

**„Faire-Kassenwahl-Gesetz“**

**Stellungnahme**



**KNAPPSCHAFT**

*für meine Gesundheit!*



## Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung .....	4
Einführung eines Krankheits-Vollmodells .....	4
Altersinteraktion .....	4
Streichung der Erwerbsminderungsgruppen .....	5
Streichung der DMP-Programmkostenpauschale .....	5
Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten .....	6
Einführung einer Regionalkomponente .....	6
Risikopool .....	7
Stärkung der Manipulationsresistenz des MRSA .....	7
Stärkung von Präventionsanreizen durch den MRSA .....	7
Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat .....	8
Erweiterung der Wahlrechte der Versicherten .....	8
Wettbewerbsregeln und Klagerechte der Krankenkassen untereinander .....	8
Erneuerung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes .....	8
II. Stellungnahme zum Gesetz .....	10
§ 217b Organe .....	10
§ 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben .....	11
§ 318 Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung .....	12
Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) .....	14
§ 2 Risikogruppen .....	14
§ 4 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben .....	15
III. Ergänzender Änderungsbedarf / Sonstiges .....	16
Altersinteraktionsterme .....	16
Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren: Pflegebedürftigkeit und Härtefälle nach § 62 SGB V .....	16
Bereitstellung einer GKV-Stichprobe zur Erhöhung der Transparenz .....	17

## I. Vorbemerkung

Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft beseitigen – mit diesem Ziel hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) am 25. März 2019 einen Referentenentwurf für das „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ vorgelegt. Neben Veränderungen der Organisationsstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung soll der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (MRSA) weiterentwickelt werden.

Die geplanten Änderungen haben erhebliche Auswirkungen auf die Gesetzliche Krankenversicherung. Zu den finanziellen Auswirkungen wurden im Vorfeld umfangreiche Analysen und Empfehlungen durch den Wissenschaftlichen Beirat in Form von zwei Gutachten<sup>1</sup> erstellt. Während einige geplante Änderungen und Vorschläge zu einer erhöhten Zielgenauigkeit und Stärkung des Wettbewerbs führen, widersprechen andere Vorhaben des Gesetzesentwurfes nicht nur den Empfehlungen und Ergebnissen des Wissenschaftlichen Beirats, sondern konterkarieren wesentliche Vereinbarungen des Koalitionsvertrages und führen zu einer Schwächung des MRSA.

Im Folgenden nimmt die KNAPPSCHAFT zu zentralen Punkten des Referentenentwurfes Stellung:

### **Einführung eines Krankheits-Vollmodells**

Die KNAPPSCHAFT begrüßt die Implementierung eines sogenannten Krankheits-Vollmodells. Im Gegensatz zu der im Status quo bestehenden Berücksichtigung von lediglich 50 bis 80 Krankheiten führt die Erweiterung auf das gesamte Krankheitsspektrum zu einer Erhöhung der Zielgenauigkeit des MRSA. Weiterhin entfällt der Verwaltungsaufwand der jährlichen Krankheitsauswahl.

### **Altersinteraktion**

Der Wissenschaftliche Beirat berichtet in seinem Sondergutachten 2017, dass die Ausgaben für ältere multi-morbide Versicherte in der Regel niedriger sind als für jüngere multi-morbide Versicherte. Die entscheidende Frage ist, ob diese niedrigeren Ausgaben bei den

---

<sup>1</sup> Wissenschaftlicher Beirat 2017: „Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“; Wissenschaftlicher Beirat 2018: „Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“.

älteren Versicherten tatsächlich rein medizinisch indiziert sind (zum Beispiel durch „mildere“ Krankheitsverläufe im Alter oder durch die Unverträglichkeit teurer Therapieformen) oder ob sich hier eine verdeckte Altersrationierung widerspiegelt. Der Wissenschaftliche Beirat selbst führt in seinem Sondergutachten 2017 (Seite 443) aus, dass eine latent vorhandene Altersrationierung durch Altersinteraktionsterme möglicherweise noch weiter verstärkt wird.

Eine solche Altersrationierung würde dem erklärten Koalitionswillen, Altersdiskriminierung zu bekämpfen, entgegenstehen<sup>2</sup> und dem Solidaritätsprinzip der GKV widersprechen. Den Vorschlag des BMG, sogenannte Altersinteraktionsterme einzuführen, lehnt die KNAPPSCHAFT ab. Vielmehr hält die KNAPPSCHAFT weitere Untersuchungen dazu für notwendig.

### **Streichung der Erwerbsminderungsgruppen**

Es ist fachlich unumstritten, dass das Erwerbsminderungsmerkmal die Zuweisungsgenauigkeit signifikant erhöht.<sup>3</sup> Durch die Streichung würde die bestehende Unterdeckung<sup>4</sup> für Erwerbsminderungsrentner erhöht, was Anreize zu einer Risikoselektion setzt. Zudem zeichnet sich das Merkmal „Erwerbsminderungsrentner“ durch eine hohe Manipulationsresistenz aus, da es extern (Rentenversicherungsträger) ermittelt wird.

Die KNAPPSCHAFT schließt sich daher der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats an, das Merkmal „Erwerbsminderungsrentner“ im MRSA beizubehalten und (gegebenenfalls) noch weiter zu differenzieren.

### **Streichung der DMP-Programmkostenpauschale**

DMP wurde durch die Gesetzgebung als MRSA-relevantes Merkmal im Jahr 2002 eingeführt und hat sich in der Praxis bewährt. DMP verbessert die Versorgungssituation bei ausgewählten chronischen Erkrankungen. So zeigt beispielsweise die Evaluation des Bundesversicherungsamtes<sup>5</sup> zur Indikation Diabetes mellitus Typ 2, dass die an DMP teilnehmenden Versicherten von den Programmen deutlich profitieren.

---

<sup>2</sup> Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode, Seite 26, Zeile(n) 1075 ff.

<sup>3</sup> Wissenschaftlicher Beirat 2017, Seite 367.

<sup>4</sup> Wissenschaftlicher Beirat 2017, Seite 357.

<sup>5</sup> Bericht des Bundesversicherungsamtes zur vergleichenden Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 2, März 2009.

Die KNAPPSCHAFT lehnt daher die Streichung der DMP-Programmkostenpauschale ab. Durch die direkte Kopplung an den MRSA grenzt sich DMP von allen anderen Sonderformaten der Versorgung ab. Die Krankenkassen müssen daher für DMP Vertrauensschutz genießen. Insbesondere Versorgerkassen – mit einem relativ hohen Anteil DMP-Teilnehmer – müssen ohne ausreichende Finanzierung über einen Abbau ihrer DMP-Programme nachdenken. Dies führt zu einer schlechteren medizinischen Versorgung chronisch Kranker. Eine Streichung steht im Konflikt mit dem erklärten Koalitionswillen: Die Regierungsparteien haben in ihrem Koalitionsvertrag betont, DMP zu stärken.<sup>6</sup>

### **Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten**

Die Arzneimittelrabatte sollen versichertenbezogen in den Datenmeldungen zum MRSA erfasst werden. Auf diese Weise fließen die tatsächlichen Arzneimittelausgaben in die Berechnung der Zuweisungen ein. Gegenwärtig werden diese nur mit einem durchschnittlichen Arzneimittelrabatffaktor je Krankenkasse berücksichtigt. Nach Einschätzung des BMG bleiben Wirtschaftlichkeitsanreize zum Abschluss von Rabattverträgen weiterhin bestehen.

Für die Krankenkassen entsteht durch die differenzierteren Datenmeldungen (versichertenbezogene Erfassung der Rabatte) ein hoher Aufwand. Diesen Aufwand hält die KNAPPSCHAFT aber zugunsten einer größeren Genauigkeit für gerechtfertigt. Sie schließt sich der Meinung des BMG an, dass weiterhin Anreize zum Abschluss von Rabattverträgen bestehen.

### **Einführung einer Regionalkomponente**

Die KNAPPSCHAFT teilt die Einschätzung des BMG, dass die Einführung einer Regionalkomponente zu einer höheren Zuweisungsgenauigkeit des MRSA führt. Insgesamt hält die KNAPPSCHAFT den sich bei der Erhebung regionaler Daten ergebenden Mehraufwand wegen der erhöhten Zuweisungsgenauigkeit für gerechtfertigt.

Ein Indikator der Regionalkomponente ist die ambulante Pflegebedürftigkeit. Die Einbeziehung dieses Merkmals in einer Region erhöht die Zielgenauigkeit der Zuweisungen. Dies deutet darauf hin, dass ein gesondertes Merkmal „Pflegebedürftigkeit“ für sich genommen eine hohe Erklärungskraft besitzt. Dies unterstützt die Forderung der KNAPPSCHAFT,

---

<sup>6</sup> Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode, Seite 98, Zeile(n) 4547 ff.

Pflegebedürftigkeit als direktes, versichertenindividuelles Merkmal zu berücksichtigen (vergleiche Textziffer III).

### **Risikopool**

Durch einen den MRSA ergänzenden Risikopool werden finanzielle Belastungen aus Hochkostenfällen für Krankenkassen gemindert. Dies gewinnt insbesondere aufgrund der wachsenden Zahl von hochpreisigen Arzneimitteltherapien, die zu einer Genesung oder langjährigen Verzögerung der Krankheit führen und somit keine für MRSA-Zuweisungen relevanten Folgekosten verursachen, an Bedeutung. Daher unterstützt die KNAPPSCHAFT die Einführung eines Risikopools. Zudem bleiben Wirtschaftlichkeitsanreize weiterhin bestehen, da nicht die gesamten Leistungsausgaben über 100 000 Euro pro Jahr ausgeglichen werden.

### **Stärkung der Manipulationsresistenz des MRSA**

Die KNAPPSCHAFT begrüßt den Vorschlag, besonders auffällige HMGs im Jahresausgleich zu streichen. Die Einführung einer Hausarzt-HMG hält die KNAPPSCHAFT für einen prüfenswerten Vorschlag, um die Manipulationsresistenz des MRSA zu stärken. Durch die Berücksichtigung des unterschiedlichen Ausgabenniveaus bei Haus- und Fachärzten wird die Zuweisungsgenauigkeit im MRSA insgesamt erhöht. Die Ergebnisse der angestrebten Untersuchung bleiben abzuwarten.

### **Stärkung von Präventionsanreizen durch den MRSA**

Grundsätzlich begrüßt die KNAPPSCHAFT die Stärkung der Prävention, allerdings sollte diese durch zusätzliche Mittel außerhalb des MRSA finanziert werden. Anders als vom Wissenschaftlichen Beirat in seinem Sondergutachten 2017 (Seite 512) vorgeschlagen, sieht der Entwurf jedoch eine Finanzierung aus den gegebenen Mitteln des MRSA vor. Die Kassen unterscheiden sich jedoch in ihrer Versichertenstruktur hinsichtlich ihres „Präventionspotentials“, das heißt derjenigen Versicherten, denen überhaupt Prävention angeboten werden kann. Da nach der aktuellen Planung die Prävention durch Absenkung der übrigen Zuweisungen finanziert wird, kann es so zu Verwerfungen kommen. Zudem stellt sich die Frage, ob ein direkter Ist-Kostenausgleich – außerhalb des MRSA – einfacher ist als das Arbeiten mit Durchschnittswerten. Präventionsleistungen mit unterdurchschnittlichen Kosten könnten sonst verstärkt angeboten werden.

### **Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat**

Die KNAPPSCHAFT unterstützt die Einführung einer regelmäßigen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat, da diese eine stetige Weiterentwicklung des MRSA gewährleistet.

### **Erweiterung der Wahlrechte der Versicherten**

Der Wettbewerb soll durch die Erweiterung der Wahlrechte der Versicherten zwischen den Krankenkassen gestärkt werden. Diese sind derzeit durch die regionale Begrenzung vieler Krankenkassen beschränkt.

Durch den Entwurf wird das BVA automatisch Rechtsaufsicht aller Krankenkassen. Die KNAPPSCHAFT begrüßt dies, da dadurch die Wettbewerbsunterschiede, die sich – wie auch das BMG in den Eckpunkten feststellt – aus dem unterschiedlichen Aufsichtshandeln zwischen Bundes- und Länderaufsicht ergeben, beseitigt werden. Auch wenn sich im Gesetzgebungsverfahren herausstellen sollte, dass die bundesweite Öffnung aller Krankenkassen politisch nicht durchsetzbar ist, hält die KNAPPSCHAFT Regelungen für eine einheitliche Aufsicht für unabdingbar.

### **Wettbewerbsregeln und Klagerechte der Krankenkassen untereinander**

Die geplante Änderung setzt die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes<sup>7</sup> zur Richtlinie über unlautere Geschäftspraktiken (RL 2005/29/EG) konsequent um. Dies begrüßt die KNAPPSCHAFT.

### **Erneuerung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes**

Die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung sind die tragenden Säulen der deutschen Sozialversicherung. Die in den Sozialwahlen gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Beitragszahler treffen im Interessenausgleich eigenverantwortlich Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Mit der geplanten Abkehr von der bewährten Selbstverwaltung wird diese geschwächt. Die im Koalitionsvertrag verabredete Stärkung der Selbstverwaltung wird damit in das Gegenteil verkehrt. Die KNAPPSCHAFT lehnt diese Vorschläge ab. Die Anbindung an das operative

---

<sup>7</sup> EuGH, Urteil vom 3.10.2013 – C-59/12.



Geschäft der Krankenkassen ist durch den Fachbeirat, der aus Sicht der KNAPPSCHAFT erhalten beliebt sein sollte, ausreichend gewährleistet.

Die KNAPPSCHAFT spricht sich für Regelungen aus, die eine angemessene Repräsentanz von Frauen in den Entscheidungsgremien fördern.

Zu Bedenken gibt die KNAPPSCHAFT, dass die Begrenzung der Amtszeit für Vorstandsmitglieder beim GKV-Spitzenverband den Kreis möglicher geeigneter Kandidatinnen und Kandidaten einschränken könnte.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Eingriffe des Gesetzgebers in die funktionierenden Strukturen der Selbstverwaltung nicht zielführend sind: Im Jahr 2012 schloss der Gesetzgeber beispielsweise weitere Amtszeiten der Unparteiischen beim Gemeinsamen Bundesausschuss für den Zeitraum ab 2018 aus. Mit dem Präventionsgesetz vom 27. Juli 2015 – und damit vor Inkrafttreten – wurde diese Regelung bereits wieder zurückgenommen. Sie kollidierte mit dem Ziel einer effektiven und kontinuierlichen Aufgabenwahrnehmung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

## **II. Stellungnahme zum Gesetz**

### **Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches)**

Nr. 13 Buchstabe a)

#### **§ 217b Organe**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes werden einer grundlegenden Wesensänderung unterzogen. Der Verwaltungsrat wird künftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen gebildet. Darüber hinaus werden verbindliche Quotenregelungen geschaffen, die eine angemessene Repräsentanz von Frauen in den Entscheidungsgremien (Vorstand und Verwaltungsrat) fördern.

##### **B) Stellungnahme**

Dieser Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der gesetzlichen Sozialversicherung ist un gerechtfertigt. Ein Systemwechsel ist abzulehnen. Die Quotenregelung für die Geschlechterverteilung ist sinnvoll.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Beibehaltung der aktuellen Struktur des GKV-Spitzenverbandes

## **Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches)**

Nr. 22 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe bbb)

### **§ 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bisher erhielten die Krankenkassen für die programmbedingten Aufwendungen (zum Beispiel Dokumentations- und Koordinationsleistungen) eine DMP-Programmkostenpauschale. Im Entwurf ist eine Streichung dieser Pauschale vorgesehen, mit der Argumentation, dass durch die Einbeziehung direkter (auch DMP-relevanter) Morbiditätsinformationen in den RSA im Jahr 2009 die unmittelbare Verknüpfung des DMP-Status mit den krankheitsbezogenen Zuweisungen überflüssig geworden sei. Zudem gehe die DMP-Programmkostenpauschale mit einem komplexen Bereinigungsverfahren einher, sodass durch deren Streichung auch die Transparenz des Zuweisungsverfahrens im RSA insgesamt erhöht werde.

#### **B) Stellungnahme**

Die KNAPPSCHAFT lehnt die Streichung der DMP-Pauschale ab. Wegen der Einführung von DMP als MRSA-relevantes Merkmal im Jahr 2002 sollten die Krankenkassen für DMP Vertrauensschutz genießen. Zudem ist die Weiterentwicklung von DMP Bestandteil des Koalitionsvertrags.<sup>8</sup>

#### **C) Änderungsvorschlag**

Beibehaltung der DMP-Pauschale

---

<sup>8</sup> Koalitionsvertrag 19. Legislaturperiode, Seite 98, Zeile(n) 4547 ff.

## **Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches)**

Nr. 31 Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung

### **§ 318 Übergangsregelung für die knappschaftliche Krankenversicherung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In einem Regel-Ausnahme-Geflecht bestimmen derzeit die § 318 SGB V und § 37 Absatz 3 RSAV, dass die knappschaftliche Krankenversicherung Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungskosten grundsätzlich nur in Höhe der durchschnittlichen Verwaltungskosten aller Krankenkassen erhält; eine risikoadjustierte Zuweisung eines Teilbetrages ist danach nicht vorgesehen. Nur wenn die KNAPPSCHAFT die Verwaltungsausgaben im Haushalt und in der Rechnungslegung in der Gliederung des Kontenrahmens ausweist, wird sie wie jede andere Krankenkasse im Hinblick auf eine risikoadjustierte Zuweisung behandelt. Hierbei ist dies an die formale Bedingung geknüpft, dass das BVA auf der Grundlage eines ausreichenden Nachweises der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See im Zuge der Haushaltsaufstellung und der Rechnungslegung jeweils feststellt, dass die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eine entsprechende Ausweisung sachgerecht durchgeführt hat. Nunmehr ist vor dem Hintergrund, dass die KNAPPSCHAFT ihre Verpflichtung bisher vollumfänglich einhält, zum Bürokratieabbau beabsichtigt, auf eine Befassung des Bundesversicherungsamtes im Zuge der Haushaltsaufstellung zu verzichten. Es wird eine Prüfung im Rahmen der Rechnungslegung als ausreichend angesehen.

#### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte Regelung verzichtet auf die Möglichkeit eines weiteren Bürokratieabbaus. Sinn und Zweck der Regelungen von § 318 SGB V und § 37 RSAV ist, Verwaltungskosten-Transparenz im Bereich der Krankenversicherung für den Verbundversicherungsträger Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu erreichen. Für das BVA könnte ein weiterer Bürokratieabbau erreicht werden, wenn die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verpflichtet wird, die Verwaltungskosten der knappschaftlichen Krankenversicherung in ihrem Haushaltsplan und bei der Rechnungslegung in der Gliederung des Kontenrahmens der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung auszuweisen.

Eine Prüfung der sachgerechten Aufteilung übernimmt ohnehin das BVA im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach § 71 Absatz 2 SGB IV. Da die Gliederung der Haushaltsrechnung der Haushaltsplanung zu folgen hat (§ 28 Absatz 1 SVHV), bedarf es lediglich einer Ergänzung des § 71 Absatz 2 SGB IV.

### **C) Änderungsvorschlag**

(1) § 71 Absatz 2 SGB IV wird folgender Satz angefügt:

„Die Verwaltungsausgaben der knappschaftlichen Krankenversicherung sind in dem Haushaltsplan getrennt auszuweisen.“

(2) § 318 SGB V wird gestrichen.

(3) § 37 Absatz 3 RSAV wird gestrichen.

## **Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)**

### **Nr. 2**

#### **§ 2 Risikogruppen**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das Kriterium Erwerbsminderung soll im MRSA nicht mehr als Risikomerkmale verwendet. Das BMG begründet diese Entscheidung damit, dass einige Personengruppen wie Rentnerinnen und Rentner, Nichterwerbstätige und Selbständige dieses Kriterium per se nicht erhalten können, selbst wenn sie von einer Krankheit mit einem identischen Schweregrad wie eine Person mit Erwerbsminderungsstatus betroffen sind.

##### **B) Stellungnahme**

Die KNAPPSCHAFT lehnt die Streichung der Erwerbsminderungsgruppen ab. Es ist fachlich unumstritten, dass das Erwerbsminderungsmerkmal signifikant die Zuweisungsgenauigkeit erhöht. Durch die Streichung würde es für Erwerbsminderungsrentner noch weniger Zuweisungen als bisher geben, was Anreize zu einer Risikoselektion setzt. Zudem zeichnet sich das Merkmal „Erwerbsminderungsrentner“ durch eine hohe Manipulationsresistenz aus, da es extern (Rentenversicherungsträger) ermittelt wird.

##### **C) Änderungsvorschlag**

Die KNAPPSCHAFT schließt sich daher der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats an, das Merkmal „Erwerbsminderungsrentner“ im MRSA beizubehalten und – falls erforderlich – weiter zu differenzieren.

## **Artikel 5 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)**

Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd)

### **§ 4 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Streichung der DMP-Pauschale aus der RSAV als konsequente Folgeänderung zu Artikel 4 Nr. 22 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe bbb) des Referentenentwurfs

#### **B) Stellungnahme**

Eine Streichung der DMP-Pauschale wird seitens der KNAPPSCHAFT abgelehnt. Hinsichtlich der Begründung wird nach oben verwiesen.

#### **C) Änderungsvorschlag**

Beibehaltung der DMP-Pauschale

### **III. Ergänzender Änderungsbedarf / Sonstiges**

#### **Altersinteraktionsterme**

Vor Einführung von Altersaktionstermen sollte sich der Wissenschaftliche Beirat in einem gesonderten Gutachten mit dem Thema Altersrationierung in der gesetzlichen Krankenversicherung auseinandersetzen. Erst wenn der Nachweis gelingt, dass die geringeren Ausgaben für ältere morbide Versicherte medizinisch indiziert sind und eine Altersdiskriminierung ausgeschlossen werden kann, erachtet die KNAPPSCHAFT Altersaktionsterme für sachgerecht.

#### **Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren:**

##### **Pflegebedürftigkeit und Härtefälle nach § 62 SGB V**

Die Zielsetzung des MRSA ist ein stärkerer und chancengleicher Wettbewerb zwischen den Krankenkassen für eine effiziente gesundheitliche Versorgung der Versicherten. Neben diesen Faktoren, die zur Verbesserung der Wettbewerbsbedingungen dringend erforderlich sind, gilt es auch soziodemografische Unterschiede der Versichertengruppen auszugleichen.

Deutlich wird die Notwendigkeit, derartige soziodemografische Unterschiede zu berücksichtigen, bei der Frage, ob ein Versicherter Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhält oder nicht. Bei den Pflegebedürftigen handelt es sich um eine Versichertengruppe, die im gegenwärtigen MRSA unterdeckt ist.<sup>9</sup> Durch die ungleiche Verteilung dieser Gruppe unter den einzelnen Krankenkassen kommt es zu gravierenden Wettbewerbsverzerrungen. Im holländischen und im belgischen Risikostrukturausgleich wird die Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Die KNAPPSCHAFT fordert deshalb die Berücksichtigung dieser Versichertengruppe im MRSA.

---

<sup>9</sup> Gesamtdeckungsquote Pflegebedürftiger 2017 der KNAPPSCHAFT: 73,27 Prozent.



Sogenannte Härtefälle nach § 62 SGB V sind um 12 Prozent unterdeckt.<sup>10</sup> Verursacht wird dies auch durch den doppelten Festzuschuss bei Zahnersatz nach § 55 SGB V, der im MRSA nicht entsprechend ausgeglichen wird. Durch die ungleiche Verteilung der Härtefälle in der GKV entstehen Wettbewerbsverzerrungen. Die KNAPPSCHAFT fordert deshalb die Berücksichtigung von Härtefällen im MRSA.

### **Bereitstellung einer GKV-Stichprobe zur Erhöhung der Transparenz**

Im gegenwärtigen MRSA-Verfahren stehen nur dem BVA und dem GKV-SV vollständige GKV-Daten zur Verfügung. Auswirkungen von Reformvorschlägen auf die Mechanismen des MRSA können daher gegenwärtig von den Krankenkassen nicht im Detail nachvollzogen und bewertet werden. Ferner können sich die Krankenkassen auch nur im eingeschränkten Maße am Weiterentwicklungsprozess des MRSA beteiligen. Große, bundesweit geöffnete Krankenkassen können dagegen mit Ihren umfassenden Versichertendaten den GKV-Durchschnitt näherungsweise nachbilden und genießen kleineren Krankenkassen gegenüber einen Wettbewerbsvorteil. Die KNAPPSCHAFT fordert deshalb die Bereitstellung einer GKV-repräsentativen Stichprobe durch das BVA für alle Krankenkassen. Dies fördert die Transparenz und Wettbewerbsgleichheit in der gesetzlichen Krankenversicherung.

---

<sup>10</sup> Lux/Schillo/van der Linde/Walendzik/Wasem, Die Berücksichtigung von Zuzahlungsbefreiungen im RSA-Ausgestaltungsmöglichkeiten und Wirkungen einer erweiterten Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren, Essen 2015.



**Bettina am Orde**  
Geschäftsführerin KNAPPSCHAFT

Bei Rückfragen:  
[finanzen@kbs.de](mailto:finanzen@kbs.de)

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