

**BKK Bundesverband**  
**Geschäftsführer**

**BKK®**

Herrn Dr. Maximilian Gaßner  
Präsident des Bundesversicherungsamtes  
Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

Kronprinzenstr. 6  
45128 Essen

Telefon: +49 201 179-01  
Durchwahl: +49 201 179-1100  
Telefax: +49 201 179-1001  
E-Mail: KaltenbachH@bkk-bv.de

Nachrichtlich:  
Bundesminister für Gesundheit  
Herrn Daniel Bahr  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

Essen, 3. August 2012

Bundesministerin für Arbeit und Soziales  
Frau Dr. Ursula von der Leyen  
Wilhelmstraße 49  
10117 Berlin

## **Grundlegende Änderungen am Morbi-RSA bedürfen einer demokratischen Legitimation!**

Sehr geehrter Herr Dr. Gaßner,

mit Erstaunen haben wir vernommen, dass Sie aktuell Änderungen am bestehenden Morbi-RSA planen. Eine Umsetzung dieser isolierten Einzelmaßnahmen hätte weitreichende Folgen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es nicht hinnehmbar, dass diese folgenschwere finanzielle Umverteilung mit einem Umfang von nahezu 400 Mio. Euro außerhalb des demokratischen Willensbildungsprozesses umgesetzt werden soll. Dieses Vorgehen würde die in diesem Jahr getroffenen Aussagen der Bundesregierung und politischer Mandatsträger des Bundestages konterkarieren. Wir fordern Sie deshalb auf, diese und ähnlich weitreichende Änderung der demokratisch legitimierten Bundesregierung und dem Bundestag zu überlassen oder zumindest hierüber ein Einvernehmen herzustellen.

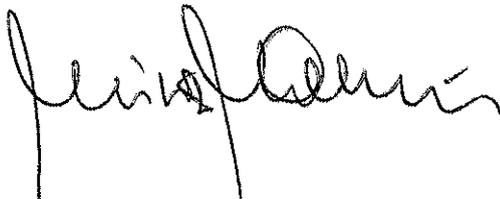
Die Betriebskrankenkassen können nicht akzeptieren, dass Einzelmaßnahmen geplant sind, von denen nur wenige Krankenkassen profitieren. Sollte es allein bei der aktuell geplanten Änderung am Anrechnungsverfahren der Leistungsausgaben für Verstorbene bleiben, schafft dies einseitige Vorteile. Umgekehrt werden gerade die Krankenkassen zusätzlich belastet, die schon jetzt von Fehlanreizen betroffen sind.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es unerlässlich, keine isolierten Änderungen vorzunehmen. Vielmehr müssen die Probleme des Morbi-RSA in einem Gesamtpaket gelöst werden.

Die aktuell geplante Änderung beim Anrechnungsverfahren der Leistungsausgaben für Verstorbene wird die Verwerfungen im Morbi-RSA als Einzelmaßnahme nicht entschärfen – das Gegenteil ist vielmehr der Fall. Aufgrund der Umverteilungseffekte sind massive Auswirkungen auf die Finanzstruktur bei einer Reihe von Krankenkassen zu erwarten. Die Betriebskrankenkassen würden dadurch insgesamt mit rund 150 Mio. Euro belastet.

Daher fordern wir Sie dazu auf, von den geplanten Änderungen Abstand zu nehmen. Des Weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme, die wir Ihnen fristgerecht zukommen lassen werden.

Mit freundlichen Grüßen



Heinz Kaltenbach

Frau  
Dr. Doris Pfeiffer  
Vorstandsvorsitzende des  
GKV-Spitzenverbandes  
Mittelstraße 51  
10117 Berlin

8. August 2012

## **Geplante Änderungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich**

Sehr geehrte Frau Dr. Pfeiffer,

noch vor wenigen Wochen – am 6. Juli 2012 – hat die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Frau Ulrike Flach, auf die Frage einer Abgeordneten der SPD-Bundestagsfraktion geantwortet, dass "...wesentliche Änderungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (M-RSA) derzeit nicht vorzunehmen sind, sondern zunächst die Erfahrungsgrundlagen mit dem neuen Zuweisungssystem erweitert werden sollen."

Die technisch / harmlos klingende Änderung, die das Bundesversicherungsamt (BVA) am M-RSA zurzeit unter der Überschrift „Umstellung auf Pro-Tag-Werte“ plant, verteilt jedoch hohe dreistellige Millionenbeträge zwischen Krankenkassen und auch Versorgungsregionen um und ist damit ausgesprochen „wesentlicher“ Natur. Denn es ist im Ergebnis das, was in den letzten drei Jahren heftig unter „Annualisierung der Ausgaben Verstorbener“ diskutiert wurde.

Der RSA ist das essentielle Schwungrad in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Er verteilt fast die gesamten Ausgaben von über 185 Mrd. Euro zwischen den Kassen um. Bereits kleine Änderungen am M-RSA haben bei diesem Volumen eine sehr starke Finanzwirkung.

Zugleich ist das System sehr jung: Es existiert erst seit dreieinhalb Jahren, und nur von zwei Jahren ist eine Endabrechnung bekannt. Dabei besitzt es die größte Komplexität, die ein Umverteilungssystem in der GKV je hatte. Dies schließt notwendige Korrekturen und Weiterentwicklungen, wie sie das BVA seit Jahren betreibt, keineswegs aus, mahnt aber dazu, diese strukturiert und mit Augenmaß zu betreiben.

Sollen an einem solch wichtigen System Änderungen von finanziell so überragender Bedeutung und Wucht vorgenommen werden wie hier, dann müssten diese von überragender Dringlichkeit im Vergleich zu anderen Reformoptionen sein. Die Maßnahmen müssten auch in einen Gesamtkontext eingebettet werden, der den M-RSA insgesamt für eine deutliche Mehrheit der Beteiligten nachvollziehbarer macht.

Dies ist hier nicht der Fall:

Der wissenschaftliche Beirat des BVA hat die vom BVA jetzt vorgeschlagene Änderung zwar in etwas anderer Form in seiner 2009-Evaluation gefordert. Er hat in ebendieser Evaluation aber auch selbst festgestellt, dass an einigen weiteren Stellen im RSA Unschärfen von erheblicher Bedeutung bestehen.

Dazu gehören die Berechnung der Zuweisungen für Krankengeld, die Berücksichtigung von Auslandsversicherten oder die von Kostenerstatern nach § 13 Abs. 2 SGB V. Diese Elemente sind nicht weniger „dringlich“ oder „unwichtiger“ als das jetzt vom BVA aus der Evaluation anscheinend wahllos herausgegriffene Element.

Der Beirat hat zudem dargestellt, dass - bezogen auf Versicherte mit sehr hohen Leistungsausgaben - der morbiditätsorientierte RSA nur sehr unzureichend wirkt, so dass über die Einführung eines Hochrisikopools nachgedacht werden könnte. Dies findet im aktuellen Vorhaben des BVA genauso wenig systematische Berücksichtigung wie das ebenfalls vom wissenschaftlichen Beirat angesprochene Thema der Manipulationsanfälligkeit.

All dies macht deutlich: Insgesamt existiert ein ganzer Flickenteppich von Korrekturnotwendigkeiten im M-RSA. Einen dieser Flecken herauszulösen und zu realisieren, ist der Komplexität der Zusammenhänge nicht angemessen.

Die vom Amt geplanten Änderungen sind nicht nur inhaltlich willkürlich, sondern weisen im Ergebnis Fehlsteuerungen und (ungewollte) Kollateraleffekte auf. Beispielsweise wurde im Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirats festgestellt, dass die geplante Neuregelung bei einer Vielzahl von Kassen, die bereits jetzt eine deutliche Unterdeckung ihrer Leistungsausgaben im Vergleich zu den Zuweisungen aus dem Fonds aufweisen, zu weiteren Belastungen führt. Andererseits führt die geänderte Berechnungsweise zu deutlichen Überdeckungen bei anderen, durchaus finanzstarken Krankenkassen, zum Beispiel bei landesunmittelbaren Krankenkassen (deren Haushalt und Rechnungslegung sich der Kenntnis des Bundesversicherungsamtes entziehen).

Hierbei ist dem BVA keineswegs zu unterstellen, dass es den oben angesprochenen Problemen keine Bedeutung zumisst. Welche Änderung am M-RSA durchgeführt wird und welche nicht, darf sich jedoch nicht daran orientieren, welche Änderungen zufälligerweise in der RSAV oder im SGB V vollzogen werden und welche im Rahmen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 SGB V umgesetzt werden können. Hierfür ist das Verfahren für das Funktionieren der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland von zu großer Bedeutung.

Die Unterzeichner dieses Schreibens vertreten mehr als die Hälfte der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland. Wir treten nachdrücklich dafür ein, dass jetzt keine mathematisch anmutenden, aber fiskalisch weitreichenden Veränderungen getroffen werden.

Daher bitten wir Sie, sich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln dafür einzusetzen, dass das Bundesversicherungsamt sein Vorhaben stoppt.

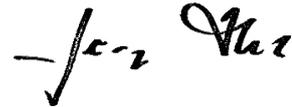
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Christoph Straub  
Vorstandsvorsitzender  
der Barmer GEK



Heinz Kaltenbach  
Geschäftsführer des  
BKK Bundesverbandes



Jürgen Hohnl  
Geschäftsführer des  
IKK e.V.



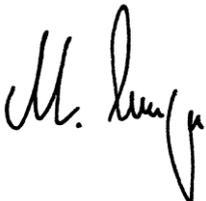
Dr. Jens Baas  
Vorstandsvorsitzender  
der Techniker Krankenkasse



Ingo Kailuweit  
Vorstandsvorsitzender  
der KKH-Allianz



Jens Luther  
Alleinvorstand der  
Hanseatischen Krankenkasse



Michael Lempe  
Alleinvorstand  
der hkk



**Bundesministerium  
für Gesundheit**

Mitglied des Deutschen Bundestages  
Frau Bärbel Bas  
11011 Berlin

**Ulrike Flach**  
Parlamentarische Staatssekretärin  
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1070

FAX +49 (0)30 18441-1074

E-MAIL [ulrike.flach@bmg.bund.de](mailto:ulrike.flach@bmg.bund.de)

Berlin, 8. August 2012

### **Schriftliche Frage im August 2012**

**Arbeitsnummer 8/1**

Sehr geehrte Frau Kollegin,

Ihre o. a. Frage beantworte ich wie folgt:

Frage-Nr. 8/1:

Wird die Bundesregierung dem Vorschlag des Bundesversicherungsamtes (BVA), basierend auf der Forderung seines Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Anhörungsschreiben des BVA vom 27. Juli 2012) folgen und das BVA das Berechnungsverfahren für die Ausgaben von im Ausgleichsjahr verstorbener Versicherter dahingehend ändern lassen, dass in der Regression zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren statt der Jahresausgaben, die Ausgaben je Versichertentag zu Grunde gelegt werden, und wenn ja, wie begründet die Bundesregierung die Änderung ihrer Haltung (Antwort der Bundesregierung auf meine Schriftliche Frage 15 auf Bundestagsdrucksache 17/8322)?

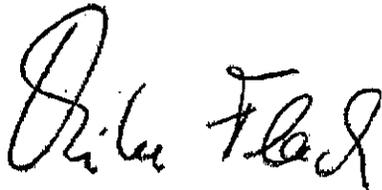
Antwort:

Das BVA hat am 27. Juli 2012 zunächst einen Entwurf der Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013 zur Anhörung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und nachrichtlich auch an das Bundesministerium für Gesundheit sowie weitere Institutionen übermittelt. Erst nach Prüfung der bis zum 27. August 2012 eingegangenen Stellungnahmen wird das BVA bis zum 30. September 2012 die endgültigen Festlegungen für das Ausgleichsjahr 2013 treffen (vgl. § 31 Absatz 4 Satz 1 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV).

Seite 2 von 2

Für die Bundesregierung besteht zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Veranlassung, von ihrer bisherigen Haltung abzuweichen. Gleichwohl bleibt das in der RSAV vorgesehene Verfahren zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das Ausgleichsjahr 2013 abzuwarten.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Peter Fleck". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.



Bundesversicherungsamt  
Der Präsident

Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit

Herrn Staatssekretär Thomas Ilka

Rochusstraße 1

53123 Bonn

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1680

FAX +49 (0) 228 619 - 1867

E-MAIL [AbteilungVII@bva.de](mailto:AbteilungVII@bva.de)

INTERNET [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de)

BEARBEITER(IN) Herr Dr. Göppfarth

DATUM 17. August 2012

AZ **VII 2 – 5572.11 – 808/2012**

(bei Antwort bitte angeben)

nachrichtlich:

Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats zur

Weiterentwicklung des RSA

GKV-Spitzenverband

Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene

## Festlegung zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich 2013

Sehr geehrter Herr Ilka,

am 27. Juli 2012 hat das Bundesversicherungsamt den Entwurf der Festlegungen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für das Ausgleichsjahr 2013 in die Anhörung gegeben. Dabei hat die dort enthaltene Regelung zum Umgang mit unvollständigen Versicherungsepisoden öffentliche Aufmerksamkeit erregt und eine Vielzahl von Stellungnahmen und Pressemeldungen hervorgerufen.

Wie gewünscht haben wir Ihnen auf der Fachebene alle bislang eingegangenen Stellungnahmen unverzüglich übersandt und werden dies auch weiterhin tun. Da diese zum Teil einige Fehlinterpretationen oder sogar bewusste Irreführungen enthalten, erlaube ich mir, Ihnen gegenüber die wesentlichen Punkte klarzustellen.

- 1. Es wird fälschlicherweise behauptet, dass die vorgeschlagene Neuregelung insbesondere die Krankenkassen trifft, die ohnehin schon Unterdeckungen aufweisen.**

Diese Aussage bezieht sich auf eine Tabelle im Evaluationsbericht unseres wissenschaftlichen Beirats. Dort wird tatsächlich in der Summe für die 20 Krankenkassen mit

den höchsten Unterdeckungen eine Verschlechterung der Situation durch die Neuregelung ausgewiesen. Dieses Ergebnis ist aber dadurch geprägt, dass in dieser Gruppe eine einzelne, recht große, inzwischen fusionierte Krankenkasse fiel, die in eine finanzielle Schieflage geraten war. Ohne diese Krankenkasse würden die verbliebenen 19 Krankenkassen in der Summe von der Neuregelung profitieren.

Ein anderes Bild ergibt sich auch, wenn man die Situation auf Grundlage der zum Ende des Jahres 2011 vorhandenen Betriebsmittel und Rücklagen der Krankenkassen (in Relation zu ihren monatlichen Ausgaben) begutachtet: Die solchermaßen als „schwächste“ definierten 20 Kassen würden per Saldo um 206 Mio. € entlastet, hingegen die 20 „stärksten“ Kassen (im Wesentlichen sehr kleine Kassen) mit etwa 12 Mio. € belastet. Die 30 „stärksten“ Kassen (hierunter fallen auch einige mitgliederstarke Kassen) werden mit 181 Mio. € belastet.

- 2. Es wird ebenfalls fälschlicherweise behauptet, die Neuregelung führe zu „massiven regionalen Umverteilungseffekten“. Dabei werden zum Teil absurd hohe Belastungen für einzelne Länder in den Raum gestellt.**

Berechnungen meines Hauses zeigen, dass die tatsächlichen Umverteilungseffekte nur einen Bruchteil der genannten Beträge ausmachen, und zum Teil auch in eine andere Richtung weisen. So kommt es für Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen statt zu einer Belastung von kolportierten 70 Millionen Euro lediglich zu einer Belastung von 6 Millionen Euro. Für bayerische Krankenkassen kommt es sogar statt einer kolportierten Belastung von 100 Millionen Euro zu einem Zufluss von knapp 12 Millionen Euro.

Wie Sie, sehr geehrter Herr Staatssekretär, wissen, enthält der Risikostrukturausgleich gegenwärtig keine Regionalkomponente. Diese Transfers sind daher lediglich das Ergebnis objektiv bestehender regionaler Morbiditätsunterschiede.

- 3. Auch wird irreführenderweise behauptet, das BVA wolle Geldflüsse mit den Daten Verstorbener steuern. In diesem Zusammenhang fallen dann Worte wie „pietätlos“ oder „ethisch untragbar“.**

Unser Vorschlag beinhaltet eine Veränderung der Zurechnung von Krankheitskosten bei unvollständigen Versichertenepisoden, die garantiert, dass die ermittelten Zuweisungen je Risikogruppe auch tatsächlich genau den durchschnittlichen Krankheitskosten entsprechen – so wie es § 266 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorsieht. Eine Steuerung mit den Daten Verstorbener ist nicht vorgesehen. Im Gegenteil: Gegenwärtig wird durch die unterschiedliche Betrachtung von Überlebenden und Verstorbenen im Be-

rechnungsverfahren die Verteilung der Beitragsgelder nicht optimal gesteuert. Genau diese unterschiedliche Betrachtung soll beendet werden.

**4. Daran anschließend wird behauptet, dass der Vorschlag das angebliche Ziel – eine bessere Deckung der Sterbekosten – deutlich verfehlt.**

Diese Aussage ist unzutreffend und blendet (möglicherweise bewusst) die diesbezüglichen Äußerungen seitens unseres Beirates und des BVA aus. Ziel der Verfahrensanpassung ist eben nicht eine bessere Deckung der Sterbekosten, sondern eine richtige Abbildung von Krankheitskosten (besser: der Folgekosten, die aufgrund bestimmter Morbiditäten entstehen). Eine Anpassung des Verfahrens führt dazu, dass die Folgekosten aller Versicherter (egal ob überlebend oder versterbend) richtig abgebildet werden. Dass das angestrebte Ziel – die Deckung der Folgekosten von Versichertengruppen mit den im SGB V definierten Risikomerkmale – eben doch erreicht wird, zeigen die Ergebnisse des Evaluationsberichts eindrücklich.

**5. Auch die Behauptung, die Umgestaltung sei methodisch nicht begründbar, geht fehl.**

Die Umstellung entspricht einer Anpassung an die internationalen Standards. Sie ist aus wissenschaftlicher Sicht gut begründet und unumstritten.

**6. Schließlich wird als „sinnvollere Alternative“ zur veränderten Berechnungsweise der Hochrisikopool aus dem Hut gezaubert.**

Die Frage nach einer Wiedereinführung des Risikopools steht in keinem inhaltlichen Zusammenhang mit dem gegenwärtig diskutierten Berechnungsverfahren. Die Wiedereinführung des Risikopools würde auch nichts an den von unserem wissenschaftlichen Beirat eindrucksvoll aufgezeigten systematischen Unterdeckungen im Alter ändern.

Ziel der Anpassung der Methodik ist, wie mehrfach ausgeführt, nicht die bessere Deckung besonders teurer Leistungsfälle. Sinnvoll ist daher – wenn überhaupt – die Diskussion über einen Risikopool als flankierende Maßnahme.

Gemäß § 31 Abs. 4 RSAV legt das Bundesversicherungsamt das Verfahren für das Ausgleichsjahr 2013 nach Abschluss der Anhörung des GKV-Spitzenverbandes bis zum 30. September 2012 fest. Das hiermit eingeräumte Ermessen üben wir pflichtgemäß und in Sorge um die Rechtssicherheit des Verfahrens aus.

Da unser wissenschaftlicher Beirat, der GKV-SV und die Kassenverbände auch Adressaten vieler dieser Stellungnahmen waren, erhalten diese Kopien dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen

  
(Dr. Gaßner)