



**BKK Bundesverband GbR**

Kronprinzenstr. 6  
45128 Essen

Essen, 24. August 2011

Internet: [www.bkk.de](http://www.bkk.de)

## **Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2012**

Mit Schreiben vom 5. August 2011 hat das Bundesversicherungsamt (BVA) den Entwurf für das Versichertenklassifikationsmodell im Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2012 bekannt gegeben. Das BVA hat transparent alle eingereichten Vorschläge zusammengefasst, anschließend die durchgeführten Untersuchungen erläutert und die aus Sicht des BVA resultierenden Entscheidungen vorgestellt.

Die Betriebliche Krankenversicherung hat die geplanten Änderungen eingehend geprüft. An einigen Stellen wird das bestehende Versichertenklassifikationsmodell konsequent weiter entwickelt. Andere, ebenfalls sinnvolle Vorschläge, werden in der Stellungnahme hingegen nicht einmal diskutiert. Im Rahmen des Anhörungsverfahrens nehmen wir deswegen mit der Bitte um Berücksichtigung zu einzelnen Punkten noch einmal Stellung.

### **Verwendung stationärer Nebendiagnosen**

Wir begrüßen die Entscheidung des BVA, die stationären Nebendiagnosen grundsätzlich nur noch wie ambulante Diagnosen zu behandeln und damit die Manipulationsresistenz höher zu bewerten als eine minimale Verschlechterung der Güte des Modells. Gerade die Erfahrungen der jüngeren Vergangenheit haben gezeigt, dass hier die Anreize für die Krankenkassen falsch gesetzt waren. Der geringere Rückgang des  $R^2$  gegenüber der Erstberechnung kann sogar als Indiz für den „Erfolg“ der Upcoding-Maßnahmen angesehen werden und unterstreicht damit die Relevanz der Änderung.

## **Hierarchie 07: „Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems“**

Bei der Schweregraddifferenzierung der DxG186 („M. Behcet“), DxG187 („SLE, Riesenzellarteriitis, andere Erkrankungen des Bindegewebes“), DxG188 („Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien“), DxG189 („Entzündliche Wirbelerkrankungen“), DxG190 („Polymyalgia rheumatica“), DxG208 („n. bez. Arthritis psoriatica“) und DxG209 („n. n. bez. Psoriasis-Arthropathie“) sieht der aktuelle Entwurf die Berücksichtigung von Immunsuppressiva ( ATC-Codes: L04AA, L04AB, L04AC, L04AD und L04AX) vor.

Diese Medikamente gehören zur Standardtherapie bei der Behandlung von rheumaähnlichen Gelenkentzündungen, so dass eine Abgrenzung besonders schwerer Verlaufsformen über diese ATC-Codes aus medizinischer und pharmakologischer Sicht nicht sehr sinnvoll scheint. Wir sprechen uns daher für eine Überprüfung der zugrunde gelegten ATC-Liste aus. Vor allem ist zu überprüfen, ob durch die Selektion von Versicherten anhand der in Tabelle 10 in den Erläuterungen zum Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren genannten ATC-Codes ohne die o.g. Immunsuppressiva eine zielgenauere Zuweisung ermittelt werden kann.

## **Kostenerstatter**

An der Validität der errechneten Zuschläge für die neu erstellten Gruppen zur Aufteilung der Kostenerstatter hegen wir erheblichen Zweifel. Selbst die Berechnungen, die in den Erläuterungen zum Klassifikationsmodell dargestellt werden, zeigen dass es hier aufgrund der sehr geringen Datengrundlage zu Verwerfungen kommt. So variieren die Zuschläge bei der konstanten Gruppe „Kostenerstattung nach § 13“ zwischen den einzelnen Modelvarianten um mehrere Cent, obwohl sich hier eigentlich keine Änderungen ergeben dürften.

Die höhere statistische Güte bezieht sich nur auf die Zuweisungsverteilung innerhalb des Segments Kostenerstattung. Da mit Blick auf die geringe Anzahl der betroffenen Versicherten (nur ca. 0,1% der GKV-Versicherten) die beabsichtigte Ausweitung des Verfahrens nur geringe Auswirkungen haben, sollte aus unserer Sicht aus Wirtschaftlichkeitsgründen keine zusätzliche Detaillierung des Verfahrens erfolgen. Den Vorschlag des BVA lehnen wir daher ab.

Falls eine Neuregelung dennoch als erforderlich gesehen wird, sollten alternative Berechnungen zukünftig erst dann erfolgen, wenn dadurch stabilere Ergebnisse für die Zuweisungen erreicht werden können.

Weiterhin stellt sich die Frage, wie die grundsätzlich höheren Ausgaben der Kostenerstattung berücksichtigt werden. Bei der Kostenerstattung nach §53 (Wahltarife) werden diese in der Regel durch eine von den Teilnehmern finanzierte Prämie ausgeglichen. Insofern muss sichergestellt werden, dass nur der Ausgabenanteil für Kostenerstattung über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen wird, der auch in der Regelversorgung angefallen wäre. Wir schlagen hier die Prüfung eines Abzugs über einen Korrekturfaktor vor, um nicht gerechtfertigte Doppeleinnahmen der Krankenkassen zu vermeiden.

### **Einheitliche Berücksichtigung aller Versicherten – auch der Verstorbenen**

Wir begrüßen die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes, über die bestehende Regelung zur Berücksichtigung der Verstorbenen erst nach der Veröffentlichung des Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats und einer anschließenden Diskussion zu entscheiden.

Eine Hochrechnung der Leistungsausgaben auf das gesamte Jahr ist mathematisch grundsätzlich sinnvoll, da sich die Leistungsausgaben der Versicherten normalerweise relativ gleichmäßig über das Kalenderjahr verteilen. Gerade bei den Verstorbenen ist dies jedoch nicht der Fall.

In der Tat würde die Leistungsausgaben-Unterdeckung durch eine Berücksichtigung Verstorbener im Rahmen der in den Morbi-RSA einbezogenen Krankheiten von 71% auf 67% zurückgehen. Allerdings würde für die Versicherten, die nicht an diesen Krankheiten sterben, die Leistungsausgaben-Überdeckung durch die nun erhöhten Fondszuweisungen von 103% auf 106% steigen. Naturgemäß wiegt aber die Überdeckung bei den Überlebenden deutlich schwerer. So würden neue erhebliche Verzerrungen entstehen.

Diese Sichtweise fehlt bei der Bewertung durch das BVA (vgl. Pkt. 14.2) und sollte aus unserer Sicht entsprechend aufgenommen werden.

Zuweisungen im Rahmen standardisierter Verfahren sehen immer vor, dass es im Einzelfall zu einer Über- bzw. Unterdeckung der Zuweisung kommt. Dies betrifft nicht nur die Verstorbenen, sondern tritt bei einer Vielzahl von Fällen auf. Durch das prospektive Verfahren ist eine Unterdeckung grundsätzlich beim erstmaligen Auftreten einer schweren Erkrankung gegeben.

Ein einseitiger Eingriff in das Regressionsverfahren ist deshalb nicht zielführend. So würde ein fiktiver Behandlungsbedarf in Milliardenhöhe geschaffen und auf die 80

Krankheiten verteilt. Diese nicht vorhandenen Gelder müssen konsequenterweise bei allen Versicherten gekürzt werden, so dass sich die Situation für die Personengruppen, die durch den Morbi-RSA benachteiligt sind, weiter verschärft. Die Anpassung löst das ursprüngliche Problem - die Unterdeckung bei Verstorbenen - folglich nicht, sondern führt zu weiteren Wettbewerbsverzerrungen.

### **Nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben**

Das BVA greift einen Vorschlag auf, den bisher angenommenen fehlenden Morbiditätsbezug bei den Ausgaben für Schutzimpfungen zu überprüfen. In seiner Bewertung geht das BVA aber über die Prüfung dieses Vorschlags hinaus und stellt Betrachtungen auch zu den Ausgaben für Selbsthilfe und betriebliche Gesundheitsförderung an. Damit weicht das BVA von seiner letztjährigen Ankündigung ab, „das Verfahren der Hochrechnung der Ausgaben ohne Morbiditätsbezug im Rahmen der Analyse des anstehenden Jahresausgleichs zu überprüfen“ (Erläuterungen zur Festlegung Jahresausgleich 2011). Aufgrund der angestellten unsystematischen Einzelbetrachtungen beabsichtigt das BVA, nur noch 60% der Ausgaben für Schutzimpfungen den nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben zuzuordnen. Die Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung sollen darüber hinaus aus der Liste der nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben gestrichen werden. Diese vorgeschlagenen Änderungen sind nicht sachgerecht, die angewandte Überprüfungsverfahren ist nicht aussagekräftig.

Bereits a priori lässt sich für die Ausgaben für Schutzimpfungen sowie die betriebliche Gesundheitsförderung ein fehlender Morbiditätsbezug feststellen. Schutzimpfungen gelten geradezu als Ideal einer primärpräventiven Maßnahme, die definitionsgemäß zur Vermeidung von Krankheiten angewendet werden, wenn die Krankheiten noch nicht vorliegen. Impfeempfehlungen bestehen daher immer generell für die gesamte Bevölkerung oder bei besonders gefährdeten Personengruppen (vgl. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut). Bestehende Krankheiten werden dagegen in der Regel als Kontraindikation für Schutzimpfungen gesehen.

Laut den Leitbegriffen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bezeichnet man als Betriebliche Gesundheitsförderung systematische Interventionen in Betrieben, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen. Die gesundheitsförderlichen Effekte würden durch Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des Verhaltens erzielt. Der Leitfaden Prävention des GKV-SV weist zudem auf die vom Gesetzgeber gewünschte Zusammenarbeit der Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung hin. Diese beziehe sich auf diejenigen Krankenkassen, bei denen die Mitarbeiter eines Betriebes versichert sind. Bereits in der Erhebungs- und Planungsphase betrieblicher Gesundheitsförderung sollen

die im Betrieb vertretenen Krankenkassen untereinander Einvernehmen herstellen. Vor allem Krankenkassen, die im jeweiligen Betrieb mit einem relevanten Anteil an den Beschäftigten vertreten sind, sollen sich untereinander abstimmen. Die für die betrieblichen Gesundheitsförderungsleistungen aufgewandten Mittel können zwischen den aktiv beteiligten Krankenkassen entsprechend der Mitgliederzahl im jeweiligen Betrieb aufgeteilt werden. Aus diesen Definitionen und Handlungsregeln ist erkennbar, dass betriebliche Gesundheitsförderung als systematischer Ansatz nicht durch Morbidität veranlasst wird. Ausweislich der letztjährigen Erläuterungen zur Festlegung des Klassifikationsmodells vertrat das BVA ebenfalls noch diese Auffassung: „Der fehlende Morbiditätsbezug bei der Kontenart 5155, .., folgt daraus, dass die Durchführung von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und die entsprechende Kostenbelastung wesentlich vom Anteil der Mitglieder einer Kasse in einem Betrieb bestimmt wird.“ Offenbar hat das BVA aufgrund seiner empirischen Untersuchung seine Auffassung geändert.

Zur empirischen Untersuchung eines fehlenden Morbiditätsbezugs hat das BVA in einer nur bedingt nachvollziehbaren Darlegung für die Ausgaben für Schutzimpfungen, Selbsthilfe und betriebliche Gesundheitsförderung jeweils unterschiedliche Zuweisungsszenarios berechnet. Die Anteile der Zuweisungen nach Versichertenzeiten bzw. standardisierten Leistungsausgaben wurden variiert und die Anteile als zu bevorzugen betrachtet, bei denen die Summe der Abweichungsquadrate minimiert wird. Dieses Verfahren ist ungeeignet, einen Morbiditätsbezug der Ausgaben zu beurteilen, da fälschlicherweise davon ausgegangen wird, dass die standardisierten Leistungsausgaben die Morbidität der Kassen hinreichend beschreiben. Dass dem nicht so ist, lässt sich am Beispiel der Selbsthilfe verdeutlichen, wo das BVA zu dem paradoxen Ergebnis kommt, dass die Förderung der Selbsthilfe keinen Morbiditätsbezug aufweise. Selbsthilfe ist dagegen das Ideal einer tertiärpräventiven Maßnahme, die ausschließlich bei bestehender Morbidität und im Umfang der Morbidität erbracht wird. Dass diese Morbiditätsbeziehung in den Berechnungen des BVA nicht erkennbar ist, folgt aus § 20 SGB V, wodurch eine Mitglieder bezogene Sollausgabe vorgegeben wird (EUR 0,57). Ein Unterschreiten dieses Wertes führt zur Vereinnahmung für die Gemeinschaftsförderung im Folgejahr. Sie verbleiben nicht in der Kasse. Die gesetzlichen Regelungen nivellieren somit die ansonsten morbiditätsbezogenen Ausgaben. Die vom BVA gewählte Methode führt also zu konfundierten Ergebnissen und ist nicht geeignet, um einen Morbiditätsbezug der Kontengruppen zu untersuchen.

Es ist davon auszugehen, dass die empirischen Prüfungen des BVA auch für die Schutzimpfungen und die betriebliche Gesundheitsförderung zu fehlerhaften Schlüssen führten. Zur Untersuchung eines gegebenen Morbiditätsbezuges müsste vielmehr das Ausgabegeschehen mit geeigneteren Morbiditätsmaßen in Zusammenhang betrachtet

werden. Zur Veranschaulichung wurden in einer Stichprobe von mehr als 80 BKK mit einem Risikofaktor zwischen 0,6 und 1,4 daher die Konten spezifischen Ausgaben mit dem Risikofaktor der Kassen korreliert. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, findet sich ein Morbiditätsbezug lediglich bei den Schutzimpfungen im Hinblick auf die Satzungsleistungen und auf die ärztlichen Honorare. Allerdings erweist sich dieser Zusammenhang als invers: ein hoher Risikofaktor ist signifikant mit geringeren Ausgaben für Schutzimpfungen korreliert.

Als Fazit ist festzuhalten, dass eine systematische Untersuchung der nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben weiterhin aussteht. Die vorgelegten empirischen Prüfungen des BVA sind nicht belastbar. Untersuchungen des BKK Systems zeigen dagegen, dass ein Morbiditätsbezug der Ausgaben für Schutzimpfungen und der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht besteht. Die entsprechenden Zuweisungen sollten pauschal erfolgen. Den gegenläufigen Vorschlag des BVA lehnen wir daher ab.

Tab.: Korrelation zwischen Ausgaben pro Mitglied und Risikofaktor

Konto	Korrelations- koeffizient n. Spearman	P- Wert
5180 Schutzimpfungen Satzungsleistung	-0.27	0.01
5183 Schutzimpfungen Regelleistung Honorare	-0.25	0.02
5186 Schutzimpfungen Regelleistung Arzneimittel	0.07	0.55
5155 BGF	0.07	0.51

## Verwaltungsausgaben

Wir folgen der Argumentation des BVA, dass im Rahmen des Klassifikationsverfahrens keine Anpassung der Verteilungssystematik erfolgen kann.

Grundsätzlich weisen wir darauf hin, dass die bekannte Zuweisungssystematik (50% nach Versicherten und 50% nach M-RSA Morbidität) vom Gesetzgeber nur bis zum 31.12.2010 festgelegt worden ist (vgl. § 37 Abs. 2 Satz 1 RSAV). Vor Ablauf des Datums sollte das BMG die finanziellen Auswirkungen dieser Prozentwerte auf die Krankenkassen überprüfen (vgl. § 37 Abs. 2 Satz 2 RSAV). Das Ergebnis der Überprüfung ist nicht bekannt; eine Anpassung der RSAV (z. B. Verlängerung des Prüfzeitraums) erfolgte bis

jetzt nicht. Bis zum Abschluss der Prüfung sollten daher keine Änderungen vorgenommen werden.

Um zeitnah eine sachgerechte Anpassung des bestehenden Verteilungsschlüssels zu erreichen, wurde durch das BKK System ein Modell für die bedarfsorientierte Verwaltungskostenzuweisung entwickelt. Im Zuge der Modellentwicklung wurden die unterschiedlichen Facetten und Besonderheiten der Verwaltungskosten eingehend analysiert und bewertet (z. B. auch die Wirkungsweise der erstatteten Verwaltungskosten).

In die Bewertung des BVA (vgl. Pkt. 22.2) sollte aus Sicht des BKK Systems ein Hinweis zu den bestehenden oder geplanten Aktivitäten in diesem Zusammenhang aufgenommen werden; ggf. könnte auf das bereits entwickelte Modell zurückgegriffen werden.

Das Modell wird nachfolgend vorgestellt.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) änderte unter anderem die Finanzierung der Verwaltungskosten in der GKV. Zuvor finanzierte jede Kasse ihre Verwaltungskosten aus den einkommensabhängigen Beiträgen der Versicherten. Heute erhalten die Kassen dafür Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Zuweisungsanteile berechnen sich derzeit je zur Hälfte nach der Versichertenzahl und der kassenindividuellen Morbidität. Diese grobe Aufteilung ist aber nicht sachgerecht. So verursacht z. B. ein teurer Arztbesuch mit hohen Arzneimittelausgaben nur geringe Verwaltungskosten bei den Krankenkassen. Dem gegenüber entstehen bei anderen Leistungen hohe Verwaltungskosten für vergleichsweise geringe Leistungsaufwendungen, z. B. für Beratungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft. Darüber hinaus wird der jeweilige Aufwand für die nicht leistungsbezogenen Prozesse, z. B. Meldungen, Prüfung der Familienversicherung, Beitragseinstufung für freiwillige Mitglieder, Beitragseinzug für den Gesundheitsfonds und Einzug des Zusatzbeitrages bisher nicht bedarfsgerecht berücksichtigt. Versichertenzahl und Krankheitsgeschehen alleine sind demzufolge keine aussagekräftigen Parameter für eine gerechte Zuweisung der Verwaltungskosten.

Seit seiner Einführung ist der Verteilungsschlüssel für Verwaltungskosten umstritten. Die gegenwärtige Zuweisungsform der Verwaltungskosten verhindert den Wettbewerb in diesem Bereich. Ziel des Wettbewerbsstärkungsgesetzes war es, die Krankenkassen um den wirtschaftlichen Einsatz von Verwaltungskosten konkurrieren zu lassen. Nur wenn Krankenkassen anhand eines standardisiert ermittelten Personalbedarfs bewertet werden, ist es möglich, unwirtschaftliches Handeln im Bereich der Verwaltungskosten abzubilden und diese Finanzmittel zum Wohle der Versichertengemeinschaft einzusetzen.

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich darum für ein Zuweisungssystem aus, das die sachlich erforderlichen Verwaltungsausgaben in den Vordergrund stellt. Sie haben ein

kontengruppenspezifisches Zuweisungsmodell entwickelt, das die Zuweisungen anhand fünf ausgewählter Parameter berechnet. Auch ein Innovations- oder Zukunftsfaktor kann in diesem Modell abgebildet werden.

Für den Bereich der persönlichen Verwaltungskosten (Kontengruppe 70; ca. 70% der Bruttoverwaltungskosten) sollten die verwaltungskostenintensiven Geschäftsprozesse einer gesetzlichen Krankenkasse definiert und hinsichtlich ihres durchschnittlichen Personalaufwandes bemessen werden. Die Kontengruppen 71 (sächliche Verwaltungskosten), 72 (Aufwendungen für Selbstverwaltung), 73 (Beiträge und Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke) und 74 (Kosten der Rechtsverfolgung) sollten nach der Anzahl der Versicherten zugewiesen werden. Diese Kosten stehen lediglich in geringem Zusammenhang mit der Morbidität. Für die erstatteten Verwaltungskosten (Kontengruppe 76) muss eine Verrechnung der tatsächlichen Erstattungen mit den Zuweisungen erfolgen. Dies ist sachgerecht, da die Erstattungen einer Krankenkasse im Wesentlichen fremdbestimmt und der Höhe nach kassenindividuell sind.

Die Bemessung der persönlichen Verwaltungskosten (Kontengruppe 70) sollte sich am Personalbedarf der Hauptprozesse, die auf Grundlage von Kassenergebnissen ermittelt wurden, orientieren:

<b>Teilbereich Leistungen</b>	<b>Anteil ges.</b>	<b>Anteil rel.</b>	<b>Anteil gewichtet</b>
L1 – unmittelbarer Morbi-Bezug	50,0	15,0	7,5
L2 – mittelbarer Morbi-Bezug		55,0	27,5
L3 – neutral (kein Morbi-Bezug)		30,0	15,0

<b>Teilbereich Beiträge</b>	<b>Anteil ges.</b>	<b>Anteil rel.</b>	<b>Anteil gewichtet</b>
B1 – Arbeitgeber-Konten	30,0	25,0	7,5
B2 – Freiw. vers. Mitglieder		28,0	8,4
B3 – Familienversicherte		16,0	4,8
B4– Meldungen/Anzahl Mitglieder		25,0	7,5
B5 – Zusatzbeitrag		6,0	1,8

<b>Teilbereich Sonstige</b>	<b>Anteil ges.</b>	<b>Anteil rel.</b>	<b>Anteil gewichtet</b>
zentrale Aufgaben (kein Morbi-Bezug)	20,0	20,0	20,0

Ein solches Modell ermöglicht es, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gerechter und bedarfsorientierter zu bemessen. Somit würden bestehende Strukturen nicht zementiert, sondern Anreize zur Effizienzsteigerung in sämtlichen Bereichen gesetzt.



## **Einzelfallanträge**

Für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sind umfassende personenbezogene Datenmeldungen erforderlich. Der damit verbundene Verwaltungsaufwand ist sehr hoch, das Verfahren zur Ermittlung der Daten ist komplex und entsprechend fehleranfällig.

Der Gesetzgeber hat daher mit § 39 Abs. 3 Satz 2 und 3 RSAV i.V.m. § 30 Abs. 4 Satz 4 RSAV die Möglichkeit geschaffen, die vorläufige Höhe der Zuweisungen für das monatliche Abschlagsverfahren abweichend von dem üblichen Berechnungsverfahren zu ermitteln, sofern eine betroffene Krankenkasse nachweisen kann, dass die Zuweisungen erheblich von dem im Jahresausgleich zu erwartenden Ergebnis abweichen. Dies betrifft aber lediglich Korrekturen bei den Versicherungszeiten.

Somit bleiben fehlerhafte Datenmeldungen im Bereich der Diagnosen und Arzneimittelwirkstoffe von der oben genannten Einzelfallregelung unberührt. Darüber hinaus mangelt es an einer Regelung für den Fall, dass die Datenmeldungen für den Jahresausgleich Fehler enthalten. Die finanziellen Auswirkungen derartiger Fehler können für die betroffenen Krankenkassen aber gravierend sein.

Die oben genannte Rechtsgrundlage deckt insofern nur einen kleinen Teil möglicher Fehlerkonstellationen bei der Datenermittlung ab und ist als nicht ausreichend zu betrachten.

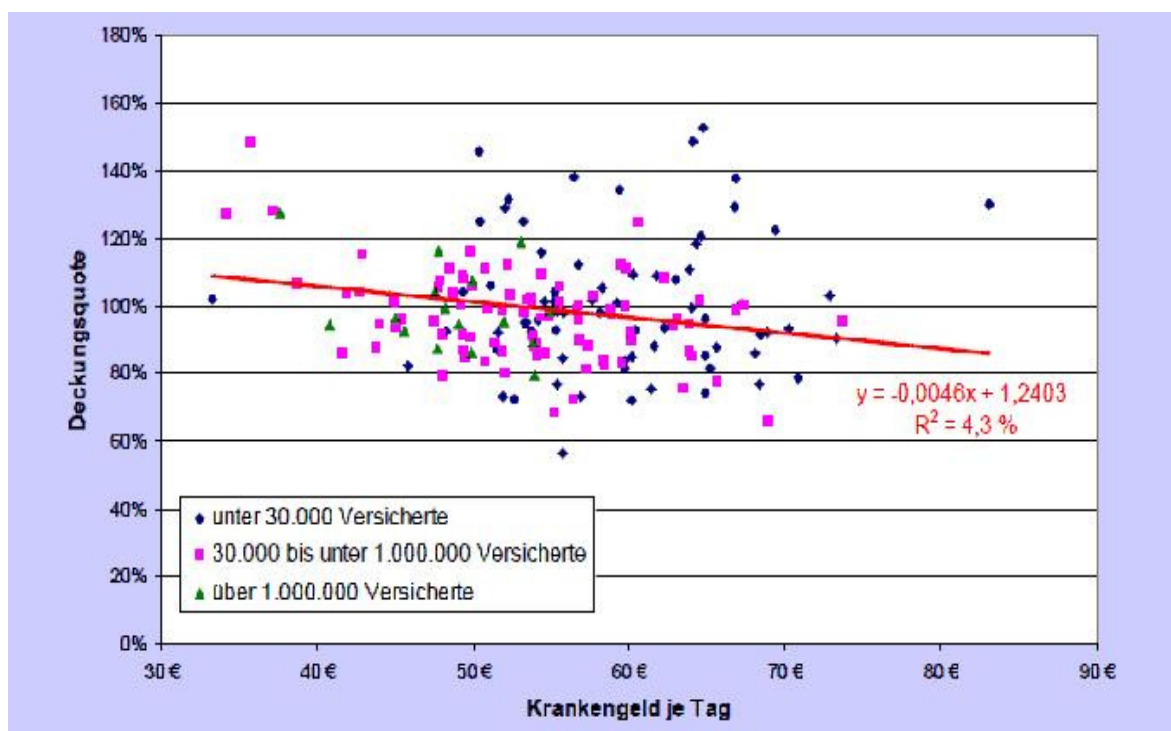
Daher spricht sich das BKK-System dafür aus, die gesetzlichen Bestimmungen so zu erweitern, dass auch Krankenkassen, deren Meldung der Morbiditätsinformationen unvollständig oder fehlerhaft sind, die Berechtigung zu einem Einzelfallantrag erhalten, unabhängig davon, ob das monatliche Verfahren oder der Jahresausgleich betroffen sind.

## **Krankengeld**

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds hat sich auch die Situation beim Krankengeld erheblich verändert. Die Ansprüche der Krankenkassenmitglieder auf Krankengeld basieren auf deren tatsächlichen Erwerbseinkommen. Im Morbi-RSA werden aber nur Durchschnittsverdienste ausgeglichen, die über die Summe aller Krankenkassen Deutschlands als standardisierte Zuweisungen errechnet werden. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken die Ausgaben insbesondere dann nicht, wenn bei einer Krankenkasse die dem Krankengeld zu Grunde liegenden beitragspflichtigen Entgelte über dem bundesweiten Durchschnitt liegen. Diese Fehlallokation hat umso gravierendere

Auswirkungen, als dass sich die Ausgaben für Krankengeld bundesweit insgesamt stark erhöht und zum Teil erheblich stärker entwickelt haben als die übrigen Leistungsbereiche.

Durch das BVA selbst wurden die Deckungsquoten je Krankengeldtag dargestellt. In dieser Darstellung wird deutlich, dass das Spektrum der Deckungsquoten von einer Unterdeckung in Höhe von rund 60% bis hin zu einer Überdeckung von rund 150% reicht. Krankengeldzahlungen richten sich nach dem regelmäßigen Arbeitsentgelt eines Versicherten und sind von den Krankenkassen in der kalendertäglichen Höhe nicht beeinflussbar. Darum stellt die von der Krankenkasse nicht beeinflussbare Verteilung der Versicherten nach dem Verdienst ebenso wie die Verteilung der Versicherten nach Alter, Geschlecht und Morbidität ein Ausgleichsparameter dar. Diese Auswirkungen sind auch der folgenden vom BVA erstellten Grafik entnehmbar



(Quelle: Vortrag Dr. Göppfarth beim GKV-Spitzenverband am 23. Mai 2011).

Das Krankengeld darf nicht länger analog einer Sachleistung im RSA behandelt werden.

Wir schlagen vor, die Zuweisung für das Krankengeld an der kassenindividuellen Höhe des täglichen Krankengeldes auszurichten. GKV-weit führt diese Umstellung zu keinen Mehrbelastungen, die Gesamtwirkung für den Gesundheitsfonds liegt bei 0 Euro.

### Mathematische Darstellung des Klassifikationsmodells

In der Anlage 4 zum Klassifikationsmodell fasst das BVA die Berechnungsgrößen und Berechnungsweisen der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 2012 zusammen. Die

Darlegungen erfolgen durch Paraphrasierung der zu Grunde liegenden Berechnungsformeln. Diese textlichen Umschreibungen weisen naturgemäß nicht die Präzision mathematischer Formeln auf und sind entsprechend schwer nachvollziehbar und interpretationsanfällig. Wir regen daher an, die Berechnungsschritte der Zuweisungen jeweils auch durch mathematische Formeln darzulegen.

### **Einführung eines Risikopools**

Die morbiditätsadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken die Ausgaben für Hochkostenfälle nicht. Definiert man einen Hochkostenfall ab einem Schwellenwert von 20.000 €, so decken die Fondsmittel bereits weniger als 30% der Ausgaben. An der Unterdeckung haben die Krankheiten, die nicht durch eine der „hierarchisierten Morbiditätsgruppen“ (HMG) explizit im Morbi-RSA berücksichtigt sind, einen Anteil von ca. 25%. Besonders für kleine Krankenkassen stellen Hochkostenfälle ein großes Problem dar.

Dieses Problem kann abgemildert werden, indem der Morbi-RSA um einen Risikopool erweitert wird. Dafür werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ab einem bestimmten Schwellenwert gekappt. Ausgaben über dem Schwellenwert werden den Krankenkassen als Vollkostenausgleich (mit oder ohne Selbstbehalt) erstattet. Durch die Einführung eines Schwellenwertes von zum Beispiel 20.000 € pro Jahr würden Wirtschaftlichkeitsreserven und Kostenmanagement bei den Krankenkassen berücksichtigt. Damit würde das Geld dorthin fließen, wo es benötigt wird - unabhängig davon, ob eine Erkrankung zum berücksichtigungsfähigen Krankheitsspektrum gehört oder nicht. Selbst besonders teure Fälle wie ein schwer erkrankter Bluter, der zwar regelmäßig teure Medikamente benötigt, aber dafür nicht in zwei Quartalen eine für Zuweisungen über den Morbi-RSA notwendige Arzneimittelverordnung vorweisen kann, könnten über den Risikopool unkompliziert ausgeglichen werden.

Ein Risikopool ist ebenfalls eine pragmatische und gerechte Alternative zu einer Annualisierung der Leistungsausgaben für Verstorbene.

### **Für weitere Informationen:**

Dr. Wolfgang Bödeker, BKK Bundesverband, Tel 0201 179 1370

Jens Abrill, BKK Landesverband Mitte, Tel 0511 3 48 44 - 226

Klaus Stein, Deutsche BKK, Tel 0711 89 13 34 8