

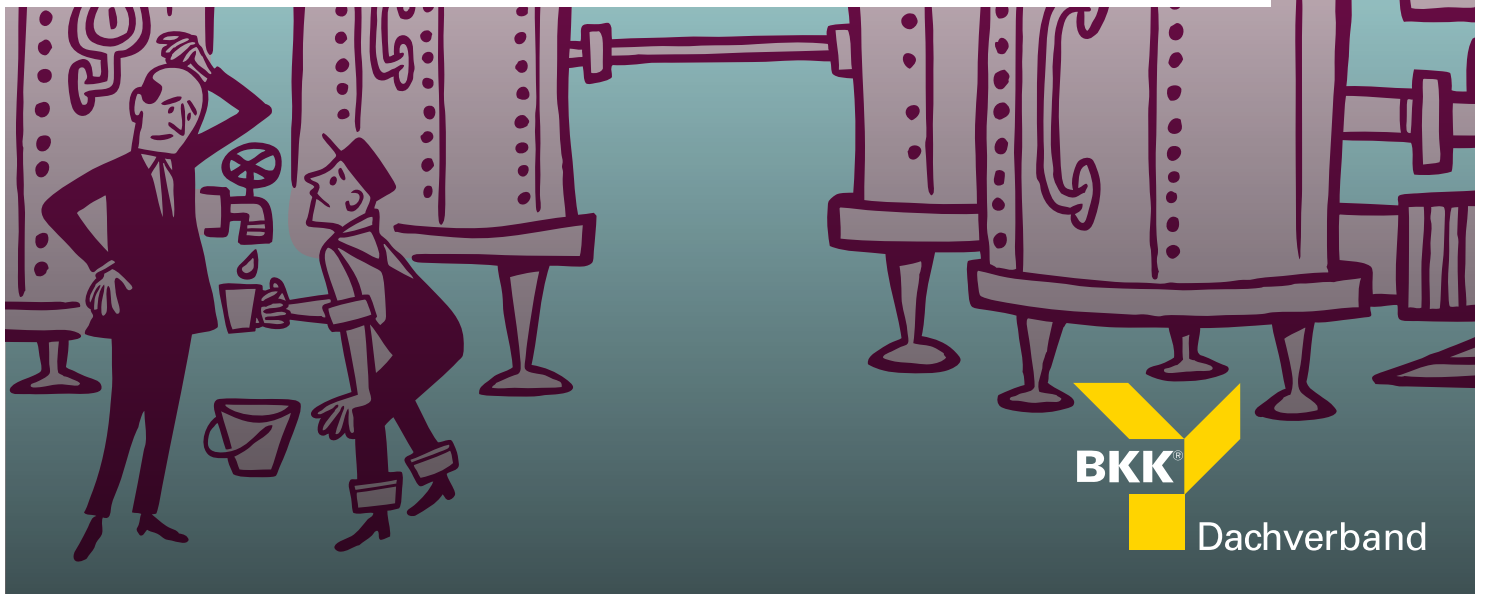
Betriebs  
Kranken  
Kassen

Fairer Finanzausgleich

Jetzt  
ANPACKEN!

MECHANIK MORBI-RSA

**EINFACH, TRANSPARENT,  
MANIPULATIONSSICHER**



**BKK**

Dachverband

# Vorwort

In der Diskussion um eine Weiterentwicklung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) ist allen Beteiligten inzwischen bewusst, dass es für eine an der Versorgung orientierte Verteilung der Beitragsgelder einer Reform des RSA bedarf. Zudem ist das von einigen Wenigen vorgetragene, gebetsmühlenshafte Proklamieren, dass der jetzige RSA der beste sei, den man je hatte, und jegliche Kritik an ihm rein interessengeleitet wäre, eben genau das: interessengeleitet.

Eine Reform des Morbi-RSA ist inzwischen zu Recht keine Frage mehr des OB, sondern eine Frage des WIE. Doch hier gehen die Meinungen – je nach Interessenlage – deutlich auseinander. Kein Wunder: ist doch der Morbi-RSA das Instrument, das annähernd 220 Mrd. Euro zwischen den Kassen umverteilt. Diese Zuweisungen sollen ca. 95 Prozent der Kassenausgaben für alle Versorgungsleistungen decken. Damit soll dieses Verteilungsinstrument einen fairen Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung gewährleisten, der sich um Versorgung, Wirtschaftlichkeit und Service dreht und ungerechtfertigte Beitragsunterschiede vermeidet.

Dass dies seit etlichen Jahren nicht mehr gelingt und es zu massiven Verzerrungen kommt, ist kein Geheimnis. Hinzu kommt ein gestiegener Anreiz zu Manipulationen durch Kassen: Sie schließen gezielt Verträge mit Ärzten, um die Abrechnung von bestimmten Krankheiten zu beeinflussen und so noch mehr Zuweisungen zu generieren – mit dramatischen Konsequenzen für die betroffenen Patienten, den Wettbewerb und letztlich auch für den Ruf der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit der jüngsten Gesetzgebung hat die Politik zwar den Versuch unternommen, diese Aktivitäten zu stoppen. In der Praxis finden sich jedoch bereits wieder Umgehungsstrategien, um die Einnahmen der Kassen durch die RSA-Zuweisungen zu optimieren.

Positiv ist daher, dass der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt bis Herbst 2017 mit einem Sondergutachten zur Evaluation des Morbi-RSA und der Analyse der vielen Vorschläge aus den Kassenarten zu dessen Weiterentwicklung sowie zur Begrenzung der Manipulationsanfälligkeit beauftragt wurde. Auch das zweite Sondergutachten zur Berücksichtigung regionaler Faktoren, das bis Ende April 2018 vorliegen soll, ist hierfür ein wichtiger Baustein.

Aber: die Gutachten und Folgegutachten dürfen nicht dazu führen, dass RSA-Reformen auf die lange Bank geschoben werden. Wird der Wettbewerb nicht schnell wieder gerecht gestaltet, wird die bewährte Kassenvielfalt schon bald verschwinden. Daher müssen unmittelbar zu Beginn der neuen Legislaturperiode kurzfristig umsetzbare Reformen angegangen werden. Gleichzeitig sind weitere Analysen von und Forschung zu mittelfristigen Reformoptionen zu starten. Der RSA muss außerdem endlich ein lernendes System mit regelmäßigen Evaluationen und Anpassungen werden.

Die Betriebskrankenkassen haben Vorschläge zur Reform des Morbi-RSA erarbeitet. Diese eignen sich für eine konsequente, im zeitlichen Ablauf gestaffelte Umsetzung. Gegliedert nach kurz- und mittelfristiger Perspektive werden die Vorschläge in dieser Broschüre erläutert.

In diesem Sinne wünscht Ihnen eine spannende Lektüre

**Franz Knieps**

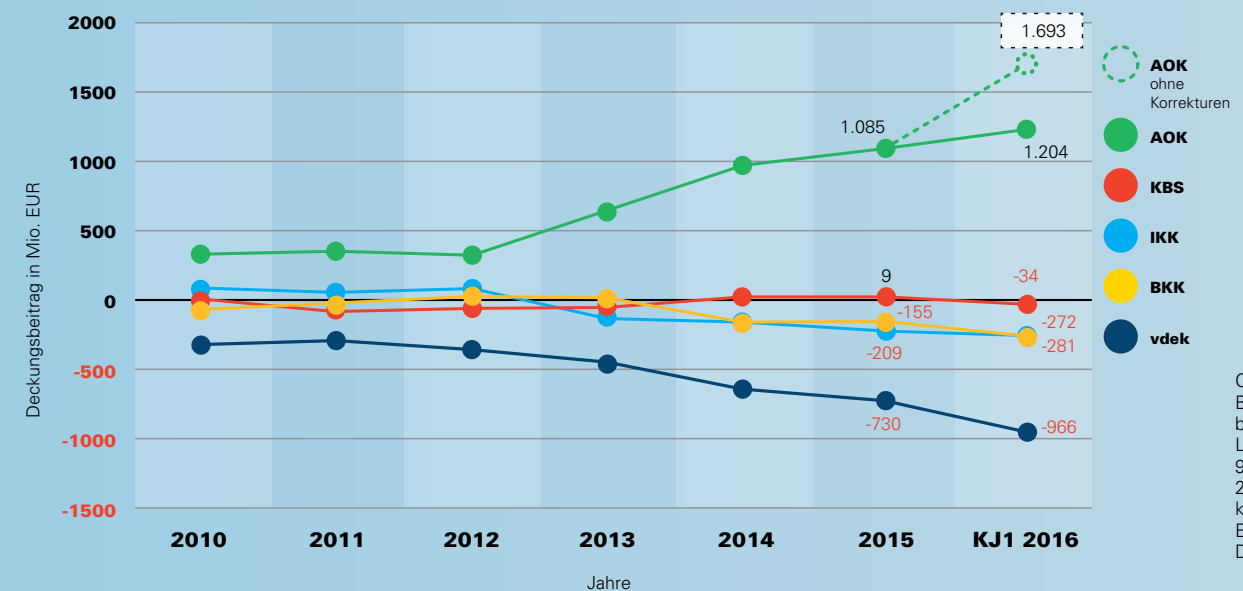
4	<b>AUSGANGSPUNKT</b>
10	<b>VORSCHLÄGE ZUR REFORM DES MORBIDITÄTSORIENTIERTEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHES</b>
10	KURZFRISTIG: MORBI-RSA VEREINFACHEN, TRANSPARENTER UND MANIPULATIONSRESISTENTER AUSGESTALTEN
24	MITTELFRISTIG: WEITERE FORSCHUNGSANSTRENGUNGEN ZU AUSGEWÄHLTEN THEMEN
27	REFORMMASSNAHMEN, DIE DIE BETRIEBSKRANKENKASSEN FÜR UNGEEIGNET HALTEN
29	<b>FAZIT</b>
30	<b>RAUS</b> Impressum

# UNFAIRER WETTBEWERB, FEHLENDE TRANSPARENZ, MANIPULATIONSANREIZE

Der Morbi-RSA, also die Geldumverteilungsmaschine zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, ist ein wichtiges Instrument in einer solidarischen Krankenversicherung. Seine Mechanik muss aber dringend überholt werden, um die seit Jahren bestehende Schieflage im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu beheben.

Aus dem Gesundheitsfonds fließt über den Morbi-RSA an einige Kassen mehr Geld, als diese zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Andere erhalten hingegen zu wenig. Diese Spreizung nimmt insbesondere seit dem Jahr 2013 stetig zu und führt auch bei den Zusatzbeitragssätzen und Finanzreserven der Krankenkassen zu massiven Verwerfungen. Wissenschaft und Kassen fehlt außerdem die Möglichkeit, auf Basis von anonymisierten Daten selbst Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA zu machen. Auch die Politik ist auf sporadisch vergebene Sondergutachten angewiesen, statt auf Basis regelmäßiger Evaluationsberichte die Mechanik gesetzlich nachjustieren zu können. Erschreckend sind auch die immer subtiler ausgenutzten Manipulationsanreize an den RSA-Stellschrauben. Der Morbi-RSA erzeugt damit selbst Morbidität, statt sie auszugleichen. Ein fairer, transparenter und manipulationsresistenter Morbi-RSA sieht anders aus!

DECKUNGSBEITRÄGE BERÜCKSICHTIGUNGSFÄHIGE LEISTUNGS-AUSGABEN  
JE KASSENART IN MIO. EURO, IN DEN JAHREN 2010 BIS 2016



Quelle: Zuweisungen bLA BVA-Schlussausgleiche bzw. KJ1 2016 sowie Leistungsausgaben nach 9995 aus KJ1 bzw KJ1 2016; ohne Verwaltungs-kosten und Satzungs- und Ermessensleistungen; inkl. DMP, ohne mbV

## FAIRER RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

# WAS MUSS ER LEISTEN? WIE MUSS ER AUSGESTALTET SEIN?



# JETZT ANPACKEN!

Anders als behauptet liegt die Ursache für die wachsende Spreizung der Deckungsbeiträge nicht in einem besseren Ausgaben- und Leistungsmanagement vor allem einer Kassenart, sondern ist schwerpunktmäßig auf Fehler in der Ausgestaltung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zurückzuführen.

**Kurzfristig: Verwerfungen verringern. Morbi-RSA einfach, transparent und manipulations-sicher ausgestalten.**

- Streichung der Sondergruppen für die Erwerbsminderungsrentner:** Das alte Hilfskonstrukt „Erwerbsminderungsrentner“ ist im Morbi-RSA überflüssig und wirkt verzerrend. Die Gesundheitsversorgung erwerbsunfähiger Menschen wird durch eine Streichung nicht beeinträchtigt.
- Erhöhung der nicht morbiditätsbezogenen Komponente bei den Verwaltungskosten:** Nur ein kleiner Teil der Verwaltungskosten hängt unmittelbar von der im bestehenden RSA abgebildeten Morbidität ab. Zudem bestehen noch häufig Effizienzpotentiale, die die Versorgungsqualität nicht beeinflussen, gerade bei Krankenkassen mit hoher Morbidität.
- Einführung eines zielgenauen Ausgleichs für Hochkostenfälle:** Innerhalb der bisherigen Systematik des Morbi-RSA können gerade teure Akutfälle und neue teure Arzneimitteltherapien nicht abgebildet werden. Ein zielgenauer Ausgleich ist daher herzustellen, der massive Unterdeckungen ebenso vermeidet wie Überdeckungen.
- Einführung einer regelmäßigen Evaluation und nutzbare Daten-Stichproben zur Verfügung stellen:** Die Wirkungen des Morbi-RSA, insbesondere auf den Kassenwettbewerb, müssen regelmäßig analysiert werden. Eine gemeinsam nutzbare, objektive Daten-Stichprobe ermöglicht Experten und Krankenkassen die Modellierung und Bewertung von Änderungsvorschlägen.
- Begrenzung des Einkommensausgleichs:** Aktuell werden Beitragsgelder von GKV-Mitgliedern, die bereits einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz leisten, zur Subventionierung besonders günstiger Beitragssätze anderer Krankenkassen verwendet. Dies ist unsolidarisch. Der Einkommensausgleich muss daher entfallen, zumindest aber auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz begrenzt werden.
- Manipulationssichere Ausgestaltung:** Eine hohe Kodierqualität der ärztlichen Diagnosen ist für den Morbi-RSA zentral. Daher müssen die ambulanten Kodierrichtlinien wiedereingeführt werden. An der Begrenzung auf 50 bis 80 ausgleichsfähige Krankheiten muss festgehalten werden, damit der Morbi-RSA sich seine Morbidität nicht selber schafft. Gegebenenfalls müssen besonders manipulationsanfällige Diagnosen gestrichen werden.

# 1 Ausgangspunkt

Mit der Etablierung der Wahlfreiheit der Versicherten wurde im Jahr 1994 auch die erste Version des Risikostrukturausgleiches (RSA) eingeführt. Der RSA sollte die bestehenden Strukturunterschiede durch die bis dahin vorgegebene Zuordnung der Versicherten zu bestimmten Krankenkassen ausgleichen. Damit sollten große Beitragssatzdifferenzen bei den Kassen vermieden und somit letztlich eine solidarische Wettbewerbsordnung hergestellt werden. Im Jahr 2001 stellten dann die Fraktionen der SPD und von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fest:

„Nach den Erkenntnissen der vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Gutachter hat der Risikostrukturausgleich in erheblichem Umfang dazu beigetragen, die versichertenstrukturbedingten Unterschiede in den Beitragssätzen abzubauen. Der Risikostrukturausgleich leistete daher einen zentralen Beitrag zur Chancengleichheit zwischen den im Wettbewerb zueinanderstehenden Krankenkassen.“ (Bundestags-Drucksache 14/6432 vom 26.06.2001).

Gleichzeitig konstatierten die Gutachter aber auch, dass offenbar weiterhin ungerechtfertigte Unterschiede in den Beitragssätzen bestehen, da der bestehende RSA noch Anreize für eine Selektion gesunder Versicherter bietet (die sog. „Risikoselektion“). Diesen Fehlanreiz adressierte man, als die Finanzierung der GKV ab 2009 grundlegend neu geregelt wurde: Die gesetzlichen Krankenkassen müssen seitdem die Beitragseinnahmen, die sie von ihren Mitgliedern über den neuen, gesetzlich festgelegten und bundesweit einheitlichen Beitragssatz erhalten, an den ebenfalls neu eingeführten Gesundheitsfonds weiterleiten. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten sie dann über die Zuweisungssystematik des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) den Betrag, den sie unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Morbidität ihrer Versicherten zur Deckung ihrer Ausgaben voraussichtlich benötigen<sup>1</sup>.

Der weiterentwickelte Morbi-RSA ist unbestritten ein wichtiges Instrument einer solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung. Er erfüllt seine Aufgabe, Anreize für Risikoselektion zu verringern. Allerdings zeigt ein Blick auf die Entwicklung der Beitragssatzspannen unmittelbar vor Einführung des Morbi-RSA bis zum heutigen Tage, dass sich diese bis heute kaum verändert haben (vergleiche Exkurs auf Seite 8). Dabei hat sich die Rolle der Akteure in vielen Fällen gewandelt: Ehemals teure Krankenkassen sind nun in der Lage, mit Beitragssätzen am unteren Ende der Skala zu operieren, während viele der scheinbaren „Profiteure“ aus der Risikoselektion der Vergangenheit nunmehr mit überdurchschnittlichen Beitragssätzen agieren müssen. So können – bis auf eine – alle Ortskrankenkassen ihren Mitgliedern einen unter- oder zumindest durchschnittlichen individuellen Zusatzbeitragssatz anbieten. Die Mehrzahl der Mitglieder von Betriebs-, Ersatz- und Innungskrankenkassen sowie der Knappschaft ist hingegen mit einem durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz konfrontiert (siehe Abbildung 1). Da der Zusatzbeitragssatz nicht mehr paritätisch vom Arbeitgeber mitfinanziert wird sondern vollständig von den Mitgliedern zu tragen ist, ist dieser Unterschied im Wettbewerb eine relevante Größe für Wechselwillige.



<sup>1</sup> Zu Funktionsweise und Begrifflichkeiten des Morbi-RSA siehe „Geldumverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich“, BKK Dachverband 2015, abrufbar unter: [www.bkk-dachverband.de/17s104](http://www.bkk-dachverband.de/17s104)

## VORTEILE IM WETTBEWERB FÜR EINE KASSENART

Erhobener Zusatzbeitragssatz zum 1.7.2017 nach Anzahl der Mitglieder (KM1 7 2017, BZG 7-17, 112 KASSEN)

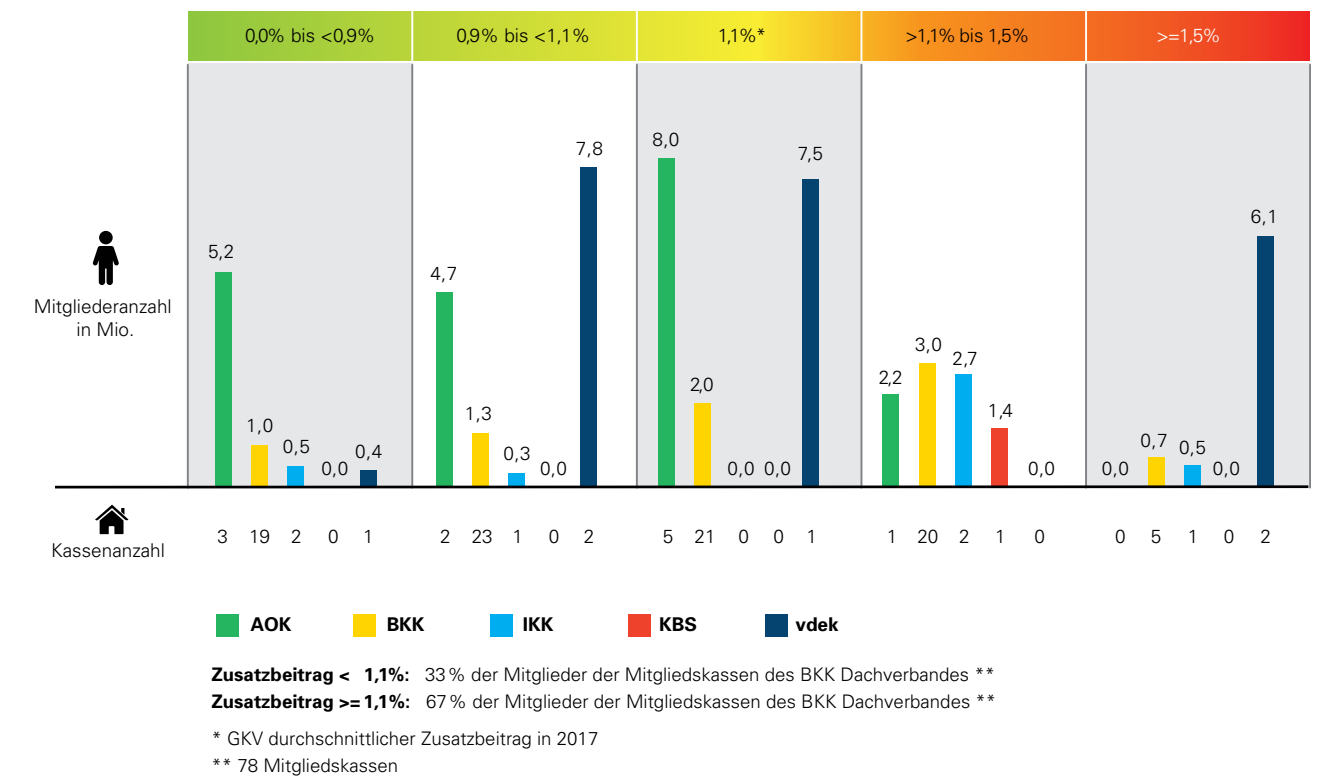


Abbildung 1: Erhobener Zusatzbeitragssatz zum 1.7.2017 nach Anzahl der Mitglieder

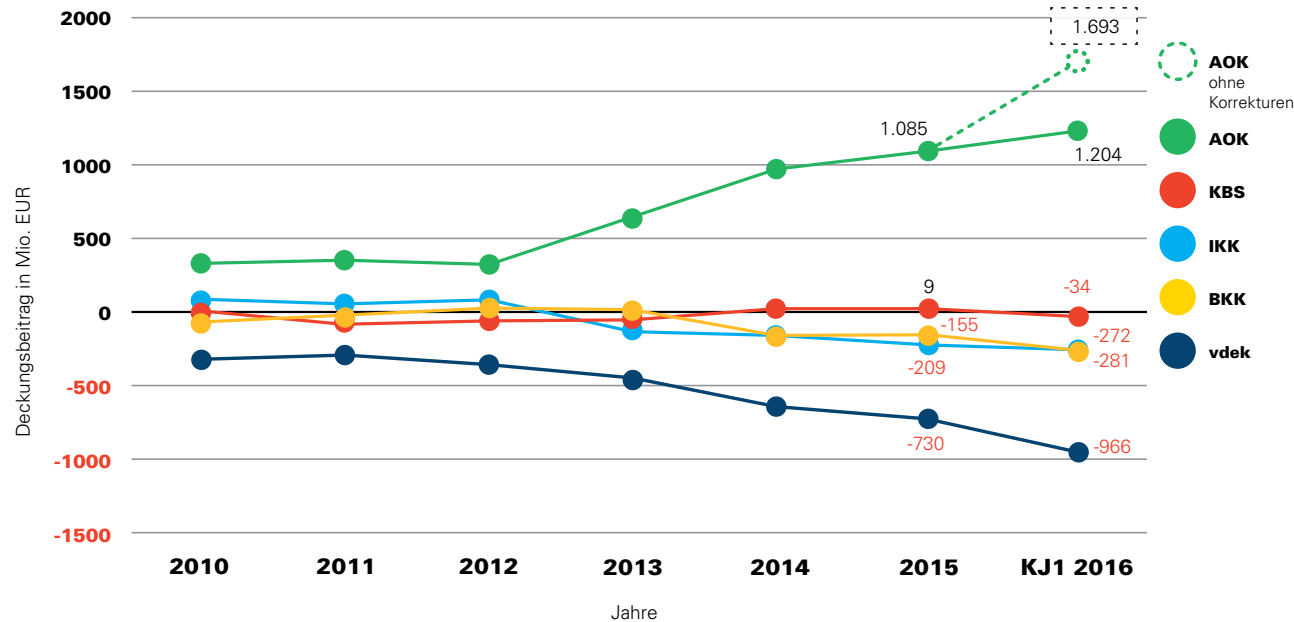
Da unter den Beteiligten die Meinung vorherrscht, der Morbi-RSA habe das Problem der Risikoselektion weitgehend behoben, bleibt die Frage, woraus die aktuellen Unterschiede in den Beitragssätzen der Krankenkassen resultieren. Da die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben rund 95 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen darstellen, haben diese und die Zuweisungen, die für ihre Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds erfolgen, zwangsläufig maßgeblichen Einfluss auf den Zusatzbeitragssatz jeder Krankenkasse. Ein Blick auf die Entwicklung der Deckungsbeiträge der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben in Abbildung 2 zeigt eine zunehmende Schiefe.

Während insbesondere eine Kassenart über den Morbi-RSA erheblich mehr aus dem Gesundheitsfonds erhält, als sie zur Deckung ihrer Ausgaben voraussichtlich benötigt, erhalten andere Kassenarten deutlich zu wenig. Vor allem seit den Maßnahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) mit Wirkung ab dem Jahr 2013 haben sich die Deckungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben dramatisch auseinanderentwickelt. In der Folge ist auch eine wachsende Spreizung bei den Zusatzbeitragssätzen festzustellen.



**DIE SPREIZUNG NIMMT ZU**

Deckungsbeiträge berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben  
(in Mio. EUR, in den Jahren 2010 bis 2016) nach Kassenarten



Quelle: Zuweisungen bLA BVA-Schlussausgleiche bzw. KJ1 2016 sowie Leistungsausgaben nach 9995 aus KJ1 bzw KJ1 2016; ohne Verwaltungskosten und Satzungs- und Ermessensleistungen; inkl. DMP, ohne mbV

Abbildung 2: Deckungsbeiträge berücksichtigungsfähiger Leistungsausgaben

Bei der Betrachtung der Deckungsbeträge richtet sich der Fokus vor dem Hintergrund möglicher Wettbewerbsverzerrungen auf die Zuweisungen aus der Geldumverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich. Diese entziehen sich nämlich dem Einfluss der Krankenkassen und sollten auf die Bedürfnisse der jeweiligen Versicherten zugeschnitten sein. Nur so kann der Morbi-RSA einer seiner wesentlichen Aufgaben, die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienteren gesundheitlichen Versorgung zu schaffen, überhaupt gerecht werden. Die Entwicklung der Deckungsbeiträge ist allerdings von Fehlsteuerungen und falschen Anreizen in der Systematik des Morbi-RSA geprägt, die in dieser Broschüre näher erläutert werden.

Seit seiner Einführung wird regelmäßig über Verbesserungen und Weiterentwicklungen des Morbi-RSA diskutiert. Verschiedene Anpassungen wurden seither vorgenommen, die erhebliche Effekte auf die Zuweisungen bei den Krankenkassen bewirkt haben. Bewertet wurden diese Anpassungen vor allem im Hinblick auf eine Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA.

Es wird deutlich, dass die in der Weiterentwicklung des Morbi-RSA bislang durch den wissenschaftlichen Beirat vorgenommene Interpretation von „Zielgenauigkeit“ (siehe linker Kasten) die Frage, ob der Kassenwettbewerb fair und solidarisch funktioniert, vollkommen außer Acht gelassen hat. Auch fehlt eine Analyse der Wirkungen auf Ebene der Kassenarten und damit der Gruppe von Krankenkassen, die miteinander in einem Haftungsverbund stehen.

Die Wettbewerbsverwerfungen werden noch dadurch verschärft, dass der Morbi-RSA Anreize für Manipulationen der Zuweisungsgrundlagen setzt. Die bisher fehlende Nachvollziehbarkeit der Berechnungen der Zuweisungen beim Bundesversicherungsamt (BVA) macht es darüber hinaus unmöglich, diese Verwerfungen durch die Wissenschaft oder eigene Analysen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu bewerten und Verbesserungsmöglichkeiten zu modellieren.

Zusammengefasst wird der Morbi-RSA derzeit seiner Aufgabe, faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen, nicht gerecht. Mittel- und langfristig sind so die Kassenvielfalt und damit die gute Versorgung aller Versicherten in einem wettbewerblich solidarischen Krankenversicherungssystem gefährdet.

Die Politik hat inzwischen die beschriebenen Fehlentwicklungen erkannt und den wissenschaftlichen Beirat beauftragt, Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA vorzulegen. Diese Weiterentwicklung ist angesichts der dargestellten Verwerfungen aus Sicht der Betriebskassen über kurz- und mittelfristige Änderungen am Morbi-RSA dringend geboten.

Aufbauend auf den bereits in vorangegangenen Publikationen (siehe „Stellschrauben im Morbi-RSA – Sondergruppen im Fokus“, BKK Dachverband 2016<sup>2</sup>) von den Betriebskrankenkassen benannten Reformstellschrauben werden im Folgenden kurz- und mittelfristige Handlungsoptionen dargestellt.

**WAS BEDEUTET „ZIELGENAUIGKEIT DES MORBI-RSA“?**

Die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA wird seitens des wissenschaftlichen Beirats an Hand statistischer Maßzahlen bewertet, deren optimaler Wert jeweils dann sicher erreicht würde, wenn den Krankenkassen in jedem Fall der Ausgleich ihrer tatsächlichen Leistungsausgaben garantiert würde. Da in einer solchen Situation allerdings jeglicher Anreiz für wirtschaftliches Verhalten verloren ginge, besteht von allen Seiten Einvernehmen darin, dass ein vollständiger Ausgabenausgleich zu vermeiden ist. Paradoxerweise bewertet der wissenschaftliche Beirat jede Änderung im Morbi-RSA als positiv, die das Verfahren dem unerwünschten Ziel eines Ausgabenausgleichs annähert. Anders ausgedrückt: Es wird versucht, den Morbi-RSA in Richtung eines Zieles „weiterzuentwickeln“, das man eigentlich vermeiden möchte. Anstelle dieser Vorgehensweise wäre es sinnvoll, grundlegend zu reflektieren, welche Ziele in welcher Ausprägung erreicht werden sollen und diese konsequent zu verfolgen. Ein Überblick der Ziele, die in der öffentlichen Debatte dem RSA zugeschrieben werden, findet sich auch im Klappentext dieser Broschüre.



<sup>2</sup> Abrufbar unter [www.bkk-dachverband.de/17s107](http://www.bkk-dachverband.de/17s107)

# Exkurs: Beitragssatzspanne 2008 vs. 2017

In der aktuellen Debatte wird argumentiert, dass die derzeitigen Beitragssatzunterschiede im Vergleich zu den in früheren Jahren vorhandenen zu vernachlässigen seien. Dieser Einwand stimmt jedoch nicht. Die Beitragssatzspanne im Jahr 2008 wurde – gerade an den äußeren Rändern – von Krankenkassen mitgeprägt, die heute in dieser Form gar nicht mehr existieren. Diese sollten für einen Vergleich entsprechend außer Acht gelassen werden.

Für die weitere Analyse muss darüber hinaus auf folgende Umstände Rücksicht genommen werden:

- Der Beitragssatz traditioneller Betriebskrankenkassen wurde bis 2008 in der Regel entscheidend durch die Personalkostenübernahme des Trägerunternehmens beeinflusst. Dadurch konnte Beschäftigten von Unternehmen, die über eine eigene, nur der eigenen Belegschaft zugängliche Krankenkasse verfügten, ein besonders attraktiver Beitragssatz angeboten werden. Diese Sonderregel wurde durch die Einführung des Gesundheitsfonds 2009 neutralisiert. Der resultierende Effekt ist diesem Umstand, nicht aber dem Morbi-RSA zuzuschreiben. Ein Vergleich der Beitragssatzspannen zwischen 2008 und 2017 kann sinnvollerweise also nur ohne die traditionellen Betriebskrankenkassen erfolgen.

- Im Jahr 2008 wurden die Beitragssätze noch komplett hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert. Dagegen sind heute die Zusatzbeitragssätze alleine von den Mitgliedern zu tragen. Ein sinnvoller Vergleich sollte sich allein auf die effektiv vom Arbeitnehmer zu tragende Belastung beziehen.
- Im Jahr 2008 gab es jenseits der Veröffentlichung der Beitragssätze in den jeweiligen Mitgliederzeitschriften keine Transparenz über die Beitragssatzdifferenzen. Heute müssen die Kassen ihre Versicherten schriftlich über preislich alternative Kassen informieren, wenn sie ihren Beitragssatz über dem Durchschnitt anpassen. Internet-Vergleichsportale und die Homepage des GKV-Spitzenverbandes stellen darüber hinaus eine unmittelbare Vergleichbarkeit her.

Abbildung 3 zeigt, dass unter Berücksichtigung des zuvor genannten die Beitragssatzspanne bezogen auf den Arbeitnehmeranteil im Jahr 2008 wie auch im Jahr 2017 in etwa gleich groß war. Es ist zudem auffällig, dass sich das Beitragssatzniveau bei allen Kassenarten außer den Ortskrankenkassen nach oben verschoben hat. Während die Ortskrankenkassen etwa auf dem Niveau von 2008 verharren, liegt das GKV-Niveau, verursacht durch den Anstieg bei anderen Kassenarten, etwa einen halben Beitragssatzpunkt über dem Wert von 2008.

## GKV-MITGLIEDER ZAHLEN INSGESAM MEHR, DIE SPANNE BLEIBT ABER NAHEZU GLEICH

Arbeitnehmeranteil am Beitragssatz 2008 vs. 2017

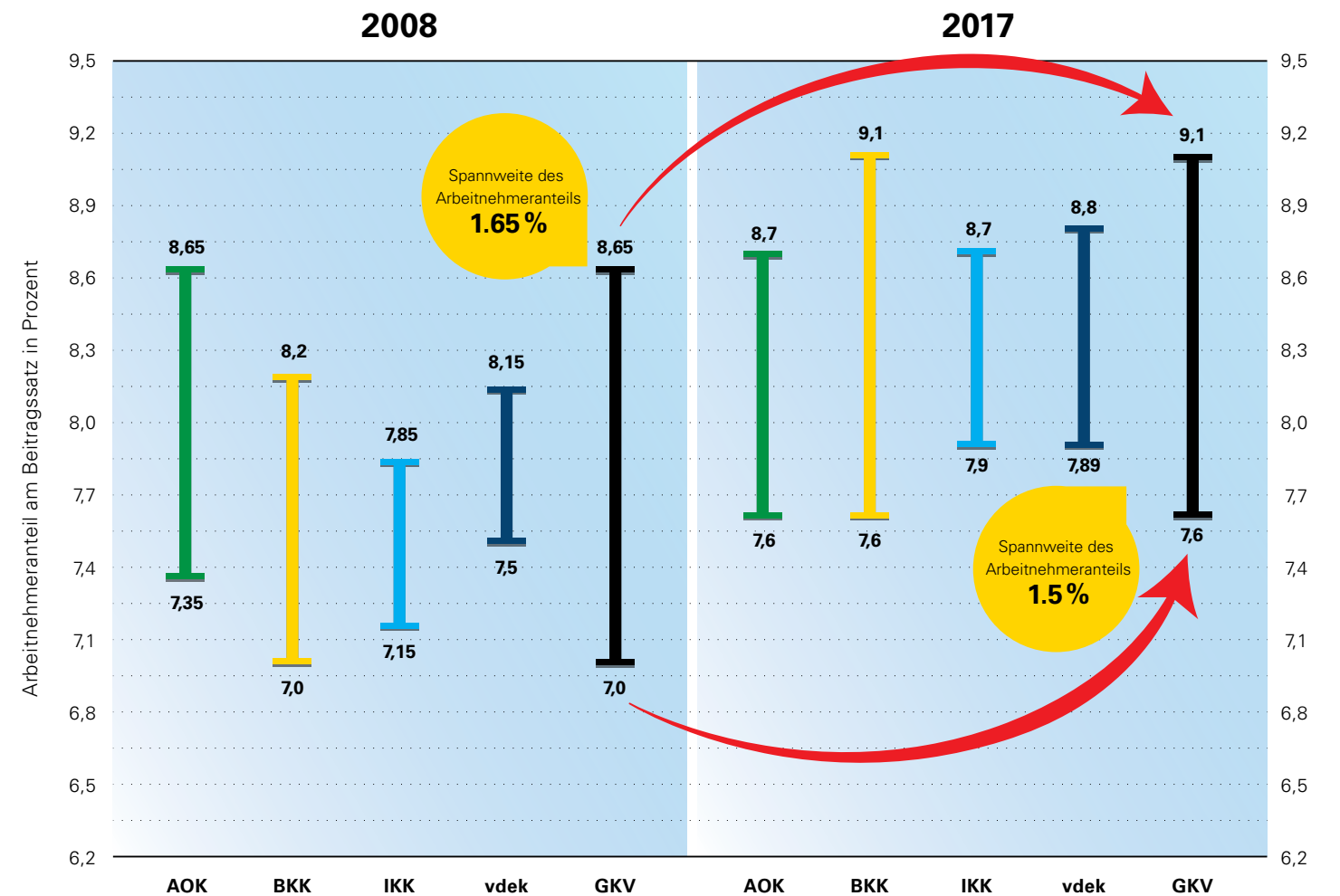


Abbildung 3: Arbeitnehmeranteil am Beitragssatz 2008 vs. 2017

## 2 Vorschläge zur Reform des Morbi-RSA

### 2.1 Kurzfristig: Morbi-RSA vereinfachen, transparenter und manipulationsresistenter ausgestalten

Um kurzfristig die aktuell bestehenden Verwerfungen zu verringern, bieten sich aus Sicht der Betriebskrankenkassen verschiedene Reformmaßnahmen an. Über diese lässt sich der Morbi-RSA zudem **vereinfachen (A)**, konkret durch

- die Streichung der Sondergruppen für die Erwerbsminderungsrentner,
- die Einführung eines zielgenauen Ausgleichs für Hochkostenfälle,
- die Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz sowie
- die Erhöhung der nicht morbiditätsbezogenen Komponente bei den Verwaltungskosten.

Zudem ließe sich der Morbi-RSA **transparenter (B)** ausgestalten, etwa durch

- die Einführung einer regelmäßigen Evaluation und
- die Bereitstellung von Daten-Stichproben an Wissenschaft und Krankenkassen.

Der Morbi-RSA stand darüber hinaus zuletzt insbesondere im Hinblick auf seine Anfälligkeit für Manipulationen in der Kritik. Auch hier besteht nach Auffassung der Betriebskrankenkassen, neben den mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) ergriffenen Maßnahmen, weiterer dringender Handlungsbedarf im Hinblick auf eine **manipulationsresistentere Ausgestaltung (C)** des Morbi-RSA durch:

- die Wiedereinführung und verpflichtende Anwendung der ambulanten Ko-dierrichtlinien (AKR).

Darüber hinaus sind, um dieses Ziel zu erreichen,

- eine stärkere Berücksichtigung schwerer Krankheiten sowie
- die Rolle und Ausgestaltung der Beschränkung auf 50–80 Krankheiten

in der Diskussion. Daher wird auch auf diese Vorschläge im Folgenden eingegangen.

### A. VEREINFACHEN

#### A.1 Streichung der Sondergruppen der Erwerbsminderungsrentner

Bis ins Jahr 2008 erfolgten die Zuweisungen an die Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich auf Basis der Kriterien Alter, Geschlecht, Erwerbsunfähigkeitsstatus und Anspruch auf Krankengeld. Die besondere Berücksichtigung des Personenkreises der Erwerbsminderungsrentner diene als indirekter Morbiditätsindikator zur Einschätzung der zu erwartenden Leistungsausgaben.

Seit Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 werden direkte Morbiditätsindikatoren für chronische, kostenintensive und schwerwiegende Erkrankungen berücksichtigt. Auf der Basis der Diagnosen und Verordnungen werden damit auch Krankheiten, die zu einer Erwerbsunfähigkeit führen, mit besonderen Zuweisungen verbunden. Dies stellt prinzipiell eine wesentliche Verbesserung des Verfahrens dar und müsste konsequenterweise auch mit der Abschaffung der Erwerbsminderungsgruppen (EMG) verbunden sein. Darüber hinaus kann das Kriterium des Erwerbsunfähigkeitsstatus nur bei Arbeitnehmern vorliegen. Für Selbstständige und nichtberufstätige Personen erhalten Krankenkassen grundsätzlich eine geringere Zuweisung als für Erwerbsminderungsrentner mit einer identischen Erkrankung sowie gleichem Alter und Geschlecht. Dies stellt eine systematische Verzerrung dar. Das Hilfskonstrukt eines indirekten Morbiditätsindikators ist somit weder weiterhin erforderlich noch sinnvoll.

Nichtsdestotrotz wird die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner bzw. der Sachverhalt des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente bei GKV-Versicherten im Morbi-RSA weiterhin gesondert berücksichtigt. Dies führt letztlich zu einer Mehrfachberücksichtigung bestimmter Erkrankungen auf direktem und indirektem Wege und damit zu einer ungerechtfertigten Mehrfachzuweisung für den gleichen Sachverhalt bei dieser Personengruppe. Daher fordern die Betriebskrankenkassen, die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner zu streichen. Mehrfachzuweisungen würden so vermieden und der Morbi-RSA vereinfacht.

Kritiker der Streichung des Erwerbsminderungsstatus im Morbi-RSA argumentieren, dass Erwerbsminderungsrentner bei gleichen Erkrankungen mit gleichen Schweregraden regelmäßig signifikant höhere Kosten verursachen als nichterwerbsunfähige Personen. Sie seien durch die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA auch bei Beibehaltung der EMG nicht ausreichend gedeckt. Eine Abschaffung der entsprechenden Risikogruppen würde die Situation demnach verschärfen.

Bei objektiver Betrachtung zeigt sich aber: Bei gut 75 Prozent der Versicherten, für die ein EMG-Zuschlag an die Krankenkassen überwiesen wird, betragen die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA insgesamt mehr als das Doppelte der Ausgaben. Eine Abschaffung der EMG wäre für diesen Personenkreis also allenfalls mit einer Reduzierung der Überdeckung verbunden. Die Unterdeckung für die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner insgesamt wird also durch maximal ein Viertel dieser Personengruppe hervorgerufen. Bei diesen Versicherten handelt es sich um Fälle mit extrem hohen Leistungsausgaben, also um sog. „Hochkostenfälle“. Das BKK System weist seit Jahren auf Lösungsmöglichkeiten zur Beseitigung der Finanzierungsprobleme für diesen Personenkreis hin. Im folgenden Abschnitt wird darauf näher eingegangen. Die Beibehaltung der

EMG ist dazu allerdings denkbar ungeeignet, wie auch die vorliegenden Zahlen belegen.

Die erheblichen Zuweisungsüberschüsse bei den Erwerbsminderungsrentnern mit Überdeckung verdeutlichen auf der anderen Seite die verzerrenden Effekte aus den Doppelzuweisungen, die sich aus der Beibehaltung der EMG ergeben.

Durch den Wegfall der EMG aus der Systematik des Morbi-RSA würde darüber hinaus nicht weniger Geld aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen. Die Geldmittel, die bisher über die EMG verteilt werden, würden nahezu vollständig zu einer Erhöhung der Zuweisungen für die (hierarchisierten) Morbiditätsgruppen führen. Da diese wiederum direkt an Diagnosen und Verordnungen im Zusammenhang mit den relevanten Erkrankungen gekoppelt sind, verbessert sich automatisch die Zuweisungssituation für die Versicherten, die auf Grund ihrer Erkrankungen auch höhere Ausgaben verursachen. Dabei könnten die unterschiedlichen Schweregrade besser als bisher differenziert berücksichtigt werden.

Zudem bestünde bei Abschaffung der EMG keine reelle Gefahr, dass Krankenkassen im Sinne einer Risikoselektion versuchen würden, Erwerbsminderungsrentner zu meiden. Dass ein Versicherter tatsächlich erwerbsunfähig wird, lässt sich nicht vorhersagen. Außerdem zählt die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner nicht zu den typischen Krankenkassenwechslern, im Gegenteil: Bei einer konkret vorliegenden, schwerwiegenden Erkrankung ist die Wechselbereitschaft kaum ausgeprägt. Würde man dem Argument trotzdem folgen, sollte man sich auch fragen, ob das aktuell verwendete Hilfskonstrukt des Erwerbsminderungsstatus gerade aus diesem Grund im Morbi-RSA deplatziert ist. Der Zuschlag für Erwerbsminderungsrentner fällt beim Übergang in die Altersrente von einem Tag auf den anderen weg. Krankenkassen würden demzufolge bereits heute versuchen müssen, Erwerbsminderungsrentner beim Erreichen des regulären Rentenalters zum Wechsel in eine andere Krankenkasse zu bewegen. Dies ist aber offensichtlich nicht der Fall. Insofern entbehrt das Argument der Risikoselektion bei Abschaffung der EMG jeglicher Grundlage.

Nach Ansicht der Betriebskrankenkassen sollte also an einem Kriterium nicht nur deshalb festgehalten werden, weil es bereits vorhanden und statistisch einfach zu erfassen ist. Die Sinnhaftigkeit und der Einklang mit den Grundprinzipien des Morbi-RSA sollten im Vordergrund stehen.

Zusammengefasst wirkt die Streichung des EMG-Indikators im Morbi-RSA weder nachteilig auf die Versorgung der Erwerbsminderungsrentner, noch negativ auf die Modellgüte oder die Zielgenauigkeit der Verteilung durch den Morbi-RSA. Die Streichung der EMG stellt vielmehr eine kurzfristig umsetzbare Maßnahme dar, um die aktuell bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zu verringern.

## A.2 Einführung eines zielgenauen Ausgleichs für Hochkostenfälle

In den Jahren von 2002 bis 2008 wurden vor der Einführung des Morbi-RSA besondere Belastungen von Krankenkassen mittels eines Risikopools ausgeglichen. Ausgaben in den Leistungsbereichen Krankengeld, Arzneimittel, Krankenhaus und Dialysesachkosten wurden zu 60 Prozent erstattet, sofern sie über einem vorgegebenen Schwellenwert für einen Versicherten (20.450 Euro im Jahr 2002) lagen. Dazu zählten etwa die Behandlung schwerwiegender chronischer Erkrankungen (z. B. Hämophilie, metabolische Erkrankungen, Dialysefälle), die Versorgung nach Unfällen, bei künstlicher Beatmung sowie die Behandlung in der finalen Lebensphase.

Mit der Einführung des Morbi-RSA wurde der Risikopool abgeschafft, da man davon ausging, die Problematik über eine stärkere Ausdifferenzierung der im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten und damit der hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) lösen zu können.

Bereits kurz nach Einführung des Morbi-RSA wurde konstatiert, dass die besonders teuren Formen bestimmter chronischer Erkrankungen noch nicht zielgenau berücksichtigt wurden. Seither wird versucht, dem Problem über neue, hochspezielle HMG zu begegnen, zu denen in der gesamten GKV jeweils nur deutlich weniger als 1.000 bzw. in Einzelfällen sogar weniger als 100 Versicherte gerechnet werden können. Dies sorgt zwar dafür, dass besonders teure Einzelfälle besser abgebildet werden. Die Weiterentwicklung des Morbi-RSA wird sich – bei einer konsequenten Fortsetzung dieser Tendenz – allerdings schwerpunktmäßig und auf eine sehr komplizierte Weise auf diese Einzelfälle konzentrieren müssen. In der Folge wird das System immer undurchsichtiger und komplexer.

Da es sich beim Morbi-RSA um einen prospektiven Ausgleich handelt, zielt dieser nicht auf die Kosten der Akutbehandlung sondern auf die Kosten im Folgejahr ab. Damit ist er per se ungeeignet, einen Risikopool für die oben beispielhaft aufgeführten Fälle mit hohen akuten Kosten zu ersetzen. Selbst die in 2013 eingeführte virtuelle Fortschreibung der Leistungsausgaben Verstorbener konnte, auch wenn sie in Teilen der GKV pauschal und plakativ als Korrektur eines Berechnungsfehlers gefeiert wird, nichts an der massiven Unterdeckung der Versicherten, die im Verlauf eines Ausgleichsjahres sterben, ändern. Dies hat zur Folge, dass Krankenkassen mit einem hohen Anteil von Sterbefällen nach wie vor unverschuldet deutliche finanzielle Nachteile erfahren.

Neben der fehlenden Berücksichtigung teurer Akutfälle sowie der erheblichen Unterdeckung bei verstorbenen Versicherten zeigen Erfahrungen aus den vergangenen Jahren, dass auch innovative Arzneimitteltherapien (etwa zur Heilung von Hepatitis C), die mit sehr hohen Kosten und im Idealfall einer schnellen Heilung von schweren Erkrankungen verbunden sind, durch einen prospektiven Morbi-RSA nicht oder nur mit erheblicher Verzögerung berücksichtigt werden können. Daraus resultieren unkalkulierbare finanzielle Risiken für Krankenkassen.



## MASSIVE UNTERDECKUNGEN NICHT ERST AB AUSGABEN IM SECHSSTELLIGEN BEREICH

Deckungsquoten nach Ausgabengruppen (Ausgleichsjahr 2015)

Ausgabengruppe	Deckungsquote	Fallzahl
Ausgaben < 1.000 €	362,44%	43.073.923
1.000 € ≤ Ausgaben < 2.500 €	171,96%	14.369.549
2.500 € ≤ Ausgaben < 5.000 €	109,01%	7.069.824
5.000 € ≤ Ausgaben < 10.000 €	72,33%	4.219.772
10.000 € ≤ Ausgaben < 25.000 €	49,18%	2.735.267
25.000 € ≤ Ausgaben < 50.000 €	35,34%	699.910
50.000 € ≤ Ausgaben < 100.000 €	28,11%	210.053
100.000 € ≤ Ausgaben < 500.000 €	18,11%	49.843
Ausgaben ≥ 500.000 €	21,45%	568

Quelle: RSA-Kennzahlenbooklet 2015, S. 68, GKV-Spitzenverband; eigene Darstellung

**Abbildung 4:** Deckungsquoten  
nach Ausgabengruppen

Treten die geschilderten Fallkonstellationen hoher Behandlungskosten, die von der Systematik des Morbi-RSA nicht aufgegriffen werden können, bei einer Krankenkasse gehäuft auf, ist dies insbesondere für kleine Kassen problematisch. Sie können die nicht gedeckten Ausgaben in ihrem Risikokollektiv nur schlecht abfedern. Das kann letztlich dazu führen, dass Krankenkassen durch diese Leistungsfälle in ihrer Existenz bedroht sind.

Abbildung 4 zeigt, dass nicht nur Fälle mit besonders hohen Kosten problematisch sind. Schon bei Fällen, die Ausgaben von 10.000 bis 25.000 Euro erzeugen, werden diese Ausgaben nur rund zur Hälfte durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt.

Da die beschriebenen Probleme aus dem Mechanismus des Morbi-RSA selbst resultieren, werden sie innerhalb des Morbi-RSA nie vollständig zu lösen sein. Die Betriebskrankenkassen regen daher an, den Morbi-RSA wieder um einen Risikopool zu ergänzen. Dies würde eine Vielzahl bestehender und sich abzeichnender Verwerfungen in der Finanzierung der Krankenkassen grundsätzlich beheben, ohne auf eine Unzahl von individuellen und hochkomplexen Einzellösungen angewiesen zu sein. Hinsichtlich der Ausgestaltung eines solchen Risikopools sind noch weitere Untersuchungen erforderlich. Allerdings kann bereits jetzt festgehalten werden, dass unbedingt auf eine einfache, für die Krankenkassen verlässliche Ausgestaltung zu achten ist.

Zudem darf es nicht zu Doppelzuweisungen kommen. Der Morbi-RSA muss entsprechend um über den Risikopool vorgenommene Ausgleichs bereinigt werden.

Vor diesem Hintergrund erscheinen auch Modelle eines Risikopools wenig geeignet, die einen Ausgleich nicht in Bezug auf die Kosten je Fall, sondern auf der Basis von Deckungsquoten vornehmen. Dies würde wieder zur Konzentration auf sehr wenige besonders kostenintensive Einzelfälle führen und hätte zudem eine äußerst aufwendige Berechnung sowie eine erhebliche Planungsunsicherheit für die Krankenkassen zur Folge.

### A.3 Begrenzung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz

Reichen die Zuweisungen über den Morbi-RSA nicht aus, um die Leistungsausgaben einer Krankenkasse zu decken, muss sie einen Zusatzbeitrag als Prozentsatz auf das beitragspflichtige Einkommen ihrer Mitglieder erheben. Demnach soll der Zusatzbeitragssatz ein Ausweis von Wirtschaftlichkeit, gutem bzw. schlechtem Management oder der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse sein.

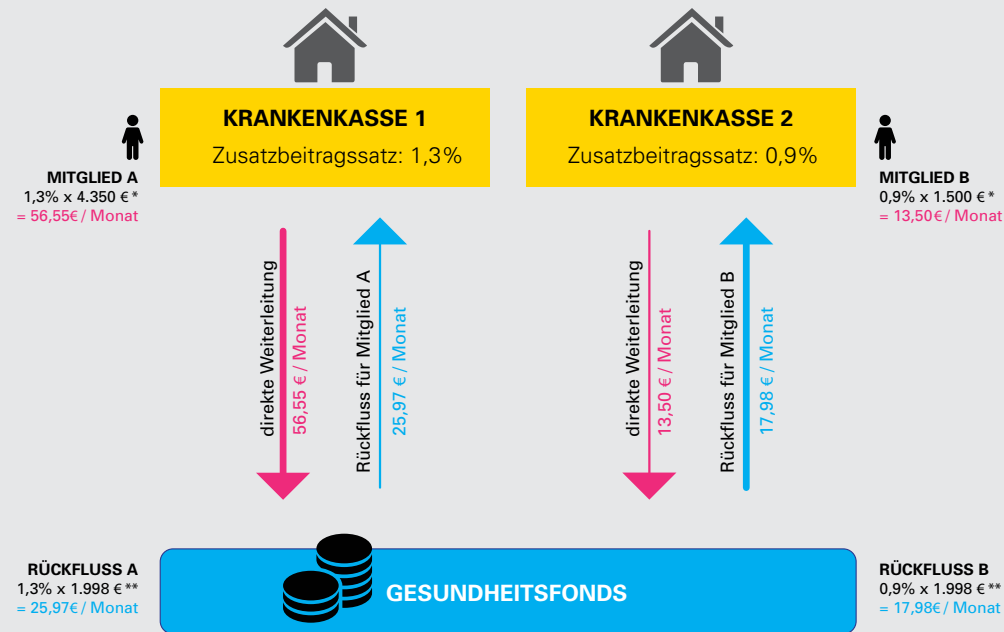
Soweit die Theorie. Auf ihrer Grundlage wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) zum 1.1.2015 für den Zusatzbeitragssatz ein vollständiger Einkommensausgleich eingeführt. Damit soll vermieden werden, dass eine Krankenkasse bei gleichem Finanzierungsbedarf allein auf Grund ihrer unterdurchschnittlich verdienenden Mitglieder gezwungen ist, einen höheren Zusatzbeitragssatz zu erheben. Der vollständige Einkommensausgleich soll hier somit zur Gleichstellung von Krankenkassen mit über- und unterdurchschnittlich verdienenden Mitgliedern beitragen.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen grundsätzlich diesen Solidargedanken der GKV. Der vollständige Einkommensausgleich, wie er mit dem GKV-FQWG eingeführt wurde, führt in der Praxis allerdings zu Fällen, in denen der Solidargedanke konterkariert wird: Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Beitragssätzen belasten ihre Mitglieder besonders deutlich, wobei den betroffenen Kassen selbst nicht zwangsläufig auch der höhere Beitrag zur Verfügung steht. Teilweise werden die auf diesem Wege erhobenen Finanzmittel vom Gesundheitsfonds zur Subventionierung besonders günstiger Beitragssätze anderer Krankenkassen genutzt.

Davon sind insbesondere Krankenkassen betroffen, die vorwiegend in Ballungsgebieten vertreten sind, wo die Einkommen höher und die medizinische Versorgung vergleichsweise teuer ist. Werden einer Kasse vollständig die Vorteile der höheren Einkommen aus dem Zusatzbeitragssatz genommen, fehlen ihr Gelder zur Finanzierung der überdurchschnittlich hohen Ausgaben.

## BEITRAGSSATZSUBVENTIONIERUNG ÜBER DEN EINKOMMENS AUSGLEICH

Zu- und Abfluss der Zusatzbeiträge



\* Der vom Mitglied zu tragende Zusatzbeitrag orientiert sich am beitragspflichtigen Einkommen des Mitglieds (max. bis zur Beitragsbemessungsgrenze; 2017 = 4.350 €/Monat)

\*\* Durchschnitt beitragspflichtige Einnahmen GKV nach GKV-Schätztableau 13.10.2016 (2017 = 1.998 €/Monat)

Abbildung 5: Zu- und Abfluss der Zusatzbeiträge

Abbildung 5 verdeutlicht diesen Sachverhalt. In dem Beispiel erhebt Krankenkasse 2 für ein Mitglied mit niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen einen geringeren Zusatzbeitragssatz als Krankenkasse 1 für ein Mitglied mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen. Mitglied A zahlt damit einen erheblich höheren Zusatzbeitragssatz als Mitglied B. Für Mitglied A stellt sich damit die Frage, warum seine Krankenkasse nicht deutlicher von dem von ihm gezahlten höheren Betrag profitiert und über diesen Zusatzbeitragssatz besonders interessante zusätzliche Leistungen anbietet. Stattdessen wird das Geld, das von Mitglied A erhoben wird, aber nicht bei seiner Krankenkasse ankommt, zur Subventionierung des günstigen Beitragssatzes von Krankenkasse 2 verwendet. Ohne diesen Transfer müsste diese nämlich auch einen höheren Zusatzbeitragssatz erheben.

Um dem Sachverhalt Rechnung zu tragen, dass bei einem verzerrenden Morbi-RSA der Zusatzbeitragssatz eben kein Indikator für Wirtschaftlichkeit, gutes Management und die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse sein kann, fordern die Betriebskrankenkassen, den vollständigen Einkommensausgleich beim Zusatzbeitragssatz auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu begrenzen. Muss eine Krankenkasse einen Zusatzbeitragssatz über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erheben, soll sie nicht noch zusätzlich durch den Einkommensausgleich belastet werden.

### FUNKTIONSWEISE DES EINKOMMENS AUSGLEICHS

Die Einnahmen der Krankenkassen aus dem Zusatzbeitragssatz fließen an den Gesundheitsfonds und von dort wieder zurück an die Krankenkassen. Während für den Abfluss an den Gesundheitsfonds – also die effektive Belastung, die für die Mitglieder jeweils wirksam wird – die kassenindividuellen beitragspflichtigen Einnahmen zu Grunde gelegt werden, bezieht sich der Rückfluss aus dem Einkommensausgleich auf die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV.

### A.4 Erhöhung der nicht morbiditätsbezogenen Komponente bei den Verwaltungskosten

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde auch die Finanzierung der Verwaltungskosten neu geregelt. Seitdem erhalten die Krankenkassen für ihre Verwaltungskosten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, je zur Hälfte nach der Versichertenzahl und der kassenindividuellen Morbidität.

Seit seiner Einführung im Jahr 2009 ist dieser Verteilungsschlüssel umstritten. Ein Teil der Krankenkassen argumentiert, dass der Morbiditätsanteil noch zu gering ausfalle. Die Versorgung kranker Versicherter, also Versicherter mit hohen Leistungsausgaben, sei aufwendiger und daher seien die Verwaltungskosten entsprechend höher. Dem trage ein Morbiditätsanteil von 50 Prozent noch nicht ausreichend Rechnung.

Die Betriebskrankenkassen halten diese Argumentation nicht für sachgerecht: So entstehen einer Krankenkasse durch einen teuren Arztbesuch mit hohen Arzneimittelausgaben oder kostenintensive Krankenhausbehandlungen nur geringe Verwaltungskosten. Hingegen entstehen bei anderen Leistungen hohe Verwaltungskosten für geringe oder gar keine Leistungsaufwendungen, etwa für Präventionsleistungen wie Eltern-Kind-Kuren, die Prüfung der Familienversicherung oder die Beitragseinstufung für freiwillige Mitglieder. Gerade für diese beratungsintensive Tätigkeit ist der Morbiditätsaspekt aber unerheblich.

Ein Blick auf die Realität verdeutlicht zudem, dass allenfalls ein begrenzter indirekter Zusammenhang zwischen der Morbidität im Sinne des RSA und den Verwaltungsausgaben einer Kasse besteht. Es lassen sich Beispiele für Krankenkassen mit niedriger Morbidität finden, bei denen die entsprechenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht zur Deckung der Verwaltungskosten ausreichen. Genauso gibt es Beispiele für Kassen mit hoher Morbidität, die in diesem Bereich hohe Überschüsse verzeichnen können. Ein Blick auf die Ergebnisse, des jüngsten Schlussbescheides des Gesundheitsfonds zeigt, dass die Kassenart mit der höchsten Morbidität in der GKV, die Knappschaft, auch einen Überschuss im Bereich der Verwaltungskosten verzeichnet.

Letztlich ist der Bereich der Verwaltungskosten ein Spiegelbild des betriebswirtschaftlichen Handelns jeder Krankenkasse. Im Gegensatz zu den Leistungsausgaben, die gesetzlich sehr stark reglementiert sind, liegt die Entwicklung von Personalkosten und sächlichen Verwaltungskosten in der Hand der Krankenkassen. Die Verwaltungskosten spiegeln vor allem die Personalausstattung und

die Vergütungsniveaus aber auch Umfang und Umgang mit der sächlichen Büroausstattung innerhalb der Krankenkassen wider. Defizite im wirtschaftlichen Handeln pauschal mit den Bedürfnissen bestimmter Versichertengruppen zu entschuldigen, zeugt von mangelndem betriebswirtschaftlichem Verständnis. Guter Service auch für Versicherte, die auf umfangreiche Leistungen ihrer Krankenkasse angewiesen sind, muss im System der gesetzlichen Krankenversicherung untrennbar mit einem verantwortungsvollen Umgang mit den Beitragsgeldern verbunden sein.

Eine grundsätzlich sachgerechte Herangehensweise an die Problematik der Verwaltungskostenzuweisung läge in einer Sollkostenbetrachtung für sämtliche Prozesse, die von einer Krankenkasse dargestellt werden. So wäre sichergestellt, dass jede Kasse die Mittel erhält, die für ihre Tätigkeit ökonomisch erforderlich sind. Barocke Verwaltungsstrukturen würden auf diesem Wege nicht belohnt werden. Eine solche Herangehensweise würde dem Prinzip der standardisierten Leistungsausgaben des Morbi-RSA entsprechen. Allerdings wäre diese Form der Prozessbetrachtung und -bewertung mit einem erheblichen Aufwand und – genauso wie der Morbi-RSA – mit dem unbedingten Erfordernis einer kontinuierlichen Prüfung und Weiterentwicklung verbunden. Um nicht zusätzliche Probleme, Manipulationen und einen deutlichen Mehraufwand hervorzurufen, ließe sich etwa der morbiditätsbezogene Anteil bei der Zuweisung der Verwaltungskosten reduzieren.

Daher fordern die Betriebskrankenkassen, in einem ersten Schritt den Morbiditätsanteil bei den Zuweisungen für die Verwaltungskosten auf 30 Prozent abzusenken. Mittelfristig muss auch in diesem Teil der RSA-Mechanik über ein Modell nachgedacht werden, dass die Verwaltungskosten sachgerecht und verzerrungsfrei, bei vertretbarem Aufwand, abbildet.

## **B. TRANSPARENZ UND WISSEN HERSTELLEN: REGELMÄSSIGE EVALUATION UND DATEN-STICHPROBE ZUR VERFÜGUNG STELLEN**

Die Debatte um Strukturänderungen am Zuweisungssystem des Morbi-RSA bedarf nach Auffassung der Betriebskrankenkassen dringend einer Versachlichung. Zudem muss die Modellierung von Änderungsvorschlägen auf Basis einer gemeinsam nutzbaren, objektiven Datenlage möglich sein.

Wie bei vielen anderen Regelungen in der GKV bereits üblich, sind auch der Morbi-RSA sowie seine Wirkungen auf den Kassenwettbewerb regelmäßig zu analysieren. Dies ist gesetzlich zu verankern. Die Ergebnisse sind der Politik, der Wissenschaft und den Kassen zur Verfügung zu stellen, um dem lernenden

System Morbi-RSA Impulse und die Richtung zur Weiterentwicklung dieses wichtigen Solidarmechanismus in der GKV geben zu können.

Damit sinnvolle Modellberechnungen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA durchgeführt werden können, ist zudem kontinuierlich aus den Daten der GKV-Versicherten durch das BVA eine Stichprobe zu ziehen. Diese muss in geeigneter Form sowohl den Kassen als auch der Wissenschaft zur Verfügung gestellt werden, wobei Erfordernissen des Datenschutzes Rechnung zu tragen ist. Hierbei sind bereits erhobene und ggf. weitere Strukturdaten für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA einzubeziehen.

### **ABBILDUNG VON MORBIDITÄT IM RSA**

Auf Grund der Prospektivität des Verfahrens wird die Morbidität eines Versicherten im Ausgleichsjahr durch seine ambulanten und stationären Diagnosen des Vorjahres bestimmt. Auf Basis dieser Diagnosen erfolgt eine Zuordnung zu einer Erkrankung, bzw. in der Systematik des Morbi-RSA zu einer hierarchisierten Morbiditätsgruppe (HMG). Die Zuordnung zu einer HMG entscheidet wiederum über das Ob und die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Diagnosen sind hier somit der entscheidende Faktor. Entsprechend wichtig ist es, dass sie korrekt gestellt werden. Die ambulanten Diagnosen gelten jedoch als manipulationsanfällig, zumal im ambulanten Bereich verbindlich Vorgaben zur Dokumentation von Diagnosen über Kodierrichtlinien fehlen.

### WAS BEDEUTET „PRÄVALENZGEWICHTUNG“?

Hier geht es um die Gewichtung der Krankheitshäufigkeit, der Prävalenz, bei der Auswahl der Krankheiten, die im Morbi-RSA Berücksichtigung finden. Man hat sich dazu entschlossen, die Prävalenz von Krankheiten stark zu berücksichtigen. Technisch wird dies über eine Wurzel-Funktion abgebildet. Das Gegenstück, eine schwache Berücksichtigung der Prävalenz, würde durch eine Logarithmus-Funktion dargestellt.

## C. MANIPULATIONSRESISTENTER AUSGESTALTEN

### C.1 Ambulante Kodierrichtlinien wiedereinführen und verpflichtend anwenden

Die Diskussion über die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA kam mit den Betreuungsstrukturverträgen auf die politische Agenda. So schlossen Kassen Verträge ab, durch die Ärzte eine zusätzliche Vergütung für die Kodierung entsprechend festgelegter Diagnosen als Basis für höhere RSA-Zuweisungen erhielten. Versicherte wurden damit auf dem Papier kränker gemacht, als sie wirklich waren, und Krankenkassen verschafften sich so Wettbewerbsvorteile bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Verschärft wurde die daraus resultierende Wettbewerbsverzerrung dadurch, dass die unterschiedlichen Aufsichtsbehörden diese Verträge unterschiedlich genehmigten. Identische Verträge fielen bei einer Aufsicht durch, während eine andere sie goutierte. Die Betriebskrankenkassen haben daher die mit dem HHVG beschlossenen Maßnahmen als einen ersten Schritt hin zu einem manipulationsresistenteren Morbi-RSA ausdrücklich begrüßt.

Doch der Gesetzgeber ging nicht weit genug: Als weiteren, kurzfristig wirksamen Schritt müssen daher die ambulanten Kodierrichtlinien wiedereingeführt und verpflichtend angewendet werden. Ambulante Kodierrichtlinien bieten Ärzten eine wichtige Orientierungshilfe für eine detaillierte und spezifische Kodierung von Behandlungsdiagnosen. Damit kann die Morbidität der Patienten exakt abgebildet werden. Auf Grund der Standardisierung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens wird zudem die Kodierqualität insgesamt erhöht sowie die Datengrundlage für RSA-Berechnungen und die Plausibilisierung der Abrechnung verbessert.

Kodierrichtlinien sollten verbindlich und einheitlich in der jeweiligen Arztabrechnungssoftware verankert werden, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem BVA zertifiziert wird. Damit würde nicht nur die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA reduziert. Es entstünden auch qualifizierte Datengrundlagen für die Versorgungsforschung, die Messung von Qualität würde erleichtert und die Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente unterstützt.

### C.2 Stärkere Berücksichtigung schwerer Krankheiten

Im Zusammenhang mit der Diskussion um die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA wird auch wieder die Frage erhoben, ob seine derzeitige Ausgestaltung eigentlich den gesetzlichen Vorgaben und damit der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers entspricht. Im Fokus steht hier die Krankheitsauswahl. Es kann argumentiert werden, dass die mit Einführung des Morbi-RSA festgelegten Kriterien, dass kostenintensive chronische Erkrankungen und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zu berücksichtigen sind, nicht die vom Gesetzgeber ursprünglich intendierten Krankheiten aufgreifen. So gilt etwa eine Schwangerschaft seit Einführung des Morbi-RSA als schwerwiegende, kostenintensive und chronische Erkrankung.

Schon bei Einführung des Morbi-RSA wurde äußerst kontrovers diskutiert, welche Art von Krankheiten im Morbi-RSA eher Berücksichtigung finden sollten: Ein Teil der Wissenschaft sprach sich dafür aus, diejenigen Krankheiten stärker zu berücksichtigen, die seltener, aber dafür besonders teuer sind. Ein anderer Teil votierte für Krankheiten, die zwar im Einzelfall nicht teuer, aber dafür extrem häufig auftreten. Nach heftigen Auseinandersetzungen setzte sich die zweite Gruppe durch. Der Morbi-RSA ist damit seit seiner Einführung so ausgestaltet, dass er die eigentlich sehr gut vorzubeugenden sog. „Volkskrankheiten“ besser berücksichtigt als die schicksalhaft auftretenden, besonders schwerwiegenden Erkrankungen.

Kritiker dieser Gewichtung führen an, dass es somit für eine Krankenkasse besonders gravierende Folgen habe, wenn schwerwiegende Krankheiten nicht oder zu gering (siehe hierzu auch die Ausführungen zu einem Risikopool) über den Morbi-RSA berücksichtigt werden. Der Deckungsbeitrag sei hier besonders negativ und damit die Finanzierungslücke besonders groß. Damit könnte für Krankenkassen ein Anreiz für Risikoselektion zu Ungunsten von Versicherten mit diesen Erkrankungen, deren Behandlung zwar im Einzelfall nicht teuer ist, die dafür aber extrem häufig auftreten. Darüber hinaus sei bei Berücksichtigung besonders teurer Erkrankungen das System weniger anfällig für Manipulationen, etwa für Upcoding-Aktivitäten (siehe etwa das Beispiel Adipositas im nächsten Abschnitt).

Vorteil einer veränderten Gewichtung sei zudem, dass so diejenigen Krankheiten in den Fokus rückten, die Präventionsmaßnahmen zugänglich seien. Ohnehin wird seit einiger Zeit die Debatte geführt, wie Maßnahmen der Primärprävention besser im Morbi-RSA berücksichtigt werden könnten. Modelle, die die Problematik der Berücksichtigung der Primärprävention verzerrungsfrei lösen,



liegen bislang nicht vor. Entsprechend unterstützen die Betriebskrankenkassen weitere Untersuchungen, wie die Präventionsbemühungen einer Krankenkasse über den Morbi-RSA besser abgebildet werden können.

### C.3 Begrenzung auf 50–80 Krankheiten beibehalten

Die Manipulationsanfälligkeit der RSA-Mechanik wird auch im Zusammenhang mit der Forderung diskutiert, die gesetzlich festgelegte Begrenzung auf 50–80 Krankheiten aufzuheben und ein Vollmodell einzuführen.

Gegner der bisherigen Begrenzung tragen vor, dass dadurch die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA eingeschränkt würde. Es bestünde außerdem die Möglichkeit einer Risikoselektion durch die Krankenkasse. Diese ließe sich nur durch die Aufhebung der Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten vermeiden. Zudem entfalle bei einer solchen Aufhebung der Aufwand zur regelmäßigen Überprüfung der ausgewählten Krankheiten.

Grundsätzlich muss im Vorfeld einer Diskussion über die Zahl der im Morbi-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten festgestellt werden, dass der Begriff „Krankheit“ weder einheitlich definiert ist, noch eindeutige Zuordnungsregeln bestehen, wann ein Versicherter in der GKV von einer bestimmten Erkrankung betroffen ist. Der wissenschaftliche Beirat hat vielmehr bei der Einführung des Morbi-RSA die entsprechenden Definitionen und Kriterien zur Operationalisierung geschaffen – diese könnten aber auch völlig anders ausfallen. Die gewählte Systematik hat dazu geführt, dass seit Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 knapp 4.000 Einzeldiagnosen (ICD) und damit rund ein Viertel des möglichen ambulant ärztlichen und stationären Morbiditätsspektrums berücksichtigt werden. Verschiedene Gutachten und Expertisen lassen darauf schließen, dass auch andere Ausgestaltungen der Auswahl von Diagnosen möglich und sinnvoll wären, wodurch sich das berücksichtigte Morbiditätsspektrum auch einengen oder ausweiten könnte.

Außerdem bedingt das prospektive Verfahren (Betrachtung der Kosten im Folgejahr), dass erwartungsgemäß auch bei einer Berücksichtigung des vollständigen Morbiditätsspektrums nicht alle Krankheiten mit einer Zuweisung an die Krankenkassen für die betroffenen Versicherten verbunden wären. Etliche Akuterkrankungen weisen keine oder nur vernachlässigbare Kosten bei den betroffenen Versicherten im auf die Diagnose folgenden Jahr auf. Der überwiegende Teil der im stationären Bereich anfallenden Ausgaben bezieht sich sowieso auf die Akutbehandlung bisher nicht kodierter Erkrankungen und nicht auf die Folgekosten von Diagnosen des Vorjahres. Kosten der zahnärztlichen Behandlung und auch weite Teile der sonstigen Leistungsausgaben (z.B. Fahrtkosten) lassen sich ebenso nicht in eine Beziehung zu bestimmten Diagnosen des Vorjahres setzen.

### SELBSTREGULIERUNG BEI MASSIVEM UPCODING

Herausfallen aus der Berücksichtigungsfähigkeit nach Upcoding:

Das Beispiel Adipositas

	2016	2017
<b>Rang in der Krankheitsauswahl</b>	77	89
<b>Erwartete Mehrkosten</b>	562 €	421 €
<b>Anzahl Versichertenjahre</b>	755.223	1.139.795

**Abbildung 6:** Herausfallen aus der Berücksichtigungsfähigkeit nach Upcoding: Das Beispiel Adipositas

Der Ansatz, die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA durch einen Wegfall der Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten zu erhöhen, ist somit ebenso unspezifisch wie verfehlt. Misst man der Zielgenauigkeit in der bisher vom wissenschaftlichen Beirat postulierten Weise eine solch zentrale Bedeutung bei, wäre beispielsweise die Einführung eines sachgerechten Risikopools erheblich zielführender.

Die Einschätzung, eine vollständige Krankheitsauswahl würde zu einer Einschränkung der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA führen, ist zudem falsch. Im Gegenteil: Eine Berücksichtigung aller Erkrankungen würde jeder Krankenkasse garantieren, dass auch in Zukunft Zuschläge für jede Erkrankung erfolgen: Ein Herausfallen aus der Berücksichtigungsfähigkeit nach eindeutig zu beobachtenden höheren Kodierungen (Upcoding), wie im Jahr 2017 mit Adipositas, wäre nicht mehr möglich.

Abbildung 6 zeigt das Abrutschen dieser Krankheit im „Ranking“ des Morbi-RSA von Platz 77 im Jahr 2016 auf Platz 89 im Jahr 2017 und damit das Herausfallen aus dem Kreis der zu berücksichtigenden 80 Krankheiten, nachdem beispielsweise bei Betreuungsstrukturverträgen eine gesonderte Vergütung für die Diagnose Adipositas verankert wurde. Durch die erhebliche Zunahme auf mehr als 1,1 Mio. Fälle (Anzahl der Versichertenjahre) sanken die im Durchschnitt von der Krankheit induzierten Mehrkosten um rund 140 Euro pro Fall und Jahr (von 562 auf 421 Euro). Die Zunahme der Krankheitshäufigkeit wurde offenbar nicht durch eine entsprechende Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten sondern vielmehr durch eine geänderte Diagnosestellung der Ärzte hervorgerufen. Eine Berücksichtigung im Morbi-RSA ermöglicht also finanzielle Anreize im Vergütungssystem der Leistungserbringer.

## 2.2 Mittelfristig: Weitere Forschungsanstrengungen zu ausgewählten Themen

### A. AUSGLEICH REGIONAL UNTERSCHIEDLICHER VERSORGUNGSSTRUKTUREN DURCH EINEN REGIONALFAKTOR

Regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen, etwa eine unterschiedliche Dichte an Krankenhäusern oder niedergelassenen Ärzten, beeinflussen die Ausgaben einer Krankenkasse in einer Region. Diese Effekte werden aber in der derzeitigen Ausgestaltung des Morbi-RSA nicht berücksichtigt. Davon negativ betroffen sind insbesondere Krankenkassen, die vorrangig in Regionen mit einem hohen und teuren Versorgungsangebot tätig sind. Da sie aus dem Morbi-RSA nur durchschnittliche Kosten erstattet bekommen, reichen die Zuweisungen nicht zur vollständigen Deckung aus. In der Regel wird ein höherer individueller Zusatzbeitragssatz erhoben werden müssen, um diese Defizite auszugleichen. Wie in Abbildung 5 dargestellt, kann der vollständige Einkommensausgleich eine solche Situation zusätzlich verschärfen. Vorteile haben hingegen Krankenkassen, die vorrangig in Regionen mit niedriger Versorgungsdichte agieren. Die auf Durchschnittskosten basierenden Zuweisungen überdecken hier die Ausgaben für Versorgungsleistungen.

Von den Krankenkassen sind die vorhandenen Versorgungsstrukturen in Zahl und Ausstattung nur bedingt beeinflussbar. Gleichzeitig ist es nicht Aufgabe des Morbi-RSA, versorgungspolitisch begründete Defizite wie Über- oder Unterversorgung zu korrigieren. Gleichwohl entstehen exogen wirkende Wettbewerbsvor- bzw. -nachteile für die betroffenen Krankenkassen.

Das Bundesgesundheitsministerium hat deswegen ein weiteres Sondergutachten beim wissenschaftlichen Beirat in Auftrag gegeben. Bis Ende April 2018 soll die Analyse bezüglich einer möglichen Erweiterung des Morbi-RSA um eine Regionalkomponente vorgelegt werden.

Die Betriebskrankenkassen befürworten diese Untersuchung und die Analyse der zu dieser Thematik bereits erschienen Gutachten. Erste Erkenntnisse lassen den Schluss zu, dass die Einführung eines Regionalfaktors auf Basis grober Gebietsabgrenzungen (z.B. Bundesländer) nicht sinnvoll ist. Bei der Wahl des Modells ist sicher zu stellen, dass Anreize zu einer regionalen Qualitäts- und Versorgungsoptimierung erhalten bleiben. Regionale Versorgungsdefizite sollten nicht „zementiert“ werden.

Das niederländische Modell, das regionale und sozio-ökonomische Faktoren wie etwa einen Ausländeranteil miteinander vermengt, ist für die Betriebskrankenkassen hingegen keine Alternative. Wie neuere Studien nahelegen, vermag dieses Modell die Deckungsunterschiede zwischen den Regionen nicht zu reduzieren.

### B. AUFWENDUNGEN FÜR KRANKENGELD BESSER ABBILDEN

Während die Krankengeldausgaben einer Krankenkasse auf dem Einkommen der Mitglieder mit tatsächlichem Krankengeldbezug basieren, erfolgen die Zuweisungen über den Morbi-RSA in standardisierter Form: Sie orientieren sich am durchschnittlichen Einkommen der GKV-Mitglieder mit tatsächlichem Krankengeldbezug. Dies führt zu Vorteilen für die Krankenkassen, die überwiegend unterdurchschnittlich verdienende Mitglieder versichern, die entsprechend einen niedrigen Zahlbetrag je Krankengeldtag aufweisen. Umgekehrt decken die Zuweisungen die Ausgaben dann nicht, wenn bei einer Krankenkasse die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter über dem bundesweiten Durchschnitt liegen. Konzentrieren sich daher bei einer Krankenkasse Mitglieder mit hohen Krankengeldansprüchen, etwa als Resultat hoher Einkommen, führt dies zu einem signifikanten Missverhältnis von Krankengeldzuweisungen aus dem Morbi-RSA und Krankengeldzahlungen der Krankenkasse an ihre Mitglieder. Auch im Bereich des Krankengeldes führt der Morbi-RSA somit derzeit zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen.

Ein Modell, mittels dessen die Aufwendungen für Krankengeld im Morbi-RSA besser abgebildet werden können, wurde bislang nicht gefunden. Als Übergangslösung mit Gültigkeit ab 2013 wurde das so genannte 50/50 Modell eingeführt: die Zuweisungen erfolgen seitdem zu 50 Prozent auf Basis der standardisierten und zu 50 Prozent auf Basis der tatsächlichen Ausgaben. Zwar wurden so die Unterdeckungen reduziert, die Verzerrungen bestehen jedoch fort. Im Jahr 2016 wurde zur möglichen Weiterentwicklung dieses Ansatzes ein erstes, vom BVA beauftragtes Gutachten erstellt. Mit dem HHVG wurde erst kürzlich ein Folgegutachten in Auftrag gegeben. Ergebnisse sollen bis Ende des Jahres 2019 vorliegen.

Die wissenschaftlichen Analysen und darauf ggf. aufsetzende Maßnahmen werden also noch längere Zeit in Anspruch nehmen. In jedem Fall ist bei einer Ausgestaltung des Modells auf dessen Angemessenheit in Bezug auf die Höhe des Verteilungsvolumens und den damit verbundenen Aufwand zu achten. Da es sich bei dem Aufwand für Krankengeld um „nur“ rund fünf Prozent des Gesamtvolumens des RSA handelt, erscheint eine umfangreiche Morbiditätsbewertung mit entsprechenden Datenmeldungen und kontinuierlicher Weiterentwicklung als nicht angemessen. Stattdessen bestünde eine Alternative in der Festschreibung der bisherigen Übergangslösung bei gleichzeitiger Erhöhung des Anteils für den Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben. So würden die weiterhin bestehenden Wettbewerbsverzerrungen weitgehend aufgehoben und gleichzeitig den Besonderheiten des Krankengelds als Lohnersatzleistung Rechnung getragen. Die besondere und außergewöhnliche Rolle des Krankengelds, die dem Sachleistungsprinzip in der GKV zuwiderläuft, rechtfertigt eine teilweise Abkehr vom Prinzip eines eigentlich zu vermeidenden Ist-Kostenausgleichs. Der weiterhin bestehende Eigenanteil der Krankenkassen würde weiterhin ausreichende Anreize zum wirtschaftlichen Handeln bieten.

### C. ERSETZUNG BZW. PRÄZISIERUNG AMBULANTER DIAGNOSEN DURCH ARZNEIMITTEL

Schon deutlich vor der Einführung des Morbi-RSA mit dem GKV-WSG von 2007 wurde intensiv diskutiert, in wie weit Diagnosen, die von niedergelassenen Ärzten gestellt werden, zur Messung der Morbidität eines Versicherten geeignet sind. In der auf der Homepage des BVA veröffentlichten Untersuchung „Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich“ kamen die Gutachter zu der Empfehlung, die Morbidität von Versicherten allein auf Basis von Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen, aber explizit ohne ambulante Diagnosen zu bestimmen. Hauptgrund für die Nichtberücksichtigung dieser Daten war der Zweifel daran, ob diese den für das Verfahren notwendigen Qualitätsansprüchen überhaupt genügen würden.

Bei der Einführung des Morbi-RSA waren diese Bedenken offenbar zerstreut, obwohl gerade die ersten Jahre der Umsetzung ab 2009 von Bemühungen geprägt waren, vollumfänglich sichere Wege der Datenübertragung zu etablieren. Dabei galt es, diejenigen Abrechnungen von Leistungserbringern, die ausschließlich in Papierform erfolgten, auf ein elektronisches Verfahren umzustellen. Eine manuelle Erfassung von Papierrechnungen in die EDV-Systeme bei den Krankenkassen erhöht die Gefahr von Fehlern stark.

Aber auch in der Folge ebte die Diskussion um die Qualität der Daten aus der ambulanten Versorgung nie vollständig ab. Insbesondere für die im Rahmen des Verfahrens gemeldeten ambulanten Diagnosen stellt sich seit Einführung des Morbi-RSA die Frage, wie deren Richtigkeit durch ein amtliches Prüfverfahren kontrolliert werden kann. Gerade Umfang und Vielschichtigkeit der aus der ambulanten Versorgung gemeldeten Morbiditätsinformationen machen deren Prüfung komplex und aufwendig. Dies lässt sich nicht zuletzt aus dem Umstand ablesen, dass im Jahr 2017 erst die Prüfungen für die entsprechenden Daten des Ausgleichsjahres 2012 im Morbi-RSA stattfinden. Mit einem Abschluss dieser Prüfungen ist gar erst im Folgejahr zu rechnen. Das bedeutet, dass Krankenkassen in Kürze ihren Haushaltsplan für das Jahr 2018 aufstellen müssen und dabei noch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds der sechs vorhergehenden Jahre (also nahezu das komplette Haushaltsvolumen des jeweiligen Zeitraums) rückwirkend korrigiert werden könnten.

Die Berücksichtigung von Arzneimittelverordnungen als Ersatz für bzw. als Ergänzung zu ambulanten Diagnosen im Rahmen des Morbi-RSA würde per se nicht automatisch auch eine Eliminierung jeglicher Manipulationsanreize bedeuten. Zudem würden auch Prüfungen als Kontroll- und Sanktionsinstrument der verantwortlichen Aufsichtsbehörde nicht obsolet. Bereits jetzt liegen Hinweise vor, dass auch die im laufenden Verfahren durch die Kassen gemeldeten stationären Diagnosen grundsätzlich manipulierbar wären und einer Kontrolle unterliegen müssen. Sollten in der Zukunft auch Arzneimittelverordnungen unmittelbar Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen auslösen können, muss bei der Einführung eines entsprechenden Modells darauf geachtet werden, dass Manipulationsmöglichkeiten nahezu ausgeschlossen sind. Zumindest muss die Hemmschwelle für einen Missbrauch im Krankenkassenwettbewerb durch zielgerichtete Sanktionsmechanismen möglichst hoch sein. Dies alles muss zudem mit einem vertretbaren Aufwand umgesetzt werden können.

Die intensive Befassung mit einer künftigen Nichtberücksichtigung ambulanter Diagnosen und gleichzeitiger Aufnahme von Arzneimittelinformationen in das Verfahren des Morbi-RSA wird voraussichtlich nicht mit der Vorlage des Evaluationsberichtes im Herbst 2017 beendet sein. Mögliche Alternativen werden nicht nur unter der Maßgabe eines zielgerichteten und fairen Mechanismus zur Umverteilung finanzieller Mittel innerhalb der GKV, sondern auch unter den genannten Aspekten der Manipulationsvermeidung, Kontrolle und Verwaltungseffizienz zu bewerten sein.

## 2.3 Reformmaßnahmen, die die Betriebskrankenkassen für ungeeignet halten

### A. EINBEZIEHUNG SOZIO-ÖKONOMISCHER MERKMALE IN DEN RSA

Studien weisen darauf hin, dass ein geringer sozialer Status mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht. Entsprechend entstehen höhere Ausgaben für diese Personengruppe. Von einigen am Verfahren des Morbi-RSA Beteiligten wird daraus abgeleitet, dass deshalb für Krankenkassen ein Anreiz zur Risikoselektion bestünde, der nur durch die Einbeziehung sozio-ökonomischer Faktoren in den Morbi-RSA beseitigt werden könne. Konkret wird die Einführung von Härtefallmerkmalen sowie die Kennzeichnung des ALG-II-Bezugs vorgeschlagen.

Die Betriebskrankenkassen sehen eine Einbeziehung derartiger Faktoren in den Morbi-RSA sehr kritisch, denn der Morbi-RSA berücksichtigt bereits die wichtigsten sozio-ökonomischen Faktoren, nämlich Alter und Geschlecht, die auch für alle GKV-Versicherten unmittelbar vorliegen. Natürlich ist es leicht möglich, Personengruppen an Hand weiterer, willkürlich gewählter Merkmale so abzugrenzen, dass bei ihnen die Zuweisung aus dem Morbi-RSA in Summe nicht zur Finanzierung der Leistungsausgaben ausreicht. Allerdings ist eine Ausweitung der einbezogenen Faktoren nicht erforderlich bzw. würde – analog der Erwerbsminderungsgruppen – zu einer ungerechtfertigten Mehrfacherfassung desselben Sachverhaltes führen. Schließlich liegt der Grundgedanke des Morbi-RSA darin, dass Krankheitskosten ausgeglichen werden, indem die Morbidität direkt erfasst wird. Für alle Versicherten, die von der gleichen Erkrankung unter Berücksichtigung eines definierten Schweregrades betroffen sind, erfolgt dafür auch eine gleiche, standardisierte Zuweisung an die zuständigen Krankenkassen.

Sozio-ökonomische Merkmale spielen im RSA die Rolle von Hilfskonstrukten, die Unzulänglichkeiten im Verfahren aber nur teilweise kaschieren oder zur gezielten Erhöhung der Zuweisungen für bestimmte Versichertengruppen eingesetzt werden können. Treiber einer ähnlichen Diskussion in den Niederlanden über eine stärkere Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Faktoren im dortigen RSA ist die Überlegung, einen gezielten Wettbewerb der Krankenkassen um finanziell benachteiligte und kranke Versicherte zu initiieren. Explizit ist eine Risikoselektion zu Gunsten dieser Personengruppen gewollt. Es wird sogar über einen vollständigen Ausgabenausgleich für bestimmte Indikationen

nachgedacht, wie z. B. für Diabetiker. Damit wird bewusst in Kauf genommen, dass es keinen Anreiz für eine wirtschaftliche Versorgung dieser Patienten mehr gibt. Gleiches gilt für die Tatsache, dass die rund 80 Prozent gesunden bzw. gesünderen Versicherten, die die Kosten für die rund 20 Prozent Kranken aufbringen, über den RSA unzureichend gedeckt werden. So soll das Ziel, dass Gesunde im Wettbewerb keine Rolle mehr spielen, erreicht werden.

Dies kann dort politisch durchaus gute Gründe haben. Ob dies, neben den angeführten wissenschaftlichen Modelldefiziten (u.a. Stärkung einer im RSA sonst nicht gewollten Risikoselektion, Mehrfachzuweisungen), politisch durchgehalten werden kann, ist zu bezweifeln. Dies gilt selbst dann, wenn in den Niederlanden der Zuspruch zu einer solidarischen Krankenversicherung ähnlich hoch sein sollte wie in Deutschland.

#### **B. MORBIDITÄTSBEZUG „NICHT MORBIDITÄTSBEZOGENER LEISTUNGS-AUSGABEN“**

Nicht alle Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, orientieren sich an der Morbidität der Versicherten. Vielmehr erhalten die Krankenkassen für diese Leistungen pauschale Zuweisungen je Versichertem. Beispiele für derartige sog. nicht morbiditätsbezogene Leistungen sind etwa die Kosten für Schutzimpfungen oder die Umlage für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Dies ist auch stimmig, denn Schutzimpfungen werden in der Regel an Gesunden und hier insbesondere bei Kindern, aber auch bei älteren Menschen – und damit unabhängig von jeglicher Morbidität – vorgenommen. Die Kosten des MDK tragen die Krankenkassen gemeinschaftlich, unabhängig von der Häufigkeit der Inanspruchnahme durch die einzelne Krankenkasse. Entsprechend bedarf es hier auch keines Morbiditätsbezugs bei der Zuweisung.

Nichtsdestotrotz fordern einige Krankenkassen, die bisherige Berücksichtigungssystematik dieses Ausgabenblocks zu beenden. Der Morbiditätsbezug bestehe auch hier, insofern müsse mit diesen Leistungen so umgegangen werden wie mit den weiteren berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. Dies halten die Betriebskrankenkassen jedoch für nicht sachgerecht. Aufgabe des Morbi-RSA ist es unter anderem, höhere Belastungen durch eine höhere Morbidität auszugleichen. Ist dies nicht gegeben, ist ein entsprechender Ausgleich auch nicht sachgerecht.

## 3 Fazit

Aus der Darstellung der Hintergründe und Vorschläge der Betriebskrankenkassen für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist deutlich geworden, dass die RSA-Gestaltung manchmal trivial und oft genug hoch komplex ist. Dennoch darf diese Umverteilungsmaschine nicht länger einseitig die im Wettbewerb stehenden Kassen und auch bestimmte Kassenarten bevor- bzw. benachteiligen. Wenn die Politik es ernst damit meint, dass die Kassenvielfalt und die damit erst mögliche Wahlfreiheit der Versicherten ein hohes Gut ist und gleichzeitig die Kassenarten in die Lage versetzt werden sollen, untereinander zu helfen und im Insolvenzfall haftend gerade zu stehen, muss sie direkt zu Beginn der neuen Wahlperiode tätig werden.

Dabei darf sie sich nicht rein von mathematischen bzw. statistischen Kennzahlen leiten lassen, die vermeintlich die Güte des Morbi-RSA ausreichend beschreiben. Zu wichtig sind daneben Kriterien wie Transparenz, Akzeptanz, Manipulationssicherheit, Versorgungsneutralität, Chancengleichheit im Wettbewerb, der Kassenartenbezug – um nur einige zu nennen.

Zentral ist darüber hinaus, dass die Evaluation der Morbi-RSA-Wirkungen und Optionen seiner Gestaltung/Weiterentwicklung aus dem eher zufallsgetriebenen politischen Gezerre heraus und in einen gesetzlich und zeitlich klar verankerten Rhythmus hineinkommen. Die Schweiz und die Niederlande dienen hier als Blaupause. Dies würde die aufgeregte und zum Teil verbal bereits entgleiste Diskussion deutlich versachlichen. Unterstützt würde diese Entemotionalisierung, wenn das bisherige Wissensmonopol beim BVA abgeschafft und auch weiteren Wissenschaftlern und Kassen ein anonymisierter Datenpool für Analysen und fundierte Vorschläge für Morbi-RSA Entwicklungen zur Verfügung gestellt würde.

Allen RSA-Diskussionen in Deutschland liegt jedoch ein Problem zu Grunde: Weil das Thema komplex und intransparent ist und es um Milliardenbeträge geht, haben viele Politiker die Sorge, dass das gesetzliche Drehen an einer kleinen Schraube zu unberechenbaren Auswirkungen auf das gesamte Gefüge führt. Statt zu handeln, wird so lange wie möglich gewartet. Statt selbst die Richtung zu bestimmen, wird die Kurssetzung wissenschaftlichen und interessengeleiteten Meinungsführern überlassen. Denn auch, wenn manch einer für sich Objektivität reklamiert und andere als rein interessengeleitet deklariert, ist festzuhalten: es geht in der so geführten Diskussion nicht um Solidarität oder Qualität des Systems, sondern um das Überleben oder die Optimierung im Wettbewerb.

Dieses Herangehen gilt es in der neuen Legislaturperiode umzudrehen. Letztlich muss es – auch hier sei die Schweiz als gutes Beispiel benannt – darum gehen, dass die Politik Vorgaben zur Ausgestaltung der deutschen solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung macht. Vorschläge, in welche Richtung diese gehen können, liegen auf dem Tisch. Wissenschaft und Kassen hätten dann diese Vorgaben gemeinsam zu gestalten und umzusetzen. Die Politik hätte darauf zu achten, dass sich die gewünschten Wirkungen entfalten und ggf. ohne Furcht nachzusteuern. Nicht mehr, aber auch nicht weniger könnte zu einem fairen Finanzausgleich führen.



**IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN SONDERAUSGABE 1 | 2017**

Betriebskrankenkassen  
Magazin des BKK Dachverbandes

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

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Kerstin Macherey, Dr. Thomas Schepp

TEL 030 2700 406 0 | [redaktion@bkk-dv.de](mailto:redaktion@bkk-dv.de)

Redaktionsschluss: 1. September 2017  
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung / Satz:  
THE BRETtinghamS GmbH | 10629 Berlin  
[www.brettingham.de](http://www.brettingham.de)

Druck:  
KÖNIGSDRUCK, Printmedien und digitale Dienste GmbH | 13407 Berlin  
[www.koenigsdruck.de](http://www.koenigsdruck.de)

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

