

Autor: Von Jens Heitmann
Seite: 9

Ressort: Wirtschaft

Kassen streiten ums Geld für Tote

Bundesversicherungsamt will Gesundheitsfonds reformieren - das zieht Proteste nach sich

Hannover. Zwischen den Krankenkassen tobt ein bizarrer Streit um Geldzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für verstorbene Mitglieder. Bei der Auseinandersetzung geht es um eine Summe von 400 Millionen Euro, die künftig an jene Kassen fließen soll, die von der geltenden Regelung benachteiligt werden. Profitieren würden alle AOK, die DAK und die Deutsche BKK - Geld verlieren würden unter anderem Barmer, Techniker und die hannoversche KKH-Allianz. "Der Riss geht einmal quer durch das Lager der Kassen", sagte der Vorstandschef der Deutschen BKK, Achim Kolanoski.

Die Materie ist komplex: Um den Konkurrenzkampf unter den Krankenkassen fair zu gestalten, hat der Gesetzgeber einen komplexen Ausgleichsmechanismus geschaffen - den "morbidityorientierten Risikostrukturausgleich". Dieser soll sicherstellen, dass keine Kasse im Wettbewerb benachteiligt wird, weil sie weniger gesunde Versicherte betreut als andere. Die entsprechenden Zu- und

Abschläge berechnet das Bundesversicherungsamt auf der Basis eines Jahres. Wenn also Kranke weniger als ein Jahr bei einer Kasse versichert sind, werden die Behandlungskosten auf zwölf Monate hochgerechnet - mit einer Ausnahme: Sterben die Patienten, unterbleibt dieser Schritt.

Krankenkassen mit vielen alten Versicherten kostet das viel Geld. Nach Berechnungen des wissenschaftlichen Beirates des Gesundheitsfonds bekommen die Kassen derzeit nur 29 Prozent der Kosten ersetzt, die ein Gestorbener verursacht. Das Bundesversicherungsamt möchte das jetzt mit einer neuen Berechnungsmethode korrigieren - und stößt damit auf entschiedenen Widerstand jener Kassen mit einer vergleichsweise jungen Klientel, denen die bisherige Regelung Mehreinnahmen garantierte.

In einem Brief an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) fordern Barmer, Techniker, KKH und andere, die geplante Änderung zu ihren Lasten zu verhindern. Das System des morbidityorientierten Risikostrukturausgleiches sei noch relativ jung und sehr kom-

plex, heißt es in dem Schreiben, das der HAZ vorliegt. Insgesamt existiere "ein ganzer Flickenteppich von Korrektur-notwendigkeiten". Jetzt nur einen dieser Flicker herauszulösen, sei der "Komplexität der Zusammenhänge nicht angemessen".

Bei AOK, DAK und Deutscher BKK wertet man diese Einlassung als Verzögerungstaktik. Die Gegenseite setze sich damit dem Vorwurf aus, "die damit verbundenen Nachteile in der Versorgung älterer und schwer kranker Menschen bewusst in Kauf zu nehmen", heißt es in einem Schreiben an das Gesundheitsministerium in Berlin.

Im Hause von Daniel Bahr möchte man sich zu der Debatte noch nicht äußern. "Wir warten die Stellungnahme des Spitzenverbandes der Krankenkassen ab", sagte ein Ministeriumssprecher. Die Frist dafür läuft am Freitag ab. Ob sich der Spitzenverband, der alle Krankenkassen vertritt, zu dem Streit überhaupt äußern wird, gilt in Berlin jedoch als ungewiss.

Wörter: 405

Kategorien: Krankenversicherung

Autor: Timot Szent-Ivanyi»P
Seite: 06
Ressort: Politik
Jahrgang: 2012
Weblink: www.berliner-zeitung.de

Nummer: 195
Auflage: 158.949 (gedruckt) 134.090 (verkauft)
 136.002 (verbreitet)
Reichweite: 0,42 (in Mio.)

Was der Tod kostet Krankenkassen streiten über ihren Finanzausgleich

Das durchorganisierte deutsche Gesundheitswesen hat Wortschöpfungen hervorgebracht, die jeden ordentlichen Beamten in Verzückung geraten lassen. Da wäre etwa der "morbidityorientierte Risikostrukturausgleich" oder der "unvollständige Versicherte". Im Normalfall kann dem Kassenpatienten herzlich egal sein, was sich dahinter versteckt. Doch derzeit tobt zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ein Streit, der genau mit diesen Begriffen zu tun hat. Und da es um viel Geld und damit um die Leistungen der Kassen geht, betrifft er direkt auch die Versicherten.

Minister Bahr hält sich zurück
 Konkret streiten die Kassen um die Frage, wie viel Geld sie aus dem gemeinsamen Finanztopf, dem Gesundheitsfonds, für einen verstorbenen Versicherten erhalten. Diese "unvollständigen" Kassenmitglieder sind nicht nur organisatorisch, sondern auch finanziell eine Herausforderung: Verstorbene produzieren schließlich nur anteilig Kosten, was im jährlichen Finanzausgleich zwischen den Kassen aber berücksichtigt werden muss. Dieser Ausgleich soll eine Benachteiligung von Kassen mit vielen

alten und kranken Versicherten verhindern.

Die Rechenformel ignoriert jedoch weitgehend einen wissenschaftlich belegten Fakt: Ablebende verursachen in der Regel kurz vor dem Tod die höchsten Kosten. Im Schnitt fallen für einen Gestorbenen Ausgaben von fast 27 000 Euro an, bei einem "Überlebenden" sind es nur 2000 Euro. Durch die falsche Berechnung entgehen Kassen, die aufgrund ihrer Versichertenstruktur viele Todesfälle haben, im Jahr rund 400 Millionen Euro. Besonders betroffen sind die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), aber auch die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK). Sie warnten davor, freiwillige Leistungen einschränken zu müssen, wenn die Methode nicht geändert wird. Die AOK-Nordost hat bereits gehandelt: Künftig müssen chronisch Kranke wieder die Praxisgebühr bezahlen.

Die Krankenkassen haben es durch ein Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums schwarz auf weiß, dass es den Rechenfehler gibt. Das zuständige Bundesversicherungsamt will ihn auch beheben. Doch Minister Daniel Bahr (FDP) hält sich zurück,

weil er sich nicht mit den Kassen anlegen will, die dann weniger bekämen - das ist zum Beispiel die Techniker Krankenkasse mit vielen jungen und gesunden Versicherten.

Beide Seiten bombardieren die Politiker mit Briefen, um die Geschichte in ihrem Sinne zu beeinflussen. Die Gegner fordern listig, den Fehler nur zusammen mit anderen Problemen zu beheben. Denn sie wissen, dass das nicht mehr in dieser Wahlperiode geschehen wird. Die Befürworter einer sofortigen Neuregelung liegen derzeit jedoch vorn. Denn sie werden nicht nur von Verbraucherschützern und den Sozialverbänden Caritas und VdK unterstützt. Auch die Union scheint ihre Haltung zu ändern. Vincent Kokert, CDU-Fraktionschef im Landtag von Mecklenburg-Vorpommern, hat kürzlich seiner Parteifreundin Angela Merkel in einem Brief die Brisanz erklärt und vor Zusatzbeiträgen gewarnt. Das Kanzleramt will sich nun kümmern. Denn eine Debatte über Zusatzbeiträge mitten im Wahljahr 2013 möchte die Kanzlerin unbedingt vermeiden.

Wörter: 429
Urheberinformation: Berliner Zeitung
Kategorien: Krankenversicherung

Seite: 15

Auflage: 546.093 (gedruckt) 436.661 (verkauft)
445.637 (verbreitet)

Ressort: Wirtschaft

Reichweite: 1,41 (in Mio.)

Wenn Tote zählen

Versicherungsamt ändert den Finanzausgleich der Krankenkassen

Berlin - Die Beziehungen zwischen Ökonomie und menschlichen Zuständen liegen meistens auf der Hand. So werden die Leute in reichen Ländern größer als die in armen. Darüber hinaus verdienen große Menschen zudem im Durchschnitt mehr als kleinere. Wer dann auch noch besser aussieht als der Durchschnitt, kann mit einer nochmals höheren Bezahlung rechnen. Das alles jedenfalls haben Ökonomen herausgefunden. Klar ist auch, dass menschliche Zustände vor allem die wirtschaftliche Lage von Krankenkassen beeinflussen und das sogar nachhaltig. Alter, Geschlecht und Gesundheit - das sind die Kriterien, nach denen jährlich rund 190 Milliarden Euro im Gesundheitssystem an die 145 Krankenkassen verteilt werden.

Durch diesen Finanzausgleich soll verhindert werden, dass Kassen mit vielen armen, alten und kranken Mitgliedern benachteiligt werden. Denn diese kosten in der Regel mehr als der gesunde Mittzwanziger. Dass dieser Mechanismus regelmäßig für Zoff zwischen den Kassen sorgt, ist einleuchtend. Denn wenn einer wegen seiner kranken Versicherten mehr aus dem Geldtopf kriegt, muss es gleichzeitig einen geben, der weniger bekommt.

Überraschend ist aber nun, dass einer dieser Streitfälle - und überdies ein besonders makaberer - nach jahrelangem Hickhack entschieden ist. Geht es nach dem Bundesversicherungsamt (BVA), dann erhalten demnächst vor allem die Kassen mehr Geld, denen besonders viele Versicherte gestorben sind. Gegner des Vorschlages formulieren es deutlich demagogischer: "Geld für Tote" heißt es da.

Es ist kein Wunder, dass der Wider-

stand so heftig ausfällt. Setzt sich das BVA durch, dürften mehrere Hundert Millionen Euro pro Jahr neu verteilt werden. Von der Neuberechnung profitieren vor allem die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die nach einer Modellrechnung des GKV-Spitzenverbandes über 370 Millionen Euro zusätzlich erhalten würden.

Vor allem die Betriebskrankenkassen müssten die stärker nach Verstorbenen gewichtete Umverteilung bezahlen. Insgesamt 132,8 Millionen Euro würden ihnen jährlich weniger zur Verfügung stehen. Bei den Ersatzkassen sieht es unterschiedlich aus. Während die Techniker draufzahlen müsste, würde die DAK von der neuen Regelung eher profitieren.

Um den Hintergrund der Auseinandersetzung zu verstehen, muss man wissen, dass die Kassen für jeden Versicherten pro Tag Überweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Dazu werden die durchschnittlichen Ausgaben pro Person durch die 365 Tage des Jahres geteilt. An ihre Grenzen stößt die Rechnung bei Versicherten, die kein ganzes Jahr lang in der Krankenkasse sind: Neugeborene, Wechsler in die private Krankenkasse, Auswanderer, Rückkehrer und eben auch Verstorbene. Deshalb werden die Ausgaben zunächst auf das Jahr hochgerechnet und wie gehabt durch 365 geteilt.

Das gilt für alle Gruppen, außer eben für die Verstorbenen. Um die Folgen zu verdeutlichen, hat sich das BVA nun ein Beispiel ausgedacht: In einem Schaltjahr stirbt ein Mitglied nach 183 Tagen. Es hat bis dahin 1830 Euro an Kosten verursacht. Geteilt durch 366 Tage ergäbe sich ein täglicher Ausgleichsbeitrag von fünf Euro. Dieser wird für 183

Tage ausgezahlt. Die Kasse erhält also nur 915 Euro, obwohl die Kosten doppelt so hoch sind.

Dadurch verringern sich Zuweisungen, die eine Kasse mit sehr vielen alten Menschen und schweren Krankheiten aus dem Gesundheitsfonds erhalten würde. Für jeden 80-jährigen Versicherten bestehe eine Deckungslücke von 300 Euro. Für Versicherte mit Lungenmetastasen liege sie sogar bei 7000 Euro. Für junge und gesunde Versicherte gebe es jedoch zu viel Geld. Obwohl insbesondere der Bundesverband der AOK erheblichen Druck ausübte, sind alle Versuche gescheitert, diesen Zustand zu ändern. Der neue Vorschlag des Bundesversicherungsamtes kommt den Vorstellungen der AOK nun deutlich entgegen. Zudem ist er auch noch verblüffend einfach. Das BVA hat vorgeschlagen, in der neuen Formel einfach darauf zu verzichten, die Kosten der Verstorbenen auf das ganze Jahr hochzurechnen. Stattdessen sollen die Kosten gleich durch die Tage geteilt werden, die der Versicherte noch gelebt hat. Im oben genannten Beispiel ginge dies wie folgt: Die Kosten von 1830 Euro würden durch die 183 Tage geteilt, an denen sie entstanden sind. Die Kasse des Toten würde im Finanzausgleich von der tatsächlichen Summe profitieren. "Es wird nur der Zeitraum berücksichtigt, den ein Versicherter tatsächlich bei der Krankenkasse war", so das BVA.

GUIDO BOHSEM

Vor allem Betriebskrankenkassen müssten die neu gewichtete Umverteilung bezahlen

Wörter: 660

Urheberinformation: DIZdigital: Alle Rechte vorbehalten - Süddeutsche Zeitung GmbH, München

Kategorien: Krankenversicherung

Seite: 12
Ressort: Wirtschaft
Seitentitel: Wirtschaft

Nummer: 186
Auflage: 452.084 (gedruckt) 354.311 (verkauft)
374.513 (verbreitet)
Reichweite: 0,99 (in Mio.)

Millionenstreit um Beitragsgelder entzweit Kassen

ami. BERLIN, 10. August. Geplante Änderungen im milliarden schweren Finanzausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung sorgen für Streit im Kassenlager. In einem dieser Zeitungen vorliegenden Brandbrief an die Vorsitzende des Spitzenverbands der Kassen, Doris Pfeiffer, rufen die Chefs von fünf Ersatzkassen und zwei Kassenverbänden Pfeiffer auf, "sich mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln dafür einzusetzen, dass das Bundesversicherungsamt sein Vorhaben stoppt". Die Regierung schätzt die Umverteilungswirkung

des Vorhabens auf 400 Millionen Euro oder mehr. Die Chefs von Barmer/GEK, Techniker-Krankenkasse, KKH-Allianz, HEK und HKK sowie der Verbände der Betriebs- und Innungskrankenkassen fürchten, dass dies vor allem zu ihren Lasten gehe und den Ortskrankenkassen helfe. Mit dem Hinweis, sie versicherten "mehr als die Hälfte der gesetzlich Krankenversicherten", protestieren sie gegen "mathematisch anmutende, aber fiskalisch weitreichende Veränderungen". Indirekt unterstützen sie damit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr

(FDP), der die Neujustierung im Risikostrukturausgleich ablehnt. Noch am Mittwoch hatte seine Parlamentarische Staatssekretärin Ulrike Flach (FDP) auf eine Anfrage der SPD-Abgeordneten Bärbel Baas bekräftigt, "für die Bundesregierung besteht zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein Anlass, von ihrer bisherigen Haltung abzuweichen". Ungeachtet dessen hatte das BVA unlängst seinen Reformvorschlag unterbreitet (F.A.Z vom 31. Juli).

Wörter: 188
Kategorien: Krankenversicherung

Proteststurm gegen das Bundesversicherungsamt

Eine Formel im Morbi-RSA für Gestorbene soll geändert werden. Das bringt zahlreiche Kassen auf die Palme.

BERLIN (nös). Unter den Krankenkassen ist ein Proteststurm gegen geplante Änderungen am Morbi-RSA losgebrochen.

In einem Brandbrief an Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) fordern die Ersatzkassen (mit Ausnahme der DAK) und die Verbände der Betriebs- und Innungskrankenkassen ihn auf, entsprechende Pläne des Bundesversicherungsamts (BVA) zu stoppen. Stein des Anstoßes ist ein Vorschlag der Behörde, die Berechnung der Ausgaben für Verstorbene auf Pro-Tag-Werte umzustellen.

Damit würden "hohe dreistellige Millionenbeträge zwischen den Krankenkassen und auch Versorgungsregionen"

umverteilt werden, heißt es in dem Schreiben, das der "Ärzte Zeitung" vorliegt. Die geplante Änderung sei von "wesentlicher Natur".

Kassen, die bereits heute mit deutlichen Unterdeckungen leben müssen, weil sie vergleichsweise gesunde Versicherte haben, würden durch die Umverteilung zusätzlich belastet, so die Kritik. Die vom BVA geplanten Änderungen seien "inhaltlich willkürlich" und führten zu Fehlsteuerungen und Kollateraleffekten. Korrekturbedarf bestehe

Dennoch sehen auch die Autoren des Protestbriefs Korrekturbedarf am Morbi-RSA. "Insgesamt existiert ein ganzer Flickenteppich von Korrekturbedarfen und notwendigen (...). Einen Flicker her-

auszulösen und zu realisieren, ist der Komplexität der Zusammenhänge nicht angemessen."

Der Gesundheitsminister wird sich dem Protest kaum entziehen können. Immerhin vertreten die Absender des Schreibens gut 60 Prozent aller GKV-Versicherten.

Außerdem hatte selbst Gesundheitsstaatssekretärin Ulrike Flach (FDP) jüngst geäußert, dass "wesentliche Änderungen des Morbi-RSA derzeit nicht vorzunehmen sind". Zunächst wolle man weitere Erfahrungen sammeln.

Wörter: 229

BKK Landesverband Bayern fordert Politiker auf: Ordnen Sie den Krankenkassenfinanzausgleich neu

München, 9. August 2012: Die Vorsitzende des BKK Landesverbandes Bayern, Sigrid König, warnt in einem Brief an Landes- und Bundespolitiker dringend davor, ohne akute Veranlassung isoliert an einer bestimmten Stellschraube des milliardenschweren, undurchsichtigen Gesundheitsfonds zu drehen: „Schon jetzt ist das Zuweisungssystem der Gelder im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in weiten Teilen ungerecht und manipulationsanfällig. Es darf nicht sein, dass durch das Bundesversicherungsamt am parlamentarischen Weg vorbei eine Sonderregelung eingeführt werden soll. Diese Regelung hätte für die Mehrheit der Versicherten in Bayern negative Auswirkungen: Allein die Betriebskrankenkassen in Bayern würden zusätzlich mit mehr als 30 Millionen Euro im Jahr belastet und etliche Millionen Euro würden auch von anderen Kassenarten aus Bayern abfließen. Begünstigt würden auch wieder Regionen, die schon jetzt mehr Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten, als sie zur Versorgung der dortigen Bevölkerung benötigen.“

König appelliert in ihrem Brief an den bayerischen Gesundheitsminister und an parlamentarische Entscheidungsträger auf Bundesebene, die Gesamtkonzeption aus morbiditätsorientierten Krankenkassenfinanzausgleich und Gesundheitsfonds grundsätzlich zu überdenken. „Mit den geplanten Festlegungen des Bundesversicherungsamtes wird auf Verwaltungsebene versucht, schon 2013 massiv und einseitig in den Wettbewerb der Krankenkassen einzugreifen, ohne die Politik in Bund und

Land zu beteiligen. Bisher gab es deutliche Signale aus der Politik, dass die Problemfelder des Risikostrukturausgleichs umfassend in der neuen Legislaturperiode gelöst werden sollen.“

Die Betriebskrankenkassen haben mit einem Positionspapier zum Risikostrukturausgleich eine einfache, transparente Formel für einen gerechten Finanzausgleich in die Diskussion gebracht. „Der Krankenkassenfinanzausgleich der Zukunft orientiert sich an den unbeflussbaren Merkmalen Alter, Geschlecht und Erwerbsfähigkeitsstatus. Ergänzt mit einem Hochrisikopool, der die Behandlungskosten aller Versicherten ab einem Schwellwert ausgleichsfähig macht, hätten wir ein einfaches aber manipulationssicheres System. Wir brauchen den aufwändigen Ausgleichsapparat mit 80 Krankheiten und knapp viertausend Einzeldiagnosen für eine solidarische Krankenversicherung nicht“, erklärt König.

Das Positionspapier der Betriebskrankenkassen zum Morbi-RSA finden Sie unter: www.bkk-bayern.de

Hintergrund:

Nur die Verstorbenerproblematik will das Bundesversicherungsamt jetzt einseitig durch eine Veränderung im Berechnungsverfahren des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) angehen. Dies soll dadurch geschehen, dass eine Umrechnung der Ausgabengrundlagen auf den Versichertentag erfolgt. Die rechnerischen Auswirkungen sind mit dem bereits gescheiterten Versuch der sogenannten „Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener“ identisch. Ins-

gesamt würden für alle 80 im Morbi-RSA ausgleichsfähigen Krankheiten die Ausgleichsvolumina steigen. Dadurch würden Krankenkassen, die jetzt schon von dem verzerrten Ausgleichsverfahren profitieren, erneut Gelder aus dem Solidartopf gewinnen. Krankenkassen aber, deren Versicherte an nicht ausgleichsfähigen Krankheiten, beispielsweise einer komplizierten Frühgeburt oder infolge eines Unfalls sterben, würden mit den hohen Leistungsausgaben in den letzten Versorgungsmonaten weiterhin allein gelassen.

Zuletzt hat der Wissenschaftlich Beirat zum Krankenkassenfinanzausgleich bestätigt, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich an vielen Stellen krankt. So werden zum Beispiel die überdurchschnittlichen Versorgungsstrukturen und auch die höheren Krankengeldausgaben in Bayern nicht berücksichtigt. Die Folge: Rund 1,69 Milliarden Euro werden in Bayern schon jetzt der Gesundheitsversorgung entzogen. Wird erneut an einer Stellschraube dieses Systems gedreht, wird die 1,7 Milliarden-Euro-Marke für Bayern überschritten.

Der BKK Landesverband Bayern vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen seiner 15 Mitglieds-kassen mit Sitz in Bayern und 112 Betriebskrankenkassen mit Versicherten im Freistaat. Rund 2,4 Millionen Menschen in Bayern sind bei einer Betriebskrankenkasse versichert. Damit verfügen die Betriebskrankenkassen im Freistaat über einen Marktanteil von rund 24 Prozent.

Wörter: 526