

Darum muss der  
**Risikostrukturausgleich**\*  
reformiert werden.  
Ganz schnell.  
Jetzt anpacken!

\* Kaum ein Mechanismus ist so umstritten wie der, der das Geld der gesetzlichen Krankenkassen verteilt. Durch diese Geldumverteilungsmaschine fließen die von den Kassen eingezogenen Beiträge in den Gesundheitsfonds und aus diesem weiter über den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wieder an die Kassen zurück. Über dieses Umverteilungs-Procedere soll das Geld dahin gesteuert werden, wo es für die Versorgung gebraucht wird. Zudem soll es einen fairen Wettbewerbsrahmen für die Kassen und ihre Versicherten schaffen. Das funktioniert schon seit Langem nicht mehr. Änderungen sind überfällig. Lesen und prüfen Sie selbst.

# 1. Krankenkassen, die Ärzte beeinflussen, ihre Versicherten kränker zu machen, als sie wirklich sind, haben erhebliche finanzielle Vorteile.

Diagnosen des Arztes sind die Basis für Zuweisungen aus dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Allerdings werden bestimmte Diagnosen im Morbi-RSA finanziell unterschiedlich berücksichtigt. Seit 2016 ist bekannt, dass Kassen seit Jahren Ärzte dafür bezahlen, Patienten auf dem Papier künstlich kränker zu machen. Dafür erhalten die Krankenkassen dann mehr Geld aus dem Ausgleichstopf.

Die Zahl der manipulierten Diagnosen ist in den letzten Jahren stark gestiegen.

Die Patienten selbst bleiben vollkommen ahnungslos. Es profitieren die Ärzte und diejenigen Krankenkassen, die den Medizinern bei diesem so genannten „up-coding“ sogar helfen.

Der Risikostrukturausgleich folgt damit allem, nur nicht der tatsächlichen Morbidität.

## **Der Versicherte ist der Dumme**

Der Versicherte erfährt davon erst, wenn es zu spät ist. Lebens-, genauso wie Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen, die den Gesundheitszustand eines Antragsstellers berücksichtigen, fordern höhere Prämien als notwendig oder verweigern den Versicherungsschutz gänzlich.

## 2. Für teure Akutbehandlungen erhalten Kassen kein Geld.

Bei den Zuweisungen aus dem Morbi-RSA an die Kassen werden nicht die laufenden Behandlungskosten, sondern die mit der Krankheit verbundenen Kosten im Folgejahr berücksichtigt. Die Konsequenz: Für akute Fälle wie schwere Unfälle, die Versorgung von Frühchen oder den Einsatz neuer teurer Arzneimittel erhalten Krankenkassen keine Zuweisungen, wenn die Versicherten dazu im nächsten Jahr keine Kosten mehr verursachen. Die Kassen bleiben sozusagen „auf ihren Kosten sitzen“, obwohl die Patienten geheilt werden.

### **Unkalkulierbare Risiken**

Für Krankenkassen sind damit unkalkulierbare finanzielle Risiken verbunden. Die Solidargemeinschaft der Versicherten einer einzelnen Krankenkasse kann diese Kosten – treten sie gehäuft auf – oft nicht mehr ausgleichen. Vor allem kleine Krankenkassen stehen vor existenziellen Problemen, da sie trotzdem die Versorgung sicherstellen wollen.

### 3. Krankenkassen mit hohen Zusatzbeiträgen müssen die niedrigen Zusatzbeiträge anderer Kassen subventionieren.

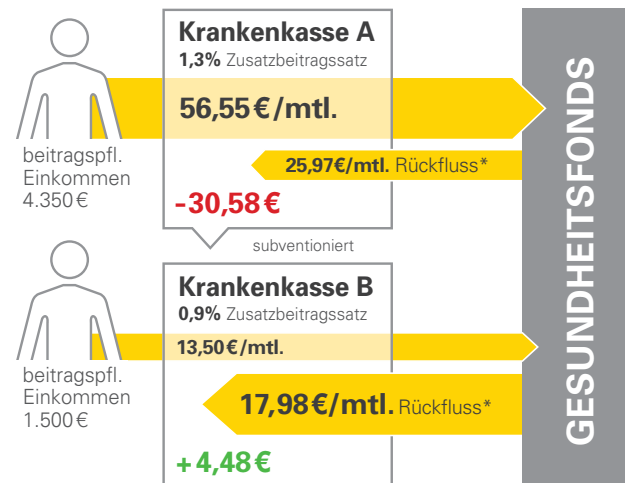
Jede Krankenkasse zieht den individuellen Zusatzbeitrag, den sie zur Kostendeckung benötigt, von ihren Mitgliedern ein und führt ihn dann an den Gesundheitsfonds ab. Ein Ausgleichs-Mechanismus verteilt von dort die Gelder an alle Kassen zurück.

In der Theorie soll so verhindert werden, dass Kassen mit einkommensstarken Mitgliedern nicht bessergestellt werden als diejenigen mit eher ärmeren Mitgliedern. In der Praxis jedoch fließen Teile dieser hohen Zusatzbeiträge an Kassen, die ohnehin schon einen niedrigeren Zusatzbeitragssatz erheben.

#### Irrwitzige und unsinnige Subventionierung

So werden die Zusatzbeiträge, die Mitglieder an „ihre Kasse“ zahlen, damit sie die von ihnen erwarteten Leistungen erbringen kann, zweckentfremdet und an andere, vermeintlich günstigere Kassen weitergegeben. Die profitierenden Kassen können so ihre eigenen Zusatzbeitragsätze geringhalten oder sogar weiter absenken.

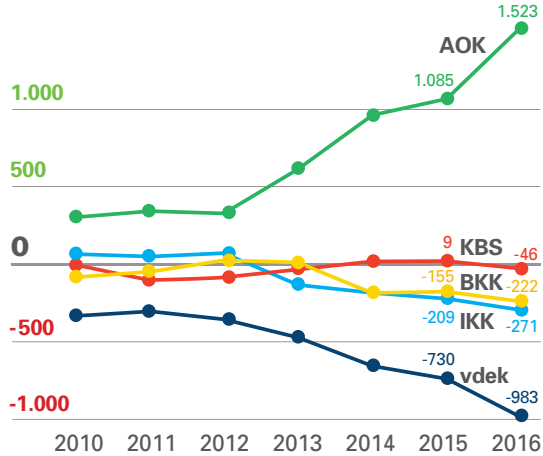
Am Ende zahlen Mitglieder höhere Zusatzbeiträge, als ihre Krankenkasse zur Deckung ihrer Kosten eigentlich veranschlagen müsste. Das ist zumindest unfair. Und erst recht kein Indikator für die Wirtschaftlichkeit, effizientes Management und die Leistungsfähigkeit dieser Kasse.



\* Der Rückfluss berechnet sich nach dem Ø der beitragspflicht. Einnahmen der GKV: 2017=1.998 €/mtl.

## 4. Hält die Monopolisierung der Kassenlandschaft an, drohen Insolvenzen.

### Spreizung nimmt zu



Deckungsbeiträge in Mio. EUR; Quelle: amtliche Ergebnisse

Diese teils krude, intransparente und oft kaum nachvollziehbare Ausgestaltung der Geldumverteilung zwischen den Kassen über den Morbi-RSA führt dazu, dass viele Beiträge der Mitglieder nicht dort ankommen, wo sie für die Versorgung benötigt werden. Insbesondere die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) profitieren davon. Dagegen werden über 60 Prozent der gesetzlich Versicherten systematisch benachteiligt.

In der Folge schrumpfen die Finanzreserven der benachteiligten Kassen. Gleichzeitig müssen sie immer höhere Zusatzbeitragssätze erheben. Gesunde Versicherte wechseln zu den günstigeren Kassen. Eine Abwärtsspirale entsteht. Krankenkassen kämpfen um ihr Überleben. Insolvenzen drohen.

### Morbi-RSA gefährdet die Haftungsverbünde

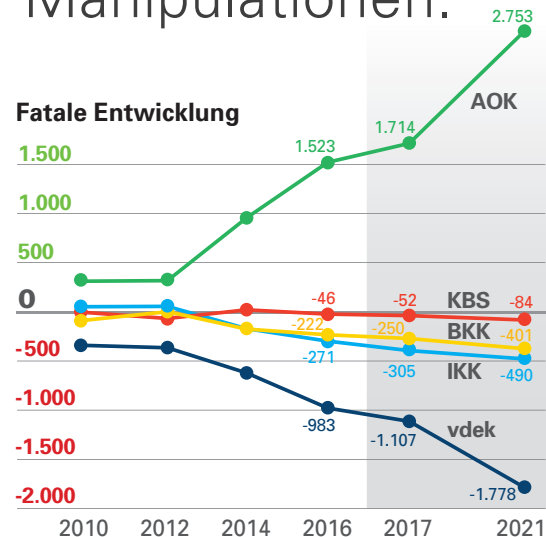
Bei Insolvenz oder finanzieller Schieflage haften in erster Linie die Kassen der gleichen Kassenart. Doch selbst diese Haftungsverbünde hat die Marktkonzentration durch den Morbi-RSA kontinuierlich ausgehöhlt. Es sind vor allem die großen Kassen außerhalb der AOK, die durch den Risikostrukturausgleich in Finanznöte geraten können. Ihre Rettung durch eine Haftungsübernahme durch die eher kleineren Kassen ist jedoch absehbar unmöglich. Diese Krankenkassen erhalten zwar teilweise ausreichende Zuweisungen über den Morbi-RSA. In der Summe sind sie aber im Fall des Falles viel zu gering. Denn Insolvenzen sind teuer.

# Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA): kaum durchschaubar, unfair und anfällig für Manipulationen.

Sein Ziel erreicht der Morbi-RSA schon seit Langem nicht mehr. Das Gegenteil ist der Fall: Der Morbi-RSA verhindert den fairen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Seit 2013 erhalten die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) über den Morbi-RSA mehr Geld als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Alle anderen Kassenarten, mit insgesamt rund 60 Prozent aller gesetzlich Versicherten, erhalten dagegen zu wenig.

Die Konsequenzen dieses unfairen Wettbewerbs sind Zusatzbeiträge und Finanzreserven, die nur noch wenig mit der tatsächlichen Morbidität der Versicherten und dem wirtschaftlichen Verhalten ihrer Krankenkassen zu tun haben. Zusätzlich sind die Vielfalt der Kassen und die Wahlmöglichkeiten für die Versicherten in Deutschland massiv bedroht.

Bliebe der Morbi-RSA so, wie er ist, wäre 2021 am Ende der jetzigen Legislatur des Deutschen Bundestages die Differenz bei den Zuweisungen 80 Prozent größer als Ende 2016.



Deckungsbeiträge in Mio. EUR

Quelle: amtliche Ergebnisse, ab 2017 eigene Trendberechnungen

# Jetzt anpacken. Und den Morbi-RSA reformieren. Und zwar einfach, transparent und manipulationssicher.

Der Morbi-RSA darf einzig und allein der tatsächlichen Versorgung folgen. Das sind die wichtigsten Reformschritte dazu:

- ! manipulationssichere Vorgaben, die wahrhaftige und präzise Kodierungen durch die Ärzte sicherstellen,
- ! Begrenzung auf sicher diagnostizierbare Krankheiten, damit der Morbi-RSA sich seine Morbidität nicht selber schafft,

- ! Einführung eines zielgenauen Ausgleichs für teure Akutfälle und neue kostenintensive Arzneimitteltherapien,
- ! Beendigung der unsinnigen Subventionierung günstiger Zusatzbeitragssätze durch die überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätze anderer Kassen,
- ! regelmäßige Überprüfung und eine Datenstichprobe für Wissenschaft und Krankenkassen, die eine kompetente Debatte der Betroffenen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des Morbi-RSA ermöglicht.

Eine umfangreiche Analyse der dramatischen Wettbewerbsverzerrungen sowie unsere detaillierten Vorschläge zur Reform des Morbi-RSA finden Sie ebenfalls in unserer Broschüre „Mechanik Morbi-RSA – EINFACH, TRANSPARENT, MANIPULATIONSSICHER“ oder im Internet unter [www.bkk-dachverband.de/publikationen/risikostrukturausgleich](http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/risikostrukturausgleich)

Wir kümmern uns auch um andere Themen, zum Beispiel Notfallversorgung, Rehabilitation, Arzneimittelversorgung, Arzthonorare, Pflege, Krankenhaus, betriebliches Gesundheitsmanagement ...

Stand: November 2017

### **Haben Sie dazu Fragen?**

Wir beantworten sie gerne.

### **Kontakt:**

Anne-Kathrin Klemm  
Abteilungsleiterin Politik  
Telefon: 030 27 00 406 200  
E-Mail: [politik\(at\)bkk-dv.de](mailto:politik(at)bkk-dv.de)

### **Impressum:**

BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin