

2,500.000.000 Euro

Die Fehlallokation der Versichertengelder wird in der Spanne der Deckungsbeiträge zwischen den Krankenkassen sichtbar: diese liegt im Jahr 2016 – für das die aktuellste amtliche Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vorliegt – bei 2,5 Mrd. Euro. Tendenz: weiter steigend. Eine schnelle Übergangslösung muss her, damit Geld der Versorgung folgt.

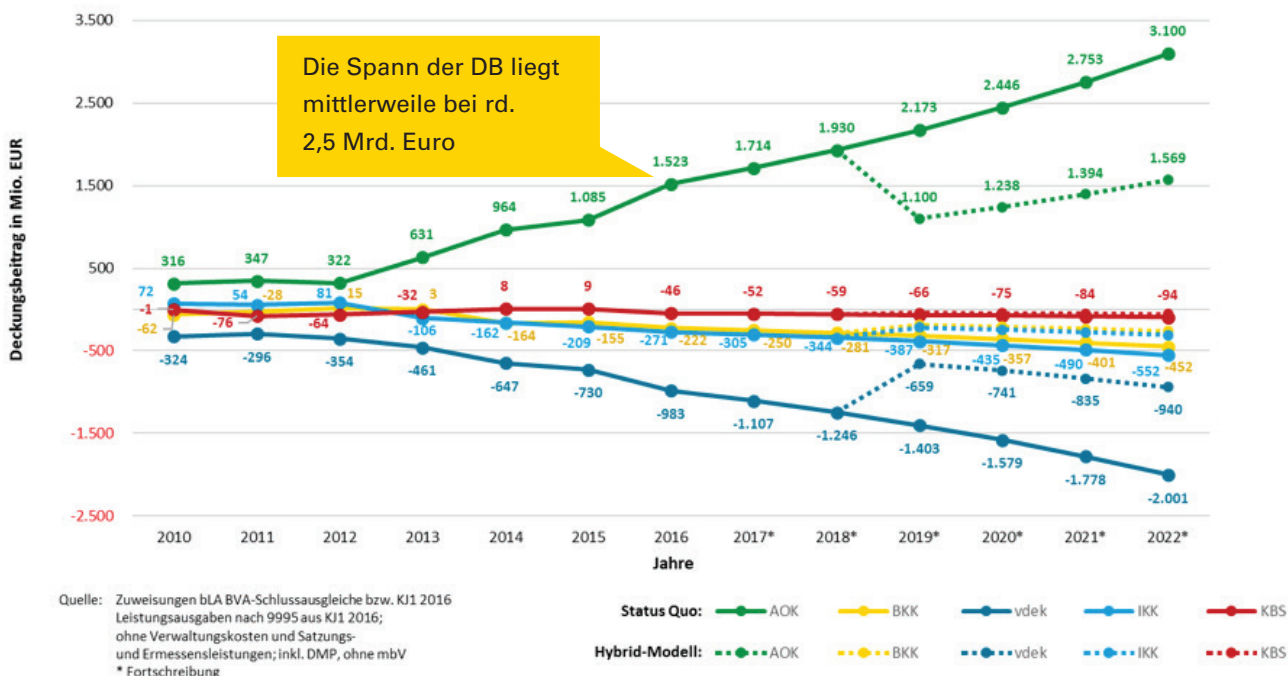
Rund 1,5 Mrd. Euro erhielten die Allgemeinen Ortskrankenkassen für das Jahr 2016 mehr an Zuweisungen, als sie zur Deckung ihrer Ausgaben tatsächlich benötigten. Die Ersatzkassen erhielten hingegen fast eine Milliarde Euro zu wenig. Mit einem besonders guten bzw. schlechten Ausgabenmanagement sind solch massiven Unterschiede nicht zu erklären. Ursache ist vielmehr die Mechanik des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Die Verwerfungen sind Grund dafür,

dass sich - trotz aktuell guter Finanzergebnisse - die Zusatzbeitragsätze und Rücklagen der Krankenkassen weiter auseinanderentwickeln.

Die neue große Koalition hat es sich in ihrem Koalitionsvertrag zur Aufgabe gemacht, den Morbi-RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterzuentwickeln. Angesichts der weiter wachsenden Schere ist dringender Handlungsbedarf geboten. Auf weitere Gutachten kann ob dieser dramatischen Situation nicht gewartet werden.

DECKUNGSBEITRÄGE

der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben von 2010 bis 2022





Deckungsbeiträge (DB) für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben:

Sind die Differenz zwischen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben.



Bei Deckungsbeiträgen unter Null haben die Kassen nicht ausreichend Gelder zur Deckung dieser Leistungsausgaben



Bei Deckungsbeiträgen über Null erhalten Kassen mehr Gelder, als sie für die Deckung dieser Ausgaben benötigen.

Mit einer unkomplizierten und zeitlich befristeten Übergangslösung muss schnell Luft geschaffen werden, um dann grundsätzlichere Reformmaßnahmen entwickeln zu können. Denkbar wäre etwa ein Hybrid-Modell, bei dem eine Hälfte der Krankenkassenausgaben nach den Vorgaben des Morbi-RSA ausgeglichen würde, die andere anhand der Ist-Kosten. Damit würde die Zuweisungssystematik für die Krankengeldausgaben auf die Zuweisungen für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben übertragen. So ließen sich die Verwerfungen und damit auch die Schere halbieren.

Vorteil: Die aktuelle Position der Krankenkasse bzw. der Kassenart im Wettbewerb bliebe hierdurch unverändert. Wettbewerbliche Anstrengungen der Krankenkassen würden weiterhin honoriert.

Die Abbildung verdeutlicht, dass zwar durch die Umsetzung des Modells Zeit gewonnen würde, eine grundlegende Weiterentwicklung des Morbi-RSA aber dennoch notwendig ist.

Was passiert, wenn der Gesetzgeber nicht handelt?

Handelt der Gesetzgeber nicht, hat dies zur Folge, dass

- die Über- und Unterdeckungen weiter zunehmen werden,
- die Zusatzbeiträge weiter auseinandergehen,
- Kassenschließungen und –fusionen drohen,
- die Versicherten damit weniger Angebotsvielfalt bzw. Wahlfreiheit in der GKV haben,
- durch Marktkonzentration der Wettbewerb um eine gute Versorgung und guten Service sinkt,
- die Leistungsanbieter einer regionalen Kassenmacht gegenüberstehen,
- am Ende auch Arbeitsplätze bei den Krankenkassen reduziert werden oder verschwinden.