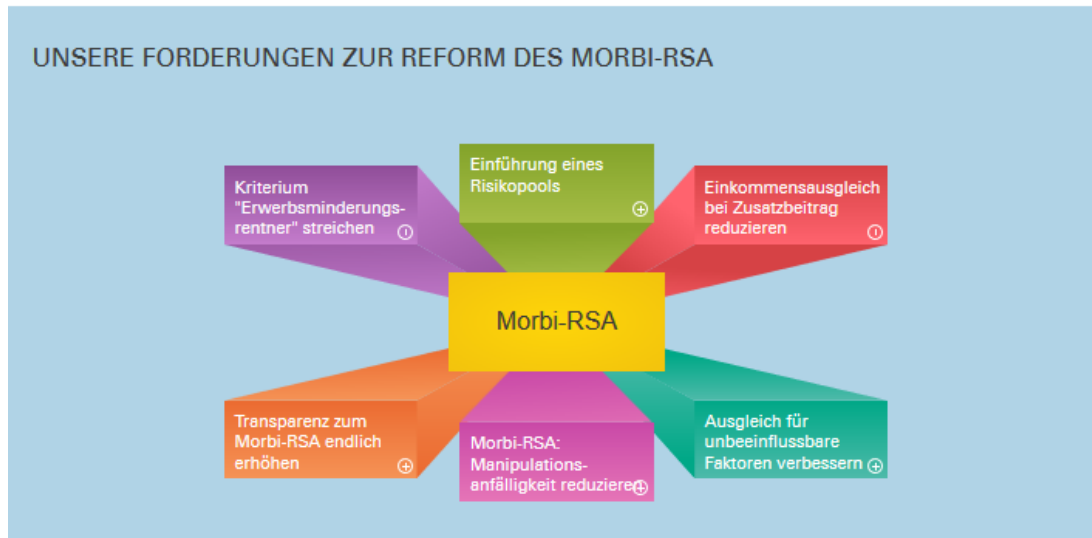


Unsere Forderungen zur Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)



Unsere Forderungen:

- [Kriterium „Erwerbsminderungsrentner“ streichen](#);
- [Einführung eines Risikopools](#);
- [Einkommensausgleich beim Zusatzbeitrag \(zumindest\) reduzieren](#);
- [Transparenz endlich erhöhen](#);
- [Manipulationsanfälligkeit reduzieren](#) und
- [Ausgleich für nicht beeinflussbare Faktoren verbessern](#).

Kriterium „Erwerbsminderungsrentner“ streichen

Das statistische Merkmal „Erwerbsminderungsrentner“ stammt noch aus dem RSA ab 2002. Dort hatte es als Hilfskonstrukt für einen indirekten Morbiditätsparameter seine Berechtigung. Im heutigen, weiterentwickelten Morbi-RSA mit direktem Morbiditätsbezug ist es überflüssig, denn die dort berücksichtigten, vielen Diagnosen decken auch Erkrankungen der erwerbsgeminderten Versicherten ab. Das Festhalten am Hilfskonstrukt führt zu ungerechten Verzerrungen: Für Arbeitnehmer mit Erwerbsminderungsstatus erhalten die Kassen zusätzliches Geld aus dem RSA. Für Selbständige oder Familienangehörige fließt jedoch kein zusätzliches Geld an die Krankenkassen trotz gleicher Erkrankung, Alter und Geschlecht des Versicherten.

Wir fordern daher: Streichen des statistischen Hilfskonstruktes „Erwerbsminderungsrentner“.

Mehr Geld fließt damit dorthin, wo es für eine kostendeckende Versorgung von erkrankten Versicherten benötigt wird. Da die Kassen auf Basis der Erkrankungen Zuweisungen für die Versorgung erwerbsunfähiger Menschen erhalten, haben sie keinen Anreiz für eine negative Risikoselektion der Versicherten.

Einführung eines Risikopools

Die derzeitige Mechanik des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) trägt sehr teuren Leistungsfällen, sogenannten Hochkostenfällen, nicht genügend Rechnung.

Zum einen zeigt sich, dass die aktuelle Ausdifferenzierung der im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten das tatsächliche Krankheitsgeschehen nicht adäquat abbilden kann: Für besondere, sehr teure Ausprägungen einer Erkrankung erhalten die Krankenkassen viel zu geringe Zuweisungen. Teuren Krankheitsfällen wird in der Systematik des Morbi-RSA 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. Änderungen im sogenannten Klassifikationsmodell sind zudem oft langwierig.

Zum anderen ist der Morbi-RSA prospektiv ausgestaltet. Die Zuweisungen orientieren sich an den durchschnittlichen Kosten einer Erkrankung im Folgejahr. Arzneimitteltherapien mit sehr hohen Kosten und im Idealfall einer schnellen Heilung von schweren Erkrankungen können durch einen prospektiven Morbi-RSA nicht, nur teilweise oder nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung refinanziert werden.

Im Jahr 2018 kamen neuartige, erfolgsversprechende Gentherapien (u. a. CAR-T-Zellen) auf den Markt. Die beiden ersten in Deutschland zugelassenen Arzneimittel Kymriah und Yescarta werden gegen bestimmte Formen des Blutkrebses eingesetzt. Eine einmalige Behandlung kostet rund 400.000 Euro. Für die Patienten sind die neuen Therapien eine bahnbrechende Entwicklung, versprechen sie doch schwerstkranken Menschen Heilung.

Probleme bereiten auch diejenigen Arzneimittel, die zum Anfang der Therapie hohe Ausgaben hervorrufen, im Anschluss aber nur noch mit einer kostengünstigeren Erhaltungstherapie behandelt werden. Als Beispiel sei das Arzneimittel Spinraza genannt, das gegen eine besondere Form einer Muskelerkrankung wirkt. Im ersten Jahr kostet die Therapie rund 550.000 Euro, ab dem zweiten Jahr 280.000 Euro.

Entstehen im Folgejahr keine oder nur weitaus geringere Kosten, wird die finanzielle Belastung der Krankenkasse durch die Versorgung der betroffenen Patienten nicht adäquat abgebildet. Die Differenz der Kosten muss damit durch die anderen Versicherten der Kasse mit aufgefangen werden. Gegebenenfalls muss eine Kasse zur Deckung der nicht über den Morbi-RSA finanzierten Kosten sogar ihren Zusatzbeitragssatz anheben und riskiert damit einen negativen Sog, weil dann Kunden zu anderen Kassen mit günstigeren Beitragssätzen abwandern. Hilft auch das nicht, muss sie möglicherweise sogar Insolvenz anmelden. Es ist außerdem nicht ausgeschlossen, dass eine betroffene Kasse versucht, den Versicherten an eine andere Kasse los zu werden und demnach Risikoselektion zu betreiben.

Wir fordern als kurzfristige, pragmatische und unbürokratische Lösung die Einführung eines Risikopools für Ausgaben im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich.

Andernfalls werden Kassen bestraft und gegebenenfalls 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.

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

Konkret ist notwendig:

- Einführung eines zielgenauen Ausgleichs für Hochkostenfälle über einen Risikopool;
- Der Risikopool bezieht sich auf die Ausgaben im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich;
- Ab einem Schwellenwert von 100.000 Euro werden die den Schwellenwert übersteigenden Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse zu 80 Prozent erstattet;
- 20 Prozent Eigenanteil verbleibt bei der Krankenkasse als Wirtschaftlichkeitsanreiz.

Einkommensausgleich beim Zusatzbeitrag (zumindest) reduzieren

Versicherte, seit 2019 auch die Arbeitgeber, zahlen den individuellen Zusatzbeitrag an „ihre Kasse“, damit diese die von ihnen erwartete Leistung erbringen kann. Was kaum einer weiß: Auch der Zusatzbeitrag wird von der Kasse zunächst an den Gesundheitsfonds abgeführt. Über einen Mechanismus werden die Finanzmittel von dort dann wieder an die Krankenkassen zurück verteilt – allerdings nicht in der Höhe, die sie ursprünglich beim Gesundheitsfonds abgeliefert hat.

Der Grund: Seit 2015 findet ein vollständiger Einkommensausgleich statt. Das bedeutet, dass die Krankenkasse nur auf Basis des durchschnittlichen Einkommens aller GKV- Versicherten Mittel aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen bekommt. Eine Kasse, die Versicherte mit überdurchschnittlichen Einkommen betreut, erhält also weniger zurück, als sie bei einem direkten Zufluss über den Zusatzbeitragssatz erhalten hätte. Eine Kasse mit weniger gutverdienenden Versicherten erhält gegebenenfalls mehr, als sie über ihren Zusatzbeitragssatz erhalten hätte. Damit soll vermieden werden, dass eine Krankenkasse nur deshalb einen höheren Zusatzbeitrag erheben muss, weil ihre Mitglieder ein geringeres beitragspflichtiges Einkommen haben.

Die Idee ist grundsätzlich richtig, denn Solidarität ist ein wichtiges und tragendes Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. An dieser Stelle wird sie jedoch ins Gegenteil verkehrt: Krankenkassen, die z.B. in Ballungsgebieten die – dort vergleichsweise teure – Versorgung organisieren, müssen ihre Mitglieder mit überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen besonders stark belasten: Denn die in Städten eher höheren Einkommen der Versicherten kommen wie beschrieben der Krankenkasse nicht zugute und reichen dann ggf. nicht aus, um die Kosten für die Versorgung zu decken. Das kann eine Kasse dazu zwingen, die Preisschraube noch einmal hoch zu drehen. Eine fatale Negativspirale entsteht, wenn die Versicherten dann zu günstigeren Kassen abwandern. Dagegen fließen die über den Zusatzbeitrag erhobenen Finanzmittel teilweise in die Subventionierung jetzt schon besonders günstiger Beitragssätze anderer Krankenkassen. Dies vor allem dann, wenn ihre Versicherten wenig verdienen und die Kasse wegen einer günstigen Versorgungsstruktur wenig Ausgaben hat.

Wir fordern daher: Muss eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag über dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben, erfolgt für den übersteigenden Anteil kein Einkommensausgleich.

So wird sichergestellt, dass die von Versicherten und Arbeitgebern bezahlten überdurchschnittlichen Zusatzbeiträge für die Versorgung der Versicherten dieser Kasse verwendet werden können. Andernfalls fließt Geld statt in die Versorgung in die Subventionierung günstiger Beiträge anderer Kassen.

Transparenz endlich erhöhen

Über den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) werden jährlich mehr als 200 Mrd. Euro an die gesetzlichen Krankenkassen zur Finanzierung der Leistungsausgaben verteilt. Das ist

erheblich mehr als der Länderfinanzausgleich im gleichen Zeitraum zwischen den Bundesländern umverteilt. Ziel des Morbi-RSA ist es, eine Rosinenpickerei (Risikoselektion) bei den Versicherten zu verhindern und faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen herzustellen. Ob der Morbi-RSA diesen Zielen allerdings gerecht wird, kann kaum einer sagen.

Im vergangenen Jahr hat das Beratergremium beim Bundesversicherungsamt (BVA), der Wissenschaftliche Beirat, den Morbi-RSA und seine Wirkungen auf den Prüfstand gestellt. Diese Evaluation kam aber nur durch erheblichen Druck zustande. Zudem ist der Wissenschaftliche Beirat auch das Gremium, das die Entwicklung des Morbi-RSA wesentlich mitgeprägt hat. Damit hat der Wissenschaftliche Beirat im Wesentlichen seine eigene Arbeit begutachtet. Nicht verwunderlich war es daher, dass er am Morbi-RSA in seiner aktuellen Ausgestaltung und seinen Wirkungen nicht viel Kritik geübt hat.

Wir fordern daher: Der Morbi-RSA soll regelmäßig durch unabhängige Wissenschaftler insbesondere im Hinblick auf seine Wettbewerbswirkungen überprüft werden.

Wird am Morbi-RSA etwas geändert, hat das für die gesetzlichen Krankenkassen unter Umständen erhebliche finanzielle Folgen. Daher versuchen sie, in Modellrechnungen Effekte von Reformen am Morbi-RSA abzuschätzen oder auch eigene Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA zu entwickeln. Die Datengrundlage, die ihnen für solche Berechnungen zur Verfügung steht, ist jedoch sehr begrenzt. Entsprechend unterliegen ihre Berechnungen bestimmten Unwägbarkeiten – die unter Umständen allerdings gewichtig sein können. Genauso ergeht es Wissenschaftlern, die an der Weiterentwicklung des Morbi-RSA forschen.

Die vollständigen Daten zum Morbi-RSA liegen beim BVA. Es ist damit die einzige Institution, die die Folgen von Änderungen am Morbi-RSA für die komplette GKV valide berechnen kann. Die Krankenkassen hingegen tun sich sehr schwer, die Berechnungen des BVA zu den Auswirkungen von Reformvorschlägen nachzuvollziehen. Ursprünglich war der Morbi-RSA als lernendes System konzipiert worden. Dem steht solch ein Wissensmonopol jedoch entgegen.

Wir fordern daher: Auch Wissenschaftler, die nicht dem Beirat angehören, aber auch die Kassen müssen endlich einen, die GKV abbildenden, anonymisierten Datensatz erhalten. Nur dann können sie Alternativen im oder zum Morbi-RSA entwickeln, die einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen ermöglichen.

Manipulationsanfälligkeit reduzieren

Die Qualität der ärztlich dokumentierten Morbidität, also der Diagnosen eines Versicherten, ist im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) von zentraler Bedeutung: So erhält eine Krankenkasse für die ambulante ärztliche Versorgung nur dann eine Zuweisung, wenn eine Krankheit in mindestens zwei Quartalen eines Jahres diagnostiziert und entsprechend kodiert wurde. Zudem ist die Höhe der Zuweisung abhängig vom festgestellten und kodierten Schweregrad einer Erkrankung. Geld gibt es auch nur für Diagnosen, die der Arzt als „gesichert“ ansieht, nicht für Verdachtsfälle.

In einem solchen System kann für eine Krankenkasse der Anreiz bestehen, auf die ärztliche Diagnosestellung und damit auf die, im Sinne möglichst hoher Zuweisungen, „richtige“ Erfassung einer Diagnose einzuwirken. Dies ist in der Praxis auch über verschiedene Wege geschehen und geschieht leider immernoch – etwa über die Software des Arztes oder über bestimmte Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern -, obwohl die Politik sich bemüht hat, Krankenkassen und Leistungserbringern Mittel und Wege zu versperren. Zudem besteht wenig Transparenz über Verstöße gegen gesetzliche Vorgaben zum Morbi-RSA.

Wir fordern daher: Im Sinne eines fairen Morbi-RSA ist eine möglichst manipulationssichere Ausgestaltung wesentlich. Hierzu müssen weitere Maßnahmen ergriffen werden. Es sollen nicht die Krankenkassen belohnt werden, die viel Arbeit und Energie darauf verwenden, bestehende Lücken im System auszunutzen. Wettbewerbsvorteile sollen vielmehr bei den Kassen liegen, die eine gute Versorgung ihrer Versicherten sicherstellen. Zudem muss transparent werden, wer gegen gesetzliche Vorgaben zum Morbi-RSA verstoßen hat.

Der BKK Dachverband hat zur Reduktion bzw. Vermeidung von Manipulationsanfälligkeit eine Vielzahl von Vorschlägen erarbeitet. Diese lauten in aller Kürze:

- Einführung von Kodierrichtlinien für die ambulante ärztliche Versorgung;
- Stichprobenprüfung von Software im Praxisbetrieb;
- Verbot der Beratung von Ärzten durch Krankenkassen
- Überprüfung von Verträgen auf RSA-Konformität;
- Beschleunigung der Kassenprüfungen hinsichtlich der RSA-Datenübermittlung und Herstellen von Transparenz über die Tätigkeit der Prüfstellen.

Ausführlich sind die Positionen unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/Reduktion_der_Manipulationsanfaelligkeit_des_RSA_Vorschlaege_des_BKK_DV.pdf beschrieben.

Ausgleich für nicht beeinflussbare Faktoren verbessern

Der Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen herstellen und eine Rosinenpickerei bei der Auswahl der Versicherten vermeiden. Reichen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, um die Versorgung der Versicherten zu finanzieren, muss die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben. In einem fair ausgestalteten Ausgleich sollten die Voraussetzungen, ob und in welcher Höhe eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben muss, für alle gleich sein. Das ist derzeit jedoch nicht der Fall! So gibt es nach wie vor Faktoren, für die eine Krankenkasse keinen oder einen zu geringen Ausgleich erhält, obwohl sie diese nicht oder nur sehr begrenzt beeinflussen kann. Das gilt etwa für die Höhe der Krankengeldausgaben einer Krankenkasse oder für den Wohnort ihrer Versicherten.

In diesem System gibt es viele Schwächen und Mängel, aber diese beiden sind besonders schwerwiegend:

Krankengeld

Wenn Versicherte mehr als sechs Wochen krank sind, zahlt nicht mehr der Arbeitgeber die Lohnfortzahlung, sondern die Krankenkasse ein Krankengeld. Es ist also eine sog. Lohnersatzleistung, weshalb die Höhe des Krankengeldes eines GKV-Mitglieds von seinem zuvor bezogenen (Arbeits-)Einkommen abhängt. Die Krankengeldausgaben einer Krankenkasse sind umso höher, je mehr Mitglieder mit tatsächlichem Krankengeldbezug sie hat und je höher die Einkommen ihrer Mitglieder mit Krankengeldbezug sind.

Aus dem Gesundheitsfonds erhält eine Krankenkasse Zuweisungen für alle Mitglieder, die einen Anspruch auf Krankengeld haben, unabhängig davon, ob sie Krankengeld beziehen oder nicht. Dabei erhält die Krankenkasse die Zuweisungen für jedes krankengeldanspruchsberechtigte Mitglied in zwei Teilen: Eine Hälfte der Zuweisungen ist standardisiert und bezieht sich auf das durchschnittliche Einkommen aller GKV-Mitglieder. Der zweite Teil entspricht der Hälfte der Leistungsausgaben, die das Mitglied tatsächlich verursacht hat.

Insbesondere der standardisierte Teil ist ein Problem, wie schon der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt im Jahr 2014 herausgefunden hat: „Auf der Ebene einzelner Krankenkassen ergeben sich bei einer größeren Zahl von Krankenkassen relativ hohe Unter- bzw. Überdeckungen“. In anderen Worten: Eine Krankenkasse mit überdurchschnittlich vielen Mitgliedern mit Krankengeldbezug und überdurchschnittlichem Einkommen hat durch diese Systematik einen finanziellen Wettbewerbsnachteil, denn die Zuweisungen liegen unter den Ausgaben. Diese Krankenkasse ist ggf. gezwungen, einen höheren Zusatzbeitrag zu erheben. Andere Krankenkassen mit niedrigen Einkommen ihrer Mitglieder erhalten hingegen mehr Geld aus dem System, als sie zur Versorgung benötigen.

Regionale Ungleichgewichte

Die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse werden auch durch den Wohnort ihrer Versicherten beeinflusst. Im aktuellen Finanzausgleich wird der Wohnort der Versicherten jedoch weitgehend ignoriert. Dabei hat der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt in einem Gutachten nachgewiesen, dass das nicht sachgerecht ist.

Denn: In Großstädten und Ballungsräumen ist das Angebot für Gesundheitsleistungen größer und teurer. Gleichzeitig nutzen Großstädter und die Einzugsgebiete diese Angebote auch vermehrt. Das sorgt für höhere Kosten bei Krankenkassen, die Versicherte vor allem in Ballungsräumen haben – Kosten, die nicht ausgeglichen werden. Als Konsequenz drohen höhere Zusatzbeiträge und damit ein Wechsel der Versicherten zu günstigeren Kassen. Und damit die Abwärtsspirale bis zum Konkurs von Krankenkassen.

Paradox: Großstädter zahlen in der Regel höhere Beiträge, da sie ein höheres Lohnniveau haben. Sie zahlen damit einen höheren Solidarbeitrag in die GKV, der auch anderen Kassen zu Gute kommt. Trotzdem sind in Großstädten die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA oft nicht ausreichend, um die Versorgung der Versicherten zu finanzieren – derjenigen Versicherten, die ohnehin mehr einzahlen als andere.

Die Vorschläge des Beratergremiums des Bundesversicherungsamtes, des Wissenschaftlichen Beirates, zur Einführung eines spezifischen Regionalfaktors können bisher nicht überzeugen.

Wir fordern daher: Faktoren, die eine Krankenkasse durch ihr Kassenmanagement nicht beeinflussen kann, müssen über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds stärker bzw. überhaupt berücksichtigt werden. Die Reduktion des bestehenden Einkommensausgleiches zumindest auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz würde regional bedingte Schieflagen reduzieren helfen. Zusätzlich muss der Zuweisungsanteil der Krankenkassen für Krankengeld bei den tatsächlichen Ausgaben angehoben werden, um höhere Grundlöhne in Ballungsgebieten abzubilden.