

## Morbi-RSA: verzerrend und manipulativ

Die bayerischen Betriebskrankenkassen weisen schon seit Jahren auf die Reformbedürftigkeit des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) hin.

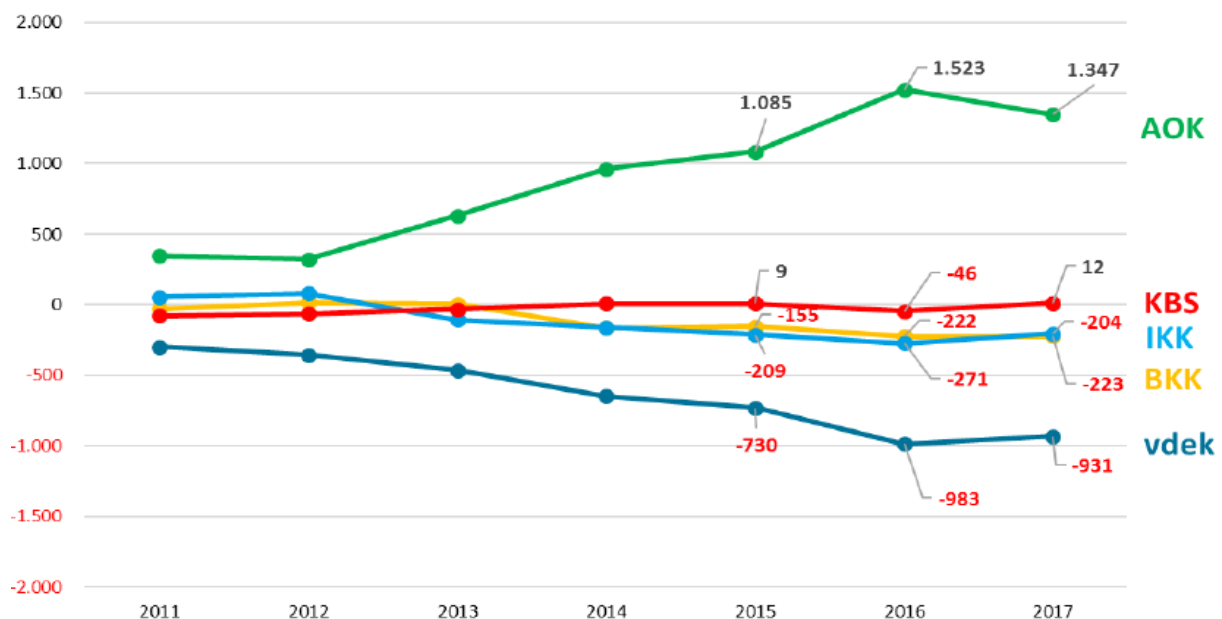
Der Morbi-RSA ist aus unserer Sicht:

- schwer durchschaubar und ineffektiv,
- wettbewerbsverzerrend,
- stellt Krankheit und nicht die Gesundheit bzw. Gesunderhaltung der Versicherten in den Mittelpunkt,
- verwaltungsintensiv, intransparent und manipulationsanfällig.

Politisch wurde eine notwendige Reform nicht angegangen, obwohl klare Belege für Verzerrungen vorliegen. Die Folge ist eine zunehmend hohe Marktkonzentration mit Monopolisierungstendenz auf Bundeslandebene.

Die Finanzsituation der Krankenkassen auf Kassenartenebene befindet sich infolgedessen seit Jahren in einer erheblichen Schieflage und die finanzielle Schere öffnet sich tendenziell ungehindert (2016 gilt als Ausreißerjahr):

**Deckungsbeiträge berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben**  
Je Kassenart in Mio. EUR, in den Jahren 2010 bis 2017



Quelle: Morbi-RSA-Zuweisungen gem. BVA-Schlussausgleichen; Leistungsausgaben nach 9995 aus KJ1; ohne Verwaltungskosten und Satzungs- und Ermessensleistungen; inkl. DMP, ohne mbV

Trotz höherer Zusatzbeiträge führen die Unterdeckungen des Morbi-RSA bei den benachteiligten Kassen infolge der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu deutlich geringeren Überschüssen bei den Betriebskrankenkassen: Allein im 3. Quartal 2018 lagen die Überschüsse je Versicherten bei der AOK mit 35 Euro wieder doppelt über dem BKK-Wert von 17 Euro je Versicherten; bei der Knappschaft liegt der Wert gar bei 63 Euro!

Inzwischen hat der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zwei Sondergutachten vorgestellt, welche die Wirkungen des Morbi-RSA überprüfen sowie die Folgen relevanter Veränderungen empirisch abschätzen.

Im ersten Gutachten wurden die erheblichen Unwuchten im aktuellen Finanzausgleich bestätigt. Die skizzierten Lösungen zu den Grundproblemen des Morbi-RSA begünstigen aber gerade jene Kassen, die seit Einführung der morbiditätsorientierten Zuweisungen ihre Marktstellung stetig ausbauen konnten. Mit den vorliegenden Lösungsansätzen des wissenschaftlichen Beirats werden die bestehenden Abstände bei den Deckungsquoten und bei den Zusatzbeiträgen absurderweise aber zementiert.

Im zweiten Gutachten wurden die regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs beleuchtet. Die Wissenschaftler stellen fest, dass regionale Ausgabenunterschiede durch den derzeitigen Morbi-RSA noch nicht hinreichend ausgeglichen werden. Aus methodischer Sicht sind allerdings viele der darin durchgeführten Untersuchungen in Frage zu stellen.

### **Manipulationen beim Morbi-RSA**

Ein weiterer durch den Morbi-RSA ausgelöster Effekt sind weitverbreitete Manipulationen bei Kodierungen von Krankheiten in der GKV, die im ersten Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats klar belegt werden. Vor allem bei den für die Finanzzuweisungen maßgeblichen ambulanten Diagnosedaten wurden die Ärzte mit Hilfe von sogenannten Arztberatern oder durch finanzielle Anreize zur Abgabe von *optimierten* Krankheitskodierungen *angeleitet*. Politisch und aufsichtsrechtlich wurden diesbezüglich zwar verschärfende Klarstellungen zur Vermeidung derartiger Manipulationen umgesetzt, diese kümmern sich jedoch ausschließlich um die Symptome der Problematik. Solange die Ursache (hoher Anteil von kodierungssensiblen ambulanten Diagnosen) nicht beseitigt wird, kann es weiterhin Umgehungsstrategien durch die Kassen geben. Die derzeit in der Diskussion befindliche Aufhebung der Grenze von 80 Krankheiten stellt keine sinnvolle Lösungsoption dar, da nunmehr nur weitere Krankheitsbilder beeinflussbar werden. Verbindliche Kodierungsrichtlinien sind auf lange Frist gesehen ein wirksamer Beitrag zur Absenkung der Manipulationsmöglichkeiten, aber kurzfristig durch eine gezielte und schnell umsetzbare Maßnahme (logarithmische Prävalenzgewichtung) zu ergänzen. Zudem ist eine Kontrolle der eingesetzten Arztsoftware zwingend erforderlich.

Ende letzten Jahres zeigte sich an einem vom Bundesrechnungshof gerügten Sachverhalt, dass auch die Diagnosekodierung in Krankenhäusern erheblich beeinflusst wird. Im Gegenzug für Pauschalrabatte bei der Vergütung haben bestimmte Krankenkassen gezielt auf die gesetzlich vorgeschriebenen Abrechnungsprüfungen verzichtet. Hierdurch erhält die betreffende Krankenkasse eine doppelte Dividende: zum einen erhöhte Zuweisungen, weil die Diagnosen aufgebläht werden, zum anderen Rabatte, welche im Morbi-RSA nicht korrekt abgebildet werden.

Eine zusätzliche Schwäche der kürzlich beschlossenen Regelungen zur Vermeidung von Kodierungsmanipulationen liegt darin, dass die in den vergangenen Jahren manipulierten Zuweisungen nicht rückgängig gemacht, sondern nur für die Zukunft eingeschränkt werden. Die Manipulationen bleiben daher finanzwirksam und bilden über die zu hoch ausgewiesenen Morbiditätsparameter auch die Datenbasis der beiden Sondergutachten und zukünftiger Zuweisungen (die Krankheitsauswahl bleibt bis 2019 unverändert). Deshalb sollte – etwa durch ein Vorschaltgesetz – schon kurzfristig eine Anpassung der Zuweisungen erfolgen, um zu vermeiden, dass aktiv beeinflusste Zuweisungen in das Vermögen der manipulierenden Kassen übergehen.

Auch die Unregelmäßigkeiten im Hinblick auf die Versicherten mit einer sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung zeigen, dass die Anreizwirkungen im System Morbi-RSA

grundsätzlich Fehlsteuerungen mit sich ziehen. Dadurch, dass die Kassen nur mittelbar über den Gesundheitsfonds die Beiträge ihrer Versicherten erhalten und die Beitragshaftung damit beim Fonds, das heißt bei der gesamten Solidargemeinschaft GKV liegt, gehen Anreize zur korrekten Beitragserhebung verloren.

Resultat der strukturellen Verzerrungen des Morbi-RSA und der Kodierungsmanipulationen ist, dass bestimmte Kassen finanziell hohe Vermögen aufgebaut haben. Die mit dem Versichertenentlastungsgesetz angekündigte Abschmelzung der Finanzreserven erhöht deshalb den Druck gerade auf die benachteiligten Betriebskrankenkassen. Denn die vorgenannten Wettbewerber können ihre hohen Finanzreserven dazu nutzen, ihre Marktposition durch Beitragssenkungen und Ausweitungen von Vertrieb und Werbung weiter zu verbessern. In vielen Bundesländern hat das schon jetzt für eine besorgniserregende Marktkonzentration geführt und dieser Trend wird verschärft.

Ein „Weiter so“ im Morbi-RSA bedeutet, dass

- die Über- und Unterdeckungen bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds weiter zunehmen werden,
- die Zusatzbeiträge weiter auseinandergehen,
- Kassenschließungen und –fusionen drohen,
- die Versicherten damit weniger Angebotsvielfalt bzw. Wahlfreiheit in der GKV haben,
- durch Marktkonzentration der Wettbewerb um eine gute Versorgung und guten Service sinkt,
- die Leistungsanbieter einer regionalen Kassenmacht gegenüberstehen,

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen ist die angekündigte Reform des Morbi-RSA dringend erforderlich. Geradezu toxisch wäre hierbei jedoch die Einführung des sog. Vollmodells, denn dadurch würden sich noch weitere Spielräume zur Kodierungsbeeinflussung ergeben. Statt hin zu einem Versorgungswettbewerb ginge der Trend dadurch nur noch weiter in Richtung eines Wettbewerbs um Kodierungen.

Das BKK-System hat im Sinne einer wettbewerbsorientierten Reform verschiedene Vorschläge unterbreitet, zum Beispiel:

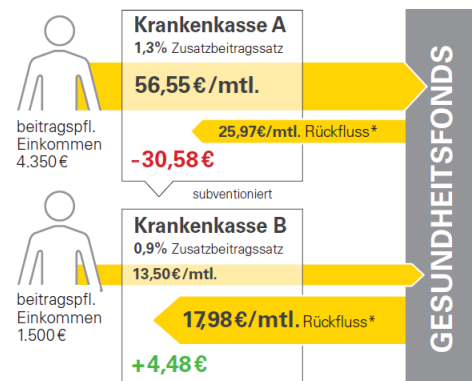
- Logarithmische Prävalenzgewichtung bei der Krankheitsauswahl oder Herausnahme der ambulanten Diagnosen zur Beseitigung der Kodierungsmanipulationen (letzteres zumindest für eine Übergangszeit); ergänzend sollte die Einführung eines zielgenauen Ausgleichs für teure Akutfälle und kostenintensive Arzneimitteltherapien in Erwägung gezogen werden.
- Manipulationsaktivitäten scharf überwachen und sanktionieren. Dies darf nicht nur die sogenannte Betreuungsstrukturverträge betreffen, sondern muss im gleichen Maße die Kodierungsberatung in den Arztpraxen unterbinden.
- Falls weiterhin ambulante Diagnosen herangezogen werden sollten, dann muss die Diagnoseerfassung durch eine wettbewerbsneutrale Arztsoftware erfolgen.
- Grundsätzlich wäre es wünschenswert, anknüpfend an die jetzigen Gutachten, eine regelmäßige Evaluation der RSA-Wirkungen im Gesetz zu verankern. Diese sollte zudem einen stärkeren Fokus auf die Wettbewerbswirkungen des Gesundheitsfonds legen.
- Zudem sollte der Morbi-Datensatz zu Evaluationszwecken (natürlich unter Beachtung des Datenschutzes) verfügbar sein. Aktuell herrscht in diesem Bereich völlige Intransparenz und die Wirkungen des Morbi-RSA bleiben im Verborgenen, weil nur das Bundesversicherungsamt Zugriff darauf hat.
- Gesonderte Berücksichtigung von Versicherten ohne Leistungsausgaben: GKV-weit gibt es etwa vier Millionen Versicherte, die keine Leistungsausgaben verursachen. Diese

Gruppe ist naturgemäß deutlich übergedeckt, weil die Kassen für sie die gleichen Zuweisungen erhalten, wie für Versicherte, die zwar erkrankt sind und Ausgaben verursachen (Beispiel: gebrochenes Bein), aber nicht in eine der 80 zuschlagsberechtigten HMGs fallen. Die Akquise dieser Versicherten ist deshalb zu einer großen Sportart geworden. Hier können Monopolkassen mit großen Marktanteilen (und entsprechenden Vertriebsstrukturen) ganz anders agieren als Kassen mit kleinerem Marktanteil. Das wird aus der Verteilung dieser Versicherten auf die Kassenarten deutlich:

Kassenart	Anzahl Pseudonyme	Pseudonyme ohne Leistungsausgaben	Anteil
AOK	27.850.039	1.966.036	7,1%
BKK	11.366.481	482.122	4,2%
IKK	5.535.969	277.530	5,0%
KBS	1.704.972	58.631	3,4%
VdEK	29.337.133	1.347.417	4,6%
GKV	75.794.594	4.131.736	5,5%

Quelle: BVA, Auswertung SA 700 Erstmeldung 2017 vor Plausibilisierungs-Prüfung

- Wegfall des Sondermerkmals „Erwerbsminderungsrentner“.
- Eine Berücksichtigung von Altersinteraktionsthermen und gesonderte Berücksichtigung von Versicherten ohne Leistungsausgaben bei der Zuweisung.
- Ein Regionalfaktor muss geprüft werden, um mögliche Verwerfungen auf regionaler Ebene zu berücksichtigen.
- Gleiches gilt für die Problematik der Annualisierung der Kosten Verstorbener; auch hier muss zwingend geprüft werden, ob die praktizierte Vorgehensweise noch zeitgemäß ist.
- Krankengeld: Stärkere Berücksichtigung der Grundlohnkomponente.
- Geringerer Morbiditätsbezug bei der Berücksichtigung von Verwaltungskosten.
- Reduzierung des Einkommensausgleichs beim Zusatzbeitragssatz. Momentan führt dieser dazu, dass Geld aus dem Zusatzbeitrag von Versicherten bei Kassen mit überdurchschnittlichem Zusatzbeitragssatz zu Versicherten bei Kassen mit unterdurchschnittlichem Zusatzbeitragssatz umverteilt wird.
- Ausgaben für Satzungs- und Ermessensleistungen sowie Verwaltung in die Finanzautonomie der Kassen zurückführen und diese über den kassen-spezifischen Zusatzbeitragssatz -abseits vom Morbi-RSA- zu finanzieren.



\*Der Rückfluss berechnet sich nach dem Ø der beitragspflichtigen Einnahmen d. GKV: 2017=1.998 €/mtl.

Grafik: BKK Dachverband e.V.

Eine Reform des Morbi-RSA, welche Chancengleichheit und Manipulationsresistenz sicherstellt, dient der gesamten GKV und wirkt sich über den Wettbewerb letztlich deutlich positiv auf die Versicherten aus.