



Pressemitteilung

Presse: Michaela Gottfried
Verband der Ersatzkassen e. V.
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 0 30 / 2 69 31 - 12 00
Fax: 0 30 / 2 69 31 - 29 15
michaela.gottfried@vdek.com
www.vdek.com

19. September 2018

Morbi-RSA ist keine Lotterie
Ersatzkassen aktualisieren ihre Forderungen zum Morbi-RSA
Pragmatische Lösungsvorschläge auf Basis der Gutachten des Wissenschaftlichen
Beirats beim BVA

Die Ersatzkassen haben ihre Forderungen zur Reform des Morbi-RSA auf Basis der beiden Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt (BVA) aktualisiert. Sie sehen in den Gutachten sinnvolle Vorschläge, wie die bestehenden Über- und Unterdeckungen der Krankenkassen bei den Zuweisungen im Morbi-RSA abgebaut werden können, so der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).

„Die Gutachten haben bestätigt, dass beim Morbi-RSA weiterer Reformbedarf besteht“, erklärt Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. „Der Morbi-RSA ist keine Lotterie – eine Spannweite bei den Über- und Unterdeckungen von mittlerweile rund 2,5 Milliarden Euro lassen sich nicht bagatellisieren. Die Ersatzkassen waren im Jahresausgleich 2016 mit 983 Millionen Euro unterdeckt, die AOK mit 1,5 Milliarden überdeckt.“

Setzt die Politik die folgenden sechs Forderungen der Ersatzkassen um, so ist nach Auffassung des vdek ein wichtiger Schritt getan, um die erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten zu reduzieren. Elsner betont: „Der Morbi-RSA ist ein lernendes System. Auch in Zukunft muss der Finanzausgleich ständig weiterentwickelt werden.“

Die sechs Forderungen im Einzelnen:

1. Von zentraler Bedeutung für die Ersatzkassen ist die Berücksichtigung regionaler Ausgabenunterschiede durch die **Einführung einer Regionalkomponente im Morbi-RSA**. Auch der Beirat kommt zu dem Ergebnis, dass der heutige Morbi-RSA die regionale Ausgabenvarianz nur zu 60 Prozent ausgleichen kann. So bestehen

Deckungsunterschiede von bis zu 600 Euro pro Versicherten. Allein nur auf den Faktor Morbidität abzustellen (wie im heutigen Morbi-RSA), reicht nicht aus. Vielmehr müssen auch regionale Unterschiede bei den Bevölkerungs- und Angebotsstrukturen berücksichtigt werden. Ziel muss es sein, diese regionalen Unterschiede möglichst vollständig auszugleichen.

2. Die Ersatzkassen befürworten die Einführung einer **Alters-Schweregrad-Differenzierung bei Erwerbsminderungsrentnern (EMR)**, wie sie vom Beirat vorgeschlagen wird. Denn innerhalb der Gruppe der EMR gibt es heute erhebliche Ausgabenunterschiede trotz der Berücksichtigung von unterschiedlichen Altersklassen: Junge EMR sind unterdeckt, EMR mit chronischen Krankheiten sind überdeckt. Der Beirat schlägt eine zusätzliche Differenzierung nach der Schwere der Krankheit vor. So würde beispielsweise die EMR-Gruppe der unter 35-Jährigen mit Erkrankungen der Lunge statt wie bisher rund 2.600 Euro pro Jahr in Zukunft Zuschläge in Höhe von 10.000 Euro pro Jahr erhalten.

3. Auch die **Einführung von sogenannten Altersinteraktionstermen**, wie vom Beirat vorgeschlagen, unterstützen die Ersatzkassen. Vorgesehen ist hier eine Differenzierung von Krankheitszuschlägen nach Alter. Denn derzeit bestehen bei jungen Versicherten mit RSA-relevanten Erkrankungen Unterdeckungen, bei älteren multimorbiden Versicherten dagegen erhebliche Überdeckungen. Für die Diagnose „Diabetes“ ergeben sich dann beispielsweise zukünftig unterschiedliche Zuweisungshöhen für unter 18-Jährige, 18- bis 65-Jährige und über 65-Jährige.

4. Die **DMP-Verwaltungskostenpauschale muss gestrichen werden**. Derzeit erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale von 145,32 Euro für jeden in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschriebenen Versicherten. Auch der Beirat sieht die gesonderte Förderung der DMP kritisch. Mit Abbau dieser finanziellen Privilegierungen würden die DMP den anderen besonderen Versorgungsformen, wie beispielsweise der Integrierten Versorgung, gleichgestellt.

5. Für die Ersatzkassen ist auch die **Einführung eines Hochrisikopools unerlässlich**, denn die Zuweisungen für extrem teure Krankheiten decken die entstehenden Ausgaben bei Weitem nicht ab. Besondere Brisanz bekommt dieser Punkt durch die hochpreisigen, innovativen Arzneimittel, die mehr und mehr auf den Markt kommen. Der Hochrisikopool sollte Fallkosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro ausgleichen. Ein Selbstbehalt von 20 Prozent soll sicherstellen, dass für Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.

6. **Bei der Krankheitsauswahl ist auf Schwergrad abzustellen**. Das BVA hat bislang 80 Krankheiten ausgewählt, für die die Krankenkassen besondere Zuschläge bekommen. Dabei werden vor allem Volkskrankheiten wie Diabetes oder Hypertonie berücksichtigt. Seltene Erkrankungen mit individuell hohen Kosten werden dagegen vernachlässigt. Somit werden Krankenkassen schlechter gestellt, die Patienten versichern, die etwa an einer schweren Lungenerkrankung oder an ausgedehnten Verbrennungen leiden.

Deshalb schlagen die Ersatzkassen neue Kriterien für die Krankheitsauswahl vor, die die Schwere der Krankheiten höher gewichten. Der Beirat spricht sich dagegen für die Einführung eines einfachen Vollmodells aus, das alle 360 Krankheiten berücksichtigt. Dieses lehnen die Ersatzkassen ab, weil die Manipulationsanfälligkeit dadurch verstärkt würde.

Gleichzeitig mit einer RSA-Reform müssen Kodierrichtlinien verbindlich eingeführt werden, um falsches Codieren (Upcoding) von Diagnosen zu vermeiden. Die Reform muss zusätzlich auch mit einer Vereinheitlichung des Aufsichtshandelns einhergehen, fordern die Ersatzkassen. Für regionale Krankenkassen sind derzeit die Landesaufsichten zuständig, für die bundesweit tätigen Krankenkassen das BVA. Dies führt in der Praxis zu uneinheitlichem Aufsichtshandeln. „Eine Zentralisierung des Aufsichtshandelns beim BVA wäre hinsichtlich der Wettbewerbsneutralität und Verwaltungseffizienz dagegen optimal“, so Elsner.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen nahezu 28 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- hkk – Handelskrankenkasse
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) wurde am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet. Bis 2009 firmierte der Verband unter dem Namen „Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.“ (VdAK).

In der vdek-Zentrale in Berlin sind mehr als 270 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit insgesamt rund 340 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.