

***Aktuelles zur Wettbewerbssituation
der gesetzlichen Krankenkassen und
zur Reformbaustelle Morbi-RSA
(morbidityorientierter Risikostrukturausgleich)***

Hohe Überschüsse bei den Krankenkassen im 3. Quartal 2017

Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 23.11.2017

Frankfurter Allgemeine
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

Krankenversicherung schwimmt im Geld

Die Krankenkassen geben weniger aus als geplant. Deshalb buchen sie Milliardenbeträge in die Reserve. Werden deshalb nun 2018 die Beitragssätze sinken?

ami. BERLIN, 22. November. Deutschlands gesetzliche Krankenversicherung schwimmt im Geld: Ende September erreichten die Überschüsse der 113 Kassen nach Recherchen dieser Zeitung 2,5 Milliarden Euro. Seit Juli ist noch einmal eine Milliarde Euro dazugekommen. Damit steigen die Rücklagen der Kassen auf deutlich mehr als 18 Milliarden Euro.

...

Alle Kassengruppen haben im dritten Quartal ihre Überschüsse ausgeweitet. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) konnten mit 1,1 Milliarden Euro das meiste Geld zurücklegen - doppelt so viel wie im Vorjahreszeitraum. Die Ersatzkassen nennen ein Plus von 925 Millionen Euro, ebenfalls eine Verdoppelung. Den größten Anteil daran hatte die

...

Die Betriebskrankenkassen als drittgrößte Kassenart erwirtschafteten bis Ende September ein Plus von mehr als 200 Millionen Euro, die Innungskassen von 126 Millionen Euro. Die Knappschaft nannte ein Plus von 142 Millionen Euro.

...

Schöne Bescherung

Von Andreas Mihm

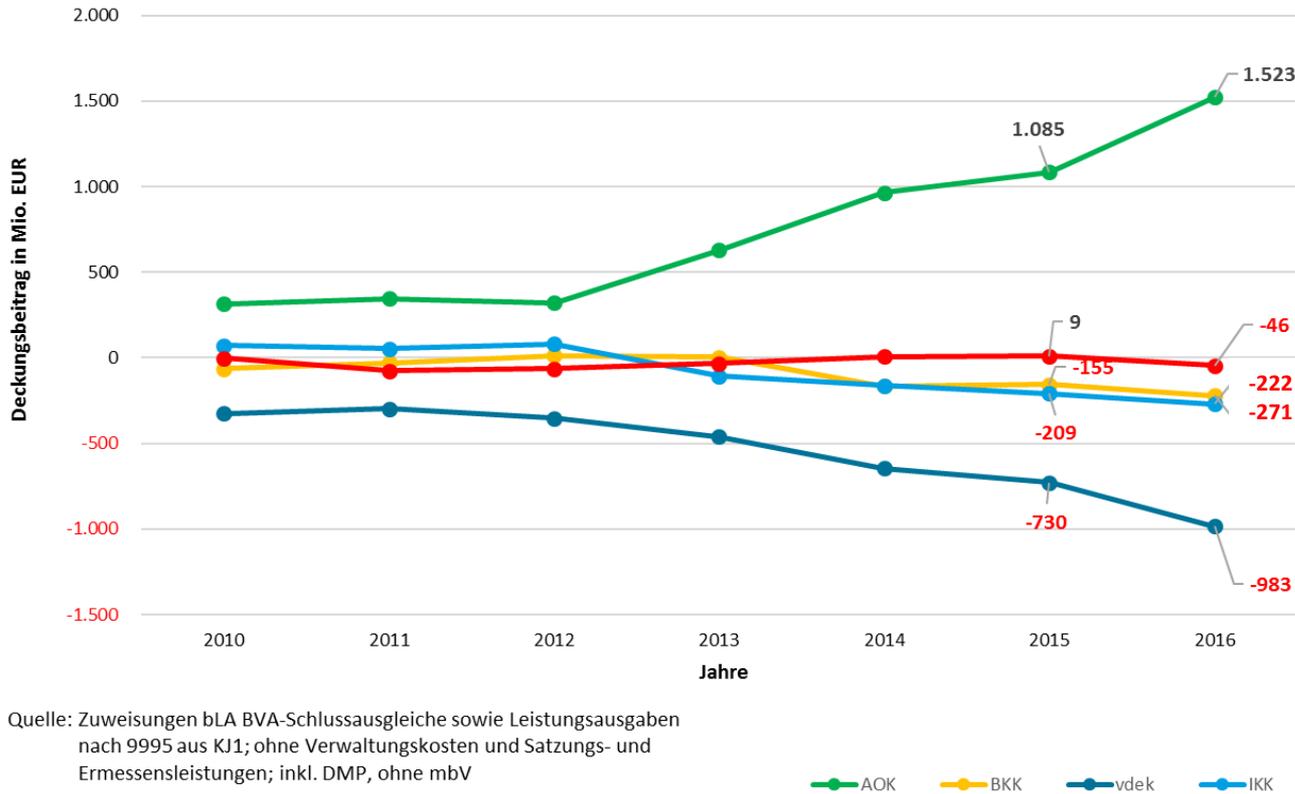
...

lich keine Sparkassen der Beitragszahler. Aber darüber dürfen zwei andere Dinge nicht vergessen werden: Der Finanzausgleich der Krankenversicherung ist defekt und sollte dringend repariert werden. Sodann muss das Ausgabenwachstum gebremst werden. Denn die gute Konjunktur, die heute viel frisches Geld in das System spült, wird nicht ewig währen.

Aber: Über- und Unterdeckungen nehmen erheblich zu !

Die Spanne der DB liegt mittlerweile bei rd. 2,5 Mrd. Euro!

Deckungsbeiträge der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben von 2010 bis 2016



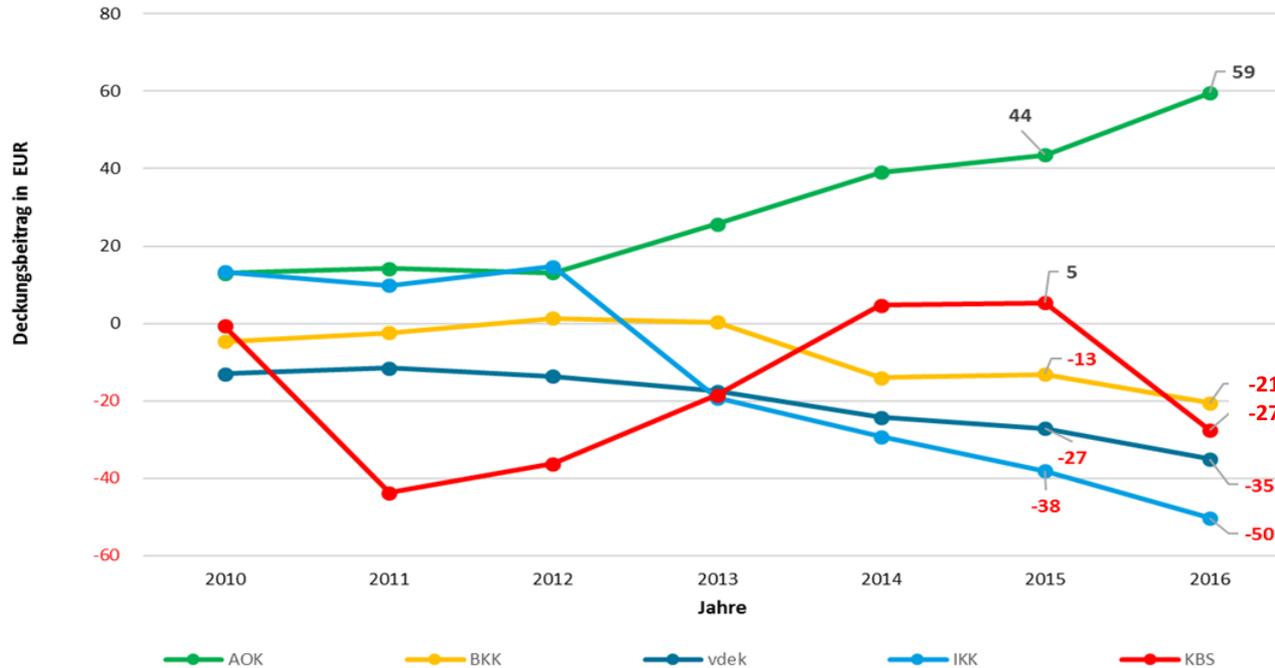
Quelle: Zuweisungen bLA BVA-Schlussausgleiche sowie Leistungsausgaben nach 9995 aus KJ1; ohne Verwaltungskosten und Satzungs- und Ermessensleistungen; inkl. DMP, ohne mbV

Die Deckungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben: Sie sind die Differenz zwischen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben und den tatsächlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben. Deckungsbeiträge unter Null bedeuten, dass die Kassen nicht ausreichend Gelder zur Deckung dieser Leistungsausgaben erhalten. Deckungsbeiträge über Null bedeuten, dass Kassen mehr Gelder erhalten, als sie für die Deckung dieser Ausgaben benötigen.

Die Darstellung je Versicherten verdeutlicht ebenfalls die Dramatik

Die Spanne der DB liegt aktuell bei 109 Euro je Versicherten!

Deckungsbeiträge der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten (von 2010 bis 2016)



Quelle: BVA-Schlussausgleiche bzw. Leistungsausgaben nach 9995 aus KJ1; ohne Verwaltungskosten und Satzungs- und Ermessensleistungen; inkl. DMP, ohne mbV

Und woran liegt es, dass die Kassen sehr unterschiedlich profitieren?

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands, Martin Litsch, nannte ein starkes Versichertenwachstum bei sehr moderatem Ausgabenanstieg das "Erfolgsrezept" der AOK. Man könne mit hochwertigen Angeboten überzeugen, besonders auch für junge Familien. Gleichzeitig hätten die AOK ihre "Kosten besser im Griff als andere Krankenkassen, indem sie beispielsweise Arzneimittelrabattverträge, Krankenhaus-Abrechnungsprüfung und Leistungsmanagement effizient nutzen".

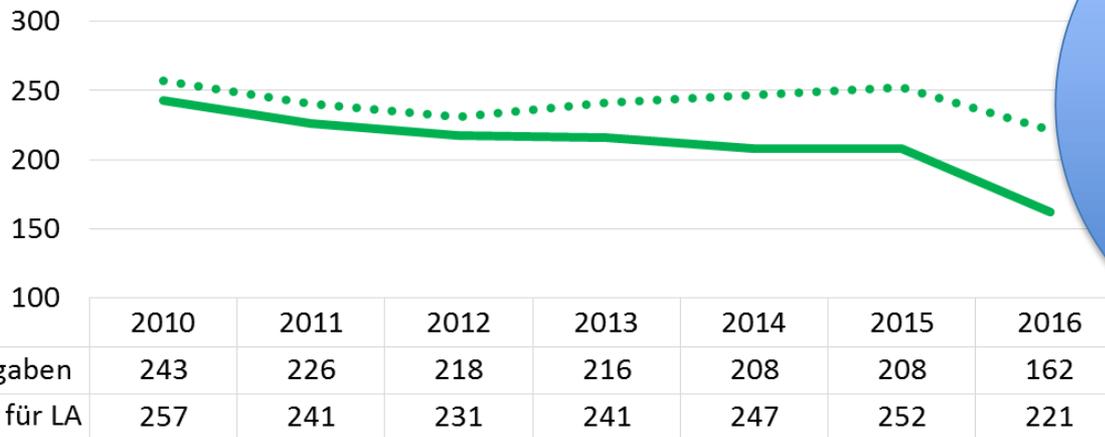
Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 23.11.2017, S. 15

AOK-Erklärung ist zu einfach - viele Faktoren wirken auf die Ausgabenentwicklung

- Die AOKen wachsen in günstigen Regionen z.T. stark, stagnieren in teuren Regionen. Dies drückt die Veränderungsrate der Leistungsausgaben.
- Die AOKen versichern überdurchschnittlich viele Neuzugänge (sowohl Arbeitsmigranten als auch anerkannte Flüchtlinge):
 - Die Leistungsausgaben für Neuzugänge sind stark unterdurchschnittlich, sowohl im Vergleich zum GKV-Durchschnitt als auch alters- und geschlechtsstandardisiert.
 - Die Risikostruktur der AOKen verjüngt sich, die Veränderungsrate der Leistungsausgaben wird dadurch gedrückt.
 - Die Zuweisungen verringern sich jedoch nicht in gleichem Maße, wodurch eine zunehmende Überdeckung entsteht.
- Das Leistungsmanagement hat nur einen kleinen Anteil an der Entwicklung der Leistungsausgaben.
- Die „Sonderrolle“ der AOKen (z.B. kein Wettbewerb untereinander, regionale Aufsichten, Marktmacht) ermöglicht es ihnen, erfolgreich zu sein.

Fakt ist: Die AOK hat immer noch überdurchschnittliche Ausgaben

Leistungsausgaben und Zuweisungen der AOKen
im Verhältnis zur GKV (je Vers. in EUR)



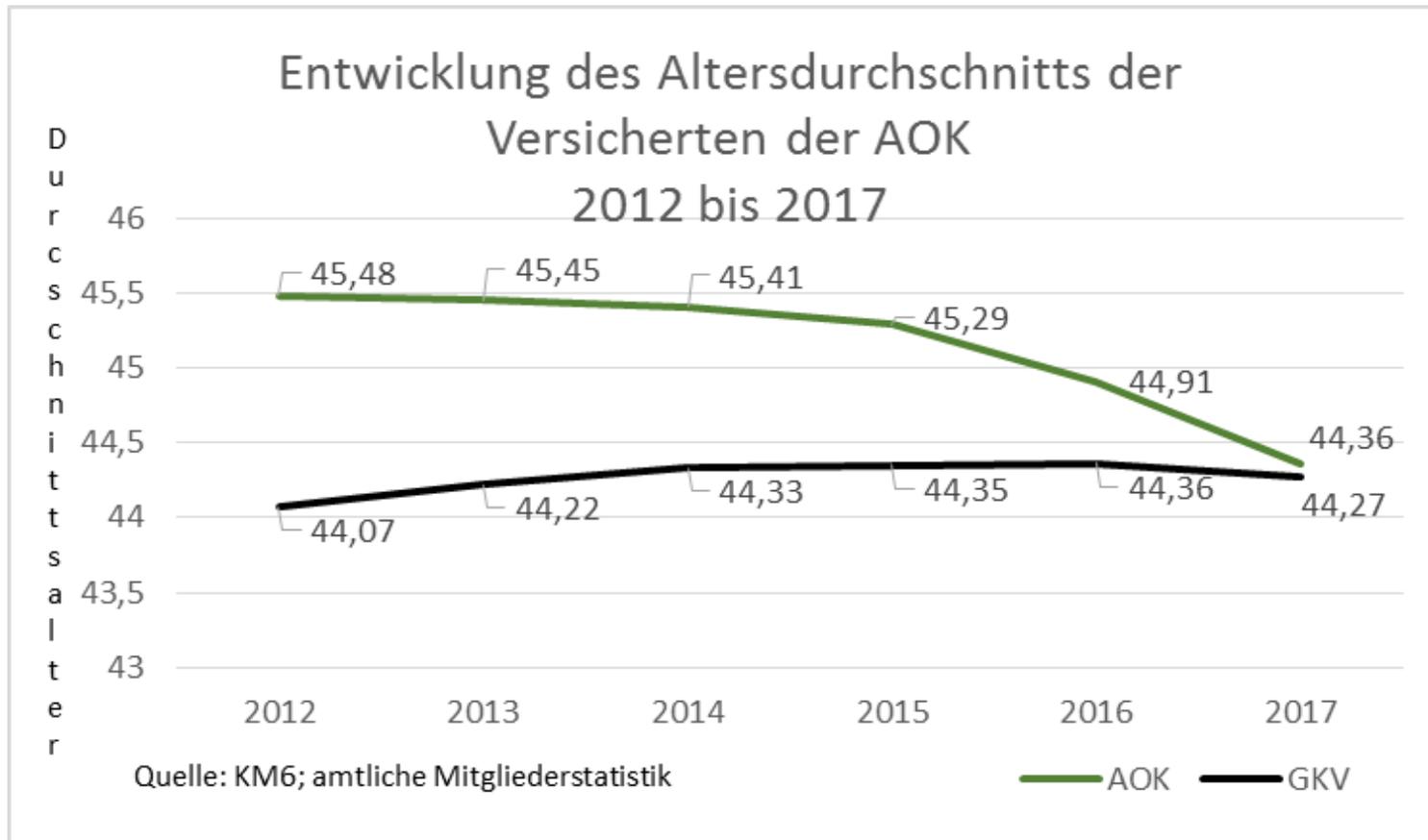
In 2016 erhielt die AOKen je Versicherten 221 Euro mehr Zuweisungen als der GKV-Durchschnitt. Die Leistungsausgaben je Versicherten lagen im selben Jahr immer noch 162 Euro über dem GKV-Durchschnitt.

Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung aus BVA-Jahresausgleichen

Aber: Finanzielle Unterschiede der Kassen lassen sich nicht alleine durch die Höhe der Ausgabenentwicklung begründen. Entscheidend ist vielmehr das Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben.

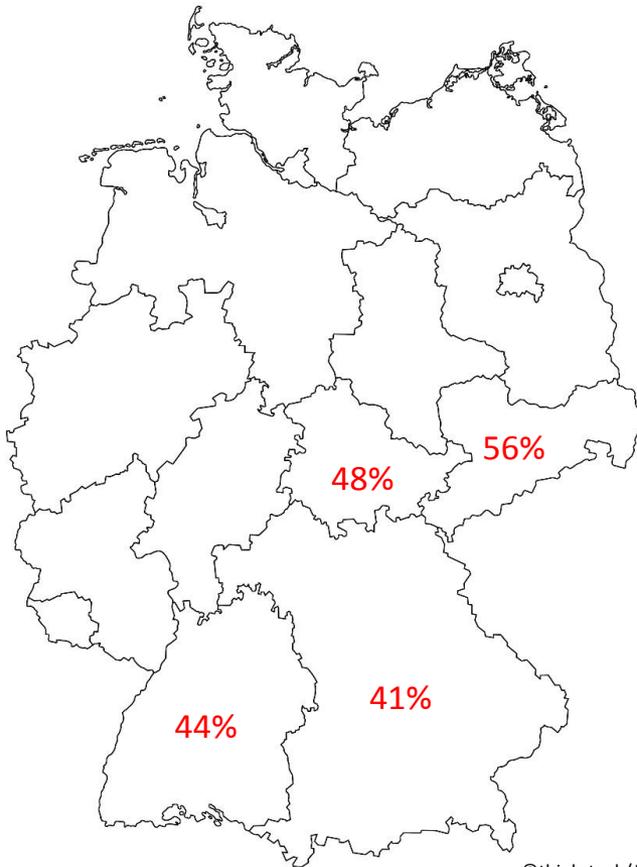
Insbesondere die Einnahmenseite ist für die erheblichen Überdeckungen der AOKen verantwortlich.

Die AOK-Versichertenstruktur verjüngt sich rapide



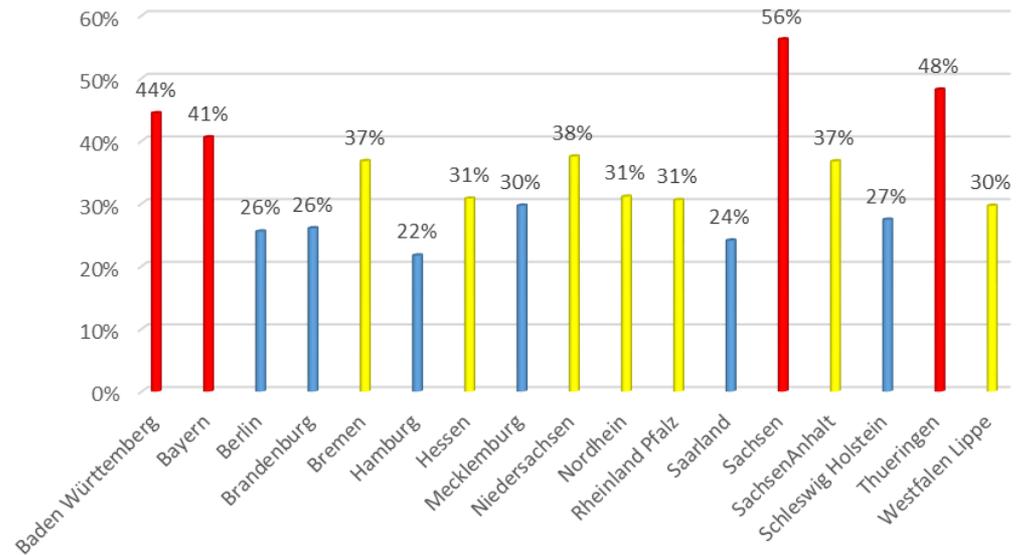
Die Risikostruktur der AOKen verjüngt sich, die Veränderungsrate der Leistungsausgaben wird dadurch gedrückt.

Marktanteil der AOK in den einzelnen Vertragsregionen



©thinkstock/ VanRee
eigene Bearbeitung

Marktanteil der AOK



Quelle: DWH KM6 2017 (Mitglieder + Fami)

Die Verwaltungsausgaben der AOKen liegen oberhalb des Durchschnitts

Verwaltungskosten je Versicherten 2014 bis 2016

	2014	2015	2016	%GKV-Niveau
AOK	154,64	159,86	175,38	114,00%
KNAPPSCHAFT	155,15	160,47	165,82	107,08%
GKV	142,46	147,47	153,78	100,00%
vdek	135,85	144,11	146,36	95,20%
IKK	133,13	133,93	134,38	87,40%
BKK	132,84	132,06	139,54	84,90%

Quelle: Eigene Berechnungen, KJ1 BMG

Die Ausgaben für Verwaltungskosten je Versicherten liegen 14 % über dem GKV-Durchschnitt.

In einem Ausgabenbereich, der tatsächlich gut gemanagt werden kann, zeigen die AOKen teilweise sehr schlechte Ergebnisse.

Zwischenfazit: Die Probleme liegen im Verteilungsmechanismus Morbi-RSA

- Die wachsende Spreizung zwischen den Kassenarten ist nicht auf ein besseres Ausgaben- und Leistungsmanagement, sondern auf Fehler in der Ausgestaltung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zurückzuführen. Insbesondere die AOKen erhalten so mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen.
- Damit die bestehende Kassenvielfalt und so auch die Wahlfreiheit der Versicherten erhalten bleiben, sind zeitnah Maßnahmen zu ergreifen, die diese Verwerfungen bei den Über- und Unterdeckungen zumindest reduzieren.
- Aufgabe des Morbi-RSA ist es nicht nur, Risikoselektion zu verringern. Er soll ebenso für faire Chancen im Kassenwettbewerb sorgen. Anreize, die eigene Position durch Manipulationen zu verbessern, müssen wirksam ausgeschlossen werden. Außerdem soll der RSA laut Gesetz auch versorgungsneutral wirken.

Quelle: Präsentation des Beirates zur PK am 19.10.2017

RSA-Reformvorschläge

- Morbi-RSA ist leistungsfähig, hat aber Verbesserungspotenziale mit Blick auf Individuen, Versichertengruppen und Krankenkassen
- Übergang zu Krankheitsvollmodell wird empfohlen; bei etwaigem Beibehalt von 50-80 Krankheiten keine Änderung des Auswahlalgorithmus
- Es gibt Indizien für Manipulationen, allerdings sind die Diagnosen mit Blick auf die Prävalenzen nicht unplausibel – Verringerung der Möglichkeiten und der Anreize für Manipulationen möglich und sinnvoll
- Streichen der ambulanten Diagnosen oder Ersatz durch Pharmakomponente nicht empfohlen; Pharmakostengruppen können das Modell aber weiter verbessern
- Streichung EMG-Variable nicht sinnvoll, aber Weiterentwicklung zu EMG-Morbiditäts-Interaktionen
- Weiterentwicklung des Umgangs mit Multimorbidität möglich, insbesondere durch Aufnahme von Variablen für die Interaktion von Alter und Multimorbidität
- Streichung der DMP Programmpauschale, da unsystematische Förderung spezieller Formate
- Bei den Zuweisungen für Verwaltungskosten empfiehlt der Beirat keine Änderung
- Regionalkomponente im RSA aktuell qualitativ andiskutiert. Vertiefte Diskussion und empirische Untersuchung im Folgegutachten

Lösen die Vorschläge des wissenschaftlichen Beirates die Probleme?

Mit der **Empfehlung der Streichung der DMP-Pauschale** wird der Morbi-RSA um verbliebene Restanten aus dem Altverfahren bereinigt. Diese Maßnahme ist aber kaum als „Reform“ zu bezeichnen. Vielmehr ist die Wirkung zu gering, um die Spreizung merklich zu reduzieren.

Der **Übergang zu einem Krankheitsvollmodell** lässt viele Fragen offen:

- etwa nach der konkreten Umsetzung,
- der Komplexität des Modells und dem damit verbundenen Aufwand
- würde zudem die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA weiter erhöhen und
- würde die Spreizung der Über- und Unterdeckungen je nach Ausgestaltung weiter vergrößern.

Stattdessen: weiterer Forschungsbedarf, weitere Untersuchungen, Beobachtungen



Viele Empfehlungen, keine Reformen durchzuführen

- Bedeutung von Indikatoren der Wettbewerbsverzerrung wie die Deckungsbeiträge für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben und die zunehmende Spreizung bei den Zusatzbeitragssätzen wird negiert;
- Keine Veränderung bei der Krankheitsauswahl (Prävalenzgewichtung);
- Keine Streichung der EMG-Variablen;
- Keine Änderung bei der Verwaltungskostenzuweisung;
- Einführung eines Risikopools zu „kontrollintensiv“.

Was bedeutet ein „Weiter so“ für den Versicherten?

„Weiter so“ bedeutet, dass

- die Spreizung der Über- und Unterdeckungen zunehmen werden,
- die Zusatzbeiträge weiter auseinandergehen,
- durch Marktkonzentration der Wettbewerb um eine gute Versorgung und guten Service sinkt,
- die Versicherten weniger Angebotsvielfalt und damit Wahlfreiheit in der GKV haben,
- die Leistungsanbieter einer regionalen Kassenmacht gegenüberstehen,
- den Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen weniger Geld zur Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung steht.

- Ursächlich für die wachsende finanzielle Spreizung zwischen den Kassen und Kassenarten sind Fehler in der Ausgestaltung des Morbi-RSA.
 - Der Beirat scheint den Auswirkungen der aktuellen Ausgestaltung des Morbi-RSA eher mit externen Instrumenten begegnen zu wollen. Deren Wirksamkeitsnachweis steht noch aus.
 - Maßnahmen zur (zumindest) Reduzierung der Spreizung müssen jetzt ergriffen werden. Ansonsten wird diese Spreizung sich weiter vergrößern und die GKV in eine Schieflage bringen.
 - Maßstab jeder Reform des Morbi-RSA muss die Herstellung fairer Wettbewerbsbedingungen und das Vermeiden von Manipulationsanreizen sein.
- Der Gesetzgeber muss diese Fehler korrigieren und die Ausgestaltung des Morbi-RSA verändern!

Vielen Dank!

Ihre Gesprächspartner:

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen (vdek)

Franz Knieps

Vorstand BKK Dachverband e.V.

Jürgen Hohnl

Geschäftsführer des IKK e.V.