

Der perfekte Ausgleich?

Warum der Morbi-RSA nie fertig ist

DAV/DGVFM
Jahrestagung
2026



Ordnungspolitischer Rahmen

Solidarische Wettbewerbsordnung und Gesundheitsfonds

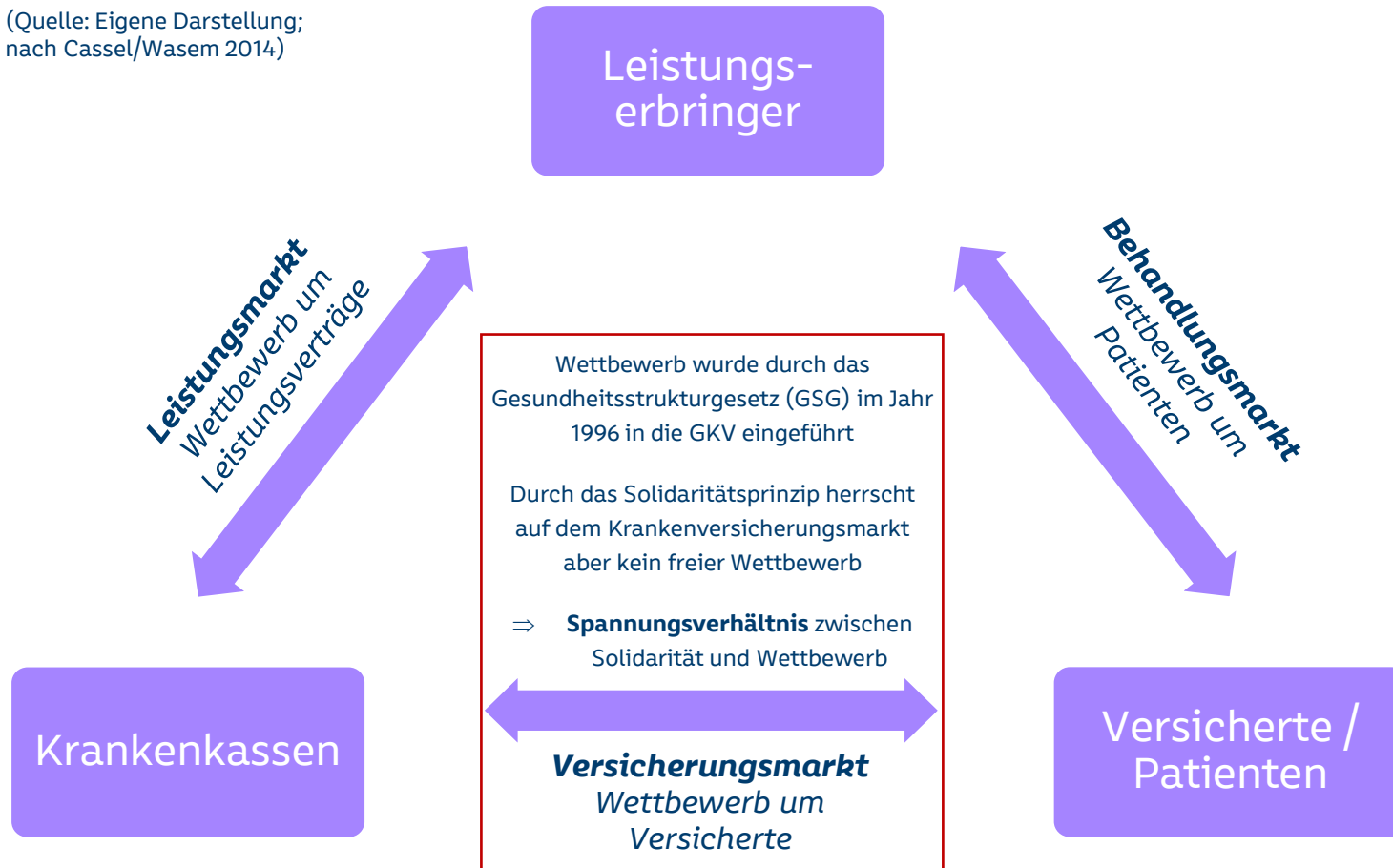
Wir sind auf deiner Seite.



Solidarische Wettbewerbsordnung in der GKV

Spannungsverhältnis zwischen Solidarität und Wettbewerb

(Quelle: Eigene Darstellung;
nach Cassel/Wasem 2014)



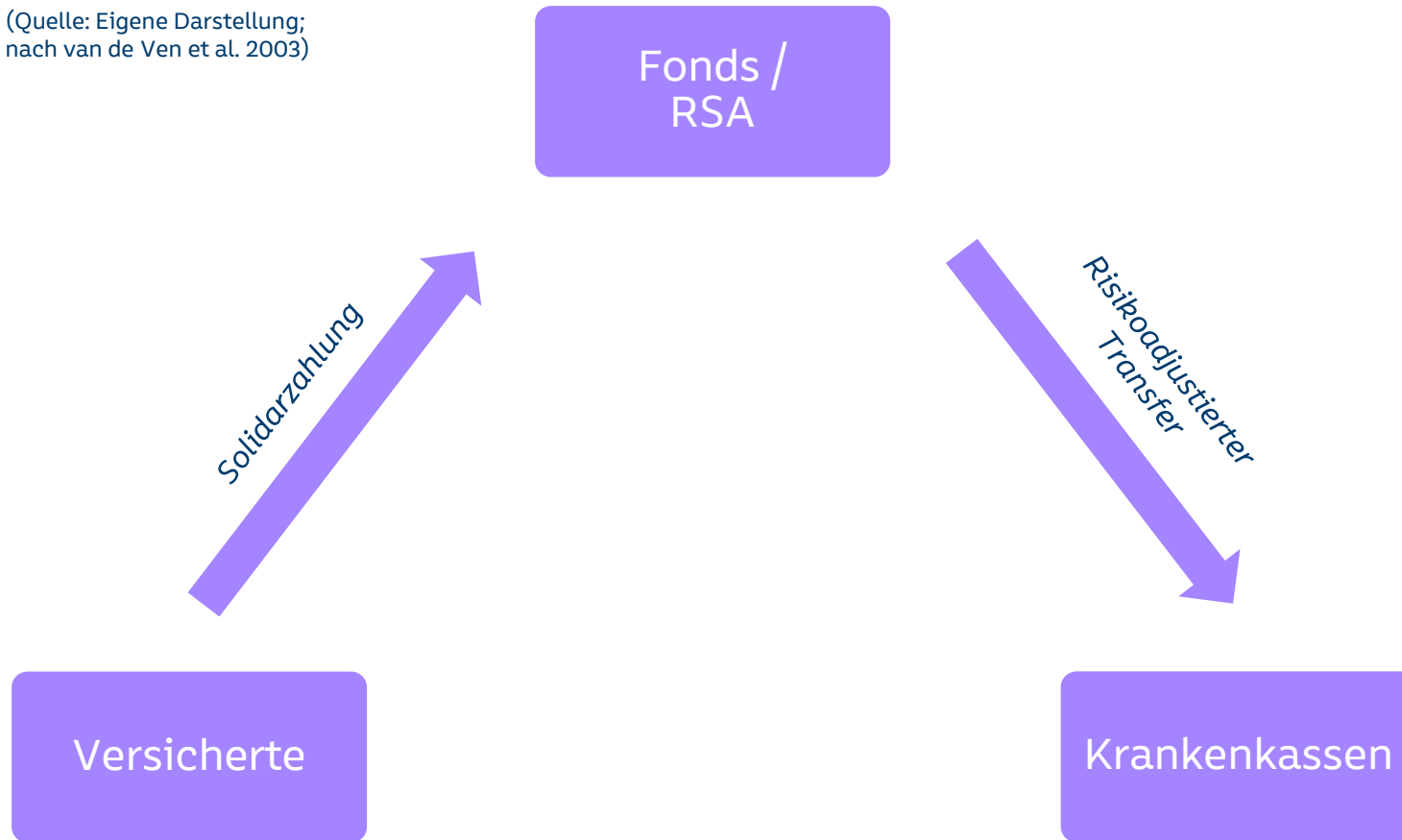
„Auch die **gleichzeitige Verfolgung von Solidarität und Wettbewerb** als Hauptziele des Risikostrukturausgleichs gibt zu verfassungsrechtlichen Bedenken keinen Anlass. (...) Gedacht war an **eine Wettbewerbsordnung auf der Basis des Solidarprinzips**. Der Wettbewerb sollte erst dort beginnen, wo das Solidarprinzip endet. Solidaritätswidriger Risikoselektions-wettbewerb (...) war nicht erwünscht.“

(BVerfG, Beschl. v. 18.072005, Az.: 2 BvF 2/01, Rn. 172)

Solidarische Wettbewerbsordnung in der GKV

Risikostrukturausgleich als Lösung des Spannungsverhältnisses

(Quelle: Eigene Darstellung;
nach van de Ven et al. 2003)

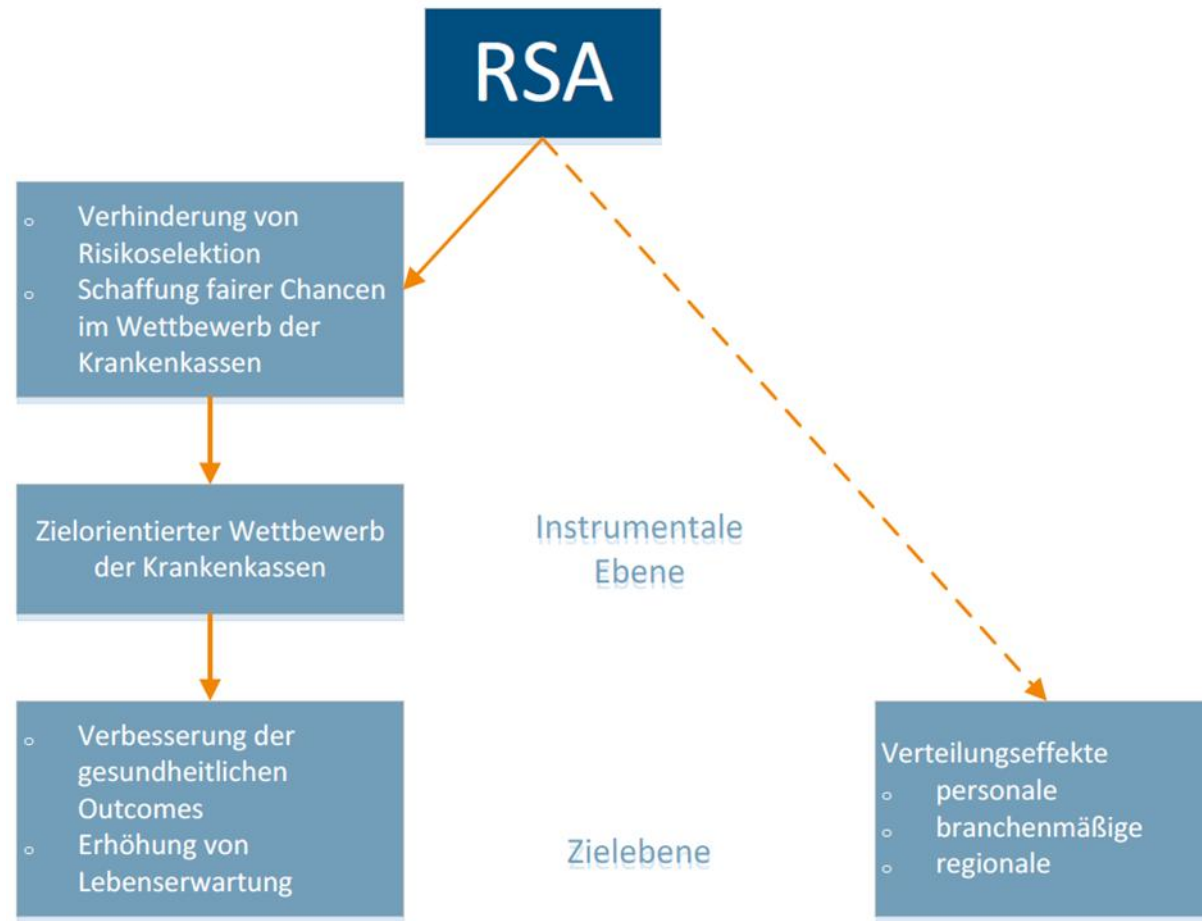


- Beiträge werden in einem zentralen Fonds gesammelt
- Fonds verteilt das Beitragsvolumen auf die einzelnen Kassen
- In Deutschland seit 2009 umgesetzt

Gesundheitspolitische Zielsetzung des Morbi-RSA

Verringerung von Risikoselektion und Wettbewerbsgerechtigkeit

- strategisches Verhalten von Krankenkassen, gute Risiken zu bevorzugen und schlechte Risiken zu benachteiligen.
- Risikoselektionsmaßnahmen führen zu einem Wohlfahrtsverlust und sind daher zu vermeiden.
- Verringerung der Selektionsanreize ist notwendige Voraussetzung für einen faireren Kassenwettbewerb.



(Quelle: Drösler et al. 2017)

Finanzierung der GKV in Deutschland

Bedeutung des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds als eine Art „Geldsammelstelle“ sammelt Gelder, die für die Finanzierung der einzelnen Krankenkassen genutzt werden.

Einführung zum 1. Januar 2009

im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Verwaltung beim Bundesamt für Soziale Sicherung

Gesundheitsfonds



Prognostizierte Einnahmen in 2026: 312,3 Mrd. Euro

Geschätzte Ausgaben in 2026: 369,1 Mrd. Euro.

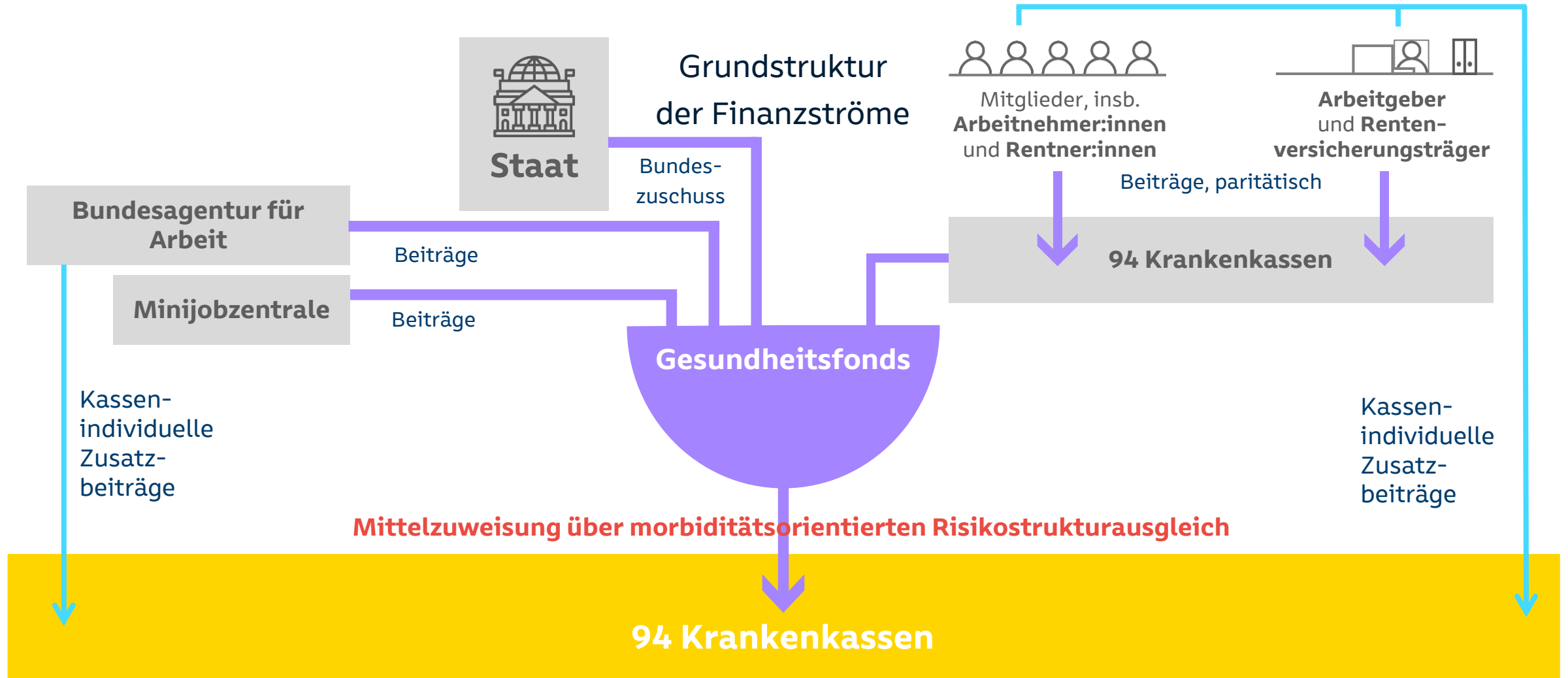
→ Unterdeckung!

94 Krankenkassen



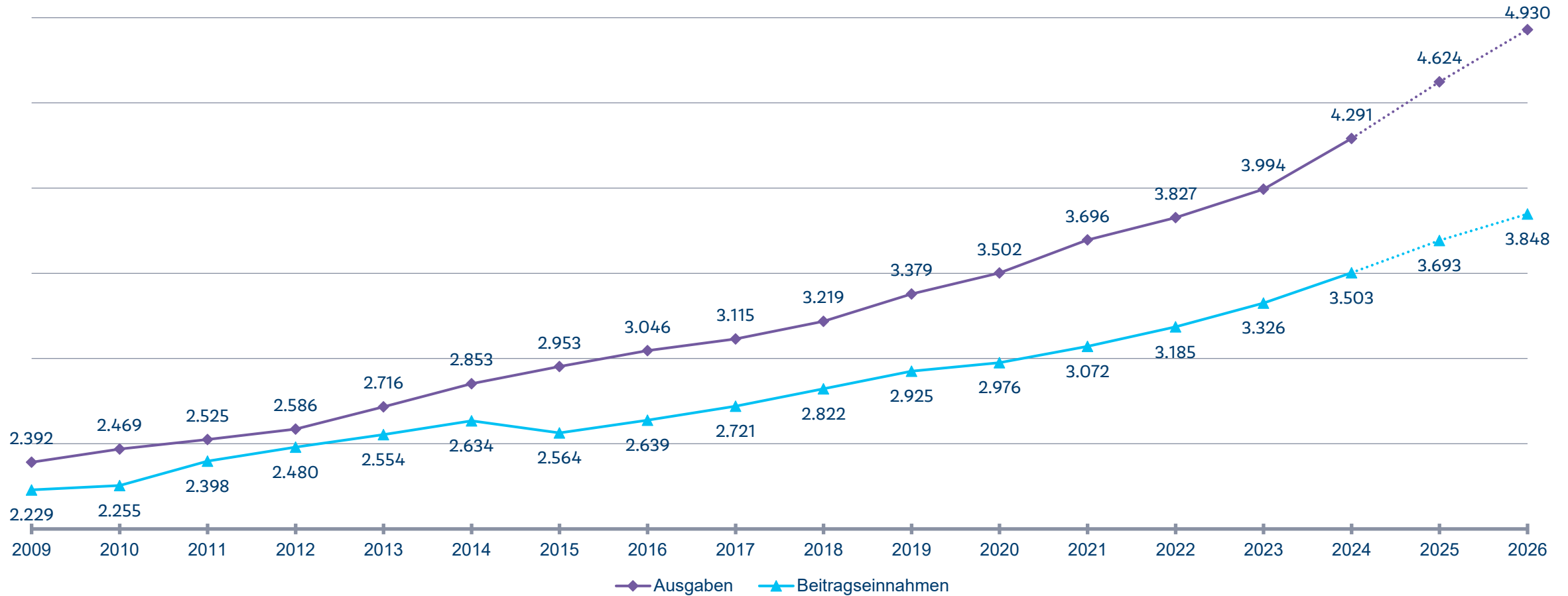
Finanzierung der GKV in Deutschland

Bedeutung des Gesundheitsfonds



Finanzierung der GKV in Deutschland

Strukturelle Unterdeckung vor Bundeszuschüssen



(Einnahmen und Ausgaben in Euro je Versichertenjahr; 2025 und 2026 Prognose | Quelle: Eigene Darstellung, Zahlen nach BMG/BAS)

Finanzierung der GKV in Deutschland

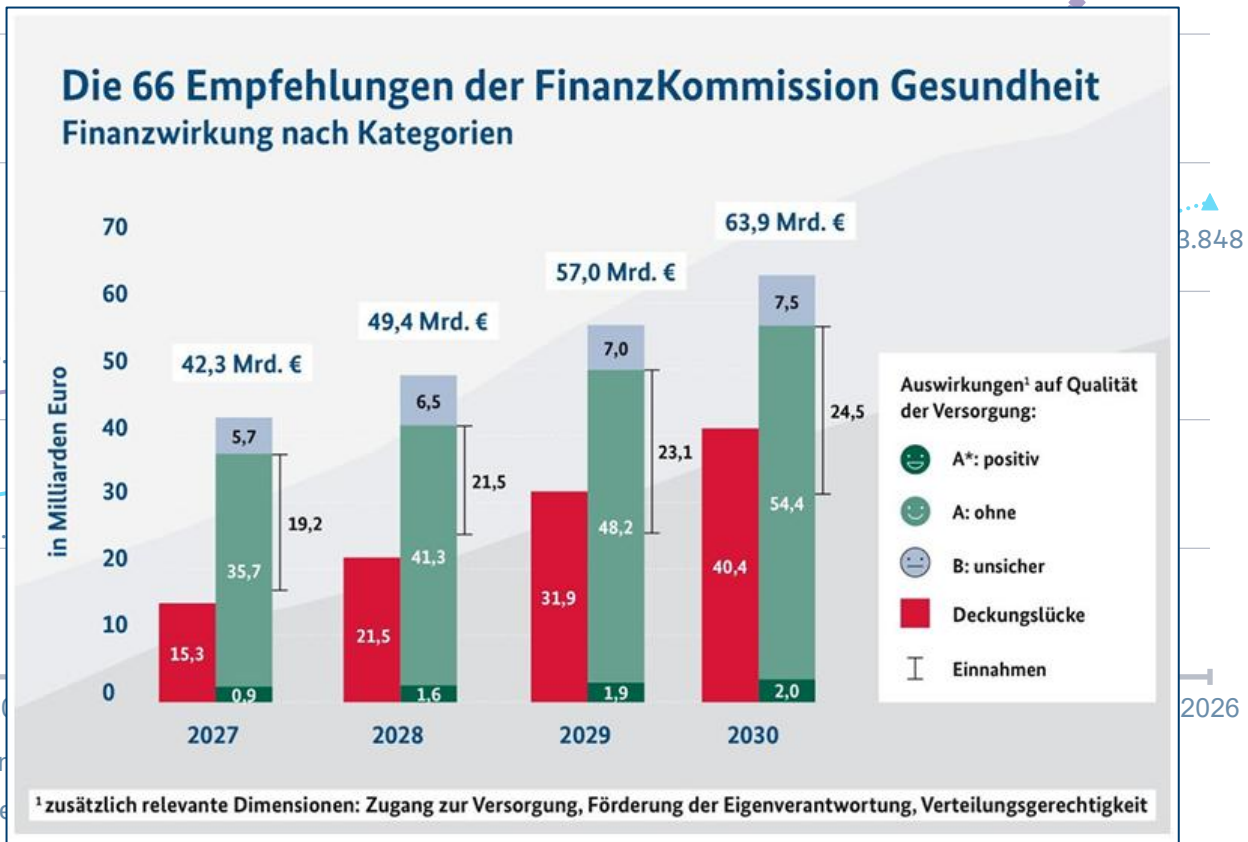
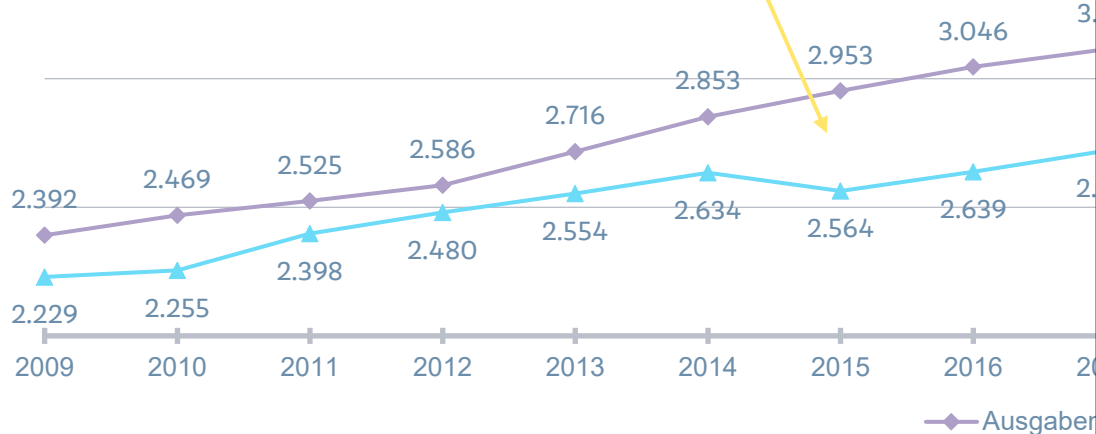
Strukturelle Unterdeckung vor Bundeszuschüssen



**FinanzKommission
Gesundheit**

**Erster Bericht
der FinanzKommission Gesundheit**

Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes
zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027



(Einnahmen und Ausgaben in Euro je Versichertenjahr; 2025 und 2026 Prognose | Quelle: ...)

Finanzierung der GKV in Deutschland

Strukturelle Unterdeckung vor Bundeszuschüssen

Bearbeitungsstand: 16.04.2026 14:53

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

A. Problem und Ziel

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor enormen finanziellen Herausforderungen. Seit Ende 2023 hat sich die finanzielle Lage der GKV erheblich verschlechtert. Im Jahr 2024 wiesen die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds ein Defizit von insgesamt knapp 10 Milliarden Euro aus. Trotz hohen Beitragssatzsteigerungen zu Beginn des Jahres 2025 liegen die Rücklagen der Krankenkassen weiterhin unterhalb der gesetzlichen Mindestreserve. Nur mithilfe eines Bundesdarlehens konnte ein Absinken der Liquidität des Gesundheitsfonds unter die gesetzliche Mindestreserve vermieden werden.



Finanzwirkung Entwurf

	2027	2030
Krankenhäuser	-5,1 Mrd. €	-12,8 Mrd. €
Arzneimittel	-1,9 Mrd. €	-6,4 Mrd. €
Vertragsärztliche Versorgung	-2,7 Mrd. €	-5,0 Mrd. €
weitere Leistungserbringer	-2,1 Mrd. €	-6,7 Mrd. €
Zuzahlungen	-1,9 Mrd. €	-2,2 Mrd. €
Leistungsanpassung	-1,9 Mrd. €	-2,2 Mrd. €
Anpassung Familienversicherung (ab 2028)	0 Mrd. €	-2,2 Mrd. €
Höhere Einkommen	-1,2 Mrd. €	-1,3 Mrd. €
Arbeitgeber	-2,8 Mrd. €	-3,0 Mrd. €
Bund (Verschiebung Rückzahlung Darlehen)	-	-1,0 Mrd. €
Gesamtwirkung Reformpaket	19,6 Mrd. €	42,8 Mrd. €
Prognostiziertes Defizit	15,3 Mrd. €	40,4 Mrd. €

(Einnahmen und Ausgaben in Euro je Versichertenjahr; 2025 und 2026 Prognose | Quelle: Eigene Darstellung, Zahlen nach BMG/BAS)

Morbi-RSA – Historie und Status Quo

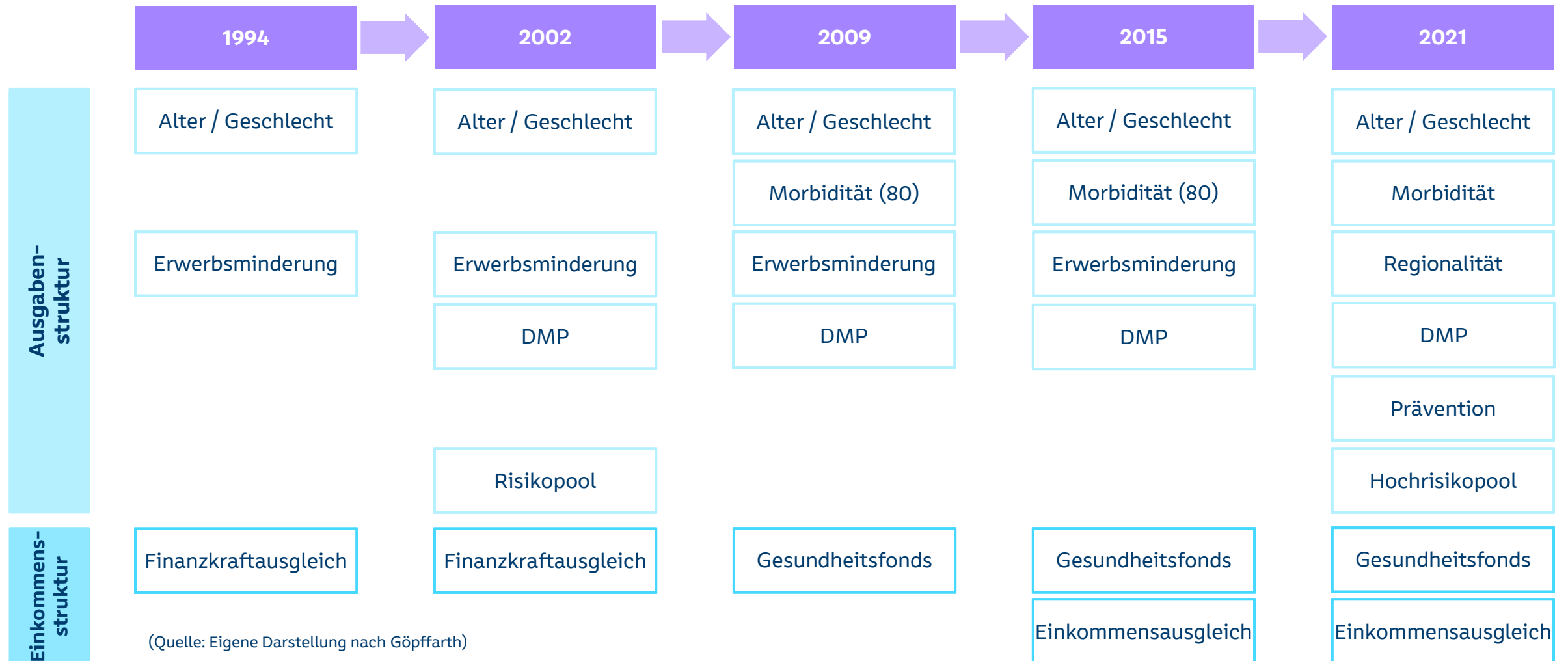
Vom GSG bis zum GKV-FKG

Wir sind auf deiner Seite.



Historischer Abriss

Weiterentwicklungen des RSA im Überblick



(Quelle: Eigene Darstellung nach Göppfarth)

Historischer Abriss

Zentrale Reformbestandteile des GKV-FKG



Einführung eines Vollmodells

Ausweitung des Morbiditätsspektrums auf alle Erkrankungen
Erhöhung der Zielgenauigkeit des Verfahrens



Manipulationsbremse

Stärkung der Manipulationsresistenz
Geringere Anreize zur Implementierung langfristiger Vertragsstrategien mit dem Ziel der Mehrkodierung



Vorsorgepauschale

Stärkung der Präventionsanreize trotz direkter Morbiditätsorientierung



Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten

Erhöhung der Zielgenauigkeit



Regionalkomponente

Verringerung der regionalen Risikoselektionsanreize
Stärkung der regionalen Zielgenauigkeit



Risikopool

Abmilderung von hohen Fehldeckungen bei Akut-Erkrankungen
Ausgleich von außergewöhnlichen Versicherungsrisiken



Abschaffung der Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner

Gleichbehandlung aller Versichertengruppen



Erweiterung Prüfkompetenzen

Prüfkonzept mit Umkehr der Beweislast mit rückwirkender Anwendung ab Jahr 2013

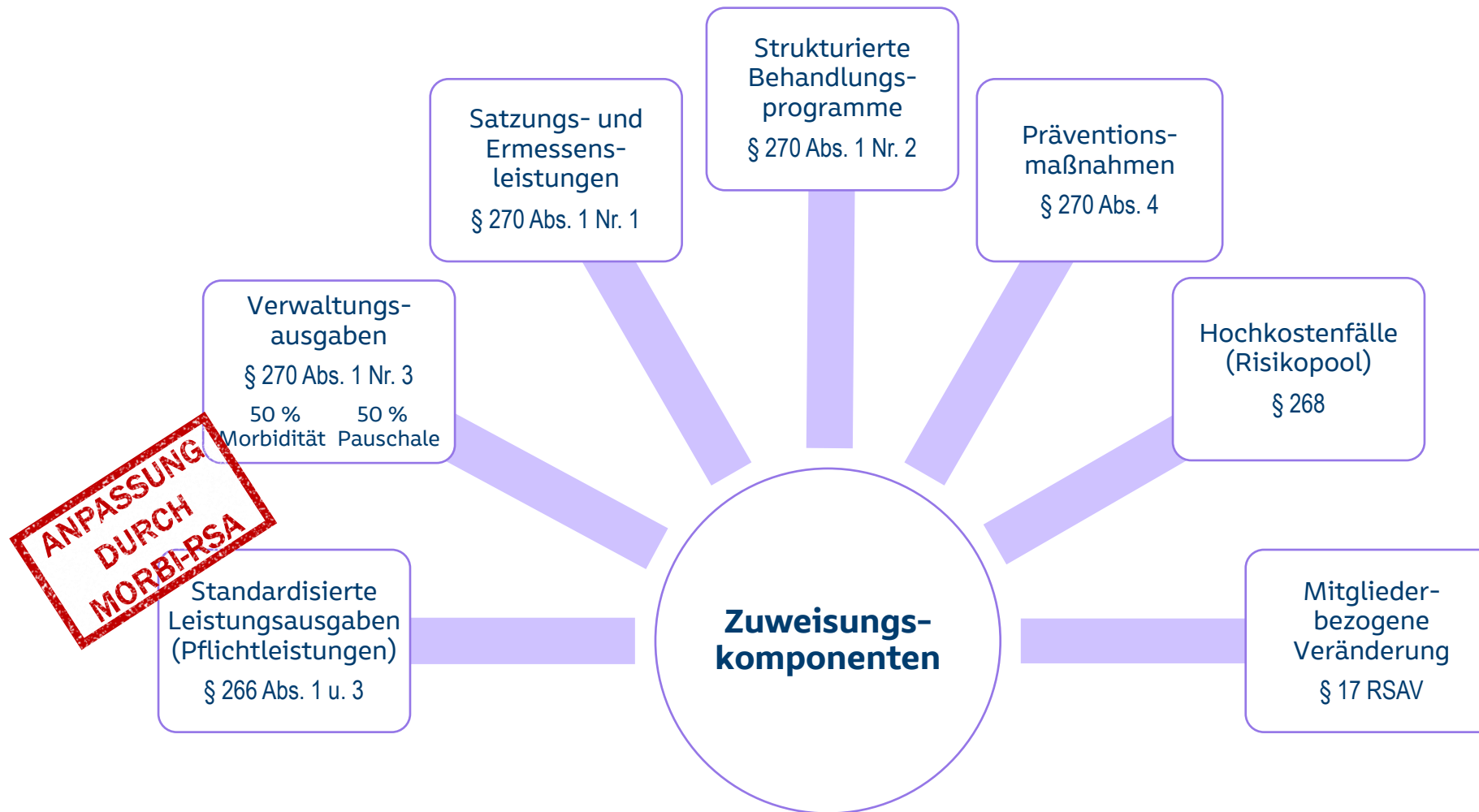


Vertragstransparenzstelle

Vertragstransparenzstelle für Selektivverträge der Krankenkassen

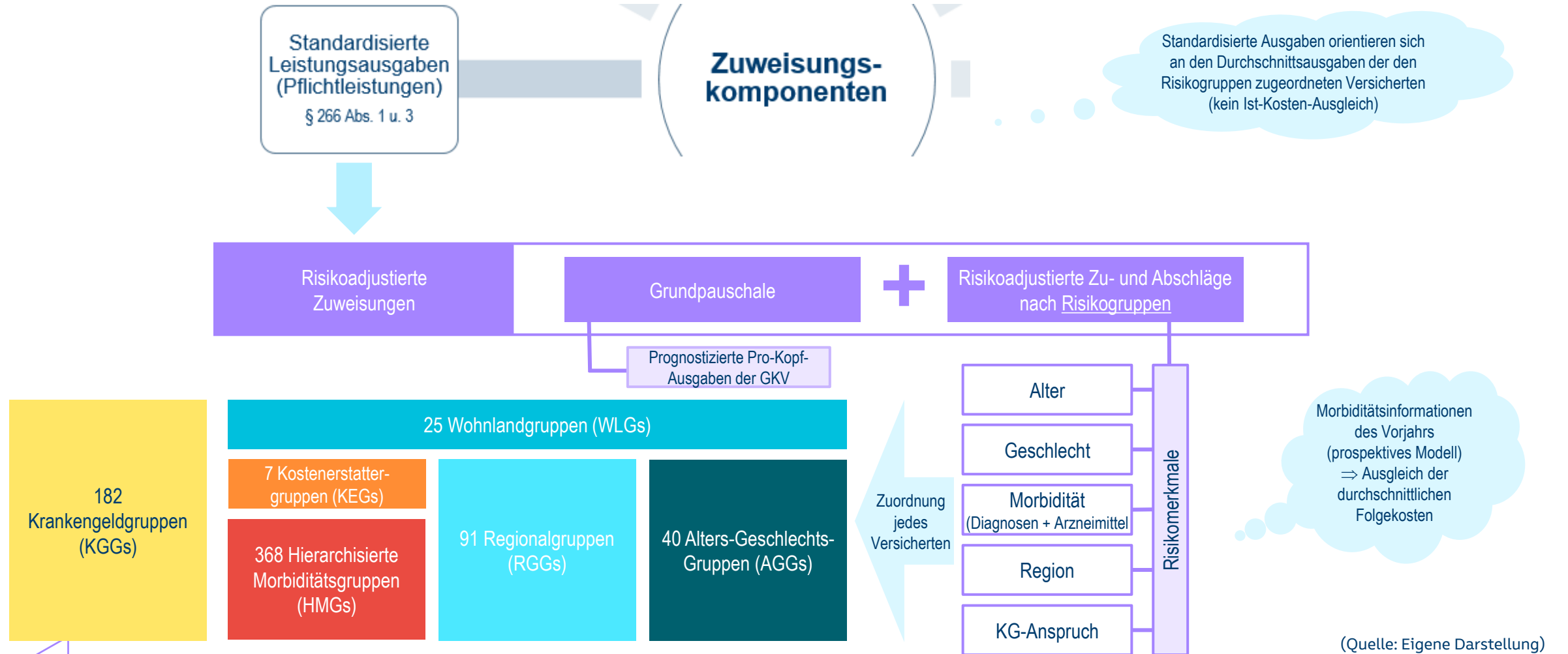
Versichertenklassifikationsmodell

Zuweisungsarten



Versichertenklassifikationsmodell

Anpassung der Zuweisung anhand von Risikomerkmale



(Quelle: Eigene Darstellung)

Versichertenklassifikationsmodell

Ermittlung der Risikozuschläge

1. Berechnung der Grundpauschale
 - Entspricht den prognostizierten Pro-Kopf-Ausgaben der GKV
 - Gilt unverändert für ein ganzes Ausgleichjahr
2. Berechnung der Risikozuschläge durch eine Regression
 - Risikogruppen AGGs, RGGs, HMGs und KEGs sind die unabhängigen Variablen
 - Leistungsausgaben ohne Krankengeld ist die zu erklärende Variable

⇒ Ergebnis: Regressionskoeffizienten

= durchschnittlich zu erwartende Mehr- bzw. Folgekosten pro Tag für einen Versicherten mit dem entsprechenden Risikomerkmale
3. Umrechnung der Regressionskoeffizienten in Zu- und Abschläge zur Grundpauschale
4. Berechnung der Zuschläge für WLGs und KGGs auf Basis von Durchschnittswerten (Zellenansatz)

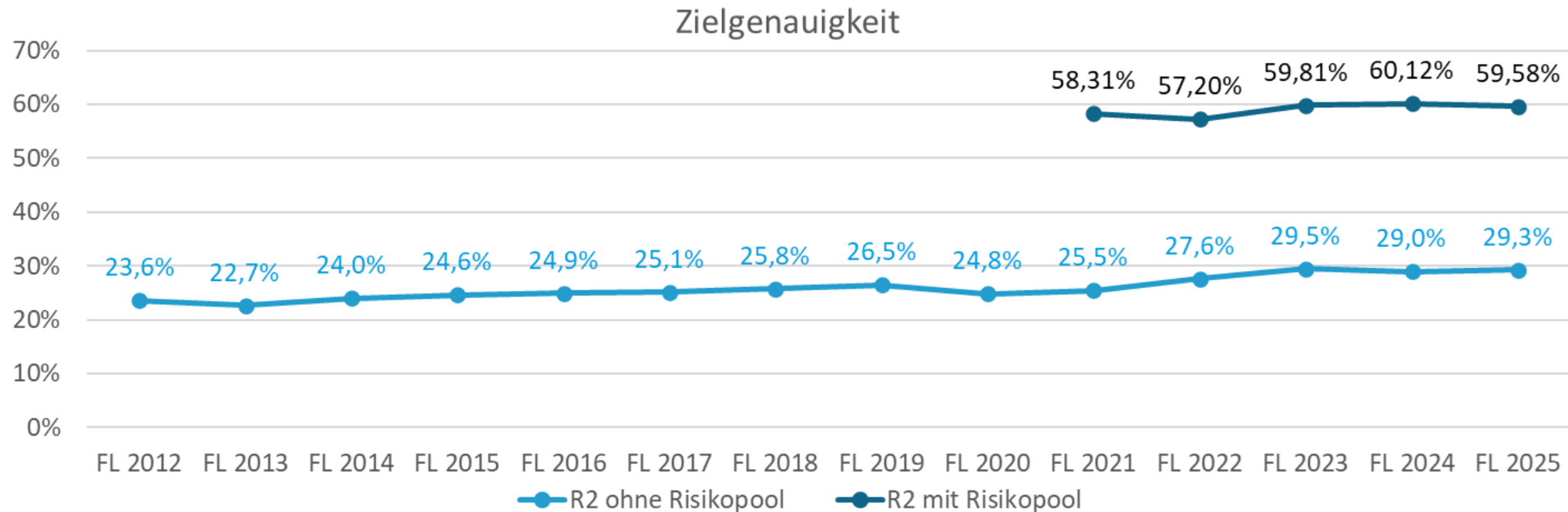
Morbi-RSA – Quo vadis?

Weiterentwicklungsoptionen aus praktischer
und wissenschaftlicher Perspektive

Bewertungskriterien der Modellperformance

Statistische Gütemaße

- Die Zielgenauigkeit des Ausgleichssystems ist die zentrale Kennzahl zur Einschätzung der Verminderung von Risikoselektionsanreizen.
- Durch die Einführung des Risikopools in 2021 ist die Zielgenauigkeit stark gestiegen, gleichzeitig haben sich die Wirtschaftlichkeitsanreize verringert.



Bewertungskriterien der Modellperformance

Deckungsbeiträge auf Gruppenebene

- Für die Bewertung auf Gruppenebene wird oft die „AG/HMG-Matrix“ herangezogen.
- Stellt die Fehlzuweisung in Abhängigkeit der HMG-Zuordnungen und des Alters dar.
- „Gesunde“ Versicherte sind überdeckt
- Versicherte mit HMGs sind im Durchschnitt unterdeckt
- Alte, multimorbide Versicherte weisen wieder Überdeckungen auf.

Anzahl HMGs	Altersgruppen			Gesamt
	0–17 Jahre	18–64 Jahre	65+ Jahre	
0 HMGs	DQ: 115,8% VJ: 5.226.504 Anteil VJ: 7,0%	DQ: 124,6% VJ: 13.958.372 Anteil VJ: 18,7%	DQ: 119,1% VJ: 1.099.279 Anteil VJ: 1,5%	DQ: 121,3% VJ: 20.284.155 Anteil VJ: 27,2%
1–5 HMGs	DQ: 96,2% VJ: 6.908.668 Anteil VJ: 9,3%	DQ: 97,9% VJ: 25.575.100 Anteil VJ: 34,3%	DQ: 99,3% VJ: 6.317.682 Anteil VJ: 8,5%	DQ: 98,0% VJ: 38.801.450 Anteil VJ: 52,1%
6–10 HMGs	DQ: 80,6% VJ: 173.945 Anteil VJ: 0,2%	DQ: 96,2% VJ: 5.391.388 Anteil VJ: 7,2%	DQ: 98,7% VJ: 6.456.196 Anteil VJ: 8,7%	DQ: 97,4% VJ: 12.021.529 Anteil VJ: 16,1%
11–15 HMGs	DQ: 72,4% VJ: 5.251 Anteil VJ: 0,0%	DQ: 96,6% VJ: 685.702 Anteil VJ: 0,9%	DQ: 100,9% VJ: 2.231.883 Anteil VJ: 3,0%	DQ: 99,7% VJ: 2.922.836 Anteil VJ: 3,9%
16+ HMGs	DQ: 73,8% VJ: 234 Anteil VJ: 0,0%	DQ: 96,6% VJ: 59.630 Anteil VJ: 0,1%	DQ: 102,6% VJ: 376.198 Anteil VJ: 0,5%	DQ: 101,6% VJ: 436.063 Anteil VJ: 0,6%
Gesamt	DQ: 100,0% VJ: 12.314.602 Anteil VJ: 16,5%	DQ: 100,0% VJ: 45.670.193 Anteil VJ: 61,3%	DQ: 100,0% VJ: 16.481.238 Anteil VJ: 22,1%	DQ: 100,0% VJ: 74.466.033 Anteil VJ: 100,0%

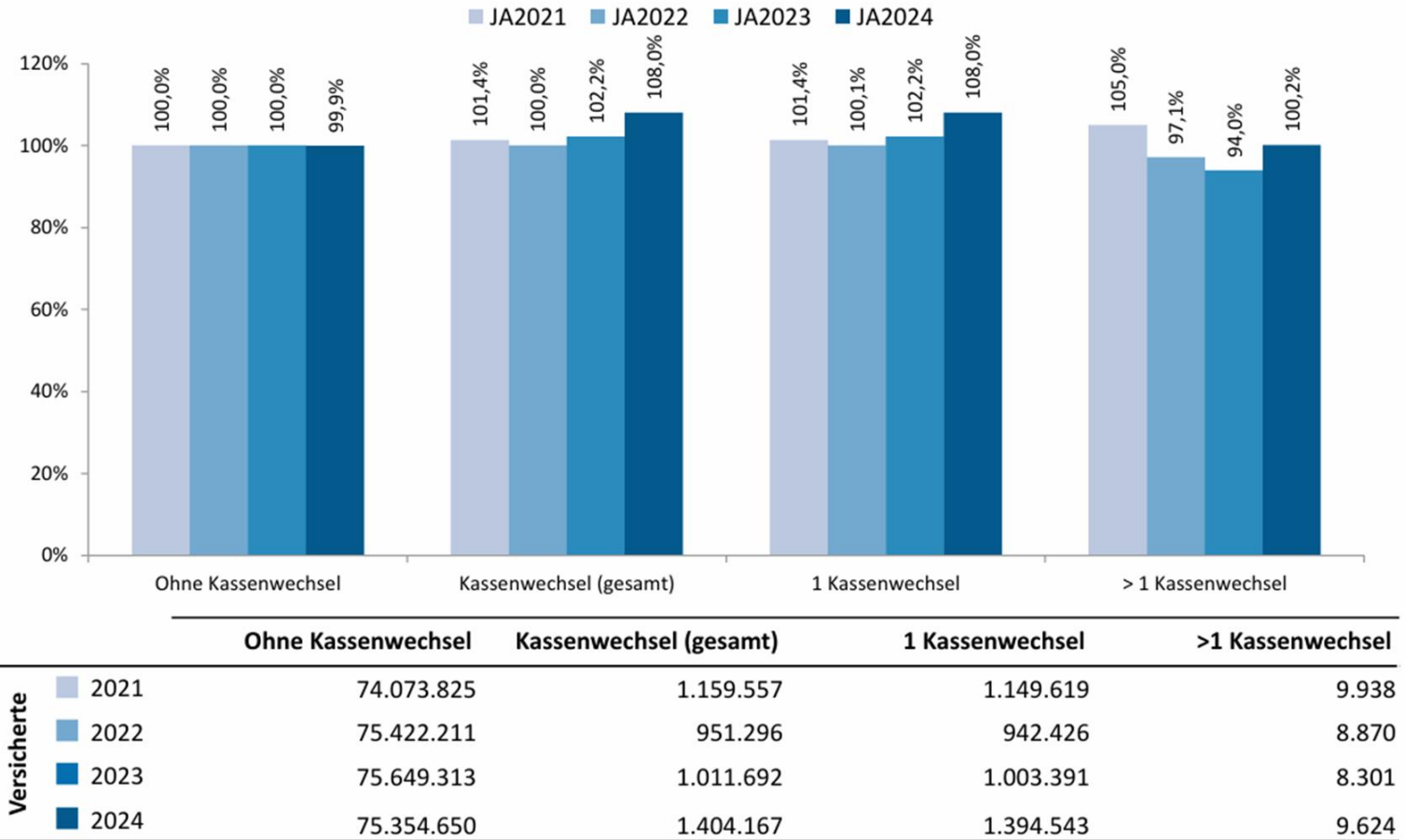
Basiert auf allen einem Versicherten zugeordneten HMGs - unabhängig von der Zuschlagshöhe. Ohne Versicherte mit Zuordnung zu einer KEG.

(Quelle: BAS 2026)

Bewertungskriterien der Modellperformance

Deckungsbeiträge auf Gruppenebene

- Versicherte mit Kassenwechsel (innerhalb der GKV) sind stark überdeckt.
- Aktuell aufgrund der relativ hohen Wechselbewegungen von besonderer Bedeutung.

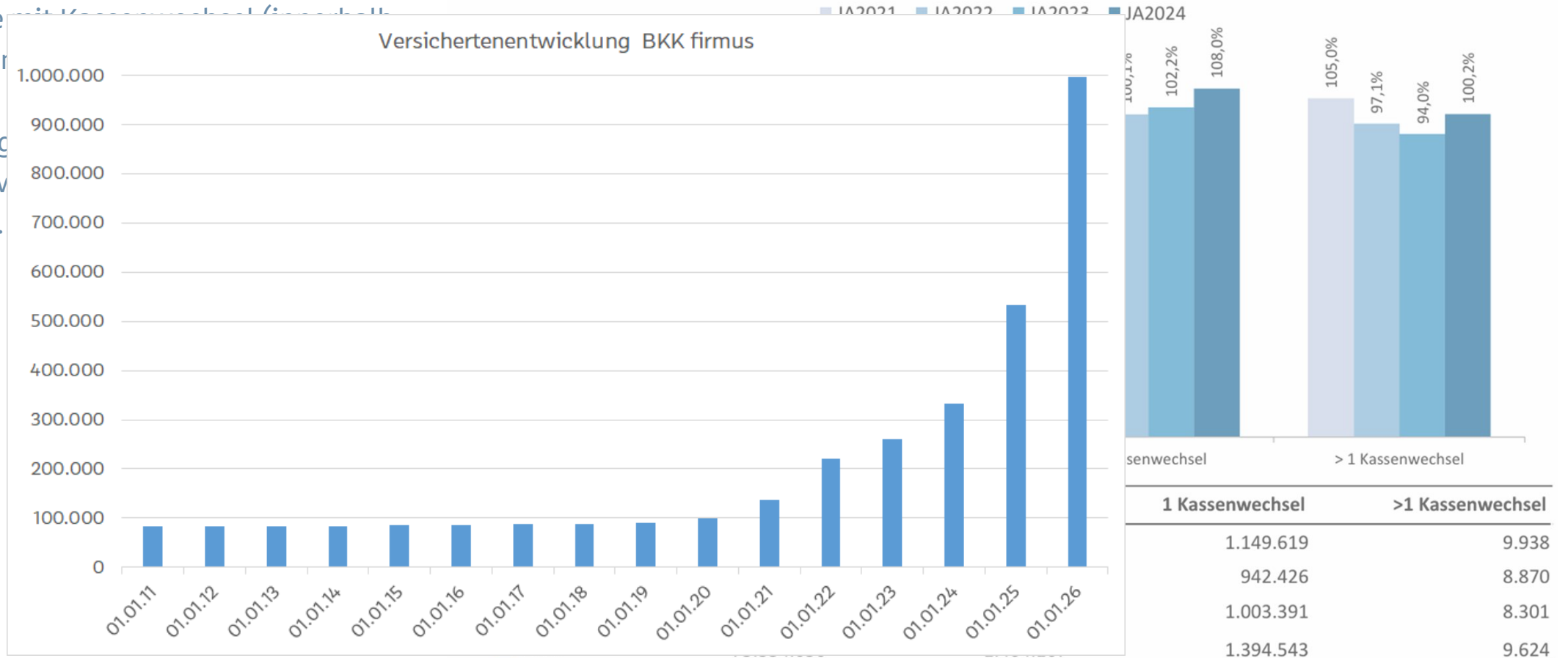


(Quelle: BAS 2026)

Bewertungskriterien der Modellperformance

Deckungsbeiträge auf Gruppenebene

- Versicherte (der GKV) sind
- Aktuell auf Wechselbev
- Bedeutung.



(Quelle: BAS 2026)

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Jährliche Aktualisierung des Klassifikationsmodells

- Das Klassifikationsmodell wird jährlich vom Bundesamt für Soziale Sicherung weiterentwickelt.
- Hier steht die „Optimierung“ des bestehenden Modells im Vordergrund.
Bspw.:
 - Zuordnungen von Arzneimitteln zu DxGs
 - Zusammenlegung / Trennung von HMGs
 - Überarbeitung der Hierarchiebeziehungen
- Fundamentale Änderungen des RSA-Modell bedürfen Änderungen im SGB V / RSAV.

Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2026

Bonn, den 30.09.2025

0 Vorbemerkung

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat gemäß § 8 Absatz 4 Satz 1 Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)) die Risikogruppen, den Algorithmus für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen, die regionalen Merkmale nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge für das Ausgleichsjahr 2026 nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen festzulegen.

Die in den Anlagen 1 bis 5 enthaltenen Zuordnungslisten sind Bestandteil dieser Festlegung.

Nach Abschluss des Verfahrens zur Anhörung des GKV-Spitzenverbandes trifft das Bundesamt für Soziale Sicherung die Festlegungen wie folgt.

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Regelmäßige Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat

Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats:

- berät das BAS beim Verfahren der laufenden Pflege und zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells
- überprüft regelmäßig, mindestens alle vier Jahre, in einem Gutachten die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs. Hierbei sind insbesondere die Wirkungen auf den Wettbewerb der Krankenkassen und seine Manipulationsresistenz zu untersuchen

Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021

Erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Prof. Dr. Saskia Drösler

Hochschule Niederrhein, Krefeld

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld

Prof. Dr. Stephanie Läer

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Robert Nuscheler

Universität Augsburg

Prof. Dr. Leonie Sundmacher

Technische Universität München

Prof. Dr. Volker Ulrich

Universität Bayreuth

Prof. Dr. Amelie Wuppermann

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Regelmäßige Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat

Die zentralen Ergebnisse:

- kontinuierliche Anpassung der Versichertenklassifikation wirkt positiv auf die Entwicklung der Zielgenauigkeit
 - Komponenten der RSA-Reform des GKV-FKG werden überwiegend positiv bewertet (siehe auch Regionalgutachten 2024)
 - Ausnahmen:
 - Streichung der Erwerbsminderungsgruppen
 - Verfahren des HMG-Ausschlusses
 - Vorsorgepauschale.
- ⇒ Empfehlungen
- Wiederaufnahme der Erwerbsminderungsgruppen
 - Keine weitere Verwendung des HMG-Ausschlusses und der Vorsorgepauschale im RSA-Verfahren
 - Förderung der Entbürokratisierung

Tabelle 4.2.6: Deckungsbeiträge und Deckungsquoten weiterer Versichertengruppen im Referenzmodell

Versichertengruppe	Ausprägung	Anteil VJ	DB je VJ Referenzmodell	DQ Referenzmodell	DQ JA 2015*
Weitere Versichertengruppen auf Basis der Stammdaten					
DMP-Einschreibung im Vorjahr (BJ 2020)	nein	90,0 %	-11 €	99,6%	99,6 %
	ja	10,0 %	98 €	101,4%	101,5 %
DMP-Einschreibung im Ausgleichsjahr (BJ 2021)	nein	89,5 %	6 €	100,2%	99,9 %
	ja	10,5 %	-54 €	99,3%	100,4 %
Erwerbsminderungsrente im Ausgleichsjahr (BJ 2021)	nein	97,4 %	40 €	101,3%	100,4 %
	ja	2,6 %	-1.501 €	85,9%	95,2 %
Weitere Versichertengruppen auf Basis der Stammdaten - Krankenkassenwechsler					
Krankenkassenwechsel im Vorjahr (BJ 2020)	nein	98,8 %	1 €	100,0%	100,1 %
	ja	1,2 %	-51 €	97,5%	94,7 %
Krankenkassenwechsel im Ausgleichsjahr (BJ 2021)	nein	98,5 %	-1 €	100,0%	100,0 %
	ja	1,5 %	33 €	101,8%	98,8 %
Weitere Versichertengruppen auf Basis der gemeldeten Diagnosen					
Krankenhausaufenthalte im Ausgleichsjahr (BJ 2021)	0	85,9 %	1.159 €	177,9%	187,7 %
	1 - 2	12,3 %	-4.804 €	53,4%	47,7 %
	3 und mehr	1,7 %	-23.557 €	35,0%	
Weitere Versichertengruppen auf Basis der gemeldeten Diagnosen					
Zuordnung zu ehemaligen RSA-Krankheiten (Krankheitsauswahl AJ 2020, Morbiditätsdaten BJ 2020)**	keine Krankheit	29,4 %	174 €	118,1%	129,8 %
	nur RSA-Krankheit(en)	2,7 %	-312 €	91,8%	101,7 %
	nur nicht-RSA-Krankheit(en)	26,6 %	-18 €	98,8%	91,4 %
	RSA- und nicht-RSA-Krankheit(en)	41,2%	-93 €	98,4%	97,9 %

Quelle: Auswertung BAS; *Zuordnung der Versicherten und Berechnung der Deckungsquoten im JA 2015 auf Grundlage der Berichtsjahre 2014 / 2015; **Zuordnung der Versicherten zur Berechnung der Deckungsquoten im JA 2015 auf Grundlage der Krankheitsauswahl für das AJ 2015.

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Aktuelle Themen aus Praxis und Wissenschaft



Differenzierung Hausarzt-/Facharztbehandlung

Split der HMGs in Abhängigkeit der Behandlung zur Abbildung unterschiedlicher Behandlungskosten



Pharmacy cost groups (PCG-Modell)

Arzneimittelverordnungen statt Diagnosen als zentraler Morbiditätsaufgriff



Vulnerable Gruppen (sozioökonomische Merkmale)

Vor allem EMR, Pflegebedürftigkeit und Härtefälle als Risikovariablen

Differentiation of morbidity measurement i adjustment depending on general practitio

Christian Keutel¹ · Florian Renker² · Marco Papatri

Abstract

Morbidity-based risk adjustment schemes are of cer selection and to ensure fair competition in health ii including in Germany. However, systematic under- an persists. This study is based on the hypothesis tha undercompensated, whereas those treated by general i routine data from a nationwide sickness fund, we sho extends the classification model of the German risk a depending on general practitioner/specialist treatment. morbidity groups, that the introduction of such a split el model performance at the individual level. However, ar vary depending on the type of morbidity group includ general practitioner/specialist differentiation can entn selection incentives but raises questions regarding a policy feasibility.

Keywords

classification model, health insurance, risk adjustment

JEL Classification

I13, I18, G22

The European Journal of Health Economics (2025) 27:135–147
https://doi.org/10.1007/s10198-025-01809-z

ORIGINAL PAPER

Pharmacy cost groups for the German morbidity-b compensation scheme

Christian J. A. Schindler¹ · Benjamin Berndt¹ · Dennis Häckl^{1,2}

Received: 22 November 2024 / Accepted: 18 June 2025 / Published online: 8 July 2025
© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Natur

Abstract

Introduction To ensure fair competition and prevent risk selection by sickness fund adjustment scheme, primarily using diagnostic data to record insured persons' morbidity and quality of diagnostic coding have sparked discussions. This study propose model based on pharmaceutical data, assessing its potential as an extension or an a

Methods We adapted an existing pharmacy-based model to German conditions create comparability to the status quo, we constructed a representative sample (SHI), using claims data of about 4.5 million insured persons. We evaluated the ences of the weighted means of the relevant covariates. For a quantitative assess of determination (R^2), Cumming's Predictive Measure (CPM), and the mean abs overcompensation within different risk groups were also analysed.

Results The sample closely matched SHI data (overall effect size after matching pharmacy cost groups (PCGs) showed comparable model quality, but worsene vulnerable to risk selection. Conversely, integrating PCGs into the status quo in **Conclusion** Introducing pharmacy-based models into the German risk compensa tial. Extending the current model with PCGs enhances statistical performance, in a viable approach to mitigate coding manipulation incentives.

Keywords Risk adjustment · Health insurance · Pharmacy cost groups · Regulat

Introduction

To ensure fair competition among sickness funds, a morbidity-based risk-adjustment scheme (referred to as the Morbi-RSA) was introduced in Germany in 2009 [1–3]. With the introduction of a full disease model in 2021 [4], patients' healthcare expenditures are predicted on the basis of 362 different diseases. Thus it regulates competition and aims to ensure that profitability depends solely on the sickness fund's efficiency in health care, not the risk structures of their clients [5]. A system

in which sickness premium from the ination of clients predict prospecti However, the Morbi-RSA desi effective prevent ability to manipu compensation fo action and defin noses can be adju resulting in a hig that client. Thus ceptible to manip manipulation tak derived from dia system with its n to manage, even

✉ Christian J. A. Schindler
christian.schindler@wig2.de

¹ WIG2 Scientific Institute for Health Economics and Health System Research, Leipzig, Germany

² Faculty of Economics and Management Science, Leipzig University, Health Economics and Management, Leipzig, Germany

✉ Florian Renker
Florian.Renker@SBK.org

¹ SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, Munich, Germany. ORCID

² SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, Munich, Germany. ORCID

³ SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, Munich, Germany.

⁴ University of Leipzig, Faculty of Economics and Management Sc

1

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft

Nr. 235

Oktober 2022

„Weiterentwicklung des RSA – Berücksichtigung sozio-ökonomischer Versichertenmerkmale“

Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes

Prof. Dr. Gerald Lux¹
Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH
EsFoMed GmbH

Prof. Dr. Jürgen Wasem
Prof. Dr. Florian Buchner
Theresa Hüer M.A.
Lehrstuhl für Medizinmanagement
der Universität Duisburg-Essen

¹ Professor an der FOM Hochschule für Oekonomie und Management



Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Aktuelle Themen aus Praxis und Wissenschaft



Manipulationsbremse

Abschaffung des HMG-Ausschlusses oder zumindest Verlagerung des Veto-Rechts weg vom GKV-SV



Regionalkomponente

Erhöhung der Stabilität / Planbarkeit der Zuweisungen und Umgang mit Angebotsvariablen



Zeitgleiches Modell

Zeitgleiche statt prospektive Verwendung der Morbiditätsdaten und Kostendaten

Gutachten zu den Wirkungen des Risikoausgleichs im korrigierten Jahresausgleich

Erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Auftrag des Bundesministers für Soziale Sicherung

Prof. Dr. Saskia Drösler

Hochschule Niederrhein, Krefeld

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld

Prof. Dr. Stephanie Läer

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Robert Nuscheler

Universität Augsburg

Prof. Dr. Leonie Sundmacher

Technische Universität München

Prof. Dr. Volker Ulrich

Universität Bayreuth

Prof. Dr. Amelie Wuppermann

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

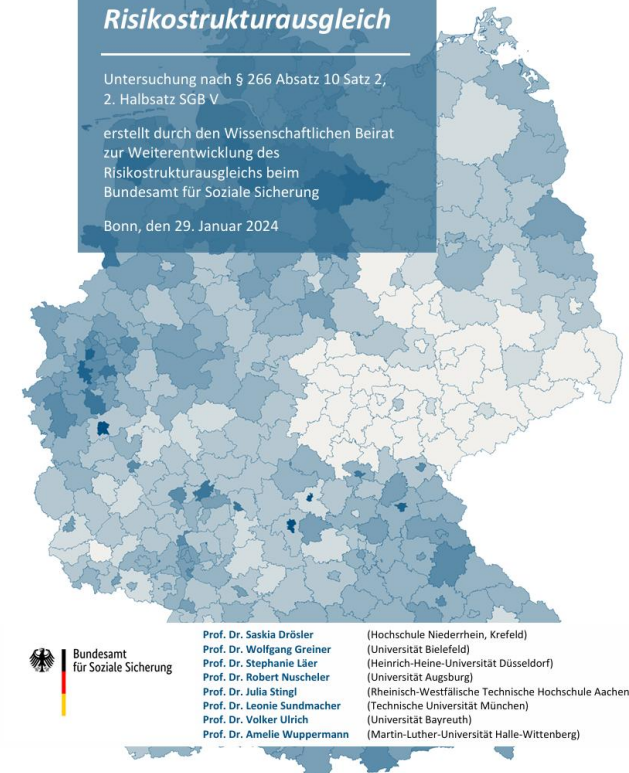
GUTACHTEN

zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich

Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V

erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung

Bonn, den 29. Januar 2024



Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Aktuelle Themen aus Praxis und Wissenschaft



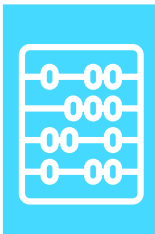
Nachhaltiger Risikostrukturausgleich

Zuweisungen werden auf Basis einer zehnjährigen Kostenprognose kalkuliert



Leistungsausgaben der Vorjahre

Berücksichtigung der Vorjahres-Leistungsausgaben als zusätzliche Risikovariablen im RSA-Modell



Constrained Regression

Indirekter (Teil-)Ausgleich von Versichertengruppen über eine Nebenbedingung der Regression



Untersuchung zur

Verwendung von Leistungsausgaben d

als zusätzliche Variablen im BAS-Klassif

Bonn, den 29. Januar 2024

Erstellt durch das Bundesamt für Soziale Sicherung

// Prof. Dr. Simon Reif (ZEW, FFAU Erlangen-Nürnberg), Pr

Reformvorschläge
einen nachhaltigen
Risikostrukturausgleich



The European Journal of Health Economics (2026) 27:319–337
https://doi.org/10.1007/s10198-025-01819-x

ORIGINAL PAPER



Exploration of using constrained regression in Germany's morbidity-based risk adjustment

Florian Renker¹ · Dennis Häcki² · Amelie Wuppermann³

Received: 5 December 2024 / Accepted: 7 July 2025 / Published online: 30 July 2025
© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2025

Abstract

Risk adjustment schemes are meant to compensate health plans adequately for their enrollees' expected health care costs so as to prevent incentives for risk selection in competitive health insurance systems with restrictions on risk-rating of premiums. However, important under-/overcompensation for specific groups of enrollees persists in many of the current risk adjustment schemes in place. While for some groups, a direct inclusion of the group in the risk adjustment scheme can solve this issue, others cannot be included in the scheme, e.g. because the status is not observed for every enrollee. Van Kleef et al. (Eur. J. Health Econ. 18, 1137–1156 (2017)) suggest constrained regression as a remedy. In this paper, we explore constrained regression in the context of the German morbidity-based risk adjustment scheme. We find that constrained regression is technically feasible in the German context and has the potential to improve upon the current base model in terms of overall under-/overcompensation and even individual model fit, particularly if the constraint is not set to fully eliminate under-/overcompensation in the respective group but to only partial elimination. Before implementation of constrained regression, a policy-discussion on which groups should be included in constructing an overall measure of under-/overcompensation is needed.

Keywords Constrained regression · Health insurance · Risk adjustment · Risk selection

JEL classification I11 · I13 · I18 · G22

Introduction

Many countries with regulated competition in health insurance markets, including Germany, the Netherlands and Switzerland, implement a risk adjustment scheme to reduce incentives for risk selection and maintain solidarity [2, 3]. Incentives for risk selection arise when health insurers cannot charge risk-equivalent premiums due to community rating, leading insurers to target healthier individuals and avoid those with higher health risks [4]. This behavior results in

welfare losses, as resources are diverted from patient care to strategies aimed at optimizing risk selection [5].

To mitigate these inefficiencies, risk adjustment or risk-sharing mechanisms are introduced, allowing payments to insurers to reflect the risk profile of their insured population [6]. The calculation of expected costs in most risk adjustment models includes risk adjusters such as age, gender, region, and morbidity, typically using weighted least squares regression (WLS) [7, 8].

Since the 1990s, these schemes have evolved, incorporating more variables like health/morbidity and regional data in different ways [7]. However, under- and overcompensation of certain groups still occur, maintaining incentives for risk selection [1]. Studies from the Netherlands and Germany confirm that individuals with persistently low or high spending are often miscompensated [9, 10]. Traditional solutions involve adding new risk adjusters, but this can lead to inefficiencies, such as incentives against cost control, discrimination against other groups or difficulties in data availability [6, 11].

✉ Florian Renker
Florian.Renker@SBK.org

¹ SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, Munich, Germany

² Faculty of Economics and Management Science, University of Leipzig, Leipzig, Germany

³ Faculty of Law and Economics, University of Bayreuth, Bayreuth, Germany

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Aktuelle Themen aus Praxis und Wissenschaft



Nachhaltiger Risikostrukturausgleich

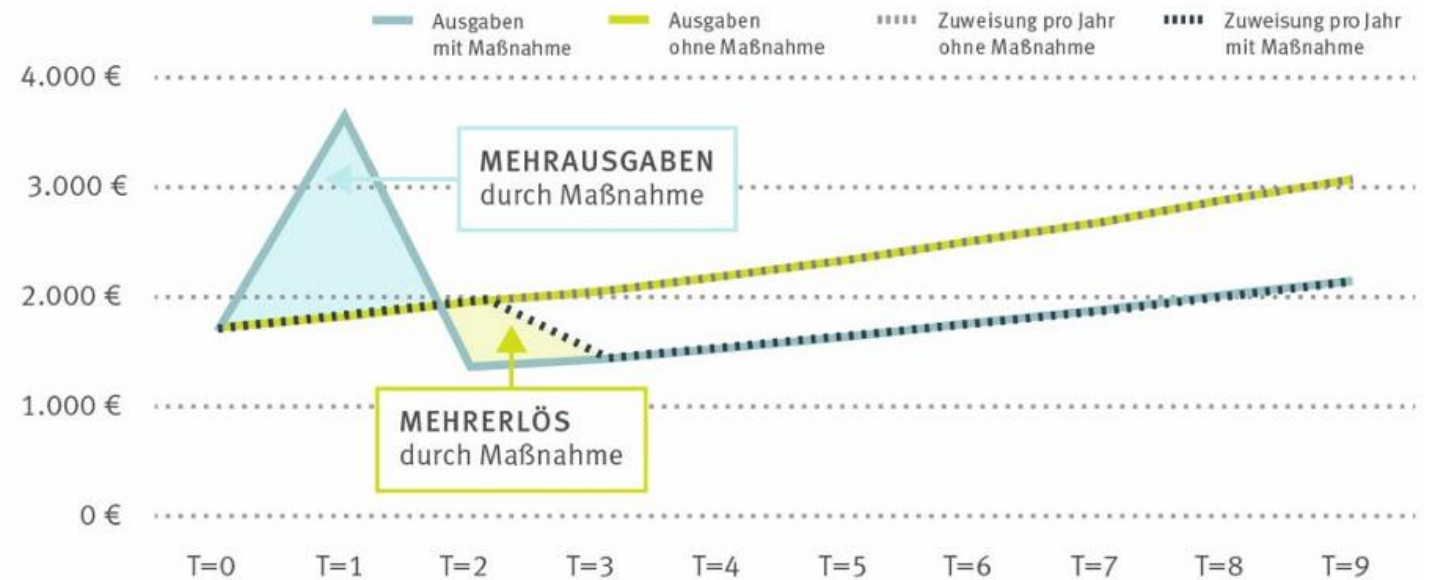
Zuweisungen werden auf Basis einer zehnjährigen Kostenprognose kalkuliert



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

Reformvorschlag für einen nachhaltigen Risikostrukturausgleich

Aktueller RSA



ZEW

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Aktuelle Themen aus Praxis und Wissenschaft



Nachhaltiger Risikostrukturausgleich

Zuweisungen werden auf Basis einer zehnjährigen Kostenprognose kalkuliert

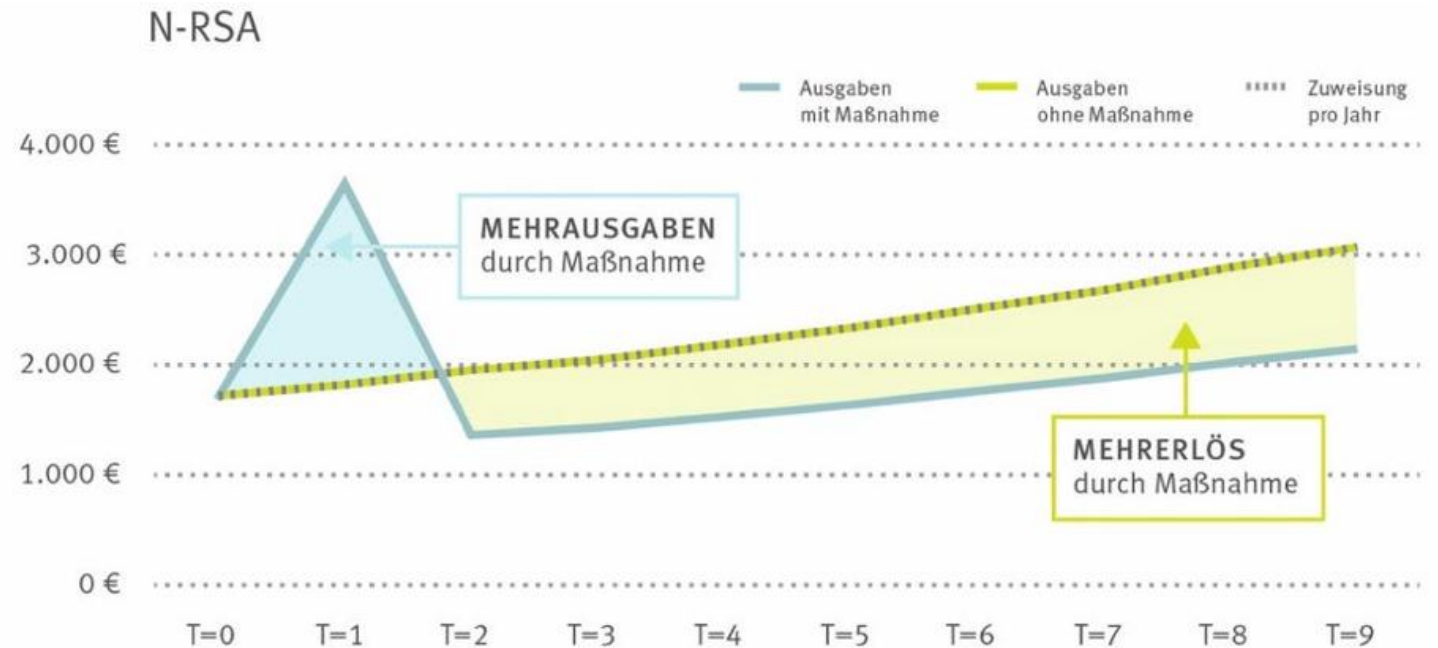


// Prof. Dr. Simon Reil (ZEW, FAU Erlangen-Nürnberg), Sabrina Schubert (ZEW, FAU Erlangen-Nürnberg), Prof. Achim Wambach, PhD (ZEW)

Reformvorschlag für einen nachhaltigen Risikostrukturausgleich



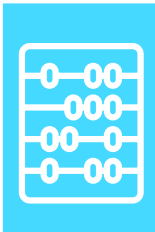
ZEW



- ⇒ Zuweisungen würden den Prämien in einem Zehn-Jahres-Vertrag entsprechen
- ⇒ Stärkung der Präventionsanreize

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Aktuelle Themen aus Praxis und Wissenschaft



Constrained Regression

Indirekter (Teil-)Ausgleich von Versichertengruppen über eine Nebenbedingung der Regression

► Standardansatz:

$$\text{Min}_b \sum_i w_i \left(Y_i - \sum_j b_j x_{ij} \right)^2$$

► Constrained Regression:

Minimierung unter der Nebenbedingung, dass für i aus Gruppe g gilt:

$$\bar{Y}_i = \sum_j b_j \bar{x}_{gj}$$

wobei \bar{Y}_i die mittleren Leistungsausgaben in Gruppe g sind und \bar{x}_{gj} die mittleren Werte der x_j

Dies entspricht 100% Deckung der mittleren Ausgaben in Gruppe g , auch Teilausgleich in NB möglich

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Aktuelle Themen aus Praxis und Wissenschaft

The European Journal of Health Economics (2024) 27:319–337
 https://doi.org/10.1007/s10196-024-01819-4

ORIGINAL PAPER

Exploration of using constrained regression in Germany's morbidity-based risk adjustment

Florian Renker¹ · Dennis Hüsk² · Amelie Wuppermann³

Received: 5 December 2024 / Accepted: 7 July 2025 / Published online: 30 July 2025
 © The Author(s), under exclusive licence to Springer Verlag GmbH Germany part of Springer Nature 2025

Abstract
 Risk adjustment schemes are meant to compensate health plans adequately for their enrollees' expected health care costs so as to prevent incentives for risk selection in competitive health insurance systems with restrictions on risk-rating of premiums. However, important under-/overcompensation for specific groups of enrollees persists in many of the current risk adjustment schemes in place. While for some groups, a direct inclusion of the group in the risk adjustment scheme can solve this issue, others cannot be included in the scheme, e.g. because the status is not observed for every enrollee. Van Kleef et al. (Eur J Health Econ, 18: 1237–1254 (2017)) suggest constrained regression as a remedy. In this paper, we explore constrained regression in the context of the German morbidity-based risk adjustment scheme. We find that constrained regression is technically feasible in the German context and has the potential to improve upon the current base model in terms of overall under-/overcompensation and even individual model fit, particularly if the constraint is not set to fully eliminate under-/overcompensation in the respective group but to only partial elimination. Before implementation of constrained regression, a policy discussion on which groups should be included in constructing an overall measure of under-/overcompensation is needed.

Keywords Constrained regression · Health insurance · Risk adjustment · Risk selection

JEL classification I11 · I13 · I18 · G22

Introduction
 Many countries with regulated competition in health insurance markets, including Germany, the Netherlands and Switzerland, implement a risk adjustment scheme to reduce incentives for risk selection and maintain solidarity (2, 3). Incentives for risk selection arise when health insurers can charge risk-adjusted premiums due to community rating, leading insurers to target healthier individuals and avoid those with higher health risks (4). This behavior results in welfare losses, as resources are diverted from patient care to strategies aimed at optimizing risk selection (5). To mitigate these inefficiencies, risk adjustment or risk-sharing mechanisms are introduced, allowing payments to insurers to reflect the risk profile of their insured population (6). The calculation of expected costs in most risk adjustment models includes risk adjusters such as age, gender, region, and morbidity, typically using weighted least squares regression (WLS) (7, 8). Since the 1990s, these adjusters have evolved, incorporating more variables like health/morbidity and regional data in different ways (9). However, under- and overcompensation of certain groups still occur, maintaining incentives for risk selection (1). Studies from the Netherlands and Germany confirm that individuals with persistently low or high spending are often undercompensated (8, 10). Traditional solutions involve adding new risk adjusters, but this can lead to inefficiencies, such as incentives against cost control, discrimination against other groups or difficulties in data availability (6, 11).

¹ Florian Renker
 Florian.Renker@SBK.org

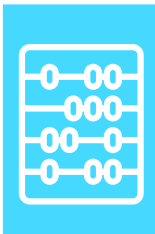
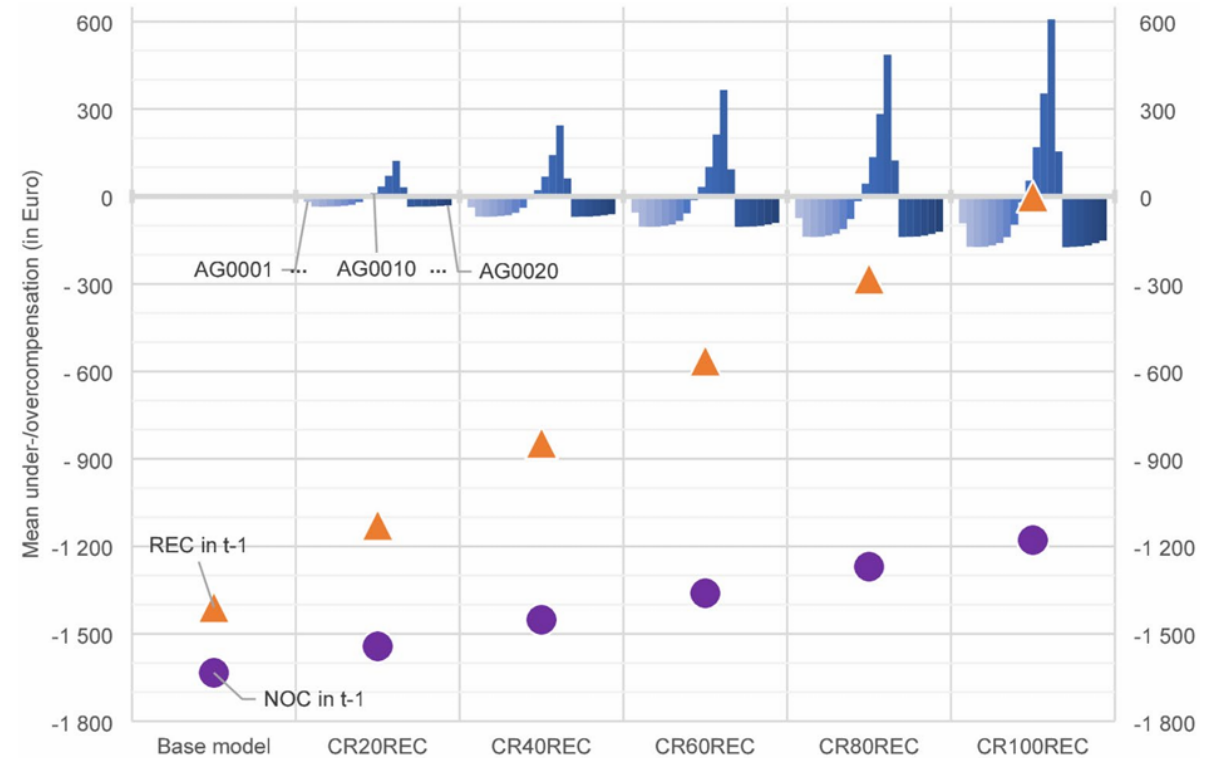
² SBK, Statenum-Beiratskanzlei, Munich, Germany

³ Faculty of Economics and Management Sciences, University of Leipzig, Leipzig, Germany

⁴ Faculty of Law and Economics, University of Bamberg, Bamberg, Germany

Springer

Fig. 1 Results for REC (orange triangles) / NOC (purple circles) and AGs (blue bars with youngest at the left and oldest to the right for each model) with constraints for insured with REC in the previous year. Mean under-/overcompensation in Euro per pseudonym

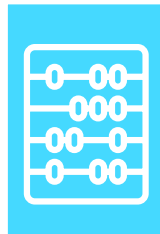


Constrained Regression

Indirekter (Teil-)Ausgleich von Versichertengruppen über eine Nebenbedingung der Regression

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Aktuelle Themen aus Praxis und Wissenschaft



Constrained Regression

Indirekter (Teil-)Ausgleich von Versichertengruppen über eine Nebenbedingung der Regression

Constraint implemented in the Netherlands in 2024

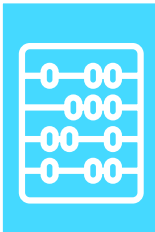
Under/overcompensation=0 for the following two subgroups:

yes/no pharmaceutical spending > Q3 in at least one of three prior years

With this constraint the regression model generates a set of payment weights that minimizes the sum of squared residuals conditional on the constraint.

Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Aktuelle Themen aus Praxis und Wissenschaft



Constrained Regression

Indirekter (Teil-)Ausgleich von Versichertengruppen über eine Nebenbedingung der Regression

Signals of a market response (2024)

- Larger premium increase for less comprehensive plans than for more comprehensive plans
- Lower premium rebates for voluntary deductibles
- Two insurers downgraded (rewards in) their 'stay-fit' programs
- Some insurers have started positioning themselves more towards people in need of care
- **[Empirical research on market response = needed]**

De zorg vernieuwen. Belangrijker dan ooit.

Dat is waar we ons bij Coöperatie VGZ voor inzetten. Samen met zorgverleners, onze leden en andere partners. Als je je verzekert bij VGZ steun je deze zorgvernieuwing. En kies je voor:

- ✓ De best gewaardeerde zorgverzekeringsapp
- ✓ Zien waar je het snelst aan de beurt bent voor ziekenhuiszorg
- ✓ Hulp bij verkorten van je wachttijd op zorg

Ontdek hoe VGZ de zorg voor jou vernieuwt

14



Finanzkommission Gesundheit

Ausblick auf den 2. Bericht (Strukturreformen)

Wir sind auf deiner Seite.



Finanzkommission Gesundheit

Arbeitsauftrag zu Strukturreformen

Herausforderungen und Reformvorschläge auf der Systemebene

- Inwiefern können die Organisationsstrukturen der GKV hinsichtlich einer effizienteren Mittelverwendung weiterentwickelt werden?
- Wie kann der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt und durch Straffung von Strukturen und (Aufsichts-)Zuständigkeiten Effizienzpotenziale erschlossen werden? Wie können größere Wahlfreiheiten bei Leistungen und Preisen zu einem effizienteren Mitteleinsatz beitragen?
- Wie kann der Wettbewerb an der Grenze von gesetzlicher und privater Krankenversicherung gestärkt werden?
- Welchen Beitrag können Risikostrukturausgleiche zwischen GKV und PKV zur Konsolidierung leisten? Sind hier rechtliche Grenzen zu berücksichtigen?

Bei den Vorschlägen in beiden Berichtsteilen ist zu berücksichtigen, dass ein hohes Niveau an Leistungen gesichert werden soll und ein besonderer Fokus auf die Ausgabenseite zu richten ist. Zu bewerten sind ggf. auch etwaige Auswirkungen der Vorschläge auf Zugang und Qualität der Versorgung. Ferner sollte die Dualität des bestehenden Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im Grundsatz respektiert werden.

Finanzkommission Gesundheit

Arbeitsauftrag zu Strukturreformen



hche | Hamburg Center
for Health Economics

Fairer Systemwettbewerb
zwischen gesetzlicher und
privater Krankenversicherung

Mathias Kifmann and Martin Nell

Research Paper
Jahr: 2013

Nr. 06

Der Reformvorschlag für einen fairen Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV hat folgende zentrale Punkte:

1. Jeder Bürger zahlt *immer* den Beitrag zum Gesundheitsfonds.
2. Bei einem Wechsel in die PKV erhält der private Krankenversicherer den Beitrag, den auch ein gesetzlicher Krankenversicherer aus dem Gesundheitsfonds erhalten würde.
3. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit wird ein Teil der Einnahmen des Gesundheitsfonds für den Aufbau eines Kapitalstocks verwendet.
4. PKV-Verträge werden wie bisher auch als langfristige Verträge ohne ordentliches Kündigungsrecht des Versicherers geschlossen. Der Unterschied zum Status quo besteht lediglich darin, dass die erwarteten Leistungen aus dem Gesundheitsfonds in die Kalkulation eingehen.

Finanzkommission Gesundheit

Arbeitsauftrag zu Strukturreformen

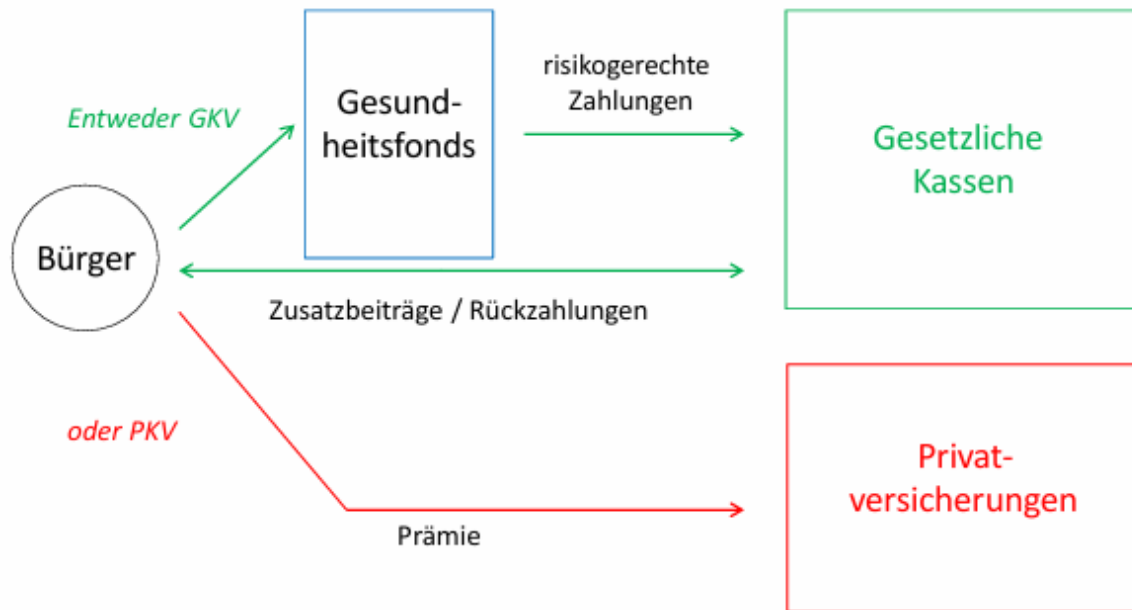


Abbildung 1: Versicherungsbeiträge im Status quo

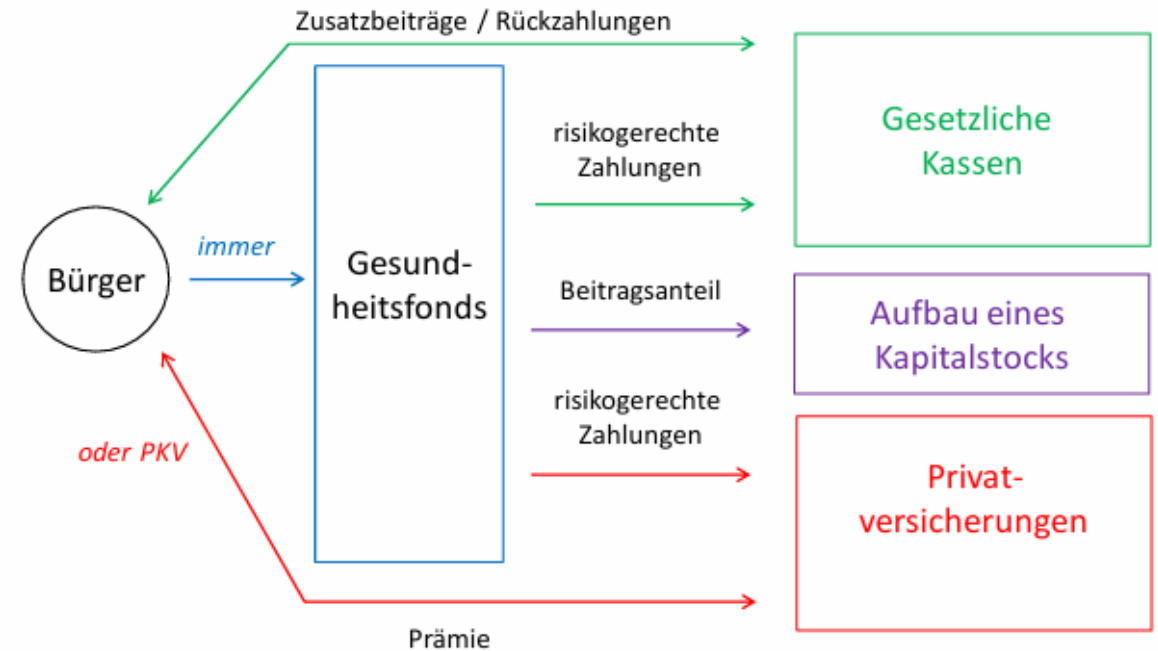


Abbildung 2: Fairer Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV

Herzlichen Dank

Wir sind auf deiner Seite.



Florian Renker
Siemens-Betriebskrankenkasse
Haushalt und Risikostrukturausgleich
Hamminkelner Str. 1
46395 Bocholt

florian.renker@sbk.org
+49 (2871) 238669 -230

