Bedarf zur Veränderung des Morbi-RSA aus Sicht einer Versorgerkasse

Für einen zielgenauen Finanzausgleich der Kassen

Das Geschrei vor Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in 2009 war groß. Die höhere Morbidität in der Versichertenstruktur einer Krankenkasse würde nun über Gebühr belohnt, so eine der ständig wiederkehrenden Thesen. Das wäre ein Wettbewerbsnachteil für diejenigen mit vielen gesunden und jungen Versicherten. Empirische Daten als Beweis für diese Behauptungen gab es damals nicht. Seit September 2011 sind die Krankenkassen schlauer. Zu diesem Zeitpunkt und mit einiger Verzögerung veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium den Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirats im Bundesversicherungsamt (BVA).[1] Erstmalig wurde die Wirkungsweise des 2009 eingeführten Morbi-RSA auf der Basis der Daten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wissenschaftlich untersucht. Zudem setzte sich das Gutachten mit den Änderungsvorschlägen der Krankenkassen, der Ärzteverbände und weiterer Akteure auseinander und erarbeitete Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise. Die Wissenschaftler bescheinigen dem Morbi-RSA im Vergleich zum früheren Risikostrukturausgleich unterm Strich, dass ***„die Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben führt."***[2] Sie geben aber auch deutliche Hinweise zu notwendigen Korrekturen.

>> Die Deutsche BKK sieht dementsprechend dringenden Bedarf zur Veränderung des Morbi-RSA. In Zukunft muss der Finanzausgleich die unterschiedliche Morbidität in der Versichertenstruktur zielgenau berücksichtigen und die Wettbewerbsverzerrung beseitigen. Die Bundesregierung hat sich im Koalitionsvertrag eine Vereinfachung des Morbi-RSA verordnet. Er sollte „auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulationen gestaltet" werden.

Die Deutsche BKK sieht in ihren Vorschlägen eine Vereinfachung der komplizierten (Sonder-) Regelungen und fokussiert sich auf 4 Themengebiete:

1. Beseitigung des Methodenfehlers bei der Berechnung von Verstorbenen.

Es ist unstrittig, dass die Ausgaben für medizinische Leistungen für kranke Versicherte in den letzten Monaten vor dem Tod am höchsten sind. Es ist auch unstrittig, dass Krankenkassen mit vielen chronisch kranken und älteren Versicherten eine höhere Sterbequote ausweisen als Krankenkassen mit vielen jungen und gesunden Versicherten. Nach zwei Jahren Morbi-RSA zeigte sich jetzt, dass ein Methodenfehler bei der Berechnung eine eindeutige Wettbewerbsverzerrung produziert.

Das Gutachten des wissenschaftlichen Beirats betont, dass ***„Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Deckungsquoten von Versicherten mit Krankheiten besteht, die mit hoher Letalität und ausgeprägter Multimorbidität einhergehen. Für „Gesunde" und Versicherte, die geringe Ausgaben verursachen, bestehen umgekehrt nach wie vor spürbare Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds."*** Ein Rechenbeispiel der Deutschen BKK zeigt die Unterdeckungen auf. Bei der Deutschen BKK verstarben in den Jahren 2009 und 2010 jeweils ca. 12.000 Versicherte. Knapp 82 Prozent waren über 70 Jahre alt. Ab diesem Alter entsteht die größte Diskrepanz zwischen den tatsächlichen Krankheitskosten und den Zuweisungen aus dem Fonds. Die Deckungslücke zwischen tatsächlichen Kosten und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bei Verstorbenen betrug 2009 ca. 110 Millionen Euro und 2010 ca. 122 Millionen Euro.

Unter anderem ist diese Deckungslücke das Ergebnis einer Sonderregelung bei der Berechnung der Zuschlagshöhen für die Zuweisungen im Morbi-RSA. Entgegen der Berechnungsmethodik bei allen anderen Versicherten, die im Laufe des Jahres die Krankenkasse wechseln, werden die Kosten der Versicherten, deren Mitgliedschaft durch Tod endet, nicht aufs Jahr hochgerechnet (annualisiert). Während bei Versicherten, die z.B. in die private Krankenversicherung oder ins Ausland wechseln oder durch Geburt im Laufe eines Jahres dazukommen, bei der Berechnung der Morbi-RSA-Zuschläge sowohl die entstandenen Kosten als auch die Versicherungstage auf ein Jahr hochgerechnet werden, verzichtet man bei den Verstorbenen - und nur dort - auf die Hochrechnung der Kosten.

Diese Ungleichbehandlung führt nach Angaben der Gutachter dazu, dass ***„die Ausgaben Verstorbener nur zur Hälfte (...) in die Berechnung der Zuschläge für die jeweilige Risikogruppe eingehen."*** Ein weiteres Problem ist, dass die durchschnittlichen Krankheitskosten umso höher sind, je älter die Versicherten sind. Die Differenz zwischen den tatsächlichen Behandlungskosten und den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wird mit zunehmendem Alter der Versicherten immer größer. Innerhalb der großen Gruppe der bei der Deutschen BKK versicherten Rentner gab es 2010 allein 17.000 Personen mit einem Defizit von mindestens 10.000 Euro pro Kopf. Damit fehlen 428 Millionen Euro allein für diese relativ kleine Versichertengruppe.

Obwohl der Morbi-RSA seit 2009 grundsätzlich die Berücksichtigung der Morbidität gegenüber dem Alt-RSA verbessert hat, gilt dies nicht für die Deckungsquoten Verstorbener. Das Gutachten stellt fest, dass ***„die Problematik der fehlenden Annualisierung der Ausgaben Verstorbener auch ursächlich dafür ist, dass die Überdeckungen bei Kassenwechslern und die Unterdeckungen bei Verstorbenen gegenüber dem Alt-RSA einschließlich Risikopool zugenommen haben."*** Die berechnete Auswirkung dieser Sonderregelung führt zu einer nicht zu akzeptierenden Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der Krankenkassen mit vielen älteren, chronisch kranken Versicherten.

Es geht dabei nicht um „Extra-Zuschläge für Verstorbene", wie oft bewusst irrtümlich von den Profiteuren der aktuellen Regelung in die Welt gesetzt, sondern um Gleichbehandlung und Beseitigung eines Methodenfehlers. Eine unterdurchschnittliche Refinanzierung der hohen Krankheitskosten Verstorbener kann nicht im Sinne eines Morbi-RSA sein, der eingeführt wurde, um u.a. die Risikoselektion der Krankenkassen zu vermindern. Welche Rechtfertigung gibt es, Gelder zu Lasten der älteren, schwerkranken Versicherten auf die Konten für Gesunde umzuverteilen?

Literatur

1. Drösler, Saskia; Hasford, Joerg; Kurth, Bärbel-Maria; Schaefer, Marion; Wasem, Jürgen; Wille, Eberhard: Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes. Juni 2011.
2. Alle kursiv-fettgedruckten Zitate im Text aus diesem Evaluationsbericht.

Dass eine Annualisierung der Ausgaben der Verstorbenen zu einer Verbesserung der Zielgenauigkeit führen würde, zeigen die Wissenschaftler in Abb. 1 und 2 zur Deckungsquote nach Altersgruppen von Frauen und Männern.

Wesentliche Ziele der Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA waren die nachhaltige Sicherstellung der Finanzierung der GKV, die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen durch wirtschaftliches Handeln und die Vermeidung von Risikoselektion bei den einzelnen Krankenkassen. Dementsprechend sind die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats zur Beseitigung der Sonderregelung eindeutig. Ein im Vergleich zu anderen Morbi-RSA-Ländern deutscher Sonderweg ist nicht zielführend, sondern wettbewerbsverzerrend und muss umgehend korrigiert werden. Der Morbi-RSA muss die Beitragsgelder dorthin steuern, wo sie zur Versorgung Kranker benötigt werden.

2. Höhere Berücksichtigung der Morbidität durch Einbezug aller Krankheiten

Aufgrund eines politischen Kompromisses der damaligen großen Koalition sind im Morbi-RSA nicht alle, sondern lediglich 80 Krankheiten zuschlagsrelevant. Die Krankheitsauswahl erfolgt in jährlicher Anpassung an eng abgegrenzte Kriterien und ist ein aufwändiger Prozess. Entscheidend beim Risikostrukturausgleich sind die alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuweisungen. ***„Auf Krankenkassenebene“,*** so der Evaluationsbericht, ***„ist vor allem festzustellen, dass durch Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs die Benachteiligung von Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Morbidität abnimmt. (...) Gleichwohl gilt nach wie vor, dass Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Morbidität weiterhin tendenziell häufiger Unterdeckungen aufweisen.“*** Wie Abb. 3 aus dem Evaluationsbericht verdeutlicht, differenzieren die Deckungsquoten je nach Zahl der Morbiditätszuschläge (HMG).

Bei 62,7 Prozent der Versicherten, die keiner der 80 Krankheiten zugeordnet sind und sich durch die geringsten durchschnittlichen Leistungsausgaben von 969 Euro auszeichnen, entstehen für die Krankenkassen durchschnittliche Überdeckungen von 110,2 Prozent. Je größer die Multimorbidität der Versicherten (4 oder mehr HMG) und je höher die durchschnittlichen Ausgaben (im Durchschnitt 8.871 Euro), desto weniger reichen die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA aus.

In diesem Zusammenhang untersuchten die Wissenschaftler auch die Auswirkungen der von politischer Seite eingebrachten Reformvorschläge einer Reduktion auf 50 bzw. 30 Krankheiten sowie die gegensätzliche Position der Einbeziehung aller Krankheiten. Nach den Ergebnissen der exemplarischen Untersuchung bzgl. der Reduzierung der Zahl der berücksichtigten Krankheiten war die politische Diskussion um 50 oder nur noch 30 Krankheiten beendet. Das Gutachten zeigte, dass bei einer Reduzierung der Krankheiten ***„die Überdeckung für „gesunde“ Versicherte und die Unterdeckung Multimorbider verschärft werden.“*** Auf der anderen Seite erkannte der Beirat bei einer Erweiterung der Krankheitsliste die Verbesserung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA zwar an, weist jedoch auf teilweise widersprüchliche Effekte aufgrund des nicht ausgefeilten Klassifikationssystems hin.

Für die Deutsche BKK ist jedoch relevant, dass letztendlich die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA das entscheidende Kriterium sein muss. Zwar könnten manche bestehenden Nachteile durch kleinere Korrekturen des Morbi-RSA – wenn diese denn angegangen würden – behoben oder zumindest abgeschwächt werden. Die weitaus bessere Alternative wäre jedoch die Berücksichtigung aller Krankheiten im Morbi-RSA. Dies würde die Zielgenauigkeit erhöhen, die noch gegenwärtig bestehenden Anreize zur Risikoselektion reduzieren - und der erhebliche Aufwand der jährlichen Überprüfung und Neufestlegung der Krankheitsauswahl könnte entfallen. Werden alle Krankheiten im RSA berücksichtigt, werden die finanziellen Mittel zielgerichteter zu den Krankenkassen geleitet, die sie für die Versorgung benötigen.

3. Höhere Berücksichtigung der Morbidität bei den Verwaltungskosten

Bislang werden die Zuweisungen für Verwaltungskosten zu 50 Prozent pauschal nach der Anzahl der Versicherten und zu 50 Prozent nach der Morbidität der Versicherten einer Krankenkasse zugewiesen. Ältere und chronisch kranke Versicherte haben einen höheren Beratungs- und Betreuungsbedarf als junge und gesunde Versicherte. Die umfassende Beratung des Versicherten und ein umfassendes Versorgungsmanagement der

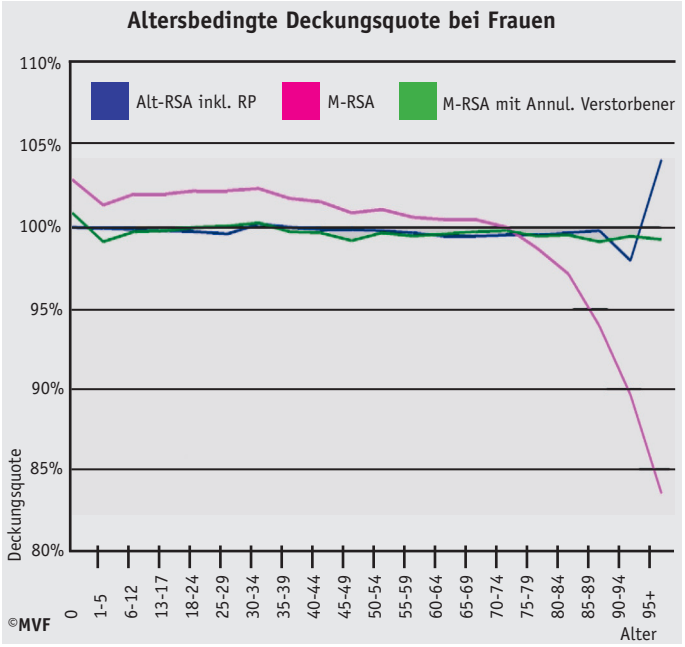


Abb. 1: Quelle: Drösler, S. et al: Evaluationsbericht. S. 145

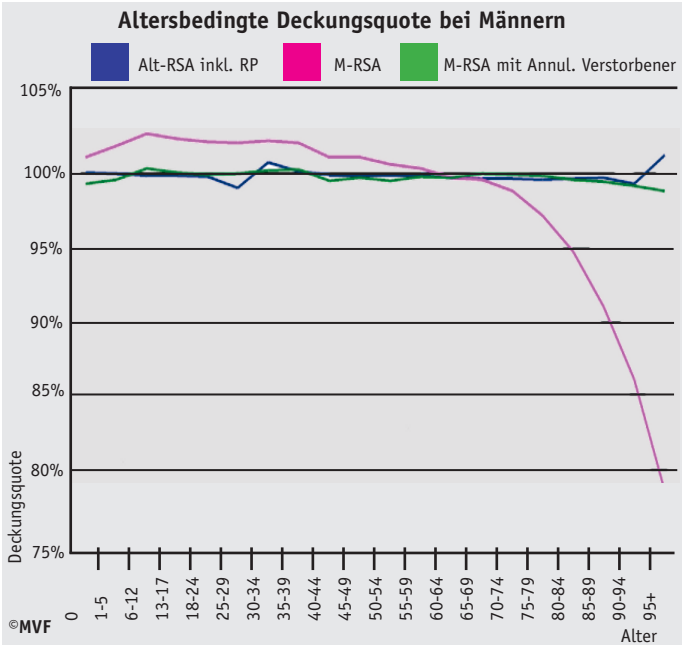


Abb. 2: Quelle: Drösler, S. et al: Evaluationsbericht. S. 145.

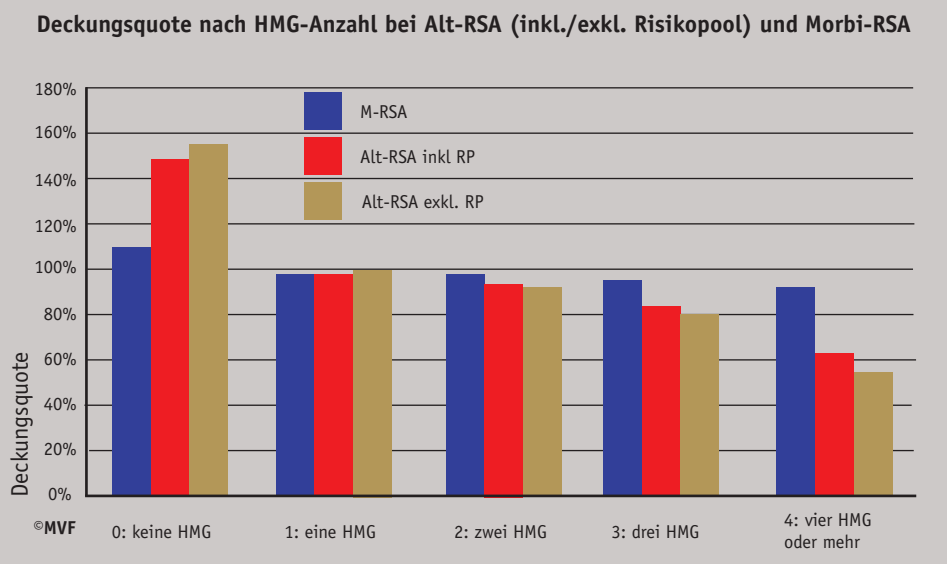


Abb. 3: Quelle: Drösler, S. et al. Evaluationsbericht S. 57.

Krankenkassen bedingen entsprechende Investitionen in Personal- bzw. Verwaltung. Selbst für hocheffizient arbeitende Krankenkassen gilt: Je höher die Morbidität der Versicherten einer Krankenkasse, desto höher der Verwaltungskostenaufwand. Für möglichst zielgenaue Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind aus diesem Grund die Auswirkungen des derzeitigen Verteilungsschlüssels zu betrachten. Die Analyse des Gutachtens ergab, ***„dass Krankenkassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität tendenziell Überdeckungen aufweisen."*** Sachgerecht wäre nach Auffassung der Wissenschaftler „eine stärkere Berücksichtigung der Morbidität – die je nach Beurteilungskriterium zwischen 70 Prozent und 90 Prozent läge." Dennoch empfehlen die Gutachter, an dem bestehenden Schlüssel 50:50 festzuhalten, da die finanziellen Auswirkungen zu gering seien. Für die Deutsche BKK ist jedoch entscheidend, einen passenderen Verteilungsschlüssel zur bestehenden Versorgungsrealität der Krankenkassen mit hoher Morbidität zu gewinnen. Da kein Ausgleich der Ist-Verwaltungskosten angestrebt wird, bleiben auch notwendige Anreize zu effizientem Verwaltungshandeln der Krankenkassen erhalten.

4. Notwendige Korrekturen bei den Krankengeldzuweisungen

Der Morbi-RSA verschärft auch im Bereich Krankengeld die Wettbewerbssituation gegenüber Krankenkassen mit vielen jungen und gesunden Mitgliedern. Das Krankengeld unterscheidet sich grundsätzlich von den anderen Leistungsbereichen, da es sich nicht um eine einkommensunabhängige Sachleistung, sondern um eine individuelle Lohnersatzleistung handelt. Die Höhe dieser Zuweisungen im Morbi-RSA basiert jedoch auf standardisierten Leistungsausgaben, die von Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung der Versicherten abhängig sind. Wie häufig und über welchen Zeitraum die Versicherten tatsächlich arbeitsunfähig sind, wird bei der Zuweisung aus dem Morbi-RSA nur indirekt über die o.g. Variablen berücksichtigt. Daraus resultiert ein Millionendefizit für die Deutsche BKK, die als traditionelle Versorgerkasse sowohl eine überdurchschnittlich hohe Krankengeldmorbidität aufweist als auch Berufsgruppen mit hohem Einkommen versichert. Mit den Pauschalen aus dem Morbi-RSA sind die hohen Krankengeldausgaben nicht annähernd zu finanzieren – trotz erfolgreichem betrieblichen Gesundheitsmanagement, gezieltem Fallmanagement und Controlling. Strukturelle Auswirkungen auf die Krankengeldhöhe, die Krankengelddiagnose und Falldauer entstehen durch Unternehmensgröße, Branchenunterschiede, Durchschnittsalter der Beschäftigten und Entgeltstruktur in den größten Satzungsunternehmen der Deutschen BKK. Die Problematik der systematischen Unterdeckung ist dem wissenschaftlichen Beirat bekannt: ***„Umgekehrt sind Krankenkassen systematisch bedingt im Vorteil, wenn ihre Versicherten niedrige Einkommen (…) und zugleich eine niedrige Zahl von Krankengeldtagen ausweisen."*** Auf Grundlage der Datenauswertung des wissenschaftlichen Beirats ist die große Spanne bei den Deckungsquoten durch die Zuweisungssystematik erkennbar. Bei einer Diskrepanz von ca. 50 Prozent Unterdeckung bis über 50 Prozent Überdeckung kann von gleichwertiger Ausgangslage im Wettbewerb keine Rede sein. Die Wissenschaftler haben die Vorschläge der Krankenkassen dementsprechend geprüft und eine größere Anzahl von alternativen Modellen einer Krankengeldzuweisung berechnet, um eine höhere Zielgenauigkeit des Morbi-RSA zu erreichen. Allerdings bislang erfolglos, denn der wissenschaftliche Beirat konnte kein Modell entwickeln, das die ungerechtfertigte Spanne zwischen Unter- und Überdeckung reduziert. Er verweist auf weitere notwendige intensive Forschungen. Dennoch ist die Deutsche BKK der Auffassung, dass die aktuellen Wettbewerbsverzerrungen bei den Krankengeldzuweisungen nicht akzeptiert werden können. Die Lohnstruktur einer Krankenkasse muss berücksichtigt werden, um die gravierenden Unterschiede der kassenindividuellen Deckungsquoten anzugleichen.

Fazit

Der Evaluationsbericht räumt mit der These einer angeblich überhöhten Morbiditätsorientierung auf. Die Korrekturen, die der wissenschaftliche Beirat aufzeigt, werden jedoch vom Bundesgesundheitsministerium nicht aufgegriffen. Der Morbi-RSA, als lernendes System an den Start gegangen, kann jedoch nur die gesetzliche Zielgerade erreichen, wenn er auch aus Fehlern lernt und unerwünschte Effekte im Finanzausgleich unverzüglich korrigiert. Ein weiteres aktives Aussitzen des Bundesgesundheitsministeriums verfestigt die Schwachstellen des Finanzausgleichs und bevorteilt weiterhin die Krankenkassen mit überwiegend jüngeren und gesunden Versicherten gegenüber den Krankenkassen mit vielen älteren und chronisch Kranken. Der Reformstau sorgt deshalb unter den Krankenkassen für einen unfairen Wettbewerb und ungleiche Startchancen im Rennen um Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Hohe finanzielle Überschüsse einzelner Krankenkassen sorgen aktuell für eine große mediale Diskussion um die Verteilung dieser Gelder. Zu kurz kommt in vielen Veröffentlichungen, dass die Finanzlage der Krankenkassen höchst unterschiedlich ist. Gerade Krankenkassen mit einem hohen Anteil älterer und kranker Versicherter investieren in die teure Versorgung der Patienten, ohne einen ausreichenden Ausgleich aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten. <<

von: Achim Kolanoski* und Uta Engelhardt**

*Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK / **politische Referentin der Deutschen BKK

Deutsche BKK

Die Deutsche BKK ist eine der größten gesetzlichen Krankenversicherungen mit rund 800.000 Versicherten. Sie ist hervorgegangen aus den Betriebskrankenkassen von Post, Telekom und Volkswagen. Ihr Sitz ist Wolfsburg. Mit einem Rentneranteil von 43 Prozent zählt sie zu den sogenannten Versorgerkassen – den Stützen des deutschen Gesundheitssystems.