

Solidarität Kooperation  
Mittelstand Gesundheit Partnerschaft

## Vorschlag des IKK e.V. für eine Reform des Morbi-RSA

Versorgung **Solidari**  
Eigenverantwortung Gemeinsamkeit  
Innovation Handwerk Versorgung  
Versichertennähe **Solidarität**  
operation Partnerschaft Handwe  
Gesundheitsförderung **Versichertennäh**  
Gesundheit **Kooperation**  
Eigenverantwortung

## INHALT

<b>0</b>	Zusammenfassung . . . . .	4
<b>1</b>	Politische Ausgangslage . . . . .	6
<b>2</b>	Ordnungspolitische Anforderungen an einen Morbi-RSA . . . . .	6
<b>3</b>	Status quo des Morbi-RSA und seine Bewertung . . . . .	8
<b>4</b>	Reformvorschlag: Anpassung der Krankheitsauswahl . . . . .	10
<b>5</b>	Bewertung alternativer Reformvorschläge . . . . .	14
<b>5.1</b>	Ausweitung des Morbi-RSA auf alle 350 Krankheiten . . . . .	14
<b>5.2</b>	Regionale Differenzierung der Zuweisungen im Morbi-RSA . . . . .	16
<b>6</b>	Fazit . . . . .	18

## 0 Zusammenfassung

Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, dass der Morbi-RSA auf das notwendige Maß begrenzt, vereinfacht sowie unbürokratischer und unanfälliger für Manipulationen ausgestaltet werden soll. Die im IKK e.V. zusammengeschlossenen Innungskrankenkassen unterstützen diese politischen Zielvorstellungen der Koalition und stellen folgende Überlegungen für die Umsetzung zur Diskussion:

- Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich muss so ausgestaltet sein, dass die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Zentrum wettbewerblichen Handelns der Krankenkassen steht. Um dieses Ziel zu erreichen, ist keine maximale Ausgestaltung im Sinne einer Berücksichtigung aller erdenklichen Risikofaktoren bzw. Krankheiten notwendig, sondern eine optimale Ausgestaltung des Morbi-RSA ausreichend.
- Der Morbi-RSA ist gegenwärtig nicht optimal ausgestaltet. Das derzeitige Verfahren der Krankheitsauswahl führt dazu, dass die Verbesserung der Versorgungsqualität nicht im Zentrum des Wettbewerbs steht. Die Berücksichtigung kostengünstiger Volkskrankheiten eröffnet erhebliche Manipulationsanreize. Zudem liegt in der Optimierung der Diagnosen eine lohnenswerte Wettbewerbsstrategie, um die Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen. Anreize für Investitionen der Krankenkassen in primärpräventive Maßnahmen werden durch die aktuelle Ausgestaltung des Morbi-RSA unterminiert. Aufgrund seiner Komplexität ist der Morbi-RSA bereits bei 80 Krankheiten weder transparent noch verwaltungstechnisch effizient. Trotz der gesetzlichen Beschränkung auf 80 Krankheiten wird bereits heute ein sehr hohes finanzielles Umverteilungsvolumen generiert.
- Wir schlagen vor, zukünftig nur noch jene Morbiditätslast auszugleichen, die medizinisch schwerwiegend und klar abgrenzbar ist sowie hohe Kosten verursacht. Dafür ist es notwendig, bei der Auswahl der 80 Krankheiten die Prävalenz einer Krankheit geringer und die Kosten einer Krankheit höher zu gewichten. Dadurch würde der Morbi-RSA auf das notwendige Maß begrenzt, Anreize für Strategien der Einnahmoptimierung deutlich reduziert, Anreize für primärpräventive Bemühungen seitens der Krankenkassen erhöht und der Morbi-RSA einfacher, transparenter und manipulationsresistenter ausgestaltet.
- Eine Ausweitung des Morbi-RSA auf alle circa 350 Krankheiten würde die negativen Effekte des heutigen Morbi-RSA hingegen noch potenzieren: Die Folge wären noch höhere Anreize für die Manipulation und einnahmeseitige Optimierung der Diagnosen, noch geringere Präventionsanreize und eine noch komplexere, bürokratischere und intransparente Ausgestaltung des Morbi-RSA.
- Der von einigen Akteuren geforderte Regionalfaktor – in Form von nach Bundesländern gestaffelten regionalen Zu- und Abschlägen – ist weder ordnungs- noch wettbewerbsspolitisch konsistent und würde zu einer Konservierung bestehender Strukturen der Über- und Unterversorgung führen. Auch das Ziel, eine bessere Versorgung ländlicher Gebiete zu erreichen, würde dadurch unterminiert.

## 1 Politische Ausgangslage

Im Koalitionsvertrag der Regierungskoalition vom 24. Oktober 2009 wurde vereinbart, dass der Morbi-RSA auf das notwendige Maß begrenzt, vereinfacht sowie unbürokratischer und unanfälliger für Manipulationen ausgestaltet werden soll. Im Zusammenhang mit dieser nachvollziehbaren und gesundheitspolitisch begrüßenswerten Zielstellung haben sich die im IKK e.V. zusammengeschlossenen Innungskrankenkassen hinsichtlich der damit verbundenen Anforderungen positioniert und stellen nachfolgende Überlegungen zur Diskussion.

## 2 Ordnungspolitische Anforderungen an einen Morbi-RSA

In einem solidarischen Gesundheitssystem ohne risikoäquivalente Beiträge ist ein Risikostrukturausgleich unabdingbar. Dieser sorgt dafür, dass die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Zentrum des wettbewerblichen Handelns der Akteure steht. Um dieses übergeordnete Ziel zu erreichen, muss ein Morbi-RSA **fünf Kriterien** erfüllen:

1. Er muss **Anreize zur Risikoselektion** ausreichend reduzieren, um die Jagd nach gesunden Versicherten nicht als überlegene Wettbewerbsstrategie zu etablieren.
2. Er muss derart ausgestaltet sein, dass **Manipulationsmöglichkeiten und -anreize hinreichend reduziert** werden.

3. Er muss **verhindern**, dass in der **Maximierung und Optimierung der dokumentierten Diagnoselast** eine lohnenswerte Strategie besteht, um durch höhere Fondszuweisungen finanzielle Wettbewerbsvorteile zu erlangen.
4. Eine morbiditätsorientierte Zuweisungssystematik muss gewährleisten, dass Anreize für Krankenkassen, in **primärpräventive Maßnahmen** zu investieren, bestehen bleiben oder zumindest nicht vermindert werden.
5. Ein Morbi-RSA muss den Kriterien der **Praktikabilität, Verwaltungseffizienz und Transparenz** gerecht werden.

Diese fünf Kriterien stehen zum Teil miteinander im **Zielkonflikt**. So würde die Ausweitung des Morbi-RSA auf alle Krankheiten zwar geringfügig noch bestehende Risikoselektionsanreize reduzieren, zugleich aber dazu führen, dass die Manipulationsmöglichkeiten und -anreize bei der Diagnosedokumentation steigen, die Anreize für Primärprävention sinken und der Morbi-RSA letztendlich noch komplizierter, bürokratischer und intransparenter ausgestaltet wäre. Das Kriterium der Begrenzung von Risikoselektionsanreizen darf also nicht auf Kosten der anderen vier Kriterien unbeschränkt maximiert werden, weil in diesem Fall die Gefahr besteht, dass das übergeordnete Ziel – ein auf Qualität- und Wirtschaftlichkeitssteigerung ausgerichteter Wettbewerb – konterkariert wird. Um dieses Ziel tatsächlich zu erreichen ist **keine maximale, sondern eine optimale Ausgestaltung des RSA** zielführend. Ein Morbi-RSA ist dann optimal ausgestaltet, wenn die genannten Kriterien in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen.

### 3 Status quo des Morbi-RSA und seine Bewertung

Nach § 268 SGB V und § 31 RSAV sollen im Morbi-RSA 50 - 80 eng abgrenzbare und insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50% übersteigen, berücksichtigt werden.

Aktuell werden die 80 zuschlagsfähigen Krankheiten nach einem vom Bundesversicherungsamt festgelegten Verfahren ausgewählt, welches die Prävalenz einer Krankheit sehr stark gewichtet. Das führt dazu, dass die weit verbreiteten aber vergleichsweise kostengünstigen **Volkskrankheiten im Morbi-RSA überproportional stark berücksichtigt** werden, hingegen die teuren und eng abgrenzbaren Krankheiten nur begrenzt Eingang in die Krankheitsliste finden. Die hohe Prävalenz der Volkskrankheiten (u. a. Hypertonie, Osteoarthritis, Asthma, Depression, Angsterkrankungen, Demenz) führt dazu, dass trotz einer Beschränkung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten ein sehr **hohes finanzielles Umverteilungsvolumen** generiert wird.

Die Berücksichtigung kostengünstiger Volkskrankheiten im Morbi-RSA eröffnet **erhebliche Manipulationsmöglichkeiten**, da sich ein rein formaler und ausschließlich dokumentationsbezogener Anstieg der Krankheitslast für eine Krankenkasse finanziell lohnen kann. Diese unerwünschten Anreizwirkungen begünstigen, dass die Strategie einer ausgabenneutralen **Maximierung der dokumentierten Diagnoseselast** für Krankenkassen besonders lohnenswert sein kann, um ihre finanzielle Situation durch höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu optimieren. Aufsichtsrechtliche Maßnahmen des BVA in den letzten Monaten sind Hinweis dafür,

dass diese unerwünschten Möglichkeiten und Anreize – auch zunehmend mithilfe externer Beratungsfirmen – ausgiebig genutzt werden.

Viele Volkskrankheiten sind mittels Primärprävention zu verhindern. Gleichwohl erhalten Krankenkassen hierfür aus dem heutigen Morbi-RSA kostendeckende Fondszuweisungen. Die Zuweisungen erfolgen zudem oft unabhängig von der Schwere und den tatsächlichen Kosten einer Erkrankung. Indem präventiv vermeidbare Volkskrankheiten kostendeckende oder sogar gewinnbringende Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds generieren, werden Anreize für Krankenkassen, in **primärpräventive Maßnahmen** zu investieren, **deutlich gemindert**.

Der aktuelle Morbi-RSA ist aufgrund seiner Komplexität bereits bei nur 80 Krankheiten **weder transparent noch verwaltungstechnisch effizient**. Neben den Mitarbeitern im BVA sind bereits heute hunderte von Mitarbeitern bei den Krankenkassen und deren Verbänden damit beschäftigt, die Erstellung, Qualitätssicherung und Lieferung der morbiditätsbezogenen Daten sicherzustellen.

Es lässt sich zusammenfassen, dass der aktuelle Morbi-RSA wichtige ordnungspolitische Kriterien für einen sowohl fairen Wettbewerb als auch sinnvolle Aktivitäten fördernden Risikostrukturausgleich verletzt. Es besteht die Gefahr, dass das übergeordnete Ziel des Morbi-RSA – eines auf Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssteigerung ausgerichteten Wettbewerbs – verfehlt wird.

## 4 Reformvorschlag: Anpassung der Krankheitsauswahl

Unser Reformvorschlag strebt einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an, der das übergeordnete Ziel eines auf Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssteigerung ausgerichteten Wettbewerbs deutlich besser gewährleisten kann, da alle ordnungspolitischen Anforderungen an einen RSA in einem ausgewogenen Verhältnis berücksichtigt werden. Es soll dafür zukünftig nur noch jene Morbiditätslast ausgeglichen werden, die medizinisch schwerwiegend und klar abgrenzbar ist sowie hohe Kosten je Versicherten verursacht. Dadurch würde der Morbi-RSA auf das notwendige Maß begrenzt, einfacher und vor allem manipulationsresistenter ausgestaltet. Zudem würden primärpräventive Anstrengungen der Krankenkassen stärker belohnt.

Eine Reform, die ausschließlich eine Reduktion der Krankheiten im Morbi-RSA von 80 auf beispielsweise 50 zum Gegenstand hätte, würde den Umfang des aktuellen Morbi-RSA nur unmerklich verringern, da weiterhin die prävalenzstarken Volkskrankheiten die Krankheitsliste dominieren würden.

Um eine Begrenzung des Morbi-RSA auf das notwendige Maß zu erreichen, sollte daher primär die Art der zuschlagsfähigen Krankheiten in den Blick genommen werden. Hiervon gehen bei einer beschränkten Auswahl von Krankheiten die größten Umverteilungswirkungen aus. Um zukünftig eine ausgewogenere Mischung der zuschlagsfähigen Krankheiten zu erreichen, ist es aus unserer Sicht notwendig, die **Prävalenz einer Krankheit geringer und die Kosten einer Krankheit höher zu gewichten**. Die kostengünstigen aber prävalenzstarken Volkskrankheiten würden die Krankheitsliste dann nicht mehr so stark dominieren. Stattdessen würden die teuren und eng abgrenzbaren Krankheiten stärker berücksichtigt. Das Umvertei-

lungsvolumen würde bei Umsetzung dieser Maßnahme auf das notwendige Maß begrenzt.

Dieser Vorschlag entspricht im Übrigen der Empfehlung des seinerzeitigen wissenschaftlichen Beirats des BVA, welche dieser in seinem Gutachten zur Krankheitsauswahl im Jahr 2007 vorgelegt hatte.<sup>1)</sup>

### Stärkung der Präventionsanreize

Es ist mittlerweile Konsens, dass mittels stärkerer präventiver Investitionen ein großer Teil der Volkskrankheiten zu verhindern wäre. Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen haben den Charakter einer Investition, die sich amortisieren und im Kassenwettbewerb Vorteile bringen muss, wenn sie getätigt werden soll. Versicherte von Krankenkassen, bei denen aufgrund primärpräventiver Investitionen eine Volkskrankheit im Lebensverlauf nicht auftritt, werden jedoch entsprechend der geringeren Morbidität mit einem niedrigeren Bedarf an Fondszuweisungen ausgestattet. Die gesparten Behandlungskosten kommen also nicht der Kasse, sondern dem Gesundheitsfonds und damit auch den anderen – in Prävention eventuell deutlich weniger investierenden – Krankenkassen zugute. Kurzum: Im heutigen Morbi-RSA werden Krankenkassen ohne Präventionsbemühungen für präventiv verhinderbare Volkskrankheiten mit kostendeckenden Fondszuweisungen „belohnt“.<sup>2)</sup>

Die Kostenvarianz der Erkrankungen ist gerade bei Volkskrankheiten sehr groß: die meisten Fälle sind leichter Art, die schweren und teuren Fälle sind eher seltener.

<sup>1)</sup> Das BVA hatte diesen Vorschlag zum damaligen Zeitpunkt jedoch nicht aufgenommen und stattdessen eine deutlich stärkere Prävalenzgewichtung vorgenommen, die zu einer überproportional starken Berücksichtigung von Volkskrankheiten geführt hat. Der alte Beirat trat daraufhin geschlossen zurück.

<sup>2)</sup> Der alte wissenschaftliche Beirat des BVA war der Auffassung, dass ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich nicht dazu führen darf, dass Präventionsanreize der Krankenkassen vermindert und eine schlechende „Pathologisierung“ der GKV stattfindet.

Die seltenen teuren Fälle lassen die Durchschnittskosten einiger Volkskrankheiten ansteigen, so dass die als Durchschnittswerte berechneten Zuschläge denjenigen Krankenkassen erhebliche finanzielle Vorteile verschaffen, die eine hohe Prävalenz bei präventiv behandelbaren Volkskrankheiten aufweisen.

Beispielhaft sei auf die Atemwegserkrankungen verwiesen: Für über drei Millionen Atemwegserkrankte mit der Morbiditätsgruppe 109<sup>3)</sup> wird ein jährlicher Zuschlag von über 1.000 € an die Krankenkassen ausgezahlt. Der Hauptanteil dieser Versicherten leidet allerdings nur an einer leichten oder mittelschweren Form von Asthma oder Bronchitis, die deutlich geringere Mehrkosten als die ausgezahlten 1.000 € pro Jahr verursachen. Kassen mit vielen dieser Versicherten erzielen daher erhebliche finanzielle Gewinne. Eine Berücksichtigung der breiten Volkskrankheiten im Morbi-RSA verringert somit in beträchtlichem Maße die Anreize für Krankenkassen, in primärpräventive Maßnahmen zu investieren.

Erste überschlägige Hinweise für problematische Anreizwirkungen des aktuellen Morbi-RSA, der alle Volkskrankheiten mit höheren Fondszuweisungen belohnt, lassen sich tendenziell aus der GKV-Ausgabenentwicklung für primäre Präventionsmaßnahmen ablesen. Die GKV-Ausgaben für Primärprävention stiegen seit 2000 jährlich im zweistelligen Prozentbereich bis auf 340 Mio. € in 2008 an. In 2009 – dem Jahr der Einführung des Morbi-RSA – sanken die GKV-Ausgaben – bei divergierenden Entwicklungen der einzelnen Krankenkassen – erstmals seit über zehn Jahren um 9 % auf ca. 310 Mio. € ab. In 2010 sanken die Ausgaben für primäre Prävention erneut auf nun noch knapp 300 Mio. € ab.

Unser Reformvorschlag, den Einfluss der Volkskrankheiten zu begrenzen, würde den Morbi-RSA nicht nur auf das notwendige Maß reduzieren, sondern darüber hinaus dazu beitragen, Präventionsanreize für Krankenkassen zu erhöhen.

3 Der Name der HMG109 ist „Chronische obstruktive Bronchitis / Emphysem (Alter > 17 Jahre), Asthma bronchiale, Status asthmaticus (Alter < 18 Jahre)“.

### Senkung von Manipulationsanreizen

Wie oben am Beispiel der Atemwegserkrankungen verdeutlicht, weisen Volkskrankheiten hinsichtlich des Schweregrades der Erkrankungen und der damit verbundenen Behandlungskosten oft eine auffallend hohe Varianz auf. Der Hauptanteil der Patienten leidet nur an leichten oder mittelschweren Ausprägungen. Dennoch erhalten die Krankenkassen den vollen Zuschlag. Daraus resultieren beträchtliche Anreize für Krankenkassen, auf die Diagnosestellung einzuwirken, um zusätzliche Diagnosen leichter und mittelschwerer Ausprägungen von Volkskrankheiten zu generieren. Diese Strategie ist auch deshalb attraktiv, weil zusätzlichen leichten oder mittelschweren Diagnosen nicht in jedem Fall auch zusätzliche Kosten aufgrund von Hospitalisierung oder teuren Arzneimitteltherapien gegenüberstehen.

Die medizinisch schwerwiegenden, eng abgrenzbaren und teuren Krankheiten sind hingegen sicher und eindeutig zu diagnostizieren und zumeist auch mit stationären Aufenthalten und/oder teuren Arzneimitteltherapien verbunden. Dadurch werden Manipulationen und kassenseitige Einwirkungen auf das Kodierverhalten deutlich erschwert. Außerdem sind zusätzliche Diagnosen bei schweren und teuren Krankheiten infolge von Arzneimitteltherapien oder stationären Aufenthalten immer auch mit sofort anfallenden Kosten verbunden, wohingegen die prospektiven Zuschläge erst im Folgejahr ausgezahlt werden. Manipulationsanreize bei diesen Krankheiten sind daher deutlich geringer ausgeprägt.

Unser Reformvorschlag einer Reduktion der Anzahl der Volkskrankheiten und eine stärkere Berücksichtigung kostenintensiver Krankheiten im Morbi-RSA hätten den Vorteil, dass **Manipulationsanreize deutlich reduziert** würden.

## 5 Bewertung alternativer Reformvorschläge

### 5.1 Ausweitung des Morbi-RSA auf alle 350 Krankheiten

Eine Ausweitung des Morbi-RSA auf alle circa 350 Krankheiten würde die Manipulationsanreize für Krankenkassen massiv erhöhen, Präventionsanreize reduzieren und den Anforderungen der Praktikabilität, Verwaltungseffizienz und Transparenz nicht gerecht.

Es gibt den Vorschlag, die gesetzliche Beschränkung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten aufzuheben und alle circa 350 Krankheiten mit Zuschlägen aus dem Gesundheitsfond zu versehen.

Eine Ausweitung des Morbi-RSA auf alle Krankheiten hätte eine massive Ausweitung von Manipulationsanreizen zur Folge. Es würden hierdurch auch all jene Krankheiten zuschlagsfähig, die nur geringfügige Mehrausgaben verursachen. Analog zu dem oben beschriebenen Effekt bei Volkskrankheiten würden die geringen Behandlungskosten die Anreize für Kassen, auf die Diagnosestellung einzuwirken, erhöhen und Anreize für primärpräventive Maßnahmen verringern.

Bei einer Abschaffung der Krankheitsliste ist insbesondere zu befürchten, dass die heute bereits bei einigen Krankenkassen dominierende Strategie der RSA-Zuweisungsoptimierung noch intensiviert wird. Viele Krankenkassen würden dann erhebliche finanzielle Investitionen in die „Optimierung“ der Diagnosequalität und in die Maximierung der dokumentierten Diagnoselast vornehmen, um höhere Fondszuweisungen zu erzielen. Daraus resultieren jedoch keinerlei positive gesundheitsöko-

nomisch relevante Versorgungseffekte. Im Gegenteil: Umfangreiche finanzielle Investitionen der Krankenkassen in die Optimierung der Fondszuweisungen müssen aus GKV-Perspektive als unerwünschtes rent-seeking bezeichnet werden, da sie für den eigentlichen Zweck der Gesetzlichen Krankenversicherung – einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Versicherten – nicht mehr zur Verfügung stehen.

Ein Morbi-RSA, der alle denkbaren Komponenten und Krankheiten berücksichtigen möchte, verletzt in erheblichem Maße die übrigen ordnungspolitischen Anforderungen an einen Morbi-RSA, in dessen Folge keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu befürchten ist. Es besteht auch überhaupt keine Notwendigkeit, nach einem alle Krankheiten berücksichtigenden RSA zu streben. Es geht vielmehr darum, einen zielorientierten Wettbewerb der Krankenkassen zu schaffen, der die Strategie der Risikoselektion ausreichend unattraktiv macht. Hierfür ist keine maximale, sondern eine optimale Ausgestaltung des RSA ausreichend. Ein RSA ist dann optimal ausgestaltet, wenn er die genannten ordnungspolitischen Kriterien erfüllt und die Gewinne aus Risikoselektion geringer als beispielsweise die Gewinne aus Versorgungsinnovationen sind. Eine Ausweitung auf alle Krankheiten wäre daher im Sinne der übergeordneten Zielstellung des Morbi-RSA kontraproduktiv.

## 5.2 Regionale Differenzierung der Zuweisungen im Morbi-RSA

Die Einführung von nach Bundesländern gestaffelten Zu- und Abschlägen auf die Fondszuweisungen sind weder ordnungs- oder wettbewerbspolitisch konsistent, noch gerecht und führen zu einer Konservierung bestehender Strukturen der Über- und Unterversorgung. Auch das Ziel, eine bessere Versorgung ländlicher Gebiete zu erreichen, wird unterminiert.

Es gibt Ideen, die regional unterschiedlichen Kosten der medizinischen Versorgung stärker im Morbi-RSA zu berücksichtigen. Verfechter einer regionalen Differenzierung des Morbi-RSA begründen dessen Notwendigkeit mit den differierenden regionalen Preisniveaus, unterschiedlichem Nachfrageverhalten der Versicherten und regional variierenden Strukturen der Leistungserbringung.

Das [Bundesverfassungsgericht](#) hat in seinem Grundsatzurteil zum Morbi-RSA im Jahr 2005 festgestellt, dass lediglich regional differierende Krankheitshäufigkeiten und Grundlohnunterschiede zum Zwecke des Solidarausgleichs ausgleichsrelevant sind. Ausgabenunterschiede, die aus anderen Umständen resultieren, muss der Gesetzgeber nicht Rechnung tragen. Es ist gerechtfertigt, dass Versicherte in Regionen mit einem intensiveren Inanspruchnahmeverhalten oder einer besseren Versorgungsstruktur die daraus resultierenden höheren (Zusatz)Beiträge auch allein zu tragen haben. Regionalzuschläge aus dem Gesundheitsfonds an Krankenkassen für Versicherte in teuren Bundesländern hätten zur Folge, dass Versicherte in unterversorgten Gebieten die Zusatzbeiträge von Versicherten in überversorgten Gebieten subventionieren würden. Ein Regionalfaktor im Morbi-RSA würde somit die

regionalen Versorgungsunterschiede manifestieren und die tendenziell bestehende Überversorgung in Ballungsräumen und südlichen Bundesländern sowie die Unterversorgung in den östlichen und ländlichen Gebieten auf lange Zeit festschreiben.

Gerade auch im Hinblick auf die derzeit intensiv diskutierte Reform der medizinischen Versorgung (Stichwort Versorgungsgesetz) in den ländlichen Gebieten, wäre eine Regionalisierung des Morbi-RSA kontraproduktiv. Bei Einführung eines Regionalfaktors würden den Krankenkassen für unterversorgte Gebiete – insbesondere in den neuen Bundesländern – weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, so dass eine Verbesserung der dortigen Versorgungsstrukturen deutlich erschwert würde.

Gegen die Regionalisierung des Morbi-RSA spricht auch, dass die Kostenunterschiede innerhalb der Bundesländer größer als zwischen den Bundesländern sind. Eine ordnungs- und wettbewerbspolitisch konsistente Lösung der regionalen Kostenunterschiede für den Kassenwettbewerb läge allein in einer verpflichtenden Regionalisierung der Zusatzbeiträge aller Krankenkassen auf Kreisebene. Nur hierdurch würden die Wettbewerbschancen regionaler und überregionaler Kassen tatsächlich angeglichen und verhindert, dass Versicherte in unterversorgten Regionen die Zusatzbeiträge von Versicherten in überversorgten Regionen subventionieren.

## 6 Fazit

Wir schlagen vor, zukünftig nur noch jene Morbiditätslast auszugleichen, die medizinisch schwerwiegend und klar abgrenzbar ist sowie hohe Kosten verursacht. Dafür ist es notwendig, bei der Auswahl der 80 Krankheiten die Prävalenz einer Krankheit geringer und die Kosten einer Krankheit höher zu gewichten. Dadurch würde der Morbi-RSA auf das notwendige Maß reduziert, Anreize für primärpräventive Bemühungen seitens der Krankenkassen erhöht und der Morbi-RSA einfacher, überschaubarer und manipulationsresistenter ausgestaltet. Unser Reformvorschlag würde das übergeordnete Ziel des Morbi-RSA – einen auf Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssteigerung ausgerichteten Wettbewerbs – deutlich besser gewährleisten.

Eine Ausweitung des Morbi-RSA auf alle circa 350 Krankheiten würde die negativen Effekte des heutigen Morbi-RSA hingegen noch potenzieren: Die Folge wären noch höhere Manipulationsanreize sowie eine noch komplexere, bürokratischere und intransparente Ausgestaltung des Morbi-RSA. Zudem läge für Krankenkassen in der Maximierung der diagnosebezogenen Morbidität eine noch lohnenswertere Wettbewerbsstrategie, um die Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds zu optimieren.

Auch die von einigen Akteuren vorgeschlagene Einführung von nach Bundesländern gestaffelten Zu- und Abschlägen auf die Fondszuweisungen sind weder ordnungs- und wettbewerbspolitisch konsistent, noch gerecht. Sie würden die bestehenden Strukturen der Über- und Unterversorgung festschreiben und den Morbi-RSA noch komplexer machen. Darüber hinaus würde auch das Ziel, eine bessere Versorgung ländlicher Gebiete zu erreichen, unterminiert. Beide Reformvorschläge werden daher von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

### **Ansprechpartner für Rückfragen:**

Rolf Stuppardt, Geschäftsführer IKK e.V.

Jürgen Hohnl, stellv. Geschäftsführer IKK e.V.

Stefan Gründer, Bereich Statistik & Finanzierung der GKV

Hegelplatz 1  
10117 Berlin

Tel.: +49 (0)30 202491-10

Fax: +49 (0)30 202491-50

info@ikkev.de

www.ikkev.de



[www.ikkev.de](http://www.ikkev.de)