

// Prof. Dr. Simon Reif (ZEW, FAU Erlangen-Nürnberg), Sabrina Schubert (ZEW, FAU Erlangen-Nürnberg), Prof. Achim Wambach, PhD (ZEW)

Reformvorschlag für einen nachhaltigen Risikostrukturausgleich

Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem bietet im internationalen Vergleich eine umfassende Versorgung, jedoch zu hohen Kosten und mit Qualitätsdefiziten. Im internationalen Vergleich mit OECD-Ländern liegt Deutschland mit knapp zwölf Prozent des BIPs bei den zweithöchsten relativen Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Trotz dieser Ausgaben belegt Deutschland nur den 21. Platz in Bezug auf die Lebenserwartung im OECD-Ranking.

Die im Vergleich zu den Ausgaben schlechten Ergebnisse des deutschen Gesundheitssystems liegen unter anderem in der kurzfristigen Perspektive von Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung. Die Konzentration auf kurzfristige Finanzierung und Ausgabensteuerung führt dazu, dass häufig kurative Maßnahmen priorisiert werden, während Prävention eine untergeordnete Rolle spielt. Außerdem zeigt sich die Kurzfristigkeit bei fehlenden Innovationen, zum Beispiel in eine nachhaltige Digitalisierung des Gesundheitssystems.

Ein Treiber dieser kurzfristigen Entscheidungen sind die Anreize, die im Risikostrukturausgleich (RSA) gesetzt werden. Jedes Jahr erhalten die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) die erwarteten Kosten für ihre Versicherten über den RSA zugeteilt. Dieses System belohnt zwar kurzfristige Einsparungen, vernachlässigt jedoch langfristige Investitionen in Prävention und innovative Versorgungsformen. Investitionen in Maßnahmen, die Gesundheitskosten über den Ein-Jahres Horizont des RSA hinaus senken, lohnen sich für die Krankenversicherungen finanziell nicht.

Der Fehlanreiz aus dem RSA soll durch eine Reform in einem nachhaltigen Risikostrukturausgleich (N-RSA) reduziert werden. Im N-RSA erhalten GKVen die Zuweisungen auf Basis einer zehnjährigen Kostenprognose. Hierdurch lohnen sich auch Investitionen in ihre Versicherten, wenn die Erträge weiter in der Zukunft liegen. Mit dieser Reform sollen die GKVen weniger die Rolle als reine Indemnitätsversicherer übernehmen, die primär Zahlungen für die Behandlungen übernehmen, sondern aktiver bei der Versorgungsgestaltung mitwirken. Durch die Anreize im N-RSA kann das Gesundheitssystem nachhaltiger gestaltet werden, indem die Qualität der Versorgung verbessert und langfristig Kosten gesenkt werden.

1. Einleitung

Im internationalen Vergleich bietet das deutsche Gesundheitssystem eine umfassende und hochwertige Versorgung, allerdings zu hohen Kosten und mit Qualitätsdefiziten. Im Jahr 2021 betragen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) für Gesundheitsleistungen 263 Milliarden Euro. Im internationalen Vergleich mit OECD-Ländern liegt Deutschland mit knapp zwölf Prozent des BIPs bei den zweithöchsten relativen Ausgaben für Gesundheitsleistungen, hinter den USA (17 Prozent), und deutlich über dem OECD-Durchschnitt von neun Prozent.¹ Gleichzeitig belegt Deutschland im Hinblick auf die Lebenserwartung im OECD-Ranking nur Platz 21 und liegt vor allem im europäischen Vergleich auf den hinteren Plätzen.² Dies ist größtenteils auf eine erhöhte Sterblichkeit von Menschen mit chronischen Erkrankungen wie etwa kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich mit anderen Ländern zurückzuführen (Jasilionis et al. 2023).

In diesem Policy Brief stellen wir die These auf, dass die im Vergleich schlechtere Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen in Deutschland auch auf eine zu kurzfristige Ausrichtung der Entscheidungsträger zurückzuführen ist. Diese Kurzfristigkeit, die durch die Art und Weise der Regulierung des Gesundheitswesens bedingt ist, zeigt sich auf verschiedenen Ebenen. In gesundheitspolitischen Diskussionen konzentriert man sich häufig auf die Finanzierung und Ausgabensteuerung für die nächsten ein bis zwei Jahre. Innerhalb der Selbstverwaltung, bestehend aus den gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern, steht die Verteilung der Mittel zwischen den Leistungserbringern im Vordergrund. Bei der Behandlung von Patienten werden häufig kurative Maßnahmen priorisiert, während Prävention oft eine untergeordnete Rolle spielt. Sowohl auf systemischer Ebene als auch bei der individuellen Behandlung fehlt oft eine langfristige Perspektive.

Diese Kurzfrist-Orientierung ist systembedingt, und institutionelle Änderungen sind notwendig, um das Gesundheitssystem nachhaltiger auszurichten. In diesem Policy Brief erarbeiten wir einen Reformvorschlag zur Regulierung des Systems der gesetzlichen Krankenkassen, der den Kassen eine langfristige Perspektive eröffnet und kurzfristigem Agieren entgegenwirkt. Hierzu schlagen wir eine Weiterentwicklung des derzeitigen Risikostrukturausgleichs hin zu einem nachhaltigen Risikostrukturausgleich vor.

¹ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/7/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e9262

² <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

2. Bestandsaufnahme

2.1 Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist, gemeinsam mit dem Gesundheitsfonds, das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenkassen. Das System wurde 1994 im deutschen Gesundheitswesen eingeführt und 2009 um einen risikobasierten Ansatz erweitert. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zahlen die Versicherten einen einkommensabhängigen Beitrag, der unabhängig von ihrem individuellen Gesundheitsrisiko ist.

Der Risikostrukturausgleich wurde eingeführt, um Selektion zu verhindern. Krankenversicherungen sollen keinen Anreiz haben, sich um „gute Risiken“ zu bemühen, also um Versicherte, die mehr einzahlen als sie voraussichtlich an Gesundheitsausgaben verursachen. Die GKV erhalten deshalb nicht direkt die Beiträge ihrer Versicherten. Die Beiträge werden zunächst in einen Gesundheitsfonds eingezahlt, aus dem die Krankenversicherungen risikobasierte Zahlungen erhalten – den Risikostrukturausgleich. Die Höhe der Zahlungen basiert auf mehreren Kriterien wie Alter, Geschlecht und Diagnosen, um die erwarteten Gesundheitsausgaben möglichst genau abzubilden.

Das System des Risikostrukturausgleichs in Deutschland hat eine wichtige Rolle bei der Gewährleistung eines gerechten Zugangs zur Gesundheitsversorgung gespielt. Es wurde im Laufe der Zeit immer wieder angepasst, insbesondere um die Risikoprofile der Versicherten so genau wie möglich zu berechnen.

Die risikobasierten Zahlungen sollen den erwarteten Kosten der Versicherten im folgenden Jahr entsprechen. Dadurch werden für kränkere Versicherte mehr Mittel aus dem Gesundheitsfonds an die entsprechende Krankenversicherung überwiesen.

Im Optimalfall wird durch den Risikostrukturausgleich jeder Versicherte gleich attraktiv für die GKV und sie können sich, statt auf das Werben um gute Risiken, auf Kostenmanagement und Servicequalität konzentrieren. Mit jedem Versicherten wird in der Erwartung unabhängig vom Gesundheitszustand weder Gewinn noch Verlust erzielt.

2.2 Veränderte Rolle der Krankenkassen

Solange die Krankenversicherungen als reine Indemnitätsversicherer agieren, also primär die Zahlungen für die Behandlungen übernehmen, ist diese Form der Finanzierung durch den Risikostrukturausgleich ökonomisch stringent und wird auch in vielen anderen Ländern angewendet, wie etwa in den Niederlanden oder der Schweiz. Der Risikostrukturausgleich bildet die Zahlungsströme ab, die in einem wettbewerblichen Markt mit Ein-Jahres-Verträgen gezahlt werden würden – die GKV erhält für jeden Versicherten die erwarteten Ausgaben im Versicherungsjahr, die sogenannte „faire Prämie“.

GKVen sind aber keine reinen Indemnitätsversicherer. Von den GKVen wird gefordert, mehr Einfluss auf die Art und Qualität der Behandlungen nehmen. Dies machen sie auch, etwa über Struktur- bzw. später Selektivverträge.³ Selektivverträge sind Versorgungsverträge, die ohne gesetzliche Verpflichtung zwischen einer oder mehreren GKVen und einem und mehreren medizinischen Leistungserbringern geschlossen werden mit dem Ziel einer besseren Versorgung. Im Jahr 2017 lag allerdings der Anteil der Selektivverträge an den Gesamtausgaben für die Versorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser bei nur 3,2 Prozent. Wesentlich relevanter sind die Kollektivverträge, in denen die Leistungen festgelegt werden, die jede GKV erstatten muss.

Mit der Einführung der Struktur- bzw. Selektivverträge in den 2000er-Jahren wird die wachsende Bedeutung der Kassen in der Versorgungsgestaltung deutlich. Unter dem Stichwort „Managed Care“ drängen weitere Akteure auf eine aktivere Gestaltungsrolle der Kassen im Versorgungsprozess. Das Konzept dieser „gesteuerten Versorgung“ stammt ursprünglich aus den USA und sieht vor, dass Krankenkassen eine koordinierende Funktion bei Behandlungspfaden einnehmen, insbesondere wenn eine Abstimmung zwischen verschiedenen ärztlichen und nichtärztlichen Akteuren und Sektoren nötig ist. Erste Ansätze, bei denen die GKV eine solche Koordinierungsrolle übernimmt, sind in Deutschland die sogenannten Disease-Management-Programme.

Diese neuen Rollen der GKV sind aber nicht oder nur eingeschränkt kompatibel mit dem derzeitigen Modell des Risikostrukturausgleichs, da dieser nur eine kurzfristige Perspektive von einem Jahr aufweist. Ausgaben etwa für eine präventive Maßnahme, die dazu führt, dass ein Krankheitszustand später eintritt, sind für eine GKV finanziell nicht attraktiv: Falls der Krankheitszustand eintritt, erhalten sie im Folgejahr eine höhere Zahlung aus dem Risikostrukturausgleich, der die zusätzlichen Behandlungskosten abdeckt. Für die GKV ist es damit finanziell neutral (bis auf Zinseffekte), ob diese Erkrankung in drei Jahren oder in zehn Jahren eintritt. Investitionen, die zu einem späteren Auftreten der Krankheit führen, zahlen sich – aus Sicht der GKV – nicht aus. Aus Sicht der Versicherten schon.

2.2 Fehlende Langfristigkeit in der Gesundheitsversorgung

Eine Vielzahl von Indizien deutet darauf hin, dass langfristige gesundheitliche Aspekte der Versicherten und eine proaktive Gesundheitsversorgung bei den GKVen in Deutschland im derzeitigen System der Mittelverteilung zu wenig Berücksichtigung finden. Das Finanzierungssystem über den Risikostrukturausgleich setzt den Krankenversicherern kaum Anreize, in Präventionsmaßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung zu investieren.

Prävention

Maßnahmen zur Prävention weisen die folgenden, bereits angesprochenen Eigenschaften auf: Ausgaben sind heute zu tätigen, während die Vorteile der Prävention

³ Strukturverträge wurden bis 2015 geschlossen, diese wurden 2015 durch „Besondere Versorgung“ (§140a) (Selektivverträge) abgelöst.

und Ersparnisse bei den Gesundheitsausgaben erst in einigen Jahren oder sogar viel später eintreten. Diese beiden Aspekte variieren hinsichtlich ihrer Kostenintensität je nach Präventionsstufe. Auf allen drei Präventionsstufen besteht Handlungsbedarf in Deutschland:

Primärprävention umfasst alle Maßnahmen, die darauf abzielen, die Entstehung von Krankheiten, insbesondere von Zivilisationskrankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs, durch eine gesundheitsbewusste Lebensweise zu vermeiden. Das geringe Engagement der GKVn im Bereich der Primärprävention führte dazu, dass sie seit 2016 gesetzlich verpflichtet sind, einen festen Betrag pro Versicherten für Präventionsprogramme aufzuwenden (seit 2019 in Höhe von 7,52 Euro).⁴ Doch auch zusammen mit den Ausgaben, die von anderen staatlichen Institutionen getätigt werden, wird in Deutschland vergleichsweise wenig Geld für präventive Informations- und Beratungsangebote ausgegeben (siehe Abbildung 1).

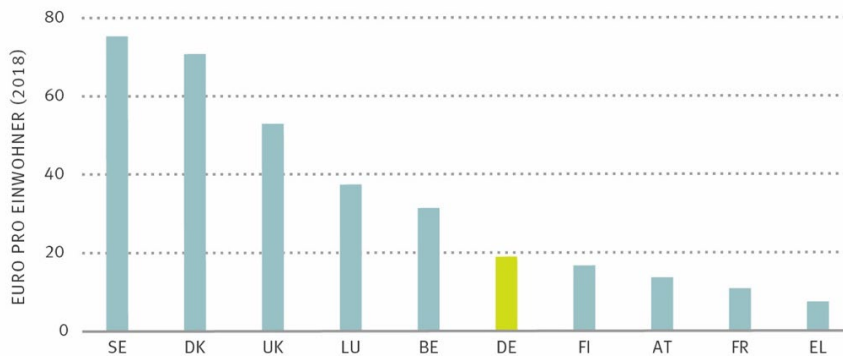


Abbildung 1: Präventionsausgaben für Information und Beratung im Gesundheitswesen.

Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Eurostat HLTH_SHA11_HC.

Nicht nur bei den Ausgaben zur Primärprävention liegt Deutschland im internationalen Vergleich zurück. Auch bei der Rate von Todesfällen für Erkrankungen, die durch Primärprävention vermieden werden können, insbesondere Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs sowie Diabetes, liegt Deutschland deutlich über dem Durchschnitt vergleichbarer Länder (siehe Abbildung 2).

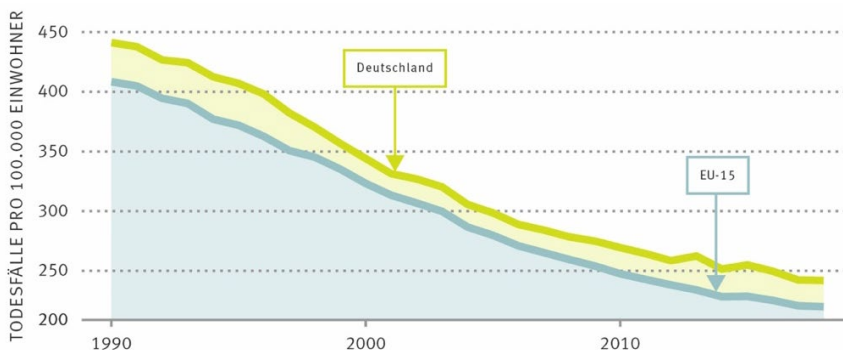


Abbildung 2: Altersstandardisierte Mortalitätsrate Nicht-übertragbare Erkrankungen (Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes) bei 30-69 Jährigen.

Quelle: Eigene Darstellung; Daten: WHO European Health for All Database

⁴ SGB V §20(6).

Die Sekundärprävention ist vor allem auf die Früherkennung von Krankheiten ausgerichtet. Für die GKV-Versicherten entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss, welche Leistungen von den GKVen übernommen werden müssen. Am Beispiel der Vorsorge gegen Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) wird deutlich, dass die GKVen bisher wenig Eigeninitiative über das ihnen vorgeschriebene Maß hinaus zeigen.

Zervixkarzinome sind eine der häufigsten bösartigen Erkrankungen bei Frauen. Seit den 1970er-Jahren gehen die Mortalitätsraten in Europa zurück, sind in Deutschland allerdings höher als in vergleichbaren Ländern (siehe Abbildung 3). Der Rückgang der Mortalität ist vor allem auf die Einführung von Maßnahmen der Früherkennung durch Zervixabstrich und chirurgische Laser-Behandlung im Frühstadium der Erkrankung zurückzuführen (Levi et al. 2000). Es handelt sich damit um ein Beispiel der Sekundärprävention, bei der die systematische Kontrolle (Screenings) und damit einhergehende frühzeitige Behandlung einen eindeutig positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand von Frauen hat (Jansen et al, 2020). Solch organisierte Screenings haben in anderen Ländern zu starken relativen und absoluten Abnahmen der Sterblichkeit geführt. Deutschland hat vergleichsweise spät auf organisierte Kontrolluntersuchungen gesetzt: Seit 1971 hatten gesetzlich krankenversicherte Frauen ab einem Alter von 20 Jahren zwar die Möglichkeit, jährlich eine Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs wahrzunehmen. Allerdings erfolgte die Untersuchung nur auf Initiative der Patientin oder der Ärztin oder des Arztes. Da die GKVen keine systematischen Initiativen für ein umfangreiches Screening Programm ergriffen haben, wurde im Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz von 2013 der Gemeinsame Bundesausschuss damit beauftragt, das nur auf Nachfrage durchgeführte Zervixkarzinom-Screening in ein organisiertes Screening zu überführen. Diese Initiative ging also vom Gesetzgeber und nicht von den Kassen aus. Erst seit 2020 besteht ein organisiertes Verfahren mit Einladungsschreiben.

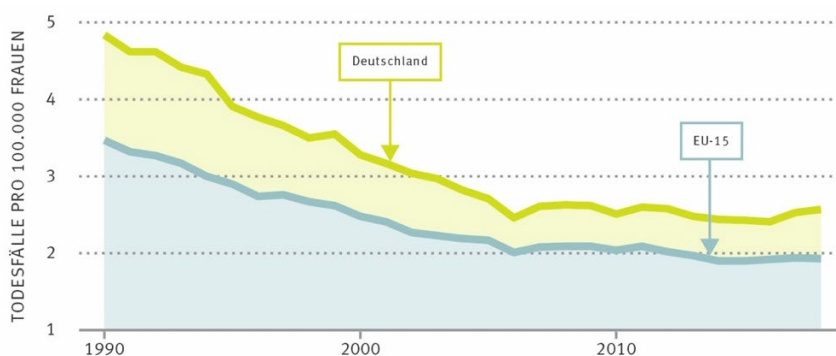


Abbildung 3: Gebärmutterhalskrebs – altersstandardisierte Mortalitätsrate

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: WHO European Health for All Database

Tertiäre Prävention hat zum Ziel Krankheitsfolgen abzumildern, Rückfälle zu vermeiden und Verschlimmerungen der Krankheit entgegen zu treten. Auch hier lassen sich Beispiele für eine geringe Eigeninitiative von GKVen finden. So wurde z.B. ein Dise-

ase-Management-Programm zur Behandlung von Adipositas erst 2020 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt, der dazu gesetzlich beauftragt wurde. Eine Eigeninitiative der GKVn für ihre Versicherten gab es in diesem Bereich nicht.

Im Bereich von Präventionsmaßnahmen zeigen diese Beispiele aus den verschiedenen Präventionsarten, dass die Kassen oft vom Gesetzgeber animiert werden müssen und aus eigener Motivation wenige Ressourcen aufwenden, um Maßnahmen für eine langfristige Gesundheitsverbesserung durchzuführen. Es wurde bereits von Weinhold et al. (2019) gezeigt, dass sich die Investition in Prävention für GKVn wirtschaftlich nicht lohnt. Zwar führt Prävention in dieser Analyse zu geringeren Gesundheitsausgaben, allerdings sind diese höher als die niedrigeren Zuweisungen aus dem RSA.

Innovationen

Eine weitere Herausforderung im deutschen Gesundheitssystem ist die unzureichende Innovationsbereitschaft von Seiten der GKVn. Innovationen, insofern sie die Behandlungsqualität verbessern, haben meist ebenfalls die oben beschriebene finanzielle Eigenschaft: Es fallen zunächst Kosten an, und zu einem späteren Zeitpunkt verbessert sich der Gesundheitszustand der jeweiligen Versicherten, wie etwa bei den oben genannten Managed-Care- oder Disease-Management-Programmen. Auch durch das stark regulierte GKV-System bedingt, tätigen GKVn aus sich heraus zu wenige Innovationen, so dass der Gesetzgeber sich 2016 genötigt sah, einen Innovationsfonds zu installieren, um Innovationsprojekte unter Beteiligung von GKVn durchzuführen. GKVn können sich mit Projekten beim Innovationsfonds bewerben, wie z.B. Tele-Notärzte, die den Rettungsdienst während der Einsätze unterstützen, oder die Erprobung von digital gestütztem Arzneimitteltherapie-Management. Wenn das Projekt gefördert wird, und die Innovation erfolgreich ist, wird diese allen GKVn zur Verfügung gestellt und in die Regelversorgung übernommen.

Eine besondere Form der Innovation ist die Anwendung neuartiger digitaler Technologien zur Prävention, Diagnose und Behandlung. Deutschland ist hinsichtlich der Digitalisierung des Gesundheitswesens rückständig, auch im internationalen Vergleich. Der 2018 erschienene Digital-Health-Index der Bertelsmann-Stiftung weist Deutschland als Schlusslicht im europäischen Vergleich aus (siehe Abbildung 4) (Thiel et al., 2018). In allen Dimensionen besteht ein erheblicher Nachholbedarf, sei es die institutionelle Verankerung von Digital Health Policy, die Finanzierung und die rechtlichen Rahmenbedingungen, oder die technische Implementierung und Readiness für Vernetzung und Datenaustausch. Dafür sind viele Ursachen auszumachen, aber es ist wahrscheinlich, dass das durch den Risikostrukturausgleich induzierte kurzfristige Finanzkalkül der GKVn eine Rolle dabei spielt. Digitale Anwendungen verursachen unmittelbar Kosten, der gesundheitliche Erfolg wird erst in einigen Jahren sichtbar.

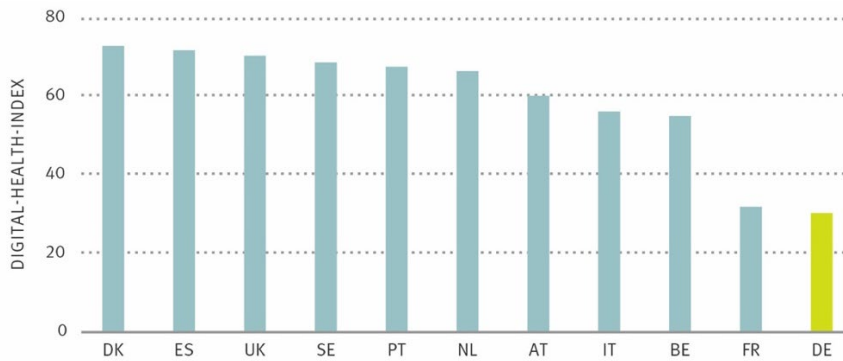


Abbildung 4: Digitalisierung im Gesundheitswesen
Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Thiel et al., 2018

Behandlungsqualität

Auch im Hinblick auf die Behandlungsqualität kann der Risikostrukturausgleich in seiner jetzigen Form nachteilig sein, allerdings fehlt es hier an empirischen Studien. Anekdotisch wird zum Beispiel berichtet, dass bei Diabetes-Patienten eine fortlaufende Insulingabe durch die Zuweisungen im Risikostrukturausgleich für die Krankenkassen wirtschaftlich lohnender ist als Ernährungs- und Bewegungstherapien, die zu einem insulinfreien Leben führen können.^{5,6} Dieser Fehlanreiz kann eine Erklärung dafür sein, dass Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern trotz ähnlicher Diabetesprävalenz eine sehr hohe Insulinnutzung hat (siehe Abbildung 5).



Abbildung 5: Insulinnutzung im Jahr 2010/11
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Häussler et al., 2011;

Ein indirektes Beispiel für den Einfluss des Risikostrukturausgleichs auf Versorgungsentscheidungen ist das Modellprojekt „Gesundes Kinzigtal“. Das Projekt hatte zum Ziel, durch eine stärkere Vernetzung der Gesundheitsanbieter und gezielte Präventionsangebote den Gesundheitszustand der Bewohner in der Region zu verbessern. Vergütet wurden Organisation und Präventionsangebote dadurch, dass ein Teil der Differenz zwischen Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich (also den erwarteten Gesundheitsausgaben der Versicherten) und den tatsächlich angefallenen Ausgaben von der Krankenkasse (hier AOK Baden-Württemberg) an die Organisatoren

⁵ <https://www.stern.de/gesundheits/diabetes/insulin-therapie-bei-diabetes---weg-von-der-spritze--7692906.html>

⁶ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/201673/Gegen-Diabetes-und-Adipositas-Dein-Freund-der-Ketonkoerper>

ausgezahlt wurde. Diese Finanzierung wurde dann auch im Hinblick auf die Reform des Risikostrukturausgleichs eingestellt.⁷ Die Einführung einer Regionalkomponente im Risikostrukturausgleich machte das Projekt unrentabel.

Der medizinische Fortschritt hin zu stark und schnell wirkenden Medikamenten als Ersatz für lebenslange Medikation wird die Probleme durch die systembedingte Kurzfristigkeit im Gesundheitswesen weiter verschärfen. So sollen beispielsweise Krankenkassen versucht haben, die Verschreibung des damals neuen, aber schnelleren und effektiveren Hepatitis-C-Medikaments Sovaldi zu erschweren.⁸ Aus wirtschaftlicher Sicht ist dies im derzeitigen System auch nachvollziehbar, da die Kosten sofort anfallen und aufgrund der Wirkung des Medikaments die Einnahmen für die GKV aus dem Risikostrukturausgleich aufgrund der wegfallenden Diagnose in Zukunft sinken. Aus Patientensicht jedoch würde die schnelle Behandlung klar bevorzugt. Ob die hohen Kosten bei diesen Arzneimitteln langfristig mit einem entsprechenden Nutzen für die Versichertengemeinschaft einhergehen, ist eine Frage der Nutzenbewertung, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt. Wenn dieser Nutzenbewertung dann eine Markteinführung folgt, wäre es systembedingt falsch, wenn die Anreize durch den Risikostrukturausgleich die Abgabe des Medikaments erschweren.

3. Vorschlag für einen Nachhaltigen Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich in seinem aktuellen Zustand ist das Sozialversicherungs-Äquivalent eines Ein-Jahres-Vertrags in einem wettbewerblichen Markt. Jede GKV erhält über den Risikostrukturausgleich aus dem Gesundheitsfonds die vom Bundesamt für Soziale Sicherung berechneten erwarteten Ausgaben des Versicherten im folgenden Jahr (siehe Abschnitt 1). Die jährliche Berechnung und Ausschüttung sorgt für einen effizienten Ressourcenumgang für das folgende Jahr, führt aber dazu, dass GKVen keinen finanziellen Anreiz haben, Kosten für Maßnahmen aufzuwenden, die sich erst in mehreren Jahren auszahlen. Beispiele hierfür sind mangelnde Präventionsbemühungen, der niedrige Innovationsgrad im Gesundheitssystem oder Behandlungsarten, die nicht auf die langfristige Gesundheit ausgerichtet sind (siehe Abschnitt 2). Schematisch ist dieses Problem in Abbildung 6 dargestellt. Die Investition in eine Maßnahme, die zukünftige Gesundheitskosten senkt, führt im Jahr der Maßnahme zu höheren Ausgaben und senkt die Ausgaben in den folgenden Jahren. Die Einnahmen aus dem Risikostrukturausgleich sinken jedoch analog zu den Ausgabeneinsparungen, wenn die Maßnahme erfolgt, da diese den Gesundheitszustand des Versicherten verbessert. Es besteht daher für die GKV kein Anreiz, die Maßnahme durchzuführen. Um diesen derzeit durch den Risikostrukturausgleich bestehenden Fehlanreize zum kurzfristigen Handeln zu beheben, schlagen wir eine Reform des Risikostrukturausgleichs vor.

⁷ <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Gesundes-Kinzigtal-Bisheriges-Vertragsmodell-ist-fuer-die-AOK-tot-420308.html>

⁸ <https://www.wiwo.de/unternehmen/industrie/hepatitis-mittel-sovaldi-konkurrenz-durch-johnson-und-johnson/10615164-2.html>

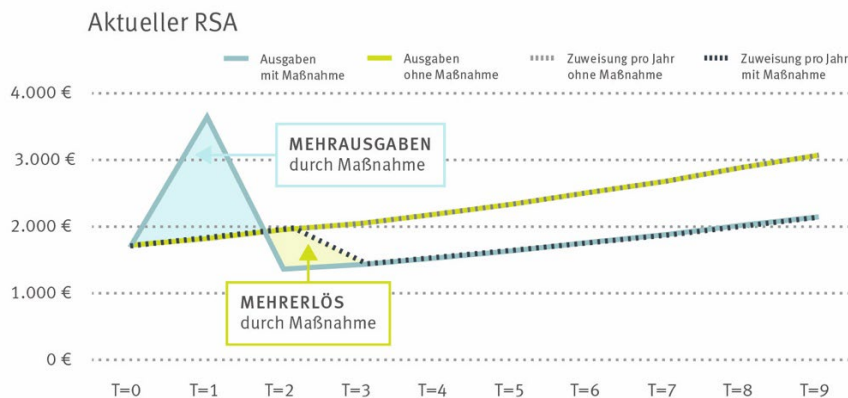


Abbildung 6: Schematische Darstellung der Einnahmen und Ausgaben im aktuellen Risikostrukturausgleich

Quelle: Eigene Darstellung. Berechnungsbasis: GKV-Altersausgabenprofile des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 11.01.2023.

Ziel der Reform ist ein **Nachhaltiger Risikostrukturausgleich (N-RSA)**, der das Prinzip des Risikoausgleichs beibehält, allerdings erweitert um den Anreiz zur langfristigen nachhaltigen Versorgung. Die Langfristigkeit soll dadurch abgebildet werden, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auf Basis von jährlichen Berechnungen erfolgt. Stattdessen berechnet das Bundesamt für Soziale Sicherung die erwarteten Ausgaben der Versicherten für jedes der folgenden zehn Jahre. In jedem dieser zehn Jahre erhält die GKV dann den so berechneten jeweiligen Jahresbetrag des Versicherten. Durch diese längerfristige Berechnung der Beträge können die Krankenversicherungen von Kosteneinsparungen profitieren, die sich aus einer verbesserten Behandlung ergeben. Ein gesünderer Versicherter hat geringere Ausgaben in den Folgejahren, gleichzeitig bleiben die Zuweisungen an die GKV gleich – sie hat dadurch finanzielle Vorteile. Umgekehrt hat ein kränkerer Versicherter höhere Ausgaben. Bei gleichbleibenden Zuweisungen macht die Versicherung mit dieser Person einen finanziellen Verlust. Die GKV hat dadurch einen Anreiz, sich für die langfristige Gesundheit ihrer Versicherten einzusetzen. Gleichzeitig sorgt die zehnjährige Berechnung der Zuweisungen dafür, dass eine GKV im Durchschnitt keine Verluste macht. Die Zuweisungen entsprechen genau der „fairen Prämie“, die in einem wettbewerblichen Markt mit Zehn-Jahres-Verträgen verlangt würde.

Die Wirkungsweise des N-RSA ist in Abbildung 7 dargestellt. Basis der Berechnungen sind die durchschnittlichen Ausgaben der GKV aus dem Jahr 2021. Die Zuweisungen und die erwarteten Ausgaben für einen 40-jährigen Mann betragen im ersten Jahr 1.720 Euro. Die festgelegte Zuweisung in den darauffolgenden Jahren steigt durch zwei Faktoren, erstens einer hier angenommenen Teuerungsrate von drei Prozent pro Jahr. Zweitens sind die erwarteten Kosten im zweiten Jahr die eines 41-jährigen, im dritten Jahr die eines 42-jährigen, usw. Die grüne Linie zeigt diesen Verlauf, und damit die entsprechenden jährlichen Zuweisungen an die GKV aus dem N-RSA. Die rote Linie stellt einen möglichen Ausgabenverlauf für eine Maßnahme dar, die kurzfristig zu doppelt so hohen Ausgaben führt wie die Normalbehandlung, allerdings fallen im

weiteren Verlauf nur 70 Prozent der ursprünglich erwarteten Kosten an. Ohne die innovative Maßnahme erhält die GKV hier exemplarisch über zehn Jahre insgesamt Zuweisungen in Höhe von 23.211 Euro und hat Ausgaben in gleicher Höhe. Mit der innovativen Maßnahme verbleibt bei gleichen Zuweisungen nach Gesamtausgaben in Höhe von 19.132 Euro noch ein Überschuss von 4.080 Euro.

Der N-RSA führt dazu, dass die GKV ein langfristiges finanzielles Interesse an der Gesundheit ihrer Versicherten hat: Gelingt es der GKV, die Kosten des Versicherten – beispielsweise durch gezielte Steuerung hin zu qualitativ hochwertigen Behandlungen – geringer als die erwarteten Kosten zu halten, erzielt sie im Laufe der Jahre einen Überschuss. Dieser Überschuss geht mit zwei positiven Effekten einher. Erstens stehen der GKV dadurch weitere Mittel zur Verfügung, um Versorgungsinnovationen zu implementieren, die zukünftige Gesundheitsausgaben weiter reduzieren. Zweitens sinken für alle GKV die auf den Durchschnittskosten basierenden Zuweisungen – das Gesundheitssystem wird günstiger.

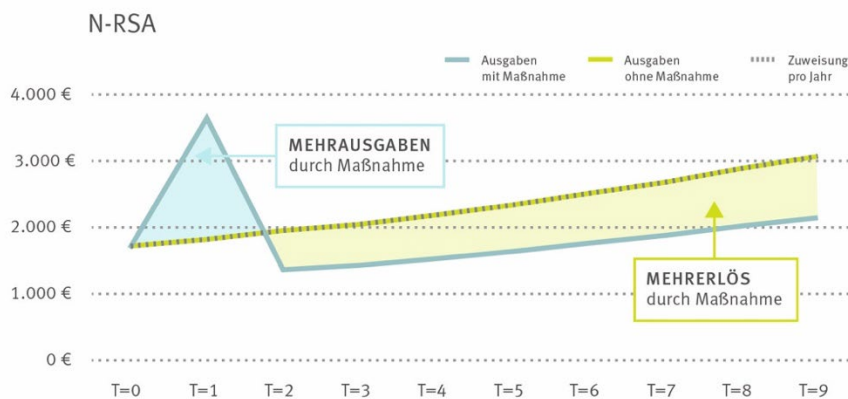


Abbildung 7: Ausgaben und Zuweisungen im N-RSA

Quelle: Eigene Darstellung. Berechnungsbasis: GKV-Altersausgabenprofile des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 11.01.2023.

3.1 Implementierung des Nachhaltigen Risikostrukturausgleichs

Einführung des N-RSA

Die Umstellung vom aktuellen Ein-Jahres-Risikostrukturausgleich auf den zehn Jahre umfassenden N-RSA sollte gestaffelt z.B. über eine Einführungsperiode von zehn Jahren erfolgen. Hierbei würden jedes Jahr die Zuweisungen von zehn Prozent der Versicherten auf den N-RSA umgestellt. Ein einfacher Mechanismus wäre die Einführung anhand der letzten Ziffer des Geburtsjahres. Diese gestaffelte Einführung hat zwei positive Eigenschaften. Erstens können sich die GKV durch den Übergangszeitraum langsam an die neue Regulierung anpassen und sind nicht sofort dem wirtschaftlichen Risiko, das eine Neuberechnung des Risikostrukturausgleichs zur Folge hat, ausgesetzt. Genauso führt nach voller Implementierung die gestaffelte Neuberechnung dazu, dass es nicht alle zehn Jahre zu einem Schock kommt, aber auch dazu, dass eine gezielte Andersbehandlung der Versicherten z.B. am Ende ihres Zehn-Jahres-Zeitraums deutlich erschwert wird (siehe 3.2).

Versicherungswechsel

Die Möglichkeit zum jährlichen Versicherungswechsel bleibt auch beim N-RSA Modell bestehen. Wechselt der Versicherte im Laufe der zehn Jahre die GKV, werden erneut die erwarteten Kosten der nächsten zehn Jahre berechnet, auf deren Basis die neue GKV ihre Zuweisungen erhält. Sind diese Kosten mittlerweile angestiegen, muss die abgebende GKV für die Jahre, die der Versicherte ansonsten (bei der ursprünglichen zehn Jahres-Perspektive) bei ihr verblieben wäre, die Differenz an den N-RSA erstatten. Sind die Kosten mittlerweile gefallen, bekommt sie die Differenz für diese Jahre aus dem N-RSA erstattet. So wird der Wechsel finanzneutral für die abgebende GKV.

3.2 Mögliche Fehlanreize durch den nachhaltigen Risikostrukturausgleich

Der N-RSA ist so gestaltet, dass die GKV ein längerfristiges finanzielles Interesse an der Gesundheit ihrer Versicherten hat. Diese Anreize sind genau dann im Interesse der Versicherten, wenn ein gut behandelter Mensch auch finanziell günstiger ist als ein schlecht behandelter. Die oben genannten Beispiele fallen alle in diese Kategorie. Das muss nicht unbedingt so sein, und weitere Studien sind notwendig, um genauer zu verstehen, in welchen Situationen dies der Fall ist.

Die Situation mag sich insbesondere gegen Lebensende ändern, wo Behandlungen nicht gesundheitsschaffend, sondern lebensverlängernd sind. Damit fallen gesundheitliche Vorteile und finanzielle Vorteile auseinander. Um keine falschen Anreize (über den klassischen Risikostrukturausgleich hinaus) zu geben, ist zu überlegen, den Zeitraum für den N-RSA ab dem 70. Lebensjahr von zehn auf fünf Jahre zu verkürzen, und ab dem 80. Lebensjahr auf ein Jahr. Damit würden ab dem 80. Lebensjahr wieder die Regeln des heutigen Risikostrukturausgleichs gelten – es werden die erwarteten Ausgaben des nächsten Jahres ermittelt und der GKV als Beitrag ausbezahlt.

Während die GKV in den ersten Jahren der Zehn-Jahre-Periode einen Anreiz hat, in die Gesundheit des Versicherten zu investieren, kann dies gegen Ende der Zehn-Jahres-Periode anders sein. Kränkere Versicherte würden höhere Zuweisungen aus dem N-RSA für den nächsten Zehn-Jahreszeitraum ermöglichen, so wie derzeit kränkere Versicherte höherer Zuweisungen im nächsten Jahr bewirken. Wenn der N-RSA risikoadäquat bestimmt wird, stehen diesen höheren Zuweisungen aber entsprechend höhere Kosten gegenüber. Hinzu kommt, dass die GKV, um mit kränkeren Versicherten zum Ende der Zehn-Jahres-Periode höhere Zuweisungen zu bekommen, ein individualisiertes Programm auflegen müsste: bessere Gesundheitsleistungen in den frühen Phasen der Zehn-Jahres-Periode, schlechtere Leistungen in den späteren Phasen. Die vorgeschlagene rollierende Neuberechnung von jährlich zehn Prozent der Versicherten und außerdem die jährliche Möglichkeit zum GKV-Wechsel tragen dazu bei, ein solches Verhalten zu verhindern.

4. Ausblick

Während die Gesundheitsausgaben in Deutschland im internationalen Vergleich hoch sind, liegt Deutschland bei Kennzahlen zum Gesundheitszustand aber auch zu Prävention oder Digitalisierung hinter vergleichbaren Ländern zurück. In diesem Policy Brief wird die These aufgestellt, dass eine Ursache dafür die Kurzfristigkeit des deutschen Gesundheitssystems ist, die insbesondere durch die jährliche Umverteilung der GKV-Beiträge im Risikostrukturausgleich entsteht. Um die Gesundheitsversorgung zukunftsfest aufzustellen schlagen wir in diesem Policy Brief vor, den Risikostrukturausgleich hin zu einem nachhaltigen Risikostrukturausgleich (N-RSA) umzugestalten. Durch die Zuweisung der Gelder in Abhängigkeit von den erwarteten Gesundheitsausgaben des Versicherten in den nächsten zehn Jahren wird ein wirtschaftlicher Anreiz gesetzt, in die Gesundheit der Versicherten zu investieren.

Für die Einführung dieses N-RSA müssen die aktuellen Risikostrukturausgleich-Berechnungsmethoden auf einen längeren Zeitraum hin angepasst werden. Es bietet sich an, dass der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, der Zugang zu den Daten des Bundesamts für Soziale Sicherung hat, ein Gutachten zu einer möglichen Weiterentwicklung zu einem N-RSA entlang der hier vorgestellten Linien erstellt. Ein Bestandteil dieses Gutachtens wäre die Erstellung von Zehn-Jahres-Auszahlungsprofilen für die Versicherten, abhängig von Alter, Geschlecht und Diagnosen.

GKVen stehen in einem starken Wettbewerb untereinander. Im derzeitigen System der finanziellen Zuweisungen ist dieser Wettbewerb allerdings auf eine jährliche Perspektive beschränkt. Der N-RSA würde den Horizont des Wettbewerbs erweitern und den GKVen (finanzielle) Anreize geben, sich für die langfristige Gesundheit ihrer Versicherten einzusetzen. Damit diese Anreize im N-RSA ihre volle Wirkung entfalten können, sollte in einem zweiten Schritt den GKVen weiterer Freiraum in der Gestaltung ihrer Leistungen ermöglicht werden.

Literatur

- Jansen, E. E., Zielonke, N., Gini, A., Anttila, A., Segnan, N., Vokó, Z. & Prialux, J. (2020). Effect of organised cervical cancer screening on cervical cancer mortality in Europe: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 127, 207-223.
- Jasilionis, D., Van Raalte, A. A., Klüsener, S., & Grigoriev, P. (2023). The underwhelming German life expectancy. *European Journal of Epidemiology*.
- Häussler, B., Behrendt, S., Klein, S., & Höer, A. (2011). Diabetes, Insulin und Krebs [3. Nationaler Workshop Diabetes-Versorgung].
- Levi, F., Lucchini, F., Negri, E., Franceschi, S. & La Vecchia, C. (2000). Cervical cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. *European Journal of Cancer*, 36(17), 2266-2271
- Thiel, R, Deimel, L, Schmidtman, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J., Stroetmann, V. & Stroetmann, K. (2018). # SmartHealthSystems Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Bertelsmann Stiftung.
- Weinhold, I., Schindler, C., Kossack, N., Berndt, B., & Häckl, D. (2019). Economic impact of disease prevention in a morbidity-based financing system: Does prevention pay off for a statutory health insurance fund in Germany? *The European Journal of Health Economics*, 20(8), 1181–1193.



ZEW policy brief

Autoren: Sabrina Schubert · sabrina.schubert@zew.de · Prof. Dr. Simon Reif · simon.reif@zew.de · Prof. Achim Wambach, PhD* · achim.wambach@zew.de

Herausgeber: ZEW – Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung
L 7, 1 · 68161 Mannheim · Deutschland · info@zew.de · www.zew.de · twitter.com/ZEW

Geschäftsführung: Prof. Achim Wambach, PhD · Claudia von Schuttenbach

Redaktionelle Verantwortung: Fabian Oppel · cvd@zew.de

Anmerkung zum Zitieren aus dem Text: Es ist gestattet, Auszüge aus dem Text in der Originalsprache zu zitieren, insofern diese durch eine Quellenangabe kenntlich gemacht werden.

© ZEW – Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH Mannheim

ZEW

Leibniz
Leibniz
Gemeinschaft

* Ansprechpartner für Rückfragen