

**Antworten des BKK Dachverbandes  
auf die Diskussionen**

**zur Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)**

Was wird diskutiert?	Wie bewertet der DV den Vorschlag?	Warum?
Einführung eines Vollmodells	Wird entschieden abgelehnt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Argument, das Vollmodell führe zu weniger Bürokratie, ist falsch. Das Gegenteil ist der Fall. Zwar entfällt die Krankheitsauswahl, dafür aber wird das Klassifikationsmodell erheblich aufwendiger und komplexer.</li> <li>- Ein Vollmodell suggeriert, dass alle Krankheiten abgebildet werden. Dem ist nicht so.</li> <li>- Aktuell völlig unklar: die Berechnungen des derzeit kursierenden Vollmodells im Hinblick auf Vollmodellvariante und Datengrundlage der Berechnungen. Die Einführung eines Vollmodells ist damit für die Krankenkassen eine Black Box – aber mit erheblichen finanziellen Folgen!</li> <li>- Die Einführung eines Vollmodells löst vor allem ein Problem des aktuellen Morbi-RSA nicht: Er wird durch die Einführung eines Vollmodells nicht unanfälliger für Manipulationen – im Gegenteil! Der Spielraum für Manipulationen wird noch größer. Bei Wegfall der Krankheitsauswahl</li> </ul>

		<p>zahlen sich Manipulationen zudem sicher aus. Wer den Morbi-RSA manipulationsunfälliger gestalten möchte, darf daher kein Vollmodell einführen.</p> <p>Ausführliche Argumente gegen die Einführung eines Vollmodells sind <a href="#">hier</a> zu finden.</p>
<b>Einführung eines Regionalfaktors</b>	Ambivalent	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse werden auch durch exogene Faktoren wie den Wohnort ihrer Versicherten beeinflusst. Im aktuellen Finanzausgleich wird der Wohnort der Versicherten jedoch weitgehend ignoriert.</li> <li>- Die Vorschläge des Wissenschaftlichen Beirates zur Einführung eines spezifischen Regionalfaktors können bisher nicht überzeugen.</li> <li>- Die Reduktion des bestehenden Einkommensausgleiches zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz würde regional bedingte Schieflagen reduzieren helfen.</li> <li>- Auch der Zuweisungsanteil für die tatsächlichen Krankengeld-Ausgaben der Krankenkassen muss angehoben werden, um höhere Grundlöhne in Ballungsgebieten abzubilden.</li> </ul>
<b>Einführung eines Risikopools</b>	Wird ausdrücklich befürwortet, Forderung des BKK DV	Die derzeitige Mechanik des Morbi-RSA tut sich schwer im Umgang mit sehr teuren Leistungsfällen.

- (Arzneimittel-)Therapien mit sehr hohen Kosten und im Idealfall einer schnellen Heilung von schweren Erkrankungen können durch einen prospektiven Morbi-RSA - entscheidend ist die Höhe die durchschnittlichen Kosten im Folgejahr - nicht, nur teilweise oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung refinanziert werden.
- Ohne Einführung eines Risikopools werden Kassen bestraft und ggf. sogar in die Insolvenz getrieben, die Versicherte mit teuren oder seltenen Erkrankungen versorgen. Das finanzielle Risiko vor allem kleinerer Kassen durch Hochkostenfälle wird mit einem Risikopool reduziert und die Finanzierbarkeit der Versorgung sichergestellt.
- Teuren Krankheitsfällen wird aktuell durch eine weitere Ausdifferenzierung der im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten (und damit der Hierarchisierten Morbiditätsgruppen – HMG) begegnet. Das macht den Morbi-RSA jedoch immer undurchsichtiger und komplexer. Zudem dauern Änderungen am Klassifikationsmodell sehr lange (Beispiel Hämophilie).

Bei der Umsetzung ist im Interesse einer verlässlichen, wirksamen und verwaltungseffizienten Lösung unbedingt auf ein Modell abzustellen, das alleine auf die Höhe der Ausgaben je Versicherten abstellt. Konkret ist notwendig:

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einführung eines zielgenauen Ausgleichs für Hochkostenfälle über einen Risikopool.</li> <li>- Der Risikopool bezieht sich auf die Ausgaben im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich.</li> <li>- Ab einem Schwellenwert von 100.000 Euro werden die den Schwellenwert übersteigenden Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse zu 80 Prozent erstattet.</li> <li>- 20 Prozent Eigenanteil verbleibt bei der Krankenkasse als Wirtschaftlichkeitsanreiz.</li> </ul>
<b>Einführung einer Präventionskomponente</b>	Wird befürwortet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In der derzeitigen Ausgestaltung des Morbi-RSA werden keine Anreize gesetzt, in Leistungen zur Prävention zu investieren.</li> </ul>
<b>Einführung von Altersinteraktionstermen</b>	Abhängig von der konkreten Ausgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktuell ist eine Überdeckung bei älteren, multimorbiden Versicherten zu beobachten.</li> <li>- Bei Auflösung Überdeckungen darf es nicht zu neuen Über-/Unterdeckungen anderer Versichertengruppen kommen.</li> </ul>
<b>Streichung des EMR Surrogates</b>	Wird ausdrücklich befürwortet, Forderung des BKK DV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im heutigen RSA mit direktem Morbiditätsbezug ist das alte Hilfskonstrukt eines indirekten Morbiditätsindikators überflüssig. Auf der Basis der Diagnosen und Verordnungen werden heute auch Krankheiten, die zu einer Erwerbsunfähigkeit führen, mit besonderen Zuweisungen verbunden.</li> <li>- Das Festhalten am Hilfskonstrukt führt zu ungerechten Verzerrungen: Für Arbeitnehmer mit Erwerbsminderungsstatus erhalten die Kassen zusätzliches Geld aus dem RSA. Für</li> </ul>

		<p>Selbständige oder Familienangehörige fließt jedoch kein zusätzliches Geld an die Krankenkassen trotz gleicher Erkrankung, Alter und Geschlecht des Versicherten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei objektiver Betrachtung zeigt sich: 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“ (dazu siehe Einführung eines Risikopools).</li> <li>- Durch den Wegfall des Hilfskonstruktes wird mehr Geld dahin ausgeschüttet, wo es wirklich benötigt wird.</li> <li>- An einem Kriterium festzuhalten, nur weil es statistisch schön erfassbar ist, macht keinen Sinn.</li> </ul>
<b>Streichung des DMP-Programmkosten-Pauschale</b>	<b>Wird befürwortet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Für DMP-Programmkosten-Pauschalen gilt das Gleiche, wie für EMR: sie sind ein Surrogat, das gestrichen werden kann.</li> <li>- Förderung einer bestimmten Ausgestaltung der Versorgung.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist zu hinterfragen, warum just diese Form der Ausgestaltung der Versorgung für bestimmte Erkrankungen privilegiert werden sollte.</li> </ul>
<b>Stärkung der Manipulationssicherheit</b>	Wird ausdrücklich befürwortet, Forderung des BKK Dachverbandes	<p>Die Betriebskrankenkassen fordern konkret:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung;</li> <li>- Stichprobenprüfung von Software im Praxisbetrieb;</li> <li>- Verbot jeglicher Beratung von Ärzten durch Krankenkassen;</li> <li>- Überprüfung von Verträgen auf RSA-Konformität sowie</li> <li>- Beschleunigung der Prüfungen nach § 273 SGB V und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen.</li> </ul> <p>Die Vorschläge der Betriebskrankenkassen im Detail können <a href="#">hier</a> nachgelesen werden.</p>
<b>Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen</b>	Abhängig von der Ausgestaltung: Ziel muss Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen sein	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommentierung im Detail schwierig wegen fehlender Details zum Vorschlag.</li> <li>- Einheitliches Aufsichtshandeln ist Forderung der Betriebskrankenkassen.</li> </ul>