

NETZWERKE FÜR GESUNDHEIT

■ **MORBI-RSA**

Ein gutes Gesamtpaket: Das Gesetz zur Finanzarchitektur der gesetzlichen Krankenversicherung

■ **UNTERNEHMEN**

Soll man Versicherte zum Teil einer Bewegung machen? Eine BKK bei der UN-Klimakonferenz



DIE REFORM DES MORBI-RSA MIT DEM GKV-FKG

EIN GUTES GESAMTPAKET

Von Kerstin Macherey und Julian Visarius, Politik und Kommunikation

Wie am Fließband kommen mittlerweile die Gesetze aus dem BMG. Während zu Beginn der Wahlperiode noch die Gesetze zur Verbesserung der Versorgung und zur Entlastung der Versicherten im Mittelpunkt standen, befasst sich das BMG nun – endlich – mit Änderungen an der Finanzarchitektur der gesetzlichen Krankenversicherung, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, kurz: Morbi-RSA. Endlich, weil bislang pauschal der Eindruck erweckt wurde, dass die Krankenkassen über stetig wachsende Überschüsse bzw. Finanzreserven verfügten und somit alles – zusätzliche Leistungen, höhere Vergütungen oder Beitragssatzsenkungen – einfach finanzierbar sei. Dieses Bild traf aber allenfalls auf den ersten Blick zu. Unfaire Wettbewerbsbedingungen, verursacht etwa durch Fehler in der Ausgestaltung eben dieses Morbi-RSA, rücken durch das Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung nun glücklicherweise in den Fokus.



© Burazin/Photographer's Choice RF/Getty Images

Ende März lag er endlich in den elektronischen Postfächern. Der von vielen lang ersehnte Referentenentwurf, mit dem die im Koalitionsvertrag bereits in Aussicht gestellte Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich endlich angegangen werden soll. Endlich, weil nach Auffassung eines Großteils der Kassenartenverbände eben dieses Instrument, was Finanzmittel in Höhe von rund 214 Mrd. Euro (Jahresausgleich 2017) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen verteilt, gravierende Schwachstellen aufweist.

So monieren Betriebs-, Ersatz- und Innungskrankenkassen gemeinsam schon seit langem, dass über den Verteilmechanismus des Morbi-RSA insbesondere eine Kassenart mehr Geld erhält, als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigt – mit in der Folge entsprechenden Vorteilen im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Darüber hinaus kritisieren sie, dass über den Morbi-RSA Sachverhalte, die die Krankenkassen nicht selbst in der Hand haben, „exogene Faktoren“ wie etwa die Höhe der Einkommen der Mitglieder im Hinblick auf den Bezug von Krankengeld oder die

» Ein Vollmodell, das (Verwaltungs-)Aufwand reduzieren kann, ist Legende. «

Versorgungsstrukturen an den Wohnorten der Versicherten, nicht ausreichend beziehungsweise überhaupt keine Berücksichtigung finden. Hat eine Krankenkasse zudem einen besonders teuren Leistungsfall, etwa auf Grund neuer äußerst teurer Arzneimitteltherapien, stehen den Aufwänden der Kasse für die Versorgung der jeweiligen Patienten keine oder keine in der Höhe angemessenen Zuweisungen gegenüber. Letzteres gilt insbesondere, wenn die Patienten nach Anwendung derartiger Präparate glücklicherweise als geheilt gelten können.

Letztlich haben die Vorfälle der letzten Jahre und das immer wieder erforderliche Gegensteuern des Gesetzgebers gezeigt, dass der Morbi-RSA äußerst anfällig für Maßnahmen ist, die auf eine Optimierung der Zuweisungen abzielen. Erinnert sei hier nur an die zähe Debatte über die obligatorische Anschlussversicherung (OAV) oder zuletzt etwa die Möglichkeit von „Geld gegen Diagnosen“ in Selektivverträgen.

In den Fokus geriet hier auch wieder das unterschiedliche Agieren der Aufsichten, das strengere Bundesversicherungsamt (BVA) auf der einen und die in vielen Fällen wohl etwas „kulanteren“ Landesaufsichten auf der anderen Seite. In Erinnerung ist bei vielen Akteuren wohl noch die

Hängepartie zwischen den Aufsichtsbehörden um den Umgang mit den in manchen Hausärzterträgen enthaltenen Chronikerpauschalen, die sich in der Definition des „Chronikers“ rein auf RSA-relevante Diagnosen bezogen.

Von dem, was da im elektronischen Postfach lag, waren Betriebs-, Ersatz- und Innungskrankenkassen positiv überrascht, enthält es doch vieles, was sie immer gefordert hatten: die Streichung der mittlerweile überflüssigen Sonderzuschläge für Versicherte mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente, die Streichung der besonderen Förderung der Disease-Management-Programme über eine gesonderte Pauschale für die Organisation der Programme, die Einführung eines Risikopools für teure Leistungsfälle mit einem Schwellenwert von 100.000 Euro sowie die Berücksichtigung des exogenen Faktors regional unterschiedlicher Versorgungsstrukturen. Auch ist endlich vorgesehen, Bemühungen der Krankenkassen um Maßnahmen zur Prävention besser über den Morbi-RSA zu berücksichtigen.

Nicht zuletzt enthält der Entwurf einige Maßnahmen, die die Anfälligkeit des Morbi-RSA für Manipulationen reduzieren sollen. Auch wenn der Ruf nach einer Datenstichprobe zur kontinuierlichen und breiten Weiterentwicklung des Morbi-RSA nicht erhört wurde, so ist doch zumindest eine

Regelung enthalten, nach der der Morbi-RSA regelmäßig einer Evaluation unterzogen werden soll. Angesichts des jährlich verteilten Finanzvolumens und der massiven Auswirkungen auf den Wettbewerb der Kassen eine mehr als überfällige Regelung. Um Interessenkonflikte zu vermeiden (der für die Evaluation vorgesehen Wissenschaftliche Beirat beim BVA war ja auch maßgeblich an der Entwicklung des Morbi-RSA zu seiner bisherigen Form beteiligt), sollten allerdings noch einige ergänzende Regelungen getroffen werden: So sollte der Beirat für die Evaluation um außerordentliche Mitglieder erweitert und die Expertise der Krankenkassen sowohl im Vorfeld als auch während der Evaluation durchgängig einbezogen werden.

Mit Skepsis ist hingegen die Einführung eines differenzierten Vollmodells zu betrachten: Bieten die aktuell bereits im Morbi-RSA berücksichtigten bis zu 80 Krankheiten mit dahinterstehend rund 200 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) und über 4.000 Diagnosen bereits weitreichende Möglichkeiten zur Beeinflussung, ist diese Möglichkeit bei künftig mehr als 360 Krankheiten, über 900 HMG und unter Berücksichtigung von rund 16.000 Diagnosen noch um einiges umfassender. Insofern ist die Reduktion der Manipulationsanfälligkeit die *conditio sine qua non* für die Einführung eines differenzierten Vollmodells. Dass das Vollmodell (Verwaltungs-)Aufwand reduzieren kann, muss vor dem Hintergrund dieser Zahlen auch nur der Legendenbildung zugeschrieben werden: Zwar mag künftig die Krankheitsauswahl entfallen, der Aufwand zur Erstellung und Pflege des sogenannten Klassifikationsmodell wird aber erheblich steigen. Gibt es heute schon nur noch wenige Experten, die die Funktionsweise des Morbi-RSA bis ins Detail durchschauen, wird ihre Zahl bei einem weitaus komplexeren, undurchsichtigeren Morbi-RSA noch weiter

schrumpfen. De facto ein Wahnsinn, wenn man sich noch einmal die über diesen Mechanismus verteilten Mittel ins Gedächtnis ruft.

Daneben ergibt es bei Einführung eines Modells, das das gesamte Morbiditätsspektrum abbilden soll, auch keinen Sinn mehr, auf Merkmale zurückzugreifen, die einst, in einem nicht morbiditätsorientierten RSA, als Hilfskrücke zur zumindest ansatzweisen Berücksichtigung unterschiedlicher Morbiditäten herangezogen wurden. Dies gilt insbesondere für die gesonderte Berücksichtigung des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente. Ein Vorgehen, das bislang übrigens zu erheblichen Ungerechtigkeiten führt: So erhält beispielsweise eine Krankenkasse für einen nichterwerbstätigen Familienangehörigen, einen Freiberufler oder einen Selbständigen, also eine Person ohne Anspruch auf den Bezug einer Erwerbsminderungsrente, aber mit denselben Erkrankungen beziehungsweise Diagnosen wie ein Erwerbsminderungsrentner, geringere Zuweisungen. Diese Ungleichbehandlung wird durch Streichung der gesonderten Berücksichtigung endlich beendet. Es hilft auch nicht, weiter zu suggerieren, die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner würde durch die Streichung in ihrer Versorgung irgendeine Form der Verschlechterung erfahren müssen. Für die der Erwerbsminderungsrente zugrundeliegenden Erkrankungen sieht der RSA bereits – und bei Einführung eines Vollmodells erst recht – eine Zuweisung vor. Und im Übrigen steigt mit der Streichung der Sondergruppe auch das Zuweisungsvolumen für die Erkrankungen, die der Erwerbsminderungsrente zugrunde liegen – und das für alle Versicherte. Erwerbsminderungsrentner, für die eine Krankenkasse zu geringe Zuweisungen erhält, werden vielfach wohl auch Gegenstand eines Ausgleiches über einen Risikopool sein.

Was den RSA-Teil anbetrifft, kann man somit durchaus von einem gelungenen Gesamtpaket sprechen, das in dieser Form über das weitere Gesetzgebungsverfahren hinweg auch Bestand haben sollte.

Nicht ganz überraschend ist allerdings, dass mit dem Referentenentwurf zum Faire-Kassenwahl-Gesetz weitere Vorhaben zur Herstellung eines faireren Wettbewerbs und eben der Kassenwahl auf den Weg gebracht werden sollen, die in ihrer politischen Relevanz aktuell sogar die Änderung am Morbi-RSA überschatten. In den Medien liest und hört man kaum etwas von der Reform des Morbi-RSA. Die Aufhebung des Gebietsschutzes ist das bislang hauptsächlich öffentlich diskutierte Thema des FKG. Zur Rettung des Gebietsschutzes werden teils bizarre Argumente erdacht. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen einer regionalen Begrenzung und dem Angebot passgenauer regionaler Versorgung, dies geht auf eine kassenindividuelle regionale Schwerpunktsetzung zurück, die oft historisch bedingt ist. Die Versorgung vor Ort wird durch die angedachten Maßnahmen nicht bedroht, findet Versorgung doch immer vor Ort statt.

Die Betriebskrankkassen zeigen kontinuierlich durch eine Vielzahl von regionalen Versorgungsverträgen, dass diese öffentlich als Argument gegen die geplante Organisationsreform

vorgebrachte Behauptung nicht korrekt ist. Die zentrale Frage, warum eine günstigere Krankenkasse nicht für alle Versicherten wählbar sein soll, kann man so ebenfalls nicht beantworten.

Eine immer wieder durch die Betriebskrankkassen an die Politik gestellte Forderung ist das oben bereits erwähnte einheitliche Aufsichtshandeln. Wenn durch die geplante Organisationsreform ein einheitliches Aufsichtshandeln gewährleistet werden kann, ist dies eine sinnvolle Weiterentwicklung des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Teils massive Wettbewerbsverzerrungen können durch die einheitliche Auslegung für alle Krankenkassen gleichlautend bestehender rechtlicher Rahmenbedingungen korrigiert werden. Gerade wenn der Gesetzgeber den Wettbewerb nun als Wettbewerb um Qualität der Leistungen, als Wettbewerb um die beste Versorgung definiert, ist ein solcher Schritt notwendig.

Ein großer Schluck Wermutstropfen ist die Verordnungsermächtigung des Bundesgesundheitsministeriums bezüglich der Werbemaßnahmen der Krankenkassen. Die Anwendung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) auch auf Krankenkassen ist sachgerecht und entspricht bisheriger anderweitiger Rechtsprechung. Dass

allerdings ein Ministerium dann Einschränkungen via Verordnung vornehmen kann und so die Gewaltenteilung in Frage stellt, sollte der Gesetzgeber grundsätzlich überdenken.

Von herausragender Bedeutung sind die Vorhaben zum Umbau des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes. Eine derartige Umgestaltung geht weit über den Bereich der Gesundheitsversorgung hinaus. Was der Gesetzgeber anscheinend unterbinden möchte, ist der Ausgleich der Interessen von Arbeitgebern und Versicherten (Arbeitnehmern). Dieser Interessenausgleich ist ein zentraler Bestandteil der bunderepublikanischen Rason einer sozialen Marktwirtschaft. Die Gesundheitsversorgung ist ein wesentlicher Teil eines Ausgleichs zwischen den Sozialpartnern, der auch durch das reibungslose Arbeiten der sozialen Selbstverwaltung nicht im Fokus der Öffentlichkeit steht. Das Entfernen der sozialen Selbstverwaltung aus dem GKV-Spitzenverband kann zudem enorme Auswirkungen auf die demokratische Legitimation der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes und die Beschlüsse und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses haben; ihre Legitimation entstammt zu einem beträchtlichen Teil den Sozialwahlen, der drittgrößten Wahl in Deutschland. Die legitimatorische Anbindung an die Sozialwahlen will der Gesetzgeber aufgeben. Die Konsequenz könnte ein

stärkerer Zugriff der Exekutive auf die Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung sein. Hier schafft man sich die Grundlage für das eigene Handeln. Zudem ist das Vorgehen des Gesetzgebers widersprüchlich zu den im Koalitionsvertrag verankerten Maßnahmen, die das Feld des Regierungshandeln abstecken sollen. Auch mit den Maßnahmen anderer Akteure der Bundesregierung erscheinen die gewählten Maßnahmen nicht vereinbar. Der Koalitionsvertrag spricht ausdrücklich von einer Stärkung der Selbstverwaltung, dabei wird die Selbstverwaltung massiv geschwächt. Die Bundeswahlbeauftragte für die Sozialwahlen legt ein 10-Punkte-Programm zur Reform des Sozialwahlrechts vor, dabei werden die Kompetenzen der Selbstverwaltung eingeschränkt und so die Attraktivität der Tätigkeit in der Selbstverwaltung gemindert. Das BMI führt eine Kampagne zur Belebung des Ehrenamts, dabei wird das Ehrenamt aus dem zentralen Gremium der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

Sollte der Gesetzgeber auf die Eingriffe in die Selbstverwaltung verzichten und die Auslegung des UWG Gerichten überlassen, wäre das GKV-FKG ein gelungener und wichtiger erster Schritt zur Herstellung fairer Wettbewerbsbedingungen und eines faireren Finanzausgleiches zwischen den Krankenkassen. ■