



BKK Vorschläge

für eine Reform des morbidityorientierten Risikostrukturausgleichs

25. Juli 2011

Inhaltsverzeichnis

I Vorbemerkungen

II Reformvorschläge

III Fazit

I Vorbemerkungen

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds im Januar 2009 orientiert sich das System des Solidarausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen an der Morbidität der Versicherten. Der neue Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll das Werben um junge und gesunde Versicherte verhindern, einen zielgenauen Risikoausgleich ermöglichen und gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen schaffen.

Heute, nach nur zwei Jahren Feldversuch, sind zahlreiche Mängel dieses Modells erkennbar. Der Morbi-RSA hat den Finanzausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erheblich verkompliziert. Seine Verwaltung ist aufwändiger und teurer geworden, ohne dass sich die Verteilungsgerechtigkeit dabei verbessert hätte. Der Morbi-RSA führt weder zu einer planbaren und nachhaltigen Finanzausstattung der Krankenkassen, noch sorgt er für gerechte Wettbewerbsbedingungen. Im Gegenteil: Er begünstigt das Fortbestehen struktureller Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen. Die Krankenkassen haben ihre finanzielle Planungssicherheit durch die Blackbox Gesundheitsfonds nahezu vollständig verloren. Darüber hinaus ist der Morbi-RSA manipulationsanfällig: Konstanten wie Alter und Geschlecht der Versicherten haben durch beeinflussbare Faktoren, wie ambulante Diagnosen von Ärzten, an Bedeutung verloren („upcoding“).

Die Bundesregierung hat diese Probleme erkannt und in ihrem Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 vereinbart, ein gerechteres und transparenteres Finanzierungssystem für die GKV zu schaffen. Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Pläne der Bundesregierung, den Morbi-RSA zu reduzieren, zu vereinfachen und unbürokratisch und manipulationssicher zu gestalten. Zu diesem Zweck schlagen die Betriebskrankenkassen vor

- einen Risikopool einzuführen,
- die Erstattung der Verwaltungskosten aus dem Gesundheitsfonds gerecht vorzunehmen und
- die Krankengeldzuweisungen so anzupassen, dass Fehlallokationen korrigiert werden.

Eine immer wieder diskutierte Annualisierung der Leistungsausgaben für Verstorbene lehnen die Betriebskrankenkassen hingegen ab. Diese Forderung ist nicht zielführend, wenn es darum geht, für alle Kassen gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen.

II Reformvorschläge

1. Einführung eines Risikopools

Das frühere Organisationsprinzip der GKV sah vor, dass Versicherte aufgrund ihres Wohnorts oder anhand berufsbezogener Kriterien bestimmten Krankenkassenarten zugewiesen wurden. Das hat zu erheblichen soziodemographischen Unterschieden der Versichertenstruktur und der damit einhergehenden Krankheitsrisiken geführt.

Die Einführung des Kassenwahlrechts in der GKV wurde deshalb mit einem jährlichen Finanzausgleich als Risikostrukturausgleich verbunden. Krankenkassen konnten die Ausgaben für extrem teure Krankheiten und Multimorbidität, sogenannte Hochkostenfälle, oberhalb eines jährlich angepassten Schwellenwertes zu 60% aus einem gemeinsam getragenen Topf finanzieren. Mit der Einführung des Morbi-RSA wurde dieser Risikopool abgeschafft. Stattdessen erhalten die Krankenkassen morbiditätsadjustierte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Jede Kasse erhält für ihre Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der GKV. Diese Pauschale wird durch Zu- und Abschläge verändert, die sich aus dem Alter, dem Geschlecht sowie dem Bezug von Krankengeld und Erwerbsminderungsrenten ergeben. Für Versicherte, die bestimmten Morbiditätsgruppen zugeordnet werden können, erhalten die Kassen weitere Zuschläge.

Doch diese morbiditätsadjustierten Zuweisungen aus dem Fonds decken die Ausgaben für Hochkostenfälle nicht. Definiert man einen Hochkostenfall ab einem Schwellenwert von 20.000 €, so decken die Fondsmittel bereits weniger als 30% der Ausgaben. An der Unterdeckung haben die Krankheiten, die nicht durch eine der „hierarchisierten Morbiditätsgruppen“ (HMG) explizit im Morbi-RSA berücksichtigt sind, einen Anteil von ca. 25%. Der finanzielle Schaden beim Eintreten von Hochkostenfällen fällt bei Kassen mit eher günstigen Risikostrukturen insgesamt größer aus als bei solchen mit höherer Morbidität. Besonders für kleine Krankenkassen stellen Hochkostenfälle ein großes Problem dar.

Dieses Problem kann abgemildert werden, indem der Morbi-RSA um einen Risikopool erweitert wird. Dafür werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ab einem bestimmten Schwellenwert gekappt. Ausgaben über dem Schwellenwert werden den Krankenkassen als Vollkostenausgleich (mit oder ohne Selbstbehalt) erstattet. Durch die Einführung eines Schwellenwertes von zum Beispiel 20.000 € pro Jahr würden Wirtschaftlichkeitsreserven und Kostenmanagement bei den Krankenkassen berücksichtigt. Damit würde das Geld dorthin fließen, wo es benötigt wird - unabhängig davon, ob eine

Erkrankung zum berücksichtigungsfähigen Krankheitsspektrum gehört oder nicht. Selbst besonders teure Fälle wie ein schwer erkrankter Bluter, der zwar regelmäßig teure Medikamente benötigt, aber dafür nicht in zwei Quartalen eine für Zuweisungen über den Morbi-RSA notwendige Arzneimittelverordnung vorweisen kann, könnte über den Risikopool unkompliziert ausgeglichen werden.

Ein Risikopool ist ebenfalls eine pragmatische und gerechte Alternative zu einer Annualisierung der Leistungsausgaben für Verstorbene (siehe Punkt 4).

2. Gerechte Verteilung der Verwaltungskosten

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) änderte unter anderem die Finanzierung der Verwaltungskosten in der GKV. Zuvor finanzierte jede Kasse ihre Verwaltungskosten aus den einkommensabhängigen Beiträgen der Versicherten. Heute erhalten die Kassen dafür Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Zuweisungsanteile berechnen sich derzeit je zur Hälfte nach der Versichertenzahl und der kassenindividuellen Morbidität. Diese grobe Aufteilung ist aber nicht sachgerecht. So verursacht z. B. ein teurer Arztbesuch mit hohen Arzneimittelausgaben nur geringe Verwaltungskosten bei den Krankenkassen. Dem gegenüber entstehen bei anderen Leistungen hohe Verwaltungskosten für geringe Leistungsaufwendungen, z. B. für Präventionsleistungen wie Eltern-Kind-Kuren. Darüber hinaus wird der jeweilige Aufwand für die nicht leistungsbezogenen Prozesse, z. B. Meldungen, Prüfung der Familienversicherung, Beitragseinstufung für freiwillige Mitglieder, Beitragseinzug für den Gesundheitsfonds und Einzug des Zusatzbeitrages, bisher nicht bedarfsgerecht berücksichtigt. Versichertenzahl und Krankheitsgeschehen alleine sind demzufolge keine aussagekräftigen Parameter für eine gerechte Zuweisung der Verwaltungskosten.

Seit seiner Einführung ist der Verteilungsschlüssel für Verwaltungskosten umstritten. Die gegenwärtige Zuweisungsform der Verwaltungskosten verhindert den Wettbewerb in diesem Bereich. Ziel des Wettbewerbsstärkungsgesetzes war es, die Krankenkassen um den wirtschaftlichen Einsatz von Verwaltungskosten konkurrieren zu lassen. Nur wenn Krankenkassen anhand eines standardisiert ermittelten Personalbedarfs bewertet werden, ist es möglich, unwirtschaftliches Handeln im Bereich der Verwaltungskosten abzubauen und diese Finanzmittel zum Wohle der Versichertengemeinschaft einzusetzen.

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich darum für ein Zuweisungssystem aus, das die sachlich erforderlichen Verwaltungsausgaben in den Vordergrund stellt. Sie haben ein kontengruppenspezifisches Zuweisungsmodell entwickelt, das die Zuweisungen anhand

ausgewählter Parameter berechnet. Auch ein Innovations- oder Zukunftsfaktor ist Teil dieses Modells.

Für den Bereich der persönlichen Verwaltungskosten (Kontengruppe 70; ca. 70 % der Bruttoverwaltungskosten) sollten die verwaltungskostenintensiven Geschäftsprozesse einer gesetzlichen Krankenkasse definiert und hinsichtlich ihres durchschnittlichen Personalaufwandes bemessen werden. Die Kontengruppen 71 (sächliche Verwaltungskosten), 72 (Aufwendungen für Selbstverwaltung), 73 (Beiträge und Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke) und 74 (Kosten der Rechtsverfolgung) sollten nach der Anzahl der Versicherten zugewiesen werden. Diese Kosten stehen lediglich in geringem Zusammenhang mit der Morbidität. Für die erstatteten Verwaltungskosten (Kontengruppe 76) muss eine Verrechnung der tatsächlichen Erstattungen mit den Zuweisungen erfolgen. Dies ist sachgerecht, da die Erstattungen einer Krankenkasse im Wesentlichen fremdbestimmt und der Höhe nach kassenindividuell sind.

Die Bemessung der persönlichen Verwaltungskosten (Kontengruppe 70) sollte sich am Personalbedarf der Hauptprozesse, die auf Grundlage von Kassenergebnissen ermittelt wurden, orientieren:

Teilbereich Leistungen	Anteil ges.	Anteil rel.	Anteil gewichtet
L1 – unmittelbarer Morbiditätsbezug	50,0	15,0	7,5
L2 – mittelbarer Morbiditätsbezug		55,0	27,5
L3 – ohne Morbiditätsbezug		30,0	15,0

Teilbereich Beiträge	Anteil ges.	Anteil rel.	Anteil gewichtet
B1 – Beitragseinzug Arbeitgeber	30,0	25,0	7,5
B2 – Beitragseinzug/-einstufung freiwillig Versicherte		28,0	8,4
B3 – Bestandspflege Familienversicherung		16,0	4,8
B4 – Meldungen		25,0	7,5
B5 – Zusatzbeitrag		6,0	1,8

Teilbereich zentrale Aufgaben	Anteil ges.	Anteil rel.	Anteil gewichtet
Zentrale Aufgaben	20,0	100,0	20,0

Ein solches Modell ermöglicht es, die Bemessung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gerecht und bedarfsorientiert zuzuweisen. So kann tatsächlicher Wettbewerb um einen sinnvollen Einsatz von Fondsmitteln für Verwaltungsausgaben gelingen.

3. Krankengeldzuweisungen kassenindividuell anpassen

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds hat sich auch die Situation beim Krankengeld erheblich verändert. Die Ansprüche der Krankenkassenmitglieder auf Krankengeld basieren auf deren tatsächlichen Erwerbseinkommen. Im Morbi-RSA werden aber nur Durchschnittsverdienste ausgeglichen, die über die Summe aller Krankenkassen Deutschlands als standardisierte Zuweisungen errechnet werden. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken die Ausgaben insbesondere dann nicht, wenn bei einer Krankenkasse die dem Krankengeld zu Grunde liegenden beitragspflichtigen Löhne und Gehälter über dem bundesweiten Durchschnitt liegen. Diese Fehlallokation hat umso gravierendere Auswirkungen, als dass sich die Ausgaben für Krankengeld bundesweit insgesamt stark erhöht und zum Teil erheblich stärker entwickelt haben als die übrigen Leistungsbereiche.

Konzentrieren sich bei einer Krankenkasse also Mitglieder mit hohen Krankengeldansprüchen, so führt dies zu einem Missverhältnis von Krankengeldzuweisungen aus dem Morbi-RSA und Krankengeldauszahlungen an die Mitglieder. Das ist ungerecht, weil Krankengeldzahlungen sich nach dem regelmäßigen Arbeitsentgelt eines Versicherten richten und von den Krankenkassen in der Höhe nicht beeinflusst werden können. Darum stellt die von der Krankenkasse nicht beeinflussbare Verteilung der Versicherten mit hohem Verdienst ebenso wie die Verteilung der Versicherten nach Alter, Geschlecht und Morbidität ein Ausgleichsparameter dar.

Das Krankengeld darf nicht länger analog einer Sachleistung im RSA behandelt werden.

Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, die Zuweisung für das Krankengeld an der kassenindividuellen Höhe des täglichen Krankengeldes auszurichten. GKV-weit führt diese Umstellung zu keinen Mehrbelastungen, die Gesamtwirkung für den Gesundheitsfonds liegt bei 0.

4. Annualisierung der Leistungsausgaben für Verstorbene - der falsche Weg

Der Morbi-RSA wurde als prospektives Verfahren ausgestaltet. Die Zuschläge für das Ausgleichsjahr generieren sich aus den Informationen zum Krankenstand des Vorjahres. Dies führt bei einer Reihe von Fallkonstellationen zu einer Unterdeckung der Zuweisung, so zum Beispiel bei den Versicherten, die im Ausgleichsjahr sterben.

Bereits für das Morbi-RSA-Klassifikationsmodell 2010 wurde vom Bundesversicherungsamt (BVA) geprüft, ob eine sogenannte Annualisierung der Leistungsausgaben für Verstorbene

die tatsächlichen Versorgungskosten besser abbilden könnte. Heute steht dieser Vorschlag erneut zur Diskussion. Eine Hochrechnung auf das gesamte Jahr ist mathematisch grundsätzlich sinnvoll, da sich die Leistungsausgaben der Versicherten normalerweise relativ gleichmäßig über das Kalenderjahr verteilen. Gerade bei den Verstorbenen ist dies jedoch nicht der Fall.

In der Tat würde die Leistungsausgaben-Unterdeckung durch eine Berücksichtigung Verstorbener im Rahmen der in den Morbi-RSA einbezogenen Krankheiten von 71 % auf 67 % zurückgehen. Allerdings würde für die Versicherten, die nicht an diesen Krankheiten sterben, die Leistungsausgaben-Überdeckung durch die nun erhöhten Fondszuweisungen von 103 % auf 106 % steigen. Naturgemäß wiegt aber die Überdeckung bei den Überlebenden deutlich schwerer. So würden neue erhebliche Verzerrungen entstehen¹. Der Vorschlag wurde deshalb vom Bundesversicherungsamt bisher nicht umgesetzt.

Zuweisungen im Rahmen standardisierter Verfahren sehen immer vor, dass es im Einzelfall zu einer Über- bzw. Unterdeckung der Zuweisung kommt. Dies betrifft nicht nur die Verstorbenen, sondern tritt bei einer Vielzahl von Fällen auf. Durch das prospektive Verfahren ist eine Unterdeckung grundsätzlich beim erstmaligen Auftreten einer schweren Erkrankung gegeben. So verzeichnen einige Krankenkassen z. B. einen überproportionalen Anteil an Schwangerschaften und Geburten, die ebenfalls nicht kostendeckend abgebildet werden. Sehr teure Leistungsfälle werden mit den Zuschlägen aus dem Gesundheitsfonds generell nicht hinreichend ausgeglichen. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von schweren Erkrankungen (z.B. Unfälle), die nicht im Morbi-RSA abgebildet werden.

Ein einseitiger Eingriff in das Regressionsverfahren ist deshalb nicht zielführend. So würde ein fiktiver Behandlungsbedarf in Milliardenhöhe geschaffen und auf die 80 Krankheiten verteilt. Diese nicht vorhandenen Gelder müssen konsequenterweise bei allen Versicherten gekürzt werden, so dass sich die Situation für die Personengruppen, die durch den Morbi-RSA benachteiligt sind, weiter verschärft. Die Anpassung löst das ursprüngliche Problem - die Unterdeckung bei Verstorbenen - folglich nicht, sondern führt zu weiteren Wettbewerbsverzerrungen.

Die Betriebskrankenkassen plädieren deshalb dafür, die Leistungsausgaben-Unterdeckung bei Verstorbenen durch die pragmatische und gerechte Alternative eines Risikopools zu ersetzen.

¹ Wettbewerbsvorteile hätten nicht nur Kassen mit einer überdurchschnittlichen Anzahl von Versicherten, die an einer bestimmten Krankheit sterben. Auch solche Kassen, bei denen besonders viele Versicherte in denjenigen Altersklassen und Erkrankungsgruppen überleben, die überwiegend bei den Verstorbenen auftreten, würden bevorzugt.

III Fazit

Um gerechte Wettbewerbsbedingungen zu schaffen, ist eine Reform des Morbi-RSA unabdingbar. Der Risikostrukturausgleich muss weniger anfällig für Manipulationen werden und den Kassen die Mittel aus dem Gesundheitsfonds zielgenauer zuweisen. Sinnvoll wäre in diesem Zusammenhang die Einrichtung eines Risikopools. Die Zuteilungen der Verwaltungskosten müssen für Anreize zur Effizienz sorgen. Der Morbi-RSA wird für alle Kassenarten gerechter, wenn die Krankengeldzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an den tatsächlichen Bedarf der Krankenkassen angepasst werden. Eine Annualisierung der Leistungsausgaben für Verstorbene würde zu weiteren Wettbewerbsverzerrungen führen.