



Die Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs will vieles endlich anpacken. Der Gesetzentwurf zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ macht den Morbi-RSA gerechter, präziser und transparenter. So soll er bleiben.

Jetzt keine faulen Kompromisse, bitte!

ZUR SACHE

Kaum ein Mechanismus ist so umstritten wie der, der das Geld zwischen den gesetzlichen Krankenkassen verteilt. Krankenkassenbeiträge fließen in den Gesundheitsfonds und aus diesem weiter über eine Geldumverteilungsmaschine, den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), wieder an die Kassen zurück. Die Idee: Das Umverteilungs-Verfahren soll das Geld dahin steuern, wo es für die Versorgung gebraucht wird. Zudem soll es faire Wettbewerbsbedingungen für die Kassen und ihre Versicherten schaffen.

Das funktioniert spätestens seit 2013 nicht mehr.

Manipulationen, Intransparenz und massive Wettbewerbsverzerrungen haben seitdem zu einer ungerichteten, dramatischen Spreizung der Deckungsbeiträge, also der Differenz aus RSA-Zuweisungen und Ausgaben für GKV-Pflichtleistungen, geführt. **Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) erhalten seit Jahren mehr Geld** aus dem Risikostrukturausgleich, **als sie zur Deckung der Leistungsausgaben ihrer Versicherten benötigen.**

Diese Spanne der Deckungsbeiträge ist zwischen 2012 und 2017 um 340 Prozent größer geworden. Dabei hat die AOK ihre Finanzreserven kontinuierlich ausgebaut und gleichzeitig die (Zusatz-)Beitragssätze niedrig gehalten. Während **60 Prozent der gesetzlich Versicherten systematisch benachteiligt** sind.

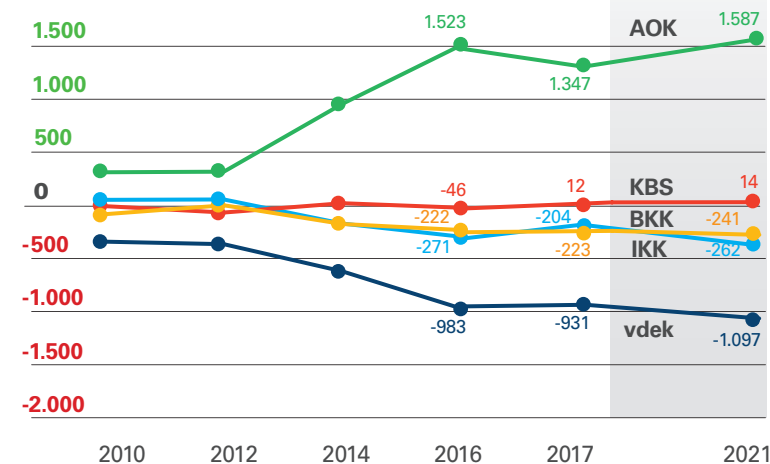
Die Reform des Morbi-RSA war überfällig.

Der Gesetzentwurf zur Reform des Morbi-RSA soll diese Schere schließen. **Wir unterstützen ihn.** So wie 98 der insgesamt 109 gesetzlichen Krankenkassen ebenfalls. Trotz Skepsis an einzelnen Stellen des Entwurfs.

Wir wollen einen **Durchbruch für das „große Ganze“.** Für eine gerechte, präzise und transparente Verteilung von – aktuell – rund 230 Milliarden Euro für eine gute gesundheitliche Versorgung der fast 73 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland.

Wenn dabei auch regionale Ungleichgewichte bei den Ausgabenstrukturen, für die die Kassen nichts können, künftig im Morbi-RSA berücksichtigt werden sollen, ist das gut und richtig. So fließt Geld präziser dahin, wo es für die Versorgung gebraucht wird. Wer – wie die Ortskrankenkassen – dieses Reformpaket Morbi-RSA jetzt aufschneiden und verwässern will, betreibt offensichtlich reine Besitzstandswahrung zur Rettung des morbiden Status quo.

Fatale Entwicklung



Deckungsbeiträge in Mio. EUR

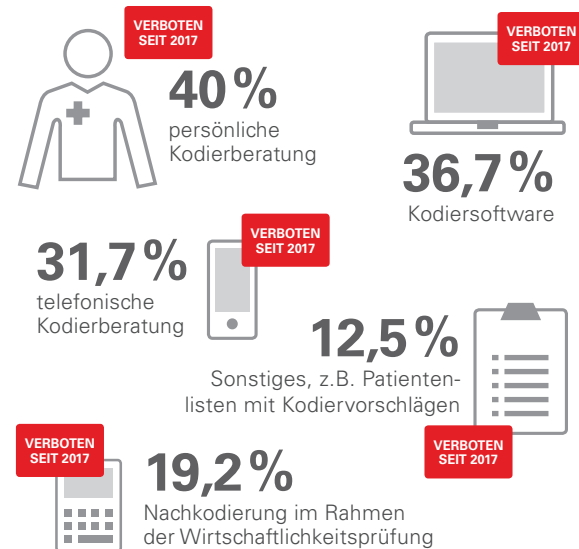
Quelle: amtliche Ergebnisse, ab 2018 eigene Trendberechnungen

Spätestens seit 2016 ist bekannt, dass Kassen seit Jahren auf Ärzte einwirken, Patienten auf dem Papier **künstlich kränker** zu machen. Softwaregestützte Manipulationsberatung oder Kodieranreize über Zusatzverträge helfen dabei.

Krankenkassen, die Ärzte beeinflussen, ihre Versicherten kränker zu machen, als sie wirklich sind, haben erhebliche finanzielle Vorteile: Für das **ärztliche „up-coding“** erhalten sie **mehr Geld aus dem Risikostrukturausgleich**.

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

Trotz Verbot: Noch immer beeinflussen Krankenkassen ärztliche Diagnosen



Quelle: WIG 2 Institut: Folgebefragung von 618 niedergelassenen Ärzten zum Erstgutachten über die Beeinflussung des vertragsärztlichen Kodierverhaltens, 2019. Filter: Befragte, die angaben, nach 2018 zur Kodierung beraten worden zu sein. Mehrfachnennungen waren möglich.

Manipulationen verhindern. Betrug stoppen.

Artikel 4 Nr. 19, § 266 SGB V und Artikel 5 Nr. 12, § 31 RSAV in Verbindung mit Artikel 4 Nr. 19, § 266 Abs. 8 SGB V und Artikel 5 Nr. 23, § 41 RSAV

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur **„Stärkung der Manipulationsresistenz“** sind unverzichtbar. Neben den bereits beschlossenen Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung und der Begrenzung von Einflussnahmen über die Praxissoftware sollen nun zusätzlich etwa eine Manipulationsbremse, ein nachdrückliches Verbot der Beratung von Ärzten durch Krankenkassen oder das Verbot von „Geld gegen Diagnose“ eingeführt werden. Die Überprüfung von Verträgen zwischen Krankenkassen und ambulant tätigen Ärzten mit Blick auf vertraglich vereinbarte RSA-Optimierungsansätze sowie die **Veröffentlichung** von Verstößen sind zusätzlich wichtig. Die **Bestrafung** von Manipulationen ist überfällig.

Die geplante Einführung eines Vollmodells wäre ohne diese Maßnahmen gegen Manipulation und Betrug fahrlässig.

Kurzum: Diese Pläne sind richtig. Das muss so bleiben. Jetzt keine faulen Kompromisse, bitte!

Es dürfen nicht die Krankenkassen profitieren, die viel Energie darauf verwenden, Lücken im System zu nutzen. Wettbewerbsvorteile sollen vielmehr die Kassen gewinnen, die eine gute Versorgung ihrer Versicherten sicherstellen.

GERECHTER

Einheitliches Aufsichtshandeln.
Gleiche Regeln für alle.

Für die Rechtsaufsicht der bundesweit geöffneten Krankenkassen ist aktuell das Bundesversicherungsamt (BVA), für die regionalen Kassen die jeweilige Landesaufsicht zuständig. Sie prüfen beispielsweise die Betriebsführung, Finanzierung, Beiträge, Wahltarife oder individuelle Satzungsleistungen der Kassen.

Das Problem: Die einzelnen Aufsichten kommen immer wieder zu **unterschiedlichen Prüfergebnissen**. Mit dem Ergebnis, dass „der **Wettbewerb** auf dem Krankenversicherungsmarkt **stark verzerrt**“ werden kann, schreibt 2017 die Monopolkommission in ihrem Sondergutachten S. 75. Dabei verfolge das BVA „eine strengere Verfahrensweise“ als einzelne Landesaufsichtsbehörden, so die Kommission.

Das bedeutet für die regionalen – weit überwiegend AOK – Krankenkassen aktuell jede Menge Vorteile: etwa bei Rabattangeboten zur Mitgliederwerbung, bei gesonderten Vergütungen für bestimmte Diagnosen, bei der Kodierberatung von Ärzten oder bei der Genehmigung von Wahlтарifen etwa beim Zahnersatz oder der Chefarztbehandlung. Alles verboten vom BVA, genehmigt von einzelnen Landesaufsichten.

Das sind **ungerechte Rahmenbedingungen**. Das führt zu einem unfairen Wettbewerb. Finanziert aus den Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber.

Artikel 3 Nr. 2, § 90a SGB IV

Identische Sachverhalte, etwa die Genehmigung von Hausarztverträgen oder Verträge zur integrierten Versorgung, müssen von den Aufsichten in Bund und Ländern gleich bewertet werden. Nur gleiche Regeln für alle sichern **fairen Wettbewerb**.

Es ist gut, dass der Gesetzentwurf endlich einheitliches Aufsichtshandeln regelt.

Kurzum: Diese Pläne sind richtig. Das muss so bleiben. Jetzt keine faulen Kompromisse, bitte!

Die Versorgung vor Ort bleibt gut. Die Argumentation vieler Länder und „ihrer“ AOK, nur Kassen unter Landesaufsicht sicherten die notwendige Versorgung in den Regionen, ist falsch. Tatsache ist: Die bundesweit aktiven Krankenkassen, die weit mehr als die Hälfte aller gesetzlich Versicherten vertreten, sichern

effizient die Versorgung vor Ort. Beispielsweise mit Kollektivverträgen, die 97 Prozent der Versorgung ausmachen oder durch Selektivverträge, die die spezielle örtliche Versorgungssituation berücksichtigen.

#regionalstark

Versorgung psychisch Kranker
Prävention
Hausarztverträge
Pflegerberatung
Betriebliches Gesundheitsmanagement
Telemedizin
Kindergesundheitscoaching

AUFSICHTS HANDELN

SCHWERSTE UNKALKULIERBARE

Einerseits eine **Erfolgsgeschichte** für die betroffenen Patienten: Mit neuen Arzneimitteln wie Sovaldi® für die Behandlung von Hepatitis-C gibt es erstmalig eine Chance auf Heilung. Davor mussten sie jahrelange ohne Aussicht auf vollständige Gesundung und mit einem hohen Leberkrebs-Risiko therapiert werden. Andererseits ein **Dilemma** für die Krankenkasse dieser Patienten: Die Kosten für teure Arzneimittel zur Behandlung von Hepatitis-C oder andere teure Therapien erhält sie meist nur zu einem kleinen Teil über den Morbi-RSA erstattet.

Das gleiche Bild bei der Hämophilie, der Bluterkrankheit: Aus dem Morbi-RSA erhält eine Krankenkasse bis zu 280.000 Euro jährlich für diesen Versicherten. Die tatsächlichen Kosten zur Versorgung des Patienten können jedoch weit über 1.000.000 Euro liegen.

Insbesondere für kleinere Krankenkassen sind das **unkalkulierbare finanzielle Risiken**.

Und noch dramatischer: Ganz neue, oftmals besonders teure Arzneimittel und Therapien werden oft erst viel später – wenn überhaupt – im Morbi-RSA berücksichtigt.

Bis heute können Kassen so gezwungen sein, diese Kosten über höhere Zusatzbeiträge aufzufangen. Im schlimmsten Fall drohen Insolvenzen.

KRANKHEITEN

Risikopool wieder einführen. Unkalkulierbares beherrschen und Innovationen finanzieren.

Artikel 4 Nr. 19, § 266 SGB V; Artikel 4 Nr. 20, § 268 SGB V; Artikel 5 Nr. 11, § 30 RSAV; Artikel 5 Nr. 18, § 37a RSAV und Artikel 5 Nr. 2, § 41 RSAV

Der Gesetzentwurf zum „Faire- Kassenwahl-Gesetz“ will kurzfristig einen Risikopool einführen. Das ist richtig und zielführend. Die **vorgesehenen Parameter sind sachgerecht**: Eine Durchführung vor Berechnung der RSA-Zuweisungen, ein Schwellenwert von 100.000 Euro zu Beginn des Verfahrens 2021 sowie eine Ausgleichsquote von 80 Prozent und ein Eigenanteil von 20 Prozent, der Wirtschaftlichkeitsanreize setzen soll. Die außerordentlichen finanziellen Belastungen für einzelne Krankenkassen, die sich aus Hochkostenfällen ergeben, werden so wirksam gemindert.

Kurzum: Diese Pläne sind richtig. Das muss so bleiben. Jetzt keine faulen Kompromisse, bitte!

Neue hochpreisige Arzneimittel und Krankenhausbehandlungen, die zu Heilung oder langjähriger Verzögerung der Krankheit führen und so keine für den Morbi-RSA relevanten Folgekosten verursachen, können somit verlässlich refinanziert werden. Die Einführung eines Vollmodells allein vermag dies nicht.

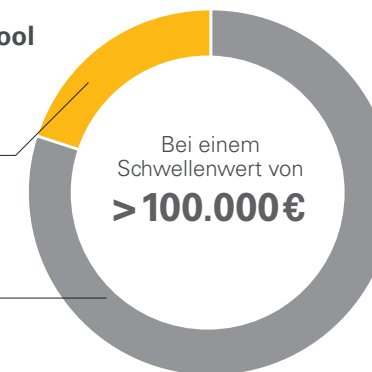
**Zielführend:
der neue Risikopool**

20%

Eigenanteil der Krankenkassen

80%

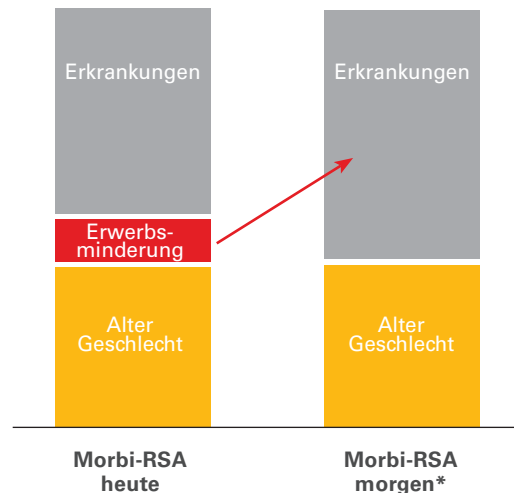
Risikopool



Das statistische Merkmal „Erwerbsminderungsrentner“ ist ein **Relikt aus dem alten RSA** ab 2002. Als Hilfskonstrukt hatte es dort seine Berechtigung. Im aktuellen, weiterentwickelten Morbi-RSA mit direktem Morbiditätsbezug ist es **überflüssig**: Alle berücksichtigten Diagnosen decken auch Erkrankungen der erwerbsgeminderten Versicherten ab. Dies gilt umso mehr bei Einführung eines Vollmodells.

Das Festhalten an diesem überholten Hilfskonstrukt führt heute zu **ungerechten Verzerrungen**: Für Arbeitnehmer mit Erwerbsminderungsstatus erhalten die Kassen zusätzliches Geld aus dem Morbi-RSA. Für Selbständige, nicht erwerbstätige Familienangehörige oder Rentner fließt dagegen kein zusätzliches Geld an die Krankenkassen – trotz gleicher Erkrankung der Versicherten.

Besser: mehr Zuweisungen für Erkrankungen



* nach Gesetzentwurf GKV-FKG

Krankheit ist Krankheit. Unabhängig vom Erwerbsminderungsstatus.

Artikel 4 Nr. 19, §266 SGB V und Artikel 5 Nr. 2, §2f RSAV

Die Streichung der statistischen Hilfskonstruktion „Erwerbsminderungsrentner“ im Gesetzentwurf zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ beseitigt Verzerrungen im Morbi-RSA und schafft **Gleichbehandlung von Gleichem**.

Die Versorgung der Versicherten mit Erwerbsminderungsstatus verschlechtert sich durch die Streichung nicht. Im Gegenteil: Die so freiwerdenden Mittel fließen künftig dorthin, wo sie für die Versorgung der Patienten, unabhängig von ihrem Erwerbsminderungsstatus, gebraucht werden.

Und Personengruppen, wie **Nichterwerbstätige, Freiberufler, Selbständige und Rentner**, die das Kriterium „Erwerbsminderungsrente“ trotz identischer Erkrankung per se nicht erfüllen können, werden **nicht länger benachteiligt**.

Kurzum: Diese Pläne sind richtig. Das muss so bleiben. Jetzt keine faulen Kompromisse, bitte!

Letztlich führt die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen zu einer Stärkung der Morbiditätsorientierung: Nunmehr profitieren alle Versicherten einer Morbiditätsgruppe unabhängig davon, ob ein Erwerbsminderungsrentenbezug vorliegt oder nicht. Zudem ist die Streichung logische und unverzichtbare Voraussetzung für die geplante Einführung eines Vollmodells im Morbi-RSA.

Streichung der DMP-Programmkostenpauschale ist ebenfalls gerechter.

Krankenkassen erhalten bislang für jeden in ein Disease-Management-Programm eingeschriebenen Versicherten – neben den Zuweisungen für die Diagnosen – eine gesonderte, pauschale Zuweisung. Allein für die Durchführung der Programme, nicht für die Behandlung. Für andere Versorgungsformen gibt es eine solche Pauschale nicht. Mit dem Faire-Kassenwahl-Gesetz sollen diese Sonderzuweisungen aufgehoben werden. Die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale sorgt für eine weitere Gleichbehandlung der Versorgungsformen. Sie sichert gleichzeitig **präzisere Morbi-RSA-Zuweisungen** an die Krankenkassen.

Ziel des Morbi-RSA ist es, faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen herzustellen sowie eine Rosinenpickerei, also Risikoselektion, bei den Versicherten zu verhindern.

Erst 2017 hat das Beratergremium beim Bundesversicherungsamt, der Wissenschaftliche Beirat, auf erheblichen Druck von außen den Morbi-RSA und seine Wirkungen auf den Prüfstand gestellt. **Die Ergebnisse können allerdings nur schwerlich und lediglich teilweise überprüft werden.**

Der Grund: Die vollständigen Daten zum Morbi-RSA liegen beim Bundesversicherungsamt. Allein das Amt kann die konkreten Folgen von Änderungen am Morbi-RSA für die komplette GKV valide berechnen. **Die perfekte Blackbox.** Die Krankenkassen dagegen können dessen Berechnungen etwa zu den Auswir-

kungen von Reformvorschlägen kaum nachvollziehen oder gar prüfen. Zur Erinnerung: Der Morbi-RSA war ursprünglich als lernendes System konzipiert. Ein solches Wissensmonopol steht dem diametral entgegen.

MORBI-RSA EVALUATION

Nachvollziehbare Evaluation. Eine Datenstichprobe für alle.

Artikel 4 Nr. 19, §266 Abs.10 SGB V; Artikel 4 Nr. 20, § 267 SGB V und Artikel 5 Nr. 12, §31 RSAV

Es war dringend notwendig, dass der Gesetzentwurf zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ endlich eine regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA einführt.

Kurzum: Diese Pläne sind richtig. Das muss so bleiben. Jetzt keine faulen Kompromisse, bitte!

Um Interessenkonflikte auszuschließen, sollte der Beirat für die Evaluation um außerordentliche Mitglieder erweitert werden. **Die Expertise der Krankenkassen** muss vor wie auch während der Evaluation durchgängig einbezogen werden.

Wissenschaftler, die nicht dem Beirat angehören, und die Krankenkassen müssen eine Forschungs-

stichprobe erhalten – einen, die **GKV abbildenden, anonymisierten Datensatz.** Nur dann können sie vollständig an der **Verbesserung des Morbi-RSA** mitwirken und Reformwirkungen abschätzen.



TRANS PARENTER

Das Vollmodell ist nur zweite Wahl.

Nach dem Gesetzentwurf zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ soll der Morbi-RSA – statt bisher 50 bis 80 jährlich neu auszuwählende, besonders kostenintensive und schwerwiegende, chronische Krankheiten – künftig das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigen.

Dieses so genannte „Vollmodell“ wird die Zahl der zu berücksichtigenden Krankheiten mehr als vervierfachen und auf **über 300 Krankheiten** erhöhen.

Wir sind überzeugt: Mehr RSA ist kein Erfolgsmodell. Viel hilft viel, funktioniert hier nicht. Vor allem nimmt die Komplexität eines bereits extrem komplexen Systems weiter zu. Noch weniger Menschen als heute würden den Morbi-RSA verstehen. Das öffnet die Tore für **neue Manipulationen.**

Und manchen Überlegungen und Hoffnungen zum Trotz ist sicher: **Ein Vollmodell kann einen Risikopool nicht ersetzen.**

Gleichzeitig ist mit der Einführung eines Vollmodells zwingend die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen und des Zuschlags für besondere Behandlungsprogramme (DMP) notwendig.

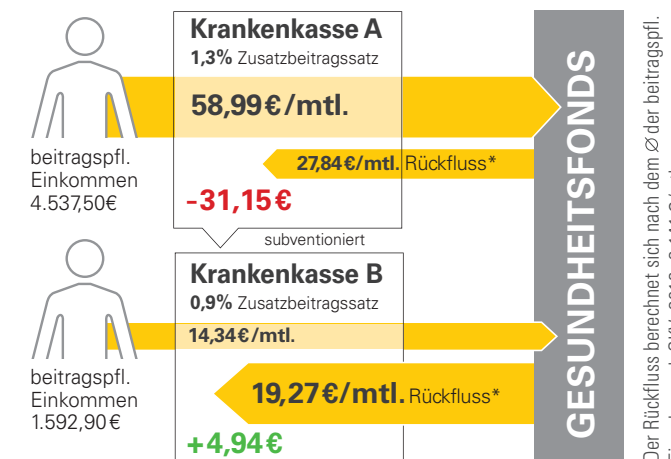
Einkommensausgleich beim Zusatzbeitrag begrenzen.

Versicherte und Arbeitgeber zahlen den Zusatzbeitrag an „ihre Kasse“ eigentlich mit dem Ziel, dass sie die von ihnen erwartete Leistung erbringen kann. Tatsächlich aber sind einige Kassen gezwungen, Teile ihres **Zusatzbeitrags zweckentfremdet** an andere, vermeintlich günstigere Kassen weiterzugeben. Die profitierenden Kassen können so ihre eigenen Zusatzbeiträge geringhalten oder sogar weiter absenken.

Das ist eine **irrwitzige und unsinnige Subventionierung**: Am Ende zahlen Arbeitnehmer und Arbeitgeber höhere Zusatzbeiträge, als ihre Krankenkasse zur Deckung der Kosten eigentlich veranschlagen müsste.

Davon sind vor allem Krankenkassen in Ballungsgebieten mit einer tendenziell teureren Versorgung betroffen.

Das „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ sollte diese unsinnige Subventionierung zumindest reduzieren und den Einkommensausgleich beim **Zusatzbeitrag** in einem ersten Schritt **auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes begrenzen.**



*Der Rückfluss berechnet sich nach dem Ø der beitragspfl. Einnahmen d. GKV: 2019 = 2.141 €/mtl.

DAS GEHT NOCH BESSER

UND BLEIBT AUF DER AGENDA



Das „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ (GKV-FKG) tritt im Herbst in seine entscheidende parlamentarische Beratungs- und Beschluss-Phase. Es ist Zeit für die Debatte. Denn 230 Milliarden Euro müssen gerechter, präziser und transparenter als bisher für die Versorgung der Versicherten verwendet werden.

www.bkk-dv.de/morbi-rsa

Twitter: #morbiRSA #fairerfonds #regionalstark

Kontakt:

Anne-Kathrin Klemm
Leiterin Politik und Kommunikation
Telefon: 030 2700406200
E-Mail: politik@bkk-dv.de

Impressum:

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
Stand: Juli 2019