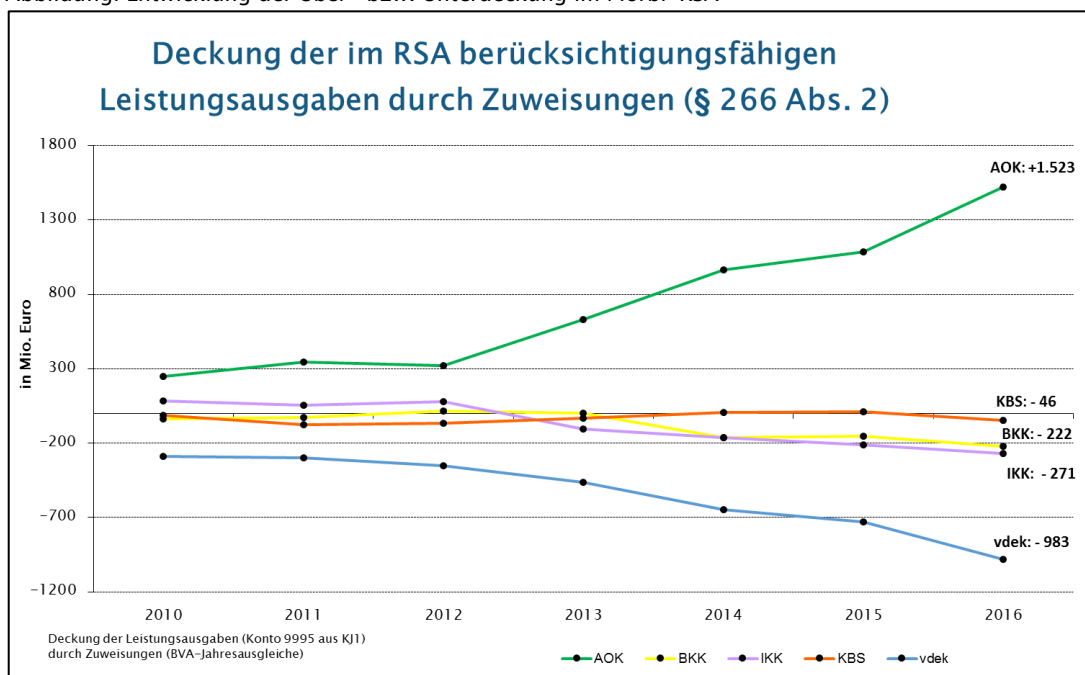


Forderungen der Ersatzkassen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA unter Einbeziehung der Ergebnisse der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll dafür sorgen, dass trotz Unterschieden in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen faire Wettbewerbsbedingungen herrschen und Risikoselektion verhindert wird. Die heutigen Verteilungswirkungen des RSA führen zu einer finanziellen Ungleichbehandlung der Krankenkassen.

Auf Ebene der Kassenarten betrachtet, ergibt sich heute für die Ersatzkassen eine dauerhafte Unterdeckung. Auch Betriebs- und Innungskrankenkassen rutschten in eine deutliche Unterdeckung (vgl. Abbildung). Die AOKen dagegen sind dauerhaft überdeckt, seit 2013 in erheblichem Maße.

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



Mittlerweile liegen zwei Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt (BVA) vor, die sich mit den Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Morbi-RSA befassen und Lösungsvorschläge unterbreiten.¹

Der Kabinettsentwurf des Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG) sieht in § 268 Absatz 5 neu SGB V vor: „Der Risikostrukturausgleich ist unter Berücksichtigung der Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortzuentwickeln.“

Im Lichte der gutachterlichen Expertise fordern die Ersatzkassen die Weiterentwicklung des Morbi-RSA mit folgenden Reformelementen:

1. Der Morbi-RSA wird um eine Regionalkomponente ergänzt.

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. Die seit Einführung des Morbi-RSA zugenommene Marktkonzentration in nahezu allen Bundesländern (in Sachsen und Thüringen bereits hochkonzentriert) beeinträchtigt die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit. Der Wissenschaftliche Beirat bestätigt in seinem Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des Morbi-RSA vom Juli 2018 eindrucksvoll den Handlungsbedarf zur kurzfristigen Erweiterung des Morbi-RSA um eine Regionalkomponente. Das vorgeschlagene „regionalstatistische Direktmodell“ des Wissenschaftlichen Beirats ist in der Ausgestaltung einer gleichzeitigen Kombination mit dem 100-prozentigen Deckungsbeitrags-Cluster-Ansatz – ebenso wie unser Kreismodell – geeignet, die vom Beirat festgestellten regionalen RSA-Verzerrungen zu beseitigen.

2. Beim Merkmal Erwerbsminderungsrentner (EMR) wird zumindest eine Alters-Schweregrad-Differenzierung eingeführt.

Für die Ersatzkassen wäre die Streichung des Merkmals EMG nach wie vor zielführender. Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats sieht das

¹ Drösler S., Garbe E., Hasford J., Schubert I., Ulrich V., van de Ven W., Wambach A., Wasem J. und Wille E. (2017): „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“. https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125aaSondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf (aufgerufen am 07.08.2018)
Drösler S., Garbe E., Hasford J., Schubert I., Ulrich V., van de Ven W., Wambach A., Wasem J. und Wille E. (2018): „Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/20180710webGutachten_zu_den_regionalen Verteilungswirkungen_2018.pdf (aufgerufen am 07.08.2018)

Problem der entstehenden Unterdeckung bei einem Teil der Erwerbsminderungsrentner und schlägt eine Optimierung durch die differenzierte Berücksichtigung von Altersgruppen und Krankheiten als Schweregradindikator vor. Damit würden die existierenden Fehldeckungen bei den Krankenkassen abgeschmolzen werden.

3. Altersinteraktionsterme werden eingeführt.

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt die Berücksichtigung von Altersinteraktionstermen vor, die die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells steigern und Risikoselektionsanreize gegen bestimmte Versichertengruppen (Unterdeckungen insbesondere bei jungen Versicherten mit RSA-relevanten Erkrankungen und Überdeckungen bei multimorbiden älteren Versicherten) senken. Die vorgeschlagenen Altersinteraktionsterme für Kinder genauso wie für ältere Menschen sind aus Sicht der Ersatzkassen methodisch sinnvoll und beseitigen Schiefagen bei der Deckung von Versichertengruppen, die z. T. auch durch Kodierbeeinflussung verstärkt werden. Bei vielen Ersatzkassen treten Unterdeckungen insbesondere bei älteren Menschen ohne oder mit nur wenigen Zuweisungen zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) auf.

4. Die DMP-Programmkostenpauschale wird gestrichen.

Derzeit erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds für jeden in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschriebenen Versicherten. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA haben derart gestaltete Zuweisungen grundsätzlich keinen Platz. Auch das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats sieht diese spezifische Form der Förderung von DMPs kritisch.

5. Ein Hochrisikopool wird eingeführt.

Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure Krankheiten erhalten, decken die entstehenden Ausgaben bei weitem nicht ab. 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. 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.

6. Bei der Krankheitsauswahl ist auf den Schweregrad abzustellen.

Durch die derzeit angewandte Rechenmethode legt der Morbi-RSA einen deutlichen Schwerpunkt auf Zuschläge für Volkskrankheiten. Selteneren Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Die Ersatzkassen treten dafür ein, die Rechenmethode bei der Krankheitsauswahl zu verändern – hin zur logarithmischen Prävalenzgewichtung.

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt die Einführung eines Vollmodells vor. Die Ersatzkassen halten die Einführung eines Krankheitsvollmodells für nicht zielführend, weil damit die Gefahr besteht, dass die Einnahmeloopoptimierung durch Diagnosebeeinflussung sogar noch ausgeweitet wird. Insbesondere die Einführung eines einfachen Vollmodells wird abgelehnt, bei dem keine Differenzierung von Aufgreifkriterien für neu einzuführende Krankheiten bestünde. Die direkte, komplette Einführung eines einfachen Vollmodells würde sogar dem Ziel der Gutachten zuwider laufen, da insbesondere das bestehende Problem der Überdeckung Multimorbider verschärft würde. Vor Einführung eines Vollmodells muss eine Ausdifferenzierung der Morbidität analog der existierenden HMG vorgenommen werden. Auch ist die vollständige Einführung eines Vollmodells nur möglich, wenn die neuen Krankheiten so stark zusammengefasst werden, dass das Überdeckungsproblem Multimorbider und das Verzerrungsproblem im Griff bleiben. Zwingend ist, dass durch ein Vollmodell die Über- und Unterdeckungen zwischen den Kassen deutlich abgebaut werden.

Gleichzeitig sind Kodierrichtlinien verbindlich einzuführen. Das reicht allerdings nicht aus.

Darüber hinaus muss auch das Aufsichtshandeln einheitlich werden. Die Aufsichtsführung über die Krankenkassen ist auf Bundes- und Landesebene immer wieder uneinheitlich. Monopolkommission und Wissenschaftlicher Beirat stellen fest, dass dieses uneinheitliche Aufsichtshandeln zu Wettbewerbsverzerrung führt. Eine Zentralisierung der Aufsichtszuständigkeit beim BVA wäre hinsichtlich Wettbewerbsneutralität und Verwaltungseffizienz optimal. Mindestens aber muss bei einer Neuordnung die Aufsichtszuständigkeit für die einnahmeseitigen Belange der Krankenversicherung beim BVA liegen, damit wenigstens sichergestellt werden kann, dass die Generierung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht durch unterschiedliches Aufsichtshandeln verzerrt wird.