

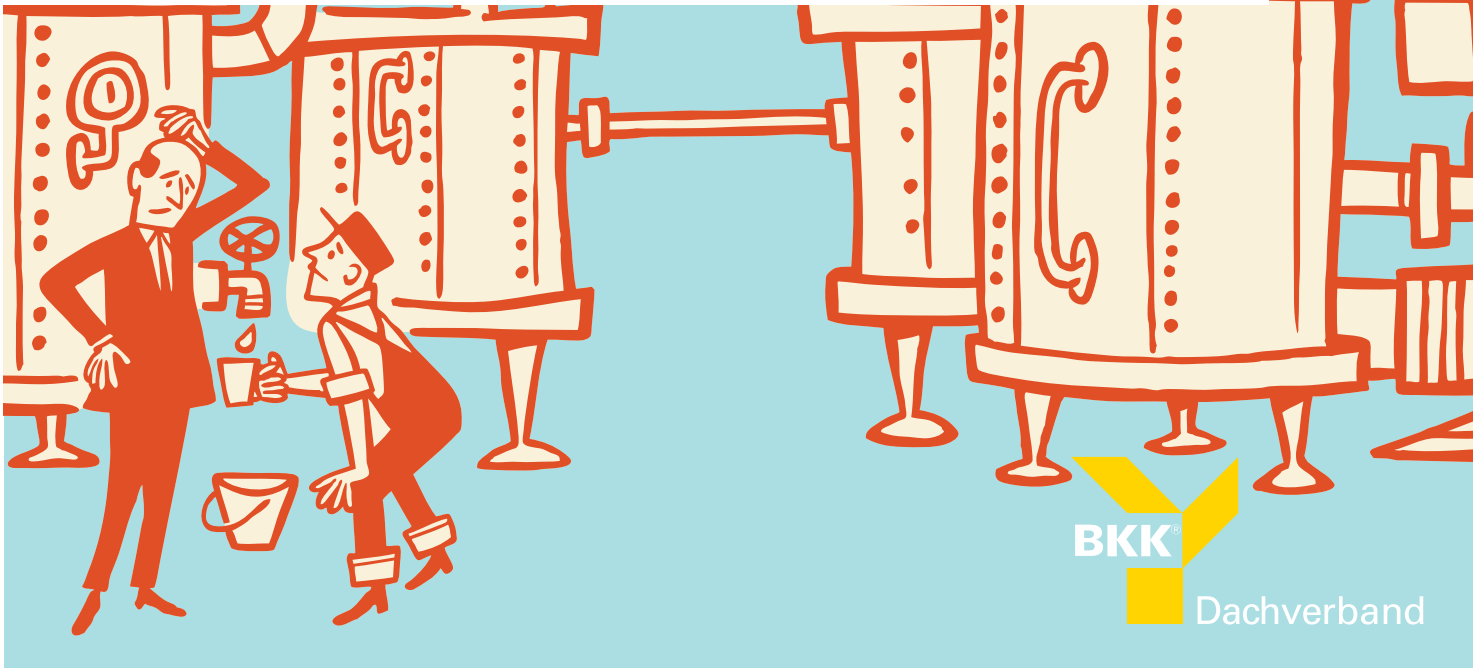
Betriebs
Kranken
Kassen

20 Jahre Finanzausgleich

LEICHT ERKLÄRT
Morbi-RSA und
Gesundheitsfonds

GELDVERTEILUNGSMASCHINE

RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

die genaue Wirkungsweise und das Ineinandergreifen der vielen Stellschrauben des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs verstehen – so betont man – nur eine Handvoll Experten. Gleichwohl darf dies kein Grund sein, sich nicht mit den wichtigsten Steuerungsmechanismen dieses gigantischen Umverteilungssystems zu befassen. Es geht schließlich um rund 200 Mrd. Euro im Jahr für eine gute medizinische Versorgung von rund 70 Mio. Bundesbürgern.

Mittlerweile gibt es diese Finanzumverteilungsmaschine seit 20 Jahren. Eingeführt wurde der damals schlicht(er) genannte Risikostrukturausgleich, weil die Politik den gesetzlichen Krankenkassen zum Wohle ihrer Versicherten und mit der Hoffnung auf innovativere medizinische Versorgungsformen etwas Wettbewerb verordnen wollte. Dazu musste für die Kassen mit ihren höchst unterschiedlichen Risikostrukturen ein solidarischer Ausgleich her. Nur so konnte der GKV-Kassen-Wettbewerb überhaupt starten. Die Wanderungen der Versicherten zwischen den Kassen und viele Kassenfusionen haben seither den Markt „aufgemischt“. Aus 960 gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 1995 wurden die derzeit 124. Durch diese Mischungen der Versichertengruppen unterscheiden sich die Kassen in ihrer Versichertenstruktur viel weniger als noch vor 20 Jahren.

Sich gerade jetzt mit der Verteilungsmaschinerie des Morbi-RSA zu befassen, hat einen wichtigen Grund: Der Finanzierungsdruck auf die gesetzlichen Kassen nimmt zu. Die aktuellen Gesetzgebungsverfahren wollen die medizinische Versorgung weiter verbessern – das kostet auch mehr, im nächsten Jahr schätzungsweise rund 1 Mrd. Euro und 2017 dann bereits 1,8 Mrd. Euro.

In diesem Jahr erhebt nahezu jede gesetzliche Kasse einen Zusatzbeitrag, viele Kassen müssen außerdem ihre Vermögen abschmelzen. Im GKV-Schnitt dürften nächstes Jahr die Zusatzbeiträge bei 1,2 % und 2017 sogar bei 1,5 % liegen. Dies verdeutlicht, dass die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Krankenkassen einer dringenden Überarbeitung bedürfen. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds reichen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen zur Finanzierung der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten nicht aus. Das unausgewogene Finanzausgleichssystem zwischen den Krankenkassen muss zügig angegangen werden, denn der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich soll transparenter, zielgenauer und gerechter werden. Die Diskussionen dazu werden in den nächsten Monaten an Intensität zunehmen. Damit Sie diesen gesundheitspolitischen Diskurs besser nachvollziehen können, möchten wir Ihnen diese Broschüre an die Hand geben. Der BKK Dachverband wird sich zur RSA-Reform im Herbst diesen Jahres positionieren und dazu ein zweites Sonderheft herausbringen.

Viel Freude beim Lesen wünscht

Franz Knieps

6	SOLIDARPRINZIP DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG
9	PRINZIP DES MORBI-RSA
10	DIE BEREITS EXISTIERENDEN KRITERIEN AUS DEM ALTEN RSA
11	KRANKHEITSAUSWAHL UND KLASSIFIKATIONSMODELL
17	MORBI-RSA-ZUSCHLÄGE FÜR SONDERGRUPPEN
22	FUNKTIONSWEISE DES GESUNDHEITSFONDS
30	BILANZ ZUR EINFÜHRUNG VON MORBI-RSA UND GESUNDHEITSFONDS
34	RAUS Impressum

Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

In Deutschland sind rund 70 Mio. Menschen in derzeit 124 gesetzlichen Krankenkassen versichert und werden im Falle eines Falles gut versorgt. Von der ärztlichen Beratung über ambulante Operationen bis hin zur Intensivmedizin: Jede Leistung ist ab dem ersten Tag der Mitgliedschaft für jeden gesetzlich Versicherten selbstverständlich. Der volle Versicherungsschutz gilt ohne Ansehen der Person, des Einkommens, der Höhe der gezahlten Beiträge oder des Gesundheitszustandes. Rund die Hälfte der Deutschen sind deshalb überzeugt: Das eigene Gesundheitssystem gehört zu den besten weltweit. Das im März 2015 veröffentlichte PwC-Health-Barometer stellt darüber hinaus der gesetzlichen Krankenversicherung gute Noten aus. 90 % der Befragten waren zufrieden mit ihrer gesetzlichen Krankenkasse.

Grund für diese Zufriedenheit: Gesetzliche Krankenversicherungen arbeiten solidarisch. Es existieren drei zentrale solidarische Umverteilungswirkungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, die ihre Leistungsfähigkeit erst ermöglicht:

- Der für alle geltende, sogenannte allgemeine paritätische Beitragssatz auf hohe und niedrige Einkommen bewirkt einen Einkommensausgleich von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen;
- die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen bewirkt einen Familienlastenausgleich. Rund 20 Mio. Menschen (Kinder und Ehepartner/ eingetragene Lebenspartner) sind beitragsfrei mitversichert;
- die gleiche Beitragshöhe für Junge und Alte sowie für Gesunde und Kranke führt zu einer Umverteilung der Gelder von den Gesunden zu den Kranken.

EIN SOLIDARISCHES FINANZAUSGLEICHSSYSTEM ALS VORAUSSETZUNG FÜR DEN KASSENWETTBEWERB

Die Finanz- und Ausgabensituation einer Krankenkassen ist durch folgende Rahmenbedingungen geprägt: die Größe der Krankenkasse einerseits (Anzahl der Versicherten) und die Zusammensetzung der Versicherten andererseits (z. B. eine hohe oder niedrige Anzahl an Familienangehörigen, Rentnern oder erkrankten Versicherten).

Bis zum Jahr 1996 war der Beruf eines Arbeitnehmers oder Angestellten ausschlaggebend dafür, bei welcher Krankenkasse er sich gesetzlich versichern durfte. Beispielsweise waren Arbeiter traditionell bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) versichert, es sei denn, das Unternehmen hatte eine eigene Betriebskrankenkasse. Angestellte erhielten Versicherungsschutz bei den Ersatzkassen (z. B. Barmer, Techniker Krankenkasse etc.).

Im Jahr 1996 wurde dieses Zuweisungsprinzip abgeschafft. Seitdem haben Arbeiter und Angestellte die freie Wahl unter allen geöffneten gesetzlichen Krankenkassen (die Wahloption einer privaten Krankenversicherung unterliegt gesonderten gesetzlichen Regelungen). Diese befinden sich nun untereinander im Wettbewerb, wobei im Zeitverlauf mal eher der Beitragssatz oder die (Zusatz-) Leistungen oder der Service einer Krankenkasse als Wettbewerbsparameter im Vordergrund standen bzw. stehen.

Mit dem Ziel, bei Wettbewerbsstart faire Bedingungen zu gewährleisten, wurde 1994 ein finanzieller Ausgleich der traditionell bestehenden Unterschiede in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen, der sogenannten Risikostrukturausgleich (RSA), in der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen.

Der RSA erfolgte zu Beginn anhand der Faktoren Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit. Die Krankheitshäufigkeit der Versicherten, also deren Morbidität, wurde damit jedoch nur indirekt erfasst. Um den Ausgleich gerechter zu gestalten, wurde nach einigen Jahren in einem ersten Schritt der RSA durch die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme für chronisch kranke Menschen, DMP) ergänzt. Da hier ein direkter Krankheitsbezug vorlag, wurde für in DMP eingeschriebene Versicherte in den Jahren 2003 bis 2008 eine gesonderte Finanzierung der jeweiligen Leistungsausgaben eingeführt. Daneben wurde im Jahr 2002 ein Risikopool, der einen ergänzenden Finanzausgleich für Hochkostenfälle etablierte. Somit sollten die hohen Leistungsausgaben extrem teurer Versicherter ausgeglichen werden. Allerdings wurde der Risikopool im Jahr 2009 mit der Neuordnung der Finanzierungssystematik in der GKV wieder abgeschafft.

MEHR WETTBEWERB MITTELS MORBI-RSA UND GESUNDHEITSFONDS

Im Jahr 2009 wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der Weiterentwicklung des RSA hin zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) umfassend neu geregelt. Dies erfolgte wieder mit dem Ziel, den Krankenkassenwettbewerb gerechter zu gestalten und gleichzeitig die Effizienz und Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern – all dies, ohne den solidarischen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung zu beeinträchtigen. Gleichzeitig wurde der staatlich festgelegte Einheitsbeitragssatz eingeführt, der den Preiswettbewerb der Kassen untereinander nahezu beendete.

Seither führen die Krankenkassen die Beitragseinnahmen, die sie von den Mitgliedern der Krankenkassen erhalten, an den Gesundheitsfonds ab. Von dort erhalten die Krankenkassen wiederum Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Zum Ausgleich von Unterschieden in der Krankheits- bzw. Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen gibt es die Systematik des Morbi-RSA. Die Höhe der Zuweisungen über den Morbi-RSA an die Krankenkassen entspricht den sogenannten standardisierten Ausgaben. Das sind die Ausgaben, die Versicherte einer Krankenkasse aufgrund ihres Alters, Geschlechts und ggf. bestimmter Vorerkrankungen voraussichtlich verursachen werden. Hierdurch wird die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten berücksichtigt. Krankenkassen mit vielen älteren und kranken Versicherten erhalten dementsprechend mehr Finanzmittel als Krankenkassen mit einer Vielzahl an jungen und gesunden Versicherten. Das Ziel des Morbi-RSA, dessen Funktionsweise im Folgenden erklärt wird, ist es dabei sicherzustellen, dass jeder Krankenkasse insgesamt ausreichend Einnahmen zur Verfügung stehen, um die Ausgaben, die wegen gesetzlich fixierter Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen, zu decken.

Das Finanzausgleichsverfahren zwischen den gesetzlichen Krankenkassen

1 Prinzip des Morbi-RSA

MORBIDITÄT DEFINIERT ALS SUMME VON LEISTUNGS-AUSGABEN DER VERSICHERTEN

Morbidität ist eine statistische Größe. Sie beschreibt die Krankheitshäufigkeit, bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe.

Für ein Finanzausgleichsverfahren zwischen Krankenkassen rücken neben der Krankheitshäufigkeit auch die Behandlungskosten in den Vordergrund. In diesem Sinne ist eine höhere Morbidität einer Bevölkerungsgruppe auch mit höheren Behandlungskosten verbunden.

Informationen über die (Vor-)Erkrankungen der Versicherten einer Krankenkasse werden für ein Finanzausgleichsverfahren benutzt, um die Ausgaben abzuschätzen, die diese Krankenkasse voraussichtlich zur Versorgung ihrer Versicherten aufbringen muss. Die Summe der so geschätzten durchschnittlichen Ausgaben, bezogen auf einen Versicherten, stellt die Maßzahl für die Morbidität einer Krankenkasse im Morbi-RSA dar.

STANDARDISIERUNG VON AUSGABEN ALS ANREIZ ZUM WIRTSCHAFTLICHEN HANDELN FÜR KRANKENKASSEN

Die Zuweisungen, die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben und zur Versorgung ihrer Versicherten über den Morbi-RSA erhalten, setzen sich aus den durchschnittlich zu erwartenden Ausgaben ihrer Versicherten zusammen – unabhängig davon, welche Kosten für die jeweilige Person bei der Krankenkasse tatsächlich anfallen. Die Krankenkassen erhalten daher keinen vollen Ausgleich ihrer tatsächlichen Leistungsausgaben (Ist-Kosten-Ausgleich), sondern standardisierte (Durchschnitts-)Ausgaben.

Doch für jede versicherte Person den gleichen Betrag anzusetzen, differenziert nicht hinreichend: Für Krankenkassen mit überwiegend alten und kranken Versicherten und damit höheren Ausgaben wäre dieser Betrag nicht ausreichend. Dagegen würden Krankenkassen mit vorwiegend junger und gesunder Klientel die entsprechenden Mittel nicht in voller Höhe benötigen. Deshalb ist es notwendig, die standardisierten Ausgaben an verschiedene Eigenschaften eines Versicherten anzupassen.

Krankenkassen können ihre Ausgaben zum Teil beeinflussen; so etwa mit Kostenmanagement wie Abrechnungsprüfungen von Krankenhausrechnung und Rückzahlungsforderungen von Arzneimittelkosten gegenüber Apotheken. Dadurch können ihre tatsächlichen Ausgaben niedriger ausfallen als die standardisierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Dies ist für alle Krankenkassen ein starker Anreiz zum wirtschaftlichen Handeln.

2 Die bereits existierenden Kriterien aus dem alten RSA

ALTER UND GESCHLECHT ALS KRITERIUM ZUR BILDUNG DIFFERENZIERTER RISIKOGRUPPEN

Für einen sinnvollen Morbi-RSA werden Kriterien benötigt, anhand derer Versicherte unterschiedlichen Risikogruppen zuordnet werden können. Idealerweise sollten diese gut messbar und nicht manipulationsanfällig sowie die Meldung dieser Daten an eine zentrale Stelle auch unter den Vorgaben des Datenschutzes möglich sein.

Mit Alter und Geschlecht als Merkmale für eine Einteilung von Versicherten ist eine eindeutige Zuordnung jeder Person zu genau einer Gruppe gewährleistet: Jeder Mensch hat genau ein Alter und ein Geschlecht. Eine Zuordnung erfolgt in diesem Sinne in die sogenannten Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG).

Die Gruppen, denen die Versicherten zugeordnet werden, betreffen dabei jeweils Spannen von fünf bis sieben Jahren. Ausnahmen davon bilden Neugeborene (eigene Alters- und Geschlechtsgruppe: „0 Jahre“) und Personen mit einem Alter über 94 Jahren (hier ist keine Eingrenzung nach oben gegeben).

Die Krankenkassen erhalten dann als Finanzbedarf jeweils die standardisierten Ausgaben für ihre Versicherten gemäß den zugehörigen AGG zugewiesen.

Für ältere Versicherte, die statistisch höhere Kosten verursachen, erhalten Krankenkassen folglich eine höhere Zuweisung als für jüngere Versicherte.

Auch zwischen den Geschlechtern gibt es eindeutige Unterschiede wie geschlechtsspezifische Krankheiten oder Schwangerschaften, die in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA berücksichtigt werden. Beispielsweise erhalten Krankenkassen für 30-jährige Frauen einen höheren Geldbetrag als für 30-jährige Männer. Derzeit beträgt der Zuschlag für eine 30-Jährige ca. 1.400 Euro, für einen Mann im gleichen Alter rund 700 Euro.

3 Krankheitsauswahl und Klassifikationsmodell

3.1 DAS NEUE KRITERIUM DIREKTER MORBIDITÄTSBEZUG MIT EINFÜHRUNG DES MORBI-RSA

Messung von Morbidität – Feststellungen zur Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten

Der Gesetzgeber legte im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) fest, dass zur direkten Berücksichtigung der Morbidität von GKV-Versicherten 50 bis 80 kostenintensive, chronische Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf ausgewählt werden sollen. Zudem wurde festgelegt, dass die Krankheiten eng abgrenzbar sein sollen. Um diese 50 bis 80 Krankheiten zu definieren, sollten die ambulanten und stationären Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen der Versicherten herangezogen werden.

Dies waren die Kriterien, die der Gesetzgeber bei Einführung des Morbi-RSA festlegte. Der wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA) war nun in der Pflicht, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu operationalisieren, um festzulegen, wie eine Krankheit zu definieren ist und wie eine Auswahl von Krankheiten stattfinden kann.

3.2 DIE KRANKHEITSAUSWAHL

Die im SGB V geforderte Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten erfolgte erstmals im Jahr 2008 und wird seitdem regelmäßig überarbeitet. So kann es vorkommen, dass bestimmte Krankheiten in einem Jahr per Zuweisung über den Morbi-RSA ausgeglichen werden, im folgenden Jahr aber nicht.

Im Sinne des Morbi-RSA werden Krankheiten über Einzeldiagnosen von Ärzten definiert. Eine Krankheit setzt sich dabei aus mehreren Einzeldiagnosen zusammen, die sich aus medizinischer Sicht ähneln. Auf diesem Wege werden rund 16.000 mögliche Einzeldiagnosen der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) zu insgesamt mehr als 350 Krankheiten zusammengefasst. Aus diesen werden die geforderten 50 bis 80 Krankheiten ausgewählt.

Dazu werden ein Schwellenwert sowie die Krankheitsschwere, die Chronizität und die Kostenintensität der Krankheiten betrachtet. Die Festlegung, welche Werte durch die einzelnen Krankheiten hinsichtlich dieser vier Eigenschaften mindestens erreicht werden müssen, obliegt der Entscheidung des wissenschaftlichen Beirats. Die Krankheiten, die die festgelegten Kriterien erfüllen, gelangen in die Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten. Würden die Kriterien verändert, käme entweder eine größere bzw. kleinere Anzahl von Krankheiten in die Auswahl. Der wissenschaftliche Beirat erhält somit eine entscheidende Steuerungsfunktion zur Auswahl bestimmter Krankheiten. Der Auswahlprozess wird in der folgenden Abbildung für das Jahr 2015 beispielhaft dargestellt:

Der Prozess der Krankheitsauswahl

Diese Kriterien müssen erfüllt sein*

364 Krankheiten wurden für die Krankheitsauswahl 2015 überprüft

SCHWELLENWERT

Wie viel Geld kostet ein Versicherter mit der Krankheit XY eine Kasse insgesamt pro Jahr?

Durchschnittskosten je Versicherten mit Krankheit XY übersteigen pro Jahr

3.400 Euro



338 von 364 Krankheiten haben das Schwellenwertkriterium erfüllt



KRANKHEITSSCHWERE

Wird ein maßgeblicher Anteil der von der Krankheit Betroffenen im Krankenhaus behandelt?

Anteil der im Krankenhaus behandelten Versicherten an der Gesamtzahl der Versicherten einer Krankheit beträgt mehr als

10%

oder

CHRONIZITÄT

Handelt es sich um eine chronische Erkrankung?

Bei mindestens **50%** der betroffenen Versicherten wird die Krankheit XY in mindestens zwei Quartalen diagnostiziert

148 von 338 Krankheiten erfüllen das Kriterium der Krankheitsschwere



262 von 338 Krankheiten** erfüllen mindestens eines der beiden Kriterien Chronizität und Krankheitsschwere



181 von 338 Krankheiten erfüllen das Kriterium der Chronizität

KOSTENINTENSITÄT

Welche Kosten verursacht (nur) die Krankheit im Folgejahr?

Krankheit gehört zu den ca. **25%** der Krankheiten mit den höchsten Folgekosten



* Zahl der Krankheiten, die die einzelnen Überprüfungen aus dem Ausgleichsjahr 2015 bestehen

** zum Teil erfüllt die gleiche Krankheit beide Kriterien

Von 262 Krankheiten werden die 80 Krankheiten mit den höchsten Folgekosten für den Morbi-RSA ausgewählt

Abbildung 1: Kriterien der Krankheitsauswahl

Der Kostenintensität kommt dabei die letztlich entscheidende Schlüsselrolle zu: Kostenintensive Krankheiten können einerseits einzeln auftretende, seltene Erkrankungen sein, die in der Regel sehr teuer sind. Andererseits sind auch Volkskrankheiten kostenaufwendig; ein einzelner Versicherter fällt dabei nicht ins Gewicht, sondern die Masse an Erkrankten.

Um beiden Ausprägungen gerecht zu werden, fand das BVA einen Kompromiss, der die Häufigkeit, mit der eine Krankheit vorkommt, in einem gewissen Maße berücksichtigt, ohne dabei die besonders teuren Erkrankungen von vornherein de facto auszuschließen. Das BVA hat sich dabei jedoch über eine Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats hinweggesetzt, der eine stärkere Berücksichtigung von im Einzelfall teuren Erkrankungen empfohlen hatte. Das BVA begründete sein Vorgehen mit der Absicht, eine bessere Versorgung im Bereich der Volkskrankheiten gewährleisten zu wollen.

Über das Kriterium der Kostenintensität kann darüber hinaus zielgenau gesteuert werden, wie viele Krankheiten in die Auswahl gelangen. Vor der Prüfung der Kostenintensität gelangen über den gewählten Schwellenwert, die Krankheitschwere und Chronizität mehr als 80 Krankheiten in die nähere Auswahl. Damit ist die im SGB V genannte Spanne von 50 bis 80 Krankheiten noch überschritten.

Der wissenschaftliche Beirat des BVA setzt nun den Schwellenwert der Kostenintensität seit 2009 so, dass genau 80 Krankheiten ausgewählt werden. Es ist also kein Zufall, dass im Morbi-RSA bisher immer exakt 80 Krankheiten für die Berücksichtigung im Morbi-RSA ausgewählt wurden, auch wenn im Sinne des Gesetzgebers durchaus eine andere Zahl zwischen 50 und 80 möglich wäre.

3.3 KLASSIFIKATION: AUS KRANKHEITEN WERDEN HIERARCHISIERTE MORBIDITÄTSGRUPPEN

Die Auswahl von 80 Krankheiten allein ermöglicht keine Unterscheidung nach Schweregraden innerhalb einer Krankheit. Deshalb wird nun eine feinere Gruppierung der Diagnosen vorgenommen. Die sich ergebenden enger abgegrenzten Diagnosegruppen werden als sogenannte Morbiditätsgruppen zusammengefasst. Dazu dient das Klassifikationsmodell des Morbi-RSA. Dieses wird regelmäßig durch das BVA überarbeitet und jeweils zum 30. September für das Folgejahr festgelegt.

Im Klassifikationsmodell wird bestimmt, welchen Morbiditätsgruppen ein Versicherter zugeordnet wird. Dabei kann ein Versicherter jeder Morbiditätsgruppe maximal einmal zugeordnet werden, auch wenn die Diagnose innerhalb eines Jahres mehrfach gestellt wurde. Über einen umfangreichen Algorithmus wird dabei geprüft, ob die Diagnosen eines Versicherten überhaupt zu den einzelnen Morbiditätsgruppen passen, ob sie bestimmten Anforderungen genügen und ob weitere Rahmenbedingungen erfüllt sind. Hinsichtlich der gestellten Anforderungen und zu erfüllenden Rahmenbedingungen unterliegen dabei die ambulanten Diagnosen strengeren Maßstäben als die Diagnosen eines Krankenhausaufenthalts, da letztere grundsätzlich als belastbarer gelten.

Eine Anforderung, die unmittelbar an Diagnosen geknüpft wird, betrifft dabei ambulante Diagnosen von niedergelassenen Ärzten. Diese müssen als „gesichert“ und nicht etwa als „Verdacht“ eingestuft sein. Kodiert ein Arzt nur einen Verdacht auf eine Krankheit, wird der Versicherte nicht in eine Morbiditätsgruppe eingeordnet; kodiert ein Arzt hingegen eine gesicherte Diagnose, wird der Versicherte einer Morbiditätsgruppe zugeordnet und die Krankenkasse erhält eine Zuweisung über den Morbi-RSA.

Zu den weiteren Rahmenbedingungen für Diagnosen aus dem ambulanten Bereich gehört, dass eine Diagnose für einen Versicherten mehrmals in einem Jahr erfolgt ist und zudem von passenden Arzneimittelverordnungen begleitet wurde.

Über das Klassifikationsmodell sollen auch unterschiedliche Schweregrade einer Krankheit abgebildet und finanziell bewertet werden. So erhält beispielsweise eine Krankenkasse für einen Versicherten mit der Einzeldiagnose Diabetes eine geringere Zuweisung als für einen Versicherten mit Diabetes samt Nierenkomplikationen. Diese Logik, die Schwere der Krankheit im Hinblick auf den durchschnittlichen Kostenaufwand abzubilden, führt zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG). HMG, z. B. im Bereich Diabetes, stehen damit in einer bestimmten Rangfolge.

Über die HMG-Systematik wird außerdem einem einzelnen Versicherten nur die teuerste HMG innerhalb einer Rangfolge zugeordnet. So wird einem Diabetiker, der sowohl Diagnosen mit und ohne Komplikationen erhalten hat, innerhalb eines Jahres nur die Zuweisung für die HMG mit Komplikationen zugeordnet.

Auch nach der Hierarchisierung kann ein Versicherter – im Gegensatz zu den Kriterien Alter und Geschlecht – keiner, einer oder mehreren HMG zugeordnet werden. Ein Diabetiker, der gleichzeitig eine Herzerkrankung aufweist, würde nach Klassifikation und Hierarchisierung insgesamt zwei HMG zugeordnet werden.

Im Gegensatz zur Anzahl der Krankheiten ist die Zahl der HMG nicht gesetzlich fixiert.

Mit Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 betrug die Anzahl der HMG noch 106, mittlerweile ist diese bis 2015 auf knapp 200 angestiegen: Durch eine stärkere Differenzierung der Schweregrade einer Krankheit sowie durch neu aufgenommene Erkrankungen sind neue HMG entstanden. Beim Wegfall von Krankheiten hingegen entfallen automatisch auch die zugehörigen HMG. Alleine aus diesem Grund änderte sich die Belegung einzelner HMG im Zeitverlauf, wie die folgende Tabelle verdeutlicht:

Tabelle 1: Ausdifferenzierung der HMG – Anzahl der GKV-Versicherten und Höhe der jährlichen Zuweisung je Versicherten

* Anordnung, entsprechend der Hierarchisierung, in absteigender Reihenfolge; ein Versicherter wird jeweils nur der höchsten, für ihn gültigen HMG in diesem Hierarchiestrang zugeordnet

Beispiel 1: HIV/AIDS

HMG*	2009	2010	2011	2012	2013	jährliche Zuweisung ca.
HIV/AIDS (ab 2010: HIV/AIDS mit Dauermedikation)	58.258	35.279	38.875	42.461	45.225	2009: 11.000 € 2010-2013: 16.000 €
HIV/AIDS ohne Dauermedikation	✗	14.407	13.018	11.775	11.417	4.000 €

Die bereits seit Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 berücksichtigte Morbiditätsgruppe „HIV/AIDS“ ist seit 2010 in zwei Gruppen (mit und ohne Dauermedikation) aufgeteilt, was sich in höheren Zuschlägen für den Fall „mit Dauermedikation“ niederschlägt.

Beispiel 2: Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom

HMG*	2009	2010	2011	2012	2013	jährliche Zuweisung ca.
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	✗	✗	✗	✗	63.325	2.200 €
Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	✗	✗	✗	✗	375.578	1.600 €
Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	383.442	415.055	✗	✗	355.073	2009, 2010: 1.200 € 2013: 900 €
Tic- und andere Entwicklungsstörungen	✗	✗	✗	✗	175.217	500 €

Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom bei Kindern und Jugendlichen war in den Jahren 2011 und 2012 nicht in der Liste der für den Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten enthalten. In 2013 erfolgte eine Wiederaufnahme dieses Krankheitsbildes, verbunden mit der zusätzlichen Aufnahme medizinisch verwandter Diagnosen sowie einer Ausdifferenzierung in vier HMG.

✗ HMG ist nicht vorhanden

3.4 DIE POLITISCHE ENTSCHEIDUNG FÜR EIN PROSPEKTIVES VERFAHREN

Das Klassifikationsmodell des Morbi-RSA sollte so beschaffen sein, dass keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen geschaffen und Anreize zur Risikoselektion vermieden werden. Um diese Ziele zu erreichen, nahm der Gesetzgeber eine prospektive Ausgestaltung des Modells vor.

Prospektiv bedeutet, dass die Zuschläge, die die Krankenkassen über den Morbi-RSA erhalten, grundsätzlich nicht die laufenden Behandlungskosten, sondern die mit der Krankheit verbundenen Folgekosten abdecken sollen. Für jede HMG wird geprüft, welche Ausgaben durchschnittlich für Versicherte mit entsprechender Diagnose im Jahr nach der Diagnosestellung entstanden sind.

So erhält eine Krankenkasse z.B. für einen Patienten mit der Diagnose Herzinfarkt für die akute Behandlung keinen Ausgleich im Jahr dieses Ereignisses über die HMG. Sie erhält lediglich eine Zuweisung im Folgejahr, die sich auf die durchschnittlichen Kosten der Nachsorgebehandlung bezieht.

Außerdem führen Krankheiten, die nach der Akutbehandlung in der Regel mit keinen weiteren Kosten verbunden sind (z. B. Blinddarmentzündung), in der aktuellen Ausgestaltung des Morbi-RSA zu keiner Berücksichtigung. Unabhängig davon trägt eine Krankenkasse natürlich die Kosten für Akutbehandlungen.

Letztlich dient das prospektive Verfahren der Vermeidung von Manipulationsanreizen im Modell des Morbi-RSA. Würde die Standardisierung der Ausgaben über die Diagnosen desselben Jahres vorgenommen werden, wäre das Modell zwar in dem Sinne besser, dass die Ausgaben der einzelnen Versicherten individuell und damit genauer abgebildet werden könnten. Allerdings wäre dies mit weitreichenden Auswirkungen auf die Zuweisungen verbunden: Im Morbi-RSA würde der Fokus vermehrt auf Akuterkrankungen gerichtet.

Zudem würden Anreize für wirtschaftliches Verhalten bei den Krankenkassen reduziert, weil diese damit rechnen könnten, dass laufende Ausgaben zumindest zu großen Teilen unmittelbar über die Zuweisungen wieder erstattet würden. Dadurch entstünde das Risiko stärkerer Ausgabenzuwächse in der GKV.

3.5 DIE UNTERSCHIEDLICHEN ROLLEN VON AGG UND HMG

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass die Zuweisungen, die die Krankenkassen über die HMG erhalten, auf die Folgekosten der 80 berücksichtigten Krankheiten abzielen. Dies hat zur Konsequenz, dass nicht alle Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung über die HMG ausgeglichen werden können. Dies betrifft z. B. einen Großteil der Ausgaben für Akutbehandlungen im stationären Bereich. Aber auch die Ausgaben aus dem zahnärztlichen Bereich sowie größere Anteile der Heil- und Hilfsmittel sind kaum mit den Diagnosen des Vorjahres verbunden. Aufgrund der Einschränkung auf maximal 80 Krankheiten sind zudem nicht alle ambulanten und stationären Diagnosen berücksichtigt.

Die Systematik des Morbi-RSA sieht deshalb vor, dass die Leistungsausgaben der Krankenkassen, die in diesem Sinne nicht durch die HMG ausgeglichen werden, durch die Merkmale Alter und Geschlecht (AGG) gedeckt werden.

Das Zuschlagsmodell des Morbi-RSA mit den Bestandteilen AGG und HMG stellt sich für einzelne Versicherte folgendermaßen dar:

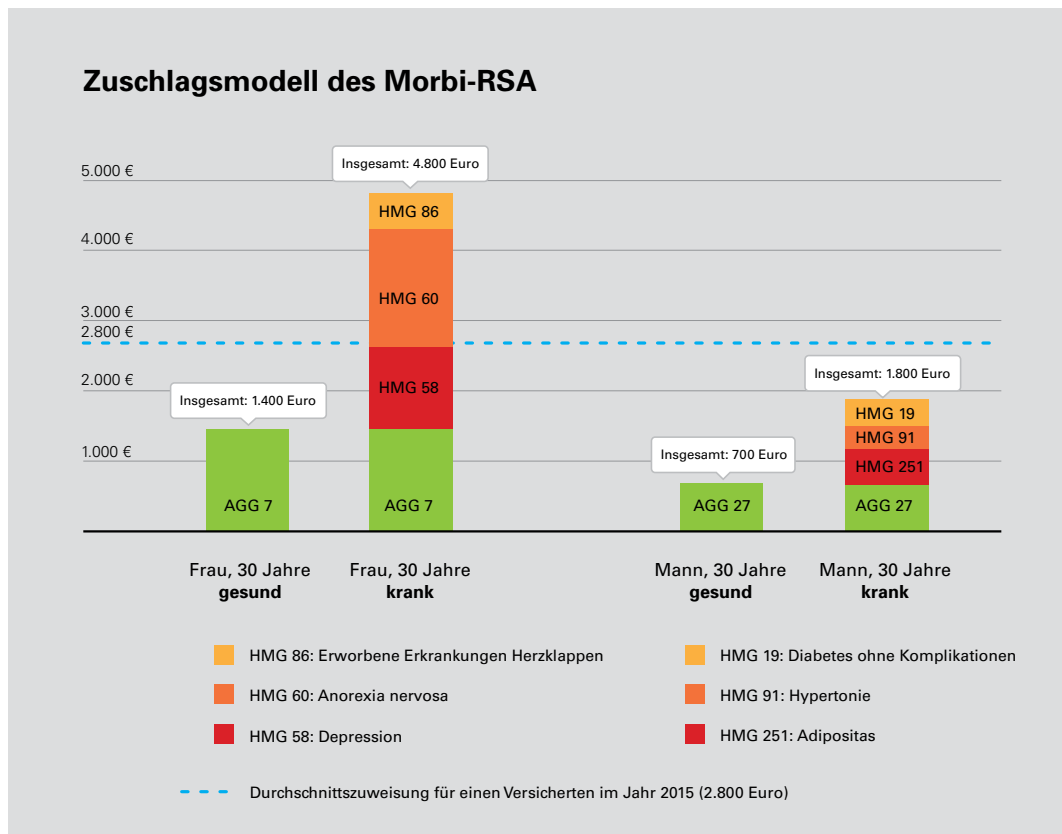


Abbildung 2: Beispiele über die Berechnung der voraussichtlichen Zuweisungen für Pflichtleistungen der Krankenkasse ohne HMG und mit HMG für das Ausgleichsjahr 2015; Quelle: www.bundesversicherungsamt.de

4 Morbi-RSA-Zuschläge für Sondergruppen

Die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA, die die Krankenkassen für ihre Versicherten erhalten, werden neben den eben beschriebenen noch von weiteren Faktoren bestimmt. Diese Faktoren zielen auf folgende Tatbestände ab:

- A. Bezug einer Erwerbsminderungsrente,
- B. Wohnort im Ausland,
- C. Wahl der Kostenerstattung,
- D. Krankengeldanspruch und/oder
- E. Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP).

Treffen ein oder mehrere dieser Tatbestände auf einen Versicherten zu, so erhält die zuständige Krankenkasse dafür eine gesonderte Zuweisung. Dabei sind Ausnahme- und Sonderregelungen bei der Festlegung der Morbi-RSA-Zuweisungen an die Krankenkassen zu beachten.

Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Größenordnung der o. g. Sondergruppen im Rahmen der Gesamtzuweisung, die für das Jahr 2013 über den Morbi-RSA an die Krankenkassen erfolgte:

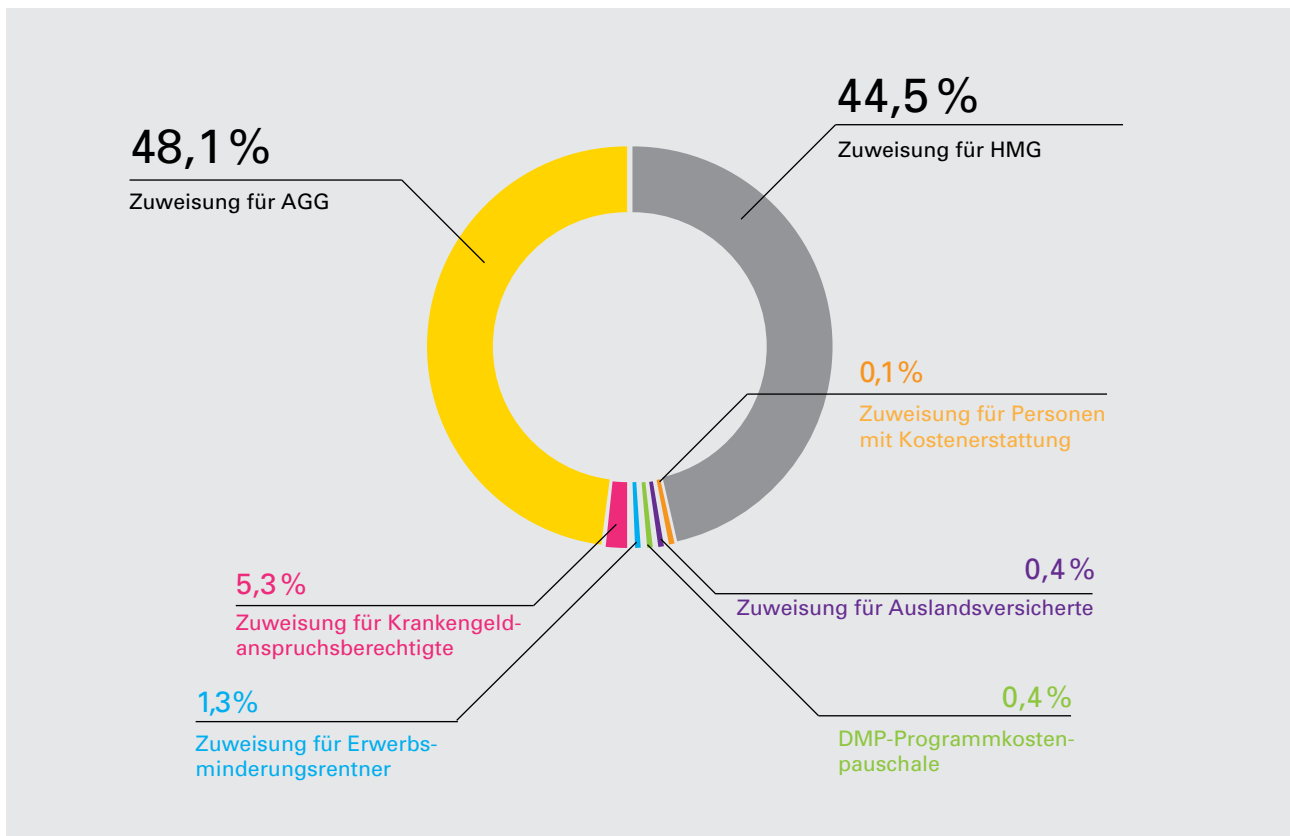


Abbildung 3: Zusammensetzung der Zuweisung aus dem Morbi-RSA

A. ERWERBSMINDERUNGSGRUPPEN (EMG)

Die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus im Morbi-RSA beruht noch auf dem alten, bis zum Jahr 2008 gültigen Verfahren, in dem die direkte Morbidität im Sinne von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen noch keine Beachtung fand. Im Kontext des alten RSA war es nachvollziehbar, dass ein Erwerbsminderungsrentner eher krank sein wird als eine andere Person gleichen Alters und Geschlechts ohne Erwerbsminderungsstatus.

Zu hinterfragen ist, ob die gesonderte Berücksichtigung nach Einführung des Morbi-RSA nicht entbehrlich geworden ist: Schließlich können genau die Diagnosen, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, auch mit höheren Zuweisungen über die HMG verbunden sein. Dafür spricht, dass das Zuweisungsvolumen für EMG in Höhe von etwas mehr als ein Prozent der Gesamtzuweisung recht gering ist.

Eine Abschaffung der EMG im aktuellen Morbi-RSA und stattdessen eine Verteilung der für diese Gruppen bisher ausgeschütteten Finanzmittel über die AGG und HMG würden zu einer sachgerechteren Verteilung führen. So wäre eine Vereinfachung des inzwischen hochkomplexen Modells durch Reduktion der berücksichtigten Risikogruppen erreichbar.

B. ALTERS- UND GESCHLECHTSGRUPPEN FÜR AUSLANDSVERSICHERTE (AUSAGG)

Personen, die zwar in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, aber im Ausland wohnen, müssen gesondert berücksichtigt werden. Schließlich liegen für diese Personen keine für den Morbi-RSA verwendbaren Diagnosen und Arzneimittelverordnungen vor, da diese im Ausland erstellt werden. Insofern ist eine Zuordnung in HMG für diesen Personenkreis nicht möglich.

Die Identifizierung der Personen, die als Auslandsversicherte gewertet werden, erfolgt in jedem Jahr von Neuem. Danach zählt ein Versicherter als Auslandsversicherter, wenn er in dem Jahr, aus dem die maßgeblichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen stammen, seinen Wohnsitz überwiegend im Ausland hatte.

Für Auslandsversicherte erhalten die Krankenkassen den jeweiligen Zuschlag nach Alter und Geschlecht sowie den Durchschnittswert aus den HMG, den Personen gleichen Alters und Geschlechts (AusAGG) aufweisen. Die Zuschläge für diese AusAGG werden dabei so angepasst, dass die Zuweisungen genau den Leistungsausgaben für die Behandlungskosten im Ausland entsprechen.

Darüber hinaus kann für diesen Personenkreis auch noch eine Zuweisung für die EMG und/oder für einen Krankengeldanspruch erfolgen, sofern die entsprechenden Voraussetzungen bei einem Versicherten erfüllt werden.

C. KOSTENERSTATTERGRUPPEN (KEG)

Versicherte, die im ambulant ärztlichen Bereich Kostenerstattung gewählt haben, bezahlen den Arztbesuch zunächst selbst und lassen sich den Betrag anschließend von ihrer Krankenkasse erstatten. Für diese Versicherten werden keine oder nur unvollständige Diagnosen und Arzneimittelverordnungen erfasst, so dass eine Zuordnung von HMG nicht oder nur unzuverlässig möglich ist – ähnlich, wie bei den Versicherten mit Wohnort im Ausland.

Deshalb wurden zwei separate Kostenerstattergruppen (KEG) zur Ermittlung der Zuschlagsbeträge im Modell eingeführt, für die Zuschlagsbeträge ermittelt werden, die sämtliche HMG für den betroffenen Personenkreis ersetzen. Die beiden KEG im Modell unterscheiden, ob die Kostenerstattung gemäß §13 SGBV gegenüber der Krankenkasse erklärt wurde (KEG 1) oder ob sie über einen Wahltarif nach § 53 SGB V zustande kam (KEG 2). Da im Jahr 2013 ca. 90.000 Versicherte in die Kategorie der Kostenerstattung nach KEG 1 und etwa 7.500 Versicherte in die der KEG 2 fielen, kann bei diesen sehr geringen Besetzungszahlen – verglichen mit den rund 70 Mio. Versicherten in der GKV insgesamt – auf eine weitere Differenzierung der Kostenerstattergruppen verzichtet werden.

D. KRANKENGELDGRUPPEN

Das Krankengeld gehört zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist eine Entgeltersatzleistung, die sich an die Lohnfortzahlung des Arbeitgebers anschließt, wenn ein Versicherter infolge einer länger als sechs Wochen andauernden Krankheit arbeitsunfähig ist. Die Höhe des Krankengeldes als Entgeltersatzleistung richtet sich nach dem Einkommen des Versicherten (derzeit 70 % des letzten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts). Das Krankengeld hat als Leistungsart insofern einen Sonderstatus, als es sich bei der Krankengeldzahlung um eine reine Geldleistung und nicht um eine Sachleistung der Krankenkassen handelt.

Die Krankengeldzuweisungen erfolgen an die Krankenkassen nur für Versicherte, die einen Anspruch auf Krankengeld haben, unabhängig davon, ob ein Versicherter tatsächlich Krankengeld bezieht oder nicht. Das Gesamtzuweisungsvolumen für die Krankengeldleistungen aller Krankenkassen ergibt sich aus der tatsächlichen Summe der Krankengeldausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Höhe der jeweiligen Zuweisungen an die einzelnen Krankenkassen richtet sich teils an einer Standardisierung und teils an den Ist-Ausgaben der einzelnen Krankenkasse aus. Die Standardisierung wird dabei wie folgt vorgenommen:

Für Versicherte mit Krankengeldanspruch, die keine Erwerbsminderungsrentner sind, werden Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) gebildet. Erwerbsminderungsrentner mit Krankengeldanspruch werden gesonderten

Alters-Geschlechts-Gruppen (K-EMG) zugewiesen. Insgesamt existieren 244 K-AGG bzw. K-EMG.

Nun wird jeder Versicherte genau einer dieser K-AGG oder K-EMG zugeordnet, und zwar unabhängig davon, ob er Krankengeld bezieht oder nicht. Nur der grundsätzliche Anspruch auf Krankengeld ist hier von Bedeutung. In der Folge heißt das, dass eine Krankenkasse für jeden krankengeldanspruchsberechtigten Versicherten eine Zuweisung erhält – selbst wenn dieser gar keine Ausgaben verursacht.

Die Höhe der standardisierten Zuweisung entspricht schließlich der Hälfte des Durchschnitts der real ausbezahlten Krankengeldleistungen aller Versicherten in einer K-AGG bzw. K-EMG. Diese standardisierten Krankengeldausgaben stellen dann den einen Teil der Zuweisungen für einen Versicherten in der jeweiligen Gruppe dar. Der zweite Teil entspricht der Hälfte der Krankengeldausgaben, die der Versicherte tatsächlich verursacht hat.

Während sich der zweite Teil der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Krankengeld an der tatsächlichen Höhe der Krankengeldausgaben bemisst, erfolgt die Standardisierung für den ersten Teil vollkommen unabhängig vom tatsächlichen Aufwand der Krankengeldausgaben für einen Versicherten. Dies hat zur Folge, dass die Zuweisung für Versicherte, die tatsächlich Krankengeld beziehen, nicht zur Deckung der Ausgaben in diesem Bereich ausreicht. Dagegen erhalten die Krankenkassen für Versicherte ohne Krankengeldbezug über die Standardisierung mehr Geld als für diesen Bereich benötigt wird, weil hier keine Ausgaben anfallen. Dies wird im folgenden Beispiel verdeutlicht:

Für einen 50-jährigen Mann, der im kompletten Kalenderjahr einen gesetzlichen Krankengeldanspruch hat, wird der zuständigen Krankenkasse ein Betrag von derzeit rund 215 Euro als standardisierte Krankengeldzuweisung überwiesen. Wenn dieser Mann im selben Jahr an keinem Tag Krankengeld bezieht, bleibt es auch insgesamt bei der Zuweisung von 215 Euro. Dieser Betrag stellt für die Krankenkasse gleichzeitig einen Überschuss dar, da sie für diesen Versicherten keinen Aufwand für Krankengeld hat. Würde der gleiche Versicherte aber an 50 Tagen des Jahres Krankengeld in Höhe von 60 Euro pro Tag, also insgesamt 3.000 Euro, beziehen, würde die Krankenkasse zusätzlich 50 % des Aufwands als Zuweisung erhalten. Die Krankengeldzuweisung für den Versicherten würde sich danach insgesamt auf $3.000 \text{ Euro} \times 50 \% + 215 \text{ €} = 1.715 \text{ €}$ belaufen. Dies hätte eine Unterdeckung von 1.285 Euro für diesen Versicherten bei der Krankenkasse zur Folge.

Die Diskrepanz zwischen Zuweisung und tatsächlichen Krankengeldzahlungen führt also dazu, dass die Zuweisungen für ein Mitglied mit Krankengeldbezug nicht zur Deckung der Ausgaben ausreichen. Im Versichertenkollektiv einer Krankenkasse sollte dies möglichst über die Gesamtzugewiesung für die

Krankengeldausgaben, also durch die Überschüsse bei den Mitgliedern ohne tatsächlichen Krankengeldbezug, ausgeglichen werden.

Die standardisierten Krankengeldzuweisungen bemessen sich zudem am durchschnittlichen Einkommen der GKV-Versicherten. Krankenkassen mit überwiegend unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern und daher niedrigen Krankengeldzahlungen sind hiernach im Vorteil, denn die Zuweisungen aus dem Fonds übersteigen die Krankengeldkosten dieser Kassen. Umgekehrt hat eine Krankenkasse mit überdurchschnittlich vielen Mitgliedern mit Krankengeldbezug und überdurchschnittlichem Einkommen automatisch einen finanziellen Nachteil.

In Abhängigkeit vom Einkommen der Mitglieder und der Inanspruchnahme von Krankengeld lassen sich deutliche Unterschiede in der Ausprägung von Unter- und Überdeckungen in der gesetzlichen Krankenversicherung finden. Letztlich besteht daher weitgehender Konsens aller am Morbi-RSA Beteiligten, dass das bisherige System der Krankengeldzuweisung verbesserungsbedürftig ist. Durch aktuell vom Gesetzgeber beauftragte wissenschaftliche Analysen sollen die Optionen für einen besseren Zuweisungsalgorithmus geprüft werden.

E. DMP-PROGRAMMKOSTEN-PAUSCHALEN

Die Einschreibung eines Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) ist für den Morbi-RSA im engeren Sinne nicht unmittelbar von finanzieller Relevanz. Eine Krankenkasse erhält z. B. für einen Diabetiker einen HMG-Zuschlag – entsprechend dem oben geschilderten Verfahren – abhängig von vorliegenden Diagnosen und Verordnungen aus dem Vorjahr. Dabei ist es irrelevant, ob der Versicherte in ein DMP für Diabetes eingeschrieben ist, oder nicht.

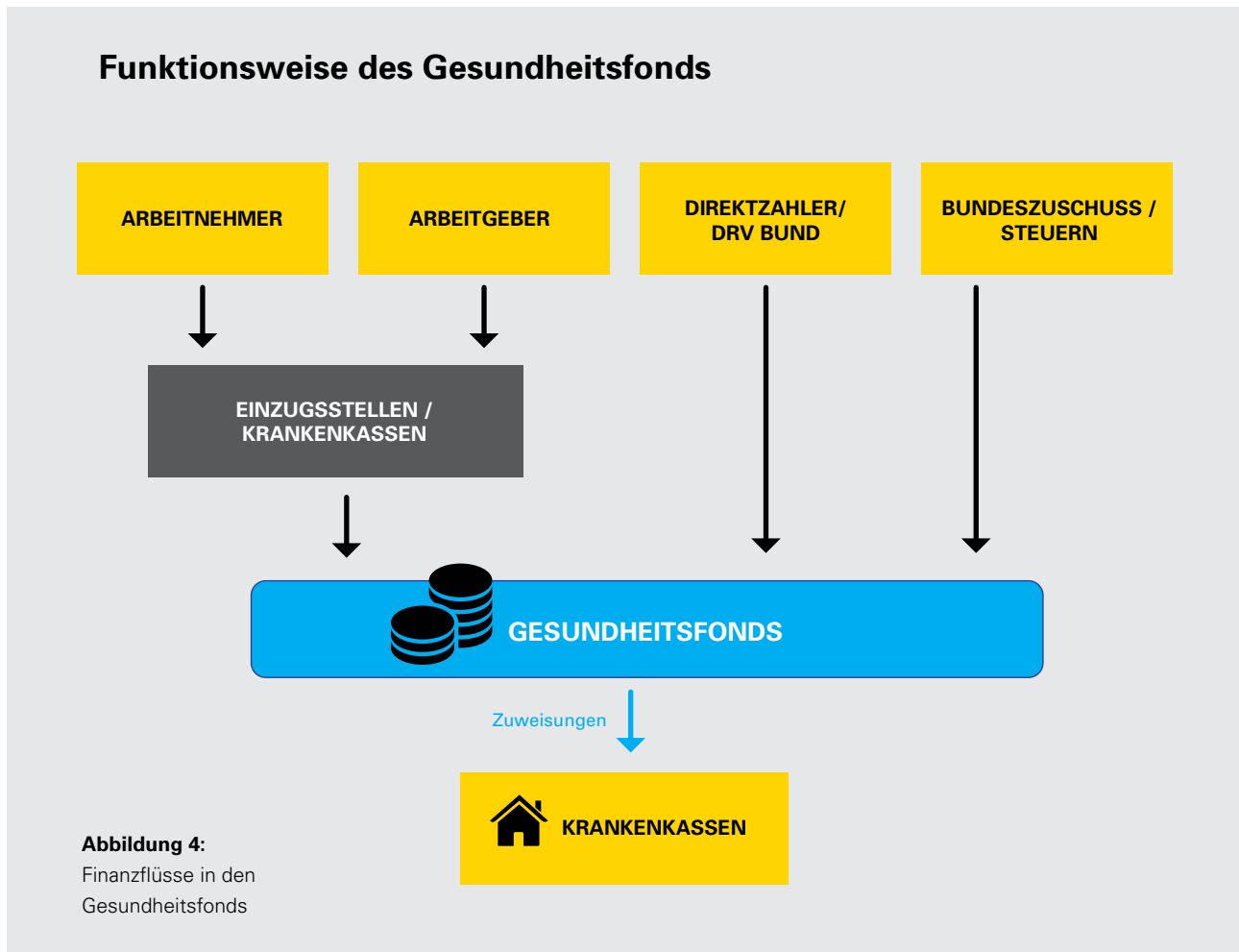
Allerdings erhalten Krankenkassen für jeden Versicherten, der in ein DMP eingeschrieben ist, eine Pauschale, die nicht mit den eigentlichen Behandlungskosten, sondern mit den Kosten zur Durchführung der Programme verbunden ist. Diese Programmkostenpauschale beträgt derzeit rund 12 Euro pro Monat.

5 Funktionsweise des Gesundheitsfonds

5.1 ABFLUSS ALLER BEITRAGSEINNAHMEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG IN DEN GESUNDHEITSFONDS

Im Jahr 2009 wurde ein Gesundheitsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Seine Aufgabe ist es, die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung einzusammeln und dann vor allem über den Morbi-RSA – wie beschrieben – zu verteilen. So gilt seit 2009 bundesweit ein allgemeiner paritätischer Beitragssatz, dessen Höhe vom Gesetzgeber festgelegt wird. Seit 2015 beträgt dieser 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen und wird hälftig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Darüber hinaus ist geregelt, dass jede Krankenkasse je nach Finanzbedarf ggf. einen kassenbezogenen, einkommensabhängigen Zusatzbeitrag festlegt. Dieser wird von den Mitgliedern alleine getragen.

Die gesetzlichen Krankenkassen fungieren dabei als Einzugsstellen. Auch bei freiwilligen GKV-Versicherten erheben die Krankenkassen deren Beiträge und führen diese an den Gesundheitsfonds ab. Die Beiträge der Rentner, Arbeitslosengeldbezieher, geringfügig Beschäftigten und Künstler sowie der Wehr- und Zivildienstleistende werden von den zuständigen Stellen direkt in den Gesundheitsfonds abgeführt.





Neben den Beiträgen der Krankenkassen wird der Gesundheitsfonds auch durch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss gespeist. Er wurde als pauschaler Beitrag der Steuerzahler zu den Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für versicherungsfremde Leistungen (u. a. beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen bzw. geringfügig beschäftigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern sowie Kindern, Leistungen rund um die Schwangerschaft und Mutterschaft) konzipiert. Er sollte die Finanzierung dieser familienpolitisch und gesamtgesellschaftlich motivierten Aufgaben Deutschlands unterstützen.

Insbesondere seit der globalen Wirtschafts- und Finanzkrise im Jahr 2009 schwankt der Bundeszuschuss konjunktur- und politikabhängig.

Tabelle 2: Entwicklung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds

Gesetzesgrundlage / Jahr	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17
Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2004	1	2,5	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2
Haushaltsbegleitgesetz 2006	×	×	×	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007	×	×	×	2,5	2,5	4	5,5	7	8,5	10	11,5	13	14	14
Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland 2009	×	×	×	×	×	7,2	11,8	13,3	14	14	14	14	14	14
Haushaltsbegleitgesetz 2013	×	×	×	×	×	×	×	×	×	11,5	14	14	14	14
Haushaltsbegleitgesetz 2014	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	10,5	11,5	14	14,5
Tatsächlicher Bundeszuschuss in Mrd. €	1	2,5	4,2	2,5	2,5	7,2	11,8	13,3	14	11,5	10,5	11,5	?	?

 In der angegebenen Gesetzesgrundlage war ein Bundeszuschuss in der jeweiligen Höhe geplant, wurde allerdings nachträglich durch ein anderes Gesetz wieder aufgehoben.

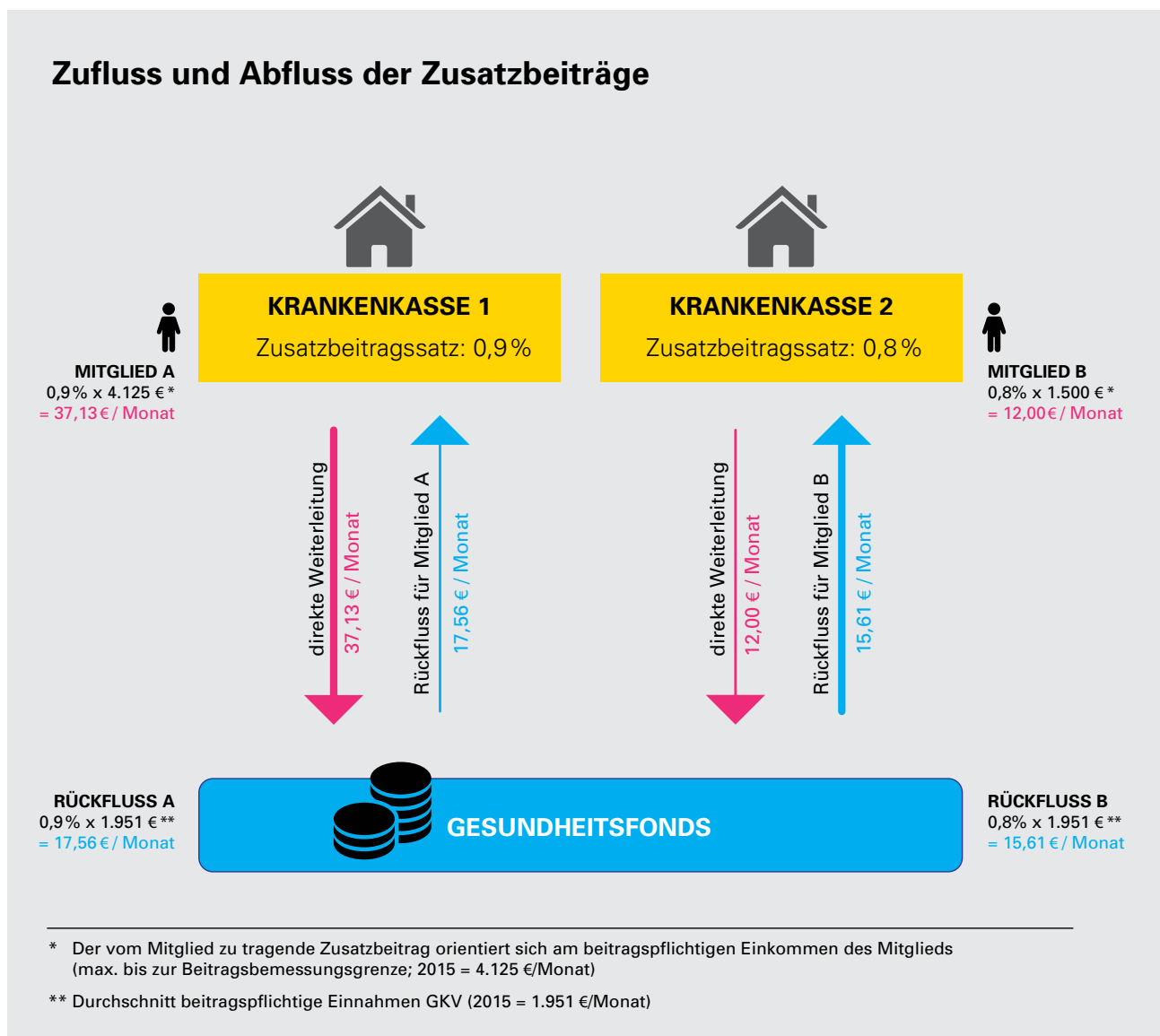
 Die Jahre, für die ein Gesetz keine Regelung im Hinblick auf den Bundeszuschuss enthielt

Der Bundeszuschuss ist daher für die gesetzlichen Krankenkassen im Hinblick auf die Berechnung künftiger Einnahmen ein Unsicherheitsfaktor, der für sie ein Risiko in der individuellen Finanzplanung darstellt.

5.2 EINNAHMEN DER KRANKENKASSEN AUS DEM INDIVIDUELLEN ZUSATZBEITRAGSSATZ

Die an den Gesundheitsfonds abgeführten Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag fließen wieder an die Krankenkassen zurück. Dabei werden für den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz nicht die kassenindividuellen beitragspflichtigen Einnahmen, sondern die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde gelegt. So wird ein vollständiger Einkommensausgleich zwischen den Kassen erzielt und Unterschiede in der Einkommenshöhe der Kassenmitglieder nivelliert. Folglich wird vermieden, dass Krankenkassen mit überdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern bei gleichem Finanzierungsbedarf einen geringeren einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben als Krankenkassen mit unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern. Damit sollen Wettbewerbsvor- bzw. -nachteile der Krankenkassen aus Einkommensunterschieden der Mitglieder ausgeglichen und der Wettbewerbsspielraum weiter eingeschränkt werden.

Abbildung 5:
Einkommensausgleich bei der Erhebung der Zusatzbeiträge durch die Krankenkassen



5.3 STEUERUNG DER AUSSCHÜTTUNGEN DES GESUNDHEITSFONDS AN DIE KRANKENKASSEN

Das Bundesversicherungssamt (BVA) verwaltet den Gesundheitsfonds als Sondervermögen und ist zuständig für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. In diesem Rahmen ist das BVA verantwortlich für die Durchführung des damit verbundenen Zahlungsverkehrs, für die Buchführung und Rechnungslegung über die Zahlungen sowie für die Koordinierung und Ausgestaltung zukünftiger Verwaltungsverfahren zu den Prüfungen des Gesundheitsfonds.

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen setzen sich aus vier Teilen zusammen:

- Zuweisung zur Deckung der Pflichtleistungen, sogenannte berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben,
- Zuweisung zur Deckung der Verwaltungsausgaben,
- Zuweisung für Satzungs- und Ermessensleistungen,
- Anpassungsbetrag zum vorab festgelegten Ausschüttungsvolumen des Gesundheitsfonds.

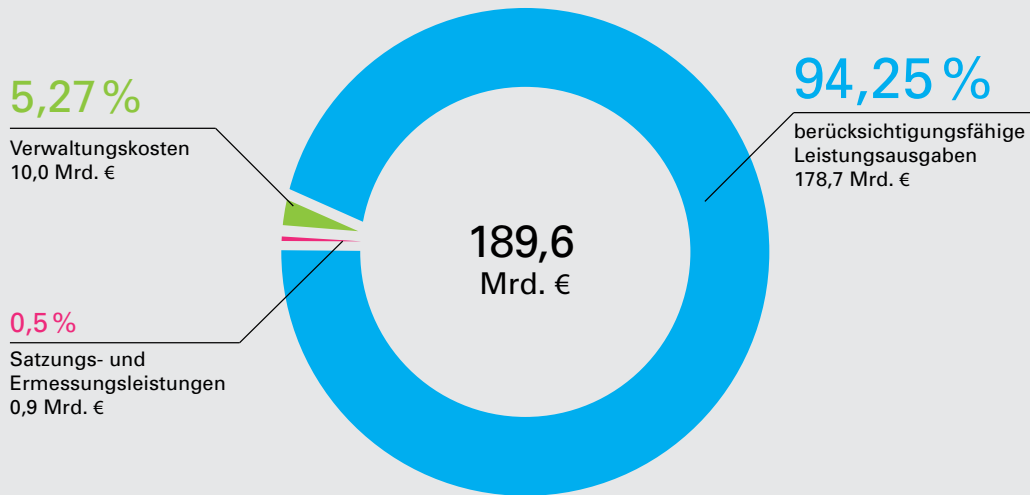
Die Zuweisungen zur Deckung der Pflichtleistungen erhalten die Krankenkassen über den Morbi-RSA. Dies sind rund 95 % aller über den Morbi-RSA umverteilten Finanzmittel des Gesundheitsfonds (2015 rund 198 Mrd. Euro).

Die Zuweisung zur Deckung der Verwaltungsausgaben wird durch die Summe aller Verwaltungsausgaben der derzeit 124 Krankenkassen bestimmt (2015 rund 10,5 Mrd. Euro). Die Verteilung erfolgt dann zu 50 % über die Morbidität und zu 50 % über einen versichertenbezogenen Pauschalbetrag.

Für Satzungs- und Ermessensleistungen erhalten die Krankenkassen eine Zuweisung, die sich ebenfalls aus einem versichertenbezogenen Pauschalbetrag ergibt (2015 rund 1,0 Mrd. Euro).

Ausgabenbereiche der GKV

2013



Aufteilung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben

178,7 Mrd. €

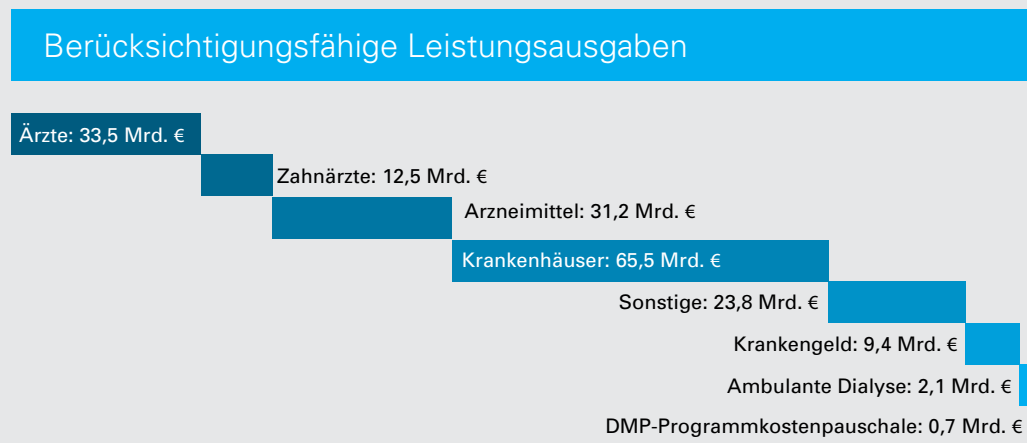


Abbildung 6: Zuweisungsbestandteile des Gesundheitsfonds

Während sich die Zuweisungen an die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt immer an den jeweiligen Ausgaben orientieren und damit eine exakte Ausgabendeckung vorliegt, ergeben sich auf Ebene der Einzelkassen regelmäßig Unter- und Überdeckungen. Für jeden der drei Bestandteile der Gesamtzuweisung gilt, dass eine Krankenkasse einen Überschuss erreicht, wenn die Zuweisung die jeweiligen Ausgaben übersteigt. Umgekehrt entsteht jeweils ein Defizit, wenn die Ausgaben auf Kassenebene über der Zuweisung liegen.

Auf Krankenkassenebene können Überschüsse einzelner Zuweisungsbestandteile zum Ausgleich eventuell bestehender Defizite bei anderen Zuweisungsbestandteilen, zur Senkung des kassenindividuellen Zusatzbeitrages oder zum Aufbau von Vermögen genutzt werden.

Über den vierten Teil der Gesamtzuweisung des Gesundheitsfonds, den Anpassungsbetrag, wird letztlich erreicht, dass in jedem Jahr genau das vorab festgelegte Fondsvolumen an die Krankenkassen ausgeschüttet wird. Über einen jährlichen Anpassungsbetrag können die Krankenkassen damit eine zusätzliche Zuweisung erhalten, die demjenigen Betrag entspricht, um den die vorab garantierte Gesamtzuweisung des Gesundheitsfonds die Gesamtausgaben in der GKV übersteigt. Andernfalls wird der Betrag, um den die Gesamtausgaben der GKV die vorab garantierte Gesamtzuweisung aus dem Gesundheitsfonds übersteigen, bei den Krankenkassen in Abzug gebracht. In der folgenden Abbildung wird die Entwicklung dieser Über- bzw. Unterdeckungen seit 2009 dargestellt:

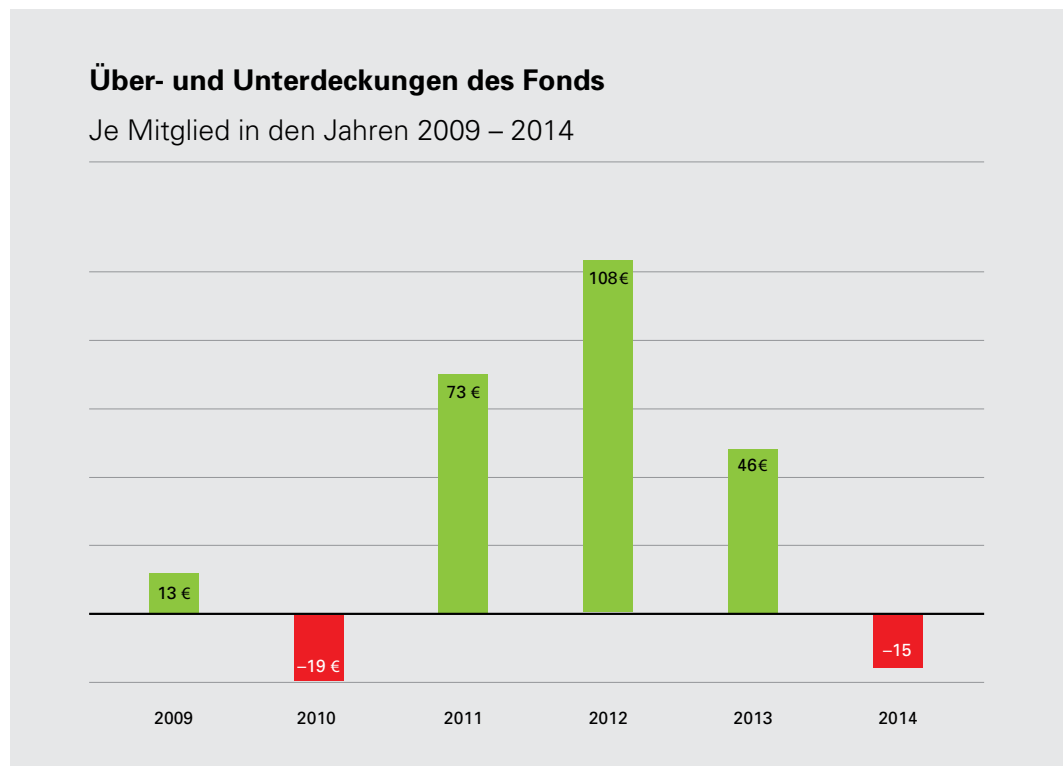


Abbildung 7: Entwicklung der Über- und Unterdeckungen (jährliche Anpassungsbeträge) des Gesundheitsfonds; Quelle: DWH KM 1 13 Konto 10999, Stand: 07.05.2015

Über- und Unterdeckung des Fonds

	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*
Fondsüber-/unterdeckung	0,67 Mrd. €	-0,99 Mrd. €	3,78 Mrd. €	5,61 Mrd. €	2,41 Mrd. €	-0,77 Mrd. €	-11,21 Mrd. €
Mitglieder (KM1 13 Kto 10999)	51,24 Mio. €	51,37 Mio. €	51,60 Mio. €	52,05 Mio. €	52,43 Mio. €	52,48 Mio. €	52,97 Mio. €
je Mitglied (berechnet)	13 €	-19 €	73 €	108 €	46 €	-15 €	-212 €

Tabelle 3: Über- und Unterdeckung des Fonds

* Diese Werte wurden geschätzt

Im Jahr 2015 beschränken die Beitragseinnahmen zusammen mit dem Steuerzuschuss für den Gesundheitsfonds das Ausschüttungsvolumen auf 198,3 Mrd. Euro. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Pflichtleistungen, Verwaltung sowie Satzungs- und Ermessensleistungen – und damit auch die Zuweisungen für diese Bereiche an die Krankenkassen – werden sich aber voraussichtlich auf 209,5 Mrd. Euro belaufen. Damit sind 11,2 Mrd. Euro der Ausgaben nicht über Einnahmen gedeckt und können somit auch nicht aus dem Gesundheitsfonds ausgeschüttet werden.

Der Anpassungsbetrag fällt also mit –11,2 Mrd. Euro negativ aus. Er wird als mitgliederbezogener Pauschalbetrag auf die Krankenkassen umgelegt.

Zudem ist per Gesetz vorgesehen, dass der Gesundheitsfonds eine Mindesthöhe an Beitragseinnahmen, die sogenannten Liquiditätsreserve, vorzuhalten hat. Aus dieser Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs zwischen den Krankenkassen im Hinblick auf die von ihnen erhobenen Zusatzbeiträge zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss mindestens 25 % der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen.

Bis zum Aufbau der Liquiditätsreserve nach Einführung des Gesundheitsfonds, war vorgesehen, dass der Bund dem Gesundheitsfonds zunächst zeitweise ein zinsloses Liquiditätsdarlehen bewilligt, sollten die eigenen Einnahmen des Gesundheitsfonds nicht ausreichen. In der Aufbauphase des Gesundheitsfonds musste im Jahr 2009 aufgrund von Beitragsausfällen durch verstärkte Kurzarbeit und steigender Arbeitslosigkeit während der Wirtschafts- und Finanzkrise kurzzeitig ein Bundesdarlehen in Anspruch genommen werden. Dieses konnte allerdings bereits vor dem Jahresende wieder zurückgezahlt werden.

Aufgrund der guten konjunkturellen Wirtschaftslage nach der Wirtschafts- und Finanzkrise, verbunden mit Lohn- und Beschäftigungszuwächsen, stieg die Liquiditätsreserve in den Jahren 2011 bis 2013 weiter an. Seit 2014 nimmt die Liquiditätsreserve wieder ab.

Der Rückgang der Liquiditätsreserve ist insbesondere damit zu erklären, dass durch die Absenkung des Bundeszuschusses auf sie zurückgegriffen werden muss. Zudem wird der Wegfall der Praxisgebühr, der die Krankenkassen seit 2014 finanziell belastet, durch eine Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgeglichen. Gleiches gilt für Mehrausgaben der

Krankenkassen aufgrund finanzieller Hilfen an Krankenhäuser, die aus den Reformen aus dem Jahr 2013 resultieren. Auch aktuelle Gesetzesvorhaben sehen direkte Finanzabflüsse für Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung vor, so dass die Liquiditätsreserve perspektivisch weiter abnehmen wird.

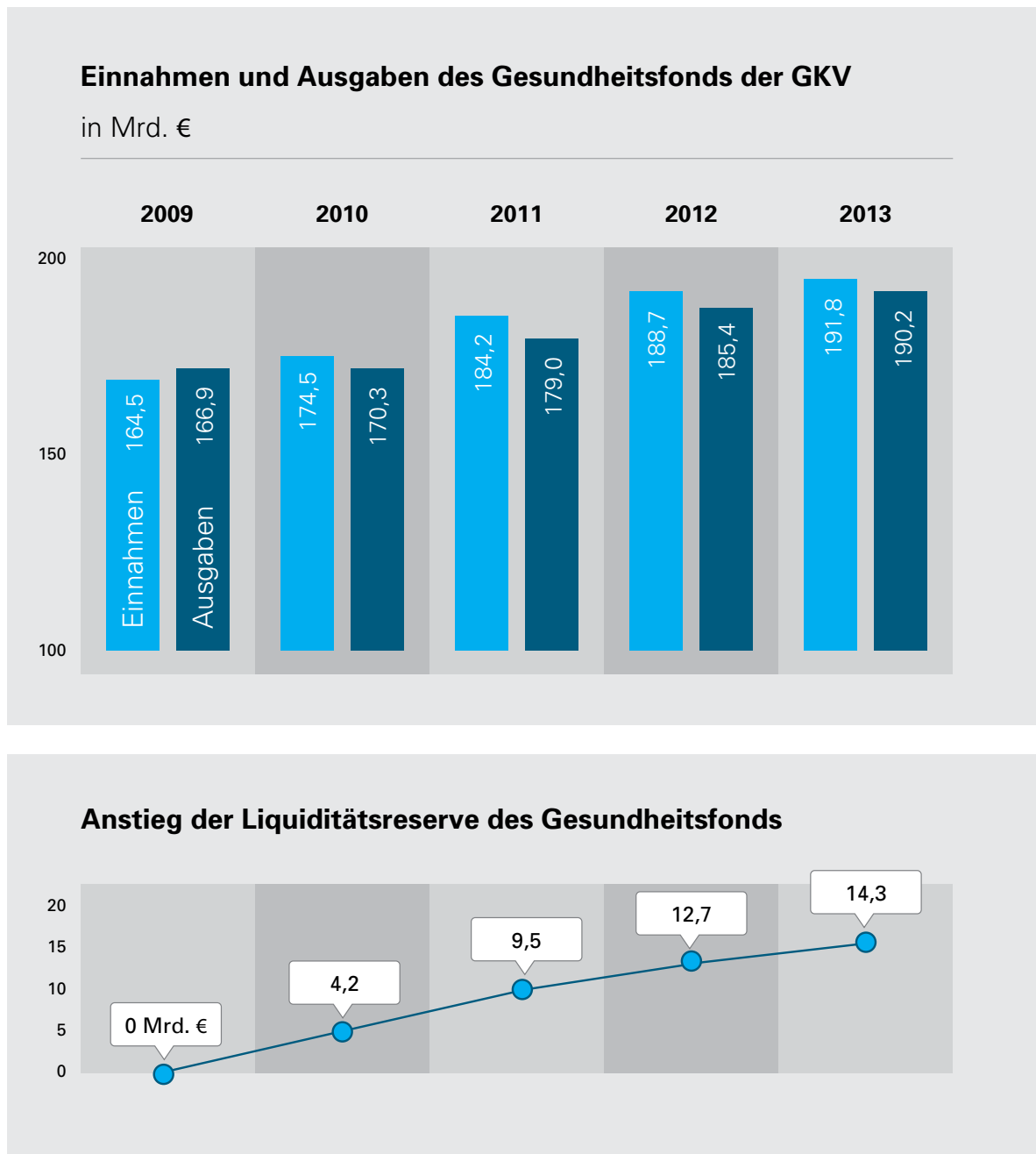


Abbildung 8: Entwicklung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

Bilanz zur Einführung von Morbi-RSA und Gesundheitsfonds

Eines der Ziele des Morbi-RSA war es, für alle gesetzlichen Krankenkassen – ungeachtet der Risikostruktur ihrer Versicherten – gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen zu schaffen. Hierfür sollen die Beitragsgelder der Versicherten per Sammelstelle über den Gesundheitsfonds und Umverteilung über den Morbi-RSA dorthin fließen, wo sie zur Deckung der Ausgaben zur Versorgung Kranker benötigt werden.

Nach Einschätzung vieler Experten im Gesundheitssystem wurde dieses Ziel durch die zahlreichen, oben beschriebenen Mechanismen und Weiterentwicklungen erreicht. Dennoch zeigen sich nach wie vor – und in den letzten Jahren in verstärktem Maße – dass sich Verwerfungen zwischen den Krankenkassen beziehungsweise den Kassenarten auftun, die sich nicht unbedingt mit einem wirtschaftlichen Krankenkassenhandeln oder Strukturunterschieden bei den Versicherten erklären lassen und die den Wettbewerb unter den Krankenkassen massiv beeinflussen. Daher wird mit unterschiedlichen Interessenslagen und letztlich seit dem ersten Tag der Einführung des Morbi-RSA hart um dessen Weiterentwicklung gekämpft.

Schließlich wird über den Morbi-RSA ein Finanzvolumen von mehr als 200 Mrd. Euro verteilt und bereits kleinste Änderungen können zu einer massiven Umverteilung der Finanzmittel zwischen den Kassen und damit zu Wettbewerbsvor- bzw. -nachteilen führen.

Und in der Tat bleiben viele Fragen offen und bei der näheren Betrachtung einzelner Stellschrauben im Morbi-RSA gibt es noch viele Ungereimtheiten sowie Unklarheiten.

DER TEUFEL LIEGT IM DETAIL – KAMPF UM DIE WEITERENTWICKLUNG DES MORBI-RSA

Seit Einführung des RSA im Jahre 1994 und des Morbi-RSA im Jahre 2009 wird rege über Gerechtigkeit, Zielgenauigkeit und Komplexität des Verfahrens diskutiert: Ist die Krankheitsauswahl sachgerecht? Wurden die korrekten mathematischen Kriterien gewählt? Wie kann das Modell noch adäquater ausgestaltet werden? Sind die Interpretationsspielräume des SGB V zu groß?

WISSENSCHAFTLICHE BEGUTACHTUNG UND KRITIK AN DER WEITERENTWICKLUNG DES MORBI-RSA

Bereits vor Einführung des Morbi-RSA wurde der damalige wissenschaftliche Beirat des BVA im Jahr 2007 mit einem Gutachten zur Operationalisierung der im SGB V festgelegten 50 bis 80 Krankheiten beauftragt. Zu diesem Gutachten gab es eine intensive Auseinandersetzung in der Fachöffentlichkeit, da

einige große Volkskrankheiten nicht im Morbi-RSA berücksichtigt werden sollten. Nachdem das BVA – der politischen Linie folgend – von den Vorschlägen des wissenschaftlichen Beirates abgewichen war, gab dieser im März 2008 seinen Rücktritt bekannt.

Offen bleibt die Frage aber weiterhin: Soll das Augenmerk verstärkt auf die in den Einzelfällen besonders teuren Erkrankungen gelegt oder stattdessen Volkskrankheiten wie Diabetes oder Asthma berücksichtigt werden, die nur aufgrund der Häufigkeit teuer für die Krankenkassen sind und mithilfe von Präventionsansätzen reduziert werden könnten?

Ein neu einberufener wissenschaftlicher Beirat wurde mit der Evaluation des Jahresausgleiches 2009, dem ersten Jahr des Morbi-RSA, beauftragt. Er kam zu dem Ergebnis, dass der neue Morbi-RSA zielgenauer als der bis 2008 geltende RSA wirkt und die Berücksichtigung der Morbidität zu einer Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen führt. Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA sah der wissenschaftliche Beirat u.a. in folgenden Bereichen:

Es gibt systematische Unter- und Überdeckungen bei bestimmten Versicherten. Gerade bei Versicherten mit außerordentlich hohen Kosten wird der Aufwand der Krankenkassen zu einem geringeren Teil über die Zuweisung für diese Versicherten gedeckt. Dagegen liegen die Zuweisungen für Versicherte, die zwar im Sinne des Morbi-RSA chronisch krank sind, aber relativ günstig behandelt werden können, oftmals über den tatsächlich anfallenden.

Durch eine Wiedereinführung eines Risikopools für besonders teure Leistungsfälle würde die Zielgenauigkeit des Ausgleichsverfahrens deutlich verbessert. Allerdings steht der höheren Zielgenauigkeit des Risikopools laut wissenschaftlichem Beirat ein höherer Verwaltungsaufwand bei der Durchführung und Prüfung des Risikopools gegenüber. Aus Sicht des Beirates ist die Abwägung zwischen diesen Vor- und Nachteilen eine politische Frage.

Im Rahmen der Debatte um besonders teure Leistungsfälle tendiert das BVA dazu, die HMG noch weiter auszudifferenzieren. Dabei bleibt die Frage ungeklärt, ob es sinnvoll ist, für jedes neue hochpreisige Medikament oder jede neue teure Behandlungsmethode eine gesonderte Risikogruppe einzuführen oder ob nicht ein Risikopool für alle Sonderfälle zielführender ist.

Insbesondere in der regionalen Verteilung der Versicherten und der regionalen Inanspruchnahme von Leistungserbringern durch die Versicherten bestehen Ungleichgewichtungen. Laut Evaluation des wissenschaftlichen Beirates kommt es insbesondere zu Unterdeckungen in Kernstädten und Überdeckungen im

umliegenden Verdichtungsraum. Diese exogenen Faktoren sind für Krankenkassen jedoch nur bedingt steuerbar. Zudem spielt das regional unterschiedliche Kodierverhalten der niedergelassenen Ärzte eine Rolle. Je nach Kodierung der Diagnose des Versicherten durch den Arzt führt dies indirekt zu unterschiedlich gelenkten Finanzströmen des Morbi-RSA.

Ein weiterer Kritikpunkt war, dass die jährliche Überprüfung der Krankheitsauswahl erhebliche Ressourcen bindet, da das Verfahren insgesamt sehr umfangreich und komplex ist. Die Meldung von Diagnosen und Verordnungen sowie der Ausgaben jedes Versicherten ist mit einem erheblichen Aufwand verbunden.

KLAGEN ALS MITTEL ZUR VERÄNDERUNG

Auch auf juristischem Wege versuchen viele Akteure, die vorgegebene Richtung des Gesetzgebers zu verändern und reichen eine Vielzahl von Klagen ein, die häufig in letzter Instanz durch das Bundessozialgericht entschieden werden müssen.

Mit der Einführung des Morbi-RSA wurde umgehend beklagt, dass die – für eine Übergangsphase nach Einführung des Gesundheitsfonds vorgesehenen – Transferzahlungen (sogenannten Konvergenzregelung) für Versicherte in Bundesländern, die durch die Einführung von Morbi-RSA und Gesundheitsfonds besonders belastet würden, erheblich niedriger ausgefallen sind als ursprünglich geplant. Des Weiteren reichten Bayern, Baden-Württemberg und Hessen eine Normenkontrollklage ein; sie machten eine Ungleichbehandlung geltend, da die Krankenkassen in Westdeutschland zugunsten der Krankenkassen im Osten belastet würden.

Weiterhin stand die Berechnungsweise des Krankengeldes im Fokus mehrerer Klagen. Anlass war der Fakt, dass es sich laut wissenschaftlichem Beirat des BVA beim Krankengeld nicht um eine einkommensunabhängige Sach-, sondern um eine reine Lohnersatzleistung handelt. Folglich werden die auf Grundlage des gegenwärtigen Krankengeldverfahrens ermittelten Zuweisungen mit einer wesentlich größeren Ungenauigkeit verteilt als die Zuweisungen der übrigen Leistungsbereiche.

Auch das gesamte Verfahren des Morbi-RSA wurde bereits infrage gestellt, weil es nach Ansicht der klagenden Krankenkasse durch die komplizierte Datenerhebung und mangelnden Regeln zu Kodierungsfehlern und in Folge zu einem willkürlichen, verfassungswidrigen Verrechnungsschlüssel gekommen sei. Besteht Grund zur Annahme, dass ein Modell mit weniger Stellschrauben und weitaus geringerer Komplexität qualitativ vergleichbare Ergebnissen zeitigen kann?

Alle Klagen glichen sich bis zum Jahr 2013 darin, dass die Landessozialgerichte und das Bundessozialgericht sie abwiesen. Erstmals gab ein Landessozialgericht einer Klage mehrerer gesetzlicher Krankenkassen im Jahr 2013 statt. Streitgegenstand war die Berücksichtigung von Kosten für die im Laufe des Jahres gestorbenen Versicherten. In Folge dieser Klage gegen das bislang eingesetzte Berechnungsverfahren entschied das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen im Juli 2013, dass das BVA das Berechnungsverfahren für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen für das Jahr 2013 ändern muss, um die bis dahin unzureichende Berücksichtigung Verstorbener im Verfahren zu verändern. Dies hatte erhebliche Umverteilungen zwischen den Kassenarten zur Folge – alleine in 2013 rund 450 Mio. Euro.

JÜNGSTE GESETZLICHE ÄNDERUNGEN

Im Jahr 2014 reagierte der Gesetzgeber aufgrund des öffentlichen Drucks: Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) wurden bei der Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte Ist-Kosten-Elemente als Übergangslösung eingeführt, um die Zielgenauigkeit dieser Zuweisungen kurzfristig zu erhöhen. Zudem erhielt das BVA die Aufgabe, Gutachten zur Weiterentwicklung des Standardisierungsverfahrens bei Krankengeld und Auslandsversicherten in Auftrag zu geben. Die zusätzliche Komplexität und Problematik der Sonderfälle im Morbi-RSA ist somit aber weiterhin nicht gelöst.

OFFENE BAUSTELLEN DES MORBI-RSA

Aber auch nach dem Inkrafttreten des GKV-FQWG flaut die Diskussion um und die Kritik am Morbi-RSA nicht ab. Es sind zahlreiche offene Fragen und Mängel vorhanden. Sie drehen sich nach wie vor um die Komplexität, Krankheitsauswahl, Verwaltungskosten, Krankengeld, regionale Ungleichverteilung, Zielgenauigkeit, Sondergruppen, den Risikopool sowie das mathematische Verfahren.

Bei einem Verteilungsvolumen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von mehr als 200 Mrd. Euro wird das Ringen um weitere Veränderungen nicht nachlassen.

Zu Recht muss das Morbi-RSA-System immer wieder auf den Prüfstand gestellt und veränderten Bedingungen angepasst werden, wenn man den Wettbewerb zwischen den Kassen fair gestalten will. Sowohl Wissenschaft als auch Politik sind daher gefragt, zu handeln. ■

IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN SONDERAUSGABE 1 | 2015

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

Herausgeber/Verlag:
BKK Dachverband e.V.
Franz Knieps | Vorstand

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Julia Kunkel, Dr. Thomas Schepp

TEL 030 2700 406 0 | redaktion@bkk-dv.de

Redaktionsschluss: Juni 2015
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung / Satz:
THE BRETtinghamS GmbH | 10629 Berlin
www.brettingham.de

Druck:
KÖNIGSDRUCK, Printmedien und digitale Dienste GmbH | 13407 Berlin
www.koenigsdruck.de

Bildnachweis:
Titelbild: © CSA Archive/Digital Vision Vectors/Getty Images

