



## Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Morbi-RSA-Reform unter Zeitdruck

- **Krankenkassen brauchen Planungssicherheit für 2020** ————— 2

ams-Interview mit Prof Dr. Klaus Jacobs (WlD)

- **Sondergutachten zeigen richtige Perspektiven auf** ————— 5

ams-Grafik: Morbi-RSA

- **So zielgenau ist der Krankenkassenausgleich** — 8

ams-Zitat: Graf Dominik von Stillfried, Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung

- **„Insgesamt wollen wir den Vertragsärzten Orientierung geben“...** ————— 9

ams-Stichwort: Das Funktionsprinzip des Morbi-RSA

- **Datenqualität sichern und ausbauen – Manipulationsresistenz stärken** ————— 10

ams-Glossar

- **Von A (Itersinteraktionsterme) bis R (isikoselektion)** ————— 12

ams-Service

- **Zahlen – Fakten –Links** ————— 14



Morbi-RSA-Reform unter Zeitdruck

## Krankenkassen brauchen Planungssicherheit für 2020

**07.11.18 (ams).** Die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) wird sich verzögern. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) kündigte erst für Anfang 2019 ein Eckpunktepapier an. Wenn die Reform allerdings im Jahr 2020 finanzwirksam werden soll, muss sie vor der Sommerpause 2019 abgeschlossen sein, weiß nicht nur der AOK-Bundesverband. „Damit wäre für die nötige Planungssicherheit bei der anstehenden Aufstellung der Kassenhaushalte gesorgt“, erläutert der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch. Mit Blick auf die beiden Sondergutachten des Bundesversicherungsamts (BVA) stellt Litsch klar: „Die Daten sind frisch, alle Argumente ausgetauscht. Auf dieser Grundlage kann die Politik unverzüglich entscheiden.“

Die Vorgängerregierung der aktuellen Großen Koalition hatte die beiden Gutachten noch 2017 in Auftrag gegeben. Sie zeigen detailliert auf, wo der Morbi-RSA heute schon gut funktioniert und wo er noch Nachbesserungsbedarf hat. Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA hatte der Politik fristgerecht die geforderte Expertise zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA geliefert. Zentral ist demnach die Berücksichtigung aller Krankheiten im Morbi-RSA statt wie bisher 80. Zudem sollten das Alter in die Berechnung der Morbiditätszuschläge einfließen und der Erwerbsminderungsstatus zur Differenzierung des Schweregrades herangezogen werden. Die zur Sicherung valider Datengrundlagen gedachten Kodierrichtlinien für die ambulante Versorgung hat die Koalition bereits im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verankert. „Die AOK unterstützt all diese Positionen ausdrücklich“, sagt Litsch. „Im Übrigen bestehen zu den meisten Fragen zwischen den Kassenlagern große Schnittmengen.“

### Umverteilung vom Land in die Stadt löst kein Problem

Lediglich zur Frage eines Regionalfaktors bleiben Differenzen. Der Ausgleich regionaler Deckungsunterschiede dürfe kein Selbstzweck sein, argumentiert der Verband. Regionalstatistische Merkmale seien keine sachgerechte Ergänzung des Morbi-RSA, verfestigten bestehende Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung und setzten damit Fehlanreize in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit. Aus gleichem Grund lehnt die AOK Ist-Ausgaben-Ausgleiche und sogenannte Deckungsbeitrags-Cluster-Ausgleiche ab. Ist-Ausgaben-Ausgleichen erteilt auch der Wissenschaftliche Beirat eine klare Absage mit dem Ziel, die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA auf Ebene der Versicherten und Versichertengruppen zu erhöhen. Der AOK-Bundesverband schlägt deshalb vor, die bislang nicht beachteten Morbiditätsfaktoren versichertenbezogen und nicht je Region zu berücksichtigen. „Durch die Umverteilung von Finanzmitteln von ländlichen in städtische Regionen wird kein Problem gelöst, sondern die bestehende Herausforderung der Versorgung im ländlichen Raum verschärft“, sagt Vorstandschef Litsch.



Rund 230 Milliarden Euro jährlich erhalten die gesetzlichen Krankenkassen aktuell aus dem Gesundheitsfonds. Wie sich das Geld auf die mehr als 100 Kassen verteilt, regelt der Morbi-RSA seit 2009. Er soll die Mittel zielgenau verteilen und für fairen Wettbewerb sorgen. Das Verfahren ist immer wieder Gegenstand gesundheitspolitischer Kontroversen.

## Zweckbündnisse und Katastrophenszenarien

Seit Einführung der kassenindividuellen, einkommensabhängigen Zusatzbeiträge 2015 hat sich die Debatte noch einmal merklich verschärft. Sie dreht sich neben der Berücksichtigung von Krankheiten und den Umgang mit regionalen Ausgabenunterschieden um Manipulationsrisiken, Präventionsanreize und andere Stellschrauben des Ausgleichsverfahrens. Allianzen von Krankenkassen haben mit einer Vielzahl von Auftragsgutachten versucht, ihre jeweilige Position zu einer möglichen Reform des Morbi-RSA zu untermauern. Manche Kassen- und Verbandschefs prophezeiten gar ein massenhaftes Kassensterben oder das Ende der Kassenpluralität. Trotz einer auch innerhalb einzelner Kassenarten heterogenen Finanzsituation sahen sie im GKV-Wettbewerb eine gravierende Schiefelage zugunsten der AOKs, insbesondere in den neuen Bundesländern.

Nach außen vermitteln die Allianzen den Eindruck von Einigkeit. Dabei besteht allenfalls Übereinstimmung in dem Ziel, eine Veränderung zulasten der AOK zu erreichen. Hinter den vermeintlich geschlossenen Lagern stecken Krankenkassen mit höchst unterschiedlichen Ausgangslagen. So beteiligen sich an den Bündnissen beispielsweise eine Metzinger Betriebskrankenkasse, die keinen Zusatzbeitrag erhebt, und eine Techniker Krankenkasse mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag und einem Überschuss von 630 Millionen Euro im Geschäftsjahr 2016, die beide mit dem Status quo gut leben könnten. Die Realität stellt sich insgesamt anders dar, als in manchem Untergangs-Drama beschrieben. In den vergangenen drei Jahren ist weder eine Krankenkasse insolvent geworden, noch läuft eine Pleitewelle auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu. Der höchste Zusatzbeitrag lag im Jahr 2015 bei 1,3 Prozent, drei Jahre später sind es 1,7 Prozent. Auch erfüllen laut Tätigkeitsbericht des BVA alle Kassen die gesetzlichen Anforderungen zur Mindestrücklage. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen läuft in geregelten Bahnen.

Gleichwohl war und ist es notwendig, den RSA kontinuierlich auf mögliche Schwachstellen zu überprüfen und ihn weiterzuentwickeln. BVA-Präsident Franke Plate spricht von einem „lernenden System“. Im Kern geht es darum, Risikoselektion – also die bewusste Bevorzugung junger und gesunder Versicherter, die eine Kasse weniger kosten – Stück für Stück zu minimieren. Die AOK-Gemeinschaft hatte sich daher seit Langem für eine wissenschaftliche Gesamtevaluation des Kassenausgleichs ausgesprochen. Andere Kassen pochten in den letzten Monaten hingegen auf kurzfristige politische Lösungen.

## Risikoselektion weiter reduzieren – Zielgenauigkeit erhöhen

Das erste „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“ liefert eindeutige Handlungsempfehlungen für die Politik: Zukünftig sollen alle Krankheiten Zuschläge im RSA auslösen (sogenanntes Vollmodell). Klar ist für den Beirat auch, dass ambulante Diagnosen weiterhin das Maß der Dinge sind, um Krankheiten zu berücksichtigen. Außerdem soll das Alter der Versicherten bei den Morbiditätszuschlägen berücksichtigt („Altersinteraktionsterme“ siehe ams-Glossar) und die Zuweisungen damit zielgenauer werden. Der Erwerbsminderungsstatus soll als Merkmal für die Schweregrad-



differenzierung genutzt werden. Auch für die Erhöhung der Manipulationsresistenz machen die Experten konkrete Vorschläge, unter anderem die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien.

Das zweite „Gutachten zur regionalen Verteilungswirkung des Risikostrukturausgleichs“ bestätigt, dass der RSA bereits heute regionale Ausgabenunterschiede zu einem Großteil ausgleicht. Für verbleibende Differenzen schlägt der Beirat zum einen die Berücksichtigung von zehn Morbiditäts- und Mortalitätsmerkmalen wie Sterbekosten, Pflegegrad oder Hausarztichte vor. Auf mittlere Sicht könnten laut Beirat außerdem Über- und Unterdeckungen zwischen Regionen mithilfe eines zusätzlichen Verfahrensschrittes („Deckungsbeitrags-Cluster-Modell“) ausgeglichen werden. Die Gutachter stellen fest, dass der Anreiz zur Risikoselektion weiterhin zu hoch ist. Noch bekommen die Krankenkassen für gesunde Versicherte mehr Geld, als sie für deren Gesundheitsversorgung benötigen (Überdeckung).

## Endlich den Empfehlungen der Wissenschaft folgen

Die AOK-Gemeinschaft unterstützt die Vorschläge des Beirats in vollem Umfang. Besondere Bedeutung haben aus ihrer Sicht die Berücksichtigung aller Krankheiten, die Altersinteraktionsterme und der Erwerbsminderungsstatus als Merkmal der Schweregraddifferenzierung – auch wenn dies die AOK-Gemeinschaft finanziell belastet. Zudem sollten die Vorschläge des Beirats zur Stärkung der Manipulationsresistenz des RSA zügig umgesetzt werden. Dabei sollte der Gesetzgeber auch die Prüfrechte des Bundesversicherungsamtes stärken. Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen reagierten auf beide Gutachten mit viel Kritik, weil ein Großteil ihrer Vorschläge bei der wissenschaftlichen Bewertung durchgefallen ist. Der geforderte Verzicht auf ambulante Diagnosen führt aus Sicht der Experten zu einem merklichen Anstieg der Überdeckung bei gesunden Versicherten. Ein derartiger Eingriff in den RSA würde sich im Übrigen verheerend auf die Finanzen derjenigen Kassen auswirken, die sich vor allem um kranke und ältere Versicherte kümmern. Mit Blick auf die Überdeckung bei gesunden Versicherten raten die Fachleute auch davon ab, ausschließlich teure und seltene Erkrankungen zu berücksichtigen, und die ersatzlose Streichung der Erwerbsminderungsgruppen würde laut Beirat zu „schwerwiegenden Risikoselektionsanreizen“ gegenüber Erwerbsminderungsrentnern führen.

Die von der Politik beauftragten Gutachter haben die in den letzten drei Jahren geführte Debatte umfangreich aufgegriffen und untersucht. Die Ergebnisse liegen auf dem Tisch, die Daten sind frisch: Es gibt keinen Grund, eine RSA-Weiterentwicklung auf die lange Bank zu schieben – entschärfen wird sich der Konflikt dadurch nicht. Jetzt ist es an der Zeit, dass die Politik den Risikostrukturausgleich anpackt. Dann kann sie sich wieder wichtigeren Fragen zuwenden: Pflegenotstand, Digitalisierung oder der Versorgung auf dem Land.

(rbr)

**VORSCHLÄGE DES AOK-BUNDESVERBANDES ZUR WEITERENTWICKLUNG DES MORBI-RSA:**

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Morbiditätsorientierter Strukturausgleich





ams-Interview: Prof. Dr. Klaus Jacobs, WIdO

## Sondergutachten zeigen richtige Perspektiven auf

07.11.18 (ams). Die Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt (BVA) zeigen nach Ansicht von Professor Klaus Jacobs auf, wie die wichtigsten Ziele einer Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) erreicht werden können. Es gehe darum, „die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA zu verbessern und seine Manipulationsresistenz zu stärken“, stellt der Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams) klar. Während er das erste Gutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA in dieser Hinsicht für eindeutig hält, sieht er bei der zweiten Expertise zur Regionalisierung gewisse Unstimmigkeiten.



Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK.

**Der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamts hat zwei Sondergutachten erstellt, die als Grundlage für die angestrebte Reform des Morbi-RSA dienen. Welche sind die Hauptpunkte, die aus Sicht des Beirats in der Reform angegangen werden sollten?**

**Jacobs:** Zunächst stellt der Wissenschaftliche Beirat fest, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich grundsätzlich funktioniert. Das heißt: Durch den bestehenden Morbi-RSA gelingt es bereits recht gut, Risikoselektion zu vermeiden und für faire Chancen im Krankenkassenwettbewerb zu sorgen. Eine Kasse mit vielen kranken Versicherten ist deshalb nicht mehr zwangsläufig gegenüber einer Kasse mit vielen gesunden Versicherten benachteiligt. Gleichwohl sieht der Beirat noch Verbesserungsmöglichkeiten, um die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA weiter zu erhöhen und seine Manipulationsresistenz zu stärken.

**Was ist unter besserer Zielgenauigkeit zu verstehen?**

**Jacobs:** In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es bekanntlich – anders als in der privaten Krankenversicherung (PKV) – keine risikoäquivalenten Beiträge der Versicherten. Deshalb richten sich die Zuweisungen an die Krankenkassen nach dem mittleren Ausgabenrisiko der Versicherten. Dazu gibt es mehrere Parameter wie Alter und Geschlecht und maximal 80 Krankheiten, die derzeit im Morbi-RSA berücksichtigt werden. Je genauer sich die Zuweisungen am Ausgabenrisiko orientieren, umso geringer werden die Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenkassen, die durch unterschiedlich verteilte Risiken entstehen. Deshalb ist die Verbesserung der Zielgenauigkeit ein zentrales Ziel der Reform des Morbi-RSA.

**Andere Kassen beklagen, dass die AOKs durch den Morbi-RSA mehr Geld erhielten, als sie für die Versorgung ihrer Versicherten tatsächlich benötigten. Als Beleg führen sie die sogenannten Deckungsquoten an. Was ist dran an diesem Vorwurf?**



**Jacobs:** Der Vorwurf verkennt die grundsätzliche Funktionsweise des RSA. Gemessen an den Ausgabenrisiken, erhält jede Krankenkasse für Versicherte mit den gleichen Merkmalen gleich hohe Zuweisungen. Unterschiede in den Deckungsquoten ergeben sich dadurch, dass die eine Kasse mehr, die andere weniger ausgibt. Das kann verschiedene Gründe haben. Allerdings ist es nicht Aufgabe des RSA, die tatsächlichen Ausgaben einfach auszugleichen. Damit ginge bei den Kassen jeder Wirtschaftlichkeitsanreiz verloren – in Bezug auf das eigene Handeln, vor allem aber auch im Hinblick auf die Gestaltung der Versorgung. Zudem führt der Blick auf Kassenarten in die Irre. Im Wettbewerb um Versicherte stehen allein die Einzelkassen. Deren Heterogenität hat auch innerhalb der Kassenarten zugenommen. Deshalb hält der Wissenschaftliche Beirat eine Betrachtung nach Kassenarten für nicht zielführend. Damit liegt er richtig.

### **Wie können die beiden Ziele – höhere Zielgenauigkeit und mehr Manipulationsresistenz – erreicht werden?**

**Jacobs:** Für eine stärkere Manipulationsresistenz ist es aus Sicht des Beirats vor allem notwendig, ambulante Kodierrichtlinien einzuführen. Das ist im aktuellen Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) mittlerweile auch vorgesehen. Eine höhere Zielgenauigkeit kann nach Überzeugung der Wissenschaftler vor allem dadurch erreicht werden, dass künftig alle prospektiv ausgabenrelevanten Krankheiten berücksichtigt werden und nicht mehr nur maximal 80 wie zurzeit. Ein weiterer Ansatz ist eine stärkere Differenzierung der Krankheitszuschläge, zum Beispiel nach dem Alter der Versicherten. Denn der Beirat hat festgestellt, dass Multimorbidität im höheren Alter zu einer Überdeckung für diese Versicherten führt. Vorgeschlagen wird auch, den Erwerbsminderungsstatus zur Differenzierung der Krankheitszuschläge zu nutzen. Auch sollten Arzneimittelinformationen verstärkt genutzt werden, und zwar sowohl als Aufgreifkriterium zur Stärkung der Manipulationsresistenz als auch mittels zusätzlicher Pharmakostengruppen zur Verbesserung der Zielgenauigkeit.

### **Ein Vollmodell, das alle Krankheiten umfasst, stößt aber auf Widerstand der anderen Kassenarten. Hat der Reformvorschlag des Wissenschaftlichen Beirats eine Chance, umgesetzt zu werden?**

**Jacobs:** Bisher haben die Verbände der Ersatz-, Betriebs- und Innungskassen ein Vollmodell abgelehnt und stattdessen einen sogenannten Hochrisikopool für besonders teure Krankheiten gefordert. Inzwischen fordert zum Beispiel der Vorstandsvorsitzende der Barmer selbst ein differenziertes Vollmodell und folgt damit den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats, die auch von der AOK-Gemeinschaft unterstützt werden. Die Schnittmenge zwischen den Kassenlagern nimmt offensichtlich zu.

### **Das sieht beim Thema Regionalfaktor aber noch ganz anders aus. Die AOK-Gemeinschaft, die das erste Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats unterstützt, geht zum zweiten Sondergutachten auf Distanz. Warum?**

**Jacobs:** Das Gutachten ist in sich nicht ganz stringent. In seiner Analyse kommt der Wissenschaftliche Beirat zu dem Ergebnis, dass es zwar Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten gibt. Damit bestätigt der Beirat erst einmal die Annahme, dass in Ballungsräumen wegen höherer Ausgaben pro Versicherten im Durchschnitt eine Unterdeckung vorliegt, im ländlichen Raum hingegen eine Überdeckung.



## **Genau das beklagen Ersatz- und vor allem Betriebskrankenkassen. Liegen sie also richtig?**

**Jacobs:** Nur auf den ersten Blick, denn zum einen sind die durchschnittlichen Über- und Unterdeckungen relativ klein und zum anderen gibt es bei den regionalen Deckungsquoten gravierende Abweichungen von dieser Annahme. Die höchste regionale Unterdeckung pro Kopf weist der dünn besiedelte Kreis Vorpommern-Greifswald auf. Dagegen sind zum Beispiel die Versicherten in Bremen und in Frankfurt am Main überdeckt. Hierfür gibt es keine schlüssigen Erklärungen. Im Gutachten heißt es zudem, dass die Unterschiede in den Deckungsquoten der Krankenkassen nur zu einem kleineren Teil auf die Finanzwirkungen der regionalen Verteilung der Versicherten zurückzuführen sind. Trotzdem empfiehlt der Beirat, im Morbi-RSA zehn regionalstatistische Merkmale zu berücksichtigen, um regional bedingte Wettbewerbsverzerrungen zu vermindern. Das passt nicht recht zusammen, vor allem auch, weil die vorgeschlagenen Merkmale zum Großteil keinen Raum-, wohl aber einen direkten Versichertenbezug aufweisen. Generell besteht bei der Einbeziehung von Regionalfaktoren in den RSA die Gefahr der Festschreibung von regionaler Über-, Unter- und Fehlversorgung. Das muss verhindert werden. In der Gesamtschau sind dennoch beide Gutachten zusammen eine sehr solide Basis für die gezielte Weiterentwicklung des Morbi-RSA.

(Interview: bho)

**WEITERE INFOS RUND UM DIE SONDERGUTACHTEN ZUR REFORM DES MORBI-RSA:**

[www.gg-digital.de](http://www.gg-digital.de) > Ausgabe 10/18

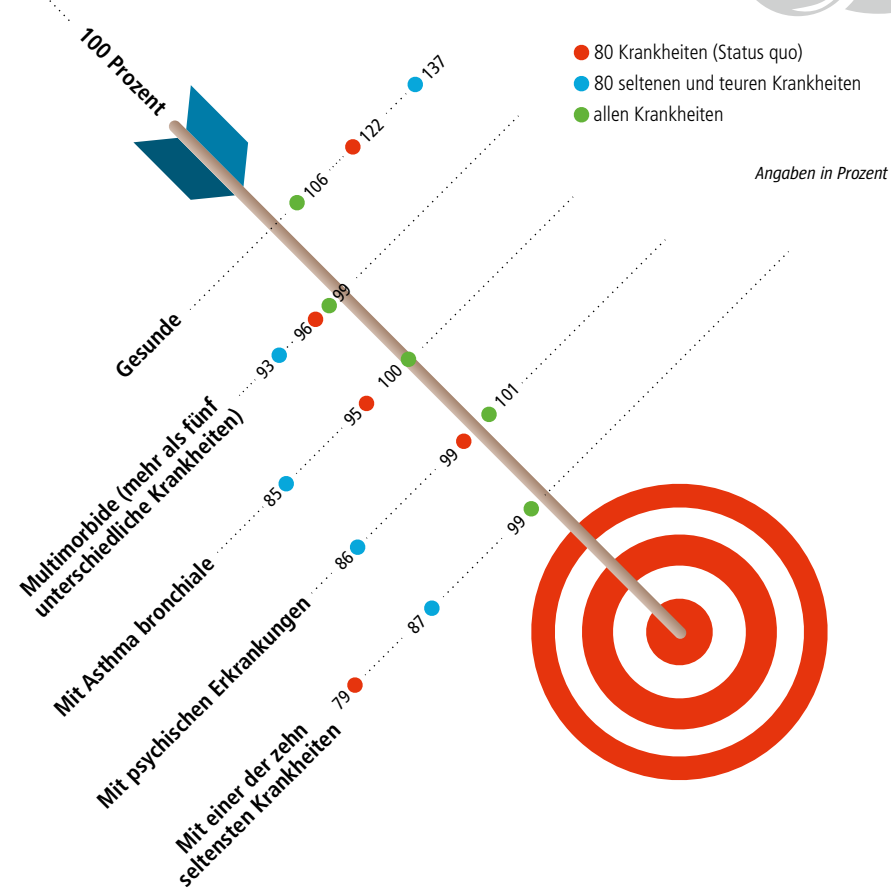




## Der Morbi- RSA: So zielgenau ist der Krankenkassen-Ausgleich

ams-Thema 01/18

### Ausgabendeckung auf Ebene von Versichertengruppen bei Morbi-RSA mit ...



Quelle: AOK-Bundesverband  
Grafik: AOK-Mediendienst

Je näher die Ausgabendeckung an 100 Prozent liegt, desto zielgenauer ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) und desto geringer sind die Anreize zu Risikoselektion. Wenn der Morbi-RSA alle Krankheiten berücksichtigt – so wie es der Wissenschaftliche Beirat auch in seinem Sondergutachten vorschlägt –, erfüllt er sein Ziel besser als das aktuelle Modell mit 80 Krankheiten oder das Modell mit 80 seltenen und teuren Krankheiten, das verschiedene andere Krankenkassen und deren Verbände vorschlagen.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen





ams-Zitat:

## „Insgesamt wollen wir den Vertragsärzten Orientierung ...

... und gezielte Unterstützung bei der Dokumentationsarbeit geben. Die Zeitersparnis ist ein Nebeneffekt der Vereinfachung. Die Klassifikationsliste von Krankheiten, die ICD-10-GM, ist sehr umfangreich, zum Teil komplex und erscheint nicht immer logisch. Ziel war es daher, durch die Fachgruppen-bezogenen Thesauren eine größere Übersichtlichkeit zu schaffen. Ergänzend bietet die Kodierhilfe ein schnelles Nachschlagewerk für den Fall, dass hinsichtlich der korrekten Verschlüsselung einer Diagnose Unsicherheit oder Fragen bestehen.“



**Dr. Dominik Graf Stillfried**

Dr. Dominik Graf von Stillfried  
Geschäftsführer des Zentralinstituts  
für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)  
in der Oktoberausgabe 2018  
des AOK-Forums „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G)

**ZUR ONLINEAusGABE:**

[www.gg-digital.de](http://www.gg-digital.de) > 10/18





ams-Stichwort: Das Funktionsprinzip des Morbi-RSA

## Datenqualität sichern und ausbauen – Manipulationsresistenz stärken

**07.11.18 (ams). Kodierfehler oder eine manipulative Veränderung von Daten führen zu falschen Zuweisungen und können die Finanzen der Krankenkassen belasten. Die Rechenregeln des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) führen nur dann zu richtigen Ergebnissen, wenn die genutzten Daten von guter Qualität und frei von Manipulationen sind. Der Gesetzgeber hat klare Rechtsvorschriften für die Datenmeldungen formuliert und Prüfverfahren für die gemeldeten Versicherungszeiten und für die Ausgaben geschaffen. Bundes- und Landesaufsichten prüfen jährlich die Datenmeldungen aller Krankenkassen auf der Grundlage eines einheitlichen Handbuchs. Im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sind die Regeln 2017 konkretisiert und geschärft worden.**

Mit dem Morbi-RSA sollen die Gelder aus dem Gesundheitsfonds dort ankommen, wo sie zur Versorgung der Versicherten benötigt werden. Dazu erhält jede Krankenkasse zunächst für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese Grundpauschale wird durch ein System von Zu- und Abschlägen angepasst mit dem Ziel, Kassen mit vielen schwerkranken Versicherten gegenüber Kassen mit vielen Gesunden nicht zu benachteiligen. Merkmale für die Anpassung sind Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie die Krankheitslast anhand von 80 ausgewählten Krankheiten. Für einen Gesunden erhalten die Kassen einen geringeren Betrag als die Grundpauschale, für Kranke gibt es Zuschläge. So gibt es im Wesentlichen Alters-Geschlechtsgruppen, Erwerbsminderungsgruppen und Morbiditätsgruppen.

### 4.000 ICD-10-Codes und 80 Krankheiten

Ansatzpunkt für einen Morbiditätszuschlag sind die ärztlichen Diagnosen. In der ambulanten und stationären Versorgung verschlüsseln die Ärzte jede Diagnose nach einem international gültigen Klassifikationssystem, dem ICD-10. Von den mehr als 15.000 ICD-10-Codes stehen etwa 4.000 mit einer der 80 ausgewählten Krankheiten in Verbindung. Bei den niedergelassenen Ärzten ist eine Zweitdiagnose derselben Krankheit in mindestens einem anderen Abrechnungsquartal erforderlich, damit ein Versicherter in die entsprechende Morbiditätsgruppe eingestuft wird. Für einige Krankheiten ist außerdem ein entsprechender Therapienachweis notwendig, etwa dann, wenn ein Klinikaufenthalt oder eine bestimmte Arzneimitteltherapie medizinisch zwingend erforderlich sind. Die Zuschläge sollen nicht die laufenden Behandlungskosten decken, sondern die mit dieser Krankheit verbundenen Folgekosten (prospektive Berechnung). Daher wird für jede Morbiditätsgruppe, die für den Morbi-RSA ausschlaggebend ist, geprüft, welche Ausgaben GKV-durchschnittlich für Versicherte mit entsprechender Diagnose im Jahr nach der Diagnosestellung entstanden sind.



## Zunahme ambulanter Diagnosen

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat in seinem Sondergutachten von 2017 die Diagnoseentwicklung überprüft und festgestellt, dass die Morbi-RSA-Daten keine Auffälligkeiten im Vergleich zu epidemiologischen Informationen aufweisen. Aber er hat auch beobachtet, dass bestimmte ambulante Diagnosen stark zugenommen haben, nachdem sie für den Morbi-RSA relevant wurden. Um den Morbi-RSA manipulationssicher zu machen, ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ein Paradigmenwechsel erforderlich. Zum einen müssten die Grundlagen der Datenerhebung im Vorfeld der Berechnungen geprüft werden und nicht erst viele Jahre später. Zum anderen sei die Kooperation zwischen Bundes- und Länderaufsicht so zu verändern, dass ein einheitlicher Maßstab für die Ausübung der Rechtsaufsicht in RSA-Fragen für alle Krankenkassen gelte – unabhängig davon, ob es sich um eine bundesunmittelbare oder eine landesunmittelbare Krankenkasse handelt.

## Trennung der Aufsichten bleibt bestehen

Künftig sollte das Bundesversicherungsamt gemeinsam mit den Landesaufsichten festlegen, welche selektivvertraglichen Regelungen aus RSA-Sicht zulässig sind und welche nicht. Nur Diagnosen aus als „zulässig“ qualifizierten Verträgen dürften Krankenkassen dann für den RSA melden. Auch müsse das BVA das Recht erhalten, bereits bei begründetem Verdacht auf rechtswidrig gemeldete Diagnosen diese von den Berechnungen vorab und so lange auszuschließen, bis die Krankenkasse nachweist, dass diese Daten den rechtlichen Anforderungen genügen. Mit einem solchen Verfahren ließen sich die zentralen Kritikpunkte effektiv beseitigen, und ein beim BVA einzurichtendes Vertragsregister schaffe zusätzlich Transparenz, so die Überzeugung des Bundesverbandes. Für die Umsetzung ist für die AOK dabei von zentraler Bedeutung, dass die verfassungsrechtlich begründete Trennung von Bundes- und Landesaufsichten nicht infrage gestellt wird. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf Beispiele aus anderen Verwaltungsbereichen wie etwa die verbesserte Zusammenarbeit in der inneren Sicherheit.

(rbr)



ams-Glossar

## Von A (Altersinteraktionsterme) bis R (Risikoselektion)

**07.11.18 (ams). Das Wortungetüm „morbidityorientierter Risikostrukturausgleich“ an sich signalisiert Komplexität. Auch die Abkürzung „Morbi-RSA“ sorgt da kaum für Abhilfe. Der AOK-Medienservice beschreibt und erklärt in seinem Glossar wichtige Begriffe aus dem Bereich des Finanzausgleichs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).**

### Altersinteraktionsterme

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs empfiehlt in einem aktuellen Gutachten, das Alter der Versicherten bei den Morbiditätszuschlägen durch sogenannte Altersinteraktionsterme differenzierter zu berücksichtigen. Damit sollen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zielgenauer werden.

### Erwerbsminderungsstatus

Kann ein Versicherter aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt einen Beruf ausüben, kann er eine Erwerbsminderungsrente beantragen. Der Erwerbsminderungsstatus war der erste Indikator für Morbidität und wurde bereits im ersten Risikostrukturausgleich berücksichtigt.

### Krankheitsauswahl

Den Morbiditätsgruppen im Risikostrukturausgleich werden derzeit 80 kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf zugrunde gelegt, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen. Das Bundesversicherungsamt überprüft diese Auswahl jährlich. Der Wissenschaftliche Beirat empfiehlt, künftig alle Krankheiten im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen.

### Morbidityorientierter Risikostrukturausgleich

In sozialen Krankenversicherungssystemen mit freiem Kassenwahlrecht schafft ein Risikostrukturausgleich faire Wettbewerbsbedingungen. In Deutschland erhalten Kassen mit vielen älteren oder chronisch kranken Versicherten höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als Kassen mit vielen jungen und gesunden Mitgliedern. Unterschiede in der Versichertenstruktur werden bei der Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen durch Zu- und Abschläge ausgeglichen, die derzeit die Merkmale Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie die Krankheitslast anhand von 80 ausgewählten Krankheiten berücksichtigen.



## Regionale Verteilungswirkungen

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich berücksichtigt bereits regionale Unterschiede in der Krankheitslast. In der Debatte um eine Weiterentwicklung des RSA werden aber immer wieder Forderungen laut, auch Unterschiede in den regionalen Versorgungs- und Kostenstrukturen auszugleichen. Ein aktuelles Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vom Juni 2018 hat untersucht, inwieweit angebots- und nachfrageseitige Einflussgrößen regionale Ausgabenunterschiede bedingen. Die Gutachter bestätigen, dass der Risikostrukturausgleich bereits heute regionale Ausgabenunterschiede zu einem Großteil ausgleicht. Für verbleibende Differenzen schlägt der Beirat zum einen die Berücksichtigung von zehn Morbiditäts- und Mortalitätsmerkmalen wie Sterbekosten, Pflegegrad oder Hausarztichte vor. Auf mittlere Sicht könnten laut Beirat Über- und Unterdeckungen zwischen Regionen mithilfe eines zusätzlichen Verfahrensschrittes („Deckungsbeitrags-Cluster-Modell“) ausgeglichen werden.

## Risikoselektion

Fehlt in einem wettbewerblich orientierten Krankenversicherungssystem ein Ausgleich für die unterschiedlichen Ausgabenrisiken bestimmter Versichertengruppen, ist der Anreiz für die Kassen groß, sich vorrangig um „gute Risiken“ zu bemühen, also um junge, gesunde Mitglieder, die mehr einbringen, als sie an Leistungsausgaben verursachen. Eine Kasse mit vielen „guten Risiken“ könnte geringere (Zusatz-)Beiträge erheben und hätte so einen Wettbewerbsvorteil. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich soll eine solche gesundheits- und sozialpolitisch unerwünschte „Rosinenpickerei“ verhindern, indem er risikoäquivalente Beiträge simuliert.

[WEITERE BEGRIFFSERKLÄRUNGEN IM ONLINE-LEXIKON:](#)

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Lexikon





ams-Service

## Zahlen – Fakten – Links

Im Jahresdurchschnitt 2017 waren **72,2 Millionen** Menschen gesetzlich versichert. 34,6 Millionen davon waren Männer, 37,6 Millionen Frauen. **35,9 Prozent** (25,9 Millionen) davon bei der AOK.

Im Jahresdurchschnitt 2017 waren **17,6 Millionen** Menschen Mitglied in der **Krankenversicherung der Rentner (KVdR)** gesetzlich versichert. 38 Prozent (6,7 Millionen) davon bei der AOK.

Das Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds beträgt 2018 **GKV-weit 222 Milliarden Euro**.

2018 erhält die GKV durchschnittlich Zuweisungen in Höhe von **3.050 Euro pro Versicherten**.

---

### DAS DOSSIER ZUM MORBI-RSA:

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

---

### WEITERE INFOS RUND UM DIE SONDERGUTACHTEN ZUR REFORM DES MORBI-RSA:

[www.gg-digital.de](http://www.gg-digital.de) > Ausgabe 10/18



---

### INFORMATIONEN DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS:

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Themen > Krankenversicherung > Finanzierung > Gesundheitsfonds

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Themen > Krankenversicherung > Finanzierung > Risikostrukturausgleich (RSA)

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Themen > Krankenversicherung > Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung



---

### INFORMATIONEN DES BUNDESVERSICHERUNGAMTES:

[www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Gesundheitsfonds

[www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) > Risikostrukturausgleich



**Redaktion  
AOK-Mediendienst  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin**

Name: \_\_\_\_\_

Redaktion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Ratgeber künftig an folgende Adresse:

Name: \_\_\_\_\_

Redaktion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Politik-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Politik **per Post** an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Politik **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

## Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Ratgeber.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

---

---

---

---