bestellt wurde.



DR. CHRISTOPH STRAUB

Vorsitzender des Vorstands
der BARMER GEK

Arzt, Studium der Medizin in Heidelberg und USA, klinische Tätigkeit in der Inneren Medizin in Mannheim, Assistent an der Stiftungsprofessur Gesundheitssystemforschung / Universität Tübingen 1991 bis 1994, von 1994 bis 2000 beim VdAK/AEV / Siegburg in unterschiedlichen Funktionen tätig.

Von Juni 2000 bis Ende 2008 bei der Techniker Krankenkasse / Hamburg, zunächst als Leiter des Stabsbereichs Unternehmensentwicklung, seit 2002 Mitglied des Vorstandes, seit 2005 Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands.

Januar 2009 bis Juni 2011 Mitglied des Vorstands der Rhön Klinikum AG.
Seit August 2011 Vorsitzender des Vorstands der BARMER GEK.



PETER KAETSCH
Vorstandsvorsitzender
der BIG direkt gesund

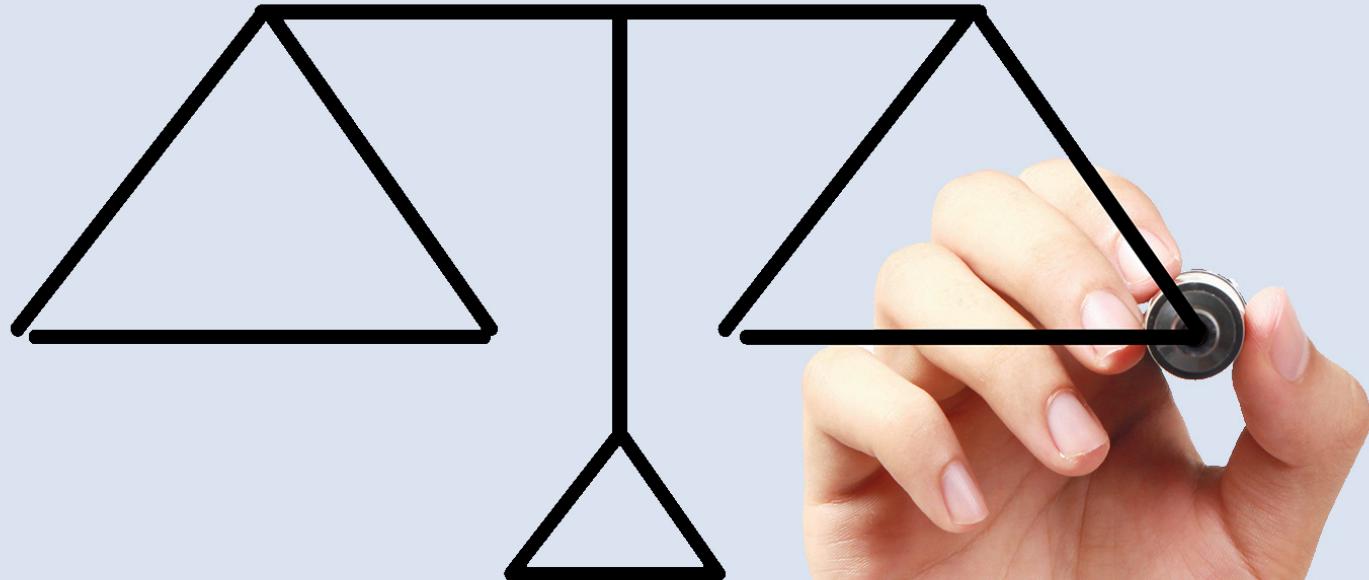
Herr Kaetsch ist am 01.05.1968 in Essen geboren und lebt dort mit seiner Frau und den gemeinsamen Kindern.

Im Anschluss an seine Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten im Jahre 1991, bei der AOK Rheinland, machte Herr Kaetsch eine Fortbildung zum Krankenkassenbetriebswirt.

In der Zeit bis 1997 arbeitete er als Kundenberater und Vertriebsassistent im Marketing bei der AOK Rheinland und absolvierte 1998 sein Studium der Betriebswirtschaft an der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel mit dem Schwerpunkt Gesundheitswesen.

Nachdem er 1998 bei der BKK Boehringer Ingelheim als Sachgebietsleiter für die Bereiche Finanzen, Beiträge und Verträge zuständig war, wechselte er 1999 als Bereichsleitung zu der Novitas Vereinigte BKK und verantwortete im Zeitverlauf die wichtigsten Arbeitsfelder einer Krankenkasse.

Seit dem 01.12.2010 ist er Vorstand der BundesInnungskrankenkasse Gesundheit, BIG direkt gesund und wurde am 01.07.2014 zum Vorstandsvorsitzenden bestellt.



Begleitforschung zum Morbi-RSA – Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren?

Vorstellung des Gutachtens

Dr. Karsten Neumann, Prof. Dr. Gerd Glaeske

Berlin, 03. März 2016

- 1 Erläuterung der Fragestellung
- 2 Historische Entwicklung der Schätzer im RSA
- 3 Methodik
- 4 Ergebnisse
- 5 Empfehlung

Der Erwerbsminderungsstatus dient im RSA zur indirekten Messung der Morbidität von Versicherten

Ausgangslage

- 
-
- Der Morbi-RSA verteilt Geld an Krankenkassen auf Basis von Ausgabenschätzern
 - Die drei wichtigsten Schätzer sind:
 - Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs)
 - Erwerbsminderungsgruppen (EMGs)
 - Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs)

Problemstellung

- 
-
- Der Erwerbsminderungsstatus dient als Hinweis auf Morbidität und ist damit ein Surrogatparameter
 - Morbidität wird im Ausgleichssystem aber auch direkt über die HMGs erfasst

Zentrale Fragestellung des Gutachtens: Sind EMGs weiterhin als Surrogat im Ausgleich notwendig?



Anteil der Zuweisungen über die Einzelnen Schätzer an den Gesamtuweisungen: AGGs (48,1%), EMGs (1,3%), HMGs (44,5%), Quelle: BKK DV (2015)

Die Entwicklung hin zum Morbi-RSA verlief ohne kritische Reflexion über die verwendeten Ausgleichsmerkmale

Darstellung Entwicklungsschritte RSA



- Sehr starke Verbesserung der Zielgenauigkeit im Laufe der Jahre
- Hauptgrund: Stärkere Morbiditätsorientierung, vor allem ab 2009
- Vermutung: EMGs nicht mehr notwendig?

Das komplette Ausgleichssystem wurde nachgebildet, um die Effekte einer Herausnahme der EMGs zu bestimmen

Beschreibung des Vorgehens

- Aus der Grundgesamtheit der Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen wurde eine Stichprobe von **3 Millionen Versicherte** gezogen
- Die Häufigkeiten von EMGs, HMGs und anderen Faktoren in der Stichprobe entsprechen der GKV
- Im Ergebnis konnte die **GKV präzise nachgebildet** werden



Das Verfahren erlaubt es, belastbare und verallgemeinerungsfähige Aussagen über die Wirkung von RSA-Veränderungen zu treffen

Der Verzicht auf EMGs hat nahezu keinen Einfluss auf die versichertenindividuelle Zielgenauigkeit des RSA

Berechnete Gütemaße



Gütemaße	Status Quo	Verzicht EMGs
R ² (%)	24,16	24,13
CPM (%)	25,01	25,09
MAPE (€)	2181,36	2181,85

Erläuterung

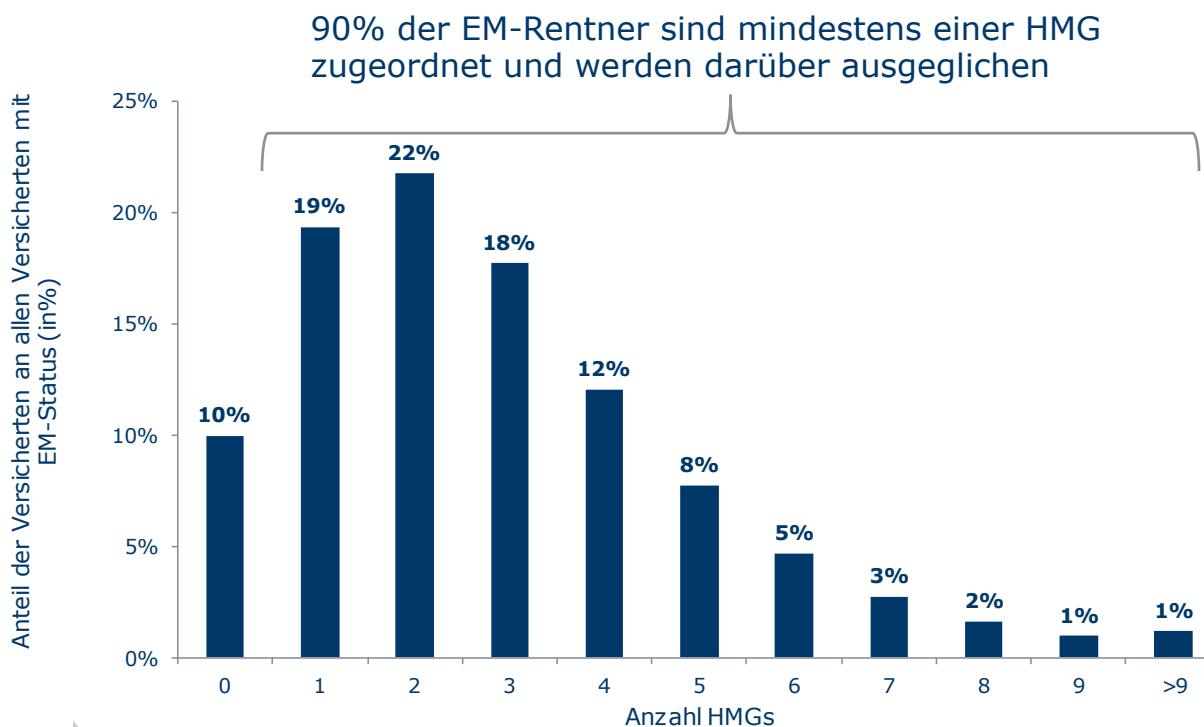


- Die Zielgenauigkeit auf Ebene der Versicherten bleibt unverändert
- Keine zusätzlichen Anreize zur Risikoselektion

Quelle: IGES und Glaeske (2016), S.42.

Der Verzicht auf EMGs ermöglicht eine deutlichere Morbiditätsorientierung des Ausgleichssystems

Zusammenhang Zuordnung EMG/HMG



Häufige Erkrankungen von EM-Rentnern

- Depression
- Hypertonie
- Chronische Schmerzen
- Diabetes
- Angststörungen
- Polyneuropathie

Die Zuweisungen für kranke Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus sind auch nach Herausnahme der EMGs gewährleistet

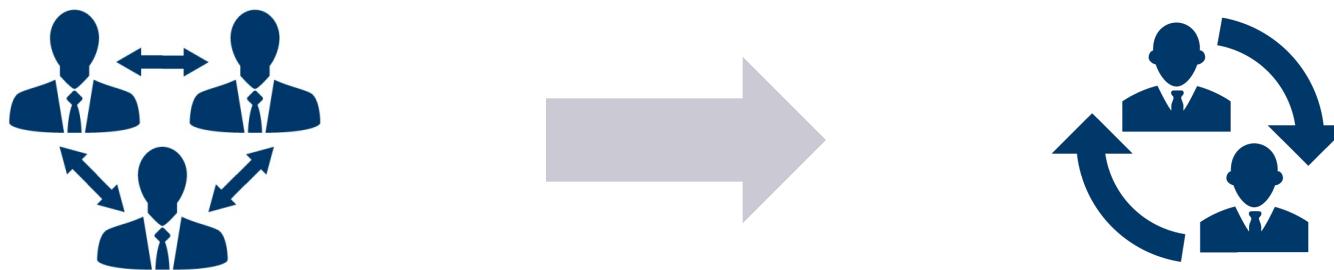
Quelle: IGES und Glaeske (2016), S.44 ff.

Der Verzicht auf EMGs reduziert die Komplexität des Ausgleichssystems

Das aktuelle Ausgleichssystem besteht aus drei wesentlichen Schätzergruppen:*

- Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs): 40
- Erwerbsminderungsgruppen (EMGs): 6
- Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs): 177

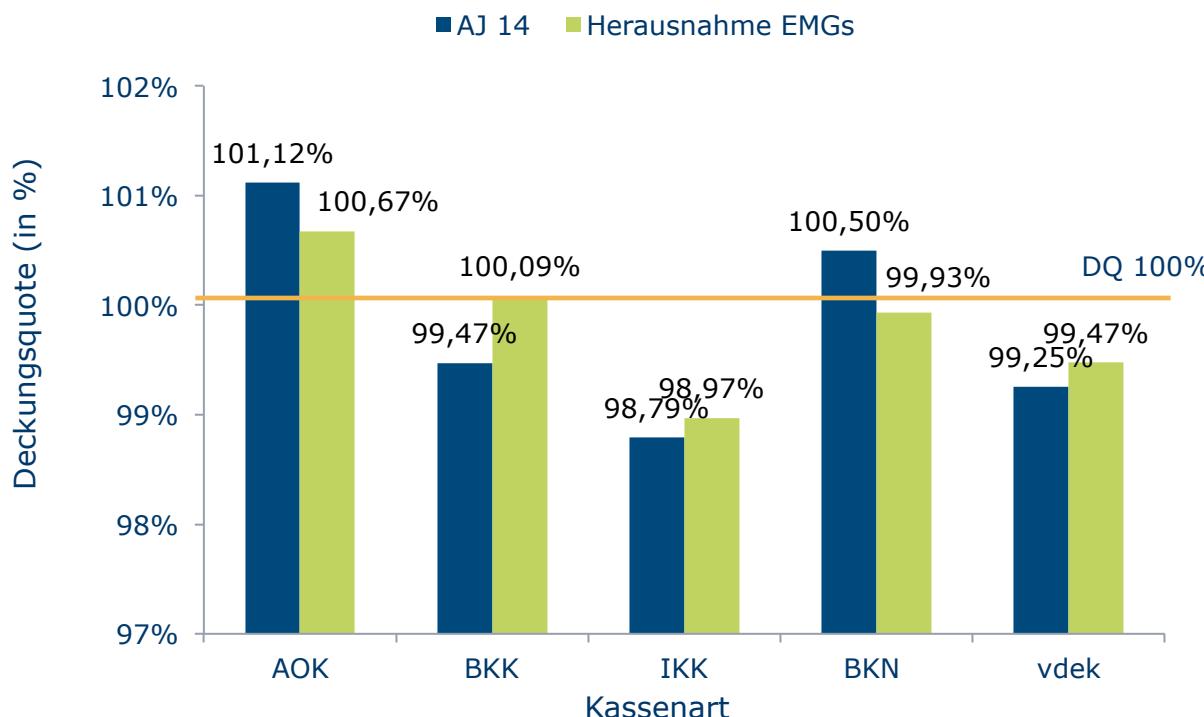
Die Herausnahme der EMGs verringert die Komplexität des Ausgleichssystems und führt zu einer klareren Morbiditätsorientierung



*) Bezogen auf das Ausgleichsjahr 2014. Quelle: IGES und Glaeske (2016), S. 50.

Verzicht auf die EMGs nähert die Deckungsquoten der Kassenarten an – Indiz für mehr Chancengleichheit im Wettbewerb

Veränderungen der Deckungsquoten (DQ) nach Herausnahme der EMGs (RSA-Zuweisungen, DMP-Zuweisungen, Verwaltungskosten)



Kassenarten nur als Indiz für die Wirkung auf Einzelkassen berechnet – Nachprüfung auf komplettem Datensatz wünschenswert

Erläuterung

- Ziel des RSA ist nicht eine DQ von 100% für alle Kassen, sondern ein Ausgleich von nicht beeinflussbaren Unterschieden in der Risikostruktur: Anreize für gutes Management müssen erhalten bleiben!
- Die aktuellen Unterschiede in den DQ sind aber nicht alleine auf Managementleistungen zurückzuführen
- Ein Verzicht auf EMGs führt die DQ an den Wert 100% heran und steigert damit die Chancengleichheit im Wettbewerb

Quelle: IGES und Glaeske (2016), S.47 ff.

Die Herausnahme der EMGs hat keinen Einfluss auf die Zielgenauigkeit, vereinfacht den RSA und stärkt den Wettbewerb

Zusammenfassung der Argumentation

- Seit der Einführung des RSA im Jahr 1994 fand keine kritische Überprüfung der Erwerbsminderung als Schätzer statt. Mit dem vorliegenden Gutachten wurde erstmalig die Rolle des Erwerbsminderungsstatus hinterfragt
- Die Analyse zeigt, dass
 - die Herausnahme der EMGs aus dem Ausgleich nahezu keinen Einfluss auf die Zielgenauigkeit hat
 - Versicherte mit EMG-Status auch über die HMGs zielgenau Zuweisungen erhalten und damit die Morbiditätsorientierung im Ausgleich gestärkt wird
 - die Komplexität des Ausgleichssystem reduziert wird
 - ein Verzicht auf EMGs für mehr Chancengleichheit im GKV-Wettbewerb sorgt

Die Gutachter empfehlen daher einen Verzicht auf EMGs im Morbi-RSA

Prof. Gerd Glaeske, Dr. Karsten Neumann

www.iges.com

Auch die Zuweisung der Pauschale für Disease Management Programme wurde analysiert

Qualitativen und quantitativen Bewertung Disease Management Programme (DMP) im Ausgleich

Quantitativ



- Alternative Zuweisung hat keinen Einfluss auf die Zielgenauigkeit
- Auch der Einfluss auf die Deckungsquoten der Krankenkassen ist nur gering, geht aber in dieselbe Richtung wie bei der Herausnahme der EMGs

Qualitativ



- Der im Gutachten gewählte Ansatz der alternativen Zuweisung setzt weiterhin voraus, dass der DMP-Status übermittelt wird, daher keine Reduktion des Verwaltungsaufwands
- Förderung der DMPs verletzt Versorgungsneutralität, aber die Förderung ist politisch gewollt

Beurteilung davon abhängig, ob Förderung von DMPs für sinnvoll erachtet wird. Diese Frage kann im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht behandelt werden.