



ZAHLEN. DATEN. FAKTEN.

GESCHÄFTSBERICHT 2016



www.bkk-wf.de

 BKK WIRTSCHAFT
UND FINANZEN



Liebe Leserinnen und Leser,

die guten Nachrichten zuerst: ein leichter finanzieller Überschuss und steigende Versichertenzahlen: die BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN (BKK W&F) bleibt auf Wachstumskurs. Durchschnittlich 24.500 Versicherte haben 2016 ein positives Jahresergebnis in Höhe von 201.000 Euro erwirtschaftet. Dieser Trend setzt sich 2017 fort, bereits zur Jahresmitte ist die Versichertenzahl auf mittlerweile mehr als 25.700 angewachsen.

Das Nüchterne daran: dieser Kurs ist alternativlos. Denn der Wettbewerb wird immer härter und kompromissloser. Neue Gesetze und die endlich Fahrt aufnehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen verändern die operative Arbeit regelmäßig aufs Neue. Selbst ernannte Versorgerkassen führen gleichzeitig ganzjährig mehr oder weniger gelungene Werbekampagnen durch, die denen privatwirtschaftlicher Großkonzerne nicht nachstehen. Die treuhänderische Verwaltung von Versichertengeldern hat hier längst ausgedient.

Gleichen mittelständische Krankenkassen wie die BKK W&F diese Entwicklung durch engagierte Mitarbeiter und ein Leistungsportfolio der Spitzenklasse noch aus, so entwickelt sich die politische Auseinandersetzung mit dem intransparenten Verteilungsmodus der Zuweisungen des Gesundheitsfonds zu einer aufreibenden Sisyphusarbeit.

Fast allen Akteuren im Umfeld dieser milliardenschweren Umverteilungsmaschinerie ist der dringende Reformbedarf mittlerweile bekannt. Und das nicht erst seit dem Beginn der öffentlichen Diskussionen rund um Manipulationen von Diagnosen. Dennoch wagt sich die Politik bei diesem Thema nicht aus der Deckung. Es handelt sich 2017 schließlich um ein Wahljahr und mit dem Thema Gesundheit hat bisher noch

niemand einen Blumentopf gewinnen können. Wer aber die gravierenden Auswirkungen bis jetzt noch nicht verstanden hat, dem sei ein Blick auf das Jahresergebnis 2016 der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung empfohlen: wenn eine einzelne Kassenart mit einem Marktanteil von einem Drittel mehr als zwei Drittel des Gesamtüberschusses generiert, liegen die Gründe sicherlich nicht nur im selbstbewussten Umgang eines offensichtlich sehr rigiden Kostenmanagements.

Was bleibt, ist die vage Hoffnung auf Veränderungen nach der Bundestagswahl. Schon zum 30. September soll ein Sondergutachten die Wirkungen des Risikostrukturausgleiches (RSA) überprüfen und die Folgen relevanter Vorschläge im Auftrag des Gesundheitsministeriums abschätzen. Spät, aber hoffentlich nicht zu spät, um faire Wettbewerbsbedingungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung wiederherzustellen. Denn nur dann profitieren alle Versicherten gleichermaßen von den weiterhin unbestrittenen Vorteilen des deutschen Krankenversicherungssystems.

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Björn Hansen'. The signature is stylized and fluid.

Björn Hansen
Vorstand der BKK W&F

P.S.: Gefällt Ihnen unser neues Corporate Design?
Nach 10 Jahren war es an der Zeit, optisch für neuen Wind zu sorgen. Schreiben Sie mir an björn.hansen@bkk-wf.de

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG 2016

Die gesetzlichen Krankenkassen haben nach den vorläufigen Finanzergebnissen des Jahres 2016 einen Überschuss von rund 1,38 Milliarden Euro erzielt. Der größte Teil entfiel auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen mit rund 935 Millionen Euro, gefolgt von den Ersatzkassen mit 321 Millionen Euro. Während auch die Betriebskrankenkassen (29 Millionen Euro), die Knappschaft-Bahn-See (100 Millionen Euro) und die landwirtschaftliche Krankenversicherung (34 Millionen Euro) ebenfalls positive Ergebnisse einfuhren, werden die Innungskrankenkassen das Jahr mit einem Defizit von voraussichtlich 33 Millionen Euro abschließen. Je Versicherten gab es wie im Jahr 2015 einen Ausgabenzuwachs von 3,3 Prozent. Die Leistungsausgaben stiegen um 3,2 Prozent je Versicher-

ten, die Verwaltungskosten um 4,5 Prozent. Deutlich steigende Versichertenzahlen haben dazu beigetragen, dass die Ausgabenzuwächse je Versicherten um rund 1,0 Prozentpunkte niedriger ausgefallen sind als die absoluten Ausgabenzuwächse.

Verantwortlich für die Ausgabensteigerungen waren erneut die Hauptausgabenbereiche ambulante ärztliche Versorgung und Arzneimittel. Bei den Arzneimitteln (+ 3,1 Prozent) fiel die Steigerungen moderater als in den Vorjahren aus. Überdurchschnittlich waren die Steigerungen je Versicherten bei der häuslichen Krankenpflege (plus 7,9 Prozent), den Heilmitteln (plus 5,4 Prozent), den Fahrkosten (plus 4,8 Prozent) und den Leistungen bei Schwangerschaft (plus 4,7 Prozent).

Veränderungsraten der Leistungsausgaben pro Kopf
1.-4. Quartal 2016 im Vergleich zum 1.-4. Quartal 2015

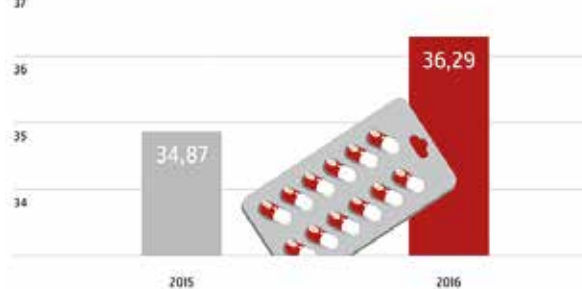
Angaben in Prozent



Die Ausgaben für die ärztliche Behandlung stiegen je Versicherten um rund 3,4 Prozent (absolut um rund 4,3 Prozent bzw. 1,52 Mrd. Euro). Bei den darin enthaltenen Ausgaben für ambulante psychotherapeutische Versorgung gab es einen Zuwachs um rund 223 Millionen Euro (12 Prozent); die Ausgaben für Hochschulambulanzen stiegen um rund 75 Millionen Euro (13,6 Prozent).

Ausgaben für Arzneimittel (Apotheken, Versandhandel und Sonstige)
1.-4. Quartal 2016 im Vergleich zum 1.-4. Quartal 2015

Angaben in Mrd. Euro



Nach Zuwächsen von 9,4 Prozent je Versicherten in 2014 und 4,0 Prozent in 2015 sind die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen 2016 je Versicherten um 3,1 Prozent gestiegen. Dies entspricht einem absoluten Zuwachs von 1,4 Mrd. Euro (4,1 Prozent). Bei der Bewertung der aktuellen Ausgabenzuwächse ist zu berücksichtigen, dass die Ausgaben für innovative Arzneimittel zur Behandlung der Hepatitis C 2016 im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum um rund 0,5 Mrd. Euro niedriger ausfielen. Durch Rabattvereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmen wurden die Krankenkassen weiterhin deutlich entlastet. Die Rabatterlöse sind 2016 um 7,8 Prozent auf rund 3,85 Milliarden Euro gestiegen.

Die größte prozentuale Steigerung ergibt sich im Bereich Soziale Dienste und Prävention (plus 9,74 Prozent). Diese wurde vom Gesetzgeber durch das so genannte Präventionsgesetz bewusst in Kauf genommen. So stiegen die Ausgaben für Präventionsleistungen gegenüber dem Vorjahreszeitraum um rund 172 Millionen auf rund 485 Millionen Euro (55 Prozent). Die Ausgaben für Gesundheitskurse stiegen von 201 auf 217 Millionen Euro (7,8 Prozent), für betriebliche Gesundheitsförderung von 75 auf 143 Millionen Euro (89 Prozent) und für die Prävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten (Kitas, Schulen) von 37 auf 125 Millionen Euro

(240 Prozent). Die neu eingeführten Richtwerte von 7 Euro je Versicherten für die gesamten Präventionsleistungen nach § 20 SGB V sowie jeweils mindestens 2 Euro für Präventionsmaßnahmen in betrieblichen und nicht betrieblichen Lebenswelten wurden damit bereits im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes weitestgehend erreicht. Für die Förderung von Selbsthilfegruppen stiegen die Ausgaben der Krankenkassen von 45 auf rund 71 Millionen Euro (56 Prozent). Auch hier konnte der neue Förder-Richtwert von 1,05 Euro je Versicherten insgesamt weitgehend eingehalten werden.

POSITIVE ENTWICKLUNG DER BKK W&F

Im Jahresdurchschnitt 2016 versicherte die BKK W&F 17.419 Mitglieder, einschließlich Familienangehörigen waren es 24.449 Personen (+4,17%). Die BKK W&F gehört damit zu den 80 größten Körperschaften unter derzeit 113 Krankenkassen. Im ersten Halbjahr 2017 hielt dieser Trend an. Zum 1. Juni 2017 erhöhte sich die Versichertenzahl auf 25.687.

Die Ausgaben für Versicherungsleistungen sind 2016 insgesamt gesehen im Vergleich zum Vorjahr um 7,38 Prozent gestiegen. Größter Kostenfaktor bleiben die Ausgaben für Krankenhausaufenthalte (23,21 %), gefolgt von der ärztlichen Behandlung (20,43 %) und den Arzneimitteln (13,45 %).

Insgesamt hat die BKK W&F im vergangenen Jahr mehr als 50,35 Millionen Euro für ihre Versicherten ausgegeben. Dem standen Einnahmen in Höhe von mehr als 50,55 Millionen Euro entgegen. Unter dem Strich ergibt sich damit ein positives Rechnungsergebnis in Höhe von 201.000 Euro. Das Vermögen in Form von Betriebsmitteln und Rücklagen als Schwankungsreserven betrug damit zum Ablauf des Geschäftsjahres mehr als 2,43 Millionen Euro und damit etwa 100 Euro je Versichertem.



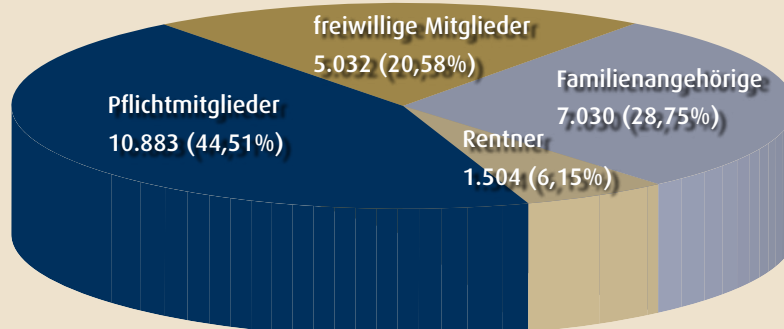
Die BKK W&F hat die aktuelle Jahresrechnung 2016 durch die BDO AG prüfen lassen. Diese hat mit Datum vom 24.05.2017 einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilt. Formell festgestellt wurde die Jahresrechnung 2016 durch den neu gewählten Verwaltungsrat der BKK W&F im Rahmen der konstituierenden Sitzung am 21. Juni 2017 in der Niederlassung Kassel.

Von links nach rechts: Johann Kornmeier, Heike Diehl, Wolfgang Kohler, Helge Weindel, BKK-Vorstand Björn Hansen, Petra Schulz, Wolf-Arne Müller, Klaus Kammer (Vorsitzender) Sandra Nicklisch, Wolfgang Hübel (alternierender Vorsitzender), Dieter Rau, Jörg Huchthausen (Vertreter des BKK-Vorstands).



VERSICHERTENENTWICKLUNG

Versicherte im Jahresdurchschnitt	2015	Veränderung	2016
	Personen	+/- %	Personen
Pflichtmitglieder	10.493	3,72%	10.883
freiwillige Mitglieder	4.847	3,82%	5.032
Rentner	1.383	8,75%	1.504
Mitglieder insgesamt	16.722	4,17%	17.419
Familienangehörige	6.749	4,17%	7.030
Versicherte insgesamt	23.471	4,17%	24.449



EINNAHMEN

Beiträge in Euro für	2015	+/- %	2016
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	42.570.641,82	7,01%	45.554.664,37
Mittel aus dem Zusatzbeitrag	3.559.063,91	27,65%	4.543.216,58
Vermögenserträge	28.555,15	-21,65%	22.372,43
Erstattungen / Ersatzansprüche	267.508,87	17,99%	315.638,97
Sonstige Einnahmen	92.820,42	31,68%	122.226,82
Einnahmen insgesamt	46.518.590,17	8,68%	50.558.119,17

Beiträge je Versicherten in Euro für	2015	+/- %	2016
Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds	1.813,78	2,73%	1.863,23
Mittel aus dem Zusatzbeitrag	151,64	22,54%	185,82
Vermögenserträge	1,22	-24,59%	0,92
Erstattungen / Ersatzansprüche	11,40	13,25%	12,91
Sonstige Einnahmen	3,95	26,58%	5,00
Einnahmen insgesamt	1.981,99	4,33%	2.067,87



AUSGABEN

Ausgaben in EUR für	2015	+/- %	2016
Ärztliche Behandlung	9.343.502,53	10,13%	10.290.133,36
Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	3.469.779,84	8,20%	3.754.251,73
Zahnersatz	674.610,40	-0,72%	669.729,33
Arzneimittel	6.645.831,09	1,93%	6.774.348,01
Hilfsmittel	1.183.600,24	9,60%	1.297.253,29
Heilmittel	1.213.801,40	11,18%	1.349.529,69
Krankenhausbehandlung	11.377.530,87	2,74%	11.689.147,36
Krankengeld	3.545.092,33	13,91%	4.038.058,09
Fahrkosten	522.563,85	2,74%	536.863,28
Vorsorge- und Reha-Leistungen	539.285,61	8,71%	586.251,65
Schutzimpfungen	628.445,98	-5,12%	596.255,55
Früherkennungsmaßnahmen	902.053,45	9,13%	984.401,39
Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stat. Entbindung	875.707,40	21,45%	1.063.529,90
Behandlungspflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)	270.496,39	29,34%	349.859,93
Dialyse	51.372,90	-25,64%	38.201,48
Sonstige Leistungsausgaben	1.168.070,71	30,46%	1.523.880,06
Leistungsausgaben insgesamt	42.411.744,99	7,38%	45.541.694,10
davon Ausgaben für Prävention	2.401.513,72	8,21%	2.598.683,39
Verwaltungskosten	3.619.598,64	9,76%	3.972.802,81
Sonstige Ausgaben	722.499,24	16,62%	842.573,96
Ausgaben insgesamt	46.753.842,87	7,71%	50.357.070,87

Ausgaben je Versicherten in EUR für	2015	+/- %	2016
Ärztliche Behandlung	398,09	5,72%	420,88
Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	147,83	3,87%	153,55
Zahnersatz	28,74	-4,70%	27,39
Arzneimittel	283,15	-2,14%	277,08
Hilfsmittel	50,43	5,22%	53,06
Heilmittel	51,72	6,73%	55,20
Krankenhausbehandlung	484,76	-1,37%	478,10
Krankengeld	151,04	9,35%	165,16
Fahrkosten	22,26	-1,35%	21,96
Vorsorge- und Reha-Leistungen	22,98	4,35%	23,98
Schutzimpfungen	26,78	-8,92%	24,39
Früherkennungsmaßnahmen	38,43	4,76%	40,26
Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stat. Entbindung	37,31	16,59%	43,50
Behandlungspflege und Häusliche Krankenpflege (HKP)	11,52	24,22%	14,31
Dialyse	2,19	-28,77%	1,56
Sonstige Leistungsausgaben	49,77	25,24%	62,33
Leistungsausgaben insgesamt	1.807,01	3,08%	1.862,70
davon Ausgaben für Prävention	102,32	3,88%	106,29
Verwaltungskosten	154,22	5,36%	162,49
Sonstige Ausgaben	30,78	11,96%	34,46
Ausgaben insgesamt	1.992,01	3,40%	2.059,65

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassung in EUR	2015	+/- %	2016
Einnahmen	46.518.590,17	8,68%	50.558.119,17
Einnahmen je Versicherten	1.981,99	4,33%	2.067,87
Ausgaben	46.753.842,87	7,71%	50.357.070,87
Ausgaben je Versicherten	1.992,01	3,40%	2.059,65
Überschuss (+) / Defizit (-)	-235.252,70	---	201.048,30
je Versicherten	-10,02	---	8,22

Vermögen in EUR	2015	+/- %	2016
Betriebsmittel	889.323,21	-61,58%	341.667,84
Betriebsmittel je Versicherten	37,89	-63,13%	13,97
Rücklage	956.000,00	77,62%	1.698.000,00
Rücklage je Versicherten	40,73	70,51%	69,45
Verwaltungsvermögen	390.843,00	1,72%	397.546,67
Verwaltungsvermögen je Versicherten	16,65	-2,34%	16,26
Vermögen gesamt	2.236.166,21	8,99%	2.437.214,51
Vermögen gesamt je Versicherten	95,27	4,63%	99,68

BILANZ

Aktiva in EUR	2015	+/- %	2016
Barmittel und Giro Guthaben	1.419.936	86,10%	2.642.536
Kurzfristige Geldanlagen	4.550.000	-7,69%	4.200.000
Forderungen	1.235.681	72,86%	2.135.953
Andere Geldanlagen	1.785.322	-36,26%	1.138.048
Mittel aus Rückstellungen	412.096	17,17%	482.859
Sonstiges Vermögen	126.600	47,86%	187.194
Verwaltungsvermögen	390.843	1,72%	397.547
Summe	9.920.478	12,74%	11.184.136

Passiva in EUR	2015	+/- %	2016
Verpflichtungen	7.269.055	13,58%	8.256.363
Pensionsrückstellungen	412.096	17,17%	482.859
Sonstige Passiva	3.161	143,58%	7.700
Überschuss der Aktiva			
Betriebsmittel	889.323	-61,58%	341.668
Rücklage	956.000	77,62%	1.698.000
Verwaltungsvermögen	390.843	1,72%	397.547
Summe	9.920.478	12,74%	11.184.136

EINNAHMEN UND AUSGABEN DER PFLEGEKASSE

Einnahmen in Euro für	2015	+/- %	2016
Beitragseinnahmen	12.774.689,68	4,89%	13.398.814,62
Vermögenserträge	164,16	-6,06%	154,22
Einnahmen insgesamt	12.774.853,84	4,89%	13.398.968,84

Ausgaben in Euro für	2015	+/- %	2016
Pflegegeld	344.618,34	7,55%	370.645,18
Pflegesachleistungen	134.203,57	9,02%	146.303,21
Vollstationäre Pflege	191.809,64	34,76%	258.486,06
Tages- und Nachtpflege	29.550,91	-12,20%	25.947,14
Verhinderungspflege	43.771,54	11,06%	48.611,35
Pflege in vollstat. Einrichtungen der Behindertenhilfe	7.970,00	-19,90%	6.384,00
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	38.278,21	-29,50%	26.985,13
Leistungen für Pflegepersonen	45.780,16	144,64%	111.996,75
Kurzzeitpflege	19.149,83	46,09%	27.976,00
Häusliche Beratungseinsätze	2.870,69	6,50%	3.057,40
Stationäre Vergütungszuschläge	22.549,27	33,70%	30.147,33
Leistungen zur Prävention	-		7.335,00
Persönliche Budgets	-		2.912,00
Pflegeberatung	1.206,87	137,06%	2.860,99
Zusätzliche ambulante Betreuungsleistungen	33.897,04	50,73%	51.091,45
Erstattungen an und von anderen Pflegekassen bzw. andere Stellen	3.433,00	-59,38%	1.394,56
Leistungsausgaben insgesamt	919.089,07	22,09%	1.122.133,55
Vermögensaufwendungen inkl. Liquiditätsausgleich	11.378.882,57	3,88%	11.820.067,78
Verwaltungskosten	154.434,55	16,67%	180.180,52
Medizinischer Dienst	114.593,97	6,49%	122.025,47
Ausgaben insgesamt	12.567.000,16	5,39%	13.244.407,32

Zusammenfassung in EUR	2015	+/- %	2016
Einnahmen	12.774.853,84	4,89%	13.398.968,84
Ausgaben	12.567.000,16	5,39%	13.244.407,32
Überschuss (+) / Defizit (-)	207.853,68	-25,64%	154.561,52

Vermögen in EUR	2015	+/- %	2016
Betriebsmittel	346.796,22	41,11%	489.357,74
Rücklage	48.000,00	25,00%	60.000,00
Vermögen gesamt	394.796,22	39,15%	549.357,74

BILANZ DER PFLEGEKASSE

Aktiva in EUR	2015	+/- %	2016
Barmittel und Giro Guthaben	1.087.140	8,87%	1.183.594
Kurzfristige Geldanlagen	-	---	-
Forderungen	347.865	22,66%	426.676
Andere Geldanlagen	-	---	-
Mittel aus Rückstellungen	-	---	-
Sonstiges Vermögen	-	---	-
Summe	1.435.005	12,21%	1.610.270

Passiva in EUR	2015	+/- %	2016
Verpflichtungen	1.040.209	1,99%	1.060.912
Pensionsrückstellungen	-	---	-
Sonstige Passiva	-	---	-
Überschuss der Aktiva			
Betriebsmittel	346.796	41,11%	489.358
Rücklage	48.000	25,00%	60.000
Summe	1.435.005	12,21%	1.610.270





FAIRE WETTBEWERBSBEDINGUNGEN – NUR NOCH EIN LIPPENBEKENNTNIS?

Gesetzliche Krankenkassen machen ihre Versicherten kränker als sie sind: diesen Generalverdacht äußerte der Vorstand der Techniker Krankenkasse in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung im Herbst 2016 gemeinsam mit dem Eingeständnis entsprechender Praktiken im eigenen Unternehmen. Was folgte, war eine öffentliche Welle der Entrüstung, gegenseitige Vorwürfe der verschiedenen Kassenarten untereinander und Ankündigungen der Politik, die Maßnahmen im Kampf gegen die Manipulation der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nochmals auszuweiten. Etwas mehr als ein halbes Jahr ist seitdem vergangen. Was sich aus seiner Sicht seitdem verändert hat, erläutert BKK-Vorstand Björn Hansen.

Herr Hansen, können Krankenkassen die Höhe Ihrer Zuweisungen wirklich manipulieren?

Hansen: In der Gesetzlichen Krankenversicherung ist in den letzten Jahren in der Tat ein Wettbewerb darüber entstanden, wer es schafft, die meisten Ärzte dazu zu bringen, für die eigenen Versicherten möglichst viele Diagnosen zu dokumentieren. Denn eine Kasse bekommt umso mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, je mehr und je schwerwiegendere Diagnosen ihr von den behandelnden Ärzten vorliegen. Als Anreiz dienen hier extrabudgetäre Versorgungsverträge, welche bevorzugt für Diagnosen mit Relevanz im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA abgeschlossen werden. Eine aktuelle Studie zeigt, dass die überwältigende Mehrzahl so genannter Betreuungsstrukturverträge im wesentlichen Diagnosen vergütet, die weitere Zuweisungen zur Folge haben.

Wenn alle Krankenkassen diese Möglichkeiten genutzt haben, wo liegt dann das Problem?

Selbst wenn tatsächlich jede Krankenkasse dieses Spiel mitgemacht hätte, stehen in Abhängigkeit von Größe und Marktmacht unterschiedliche Chancen, solche Verträge abzuschließen und auch umzusetzen. Ganz davon ab, dass

Versichertengelder nicht ausgegeben werden sollten, um Diagnosen zu kaufen, sondern um sie zu behandeln. Nach Schätzung der Autoren des IGES Instituts beträgt die jährliche Vergütung aus Betreuungsstrukturverträgen zuletzt gut 258 Millionen Euro, hinzu kommen weitere 33 Millionen für ähnliche Regelungen in Verträgen der hausärztlichen Versorgung.

Was hat sich denn bislang geändert?

Die gezielte Vergütungen für Diagnosen über Betreuungsstrukturverträge und auch die Diagnosebeeinflussung durch eine persönliche Kodierberatung der Ärzte ist mittlerweile verboten. Trotzdem existieren diese Verträge auch heute noch. Aber selbst wenn sie irgendwann auslaufen oder gekündigt werden, führt dies nur zu einer Fokussierung über andere Vertragskonstrukte, beispielsweise Hausarztverträge. Der Teufelskreis ist also noch längst nicht durchbrochen. Da hilft auch kein Hirtenbrief mit der Bekräftigung künftiger Strafen vom Präsidenten des Bundesversicherungsamtes höchstpersönlich.

Wie müsste Ihrer Meinung nach nun geschehen?

Einer der Gründe, der derzeit zu einer Schräglage im Gesundheitssystem führt, ist die fehlende echte Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Er soll im Interesse der Ver-

sicherten einen fairen Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Krankenkassen und Kassenarten ermöglichen. Acht Jahre nach der letzten grundlegenden Überarbeitung zeigt sich in der Praxis, dass die Zuweisungssystematik der Entwicklung nicht standhält und die gewünschten Ziele nur ungenügend erreicht werden. Für entsprechende Lösungen setzen wir uns als Teil einer kassenartenübergreifenden Kooperationsgemeinschaft mit dem Namen „RSA-Allianz“

bereits seit längerem ein. Darüber hinaus gilt es, nachhaltige Lösungen für die unterschiedliche Aufsichtspraxis von Bundesversicherungsamt und den Aufsichtsämtern der einzelnen Bundesländer zu schaffen.

Vielen Dank für das Gespräch.



HINTERGRUND: FUNKTIONSWEISE DES MORBI-RSA

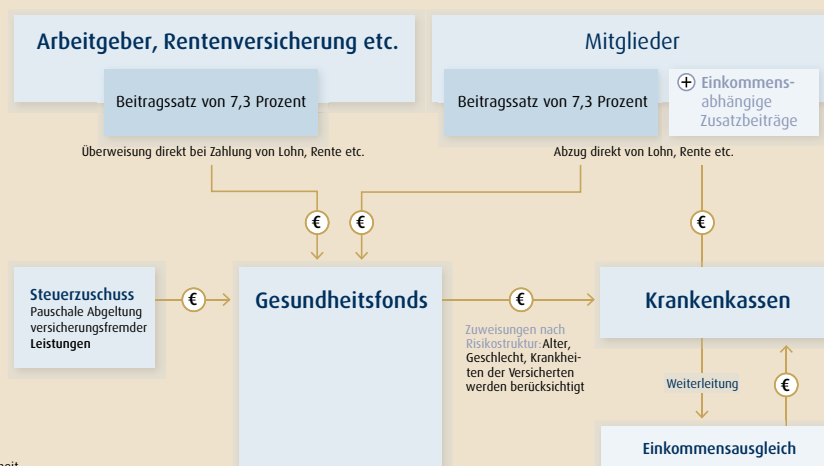
Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist das wichtigste Steuerungsinstrument im solidarisch geprägten Finanzverteilungssystem der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-System). Er soll die unterschiedlichen Versichertenstrukturen der verschiedenen Krankenkassen ausgleichen. Vom Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen dazu über den Morbi-RSA sogenannte Zuweisungen. Die Gelder werden anhand von Morbidität, Alter und Geschlecht der Versicherten verteilt. Zusätzlich werden noch Faktoren wie der Bezug einer Erwerbminderungsrente oder die Einschreibung in ein DMP berücksichtigt. Für diese Tatbestände erhält die jeweilige Krankenkasse eine gesonderte Zuweisung.

Jeder Versicherte wird dann anhand von Alter und Geschlecht verschiedenen Risikogruppen (Kurzbezeichnung AGG) als standardisiertem Grundbetrag zugeordnet. Für die weitere Kostenabdeckung sind die durchschnittlichen Behandlungskosten von bis zu 80 kostenintensiven, chronischen Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf entscheidend. Diese Krankheiten wurden erstmals für das Ausgleichsjahr 2019 durch das Bundesversicherungsamt (BVA) bestimmt. Der Grenzwert für die Kostenintensität wurde dabei immer so gewählt, dass mit 80 Krankheiten immer der maximale Rahmen ausgeschöpft wurde.

Zur Unterscheidung von Schweregraden einer Krankheit und ihrer finanziellen Bewertung werden enger abgegrenzte Diagnosegruppen als hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) zusammengefasst. Dies geschieht anhand eines Klassifikationsmodells, das regelmäßig durch das BVA überarbeitet und jeweils zum 30. September für das Folgejahr festgelegt wird. Im Rahmen des Modell unterliegen ambulante Diagnosen strengeren Maßstäben als die Diagnosen eines Krankenhausaufenthaltes, da diese grundsätzlich als belastbarer angesehen werden. Ambulante Diagnosen müssen „gesichert“ sein, d.h. ein „Verdacht“ reicht für die Einstufung in eine Morbiditätsgruppe nicht aus. Zudem gibt es vielfach weitere Voraussetzungen, z.B. passende Arzneimittelverordnungen oder die Wiederholung von Diagnosen. Anhand des Klassifikationsmodells können Versicherte dabei keiner, einer oder mehreren HMG zugeordnet werden – im Gegensatz zu den Kriterien Alter und Geschlecht, die immer Anwendung finden. Es wird einem Versicherten jeweils immer die teuerste HMG innerhalb einer Erkrankung zugeordnet. Jede Morbiditätsgruppe kann innerhalb eines Jahres maximal einmal zugeordnet werden, auch wenn die Diagnose mehrfach erfolgt ist.

Das Modell ist ein prospektiv ausgelegt, d.h. die Zuweisungen, die eine Krankenkasse über den Morbi-RSA erhält, sollen nicht die laufenden Behandlungskosten, sondern die durch eine bestimmte Krankheit entstehenden Folgekosten abdecken. So wird für jede HMG geprüft, welche Ausgaben durchschnittlich für Versicherte mit einer bestimmten Diagnose im Jahr nach der Diagnostizierung entstanden sind.

FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Impressum

Herausgeber

BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN
Zentrale
Bahnhofstr. 19
34212 Melsungen

Niederlassung Kassel:
Frankfurter Straße 174
34134 Kassel

Rechtssitz: München

Telefon: (05661) 7374-0
Telefax: (05661) 7374-129
E-Mail: info@bkk-wf.de
Internet: www.bkk-wf.de