



## „Faire Wettbewerbsbedingungen schaffen“

Vorschläge der Ersatzkassen für eine Weiterentwicklung des Morbi-RSA

## Einleitung

Der Gesetzgeber hat den Risikostrukturausgleich im Jahr 2009 durch direkte Einbeziehung der Morbidität als Risikofaktor (Krankheiten und Krankheitsgruppen) neu justiert. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll dafür sorgen, dass aus bestehenden Unterschieden in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen keine ungleichen Wettbewerbschancen resultieren. Diese Aufgabe erfüllt der Morbi-RSA in seiner gegenwärtigen Ausgestaltung nicht ausreichend. Die Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs führen zu einer finanziellen Ungleichbehandlung der Krankenkassen. Fundamentale Voraussetzung für ein System mit einem funktionierenden Wettbewerb zwischen den Kassen bildet ein gerecht justierter Risikostrukturausgleich. Die Ersatzkassengemeinschaft setzt sich für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA ein, damit für die Krankenkassen in Deutschland faire Bedingungen im Wettbewerb untereinander entstehen.

### **Der Morbi-RSA benachteiligt viele Krankenkassen im Wettbewerb.**

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 fließen alle Beitragseinnahmen der Krankenkassen sowie der Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt in den Gesundheitsfonds. Die Mittel des Gesundheitsfonds werden wiederum anhand der Kriterien des Morbi-RSA an die Krankenkassen zugewiesen. Diese richten sich nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus und Morbidität der Versichertenpopulationen und orientieren sich in der Höhe an den jeweiligen bundeseinheitlichen Durchschnittskosten.

Der Gesetzgeber hat bei der Einführung des Morbi-RSA festgelegt, dass 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf ausgleichsfähig sind. Die Frage, welche Auswahlkriterien dafür zugrunde gelegt werden, war von Beginn an umstritten. Man hat damals entschieden, der Häufigkeit einer Erkrankung den Vortritt vor der Schwere einer Erkrankung zu geben. Heute ist erkennbar, dass die stärkere Gewichtung der Häufigkeit gegenüber ihrer Schwere zu Verwerfungen bei der Verteilung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führt. Mit

dazu beigetragen hat auch die Zunahme der Spielräume bei der Diagnosekodierung. Folgerichtig haben sich die Krankenkassen seit 2009 intensiv um die zuweisungsrelevanten Diagnosen gekümmert. Der daraus resultierende „Kodierungswettbewerb“ beeinflusst die Finanzströme im Ausgleichsverfahren. Der Morbi-RSA mit seiner Ausgleichssystematik deckt Hochkostenfälle nur unzureichend ab und benachteiligt im Wettbewerb Kassen mit einem hohen Anteil solcher Fälle.

Auch die beibehaltenen Zuschläge für Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus und für in strukturierten Behandlungsprogrammen eingetragene Versicherte wirken wettbewerbsverzerrend. So werden Erkrankungen, die einer Erwerbsminderungsrente zu Grunde liegen, heute in der Regel im Morbi-RSA berücksichtigt. Ein indirekter Morbiditätsindikator wie der Erwerbsminderungsstatus ist daher nicht mehr nötig. Ähnlich sieht es auch beim Zuschlag für Versicherte, die in strukturierten Behandlungsprogramme eingeschrieben sind, aus. Hier ist es ebenfalls möglich, die Grunderkrankung über den Morbi-RSA abzubilden und auszugleichen. Krankenkassen mit vielen Erwerbsminderungsrentnern (EMR) und Versicherten in strukturierten Behandlungsprogrammen erhalten dadurch ungerechtfertigt hohe Zuweisungen.

Darüber hinaus wirken die erheblichen regionalen Unterschiede in den Versorgungsstrukturen und die damit verbundenen deutlichen Unterschiede bei den Leistungsausgaben wettbewerbsverzerrend. Auf die Entwicklung dieser Strukturen haben die Krankenkassen so gut wie gar keinen Einfluss. Krankenkassen, die nur in Regionen mit besonders effizienten oder „schlanken“ Versorgungsstrukturen aktiv sind, haben einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Krankenkassen, die in Regionen mit einer hohen Versorgungsdichte aktiv sind.

In den sieben Jahren seines Bestehens hat der Morbi-RSA die Finanzausstattung einiger regional aktiver Krankenkassen erheblich verbessert. Vor allem bundesweit geöffnete und in überversorgten Regionen tätige Krankenkassen haben hingegen erhebliche Mindereinnahmen aus dem Fonds zu verbuchen. Auf Ebene der Kassenarten betrachtet, ergibt sich für die Ersatzkrankenkassen eine dauerhafte Unterdeckung. Die Betriebskrankenkassen wiesen nur 2011–2013 einen ausgeglichenen Deckungsgrad aus und rutschten ähnlich wie die Innungskrankenkassen 2014 in eine deutliche Unterdeckung. Die Knappschaft hält ihren Deckungsgrad knapp im positiven Bereich, während

die AOKen dauerhaft überdeckt sind, seit 2013 in erheblichem Maße. Durch die fortgesetzte Unterdeckung im Morbi-RSA nimmt der finanzielle Druck bei den betroffenen Krankenkassen kontinuierlich zu.

### **Die Wettbewerbsverwerfungen sind größer geworden.**

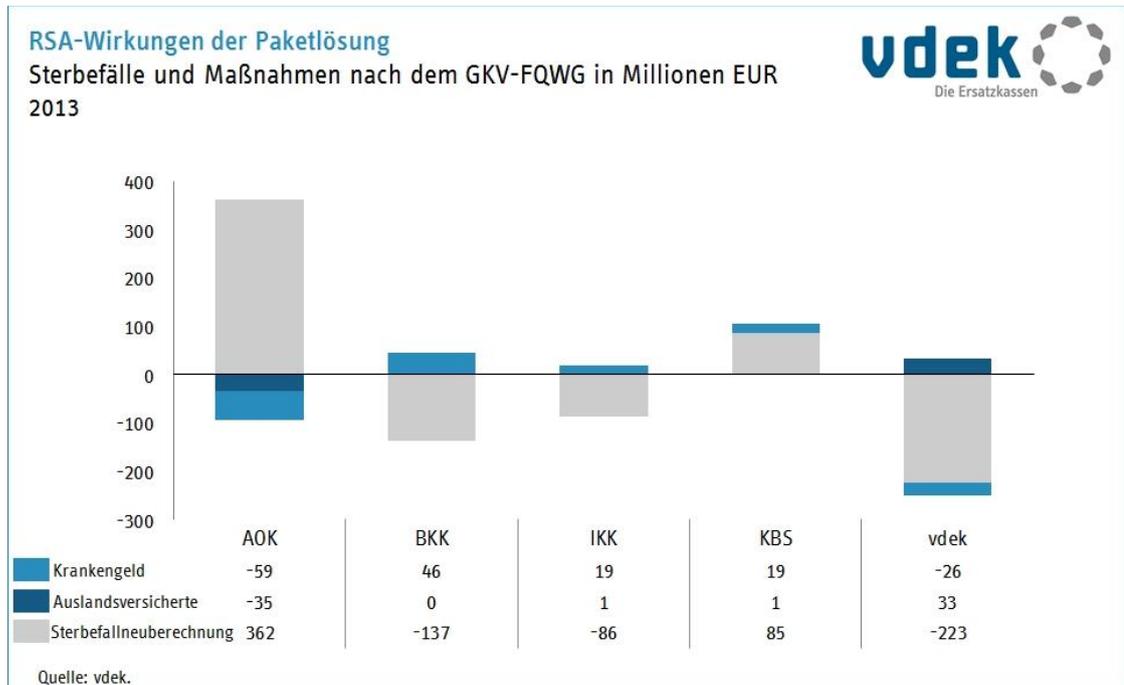
Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) verfolgt die Bundesregierung das Ziel, den Morbi-RSA weiterzuentwickeln. Die letzte Untersuchung des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs basierte auf dem Ausgleichsjahr 2009 und hatte für viele festgestellte Fehlallokationen keine befriedigenden Lösungsansätze vorgeschlagen. Aus diesem Grund wird derzeit für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte nach Konzepten für eine zielgenaue und systemkonforme Bemessung gesucht. Dazu sind mit dem FQWG Gutachtaufträge vergeben worden. Zwischenzeitlich – jedoch unbefristet – sieht das FQWG ab dem Jahresausgleich 2013 folgende Übergangslösungen vor:

- Die Zuweisungen für Auslandsversicherte werden für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) insgesamt auf die Summe der von ihnen verursachten Leistungsausgaben begrenzt. Entsprechend werden die kassenindividuellen Zuweisungen proportional gekürzt. Es wird aber nicht die bei einigen Kassen bestehende Unterdeckung von Ausgaben für Auslandsversicherte behoben.
- Beim Krankengeld erfolgen je 50 Prozent der Zuweisungen nach dem bisherigen standardisierten Verfahren und nach tatsächlichen Ausgaben.

Ebenfalls ab dem Jahresausgleich 2013 wurden gemäß eines Urteils des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) vom Juli 2013 methodische Änderungen bei der Berechnung der Zuweisungen für Versicherte mit unvollständigen Versicherungsperioden – bei den sogenannten „Sterbefällen“ – erforderlich. Die Finanzwirkung des Morbi-RSA veränderte sich durch diese Maßnahmen erheblich (siehe Abbildung 1): Während die AOKen im Jahr 2013 in Summe ein Plus von 268 Millionen Euro generieren konnten, mussten die Ersatzkassen insgesamt ein Minus von 216 Millionen Euro hinnehmen. Denn

die Übergangslösungen des GKV-FQWG konnten bei weitem nicht die negativen finanziellen Folgen der Änderung der Berechnungsweise bei den Sterbefällen für den vdek kompensieren. Dieses Problem setzt sich, solange die heutigen Regelungen gelten, Jahr für Jahr fort.

Abbildung 1: RSA-Wirkungen durch Sterbefallregelung und GKV-FQWG

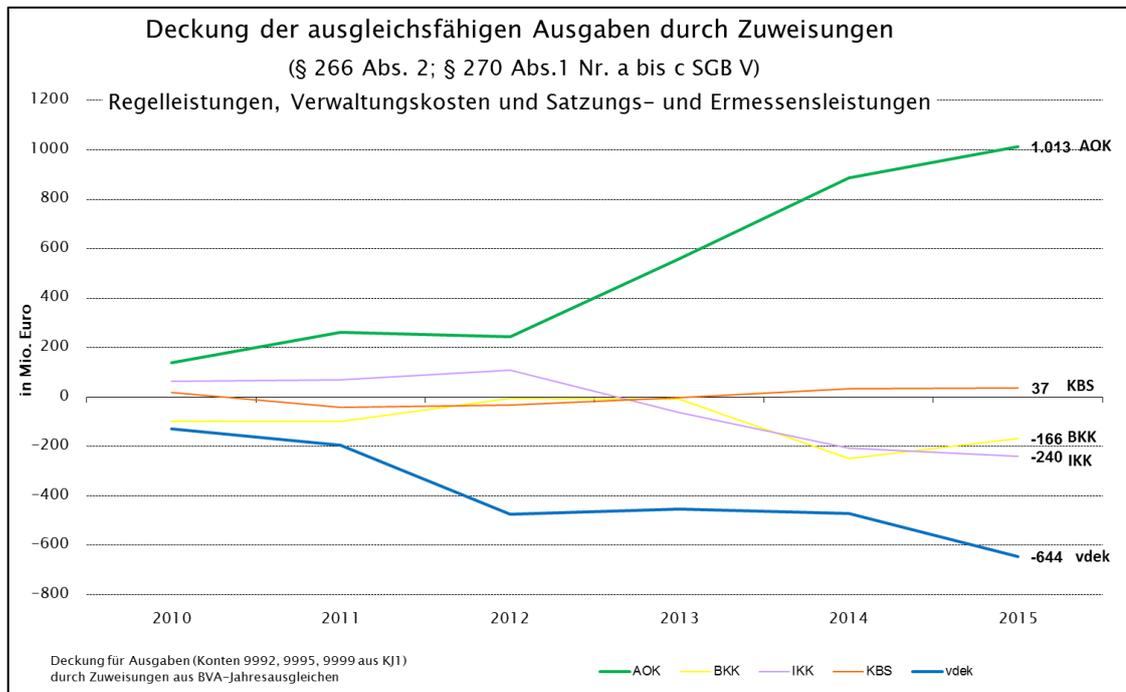


Insbesondere die Sterbefallneuregelung bewirkt ab dem Jahr 2013 ein weiteres Auseinanderdriften der Wettbewerbspositionen zwischen den Kassen und geht vor allem zulasten von Betriebs- und Innungskrankenkassen und Ersatzkassen. Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, hat sich die in Euro ausgedrückte Differenz zwischen den Deckungsgraden von AOKen (+ 1.013 Millionen Euro) und Ersatzkassen (- 644 Millionen Euro) vergrößert und beträgt für das Jahr 2015 etwa 1,65 Milliarden Euro. Das ist zusatzbeitragsrelevant. Das AOK-System besitzt mit seiner Überdeckung aus den bislang erfolgten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wesentlich mehr Finanzmittel. Durch die Veränderungen am Morbi-RSA sind die Wettbewerbsvorteile für die AOKen deutlich verstärkt worden.

Dieser Umstand hat neben anderen Faktoren dazu beigetragen, dass manche Krankenkassen erhebliche Finanzreserven bilden konnten und andere nicht. Die Rücklagen sind zwischen den Krankenkassen sehr ungleich verteilt; dies

beeinflusst maßgeblich die aktuelle Preisgestaltung beim Zusatzbeitragssatz. Der Zusatzbeitragssatz ist heute im wesentlichen Ergebnis der kassenspezifischen RSA-Wirkungen.

Abbildung 2: Entwicklung der Über- bzw. Unterdeckung im Morbi-RSA



Ein Beispiel ist die AOK Sachsen-Anhalt, die in hohem Maße von der Sterbefallneuregelung profitiert hat. Die hohen Fondszuweisungen bei gleichzeitig regional bedingt unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben stellen die AOK Sachsen-Anhalt im Wettbewerb besser – trotz sehr hoher Verwaltungskosten. Viele ihrer Mitbewerber müssen ohne eigenes Zutun Nachteile hinnehmen, die letzten Endes der Beitragszahler über höhere Zusatzbeiträge trägt.

### Die Ersatzkassen wollen ihre Wettbewerbspositionen gemeinsam stärken.

Die beschriebene Fehlentwicklung muss gestoppt werden. Die Ersatzkassen schlagen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA ein gemeinsames Reformpaket vor, mit dem sie ihre strukturell bedingte Benachteiligung im Finanzausgleich insgesamt um etwa eine halbe Milliarde Euro reduzieren könnten. Die Ersatzkassen wollen damit als Haftungsverbund ihre Wettbewerbsposition

insgesamt stärken. Es muss auch im politischen Interesse liegen, einer weiteren Verfestigung der strukturellen Verwerfungen im RSA vorzubauen, um die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit aller Krankenkassen zu erhalten.

Die Reformvorschläge der Ersatzkassen sind daneben auch geeignet, den Morbi-RSA zu vereinfachen, unbürokratischer zu gestalten und seine Manipulationsanfälligkeit deutlich zu senken. Dies dürfte sowohl im Sinne der Politik als auch aller Marktteilnehmer sein.

## Forderungen der Ersatzkassen

Die Ersatzkassen haben ein Reformpaket zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA geschnürt, das ihre Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit verbessert, indem die Wettbewerbsnachteile für die Ersatzkassen als Kassengemeinschaft und Haftungsverbund insgesamt reduziert werden. Gleichzeitig wird der Morbi-RSA von überholten und nicht mehr gerechtfertigten Detailregelungen befreit. Dadurch wird er einfacher, unbürokratischer und manipulationsunanfälliger. Das Reformpaket der Ersatzkassen enthält folgende Forderungen:

- Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner
- Wegfall der Pauschale für Disease-Management-Programme (DMP)
- Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene
- Umstellung der Prävalenzgewichtung
- Neuregelung bei Auslandsversicherten
- Hochrisikopool

Unter den Forderungen befinden sich auch Vorschläge zur Streichung von Surrogatparametern. Zu diesen zählen die Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner und die Verwaltungskostenpauschale für DMP.

Grundsätzlich ist die Rolle von Surrogaten im Morbi-RSA zu hinterfragen. Ein Surrogat ist per Definition nichts anderes als ein „behelfsmäßiger, nicht vollwertiger Ersatz“. Die hier in Rede stehenden Surrogate wurden als Hilfsgröße eingeführt, als die Morbidität nur indirekt durch den RSA erfasst werden konnte – er eben noch RSA und nicht Morbi-RSA war. Dies ist heute nicht

mehr notwendig, da Morbidität seit dem Jahr 2009 im RSA direkt abgebildet wird. Die Surrogate sind somit systemfremd.

### Wegfall von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner (Surrogat 1)

Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner (EMG-Zuschläge) sollten in der Zeit vor Einführung der Morbiditätsausrichtung des RSA die krankheitsbedingt höhere Ausgabenbelastung durch Erwerbsminderungsrentner kompensieren. Sie wurden als eine Art „indirekter Morbiditätsindikator“ genutzt und sind mit **Einführung der Morbiditätsorientierung des RSA** grundsätzlich hinfällig und systemfremd. Die krankheitsbedingte Ausgabenbelastung wird heute über die Morbidität erfasst. Wenig überraschend zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass ein Großteil der Versicherten mit Erwerbsminderungsstatus auch an einer Krankheit leidet, die durch die Krankheitsauswahl im Morbi-RSA abgebildet wird. Die Erwerbsminderungsrentner sind somit im Morbi-RSA über die Morbidität auch ohne EMG-Zuschläge gut abgebildet (vgl. IGES Institut, Gerd Glaeske: Begleitforschung zum Morbi-RSA – Erwerbsminderungsrenten als Morbiditätsindikatoren?, Berlin 2016).

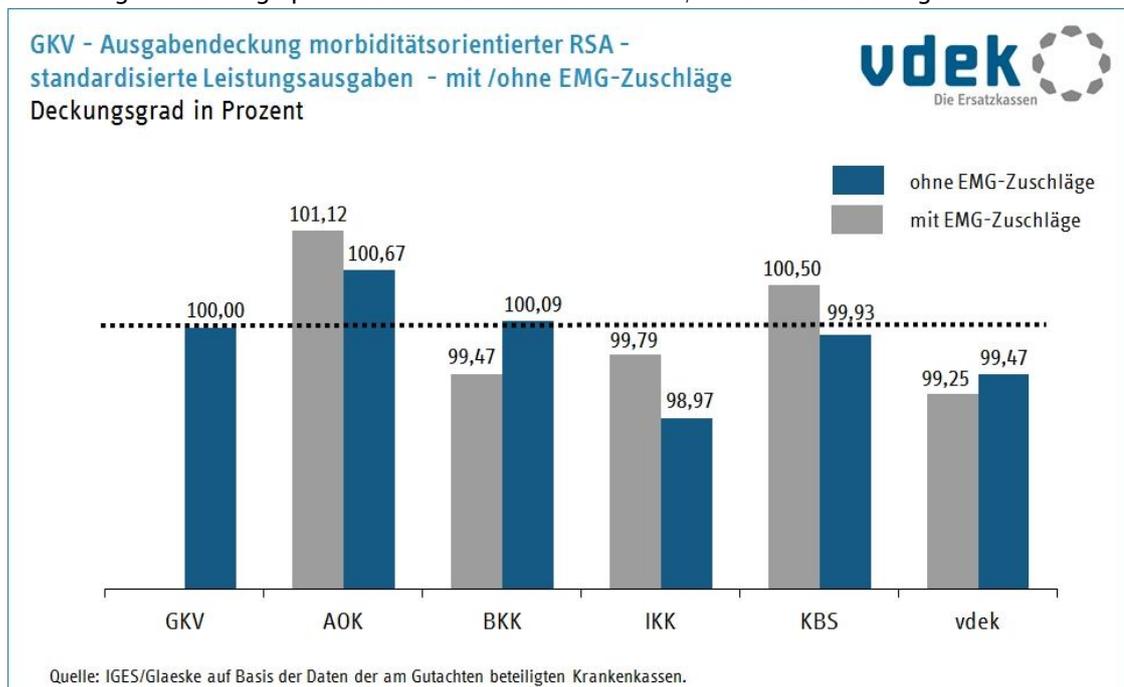
Die Hilfsvariable „Erwerbsminderungsrentenbezug“ ist generell unzulänglich, da sie Zuweisungen an einen Sachverhalt aus einer der GKV-fremden Rechtsmaterie, nämlich der Rentenversicherung koppelt. Zwar leiden Menschen, die eine EMR beziehen in der Regel an komplexen gesundheitlichen Problemen, aber nicht alle Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemen haben Anspruch auf eine EMR: Selbstständige oder nicht Berufstätige können keine gesetzliche EMR beziehen. In der Folge bekommen Krankenkassen, die viele Selbstständige oder nicht berufstätige Personen beschäftigen (z. B. erwachsene Familienversicherte) mit gleichen Erkrankungen versichern, viel seltener EMG-Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds; trotz gleicher Krankheitslast. Dies bedeutet eine ungerechtfertigte **Schlechterstellung** dieser Kassen und wirkt bei einem hohen Anteil mitversicherter Familienangehöriger wettbewerbsverzerrend. Gleichzeitig erhalten Krankenkassen mit Erwerbsminderungsrentnern unter sonst gleichen Bedingungen überproportional viel Geld aus dem Gesundheitsfonds.

Die Streichung der EMG-Zuschläge schmilzt die solchermaßen unbegründeten Überdeckungen bei den Krankenkassen ab, die einen überdurchschnittlich

hohen Anteil an Erwerbsminderungsrentnern aufweisen (vgl. Abbildung 4). Das Geld steht dann richtigerweise zur **Verteilung** nach Alter, Geschlecht und Morbidität zur Verfügung. Die im RSA angestrebte Morbiditätsorientierung wird dann konsequenter umgesetzt.

Die Sterbefallneuberechnung hat zu einer deutlichen Erhöhung der Morbiditätszuschläge geführt. Von daher ist seit dieser Neuregelung die Streichung der EMG-Zuschläge überfällig.

Abbildung 4: Deckungsquote Gesundheitsfonds 2014 mit/ohne EMG-Zuschläge



### Wegfall der DMP-Pauschale (Surrogat 2)

Derzeit erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds für jeden in einem DMP eingeschriebenen Versicherten. Damit sollen ihre Programmkosten (also Dokumentations- oder Koordinationsleistungen) gedeckt werden. Die Ersatzkassen schlagen vor, die DMP-Pauschale zu streichen.

Durch die DMP-Zuschläge werden Krankenkassen für bestimmte Krankheiten de facto zweimal vergütet. Grundsätzlich erhalten sie durch die sogenannte Krankheitsauswahl gesonderte Zuweisungen. Darüber hinaus bekommen sie

durch die DMP eine weitere Vergütung in Form der oben genannten Pauschale. Diese Pauschale dient aber nicht der Einschätzung der Morbidität, sondern gleicht lediglich Verwaltungskosten aus. Für die Krankheiten Brustkrebs und Diabetes werden daher höhere Zuweisungen ausgelöst, die sachlich nicht zu begründen sind. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA haben derart gestaltete Zuweisungen grundsätzlich keinen Platz.

Die politische Annahme hinter den DMP ist, dass durch die bessere Versorgung die Kosten der Behandlung sinken, weil diese kürzer und/oder weniger aufwendig erfolgt. Trifft dies zu, besteht bereits ein finanzieller Anreiz für die Krankenkassen. DMP werden aus Gründen des Wettbewerbs initiiert. Ein zusätzlicher Anreiz über eine Pauschale ist nicht notwendig.

Die Pauschale wirkte zunächst wie eine Art **Anschubfinanzierung** für die DMP. Heute sind die DMP in der Versorgung angekommen und nahezu jede Krankenkasse – darunter alle Ersatzkassen – bietet sie an. Für eine Anschubfinanzierung besteht daher kein Grund mehr. Die DMP-Pauschale als hilfswesiger Anreizfaktor für verbesserte morbiditätsorientierte Programme ist nicht mehr notwendig. Hinzu kommt, dass andere besondere Versorgungsformen (wie Selektivverträge) keinen Sonderzuschlag erhalten. Umso weniger erschließt sich eine dauerhafte Pauschale für DMP. Mehr noch: Sie führt zu einer un gerechtfertigten **Privilegierung** einer Versorgungsform, die eigentlich nur eine vertragliche Präzisierung von Richtlinien darstellt.

### Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene

In Deutschland differieren die Kosten für die gesundheitliche Versorgung stark. In den Ballungsgebieten herrscht eine größere Versorgungsdichte, es gibt ein ausdifferenziertes fachärztliches und heilberufliches Angebot, hochspezialisierte Kliniken und Krankenhäuser. In der Folge sind die Ausgaben je Versicherten in städtischen Verdichtungsräumen deutlich höher als auf dem Land. Davon profitieren insbesondere Krankenkassen mit begrenzter regionaler Ausstrahlung und einem Versichertenstamm in ländlichen Gebieten. Benachteiligt sind Krankenkassen mit vielen Versicherten in den Städten, die überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursachen.

Die Versorgungsstrukturen und Preise in den Ländern sind durch die Krankenkassen so gut wie gar nicht beeinflussbar. Während Krankenkassen mit Versicherungsschwerpunkt in den Städten Ausgabenunterdeckungen hinnehmen müssen, können Regionalkassen in ländlichen Räumen wie z. B. in Teilen Baden-Württembergs oder in Sachsen-Anhalt mit Überdeckungen aus dem RSA ihre Zusatzbeitragssätze subventionieren. Diese Überdeckungen führen neben Wettbewerbsverzerrungen auch zu unwirtschaftlichem Verhalten. So hat die AOK Sachsen-Anhalt die höchsten Verwaltungskosten aller Krankenkassen bei einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 0,3 Prozent.

Während im Morbi-RSA die alters-, geschlechts- und krankheitsbedingten Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenkassen ausgeglichen werden, findet kein Ausgleich von angebotsseitigen und strukturbedingten Unterschieden statt. Hierbei handelt es sich um einen Konstruktionsfehler, der sich daraus erklärt, dass man bei Errichtung des Morbi-RSA ausschließlich an den „Faktor Mensch“ gedacht hat. Nun ist es an der Zeit, auch den „**Faktor Struktur**“ einzubeziehen. Dies muss geschehen, denn ein Versicherter verursacht unter sonst gleichen Bedingungen in Hamburg höhere Ausgaben als in Bremerhaven oder Thüringen. Die konkreten Versorgungsbedingungen stellen einen maßgeblichen Faktor dar, der die Ausgabenhöhe bestimmt. Deshalb müssen sie im RSA mit berücksichtigt werden.

Die Ersatzkassen schlagen deshalb vor, den Morbi-RSA um eine **Versorgungsstrukturkomponente** zu erweitern. Über Regionalzuschläge sollen die strukturbedingten Ausgabenunterschiede auf der Ebene der Kreise bzw. kreisfreien Städte nivelliert und Wettbewerbsverzerrungen abgebaut werden. Zwar wäre vom Verfahren her eine Versorgungsstrukturkomponente auf der Ebene der Bundesländer auch vorstellbar. Diese kann jedoch die regionalen Unterschiede unterhalb dieser Ebene in der Regel nicht berücksichtigen. Um diese Unterschiede ebenfalls auszugleichen und den Morbi-RSA damit gerechter auszugestalten, schlagen die Ersatzkassen eine Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene vor.

## Umstellung der Prävalenzgewichtung

Durch den Gesetzgeber ist festgelegt, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) 50 bis 80 Krankheiten auswählt, für die gesonderte Zuschläge erfolgen. Die Krankheitsauswahl findet anhand folgender Kriterien statt:

- die Durchschnittskosten der Krankheit je Versicherter,
- die Krankheitsschwere (Anteil der Erkrankten, die im Krankenhaus behandelt werden, oder ob es sich um eine chronische Krankheit handelt),
- und als finales Kriterium die Kostenintensität.

Für die Prüfung der Kostenintensität zentral ist die Frage, was unter einer kostenintensiven Krankheit verstanden wird. Handelt es sich hier um Krankheiten, die in der Einzelbehandlung besonders kostenintensiv sind (oftmals seltene Erkrankungen), oder um Krankheiten, die erst durch eine große Anzahl an Erkrankten kostenintensiv werden (oftmals Volkskrankheiten)?

Durch die derzeit angewandte Rechenmethode verteilt der Morbi-RSA vermehrt Zuschläge für Volkskrankheiten. Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Die Ersatzkassen treten dafür ein, die Rechenmethode zu verändern – hin zur logarithmischen Prävalenzgewichtung.

Denn durch die aktuell durchgeführte Gewichtung werden falsche finanzielle Anreize gesetzt: Gerade Volkskrankheiten wie Hypertonie und Diabetes können in der Regel durch **Prävention** verhindert bzw. hinausgezögert werden. In dem Augenblick, in dem Krankenkassen aber kostendeckende oder sogar gewinnbringende Zuschläge für diese Krankheiten erhalten, sinkt für sie der Anreiz, in Prävention zu investieren (und diese Krankheiten so zu verhindern). Gleichzeitig werden Krankenkassen schlechter gestellt, die Patienten versichern, die etwa an einer schweren Lungenerkrankung, einer Luxation des Hüftgelenks oder ausgedehnten Verbrennungen leiden. Diese Krankheiten sind jedoch im Regelfall nicht durch Krankenkasse oder Patient beeinflussbar.

Mit Einführung des Morbi-RSA war es erklärtes Ziel des Gesetzgebers, jene Krankheiten besonders zu berücksichtigen, die eine „besondere Bedeutung für das **Versorgungsgeschehen**“ bzw. „wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen“ haben. Das trifft vor allem auf die Krankheiten zu, bei denen jeder einzelne Behandlungsfall besonders teuer ist. Oftmals ist der Verlauf bei diesen Krankheiten zudem sehr schwer. In einem von Solidarität getragenen System sind es diese Fälle, die eine besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen haben, weil sie in sehr großem Ausmaß auf die Solidargemeinschaft angewiesen sind.

Durch die Umstellung der Prävalenzgewichtung würde sich auch die **Manipulationsanfälligkeit** des Morbi-RSA verringern. Leichte Erkrankungen bieten einen größeren Spielraum bei der Kodierung als schwere Erkrankungen und sind deshalb eher anfällig für Upcoding-Strategien.

### Neuregelung bei Auslandsversicherten

Mit dem GKV-FQWG aus dem Jahr 2014 wurde bei der Berechnung der Zuweisungen für im Ausland lebende Versicherte eine Übergangslösung eingeführt, bei der die gesamten Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die GKV-weit in Summe entstandenen Kosten begrenzt werden. Diese Übergangsregelung war ein richtiger Schritt, da sie einen Teil der Überdeckungen abgebaut hat, die aus den oft deutlich günstigeren Behandlungskosten im Ausland herrühren.

Trotz dieser Maßnahme bleiben auf der Kassenebene immer noch wettbewerbsverzerrende Überdeckungen bestehen. Daneben sind systematische Unterdeckungen in den Fällen möglich, in denen Versicherte in Ländern mit höheren Behandlungskosten als in Deutschland leben.

Die Krankenkassen selbst haben praktisch keine Möglichkeit, auf die Behandlung und deren Kosten im Ausland Einfluss zu nehmen.

Diese Problematik ist in dem aktuellen Gutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte (Wasem et al. 2016) richtig erkannt worden. Die Lö-

sungsvorschläge setzen genau hier an, unterscheiden sich jedoch im Umsetzungsaufwand. Der vom Gutachter empfohlene Lösungsansatz, Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen vorzunehmen (Lösungsansatz 3) ist aus Sicht der Ersatzkassen praktikabel und einfach umzusetzen. Danach müsste das BVA auf Basis der Zahl der Auslandsversicherten je Einschreibeland die durchschnittlichen Ausgaben je Auslandsversicherten nach Einschreibeland ermitteln, die dann als Basis für die Zuweisungen aus dem RSA herangezogen werden.

### Hochrisikopool

Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure Krankheiten erhalten, decken die entstehenden Ausgaben bei weitem nicht ab. Besonders kleinere Krankenkassen können durch solche „Hochkostenfälle“ an die Grenze ihrer wirtschaftlichen Belastbarkeit geraten. Um dem Ziel des Morbi-RSA – dem Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen Krankenkassen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden – gerecht zu werden, sollten Hochkostenfälle solidarisch durch einen Hochrisikopool ausgeglichen werden.

Dass ein solcher Pool erforderlich ist, liegt nicht an einer mangelhaften Ausgestaltung des Morbi-RSA, sondern am mathematischen Ansatz der im Morbi-RSA notwendigen Gruppenbildung („Klassifikation“). Extrem teure Fälle können dann gut abgebildet werden, wenn die von der Krankheit betroffene Gruppe sehr gut abgrenzbar ist und die Patienten mehr oder weniger dieselben Leistungen beanspruchen. Dies ist bei einigen wenigen im Einzelfall teuren Krankheiten (z. B. Morbus Gaucher) durchaus der Fall. Bei anderen (z. B. Hämophilie) hingegen nicht. Hier verursachen alle Betroffenen relativ hohe Kosten, die aber auch extrem schwanken. Es gibt auch weitverbreitete und insgesamt wenig kostenintensive Krankheiten, die aber in ganz wenigen besonders schweren Fällen extreme Kosten verursachen. In der Einführung eines Hochrisikopools liegt daher auch eine Chance, das Morbi-RSA-Verfahren zu entlasten und dem Trend zu einer immer weiter steigenden Komplexität entgegenzuwirken. Ein Hochrisikopool könnte auch helfen, die finanziellen Belastungen, die insbesondere durch die Verordnung besonders hochpreisiger, neuer Arzneimittel entstehen, abzufangen. Da der Morbi-RSA prospektiv ausgerichtet ist, werden Krankenkassen mit den zum Teil enormen Therapiekos-

ten zunächst allein gelassen. Denn die steigenden Kosten, die durch die Verordnung eines neuen hochpreisigen Arzneimittels entstehen, werden nicht sofort Bestandteil der Zuweisungen, sondern gehen in die Ermittlung der Durchschnittskosten ein und beeinflussen die Zuweisungen erst im Folgejahr.

Aus Sicht der Ersatzkassen sollte der Hochrisikopool Fallkosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro ausgleichen. Für die Krankenkassen gilt ein Selbstbehalt von 20 Prozent. Durch den Schwellenwert und den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.