

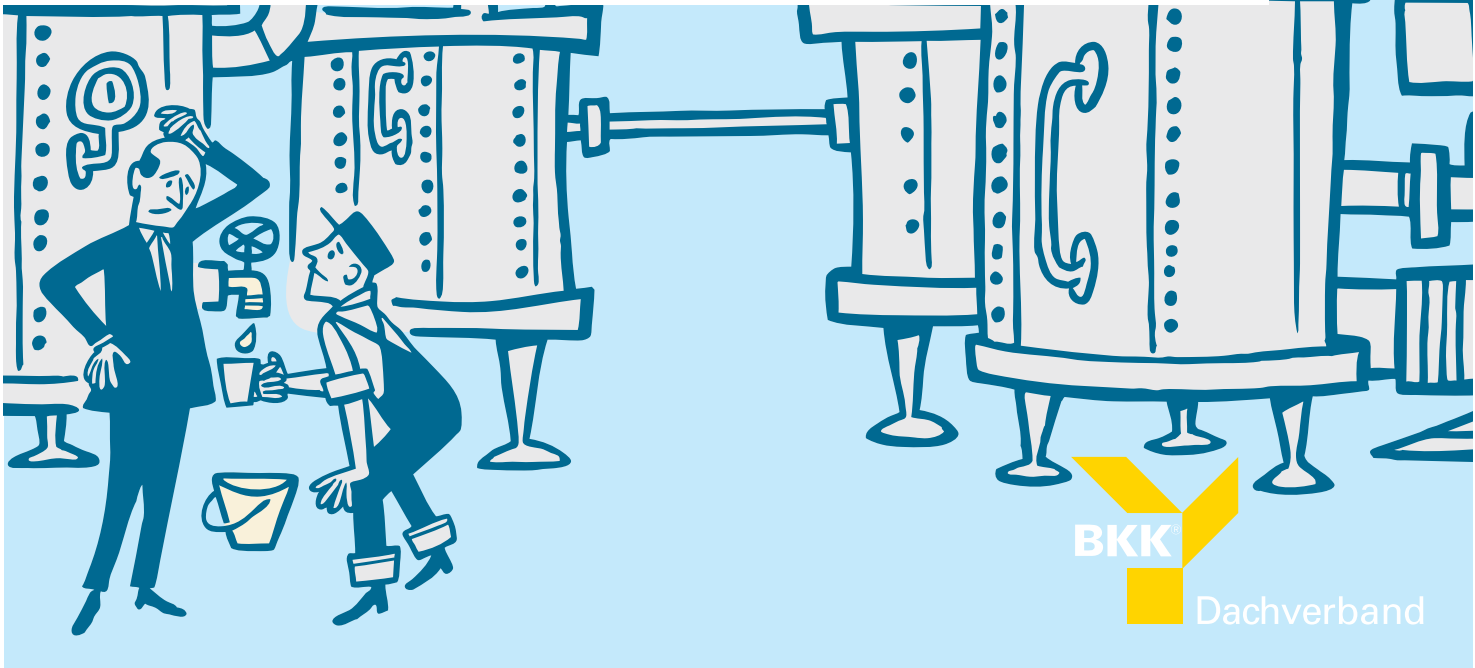
Betriebs  
Kranken  
Kassen

Finanzausgleich neu justieren

Jetzt  
entschlacken!

STELLSCHRAUBEN IM MORBI-RSA

# SONDERGRUPPEN IM FOKUS



# Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

vor sieben Jahren hat der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) den alten RSA abgelöst. Damit wurde der Zuweisungsmechanismus des Gesundheitsfonds umfassend erneuert, mit dem ein Finanzvolumen von rd. 200 Mrd. Euro kontinuierlich umverteilt wird. Die seitdem gültige, deutlich verfeinert Systematik soll dazu führen, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zu verbessern und damit Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen. Ist dies gelungen? Hier gehen die Meinungen auseinander.

Eine Analyse der aktuellen Zahlen bezüglich der Einnahmen- und Ausgaben-Salden der Kassen sowie ihrer Zusatzbeitragssätze legt folgendes Bild nahe: Die Systematik des Morbi-RSA treibt die Schere zwischen den Kassen mit einer Über- und einer Unterdeckung kontinuierlich auseinander. In der Konsequenz nimmt der gewünschte Wettbewerb zwischen den Kassen teils groteske Züge an: Einige Kassen mit hohen Verwaltungskosten bei gleichzeitig, regional bedingt, günstigen Leistungsausgaben profitieren von überhöhten Zuweisungen aus dem Morbi-RSA und dann in der Folge noch von Geldern aus dem vollständigen Einkommensausgleich bei den Zusatzbeiträgen. Im Ranking der Verwaltungskosten oder bei Kundenbefragungen zur Service-Zufriedenheit liegen diese Kassen nicht notwendiger Weise auf den ersten Plätzen – eher im Gegenteil. Trotzdem profitieren sie von attraktiven Zusatzbeitragssätzen unter dem Durchschnitt und haben damit klare Wettbewerbsvorteile. Mit Können oder Kassenmanagement kann dies eher nicht begründet werden. Gleichzeitig sind Kassen mit Versicherten in teuren Regionen und dadurch erhöhten Ausgaben aber dennoch unterdurchschnittlichen Verwaltungskosten gezwungen, einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu veranschlagen. Der daraus entstehende Wettbewerbsnachteil wird durch den im Jahr 2014 eingeführten vollständigen Einkommensausgleich zusätzlich verschärft. Er führt zu einem weiteren Mittelabfluss von Kassen, die Versicherte mit hohen Grundlöhnen bei gleichzeitig hohen Kosten haben. Empfänger sind Kassen mit Versicherten mit unterdurchschnittlichen Grundlöhnen, unabhängig davon, ob sie das Geld für die Finanzierung von Ausgaben benötigen oder nicht. Kassen mit niedrigen Grundlöhnen und gleichzeitig niedrigen Ausgaben profitieren dann doppelt. Die Konstruktion des Einkommensausgleichs ist also verfehlt. Der Wettbewerb gerät in eine Schiefelage.

Diese ist bereits so massiv, dass kurzfristig politische Gegenmaßnahmen getroffen werden müssen. Bis nach der nächsten Bundestagswahl kann auf keinen Fall gewartet werden, um die ungerechtfertigte Beitragssatzspreizung zumindest etwas zu mildern. Hier insbesondere eine kurzfristig umsetzbare Lösungsoption aufzuzeigen und gleichzeitig weitere Handlungsoptionen zu eröffnen, ist Ziel dieser Broschüre.

Als Basislektüre zur Erklärung des Prinzips des Morbi-RSA, der Grundlagen der Krankheitsauswahl und des Klassifikationsmodells sowie der Funktionsweise des Gesundheitsfonds sei auf das Heft „Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich“ (zu finden auf der Homepage des BKK Dachverbandes) verwiesen. Die vertiefte Beschreibung der dort bereits skizzierten Sondergruppen im Morbi-RSA erfolgt in der vorliegenden Broschüre. Wieder ist es uns ein Anliegen, dass die Auseinandersetzung um den Mechanismus des Morbi-RSA nicht nur den Fachexperten vorbehalten bleibt. Vor dem Hintergrund der aktuell virulenten Diskussion um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung muss man sich einfach mit deren Motor, dem Morbi-RSA, stärker befassen.

Viel Freude beim Lesen wünscht

**Franz Knieps**

4	<b>AUSGANGSPUNKT</b> Wettbewerbssituation in der GKV
6	<b>SONDERGRUPPEN IM MORBI-RSA</b>
7	<b>ERWERBSMINDERUNGSGRUPPEN (EMG)</b>
12	<b>AUSLANDSVERSICHERTE</b>
13	<b>KOSTENERSTATTERGRUPPEN</b>
14	<b>DMP-PROGRAMMKOSTENPAUSCHALE</b>
15	<b>KRANKENGELDZUWEISUNGEN</b>
16	<b>FAZIT</b> Politische Forderung und Ausblick
18	<b>RAUS</b> Impressum

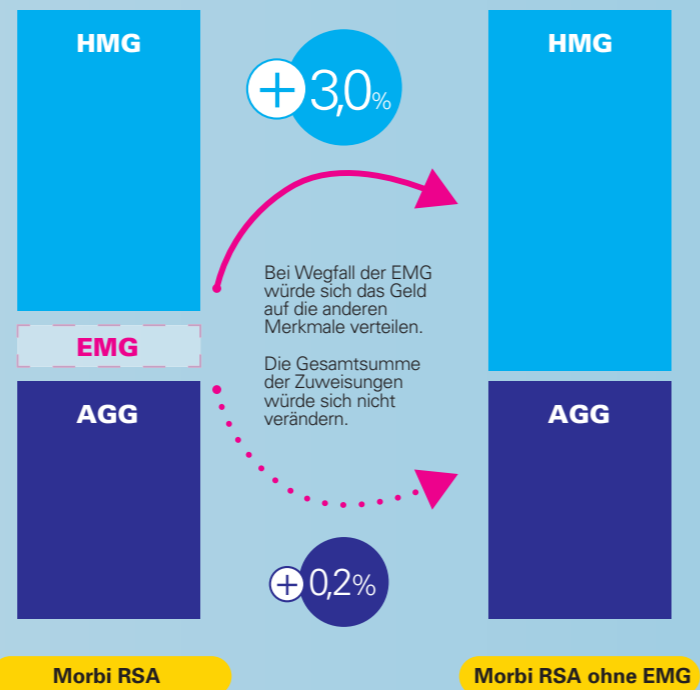
# SCHIEFLAGE IM KASSEN- WETTBEWERB MIT GROTESKEN AUSWIRKUNGEN:

Fehler in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA führen zu Über- und Unterdeckungen der Ausgaben bei den Kassen. Die Schere dieser Deckungsbeiträge geht daher kontinuierlich auseinander. In der Konsequenz können Kassen mit Überdeckung trotz hoher Verwaltungskosten bei gleichzeitig, regional bedingt, günstigen Leistungsausgaben mit unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen Wettbewerbsvorteile im GKV-Markt generieren. Gleichzeitig sind etliche Kassen, die unterdurchschnittliche Verwaltungskosten haben, obwohl sie Versicherte in teuren Regionen betreuen, mit erhöhten Ausgaben gezwungen, einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu erheben. Verschärft wird der daraus entstehende Wettbewerbsnachteil, wenn der erhobene Zusatzbeitragssatz wegen des vollständigen Einkommensausgleiches höher sein muss, als eigentlich notwendig.

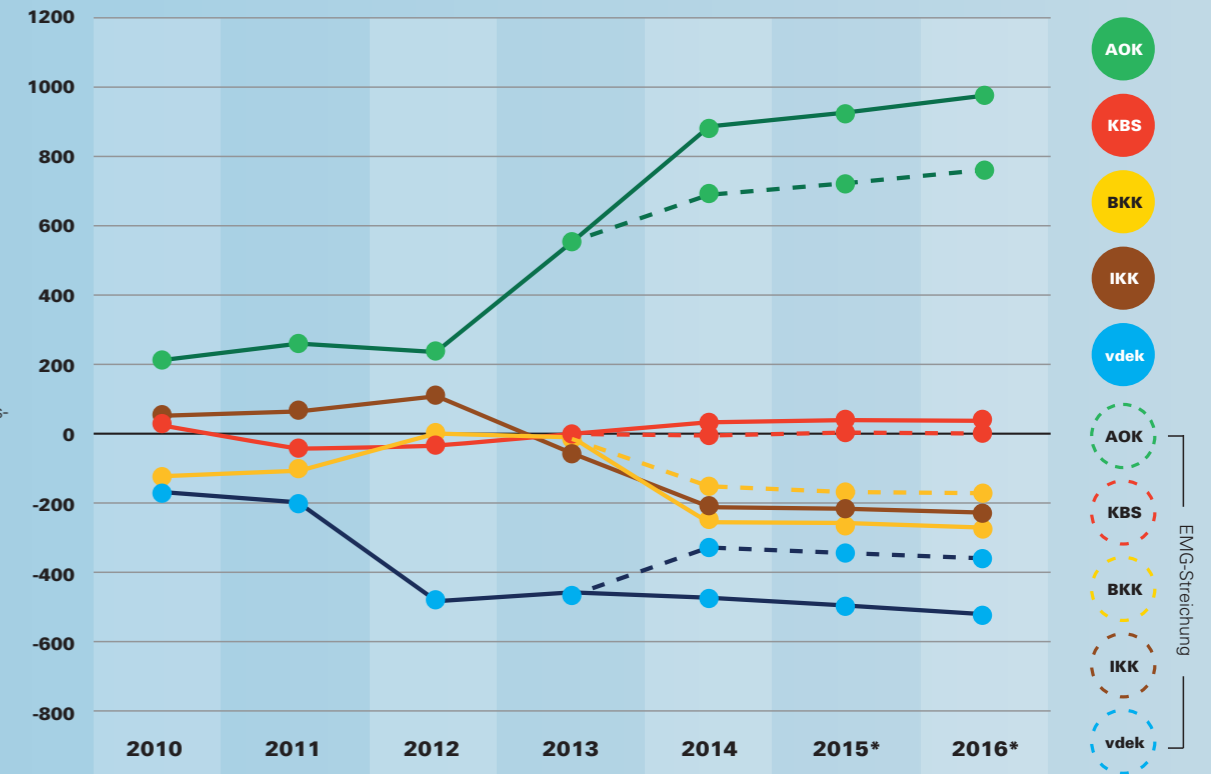


Es besteht also noch in dieser Legislaturperiode  
**HANDLUNGSBEDARF,**  
um unter dem steigenden Ausgabendruck einen  
fairen Wettbewerb der Kassen sicherzustellen:

**Kurzfristig umsetzbare  
LÖSUNG**  
Streichung der Sondergruppe  
der Erwerbsminderungsrent-  
ner aus dem Morbi-RSA



DECKUNGSBEITRÄGE DER KRANKENKASSEN IN MIO. EURO



## Die Streichung der EMG hat folgende VORTEILE

- „Entrümpelung“ des Morbi-RSA: Vereinfachung des Modells und Behebung des Bruchs in der Systematik (Mehrfachzuweisung) des derzeitigen Morbi-RSA
- Keine nachteilige Wirkung auf die Modellgüte und Zielgenauigkeit der Verteilung
- Keine nachteilige Wirkung auf die Versorgung der Erwerbsminderungsrentner
- Überschaubare Finanzwirkung: die EMG haben im Morbi-RSA einen Anteil von nur 1,3 % des gesamten Morbi-RSA-Umverteilungsvolumens. Keiner der „Verlierer“ würde durch diesen Schritt existenziell gefährdet.
- Positive Wirkung auf den Wettbewerb: ein kleiner aber wichtiger Schritt zur Verringerung der massiven Wettbewerbsverzerrungen
- Gesetzgeberisch leicht umsetzbar.

Darüber hinaus sind mittelfristig weitere Änderungen im Morbi-RSA notwendig. Auch in der neuen Legislaturperiode ist das „lernende System“ weiter zu entwickeln.

# 1 Ausgangspunkt

## Wettbewerbssituation in der GKV

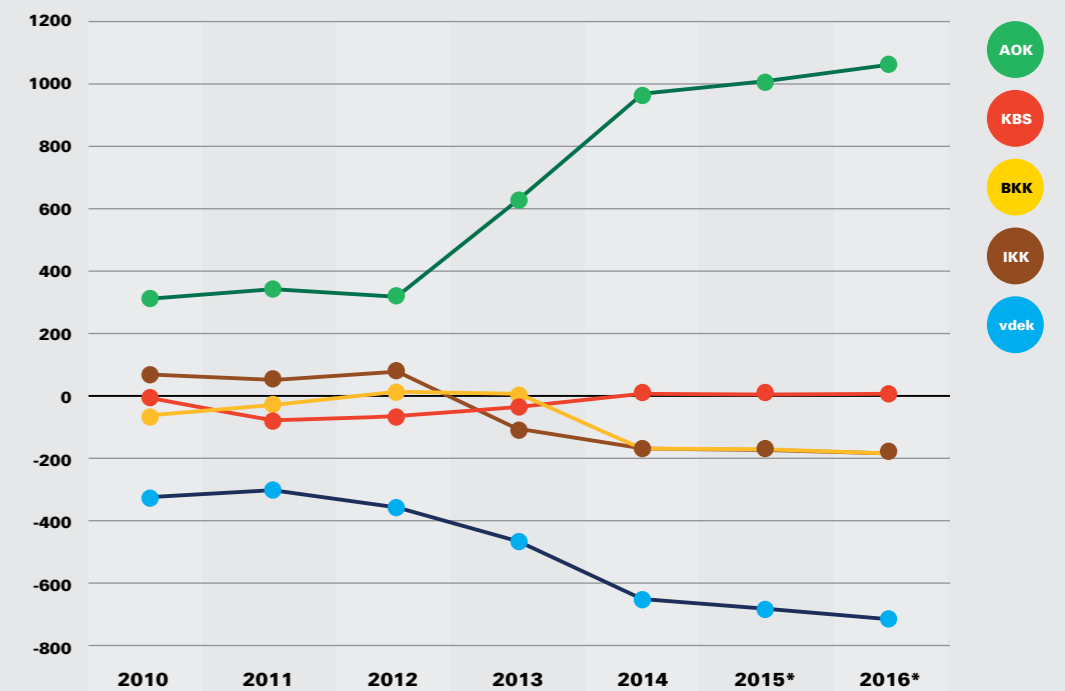
Die Ausgaben einer Krankenkasse sollen im Idealfall für alle drei Bereiche, also gesetzliche Pflichtleistungen, Satzungs- und Ermessensleistungen sowie Verwaltungskosten, über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen werden. Die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen entsprechen 95% des Haushaltsvolumens einer Krankenkasse. Nur wenn diese dauerhaft durch die Zuweisungen gedeckt werden, ist eine Kasse überlebensfähig und kann sich im Wettbewerb behaupten. Denn Einflussmöglichkeiten zur Kostensteuerung durch das Kassenmanagement sind hier nur sehr begrenzt vorhanden. Deshalb ist es von essentieller Bedeutung, dass das Regelwerk des Morbi-RSA für eine ausgeglichene Verteilung der Mittel auf der Einnahmenseite unter den Krankenkassen sorgt. Hingegen sind in den Bereichen der Verwaltungskosten sowie der Satzungs- und Ermessensleistungen, die darüber hinaus das operative Ergebnis einer Krankenkasse bestimmen, durchaus Handlungs- und Gestaltungsoptionen gegeben.

Ein Blick auf die Deckungsbeiträge zeigt das Verhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben bei den Krankenkassen. Dabei kann der Fokus gezielt auf bestimmte operative Bereiche einer Einzelkasse oder einer Gruppe von Krankenkassen gerichtet werden.

Bei der Betrachtung der Deckungsbeiträge für die im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, also der gesetzlichen Pflichtleistungen, auf Ebene der Kassenarten kann überprüft werden, ob die Systematik des Morbi-RSA derzeit zu einer hinreichenden Verteilung der Finanzmittel führt und wie sie sich im Laufe der letzten Jahre entwickelt hat.

Das folgende Schaubild (Abbildung 1) deutet auf systematische Wettbewerbsverzerrungen hin: Nicht erst seit dem Jahr 2013, seit dem die Berechnung der Zuweisungen für die Leitungsausgaben für Verstorbene neu geregelt wurde, driften die Schere der Deckungsbeiträge bei den Kassenarten erheblich auseinander. Diese Entwicklung kann nicht lediglich einem effizienteren Handeln einzelner Krankenkassen zugeschrieben werden. Schließlich sind die Einflussmöglichkeiten der Kasse auf die Ausgaben für Pflichtleistungen in der GKV gering. Gäbe es hier Handlungsoptionen, müssten sich in jeder Kassenart sowohl wirtschaftlich als auch weniger wirtschaftlich handelnde Einzelkassen befinden. In der Betrachtung nach Kassenart müsste sich dann der Effekt ausgleichen und

DECKUNGSBEITRÄGE DER KRANKENKASSEN FÜR PFLICHTLEISTUNGEN  
IN MIO. EURO



**Abbildung 1:** Deckungsbeiträge der Krankenkassen (für Pflichtleistungen) ab dem Jahr 2010 (Angaben in Mio. Euro), eigene Darstellung. Quelle: Ergebnisse der amtlichen Schlussbescheide sowie der Jahresrechnungen aus den betreffenden Jahren, \* Fortschreibung der Ergebnisse 2014

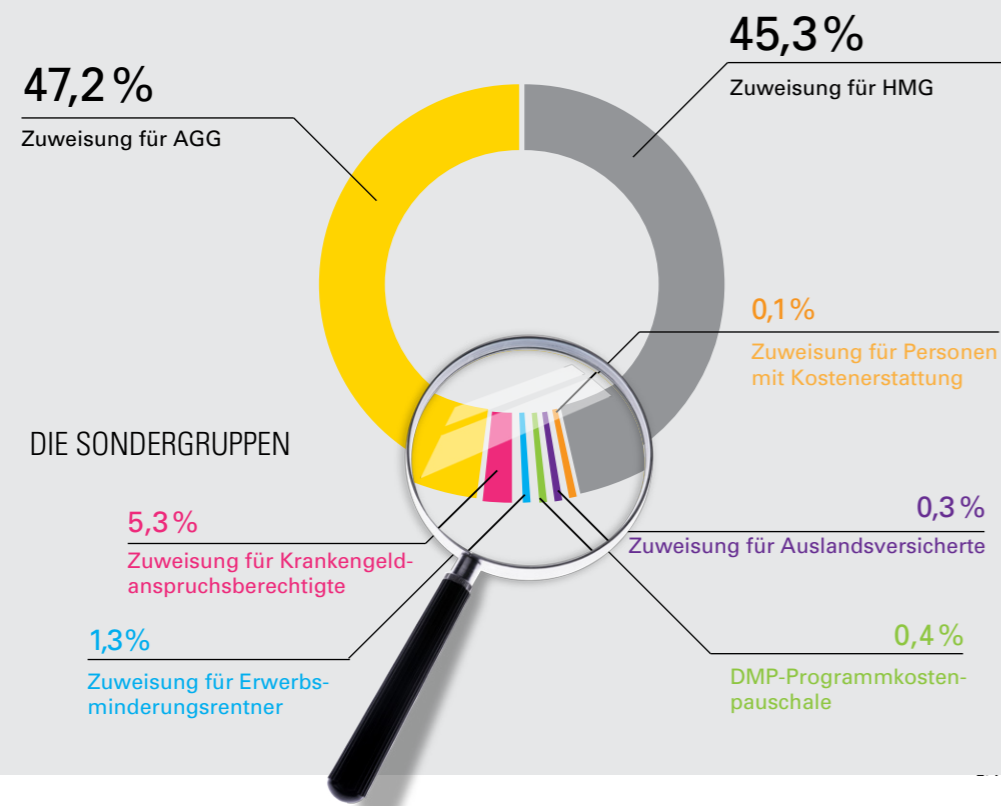
sich insgesamt dem Durchschnitt annähern. Die Zahlen belegen jedoch, dass dies nicht der Fall ist.

Diskutierte Lösungsansätze zur Behebung der generellen Unterdeckung aus dem Gesundheitsfonds wie eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung, eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes, höhere Steuerzuschüsse oder Entnahmen aus der Liquiditätsreserve der GKV würden nichts an dieser Problematik bzw. Systematik ändern. Vorrangig müssen die systematischen Wettbewerbsverzerrungen beseitigt werden, bevor nach einer Lösung außerhalb des Systems gesucht wird. Bereits kurzfristige Korrekturen in der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA sind demnach unerlässlich. Dabei kann es nicht darum gehen, die grundsätzlichen Regeln tiefgreifend zu überarbeiten. Deren Analyse und Weiterentwicklung ist eine mittelfristige Aufgabe, die zügig nach der nächsten Bundestagswahl angegangen werden sollte. Vielmehr sollten aktuell Aspekte, die den Kern des Morbi-RSA nicht betreffen oder gar unterlaufen, identifiziert und kritisch hinterfragt werden. Nur leicht zu realisierende und kurzfristig umsetzbare Veränderungen, die gleichzeitig die Steuerungswirkung des Morbi-RSA verbessern, sind momentan relevant. In diese Kategorie fallen auch die Sondergruppen im Morbi-RSA und hier insbesondere die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner.

## 2 Sondergruppen im Morbi-RSA

Den „Kern des Morbi-RSA“ bilden die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) und die hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG). Über sie wird der Großteil der Gesamtzuweisung einer Krankenkasse abgedeckt. Daneben werden Sondergruppen (auch Surrogate genannt) berücksichtigt. Selbst wenn diese bezogen auf das Gesamtverteilungsvolumen nur einen geringen Anteil ausmachen, haben sie doch eine Wirkung auf die Finanzergebnisse und Zusatzbeiträge von Einzelkassen und Kassenarten. Fehler in der Zuweisungssystematik dieser Gruppen tragen zu den Verwerfungen im Wettbewerb der Kassen bei.

### ZUWEISUNGSANTEILE 2014



1,3%

Zuweisungsanteil  
im Morbi-RSA 2014

### 2.1 Erwerbsminderungsgruppen (EMG)

Die Leistungsfähigkeit eines Menschen kann infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung nicht nur kurzzeitig, sondern in einigen Fällen auch längerfristig eingeschränkt sein. Wenn der Betroffene schließlich seiner Arbeit nicht mehr nachgehen kann, besteht die Möglichkeit, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen. Diese Leistung ist unabhängig von der Altersrente. Ausschlaggebend ist, wie viele Stunden der Versicherte täglich noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein könnte. Auf dieser Basis sind volle und teilweise Erwerbsminderung zu unterscheiden. Die Voraussetzungen hierfür werden im § 43 SGB VI definiert. Statistiken zeigen: Die häufigsten Ursachen für eine Erwerbsminderung sind Muskel- oder Skeletterkrankungen, Herz-Kreislauf-Probleme oder psychische Beschwerden. Erwerbsminderungsrenten werden grundsätzlich auf max. 3 Jahre befristet gewährt. Eine Verlängerung ist möglich, muss jedoch gesondert beantragt werden.

Im Risikostrukturausgleich werden Erwerbsminderungsrentner als Sondergruppe berücksichtigt. Die Erwerbsminderungszeiträume der betroffenen Versicherten werden dem Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen zur Durchführung der Berechnungen übermittelt.

Der Status des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente war bereits Bestandteil des Alt-RSA, der zum 01.01.2009 durch den Morbi-RSA abgelöst wurde. Er wirkte als indirekter Morbiditätsindikator, der zur Einschätzung der zu erwartenden Leistungsausgaben beigetragen hat. Seit der Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 werden jedoch direkte Morbiditätsindikatoren für chronische, kostenintensive und schwerwiegende Erkrankungen berücksichtigt. Auf Basis der Diagnosen und Verordnungen ist es seither möglich, Krankheiten, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, mit höheren Zuweisungen zu verbinden.

Trotzdem findet sich im heutigen Morbi-RSA über die Bewertung der Erkrankungen hinaus nach wie vor das Zuweisungs-Konstrukt für Erwerbsminderungsrentner. Dies führt zu einer Mehrfachberücksichtigung dieses Merkmals und damit zu einer ungerechtfertigten Mehrfachzuweisung für den gleichen Sachverhalt für diese Personengruppe.

In der Art der Berücksichtigung dieses Kriteriums unterscheiden sich früheres und aktuelles Verfahren erheblich. Im Alt-RSA basierte die Bewertung der Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten auf der tatsächlichen Bezugszeit einer Erwerbsminderungsrente innerhalb eines Jahres. Hier ein Beispiel: Eine Person, die im Zeitraum vom 01. Juli bis zum 31. Dezember des Jahres eine entsprechende Rente bezogen hat, wurde im RSA also für genau 184 Tage als Erwerbsminderungsrentner geführt. Für diesen Zeitraum bekam die zuständige Krankenkasse eine Zuweisung, die dem Durchschnitt der Leistungsausgaben aller Erwerbsminderungsrentner mit gleichem Alter und Geschlecht in der GKV für einen Zeitraum von 184 Tagen entsprach. Es erfolgten keine weiteren Zuschläge für denselben Versicherten. War die Person aus diesem Beispiel bereits vorher in der GKV versichert, z.B. bereits seit dem 01. Januar des Beispieljahres, erhielt die Krankenkasse für den Zeitraum 01. Januar bis 30. Juni – also bis zum Beginn der Erwerbsminderungsrente – auch eine Zuweisung. Diese war aber nur in Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben von nicht erwerbsunfähigen Personen bemessen. Es fand also eine zeitgleiche Betrachtung statt.

**Abbildung 2:** Zusammensetzung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA im Ausgleichsjahr 2014 (Quelle: BVA, eigene Darstellung)

ZUWEISUNGSMECHANISMUS FÜR ERWERBSMINDERUNGSRENTNER

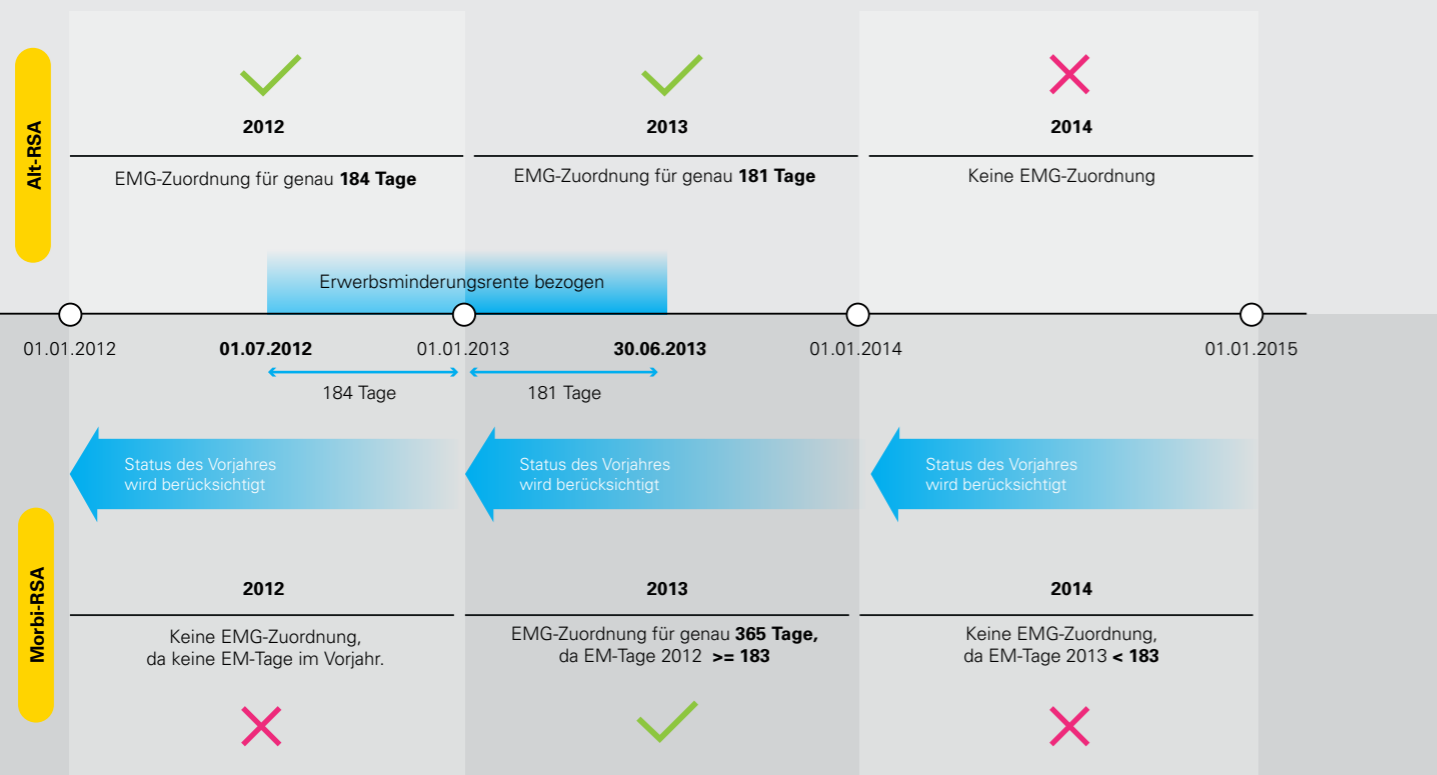


Abbildung 3: Zuweisungsmechanismus für Erwerbsminderungsrentner, Alt-RSA vs. Morbi-RSA, eigene Darstellung

Im Morbi-RSA hingegen wird der Erwerbsminderungsstatus prospektiv behandelt. Die Zuordnung zu einer Erwerbsminderungsgruppe (EMG) erfolgt, wenn ein Versicherteter im Vorjahr überwiegend erwerbsunfähig war. Voraussetzung ist also, dass bei einem Versicherten, der im Vorjahr vom 01. Januar bis zum 31. Dezember in der GKV versichert war, an mindestens 183 Tagen eine Erwerbsminderung vorgelegen hat. Nur dann kann im Folgejahr ein Zuschlag über eine EMG erteilt werden. Dabei ist es unerheblich, ob und wie lange der Erwerbsminderungsstatus im Folgejahr überhaupt noch besteht. Der Zuschlag, den die Kasse für den betroffenen Versicherten erhält, orientiert sich nur an dem Tatbestand, dass dieser weiterhin in der GKV versichert ist. Deutlich wird das Zuordnungsprinzip an dem folgenden Beispiel:

Eine Person war in zwei aufeinanderfolgenden Jahren vollständig in der GKV versichert und hat im Zeitraum vom 01. Juli 2012 bis zum 30. Juni 2013 eine Erwerbsminderungsrente bezogen. Er war also im Jahr 2012 für 184 Tage und im Jahr 2013 für 181 Tage erwerbsgemindert. Da sich die Zuordnung auf das Jahr vor der Zuweisung bezieht (hier das Jahr 2012), würde es eine einmalige Zuweisung aufgrund der 184 erwerbsgeminderten Tage erst im Jahr 2013 geben. Die zuständige Krankenkasse würde allerdings eine Zuweisung für das gesamte Jahr und nicht nur für die tatsächliche Dauer der Erwerbsminderungsrente erhalten. Wenn der Bezug der Erwerbsminderungsrente nicht verlängert wird, würde im darauffolgenden Jahr (hier 2014) keine erneute Zuweisung erfolgen. Die dafür notwendigen 183 Bezugstage werden vom 01. Januar bis 30. Juni mit 181 Tagen nicht erreicht. Abbildung 3 verdeutlicht die Berechnung im Morbi-RSA.

DER MORBI-RSA BETRACHTET DEN VERSICHERTEN DIFFERENZIERTER ALS DER ALT-RSA

Beispiel eines Erwerbsminderungsrentners im Ausgleichsjahr 2016



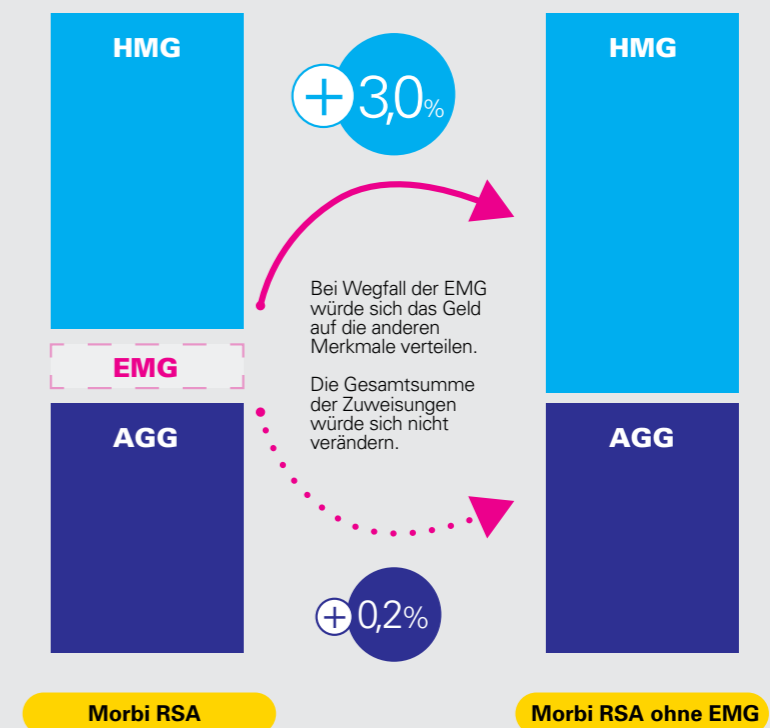
Abbildung 4: Der Morbi-RSA betrachtet den Versicherten differenzierter, eigene Darstellung

Die gesonderte Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner wurde also aus dem alten RSA-Verfahren übernommen, diesem Status wurde aber eine neue, weniger plausible Rolle zugeordnet: Während sie früher die akuten Kosten im Ausgleichsjahr abbilden sollte, wird sie im neuen Verfahren zur Erklärung der Kosten im Folgejahr verwendet. Bei Diagnosen und Arzneimittelverordnungen sieht der Gesetzgeber dieses Verfahren explizit vor. Dagegen sucht man vergeblich eine entsprechende Vorgabe für den Erwerbsminderungsstatus. Im Jahr 2008, also unmittelbar vor Einführung von Morbi-RSA und Gesundheitsfonds, wurde im Alt-RSA ein Anteil von knapp 8% des Volumens der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben über die Erwerbsminderungsgruppen verteilt. Ein Vergleich dieser Zahl mit dem heutigen Anteil der Zuweisungen für Erwerbsminderungsrentner im Morbi-RSA mit etwa 1,3% ist jedoch nicht möglich. Denn ein weiterer wesentlicher Unterschied in der Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus zwischen altem und neuem Verfahren im RSA liegt darin, dass im Morbi-RSA für betroffene Erwerbsminderungsrentner (im Vorjahr) weitere Zuweisungen bzw. Zuschläge erfolgen: Jeder Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus wird nämlich gleichzeitig auch einer AGG zugeordnet. Darüber hinaus erfolgen auch Zuordnungen – in Abhängigkeit von den jeweiligen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen – zu HMGs. Liegt darüber hinaus bei den betroffenen Versicherten auch ein Anspruch auf Krankengeld vor, erfolgt auch eine Zuordnung zu einer K-EMG (siehe Abbildung 4).

Es wird deutlich, dass die Beibehaltung der gesonderten Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus nicht zur Systematik des Morbi-RSA passt. In der Logik des Alt-RSA wurden die standardisierten Leistungsausgaben für Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus losgelöst von den übrigen Versicherten ermittelt. Anders ausgedrückt: Für GKV-Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus erfolgte ein strikt getrennter, eigener Ausgleich, der auch ohne den RSA für Nicht-Erwerbsminderungsrentner funktioniert hätte. Somit war die Summe der standardisierten Leistungsausgaben für Erwerbsminderungsrentner identisch mit deren tatsächlichen Leistungsausgaben.

Dies ist im Morbi-RSA seit 2009 nicht mehr länger der Fall. Alle Versicherten werden, unabhängig davon, ob ein Erwerbsminderungsstatus vorliegt oder nicht, bei der Zuordnung zu AGG und HMG gleich behandelt. Dies ist ausreichend und konsequent. Nicht nachvollziehbar ist dagegen, warum für erwerbsgeminderte Versicherte in der GKV eine zusätzliche, gesonderte Zuweisung erfolgt. An dem Umstand, dass diese Versicherten „morbider“ sind, als Nicht-Erwerbsminderungsrentner bzw. eine oder mehrere schwerwiegende, kostenintensive und/oder chronische Erkrankungen aufweisen, liegt es nicht. Schließlich ist genau dies durch die Einführung von HMG durch den Morbi-RSA bereits berücksichtigt. Bei Zweifeln an dieser Annahme müsste die Auswahl der Krankheiten sowie die Klassifikation insgesamt hinterfragt werden; sie wären dann offensichtlich nicht für eine adäquate Zuweisung geeignet.

Nun könnte für die Beibehaltung der Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus im Morbi-RSA argumentiert werden, dass Erwerbsminderungsrentner bei gleichen Erkrankungen mit gleichen Schweregraden regelmäßig signifikant höhere Kosten aufweisen als nichterwerbsunfähige Personen. Dies mag zwar in bestimmten Fällen durchaus zutreffen. Allerdings schließt sich dann die Frage an, warum deshalb genau das Kriterium des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente herausgegriffen wird. Es ist empirisch erwiesen, dass beispielsweise bei allen Hochkostenfällen (Bluter, schwere Krebserkrankungen, Beatmungsfälle) und den seltenen Erkrankungen eine unzureichende Berücksichtigung über die Zuweisungen des Morbi-RSA besteht. Dies ist insbesondere der Fall, seitdem im Jahr 2009 der Risikopool, der besonders teure Leistungsfälle zumindest in Teilen ausgeglichen hat, abgeschafft wurde. Eine kleine Kasse, die zwei oder drei Patienten mit solch einer schweren Erkrankung versichert, kann wegen zu geringer Zuweisungen hierfür aus dem Gesundheitsfonds finanziell in Schieflage geraten. Die Deckungsquote ist für besonders teure Leistungsfälle noch erheblich schlechter als beispielsweise die Deckungsquote, die bei Erwerbsminderungsrentnern bei Abschaffung der EMG entstehen würde. Trotzdem werden sie nicht über die Bewertung der Erkrankungen hinaus gesondert berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Beibehaltung des Erwerbsminderungsstatus über gesonderte Gruppen im Morbi-RSA seit 2009 als Anachronismus dar. Befürchtungen, dass eine Abschaffung der EMG die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA verschlechtern würde, sind unbegründet. Vielmehr werden durch deren Beibehaltung sowie die immer stärkere Ausdifferenzierung der HMG (vgl. Broschüre „Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich“ des BKK Dachverbandes) bestehende Unzulänglichkeiten in Krankheitsauswahl, Klassifikationsmodell und nicht mehr vorhandenem Risikopool nur ansatzweise kaschiert.



**Abbildung 5:** Verteilung bei Wegfall der Erwerbsminderungsgruppen, eigene Darstellung

Abbildung 5 verdeutlicht, dass durch die Herausnahme der EMG aus der Systematik des Morbi-RSA das Zuweisungsvolumen des Gesundheitsfonds insgesamt nicht verändert werden würde. Die Geldmittel, die bisher über die EMG verteilt werden, würden nahezu vollständig zu einer Erhöhung der Zuweisungen über die HMG 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 aufgrund ihrer Erkrankungen auch höhere Ausgaben verursachen. Der Umweg, Geldmittel über den Erwerbsminderungsstatus zu verteilen, weil dieser mit höheren Ausgaben wegen vorhandenen Krankheiten verbunden ist, wird dadurch obsolet. Zudem wird sichergestellt, dass auch durch die bisher über die EMG zugewiesenen Geldmittel unterschiedliche Schweregrade differenzierter berücksichtigt werden als im bestehenden Verfahren: Derzeit wird für jeden Versicherten mit Erwerbsminderungsstatus gleichen Alters und Geschlechts ein identischer Betrag zugewiesen, unabhängig von der Schwere der individuellen Erkrankungen und der damit verbundenen Kosten.

Durch einen Verzicht auf den Erwerbsminderungsstatus als Kriterium im Morbi-RSA würde das Gesamtmodell grundsätzlich vereinfacht, was sich im Wegfall von sechs Risikogruppen niederschlagen würde. Die Modellgüte würde zudem nicht verschlechtert. Anders ausgedrückt: Würde der Erwerbsminderungsstatus nicht bereits berücksichtigt, dann würde dieser nach den Maßstäben des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes auch nicht mehr neu eingeführt werden. Schließlich wird eine Erweiterung der Zahl der Risikogruppen immer nur dann vorgenommen, wenn diese mit einer Steigerung der Modellgüte bzw. der Erklärungskraft des Modells verbunden ist.

Über die EMG hinaus sind mittelfristig auch die weiteren, folgend beschriebenen Sondergruppen im Hinblick auf ihre Notwendigkeit bzw. Ausgestaltung zu überprüfen.

## 2.2 Auslandsversicherte

Versicherte, die mehr als 183 Tage des jeweiligen Vorjahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland hatten, werden im Morbi-RSA separat erfasst. Dies sind u.a. Personen, die zwar im Ausland leben, aber in Deutschland arbeiten und regelmäßig über die Grenze pendeln, oder Familienangehörige mit Wohnsitz im Ausland von in Deutschland arbeitenden GKV-Mitgliedern. Wenn diese Versicherten im Ausland ärztlich behandelt werden, liegen über Diagnosen und Verordnungen im Inland keine verwertbaren Morbiditätsinformationen vor, um eine Zuordnung zu den HMG vornehmen zu können. Ohne eine besondere Berücksichtigung des Status eines Auslandsversicherten bestünde in der GKV also eine systematische Ungleichbehandlung zu den Inlandsversicherten, für die eine Krankenkasse in vergleichbaren Fällen höhere Zuweisungen erhalten würde.

Im Verfahren des Alt-RSA bis 2008 war eine besondere Berücksichtigung von Auslandsversicherten vor diesem Hintergrund nicht erforderlich, da weder Diagnosen noch Arzneimittelverordnungen einbezogen wurden. Mit Einführung des Morbi-RSA wird betroffenen Versicherten seit 2009 ein Pauschalbetrag für die Morbidität auf Basis der Inlandsversicherten berechnet. Diese pauschale Zuweisung entspricht der durchschnittlichen Zuweisung über AGG und HMG von Inlandsversicherten mit gleichem Alter und Geschlecht. Die Durchschnittsbetrachtung führt allerdings zu Verwerfungen, wenn die Behandlungskosten im Ausland deutlich von denjenigen in Deutschland abweichen. Dies ist regelmäßig der Fall. Dabei können die tatsächlichen Kosten je nach betroffenem Staat deutlich unter oder über den Werten in Deutschland liegen. Somit profitieren Krankenkassen derzeit durch das bestehende Verfahren, wenn sie viele Personen mit Wohnsitz in kostengünstigen Staaten versichern und umgekehrt.

Bei den Auslandsversicherten handelt es sich um vergleichsweise wenige Personen: Der Anteil am Gesamtversichertenbestand in der GKV liegt bei etwa 0,4%. Je nach kassenindividuellem Anteil von Auslandsversicherten kann eine Über- oder Unterdeckung für Auslandsversicherte aber von Bedeutung sein und sich auf die individuelle Wettbewerbssituation auswirken.

Auf der Suche nach einem Lösungsansatz zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen hat das Bundesversicherungsamt in 2015 ein Gutachten in Auftrag gegeben und kam damit einer gesetzlichen Aufgabe nach. In dem mittlerweile veröffentlichten Gutachten wird empfohlen, die Zuweisung für GKV-Versicherte entsprechend dem Wohnort im Ausland landesspezifisch zu differenzieren. Hierzu wären allerdings weitere technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, die das Verfahren für einen relativ kleinen Personenkreis (in 2014 knapp 280.000 Auslandsversicherte in der GKV) zusätzlich verkomplizieren würde. Weiterführende Modelle sollen nun in Folgegutachten geprüft werden.

Zuweisungsanteil  
im Morbi-RSA 2014

0,3%

0,1%

Zuweisungsanteil  
im Morbi-RSA 2014

## 2.3 Kostenerstattergruppen

Eine weitere Sondergruppe im Zuweisungssystem des Morbi-RSA sind die Kostenerstattergruppen. Versicherte der GKV haben die Möglichkeit, statt dem üblichen Sachleistungsprinzip ein Kostenerstattungsverfahren zu wählen. Hierbei tritt der Versicherte in Vorleistung und begleicht die Rechnung seiner Versorgung zunächst selbst und reicht diese anschließend bei der Krankenkasse ein. Diese erstatten (teilweise) die Kosten. Die zugrunde liegenden Diagnosen oder Verschreibungen finden jedoch keinen Eingang in den Morbi-RSA. Somit liegen für die Berechnung der Zuweisungen für diese Versicherten keine Unterlagen vor, die für die eventuelle Zuordnung zu einer Morbiditätsgruppe notwendig sind.

Um die entstandenen Kosten der Kasse dennoch decken zu können, werden diese Gruppen im Morbi-RSA separat abgebildet. Ein Versicherter fällt in die Gruppe, wenn er im Vorjahr mindestens 183 Tage Kostenerstatter war.

In 2009 wurde nur eine Kostenerstattergruppe (KEG) gebildet, in der alle Betroffenen erfasst wurden. Ab 2012 wurde sie gesplittet. Für das Ausgleichsjahr 2016 erfolgte eine weitere Ausdifferenzierung: Insgesamt 7 Kostenerstattergruppen werden mittlerweile im Morbi-RSA erfasst.

Diese kleinteilige Aufspaltung der KEG wäre, insbesondere vor dem Hintergrund der geringen Versichertenzahlen, die in diese Gruppen fallen, sowie der geringen Höhe der Zuweisung (0,1% der Gesamtzuweisung) nicht notwendig gewesen (GKV-weit sind hiervon nur etwas mehr als 100.000 Personen betroffen, die Besetzung der insgesamt sieben KEG schwankt von 1.000 bis rund 34.000 Fällen). Zudem sind die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) der Versicherten bekannt und sie erhalten demnach bereits eine altersgruppensensible Zuweisung. Dieses Vorgehen zeigt die aktuelle Tendenz, dass die Weiterentwicklung des Morbi-RSA eher in Richtung weiterer Überfrachtung geht, statt das Regelwerk auf das Notwendige zu fokussieren. Es sollte daher kritisch hinterfragt werden.



## 2.4 DMP-Programmkostenpauschale

In der Gesetzlichen Krankenversicherung werden seit 2003 strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Program = DMP) für chronisch kranke Menschen angeboten. Die qualitativen Anforderungen werden in bundesweiten Richtlinien festgelegt. Die Umsetzung erfolgt durch regionale Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten. Die Einschreibung ist für Patienten freiwillig und kostenlos. Durch das Programm wird deren Versorgung gefördert und koordiniert.

DMP existieren derzeit für die folgenden Erkrankungen:

- Brustkrebs,
- Diabetes mellitus Typ I,
- Diabetes mellitus Typ II,
- Koronare Herzkrankheit (KHK),
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD),
- Asthma bronchiale.

Die Einschreibung eines Versicherten in ein oder mehrere DMP hat für eine Krankenkasse zunächst keine unmittelbare Bedeutung im Hinblick auf die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA. Inwieweit Zuschläge für Brustkrebs, Diabetes, Herz- oder Atemwegserkrankungen erfolgen, hängt von den für einen Versicherten gestellten Diagnosen und nicht von dem Tatbestand der Einschreibung in ein DMP ab. Allerdings darf angenommen werden, dass mit der Einschreibung in ein DMP auch eine regelmäßige Behandlung und damit auch eine regelmäßige Kodierung von Diagnosen für einen Versicherten gewährleistet ist. Bei entsprechenden Chronikern, die nicht in ein DMP eingeschrieben sind, ist eher die Gefahr gegeben, dass Arztbesuche in einzelnen Quartalen nicht stattfinden und somit keine Zuschläge über die betroffenen HMG an die Krankenkassen erfolgen. Neben einer Optimierung der Behandlung für den Versicherten, die im Idealfall mit langfristig niedrigeren Kosten verbunden ist, besteht über diese bessere ärztliche Kodierung also ein Anreiz für Krankenkassen durch den Morbi-RSA, DMP-Programme für ihre Versicherten zu fördern.

Darüber hinaus erhalten Krankenkassen für jeden eingeschriebenen Versicherten noch eine gesonderte, pauschale Zuweisung: Diese Pauschale zielt auf die Durchführungskosten der Programme und nicht auf die Behandlungskosten ab. Die Höhe der Pauschale beträgt im Jahr 2016 146 Euro.

Ob diese Pauschale noch notwendig und sinnvoll ist, sollte mittelfristig überprüft werden.

Zuweisungsanteil  
im Morbi-RSA 2014

0,4%

5,3%

Zuweisungsanteil  
im Morbi-RSA 2014

## 2.5 Krankengeldzuweisungen

Gesetzlich versicherte Arbeitnehmer haben in der Regel bei einer länger als sechs Wochen andauernden Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Krankengeld gegenüber der Krankenkasse. Diese Pflichtleistung schließt sich an die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers an. Für bestimmte Versichertengruppen gelten hierbei besondere Regelungen. Darüber hinaus kann die Krankenkasse, je nach Satzung, auch Wahltarife für angepasste Konditionen dieser Leistung anbieten. Die Zuweisung für das Krankengeld erhält eine Krankenkasse, wie für die anderen Leistungsarten, aus dem Gesundheitsfonds. Der Verteilmechanismus ist hierbei aber ein anderer, als im bisher beschriebenen Morbi-RSA: De facto handelt es sich bei der Krankengeldzuweisung um einen separaten Risikostrukturausgleich, der unabhängig von den übrigen Faktoren funktioniert. Versicherte werden zwar den insgesamt 244 Krankengeldgruppen zugeordnet, abhängig vom Alters- und Erwerbsminderungsstatus. Ausschlaggebend für die Berücksichtigung ist jedoch nur die Tatsache, ob der Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld hat oder nicht. Ob er tatsächlich Krankengeld bezogen hat und in welcher Höhe, findet sich nur zum Teil im Zuweisungsbetrag wieder. Letztlich richtet sich die Höhe der Zuweisung an die jeweilige Krankenkasse zur Hälfte nach standardisierten, zur anderen Hälfte nach den Ist-Ausgaben der Kasse. Eine detaillierte Beschreibung des Zuweisungsmechanismus findet sich in der Broschüre „Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich“ des BKK Dachverbandes.

Da die Krankengeldzuweisung noch auf der Systematik des alten RSA beruht, besteht insgesamt Konsens darin, dass dieser Bereich einer grundsätzlichen Überarbeitung bedarf. Einen Aufschlag dazu soll das vom Gesetzgeber angestoßene Gutachten liefern, das im Juni 2016 zu erwarten ist. Wenn infolgedessen eine umfassende Revision erfolgt, können auch die Aufteilung der Krankengeldgruppen und die entsprechenden Zuweisungskriterien auf den Prüfstand gestellt werden. Unter anderem stellt sich die Frage, ob die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus bei der Krankengeldzuweisung weiterhin als sinnvoller Indikator dient. Allerdings spielen in diesem Bereich direkte Morbiditätsindikatoren, wie ärztliche Diagnosen oder Arzneimittelverordnungen, bisher keine Rolle – anders, als bei den Zuweisungen des Morbi-RSA. Somit trifft das Problem der Mehrfachberücksichtigung desselben Merkmales (wie oben bei den Erwerbsminderungsgruppen beschrieben) für die Krankengeldzuweisung nicht zu. Ob dieses Merkmal zur Erhöhung der Zielgenauigkeit führt oder nicht, wird vermutlich aus der zu erwartenden wissenschaftlichen Analyse hervorgehen. Aus diesen sollten sich dann die weiteren Reformansätze generieren.

Allerdings kann für die Revision jetzt schon festgehalten werden, dass der Zuweisungsalgorithmus und die notwendigen Datenmeldungen der Krankenkassen dem Umstand genügen müssen, dass das Krankengeldvolumen mit rund 10 Mrd. Euro „nur“ rund ein zwanzigstel des Volumens der restlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben beträgt. Ein Verfahren – analog zum bestehenden Morbi-RSA – mit Krankheitsauswahl, Klassifikationsmodell unter Berücksichtigung einer Vielzahl von Variablen sowie umfangreichen Prüfungen im Nachgang scheidet somit von vornherein aus.

### 3 Fazit

#### Politische Forderung und Ausblick

Die Auswirkungen des Morbi-RSA als komplettes System hat der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes zuletzt im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2011 untersucht. Das Gutachten basiert auf dem Startjahr des Gesundheitsfonds 2009. Seitdem wurde keine umfassende und unabhängige Bewertung des Verteilungsmechanismus mehr vorgenommen.

Richtig ist es daher, dass immer wieder Teilbereiche des Morbi-RSA überprüft werden, denn der Morbi-RSA wurde schließlich als „lernendes System“ eingeführt. Aus den Analysen können Rückschlüsse auf die Wirkungsweise und auf die Weiterentwicklungsmöglichkeiten gezogen werden. Beispielsweise werden die Gutachten zur Krankengeldzuweisung sowie zu den Auslandsversicherten sicherlich Ideen für die Verbesserung der Zielgenauigkeit der jeweiligen Zuweisungen liefern.

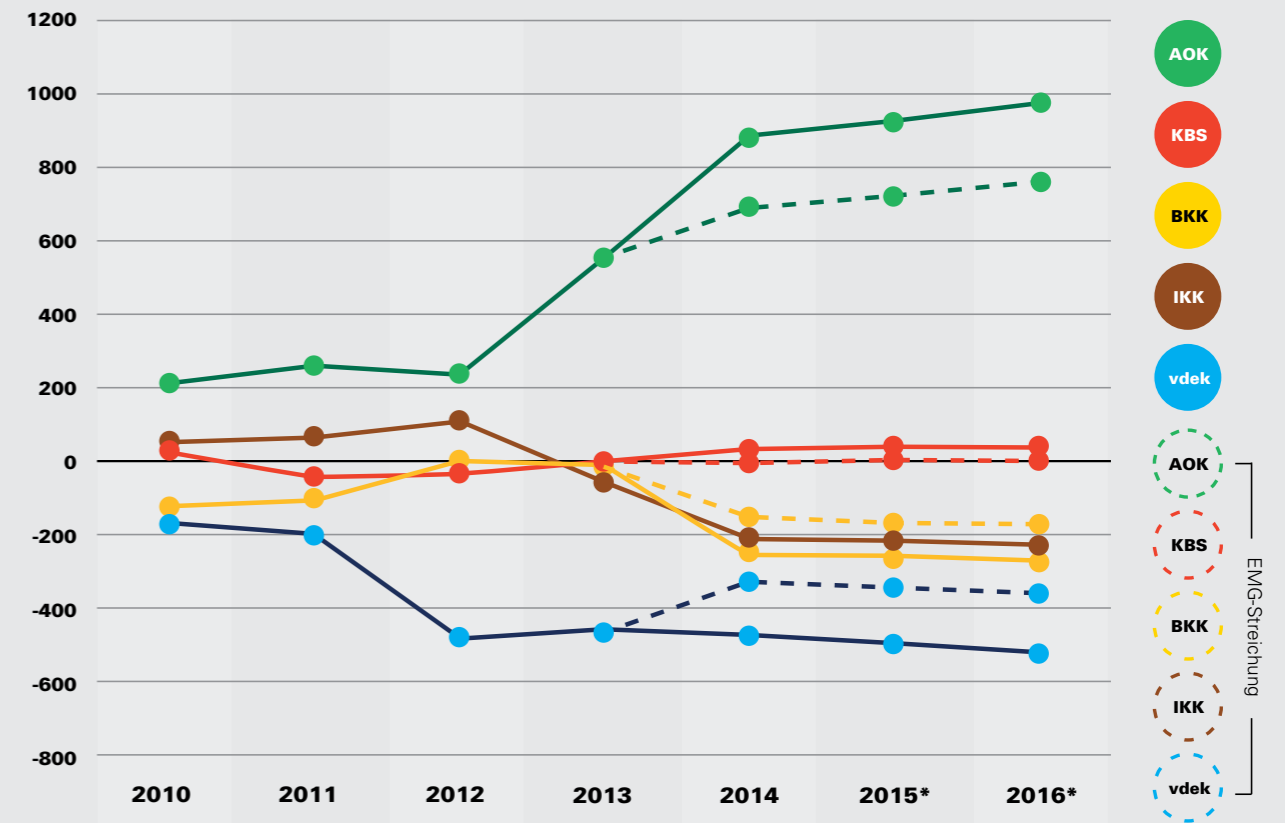
Doch auch ohne Gutachten können und müssen offensichtliche Fehlsteuerungen und unnötige Überfrachtungen korrigiert werden. Die vorliegenden Zahlen zur Entwicklung der Deckungsquoten geben ausreichend Grundlage dafür, kurzfristig umsetzbare Veränderungen noch in dieser Legislaturperiode vorzunehmen. Nur so lässt sich die Schieflage im Wettbewerb zumindest etwas mildern, wenn auch nicht beheben.

Die hier dargestellten Sondergruppen im Morbi-RSA erhöhen die Komplexität des Zuweisungsalgorithmus bei relativ geringen Verteilungseffekten. Deshalb sind sie entsprechend kritisch zu hinterfragen.

Bezogen auf die Notwendigkeit, bereits kurzfristig gesetzgeberisch aktiv zu werden, eignet sich insbesondere eine Streichung der Erwerbsminderungsgruppen (EMG). Hierbei handelt es sich um eine überfällige „Entschlackung“ des Modells mit überschaubarer Finanzwirkung. Die Simulation des Effektes zeigt eine positive Wirkung: Es findet eine Annäherung bei den Deckungsquoten auf Kassenartenebene und damit eine leichte Reduzierung der Wettbewerbsunterschiede statt.

Doch auch mittelfristig müssen die Verteilungswirkungen des Morbi-RSA hinterfragt werden. So zeigen sich beispielsweise klare Defizite durch die mangelnde Berücksichtigung regionaler Einflussfaktoren, die sich in deutlich unterdurchschnittlichen Beitragssätzen von ausschließlich in bestimmten Regionen agierenden Krankenkassen manifestieren. Auch fehlt es im Morbi-RSA aktuell an einer Antwort auf besondere Kostenentwicklungen durch innovative Arzneimitteltherapien (z.B. Behandlung von Hepatitis C durch neue Hochkostenpräparate). Keinesfalls erscheint es sinnvoll, kurzfristig weitere punktuelle Ausdifferenzierungen in Form von neuen Morbiditätsgruppen, die explizit für besonders teure und seltene Erkrankungen geschaffen werden, vorzunehmen. Hiermit würden

DECKUNGSBEITRÄGE DER KRANKENKASSEN IN MIO. EURO



**Abbildung 6:** Deckungsbeiträge der Krankenkassen (für Leistungs- und Verwaltungsausgaben) mit und ohne EMG-Streichung ab dem Jahr 2010 (Angaben in Mio. Euro), eigene Darstellung

Quelle: Ergebnisse der amtlichen Schlussbescheide sowie der Jahresrechnungen aus den betreffenden Jahren, \* Fortschreibung der Ergebnisse 2014

keine langfristig wirkenden Verbesserungen des Modells erreicht. Im Gegenteil: Es würde sich nur um kurzfristige Reaktionen auf temporär wirkende Entwicklungen handeln, die das Gesamtmodell immer stärker verkomplizieren. Genauso sollte Abstand von weiteren Sondergruppen, z.B. für pflegebedürftige Versicherte, genommen werden. Analog der Risikogruppen für Erwerbsminderungsrentner würden hiermit nur weitere Redundanzen mit dem Effekt von ungerechtfertigten Mehrfachzuweisungen entstehen, obwohl sie bereits durch die Krankheitsauswahl im Morbi-RSA berücksichtigt sein sollten.

Der Gesetzgeber ist also kurzfristig und auch künftig gefordert, die Rahmenbedingungen des Morbi-RSA zu hinterfragen und bei deutlicher Schieflage des Kassenwettbewerbs sinnvoll anzupassen.

**IMPRESSUM | BETRIEBSKRANKENKASSEN SONDERAUSGABE 1 | 2016**

Betriebskrankenkassen  
Magazin des BKK Dachverbandes

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

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Szilvia Harmat, Dr. Thomas Schepp

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

Redaktionsschluss: 15. März 2016  
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  
Seite 9: © Darren Kemper/Corbis

