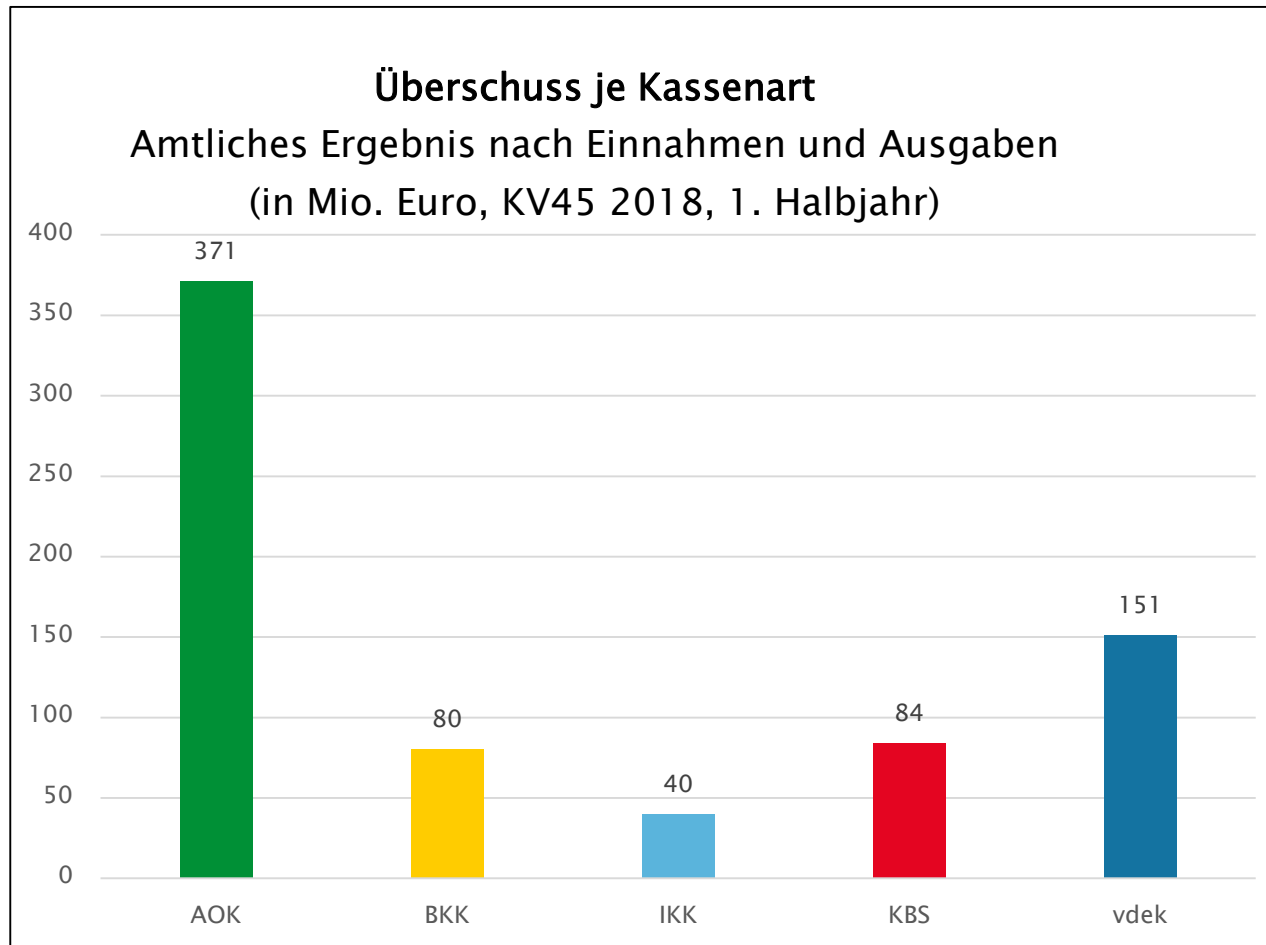


Forderungen der Ersatzkassen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

unter Einbeziehung der Ergebnisse der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats

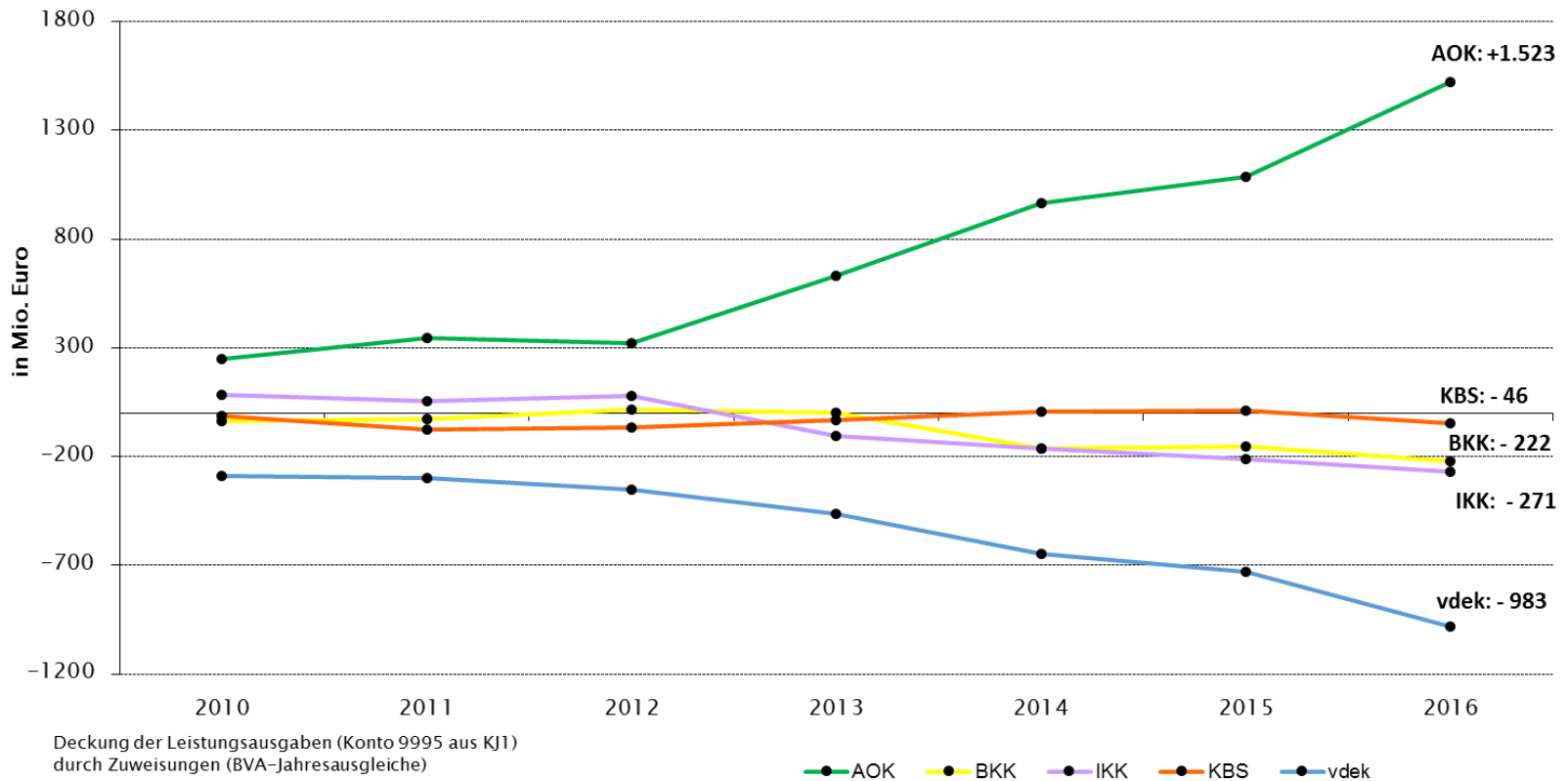
Journalisten-Hintergrundgespräch
am 19.09.2018 in Berlin

Weiterhin hohe Überschüsse bei den Krankenkassen – aber sehr ungleich verteilt



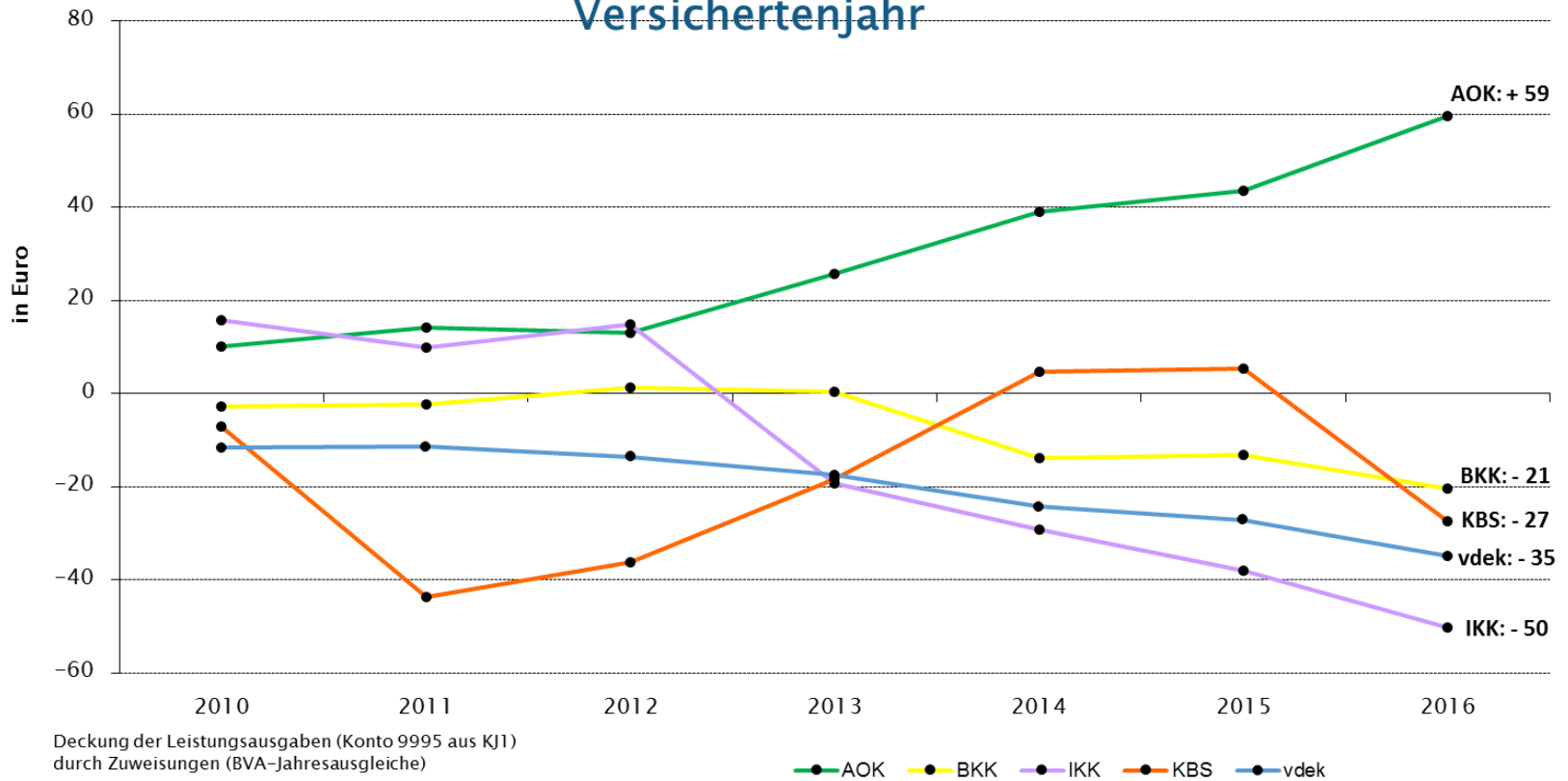
Der Morbi-RSA benachteiligt systematisch Krankenkassen im Wettbewerb

Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch Zuweisungen (§ 266 Abs. 2)



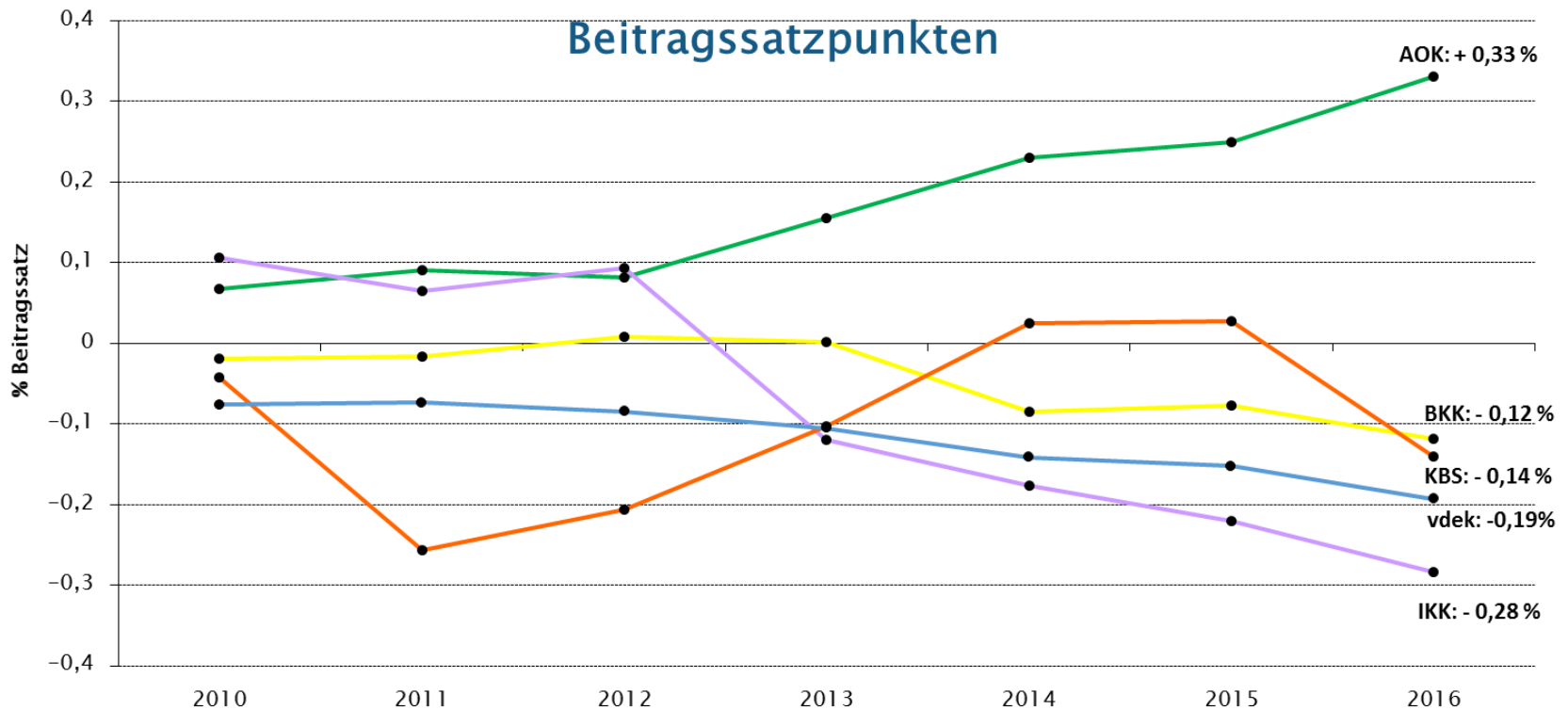
Der Morbi-RSA benachteiligt systematisch Krankenkassen im Wettbewerb

Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch Zuweisungen (§ 266 Abs. 2) – je Versichertenjahr



Der Morbi-RSA benachteiligt systematisch Krankenkassen im Wettbewerb

Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch Zuweisungen (§ 266 Abs. 2) – in



Deckung der Leistungsausgaben (Konto 9995 aus KJ1) durch Zuweisungen (BVA-Jahresausgleiche), bpE aus Schätzung Schätzerkreis

● AOK ● BKK ● IKK ● KBS ● vdek

Hat die AOK höhere Wirtschaftlichkeit und/oder besseres Management? Mythen und Fakten

Die Verwaltungskosten sind am besten steuerbar – bei der AOK liegen sie am höchsten.

Verwaltungskosten je Versicherten 2017

Kassenart	2017	Vergleich GKV-Niveau
AOK	177,10	110,97%
KNAPPSCHAFT	172,83	108,30%
GKV	159,59	100,00%
vdek	134,79	84,46%
IKK	135,66	85,01%
BKK	129,42	81,10%

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung aus BVA-Jahresausgleichen

Fazit: Heutiger RSA schafft keine gleichen Chancen im Kassenwettbewerb

- Die Unterdeckung bei Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sind Folge der RSA-Ausgestaltung.
- Die Spreizungen der Zuweisungen sind zusatzbeitragsrelevant.
- Eine umgehende Reform des Morbi-RSA ist dringend und muss schnell gesetzlich veranlasst und umgesetzt werden.

Der Gesetzgeber hat zwischenzeitlich auf die Wettbewerbsverzerrungen im Morbi-RSA reagiert

1. **Einführung der Erhebung eines Regionalkennzeichens**
Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG), 2017
2. **Evaluation des Morbi-RSA**
Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (19. Oktober 2017)
3. **Analyse der regionalen Einflussfaktoren im RSA**
Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des Morbi-RSA (10. Juni 2018)
4. **Entwurf des Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG)**
Der reklamierte Handlungsbedarf wird bestätigt: *„Der Risikostrukturausgleich ist unter Berücksichtigung der Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortzuentwickeln.“ (§ 286 Abs. 5 neu SGB V)*

Im Lichte der gutachterlichen Expertise fordern die Ersatzkassen folgende Reformelemente:

1. Beim Merkmal Erwerbsminderungsrentner (EMR) wird zumindest eine Alters–Schweregrad–Differenzierung eingeführt.
2. Altersinteraktionsterme werden eingeführt.
3. Die DMP–Programmkostenpauschale wird gestrichen.
4. Ein Hochrisikopool wird eingeführt.
5. Bei der Krankheitsauswahl ist auf den Schweregrad abzustellen.
6. Der Morbi–RSA wird um eine Regionalkomponente ergänzt.

Gleichzeitig sind Kodierrichtlinien verbindlich einzuführen und das Aufsichtshandeln zu vereinheitlichen.

1. Beim Merkmal Erwerbsminderungsrentner (EMR) wird eine Alters–Schweregrad–Differenzierung eingeführt

Problem

Innerhalb der Gruppe der Erwerbsminderungsrentner werden morbiditätsbedingte und zum Teil erhebliche Ausgabenunterschiede nur unzureichend abgebildet. Dadurch entstehen Über- und Unterdeckungen.

Wissenschaftlicher Beirat

Die Gutachter schlagen eine zusätzliche Differenzierung der EMG durch die Berücksichtigung der Schweregrade der Krankheiten vor.

Ersatzkassen

Die Ersatzkassen schließen sich den Gutachtern des Beirats an, da die von ihnen vorgeschlagenen Alters–Schweregrad–EMGs die Fehldeckungen innerhalb dieser Gruppe reduzieren.

2. Altersinteraktionsterme werden eingeführt

Problem

Bei jungen Versicherten mit Erkrankungen bestehen heute erhebliche Unterdeckungen, bei älteren multimorbiden Versicherten hingegen erhebliche Überdeckungen.

Wissenschaftlicher Beirat

Der Beirats schlägt die Berücksichtigung von Altersinteraktionstermen als Modellverfeinerung vor. Im Prinzip werden danach die heutigen Krankheitszuschläge nach Alter differenziert. Beispielsweise würden statt einer einheitlichen Zuweisung für Diabetes künftig drei separate Zuweisungshöhen für Diabetes unter 18 / 18–65 / über 65 Jahre festgelegt.

Ersatzkassen

Die vorgeschlagenen Alterstinteraktionsterme sind methodisch sinnvoll und beseitigen existierende Schief lagen im RSA.

3. Die DMP–Programmkostenpauschale wird gestrichen

Problem

Derzeit wird für jeden in einem Disease–Management–Programm (DMP) eingeschriebenen Versicherten eine Programmkostenpauschale (2018: 145,32 Euro) gezahlt. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi–RSA hat eine solche Pauschale keinen Platz, da andere Versorgungsformen diskriminiert werden.

Wissenschaftlicher Beirat

Das Sondergutachten des Beirats problematisiert die spezifische Förderung von DMPs.

Ersatzkassen

Die Ersatzkassen sprechen sich für eine Streichung der DMP–Programmkostenpauschale aus. Die DMPs sollen den anderen besonderen Versorgungsformen gleichgestellt werden.

4. Ein Hochrisikopool wird eingeführt

Problem

Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure Krankheiten aus dem Gesundheitsfonds erhalten, decken die entstehenden Ausgaben – z. B. für neue und hochpreisige Arzneimittel – bei weitem nicht ab. Kostenintensive Arzneimittel mit nur kurzem Therapiezeitraum werden ebenfalls nur teilweise ausgeglichen.

Wissenschaftlicher Beirat

Die Gutachter erkennen das Problem zwar an, sehen aber weiteren Forschungsbedarf.

Ersatzkassen

Die Ersatzkassen fordern konkret einen Hochrisikopool, der Fallkosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro ausgleicht. Für die Krankenkassen gilt ein Selbstbehalt von 20 Prozent. Damit bleibt für die Krankenkassen ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten bestehen.

5. Bei der Krankheitsauswahl ist auf den Schweregrad abzustellen

Problem

Bei der Krankheitsauswahl von heute 80 Krankheiten liegt das Gewicht zu sehr auf häufig auftretende Krankheiten („Volkskrankheiten“). Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt.

Wissenschaftlicher Beirat

Die Gutachter des Beirats schlagen die Einführung eines einfachen Vollmodells mit 360 Krankheiten vor.

Ersatzkassen

Ein solches Vollmodell wird wegen seiner hohen Manipulationsanfälligkeit abgelehnt. Der Fokus der Krankheitsauswahl im Morbi-RSA soll künftig auf im Einzelfall sehr teuren Krankheiten liegen.

6. Der Morbi-RSA wird um eine Regionalkomponente ergänzt

Problem

Der Morbi-RSA gleicht die alters-, geschlechts- und krankheitsbedingten Unterschiede in der Versichertenstruktur der Krankenkassen aus. Ein Ausgleich von angebotsseitigen und strukturbedingten regionalen Unterschieden findet nicht statt.

Wissenschaftlicher Beirat

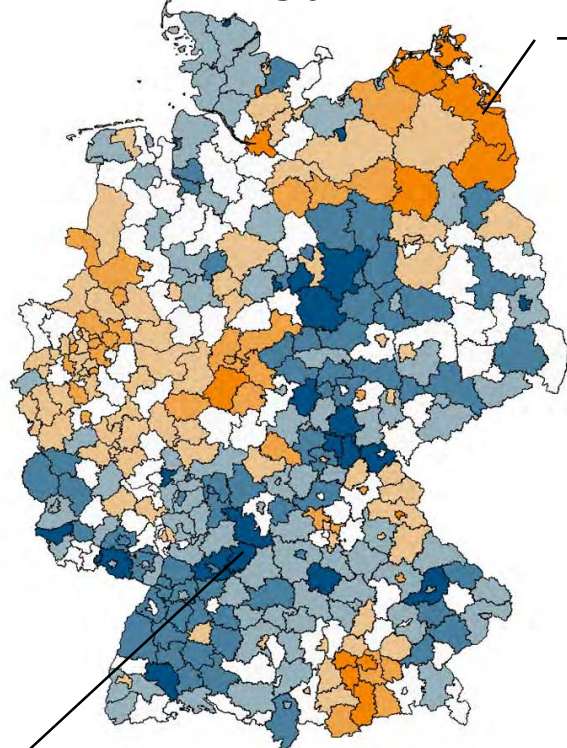
Der Beirat bestätigt den Handlungsbedarf zur kurzfristigen Erweiterung des Morbi-RSA um eine Regionalkomponente.

Ersatzkassen

Die Ersatzkassen schließen sich dem Vorschlag nach Umsetzung einer Regionalkomponente in Form des „regionalstatistischen Direktmodell“ (Stufe 1) an. Gleichzeitig ist in Stufe 2 ein 100-prozentiger Deckungsbeitrags-Cluster-Ansatz notwendig, um das Problem regionaler Ausgabenvarianzen umfassend zu beseitigen.

Regionale Deckungsunterschiede im Morbi-RSA

Deckung je Landkreis



-260 €/VJ (Vorpommern-Greifswald)

- Im heutigen Morbi-RSA gibt es alleine aufgrund des Wohnorts Deckungsunterschiede von bis zu 600 € je Versicherten!
- Der heutige Morbi-RSA kann eine regionale Ausgabenvarianz zu 60 % ausgleichen, 40 % werden nicht ausgeglichen!
- Das Regionalgutachten bestätigt die diesbezüglichen Analysen des vdek!

DB je VJ (Daten 2015/2016, Modell 2018)



+342 €/VJ (Hohenlohekreis)

Modellvorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA

1. Stufe

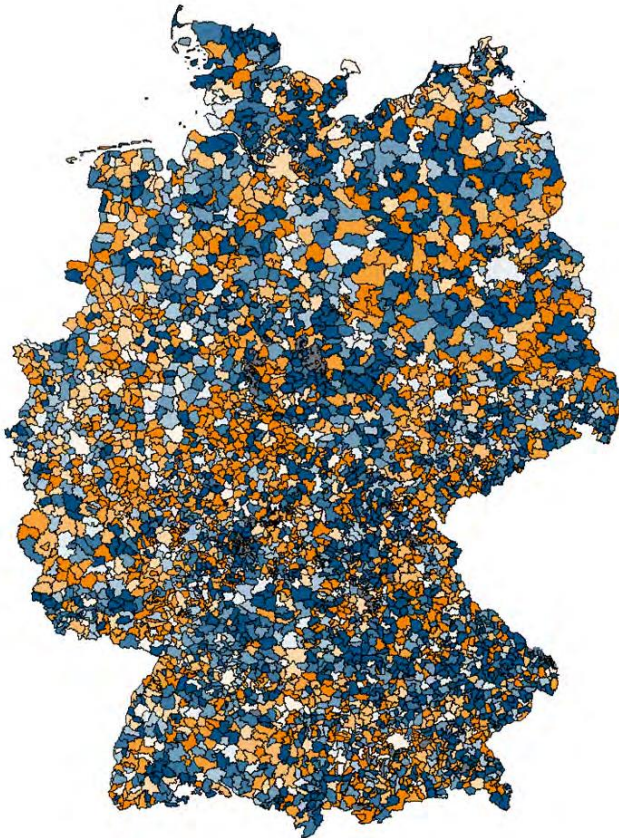
Auf Grundlage von diversen statistisch verfügbaren Bestimmungsfaktoren werden zehn Variablen bestimmt, die für regionale Differenzen in den Deckungsbeiträgen die höchste statistische Erklärungskraft aufweisen. Diese Variablen werden als neue Risikofaktoren den Versicherten (in Abhängigkeit vom Wohnort pauschal) zugeordnet und danach werden die regionalen Zuweisungen bestimmt. 75 % der Ausgabenvarianz werden ausgeglichen.

Variablen des Direktmodells – Stufe 1

1	Sterbekosten
2	Zuweisungen
3	Ambulante Pflege
4	Sterberate
5	Facharztdichte
6	Pflegebedürftige
7	Hausarztdichte
8	Gesamtwanderungssaldo
9	Personenbezogene Dienstleistungen
10	Stationäre Pflege

Quelle: Wiss. Beirat, Regionalgutachten Juni 2018

Ergebnis des Direktmodells nach Stufe 1



DB-Cluster



- Die regionale Ausgabenvarianzen werden zu 75 % ausgeglichen.
- Das Ergebnis ist auch aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats unbefriedigend, da 25 % Deckungsbeitragsunterschiede verbleiben.

Modellvorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA

2. Stufe (mittelfristig)

In einem zweiten Schritt soll ein ergänzendes Deckungsbeitrags-Cluster-Modell auf Ebene der Gemeindeverbände die verbleibenden regionalen Ausgabenvarianzen ausgleichen.

- Die Cluster sind bundesweit verteilt.
- Der Wissenschaftliche Beirat schlägt in den Clustern einen 70 bzw. 100 % Deckungsbeitragsausgleich vor (kein Ist-Ausgleich).
- Da immer nur die durchschnittliche Deckung des Clusters ausgeglichen wird, verbleiben rechnerisch für die einzelnen Gemeindeverbände Über- und Unterdeckungen.

Weitere Forderungen

➤ Einführung ambulanter Kodierrichtlinien

Zeitgleich zur RSA-Reform sind ambulante Kodierrichtlinien einzuführen, um eine solide Kodierung der Diagnosen sicherzustellen.

➤ Zentralisierung der Aufsicht beim BVA

Aus Gründen der Wettbewerbsneutralität und der Verwaltungseffizienz ist eine Zentralisierung der Aufsichtszuständigkeit beim Bundesversicherungsamt (BVA) geboten. Wenigstens aber muss die Aufsichtszuständigkeit für die einnahmeseitigen Belange der Krankenversicherung beim BVA liegen.

Fazit: RSA-Reform jetzt!

- Eine RSA-Reform muss zügig auf den parlamentarischen Weg gebracht werden, damit die Krankenkassen bereits im Herbst 2019 für die Haushaltsplanungen für 2020 klare und verlässliche Grundlagen haben.
- Die vorgeschlagenen Reformelemente sind in der verbleibenden Zeit ohne großen Aufwand und ohne neue Datenerhebungen auf den Weg zu bringen.
- Die Umsetzung der Forderungen des vdek würden eine deutliche Verbesserung der Wettbewerbsbedingungen in der GKV schaffen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!