

THESENPAPIER

Coronapandemie und Morbi-RSA – Thesen zum Einfluss des Versorgungsgeschehens im 1. Halbjahr 2020 auf die Funktionalität des Ausgleichssystems

Ein Thesenpapier der WIG2 GmbH – Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

Veröffentlicht am:

16. November 2020

Autoren:

Benjamin Berndt

Dennis Häckl

Impressum

Leipzig, November 2020, Auflage 01

Thesepapier „Coronapandemie und Morbi-RSA – Thesen zum Einfluss des Versorgungsgeschehens im 1. Halbjahr 2020 auf die Funktionalität des Ausgleichssystems“

Herausgeber:

WIG2 GmbH

Wissenschaftliches Institut für

Gesundheitsökonomie und

Gesundheitssystemforschung

Vertreten durch:

Dr. Dennis Häckl, Geschäftsführer

Dr. Thomas Höpfner, Geschäftsführer

Markt 8, 04109 Leipzig

Kontakt:

Telefon: +49 30 12088539-1

E-Mail: benjamin.berndt@wig2.de

Autoren:

Benjamin Berndt

Dennis Häckl

© 2020 – WIG2 GmbH

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einführung.....	5
2 Ausgangslage einzelner Ausgabenbereiche.....	6
2.1 Ambulanter Sektor (HLB1).....	6
2.2 Zahnärztliche Leistungen (HLB2).....	6
2.3 Arzneimittel (HLB3).....	7
2.4 Stationärer Sektor (HLB 4).....	7
2.5 Sonstige Leistungen (HLB5).....	7
2.6 Krankengeld (HLB6).....	8
2.7 Dialyse (HLB7).....	8
3 Diskussion der Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich 2020.....	9
3.1 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Alters- und Geschlechtsgruppen.....	9
3.2 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Morbidität.....	11
3.3 Auswirkungen auf der Regionalebene.....	13
3.4 Auswirkungen auf die Zuweisungen zum Krankengeld.....	13
3.5 Auswirkungen auf das Prüfgeschehen.....	13
4 Diskussion der Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich 2021.....	14
4.1 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Alters- und Geschlechtsgruppen.....	14
4.2 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Morbidität.....	14
4.3 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Regionalgruppen.....	17
5 Auswirkungen auf ausgewählte Bestandteile der RSA-Reform im Rahmen des GKV-FKG.....	19
Literaturverzeichnis.....	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Morbiditätsanteile von Regressionen über einzelne HLBs	11
Tabelle 2:	Erwarteter Einfluss auf den Morbiditätsanteil der Zuweisungen	12

Abkürzungsverzeichnis

AGG	Alters- und Geschlechtsgruppe
HLB	Hauptleistungsbereich
HMG	hierarchisierte Morbiditätsgruppe
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
RSA	Risikostrukturausgleich
SA700	Satzart 700

1 Einführung

Die seit Beginn des Jahres 2020 andauernde Pandemie im Zuge der Verbreitung des Virus SARS-CoV-2 (sogenannte Coronapandemie) hat die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Deutschland nicht zuletzt auf Grund erheblicher Beschränkungen des öffentlichen Lebens seit Mitte März sichtbar verändert. Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, die Umstrukturierung des Krankenhausangebots sowie die vielfältigen Veränderungen in den ambulanten Versorgungsabläufen lassen vermuten, dass zumindest für das erste Halbjahr 2020 von einer deutlich veränderten Kostenstruktur der Ausgaben für GKV-Versicherte auszugehen ist. Zugleich beeinflusst das veränderte Inanspruchnahmeverhalten die dokumentierte Morbidität der Versicherten, die als Behandlungsdiagnosen im ambulanten und stationären Bereich im Zuge der Abrechnungen geliefert werden.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) setzt für die Prognose von Ausgabenrisiken auf die Verbindung von Kosteninformationen und retrospektiver Morbiditätsmessung. Der in den vergangenen Monaten beobachtbare exogene Schock für die Gesundheitsversorgung wird daher auch mittelbar erhebliche Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen des Risikostrukturausgleichs (RSA) haben. Offen ist, inwieweit dies Folgen für die gesetzlich festgelegten Ziele des Ausgleichssystems haben wird.

Das vorliegende Thesenpapier widmet sich der Diskussion der möglichen Auswirkungen der Coronapandemie auf den Morbi-RSA. Dazu wird zunächst cursorisch ein Überblick über die fragmentarisch vorliegenden Erkenntnisse zum Geschehen in der Versorgungslandschaft im ersten Halbjahr des Jahres 2020 gegeben und die Auswirkungen auf die Kostenseite der Krankenkassen skizziert. Darauf aufbauend werden die möglichen Folgen dieser Entwicklung auf die Performance des RSA beschrieben. Bezugspunkt der Diskussion sind die gesetzlichen Zwecke des Morbi-RSA gemäß den Vorgaben des § 266 SGB V. Im Fokus stehen daher insbesondere der Ausgleich von strukturellen Unterschieden in der Verteilung der Risikomerkmale zwischen den Krankenkassen (Wettbewerbsebene) und die Verringerung von Anreizen zur Risikoselektion (Versichertenebene). Es wird diskutiert, inwieweit mögliche coronabedingte Veränderungen in der Datengrundlage in relevanten Bereichen zu Verwerfungen gegenüber der bisher bekannten bzw. prognostizierten Wirkungsweise des Ausgleichssystems führen können. Zur besseren Unterscheidung von Effekten werden die Ausgleichsjahre 2020 und 2021 getrennt voneinander betrachtet.

2 Ausgangslage einzelner Ausgabenbereiche

Die folgende Darstellung der bekannten Entwicklungen in einzelnen Leistungsbereichen orientiert sich an der Aufteilung von Ausgaben in Hauptleistungsbereiche (HLB), die bei der Meldung von Ausgabedaten für den RSA in der Satzart 700 (SA700) verwendet wird. Die Darstellung der einzelnen Effekte wird insbesondere auch vor dem Hintergrund der Zuordnung von Ausgaben zu einzelnen Versicherten diskutiert, da dies eine Voraussetzung für die Funktionalität des Regressionsverfahrens darstellt, in dem der Zusammenhang zwischen Risikomerkmalen und individuellem Ausgaberrisiko hergestellt wird.

2.1 Ambulanter Sektor (HLB1)

Für die haus- und fachärztliche Versorgung liegen gegenwärtig noch keine systematischen Auswertungen der Fallentwicklungen für die Zeit seit Einführung der schärferen Coronaschutzmaßnahmen Mitte März 2020 vor, da die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen mit ca. sechsmonatiger Verzögerung an die Krankenkassen gemeldet wird. Erste Auswertungen der KV Bayerns deuten allerdings auf einen erheblichen Rückgang der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen seit dem 16.03.2020 hin (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2020). Wochenweise Auswertungen der ärztlichen Patient:innen-Kontakte zeigen einen Rückgang von 30 Prozent, der alle Leistungsbereiche betrifft und auch bei der Versorgung chronisch kranker Patient:innen zu beobachten ist. Auch wenn diese Größenordnung wohl nicht als Ausblick für das gesamte zweite Quartal 2020 gelten kann (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2020), muss aktuell für diesen Zeitraum von einem wahrnehmbaren Rückgang der ärztlichen Fälle ausgegangen werden.

Dieser Rückgang schlägt sich im Leistungsbereich Ärzte aus Sicht der Krankenkassen zumindest in einer Verringerung der Ausgaben für Leistungen mit extrabudgetärer Vergütung nieder, während die Ausgaben für die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung unabhängig vom Versorgungsgeschehen konstant bleiben. Zusatzbelastungen sind aber durch die Kostenübernahme von medizinisch notwendigen Tests auf SARS-CoV-2, die Finanzierung von Schutzausrüstungen für Vertragsärzt:innen und den Schutzschirm für niedergelassene ärztliche Praxen gemäß COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (KHeG) zu erwarten. Zudem werden telemedizinische Leistungen verstärkt angeboten. Die Krankenkassen rechnen daher gemäß ihrer Schätzungen in der KV 45 (2. Quartal 2020) insgesamt mit steigenden Ausgaben für ärztliche Behandlungen um 4,5 Prozent (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Ausgaben für Schutzausrüstung oder den Schutzschirm sind nicht versichertenindividuell zuordbar.

2.2 Zahnärztliche Leistungen (HLB2)

Für die zahnärztlichen Behandlungen ist wie für den gesamten ambulanten Bereich mit deutlichen Rückgängen in den Behandlungszahlen zu rechnen. Aktuell liegen noch keine Abrechnungen für das besonders betroffene zweite Quartal 2020 vor, jedoch zeigen Auswertungen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) anhand von Onlineumfragen zu Mitte Mai ein ca. 50 Prozent geringeres Arbeitsaufkommen (Bundeszahnärztekammer, 2020). Auch befänden sich 70 Prozent aller zahnärztlichen Praxen in Kurzarbeit. Für die Krankenkassen ist auch hier von deutlichen Minderausgaben zumindest für die betroffenen Monate auszugehen. Dem sind aber Mehrausgaben für den auch für zahnärztliche Praxen angedachten Schutzschirm durch die Krankenkassen entgegenzurechnen. Sollten hier Mehrausgaben entstehen, sind diese nicht versichertenindividuell verbuchbar. Die Ausgabenschätzungen der Krankenkassen weisen für das erste Halbjahr 2020 einen moderaten Rückgang der Ausgaben um 3,5 Prozent für zahnärztliche Leistungen und 9 Prozent für Zahnersatz aus (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

2.3 Arzneimittel (HLB3)

Die vereinfachten Regelungen für die Verordnung von Arzneimitteln und die mit Einsetzen der Kontaktbeschränkungen im ambulanten Bereich offenbar häufig durchgeführten Langfristverordnungen haben zu einem wahrnehmbaren Anstieg der Verordnungsmengen im März 2020 geführt (GKVGamsi, 2020). Diese Entwicklung hat sich im Laufe des Halbjahrs zwar abgeflacht, GKV-weit stieg der Bruttoumsatz in den ersten sechs Monaten des Jahres aber immer noch um 5,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die Anzahl der definierten Tagesdosen (DDD) nahm um 2,6 Prozent zu. Zudem sind für den Arzneimittelbereich weitere zusätzliche Ausgaben durch den verringerten Zwang zur Abgabe von Rabattarzneimitteln und zusätzliche Ausgaben für erhöhte Impfstoffreserven zu erwarten. Als erhebliche Entlastung wirkt ab dem dritten Quartal 2020 die Mehrwertsteuerreduzierung auf 16 Prozent. Insgesamt stiegen die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel bei den Krankenkassen im ersten Halbjahr 2020 um 7,39 Prozent (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Es ist davon auszugehen, dass diese Mehrausgaben versichertenindividuell verbucht werden können.

2.4 Stationärer Sektor (HLB 4)

Der stationäre Sektor ist geprägt von einer großflächigen Umstrukturierung, die bis heute anhält. Der kurzfristige Aufbau erheblicher intensivmedizinischer Kapazitäten wurde begleitet von einer Verringerung der Belegung mit planbaren Leistungen, aber auch von Notfallbehandlungen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (2020) spricht von Rückgängen von 30 bis 50 Prozent. Entsprechende Einschätzungen sind auch von den Krankenkassen getroffen worden. Die stärksten Fallzahlreduktionen traten dabei in den letzten Märzwochen sowie im April auf. Zur Mitte des Jahres haben sich die stationären Fälle auf niedrigem Niveau stabilisiert. Für Operationen zum Einsatz künstlicher Hüft- und Kniegelenke sind Rückgänge von 50 bis zu 90 Prozent der üblichen wöchentlichen Fälle zu beobachten, für Schlaganfall- und Herzinfarktbehandlungen immerhin 10 bis 25 Prozent. Auffallend ist zudem, dass die Fallzahlreduktion für Krankenhausfälle regional stark schwankt. Insbesondere Bundesländer mit wenig stationärem Angebot weisen die höchsten anteiligen Rückgänge auf.

Auf der Finanzierungsseite sind, auf Grund der Fallzahlreduktion für die Krankenkassen, deutlich verringerte Ausgaben für das Leistungsgeschehen zu beobachten. Dem stehen jedoch eine Reihe von zusätzlichen Belastungen, wie ein Mehraufwand für Schutzausrüstung, erhöhte Pflegeentgeltwerte, die Aussetzung von Abrechnungsprüfungen sowie Zusatzentgelte für COVID-19-Fälle, gegenüber, so dass die abgerechneten Fälle deutlich teurer sein dürften als in der Vergangenheit. Zudem sind die Behandlungen von COVID-19 selbst zu berücksichtigen. Hier kann es zu teuren Einzelfällen mit Langzeitbeatmung kommen. Insgesamt sind für die Krankenkassen aber wohl durchaus Entlastungen im stationären Sektor zu erwarten. Entsprechend wiesen die Krankenkassen in der KV 45 des zweiten Quartals 2020 einen Ausgabenrückgang von 2,4 Prozent für den Krankensektor auf (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Da die für die Krankenhäuser gezahlten Pauschalboni für Intensivbetten und die Ausgleichszahlung für das Freihalten von Kapazitäten durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen werden, ist weiterhin davon auszugehen, dass die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen wie bisher versichertenindividuell zugeordnet werden können.

2.5 Sonstige Leistungen (HLB5)

Trotz zahlreicher zwischenzeitlicher Erleichterungen bei der Verordnung von Heilmittelleistungen und der Möglichkeit, Heilmittelleistungen auf telemedizinischem Wege zu erbringen, wird für diesen

Bereich mit einer deutlich geringeren Inanspruchnahme gerechnet. Als bekannte Zusatzbelastung sind für die Krankenkassen nur die Refinanzierung der Schutzausrüstung für Heilmittelerbringer zu tragen. Die für Heilmittelerbringer vorgesehenen Ausgleichszahlungen in Höhe von 40 Prozent der Vergütung im vierten Quartal 2019, die für Umsatzverluste ab dem zweiten Quartal 2020 entschädigen sollen, sind hingegen aus der Liquiditätsreserve zu tragen. Die GKV verzeichnet daher für das erste Halbjahr 2020 einen Ausgabenrückgang für Heilmittel um 1,8 Prozent (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Für den Bereich der Hilfsmittel sind mehrere Effekte zu berücksichtigen. Gestiegene Preise für Schutzausrüstungen fallen den Ausgaben des Leistungsbereichs zu, in dem sie genutzt werden. Die Hilfsmittelversorgung der Versicherten schien im ersten Halbjahr 2020 kaum beeinflusst worden zu sein, auch wenn die Hilfsmittelhersteller erhebliche Umsatzeinbußen auf Grund der Verringerung elektiver Operationen im stationären Sektor befürchten (Interessengemeinschaft Hilfsmittelversorgung, 2020). Die für die GKV relevanten Ausgaben für Hilfsmittel stiegen in den ersten sechs Monaten des Jahres um 3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Für die zweite Jahreshälfte ist aber mit Entlastungen auf Grund der Mehrwertsteuersteuersenkungen zu rechnen.

Von untergeordneter Bedeutung sind die Veränderungen der Ausgaben für Fahrtkosten (+ 8,57 Prozent), Häusliche Krankenpflege (+ 7,36 Prozent) und Mutterschaftsleistungen (- 0,2 Prozent) gemäß KV 45 (2. Quartal 2020).

2.6 Krankengeld (HLB6)

Die Coronapandemie wirkt sich im Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankengeldbereich sowohl regulatorisch als auch in der Leistungsanspruchnahme aus. So wurde einerseits der Zugang zu Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen deutlich erleichtert, weil der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Ende März 2020 beschloss, dass rückwirkend ab dem 9. März 2020 eine Arbeitsunfähigkeit für Atemwegserkrankungen bis zu sieben Tagen nach telefonischer Anamnese ohne persönlichen ärztlichen Kontakt festgestellt werden kann. Diese Vereinfachung wurde bis einschließlich 31. Mai 2020 ausgedehnt. Es ist davon auszugehen, dass dies auch die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer und damit die Auslösung von Krankengeldberechtigungen beeinflusst hat. Aktuell plant der Gesetzgeber zudem, dass GKV-Versicherte im Jahr 2020 fünf bzw. zehn Tage (Alleinerziehende) mehr Kinderkrankengeld erhalten.

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Krankengeld liegen derzeit keine aktuellen Statistiken vor. Auswertungen der DAK zum ersten Halbjahr 2020 zeigen aber, dass sich zwar insgesamt der Anteil an Arbeitsunfähigkeitsmeldungen nicht verändert, sich die durchschnittliche Falldauer aber von 12,8 Tagen auf 14,3 Tage erhöht hat (DAK-Gesundheit, 2020). Dies kann als Indiz für eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Krankengeldbezug gedeutet werden, was angesichts verschobener stationärer und ambulanter Heilbehandlungen plausibel erscheint. Inwiefern auch eine Erhöhung der Anzahl der Fälle erfolgte, ist aktuell unklar. COVID-19 selbst macht als Ursache einer Arbeitsunfähigkeit mit 0,45 Prozent aller Fälle aber nur einen verschwindend geringen Anteil aus (BKK-Dachverband, 2020). Die Krankenkassen weisen für das erste Halbjahr 2020 einen deutlichen Ausgabenzuwachs für Krankengeldzahlungen um 14,3 Prozent aus (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

2.7 Dialyse (HLB7)

Die Ausgaben für Dialyse sind im ersten Halbjahr 2020 um 0,65 Prozent gestiegen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

3 Diskussion der Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich 2020

Für das Ausgleichsjahr 2020 wird auf die Meldung der Morbiditätsinformationen aus dem Jahr 2019 sowie auf die Versicherten- und Kosteninformationen des Jahres 2020 zurückgegriffen. Während die Morbiditätsseite von den oben skizzierten Auswirkungen der Coronapandemie und den mit ihr einhergehenden Maßnahmen völlig unbeeinflusst ist, ist insbesondere die für das Ausgleichsjahr 2020 anzunehmende und in Teilen bereits bekannte Kostenstruktur von erheblichen Änderungen betroffen. Im Folgenden wird zunächst mit Blick auf die verschiedenen Gruppen von Risikomerkmale diskutiert, welche Mechanismen für den Jahresausgleich 2020 zu erwarten sind und inwieweit diese die Performance des Morbi-RSA auf der Wettbewerbsebene und der Versichertenenebene beeinflussen.

Im Hinblick auf die gesetzlichen Aufgaben des RSA lassen sich für den Jahresausgleich 2020 zwei zentrale Erwartungen formulieren:

These 1

Die veränderte Inanspruchnahme von Leistungen im ersten Halbjahr 2020 wird die versichertenbezogene Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs nicht maßgeblich beeinflussen.

These 2

In Abhängigkeit von ihrer regionalen Aufstellung werden ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile bzw. Wettbewerbsnachteile der Krankenkassen zunehmen.

3.1 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Alters- und Geschlechtsgruppen

Effekt aus der Veränderung der Kostenstruktur

Die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGn) fungieren im Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2020 als Auffanggruppen für solche Kosten, die im Rahmen des Regressionsverfahrens keiner retrospektiven Morbidität zugeordnet werden können. Sie bilden also sowohl die Ausgaben für Akuterkrankungen und Teile der Folgekosten nicht berücksichtigter Erkrankungen ab als auch Ausgaben für Leistungen, die gerade nicht durch Morbidität verursacht werden, sondern durch Präventionsmaßnahmen, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder als pauschale Ausgaben für jeden Versicherten in der GKV anfallen und versichertenindividuell in der SA700 gemeldet werden. Zudem enthalten sie die nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben.

Es ist bekannt, dass sich insbesondere die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsleistungen im Zuge des Rückgangs der ärztlichen Patient:innenkontakte im ersten Halbjahr merklich verringert hat, entsprechend sind die Ausgaben für diesen Leistungsbereich deutlich reduziert (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Dies spräche ceteris paribus für ein Absinken der AGGn und hier insbesondere für weibliche Versicherte von Mitte 20 bis unter 65 Jahre (AGG005 bis AGG014), die solche Leistungen vermehrt in Anspruch nehmen.

Dieses Absinken der entsprechenden AGGn tritt aber nicht ein, wenn die zusätzlichen Ausgaben, die beispielsweise im ambulanten Sektor oder für Heilmittel oder die Schutzschirme anfallen, nicht versichertenindividuell zuordenbar sind. Denn dann ist davon auszugehen, dass sie im Rahmen der nicht-morbiditätsbedingten Ausgaben als Pauschale ausgeschüttet werden. Da die Schutzschirmzahlungen

Ausgabenbestandteile ersetzen, die zuvor einen Morbiditätsanteil hatten, dann aber komplett den AGGn zugeordnet werden, erhöhen sie den AGG-Anteil.

Unterthese 1.1

Eine verringerte Inanspruchnahme von Vorsorge-, Früherkennungs- und Präventionsleistungen wird zu einem Absinken der AGGn für jüngere Versicherte führen.

Effekt aus Übersterblichkeit

Als wesentlicher Treiber von AGGn sind auch die Sterbekosten zu nennen. Im Hinblick auf die Coronapandemie wurde für den April 2020 eine Übersterblichkeit von 8,5 Prozent festgestellt (Statistisches Bundesamt, 2020). Diese normalisierte sich über die folgenden Monate, sodass die Gesamtanzahl der Verstorbenen von Januar bis Juli nur 0,5 Prozent über den Sterbefällen des Vorjahreszeitraums liegt. Der Effekt ist aber relevant, weil er sich auf die Altersgruppe über 80 Jahre konzentriert, während die Sterberate der Altersgruppe bis 79 Jahre im Durchschnitt der Vorjahre liegt (zur Nieden, Sommer & Lücken, 2020). Die Übersterblichkeit ist zeitlich assoziiert mit dem Anstieg der Toten mit positivem SARS-CoV-2-Test. Demnach ist insbesondere für die Altersgruppe über 80 Jahre zu erwarten, dass die Zuweisungen der AGG017 bis AGG020 und AGG037 bis AGG040 steigen.

Unterthese 1.2

Auf Grund von Übersterblichkeit werden sich die Zuweisungen der AGGn für Versicherte über 80 Jahre erhöhen.

Effekt aus der Erkrankung COVID-19

Durch die Erkrankung COVID-19 wird die Alterskostenstruktur der GKV im Vergleich zu Vorjahren nicht merklich verändert. Zwar ist davon auszugehen, dass COVID-19-Patient:innen insbesondere im höheren Alter deutlich häufiger von schweren Verläufen mit einer Pneumonie oder einem akuten Atemnotsyndrom (ARDS) betroffen sind, infolgedessen die Versorgungskosten steigen. Da diese Kosten aber gewöhnlich auch mit einer höheren Grundmorbidität einhergehen, würden die entsprechenden Ausgaben vermutlich eher über die bereits vorhandenen Morbiditätsmerkmale der COVID-19-Patient:innen ausgeglichen. Da in Deutschland die Gesamtanzahl an Fällen zudem überschaubar ist, ist das Ausgabenvolumen für COVID-19-Patient:innen so gering, dass insgesamt nicht von merklichen Effekten von COVID-19 selbst auf die AGGn auszugehen ist.

Insgesamt ist festzuhalten, dass einzelne Effekte, wie die veränderte Kostenstruktur sowie eine bereits identifizierte Übersterblichkeit, den AGG-Anteil der Zuweisungen beeinflussen. Da diese Effekte aber einander widersprechende Richtungen aufweisen und insgesamt keinen übermäßigen Einfluss zu haben scheinen, ist aktuell nicht davon auszugehen, dass sich der AGG-Anteil der Zuweisungen wesentlich verändert.

Unterthese 1.3

Der AGG-Anteil der Zuweisungen wird sich nicht wesentlich verändern.

3.2 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Morbidität

Effekt aus der veränderten Kostenstruktur

Auch wenn die für den Jahresausgleich 2020 verwendeten Morbiditätsinformationen von der veränderten Inanspruchnahmestruktur nicht betroffen sind, werden sie für das Ausgleichsjahr 2020 mit Kosteninformationen verknüpft, die aus einer veränderten Versorgungslandschaft resultieren. Inwieweit sich die veränderte Kostenstruktur auf die Zuweisungen für einzelne Morbiditätsgruppen auswirkt, kann aktuell nicht valide eingeschätzt werden. Interessant ist möglicherweise aber eine Betrachtung der veränderten Kostenstruktur im Hinblick auf die Frage, wie sie sich auf das Verhältnis von Morbiditätszuweisungen zu Zuweisungen für AGGn auswirkt. Als Morbiditätszuweisungen können für das Ausgleichsjahr 2018 sowohl Zuweisungen für hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGn) als auch Erwerbsminderungsgruppen verstanden werden.

Die wesentlichen Veränderungen in der Inanspruchnahme lassen sich auf einzelne HLBs herunterbrechen. Tabelle 1 beschreibt die Morbiditäts- und AGG-Anteile von Testregressionen mit dem Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2018 auf Basis des Datensets 2017/2018, wenn nur die Ausgaben des jeweiligen HLB als erklärende Variable genutzt werden. Die entsprechende Verteilung von AGG- zu Morbiditätsanteilen der Zuweisungen ist auch für das Klassifikationsmodell 2020 zu erwarten (Tabelle 1). Bei diesen Regressionen zeigt sich, dass nicht alle Ausgabenrisiken im aktuellen Verfahren gleichermaßen gut erklärt werden. Vielmehr werden insbesondere die Ausgaben für Arzneimittel und Dialyse besonders gut erklärt, sodass die entsprechenden Regressionen eine im Vergleich zum Gesamtverfahren überdurchschnittliche Zielgenauigkeit aufweisen.

Tabelle 1: Morbiditätsanteile von Regressionen über einzelne HLBs
(eigene Darstellung)

	Inhalt	Morbiditätsanteil	AGG-Anteil	Zielgenauigkeit
HLB1	Ärzte	unterdurchschnittlich	überdurchschnittlich	unterdurchschnittlich
HLB2	Zahnärzte	stark unterdurchschnittlich	stark überdurchschnittlich	stark unterdurchschnittlich
HLB3	Apotheken	stark überdurchschnittlich	stark unterdurchschnittlich	stark überdurchschnittlich
HLB4	Krankenhaus	leicht überdurchschnittlich	leicht unterdurchschnittlich	unterdurchschnittlich
HLB5	Sonstige	überdurchschnittlich	unterdurchschnittlich	leicht unterdurchschnittlich
HLB7	Dialyse	stark überdurchschnittlich	stark unterdurchschnittlich	stark überdurchschnittlich

Da der Morbiditätsanteil der HLB1-Zuweisungen unter normalen Bedingungen unterdurchschnittlich ist, muss davon ausgegangen werden, dass die Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen zu einem deutlich geringeren Anteil durch das Klassifikationsmodell 2020 erklärt werden. Für den HLB1 sind insbesondere dann geringere Ausgaben zu erwarten, wenn coronabedingte Zusatzausgaben für Schutzkleidung oder den vertragsärztlichen Schutzschirm nicht versichertenindividuell verbucht werden können. Dies führt ceteris paribus dann zu einer Erhöhung des Morbiditätsanteils in den Gesamtzuweisungen für die Ausgaben der SA700. Entsprechende Überlegungen zum Beitrag der einzelnen Ausgabenblöcke zum Morbiditätsanteil der Gesamtzuweisungen lassen sich auch für die übrigen Hauptleistungsbereiche anstellen.

Die erwarteten Veränderungen der Ausgabenstruktur sowie die isolierte Wirkung dieser Veränderungen auf den Morbiditätsanteil für alle HLBs sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Erwarteter Einfluss auf den Morbiditätsanteil der Zuweisungen
(eigene Darstellung)

	Inhalt	Erwartete Veränderung der Kostenstruktur (versichertenindividuelle Ausgaben)	Erwarteter Einfluss auf den Morbiditätsanteil der Zuweisungen
HLB1	Ärzte	Verringerung	Erhöhung
HLB2	Zahnärzte	Verringerung	Erhöhung
HLB3	Apotheken	Erhöhung	Erhöhung
HLB4	Krankenhaus	Verringerung	Verringerung
HLB5	Sonstige	keine Veränderung	keine Veränderung
HLB7	Dialyse	unklar	-

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass auf den Morbiditätsanteil der Ausgaben in den SA700 Zuweisungen gegenläufige Effekte wirken, sodass entscheidend sein wird, in welchem Verhältnis sich die Ausgabenstrukturen zwischen den einzelnen HLBs verschieben und welche Ausgabenanteile versichertenindividuell verbucht werden können. Aktuell ist jedoch nicht von so gravierenden Verschiebungen der Ausgabenstruktur auszugehen, dass es im Ausgleichsjahr 2020 zu erheblichen Fehlzweisungen für die bestehende Morbidität aus 2019 kommen wird. Daher sollte sich die allgemeine Zielgenauigkeit des RSA nicht substantiell verändern. Im Ausgleichsjahr 2020 entstehen daher keine vermehrten Anreize zur Risikoselektion.

Unterthese 1.4

Die Veränderungen der Ausgabenstruktur, die durch die veränderte Inanspruchnahme von Leistungen im ersten Halbjahr 2020 eintreten werden, werden die Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs nicht maßgeblich beeinflussen.

Im Ausgleichsjahr 2020 entstehen daher keine vermehrten Anreize zur Risikoselektion.

Effekt aus der Erkrankung COVID-19

Als neu auftretende Erkrankung ist COVID-19 im Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2020 nicht enthalten. Da die damit verbundenen, teils hohen versichertenindividuellen Kosten bei schwer verlaufenden Fällen aber im Jahr 2020 ohnehin für die Akutversorgung der Erkrankungen aufgewendet werden, strebt das nach dem Prospektivitätsprinzip aufgebaute Ausgleichssystem auch nicht danach, diese Ausgaben auszugleichen. Da schwere Erkrankungsverläufe aber mehrheitlich bei Versicherten mit morbiditätsbedingt höherem Risiko auftreten, muss davon ausgegangen werden, dass ein Teil dieser Kosten ohnehin über die entsprechenden Vorerkrankungen ausgeglichen wird. Da die Fallzahlen für COVID-19 in Deutschland insgesamt relativ niedrig sind, also das Volumen der Behandlungskosten vergleichsweise gering ist, ist hier kein wesentlicher Einfluss auf die Zielgenauigkeit zu erwarten.

Unterthese 1.5

Mehrausgaben, die durch schwere Verläufe von COVID-19 entstehen, werden durch Zuweisungen für bereits vorhandene Vorerkrankungen teilweise ausgeglichen.

3.3 Auswirkungen auf der Regionalebene

Das Klassifikationsmodell des Ausgleichsjahres 2020 kennt keinen spezifischen Ausgleich regionaler Deckungsbeitragsunterschiede. Dies führt zu erheblichen regionalen Fehlzuweisungen und damit zu Ungleichgewichten, wie das Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des RSA des Wissenschaftlichen Beirats bereits festgestellt hat (Drösler et al., 2018). Die bisher feststellbaren Veränderungen in der Inanspruchnahmestruktur der Versicherten im ersten Halbjahr 2020 werden deutliche regionale Unterschiede bewirken. Dies ergibt sich zum einen aus der unterschiedlichen regionalen Angebotsstruktur, die beispielsweise Regionen mit unterdurchschnittlichem stationärem Angebot dazu zwingt, proportional größere Anteile der Betten für Coronapatient:innen vorzuhalten und entsprechend anteilig größere Minderausgaben für planbare Leistungen zu verzeichnen. Zum anderen waren aber auch die Intensität und die Dauer der durch die öffentlichen Gesundheitsdienste verhängten Kontakt- oder gar Ausgangsbeschränkungen, Auflagen für Praxen der Leistungserbringer sowie Ansteckungsrisiken regional sehr verschieden ausgeprägt. Kreise mit hohen Ansteckungszahlen und zeitweise harten Einschränkungen des öffentlichen Lebens, wie Heinsberg (Nordrhein-Westfalen), Tirschenreuth (Bayern) oder Hamm (Nordrhein-Westfalen) werden tendenziell einen stärkeren Rückgang der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen verzeichnen. Dies wirkt sich aber nicht spezifisch auf die Zuweisungshöhe für Versicherte in diesen Kreisen aus. Entsprechend werden Krankenkassen mit Versichertenschwerpunkten in Regionen mit stärkerem Rückgang der Leistungsanspruchnahme verbesserte Deckungsbeiträge aufweisen.

Unterthese 2.1

Die Veränderung der Inanspruchnahmestruktur ist regional nicht gleich verteilt, sodass die regionale Zielgenauigkeit des Ausgleichssystems sinken wird. Es entstehen weitere regionale Über- und Unterdeckungen, die nicht durch die Krankenkassen beeinflussbar sind.

3.4 Auswirkungen auf die Zuweisungen zum Krankengeld

Die versichertenindividuell ausgewiesenen Ausgaben im HLB6 werden im Ausgleichsjahr 2020 erheblich zunehmen. Dies verschärft die für das aktuell genutzte Verfahren der allein alters-, geschlechts- und erwerbsminderungsorientierten Zuweisungen für das Krankengeld bekannten Probleme der geringen versichertenbezogenen und kassenbezogenen Zielgenauigkeit noch weiter.

3.5 Auswirkungen auf das Prüfgeschehen

Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft aktuell vor Durchführung der Regression zum Jahresausgleich die Plausibilität der Datenmeldung der SA700, indem die kassenindividuelle Summe der versichertenindividuell gemeldeten Ausgaben eines HLB mit den in der Jahresrechnung gemeldeten Ausgaben verglichen wird. In Abhängigkeit von den Buchungsverfahren der Krankenkassen werden die teils sehr rigiden Vorgaben für die erlaubten Abweichungen in den Ausschöpfungsquoten für das Jahr 2020 möglicherweise zu vermehrten Kassenausschlüssen führen, wenn die bisherigen Schwellenwerte beibehalten werden.

4 Diskussion der Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich 2021

Für das Ausgleichsjahr 2021 werden die Morbiditätsinformationen des Meldejahres 2020 mit den Kosteninformationen des Ausgleichsjahres 2021 kombiniert. Über die Kostenstruktur des kommenden Jahres kann aktuell keine valide Einschätzung getroffen werden. Es ist unklar, inwieweit die aktuell für viele Leistungserbringer geltenden Hygieneauflagen für ein dauerhaft verringertes Angebot von ärztlichen Kontakten, Heilmittelleistungen und Krankenhauskapazitäten sorgen werden. Auch ist unklar, ob die weiterhin andauernde Coronapandemie in Deutschland im Rahmen einer sich aktuell entwickelnden zweiten Welle in vielen Regionen für eine neuerliche Verschärfung der Schutz- und Hygienemaßnahmen sorgen wird.

Für die folgende Diskussion der Auswirkungen der Coronapandemie wird unterstellt, dass sich die Inanspruchnahmestruktur im kommenden Jahr weitgehend normalisiert. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf den Auswirkungen der veränderten Morbiditätsgrundlage im Kontext mit den für das Ausgleichsjahr 2021 vorgesehenen weitreichenden Änderungen am Ausgleichssystem liegen. Wiederum wird anhand der verschiedenen Gruppen von Risikomerkmale diskutiert, welche Wirkmechanismen für den Jahresausgleich 2021 zu erwarten sind und inwieweit diese die Zweckdienlichkeit des Ausgleichssystems auf der Versichertenebene und der Krankenkassenebene beeinflussen.

Für den Jahresausgleich 2021 werden drei Erwartungen formuliert:

These 3

Eine Verringerung der allgemeinen Zielgenauigkeit ist für das Ausgleichsjahr 2021 sehr wahrscheinlich.

These 4

Es sind Auswirkungen auf den Kassenwettbewerb insbesondere auf Basis einer unzureichenden Morbiditätsabbildung zu erwarten.

These 5

Die Regionalmerkmale des RSA orientieren sich an langfristigen Strukturunterschieden und sind nicht in der Lage, kurzfristige, geographisch bedingte Schwankungen der Morbiditätsdokumentation auszugleichen.

4.1 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Alters- und Geschlechtsgruppen

Für die Entwicklung der Alters- und Geschlechtsstruktur im kommenden Jahr liegen aktuell keine relevanten Erkenntnisse vor. Da AGGn innerhalb des RSA vornehmlich als Auffanggruppen für sonst nicht zuordenbare Ausgabenunterschiede fungieren, wird ihre Entwicklung maßgeblich von der Entwicklung der übrigen Risikogruppen, namentlich der HMGn und Regionalgruppen (RGGn) abhängen. Diese werden im Folgenden separat diskutiert.

4.2 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Morbidität

Da die tatsächliche Morbidität der Bevölkerung nicht bestimmbar ist, können nur verschiedene Indikatoren zur näherungsweisen Erklärung genutzt werden. Für die Zwecke des RSA wird dabei auf die kodierte Morbidität der Versicherten aus Abrechnungsdaten des ambulanten und stationären Sektors zurückgegriffen. Da dieser Aufgriff prospektiv erfolgt, wird eine Kontinuität des Abrechnungsgeschehens

zwischen den zu verknüpfenden Jahren unterstellt. Diese Kontinuität kann sowohl für ambulant kodierte Diagnosen als auch für stationäre Diagnosen für das Jahr 2020 in Zweifel gezogen werden.

Effekt aus dem ambulanten Sektor

Mit Blick auf die berichteten Rückgänge der ärztlichen Patient:innenkontakte zum Ende des ersten Quartals und der Erwartung, dass das Fallgeschehen zumindest auch im zweiten Quartal des Jahres kein Normalmaß erreicht hat, ist davon auszugehen, dass die Anzahl an Arztfällen und damit verbunden auch die kodierte Diagnosemenge aus vertragsärztlichen Leistungen deutlich geringer ausfallen wird als in vergleichbaren Halbjahren der Vorjahre. Inwieweit sich diese Reduktion auf die klassifizierbare Morbidität auswirken wird, ist aktuell nicht einschätzbar. Das akute Krankheitsgeschehen des ersten Halbjahres wird, im Zuge der monatelangen Kontaktbeschränkungen, insbesondere im Bereich der Erkältungserkrankungen erwartbar unterhalb der üblichen Inzidenz liegen. Entsprechend werden hier im Jahr 2021 weniger Zuweisungen für die Folgekosten fließen. Dies sollte die Zielgenauigkeit aber auf Grund der vergleichsweise geringen Zuweisungsvolumina für diese Erkrankungsgruppen nicht nachhaltig beeinflussen.

Für die Zielgenauigkeit des Verfahrens ist aber insbesondere die Dokumentation des chronischen Krankheitsgeschehen relevant. Ein erheblicher Teil der morbiditätsbedingten Zuweisungen fließt für HMGn, die ausschließlich nach dem M2Q-Kriterium vergeben werden. Im Klassifikationsmodell 2021 werden Diagnosegruppen in 366 von 495 HMGn mit diesem Kriterium validiert. Diese werden durch ambulante Diagnosen und stationäre Nebendiagnosen ausgelöst. Daher ist es entscheidend, in welchem Maße Versichertengruppen mit diesen Erkrankungen im ersten Halbjahr auf den ärztlichen Kontakt verzichteten.

Zwei sich widersprechende Hypothesen sind hierbei plausibel. Denkbar ist einerseits, dass Chroniker:innen stärker auf die engmaschige Überwachung ihrer Haus- und Fachärzt:innen angewiesen sind und deshalb deren Besuch auch unter Bedingungen der Kontaktbeschränkung stärker priorisiert haben als gesunde Versicherte. Entsprechend ist der Rückgang der ärztlichen Patient:innenkontakte vornehmlich bei letzterer Gruppe eingetreten. Dann würde die Häufigkeit der über das M2Q-Kriterium ausgelösten HMGn gegenüber den Vorjahren nicht signifikant sinken. Andererseits ist ebenso plausibel, dass insbesondere die Gruppe der Versicherten mit einschlägigen Vorerkrankungen durch den Besuch einer ärztlichen Praxis einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen wären und gerade deswegen auf diesen verzichteten. Entsprechend würde ein Rückgang der Arztfälle im ersten Halbjahr 2020 auch mit dem Verlust von ambulanten Diagnosen einhergehen, sodass die Wahrscheinlichkeit des Auslösens der betreffenden HMGn sinken würde, weil beispielsweise die übliche Dokumentation der Morbidität im Rahmen einer halbjährigen Verlaufskontrolle entfiel. Insgesamt ist es also nicht unplausibel, dass zumindest ein Teil der für Chroniker:innen bestehenden Morbiditätslast im ersten Halbjahr 2020 ambulant nicht ausreichend dokumentiert wurde.

Für HMGn, die hochprävalente Volkserkrankungen abbilden, ist zudem ein Rückgang der Inzidenzraten im ambulanten Bereich zu erwarten, da insbesondere Vorsorge- und Früherkennungsleistungen im zweiten Quartal stark rückläufig waren. Selbst wenn hier noch Nachholeffekte im Laufe des Jahres 2020 eingetreten sind, verringert sich für neu auftretende Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit deutlich, das M2Q-Kriterium zu erfüllen. Inwiefern dieser Effekt sich auf einzelne Altersgruppen fokussiert, ist aktuell nicht abzusehen.

Unterthese 3.1

Der Rückgang der ärztlichen Patient:innenkontakte im zweiten Quartal wird zu einem Rückgang der abgebildeten Morbidität insbesondere für HMGn mit dem Aufgreifkriterium M2Q führen.

Effekt aus dem stationären Sektor

Hierarchisierte Morbiditätsgruppen, die ausschließlich auf Basis von Krankenhausdiagnosen vergeben werden, weisen das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ auf. Für das Klassifikationsmodell 2021 sollen für 175 Diagnosegruppen in 129 HMGn mit diesem Aufgreifkriterium Zuordnungen vorgenommen werden. Im stationären Sektor geht der nachweisbare Fallzahlenrückgang für planbare Leistungen wie auch für Notfallmaßnahmen direkt mit dem Ausbleiben der entsprechenden Hauptdiagnosen und damit der Zuordnung zu den entsprechenden Morbiditätsgruppen einher. Beispielhaft sei darauf verwiesen, dass die Anzahl der stationär behandelten Myokardinfarkte (berücksichtigt über HMG081) seit Ende März um ca. 15 Prozent eingebrochen ist. Hier ist ein etwa ebenso hoher Rückgang der Besetzungszahl der HMG081 zu erwarten, die erwartbare Zuweisungen von mehr als 2.200 EUR p. a. mit sich bringt. Auch wenn eine teilweise Kompensation über Folgekosten der entsprechenden Erkrankungen über noch bestehende Komorbiditäten oder die AGGn stattfinden wird, ist zwangsläufig mit einem Verlust der Zielgenauigkeit der Zuweisungen und einer drohenden Unterdeckung für die nicht behandelten Fälle zu rechnen. Zudem führt ein Rückgang der stationären Fälle zur Verringerung der stationären Nebendiagnosen, die zur Validierung des M2Q-Kriteriums genutzt werden können.

Unterthese 3.2

Der Rückgang der stationären Fälle verringert die Besetzungszahlen insbesondere solcher HMGn, die über das Aufgreifkriterium „stationär erforderlich“ aufgegriffen werden.

Effekt aus der Erkrankung COVID-19

Auf Basis der aktuellen Erkenntnisse ist keine umfassende Einschätzung der Langzeitkosten der Behandlung von COVID-19 möglich. In der Berichterstattung wird allerdings gehäuft von Fällen mit sehr langen Rekonvaleszenzzeiten und Langzeitschäden verschiedener Organe berichtet. Es liegt die Vermutung nahe, dass zumindest für einen Teil der Fälle mit schwerem Verlauf auch erhebliche Folgekosten zu erwarten sind. Im Rahmen der Abbildung im Klassifikationsmodell 2021 ist aber eine Isolation solcher Fälle mit schwerem Verlauf aktuell nur unzureichend möglich, da es keine separate ICD-Kodierung zur Differenzierung des Krankheitsverlaufs von COVID-19 gibt. Insbesondere wenn die Folgekosten der schweren COVID-19-Verläufe stark von den Folgekosten der hilfsweise für die Kodierung solcher Fälle zu nutzenden Pneumonien abweichen, drohen hier auch für die Gruppe der an COVID-19 erkrankten Patient:innen Fehlzuweisungen.

Unterthese 3.3

Wenn schwere Fälle von COVID-19 deutliche Abweichungen von den üblichen Folgekosten von Pneumonien aufweisen, sind deutliche Fehlzuweisungen zu erwarten.

Effekt aus dem Bereich Arzneimittelversorgung

Einzig die bisherigen Erkenntnisse zur Inanspruchnahme von Arzneimitteln lassen auf eine gleichbleibende Morbiditätsdokumentation auf Basis der Verordnungsdaten schließen. Arzneimittelvalidierungen werden im Klassifikationsmodell 2021 für 82 HMGn eingesetzt, davon basieren Diagnosegruppen in 48 HMGn auf ambulanten Diagnosen. Da Arzneimittel im Klassifikationsverfahren des Risikostruktur-

ausgleichs also vornehmlich zur Validierung von ambulanten Diagnosen eingesetzt werden, vermögen die über Verordnungen generierten Morbiditätsinformationen die zu erwartende Lücke bei der Dokumentation von ambulanten und stationären Diagnosen nicht zu schließen. Aber weil Arzneimittel auch häufig zur Schweregradifferenzierung eingesetzt werden und in diesem Fall der konkrete Zeitpunkt der Diagnosedokumentation im Jahr nicht entscheidend ist, scheint es plausibel, dass es für diese Morbiditätsgruppen aus dem ersten Quartal oder der zweiten Jahreshälfte ausreichend auslösende ambulante Diagnosen gibt, sodass eine Zuordnung der entsprechenden Versicherten vergleichsweise robust bleibt.

Die teils vermuteten Vorzieheffekte bei Verordnungen im ersten Quartal 2020 sind nur dann für den Morbiditätsaufgriff schädlich, wenn die verordneten Wirkstoffe für die Arzneimittelaufgreifkriterien „obligat“ und „klinische Relevanz“ benötigt werden, aber wegen ausbleibendem ärztlichen Kontakt die Quartale von Verordnung und ambulant dokumentierter Diagnose auseinanderfallen. Denn dann würde keine Zuordnung zur vorgesehenen HMG erfolgen. Eine Detailanalyse der überproportional Ende März verordneten Wirkstoffe müsste klären, inwieweit eine solche Konstellation auch praktische Relevanz entfalten könnte. Mit dem aktuellen Stand der Erkenntnisse ist aber davon auszugehen, dass die Abbildung von Morbidität, bei der verstärkt auf Arzneimittelinformationen gesetzt wird, vergleichsweise geringe Ausfallrisiken birgt.

Gesamtwirkung für die Morbiditätszuweisungen

Der Rückgang der Inanspruchnahme im ambulanten und stationären Sektor verschlechtert erwartbar sowohl die Abbildung langfristiger-chronischer Morbidität als auch die Identifikation der Folgekosten schwerer Komplikationen. Da beide Effekte überproportional häufig bei Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Morbidität auftreten, verschlechtert sich auch die Abbildung der spezifischen Ausgabenrisiken dieser Krankenkassen überproportional. Infolgedessen sind hier überdurchschnittlich hohe Zuweisungsverluste im Vergleich zu einem Ausgleichsjahr 2021 ohne Coronapandemie zu erwarten, wodurch morbiditätsstärkeren Krankenkassen ein Wettbewerbsnachteil entsteht.

Unterthese 4.1

Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Morbidität droht durch die verschlechterte Abbildung von Morbidität ein Wettbewerbsnachteil.

4.3 Auswirkungen auf die Zuweisungen für Regionalgruppen

Der Gesetzgeber hat sich bei der Einführung von Regionalmerkmalen in den RSA für ein regionalstatistisches Modell entschieden, wobei die Auswahl der regionalstatistischen Merkmale darauf ausgelegt ist, unterschiedliche Ausgabenstrukturen der Region zu erklären. Dabei dürfen angebotsorientierte Erklärungsfaktoren nicht berücksichtigt werden. Ziel ist der Ausgleich regionaler Deckungsbeitragsunterschiede.

Mit Blick auf die Entwicklungen des ersten Halbjahres 2020 ist zu konstatieren, dass es starke Hinweise darauf gibt, dass die oben beschriebenen Erwartungen einer beeinträchtigten Morbiditätsdokumentation aus Abrechnungsdaten regional unterschiedlich stark wirken werden. Zum einen wird die Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher Leistungen durch die Dauer der Kontaktbeschränkungen, kreisbezogene Ausgangssperren und regional unterschiedliche Auflagen zur Fortführung des Praxisbetriebs beeinflusst. Kreise mit hohen Infektionszahlen und scharfen Ausgangsbeschränkungen werden tendenziell deutlich größere Rückgänge der ärztlichen Patient:innenkontakte und damit weniger ambulante Diagnosen aufweisen. Zum anderen dürfte auch die Inanspruchnahme

stationärer Leistungen, für die bereits deutliche regionale Unterschiede im Rückgang der planbaren Leistungen festgestellt werden können, starke regionale Disparitäten bei den stationär erzeugten Haupt- und Nebendiagnosen zur Folge haben. Trifft eine so verzerrte Morbiditätsgrundlage auf ein, gegenüber dem Inanspruchnahmerückgang in 2020, normalisiertes Leistungs- und Kostengeschehen in 2021, sind Minderzuweisungen durch ausbleibende Morbiditätszuweisungen in den entsprechend betroffenen Regionen zu erwarten. Es entstehen coronabedingt aus den Morbiditätszuweisungen zusätzliche Unterdeckungen in den überproportional betroffenen Kreisen und Überdeckungen in den nicht betroffenen Kreisen.

Diese, im Vergleich zu einem normalen Datenjahr, zusätzlichen Fehldeckungen verteilen sich erwartbar willkürlich über die Variablencluster. Die vorgesehenen Regionalmerkmale, die sich aus vergangenheitsbezogenen regionalstatistischen Informationen speisen, werden solche Unterschiede in der Morbiditätsdokumentation nicht abbilden können, weil sie Kreise nicht anhand der coronainduzierten Über- und Unterdeckungen clustern.

Unterthese 5.1

Die Regionalgruppen in ihrer vorgesehenen Ausgestaltung sind nicht geeignet, erwartbar unterschiedliche coronabedingte Schwankungen der Morbiditätsdokumentation und der damit verbundenen regionalen Fehlallokationen auszugleichen.

5 Auswirkungen auf ausgewählte Bestandteile der RSA-Reform im Rahmen des GKV-FKG

Vollmodell

Mit der Einführung eines Vollmodells verbindet der Gesetzgeber die Erwartung, die allgemeine Zielgenauigkeit des Verfahrens zu erhöhen. Die Modellperformance eines Vollmodells ist wesentlich von der Qualität der Datengrundlage abhängig. Wie oben dargestellt, bestehen auf Basis der aktuell vorliegenden Erkenntnisse erhebliche Zweifel, dass mit den Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2020 eine hinreichend korrekte Abbildung der Morbiditätsstruktur dieses Jahres möglich ist. Darauf aufbauend ist unklar, ob eine nachvollziehbare Ableitung der Kostenrisiken gewährleistet werden kann. Aktuell ist zu befürchten, dass die Zielgenauigkeit des Verfahrens zumindest nicht im bisher prognostizierten Maße erreicht werden wird. Dies wird aber in gleichem Maße für das bisher verwendete Ausgleichsverfahren auf Basis einer Krankheitsauswahl gelten.

Ausschluss der HMGn mit den höchsten Steigerungsraten (Manipulationsbremse)

Gemäß § 18 Absatz 1 Satz 4 i. V. m § 19 RSAV sind die HMGn mit den höchsten Steigerungsraten der Versichertentage im Vergleich zur Datengrundlage der Festlegung auszuschließen (Manipulationsbremse). Die Festlegung wird auf Basis des Datensets des Jahresausgleichs 2018 erstellt, für die Ermittlung der HMGn mit den höchsten Steigerungsraten bilden also die Morbiditätsdaten 2017 die Referenz. Analog zur oben formulierten Erwartung hinsichtlich der Schwierigkeit, mithilfe der deutlich verzerrten Inanspruchnahmedaten aus dem ambulanten und insbesondere aus dem stationären Sektor die reale Morbidität der Versicherten hinreichend abzubilden, ist ebenso zu hinterfragen, inwieweit die Ermittlung der auszuschließenden Morbiditätsgruppen mit den höchsten Steigerungsraten auf ebendiesen Daten zu validen Ergebnissen führt. Es ist zu befürchten, dass gerade nicht die überproportionale Dokumentation von Diagnosen in diesem dreijährigen Zeitraum abgebildet wird, sondern vielmehr die überproportional robuste Abbildung von Morbidität im Klassifikationsmodell. Trifft die oben im Kontext der Arzneimittelverordnungen formulierte Erwartung zu, bergen HMGn, die mittels Arzneimittel validiert werden, vergleichsweise geringe Ausfallrisiken in der Morbiditätsbasis 2020. Infolgedessen ist dann im Umkehrschluss davon auszugehen, dass diese mit erhöhter Wahrscheinlichkeit, im Vergleich zu HMGn ohne eine solche Validierung, ein konstanteres Mengenniveau in den Morbiditätsdaten 2020 aufweisen. Dies würde die Wahrscheinlichkeit für arzneimittelvalidierte HMGn erhöhen, im Rahmen der Manipulationsbremse aus dem Verfahren ausgeschlossen zu werden. Damit würde jedoch die eigentliche Intention der Regelung, die Manipulationsanfälligkeit des Ausgleichssystems zu stärken, konterkariert werden, weil gerade arzneimittelbasierte Zuweisungen als besonders wenig manipulationsanfällig gelten, da hier Leistung, Kosten und Morbiditätsinformationen direkt miteinander verknüpft sind.

These 6

Ein Ausschluss der HMGn mit den höchsten Steigerungsraten könnte in der Datengrundlage des Jahres 2020 dazu führen, dass nicht die manipulationsanfälligsten, sondern die robustesten Dokumentationsformen von Morbidität bestraft werden.

Regionalkomponente

Wie oben ausgeführt ist zu erwarten, dass die aktuell vorgesehenen Regionalmerkmale, die sich aus vergangenheitsbezogenen regionalstatistischen Informationen speisen, die zu erwartenden Unterschiede in der Morbiditätsdokumentation nicht abbilden werden können. Dies gilt umso mehr, als dass eine eigentlich für das Niveau des Rückgangs der dokumentierten Morbidität maßgebliche Komponente des regionalen Versorgungsangebots gerade explizit keine Berücksichtigung in der Ausgestaltung der Regionalgruppen finden darf. In der Folge wird der eigentlich durch die Regionalgruppen beabsichtigte Ausgleich der regionalen Deckungsbeitragsunterschiede nicht im ursprünglich prognostizierten Maße erreicht werden können.

Demgegenüber würden Alternativmodelle wie das Landkreis- oder GWR-Modell zielgenauer auf die nicht strukturell bedingte Disruption der regionalen Deckungsbeiträge reagieren. Denn einerseits orientieren sie sich ausschließlich direkt an der regional vorliegenden Deckungssituation und andererseits verzichten diese Modelle auf die dem nun implementierten Modell inhärente Clusterung von regionalen Gebietskörperschaften, sodass spezifische geographische Deckungssituationen nur nach geographischen Kriterien aufgegriffen und ausgeglichen werden.

These 7

Ein Landkreis- oder GWR-Modell ist in der Lage, geographisch auftretende Deckungsbeitragsverzerrungen unabhängig von ihrer konkreten Ursache auszugleichen. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden regional uneinheitlichen Inanspruchnahmeveränderungen würden beide Modelle die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede besser korrigieren.

Risikopool

Über den Risikopool findet im Ausgleichsjahr 2021 ein teilweiser Ist-Kostenausgleich von 80 Prozent der versichertenindividuellen Ausgaben oberhalb eines Schwellenwerts von 100.000 EUR statt. Da aktuell noch nichts über die Kostenstruktur des Ausgleichsjahres 2021 bekannt ist, können über die Auswirkungen der Coronapandemie auf den Risikopool keine Thesen formuliert werden.

Literaturverzeichnis

- BKK-Dachverband. (2020). Sonderauswertung Coronavirus-Pandemie: Berichtsmonat Juni 2020. Verfügbar unter: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/BKKDV_KSTE_SARS-CoV-2-Juni_2020_final.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Anlage 1 zur Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit - Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung im 1. Halbjahr 2020. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/200819_PM_Anlage_Finanzergebnisse_Q2_2020.pdf
- Bundeszahnärztekammer. (2020). Repräsentative Erhebung analysiert die Auswirkungen der Coronakrise in Zahnarztpraxen. Verfügbar unter: <https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/repraesentative-erhebung-analysiert-die-auswirkungen-der-coronakrise-in-zahnarztpraxen.html>
- DAK-Gesundheit. (2020). Kurzstudie zum Krankenstand Erstes Halbjahr 2020. Verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/kurzstudie-2297466.pdf>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. (2020). Pressemitteilung - PKV muss auch Krankenhäusern helfen. Verfügbar unter: https://www.kvwl.de/presse/pm/2020/pdf/2020_09_07.pdf
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. P. M. M. et al. (2018). Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.
- GKVGamsi. (2020). GKV-Arzneimittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 SGB V - Januar bis Juni 2020. Verfügbar unter: https://www.gkv-gamsi.de/media/dokumente/quartersberichte/2020/q2_22/Bundesbericht_GAmSi_202006_ko nsolidiert.pdf
- Interessengemeinschaft Hilfsmittelversorgung. (2020). Anforderungen zur Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung | Während und nach COVID-19. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj5ponZ1f_rAhXijKQKHAF9sQFjABegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ot-nord.de%2FPDFDownload.cfm%3Fdid%3D2834178&usq=AOvVaw30PzcHeHf9j_yD_LtmVgRN
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. (2020). Medizinischen Shutdown beenden – Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung in Bayern zügig wieder in Gang bringen! Verfügbar unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Statements/KVB-Statement-200525-Erweitertes-Positionspapier-Corona-Praxisbesuche.pdf>
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. (2020). Ärzte und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe: Auch während Corona-Pandemie starke ambulante Versorgung. Verfügbar unter: https://www.kvwl.de/presse/pm/2020/pdf/2020_09_07.pdf
- zur Nieden, F., Sommer, B. & Lüken, S. (2020). Sonderauswertung der Sterbefallzahlen 2020 - Daten zur Einordnung einer zeitweisen Übersterblichkeit im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. *Wirtschaft und Statistik*, (4), 38–50.
- Statistisches Bundesamt. (2020). Sonderauswertung Sterbefälle 2020. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html?nn=209016>