

Surrogate im Morbi-RSA

THOMAS SCHEPP

Dr. Thomas Schepp ist
Stellvertretender
Abteilungsleiter Strategisches
Controlling im BKK
Dachverband e.V. in Berlin

Der Morbi-RSA wurde erst- und letztmals 2011 durch den Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes bewertet. Eine erneute Gesamtbewertung ist aus diesem Grund zwar fällig, eine daraus folgende Reform würde aber erst in mehreren Jahren in Kraft treten können. Bestehende Schieflagen im Finanzausgleich, die sich aktuell in den Finanzergebnissen der Krankenkassen abzeichnen und deren Chancengleichheit beeinträchtigen, könnten aber auch durch leicht zu realisierende und kurzfristig umsetzbare Veränderungen zumindest teilweise ausgeglichen werden. In diesem Zusammenhang bietet sich der Blick auf die Sondergruppen im Morbi-RSA für die Erwerbsminderungsrentner und die Verwaltungskostenpauschale der strukturierten Behandlungsprogramme an.

1. Zum Begriff der „Surrogate“

Wenn von „Surrogaten“ im morbidityorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) die Rede ist, werden damit im Allgemeinen abgeleitete Morbiditätsindikatoren gemeint, die als Ersatz für nicht vorhandene bzw. noch nicht identifizierte unmittelbare Messgrößen für die Risikostruktur eines Versichertenkollektivs dienen. Dabei sind die Begriffe Risikostruktur und Morbidität im Sinne von zu erwartenden Behandlungskosten zu verstehen. Bei den Surrogaten im Morbi-RSA handelt es sich also um Merkmale, an Hand derer sich Aussagen über die wahrscheinlichen Leistungsausgaben eines Versicherten ableiten lassen.

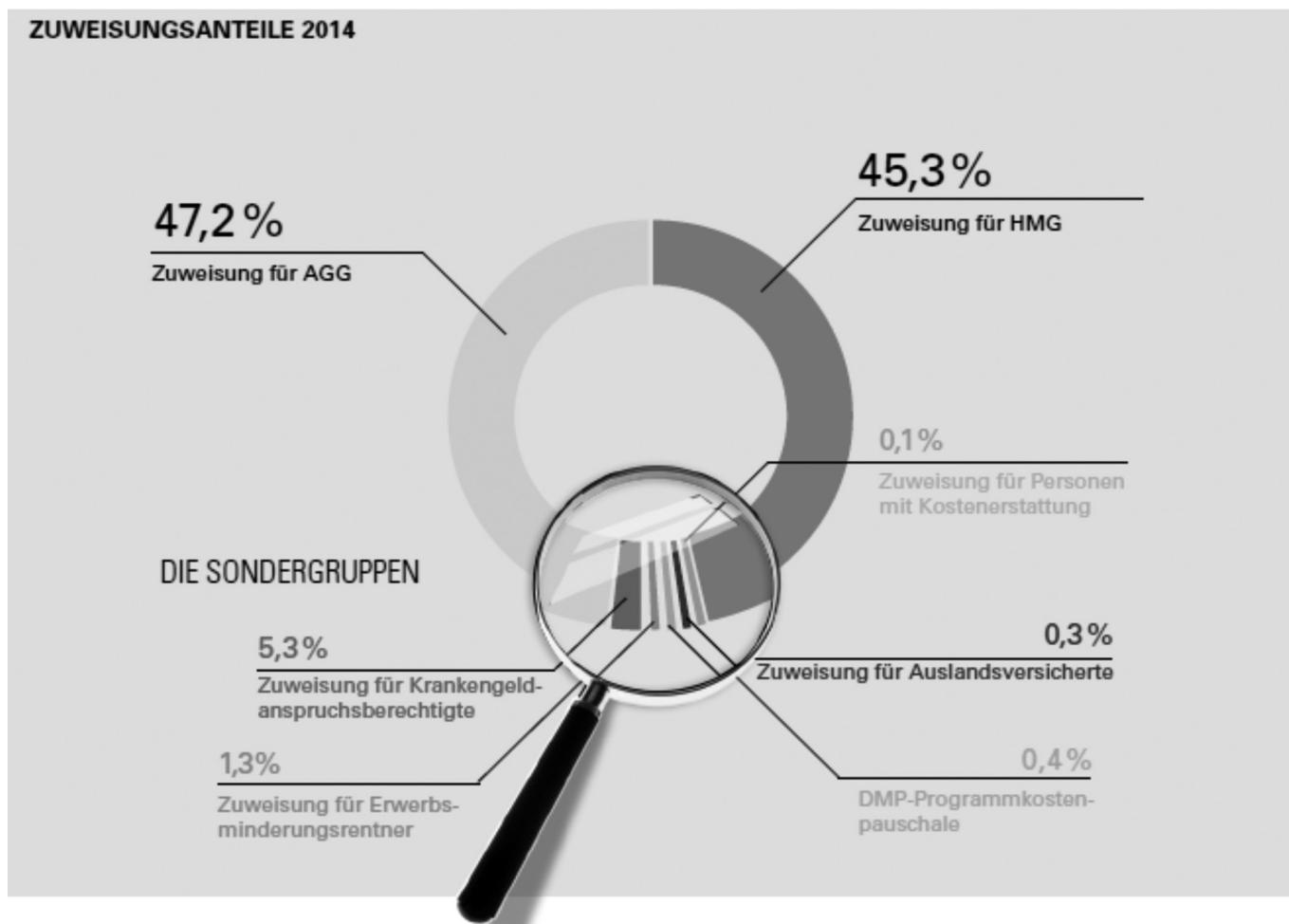
Mit der Einführung des Morbi-RSA im Jahr 2009 wurde das Ziel verfolgt, durch eine direkte Messung der Morbidität einen besseren Risikostrukturausgleich zu etablieren. Hierzu werden ärztliche Diagnosen und Arzneimittelverordnungen als direkte Morbiditätsindikatoren herangezogen. Deren Geeignetheit zur Messung der Morbidität soll hier nicht erörtert werden. Stattdessen

geht es um die Frage, welche Rolle, die nach wie vor verwendeten indirekten Morbiditätsindikatoren spielen.

Ganz ohne indirekte bzw. abgeleitete Morbiditätsindikatoren ist das Ziel des Morbi-RSA, für eine gerechte Verteilung finanzieller Mittel zur Finanzierung der Leistungsausgaben der GKV-Versicherten unter den Krankenkassen zu sorgen, nicht erreichbar. So resultieren die Leistungsausgaben eines Versicherten nicht ausschließlich aus ärztlichen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen. Zudem sorgt die Prospektivität des Verfahrens – für die man sich zur Verringerung von Manipulationsanreizen entschieden hat – dafür, dass Kosten für die Akutbehandlung von Patienten alleine über die direkten Morbiditätsindikatoren keine Berücksichtigung erfahren würden.

Somit blieb die Berücksichtigung der wesentlichen Merkmale, die bereits in dem bis 2008 bestehenden „alten“ Risikostrukturausgleich in der GKV – nämlich Alter und Geschlecht – Anwendung fanden, bestehen. Dies sind auch die bedeutendsten indirekten Morbiditätsindikatoren. Die sogenannten

Abbildung 1: Zuweisungsanteile aus dem Morbi-RSA im Ausgleichsjahr 2014



Quelle: Betriebskrankenkassen (2015) Stellschrauben im Morbi-RSA – Sondergruppen im Fokus, S. 6.

AGG (Alters- und Geschlechtsgruppen) im Morbi-RSA könnten – streng genommen – ebenfalls als Surrogate bezeichnet werden, auch wenn dies in der aktuellen Diskussion nicht gemeint ist. Abbildung 1 verdeutlicht, dass die Zuweisung aus dem Morbi-RSA an die Krankenkassen zu fast der Hälfte ausschließlich nach dem Alter und Geschlecht der Versicherten über die AGG bestimmt wird. Zählt man noch die Zuweisungen für die Krankengeldausgaben hinzu, lässt sich festhalten, dass nach heutigem Stand etwas mehr als die Hälfte der gesamten Zuweisung aus dem Morbi-RSA über die Kriterien Alter und Geschlecht verteilt werden. Alleine hieraus kann abgeleitet wird, dass deren Berücksichtigung im aktuellen Verfahren unerlässlich ist.

Abbildung 1 weist aber auch auf weitere indirekte Morbiditätsindikatoren hin, die im Hinblick auf die Gesamtzuweisung eine untergeordnete Rolle

spielen. Dahinter stehen die Merkmale „gewählte Kostenerstattung“, „Wohnort im Ausland“, „Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease Management Program – DMP)“ sowie „Erwerbsminderungsstatus“. Die beiden erstgenannten Merkmale werden dabei ausschließlich aus dem Grund verwendet, weil für Versicherte, die die Kostenerstattung an Stelle des Sachleistungsprinzips in der GKV gewählt haben oder die im Ausland wohnen, rein technisch keine vollständige und manipulationsresistente Erfassung von Diagnosen und Arzneimittelverordnung sichergestellt werden kann und somit ein Ersatz für die direkte Morbiditätsorientierung gefunden werden musste. In den jüngsten Diskussionen zu den Surrogaten im Morbi-RSA wurde vielmehr die Sinnhaftigkeit der Beibehaltung von Zuschlägen für Erwerbsminderungsrentner sowie die Einschreibung von Versicherten in DMP hinterfragt.

2. Rolle und Bedeutung der DMP-Programmkostenpauschale im Morbi-RSA

In der Gesetzlichen Krankenversicherung werden seit 2003 DMP für chronisch kranke Menschen angeboten. Die qualitativen Anforderungen werden in bundesweiten Richtlinien festgelegt. Die Umsetzung erfolgt durch regionale Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten. Die Einschreibung ist für Patienten freiwillig und kostenlos. Durch das Programm wird deren Versorgung gefördert und koordiniert. DMP existieren derzeit für die folgenden Erkrankungen:

- Brustkrebs,
- Diabetes mellitus Typ I,
- Diabetes mellitus Typ II,
- Koronare Herzkrankheit (KHK),
- Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD),
- Asthma bronchiale.

Die Einschreibung eines Versicherten in ein oder mehrere DMP hat für eine Krankenkasse zunächst keine unmittelbare Bedeutung im Hinblick auf die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA. Inwieweit Zuschläge für Brustkrebs, Diabetes, Herz- oder Atemwegserkrankungen erfolgen, hängt von den für einen Versicherten gestellten Diagnosen und nicht von dem Tatbestand der Einschreibung in ein DMP ab. Allerdings darf angenommen werden, dass mit der Einschreibung in ein DMP auch eine regelmäßige Behandlung und damit auch eine regelmäßige Kodierung von Diagnosen für einen Versicherten gewährleistet ist. Bei entsprechenden Chronikern, die nicht in ein DMP eingeschrieben sind, ist eher die Gefahr gegeben, dass Arztbesuche in einzelnen Quartalen nicht stattfinden und somit keine Zuschläge über die betroffenen HMG an die Krankenkassen erfolgen. Neben einer Optimierung der Behandlung für den Versicherten, die im Idealfall mit langfristig niedrigeren Kosten verbunden ist, besteht über diese bessere ärztliche Kodierung also ein Anreiz für Krankenkassen durch den Morbi-RSA, DMP-Programme für ihre Versicherten zu fördern.

Darüber hinaus erhalten Krankenkassen für jeden eingeschriebenen Versicherten noch eine gesonderte, pauschale Zuweisung: Diese Pauschale zielt auf die Durchführungskosten der Programme und nicht auf die Behandlungskosten ab. Die Höhe der Pauschale beträgt im Jahr 2016 146 Euro.

Ob diese Pauschale noch notwendig und sinnvoll ist, sollte mittelfristig überprüft werden. Schließlich sollte eine Krankenkasse schon finanziell dadurch von der Einschreibung chronisch kranker Versicherter in DMP profitieren, dass sich deren Gesundheitszustand zumindest stabilisiert und deshalb die Behandlungskosten im Vergleich zu nicht eingeschriebenen Versicherten bereits in absehbarer Zeit niedriger ausfallen. Hierin allein bestände eine Anreiz für jede Krankenkasse, einen erhöhten Verwaltungsaufwand für die Durchführung dieser Programme zu betreiben.

3. Rolle und Bedeutung der Erwerbsminderungsgruppen (EMG)

Die Leistungsfähigkeit eines Menschen kann infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung nicht nur kurzzeitig, son-

dern in einigen Fällen auch längerfristig eingeschränkt sein. Wenn der Betroffene schließlich seiner Arbeit nicht mehr nachgehen kann, besteht die Möglichkeit, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen. Diese Leistung ist unabhängig von der Altersrente. Ausschlaggebend ist, wie viele Stunden der Versicherte täglich noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein könnte. Auf dieser Basis sind volle und teilweise Erwerbsminderung zu unterscheiden. Die Voraussetzungen hierfür werden im § 43 SGB VI definiert. Statistiken zeigen: Die häufigsten Ursachen für eine Erwerbsminderung sind Muskel- oder Skeletterkrankungen, Herz-Kreislauf-Probleme oder psychische Beschwerden. Erwerbsminderungsrenten werden grundsätzlich auf max. 3 Jahre befristet gewährt. Eine Verlängerung ist möglich, muss jedoch gesondert beantragt werden.

Im Risikostrukturausgleich werden Erwerbsminderungsrentner als Sondergruppe berücksichtigt. Die Erwerbsminderungszeiträume der betroffenen Versicherten werden dem Bundesversicherungsamt von den Krankenkassen zur Durchführung der Berechnungen übermittelt.

Der Status des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente war bereits Bestandteil des Alt-RSA. Hier wirkte er als indirekter Morbiditätsindikator, der zur Einschätzung der zu erwartenden Leistungsausgaben beigetragen hat. Durch die direkte Berücksichtigung von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen im Morbi-RSA ist es seit 2009 möglich, Krankheiten, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, unmittelbar mit höheren Zuweisungen zu verbinden. Trotzdem findet sich auch weiterhin über die Bewertung der Erkrankungen hinaus das Zuweisungs-Konstrukt für Erwerbsminderungsrentner. Dies führt zu einer Mehrfachberücksichtigung dieses Merkmals und damit zu einer ungerechtfertigten Mehrfachzuweisung für den gleichen Sachverhalt für diese Personengruppe.

In der Art der Berücksichtigung dieses Kriteriums unterscheiden sich früheres und aktuelles Verfahren erheblich. Im Alt-RSA basierte die Bewertung der Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten auf der tatsächlichen Bezugszeit einer Erwerbsminderungsrente innerhalb eines Jahres. Hier ein Beispiel: Eine Person, die im Zeitraum vom 01. Juli bis zum 31. Dezember des Jahres eine entspre-

chende Rente bezogen hat, wurde im RSA also für genau 184 Tage als Erwerbsminderungsrentner geführt. Für diesen Zeitraum bekam die zuständige Krankenkasse eine Zuweisung, die dem Durchschnitt der Leistungsausgaben aller Erwerbsminderungsrentner mit gleichem Alter und Geschlecht in der GKV für einen Zeitraum von 184 Tagen entsprach. Es erfolgten keine weiteren Zuschläge für denselben Versicherten. War die Person aus diesem Beispiel bereits vorher in der GKV versichert, z.B. bereits seit dem 01. Januar des Beispieljahres, erhielt die Krankenkasse für den Zeitraum 01. Januar bis 30. Juni – also bis zum Beginn der Erwerbsminderungsrente – auch eine Zuweisung. Diese war aber nur in Höhe der durchschnittlichen Leistungsausgaben von nicht erwerbsunfähigen Personen bemessen. Es fand also eine zeitgleiche Betrachtung statt.

Im Morbi-RSA hingegen wird der Erwerbsminderungsstatus prospektiv behandelt. Die Zuordnung zu einer Erwerbsminderungsgruppe (EMG) erfolgt, wenn ein Versicherter im Vorjahr überwiegend erwerbsunfähig war. Voraussetzung ist also, dass bei einem Versicherten, der im Vorjahr vom 01. Januar bis zum 31. Dezember in der GKV versichert war, an mindestens 183 Tagen eine Erwerbsminderung vorgelegen hat. Nur dann kann im Folgejahr ein Zuschlag über eine EMG erteilt werden. Dabei ist es unerheblich, ob und wie lange der Erwerbsminderungsstatus im Folgejahr überhaupt noch besteht. Der Zuschlag, den die Kasse für den betroffenen Versicherten erhält, orientiert sich nur an dem Tatbestand, dass dieser weiterhin in der GKV versichert ist. Deutlich wird das Zuordnungsprinzip an dem folgenden Beispiel:

Eine Person war in zwei aufeinanderfolgenden Jahren vollständig in der GKV versichert und hat im Zeitraum vom 01. Juli 2012 bis zum 30. Juni 2013 eine Erwerbsminderungsrente bezogen. Er war also im Jahr 2012 für 184 Tage und im Jahr 2013 für 181 Tage erwerbsgemindert. Da sich die Zuordnung auf das Jahr vor der Zuweisung bezieht (hier das Jahr 2012), würde es eine einmalige Zuweisung aufgrund der 184 erwerbsgeminderten Tage erst im Jahr 2013 geben. Die zuständige Krankenkasse würde allerdings eine Zuweisung für das gesamte Jahr und nicht nur für die tatsächliche Dauer der Erwerbsminderungsrente erhalten. Wenn

der Bezug der Erwerbsminderungsrente nicht verlängert wird, würde im darauffolgenden Jahr (hier 2014) keine erneute Zuweisung erfolgen. Die dafür notwendigen 183 Bezugstage werden vom 01. Januar bis 30. Juni mit 181 Tagen nicht erreicht. Abbildung 2 verdeutlicht die Berechnung im Morbi-RSA.

Die gesonderte Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrentner wurde also aus dem alten RSA-Verfahren übernommen, diesem Status wurde aber eine neue, weniger plausible Rolle zugeordnet: Während sie früher die akuten Kosten im Ausgleichsjahr abbilden sollte, wird sie im neuen Verfahren zur Erklärung der Kosten im Folgejahr verwendet. Bei Diagnosen und Arzneimittelverordnungen sieht der Gesetzgeber dieses Verfahren im SGB V explizit vor. Dagegen sucht man vergeblich eine entsprechende Vorgabe für den Erwerbsminderungsstatus.

Im Jahr 2008, also unmittelbar vor Einführung von Morbi-RSA und Gesundheitsfonds, wurde im Alt-RSA ein Anteil von knapp 8% des Volumens der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben über die Erwerbsminderungsgruppen verteilt. Ein Vergleich dieser Zahl mit dem heutigen Anteil der Zuweisun-

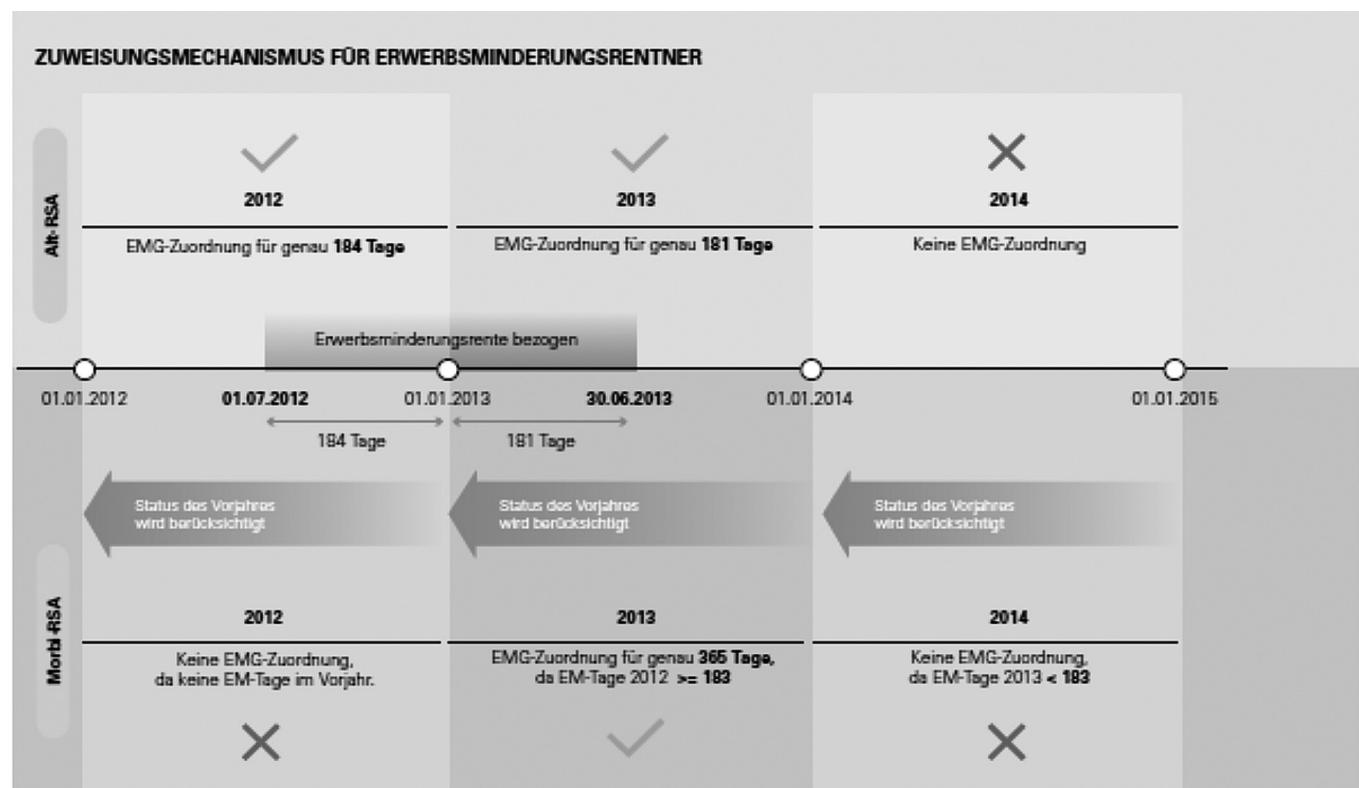
gen für Erwerbsminderungsrentner im Morbi-RSA mit etwa 1,3% ist jedoch nicht möglich. Denn ein weiterer wesentlicher Unterschied in der Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus zwischen altem und neuem Verfahren im RSA liegt darin, dass im Morbi-RSA für betroffene Erwerbsminderungsrentner (im Vorjahr) weitere Zuweisungen bzw. Zuschläge erfolgen: Jeder Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus wird nämlich gleichzeitig auch einer AGG zugeordnet. Darüber hinaus erfolgen auch Zuordnungen – in Abhängigkeit von den jeweiligen Diagnosen und Arzneimittelverordnungen sowie einem etwaigen Krankengeldanspruch – zu weiteren Morbiditätsgruppen.

Es wird deutlich, dass die Beibehaltung der gesonderten Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus nicht zur Systematik des Morbi-RSA passt. In der Logik des Alt-RSA wurden die standardisierten Leistungsausgaben für Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus losgelöst von den übrigen Versicherten ermittelt. Anders ausgedrückt: Für GKV-Versicherte mit Erwerbsminderungsstatus erfolgte ein strikt getrennter, eigener Ausgleich, der auch ohne den RSA für Nicht-Erwerbsminderungsrentner funk-

tioniert hätte. Somit war die Summe der standardisierten Leistungsausgaben für Erwerbsminderungsrentner identisch mit deren tatsächlichen Leistungsausgaben. Dies ist im Morbi-RSA seit 2009 nicht mehr länger der Fall. Alle Versicherten werden, unabhängig davon, ob ein Erwerbsminderungsstatus vorliegt oder nicht, bei der Zuordnung zu AGG und HMG gleich behandelt. Dies erscheint ausreichend und konsequent. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, warum für erwerbsgeminderte Versicherte in der GKV eine zusätzliche, gesonderte Zuweisung erfolgen muss.

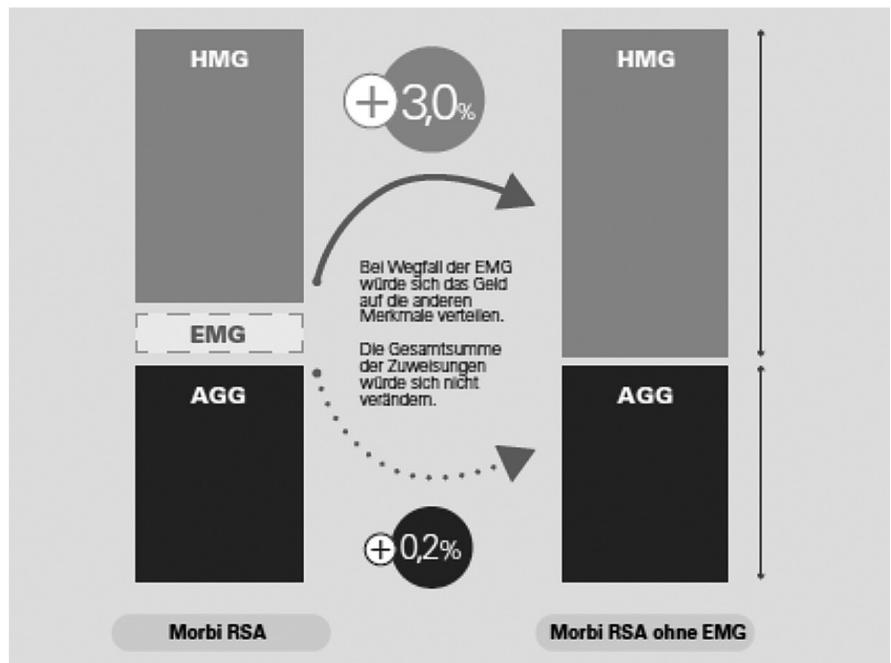
Für die Beibehaltung der Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus im Morbi-RSA könnte argumentiert werden, dass Erwerbsminderungsrentner bei gleichen Erkrankungen mit gleichen Schweregraden regelmäßig signifikant höhere Kosten aufweisen als nichterwerbsunfähige Personen (vgl. Jacobs, S. 10). Dies mag zwar in bestimmten Fällen durchaus zutreffen. In einem Gutachten im Auftrag des BVA vor Einführung des Morbi-RSA stellen die Wissenschaftler allerdings fest, dass die Berücksichtigung des Erwerbsminderungsstatus neben einem Bezug zu einem voraussichtlich schlechteren Gesundheitszu-

Abbildung 2: Zuordnung zu EMG in Alt-RSA und Morbi-RSA



Quelle: Betriebskrankenkassen (2015) Stellschrauben im Morbi-RSA – Sondergruppen im Fokus, S. 8.

Abbildung 3: Verteilung bei Wegfall der Erwerbsminderungsgruppen



Quelle: Betriebskrankenkassen (2015) Stellschrauben im Morbi-RSA – Sondergruppen im Fokus, S. 11.

stand der betroffenen Versicherten auch eine versicherungsrechtliche Bedeutung hat. Das bedeutet, dass für Personen, die grundsätzlich gar keine Erwerbsminderungsrente beziehen können (z.B. Hausfrauen, Selbstständige, Versicherte über dem gesetzlichen Renteneintrittsalter sowie ganz allgemein Personen, die nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung sind), von vornherein gar kein Zuschlag für eine EMG in Frage kommt (vgl. Reschke, S. 251). Das Argument, dass eine Streichung der EMG im Morbi-RSA zu vermehrter Risikoselektion bei den Krankenkassen führen würde, erscheint vor diesem Hintergrund wenig stichhaltig. Sollte diese Vermutung – trotz fehlendem empirischen Nachweis – nämlich tatsächlich zutreffen, würde dies ja dafür sprechen, dass der angesprochene Personenkreis ohne Anspruch auf Erwerbsminderungsrente aber bei Vorliegen einer Erkrankung, die ansonsten zur Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente geführt hätte, derzeit systematischer Risikoselektion bei den Krankenkassen unterworfen wäre. Dies würde wiederum darauf hindeuten, dass die aktuelle Auswahl der Krankheiten sowie die Klassifikation insgesamt hinterfragt werden müssten, da sie in den betroffenen Fällen offensichtlich nicht für adäquate Zuweisungen geeignet wären.

Zudem schließt sich die Frage an, warum genau das Kriterium des Bezugs einer Erwerbsminderungsrente herausgegriffen wird, um einen bestimmten Versichertenkreis mit höheren Zuweisungen aus dem Morbi-RSA zu versehen. Es ist empirisch erwiesen, dass beispielsweise bei allen Hochkostenfällen (Bluter, schwere Krebserkrankungen, Beatmungsfälle) und den seltenen Erkrankungen eine unzureichende Berücksichtigung über die Zuweisungen des Morbi-RSA besteht. Dies ist insbesondere der Fall, seitdem im Jahr 2009 der Risikopool, der besonders teure Leistungsfälle zumindest in Teilen ausgeglichen hat, abgeschafft wurde. Eine kleine Kasse, die zwei oder drei Patienten mit solch einer schweren Erkrankung versichert, kann wegen zu geringer Zuweisungen hierfür aus dem Gesundheitsfonds finanziell in Schieflage geraten. Die Deckungsquote ist für besonders teure Leistungsfälle noch erheblich schlechter als beispielsweise die Deckungsquote, die bei Erwerbsminderungsrentnern bei Abschaffung der EMG entstehen würde. Trotzdem werden sie nicht über die Bewertung der Erkrankungen hinaus gesondert berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Beibehaltung des Erwerbsminderungsstatus über gesonderte Gruppen im Morbi-RSA seit 2009 als Anachronismus dar. Befürchtungen, dass eine Abschaffung der

EMG die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA verschlechtern würde, sind unbegründet. Vielmehr werden durch deren Beibehaltung sowie die immer stärkere Ausdifferenzierung der HMG (vgl. Broschüre „Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich“ des BKK Dachverbandes) bestehende Unzulänglichkeiten in Krankheitsauswahl, Klassifikationsmodell und nicht mehr vorhandenem Risikopool nur ansatzweise kaschiert.

Abbildung 3 verdeutlicht, dass durch die Herausnahme der EMG aus der Systematik des Morbi-RSA das Zuweisungsvolumen des Gesundheitsfonds insgesamt nicht verändert werden würde. Die Geldmittel, die bisher über die EMG verteilt werden, würden nahezu vollständig zu einer Erhöhung der Zuweisungen über die HMG führen. Da diese wiederum direkt an Diagnosen und Verordnungen im Zusammenhang mit den relevanten Erkrankungen gekoppelt sind, verbessert sich automatisch die Zuweisungssituation für die Versicherten, die aufgrund ihrer Erkrankungen auch höhere Ausgaben verursachen. Der Umweg, Geldmittel über den Erwerbsminderungsstatus zu verteilen, weil dieser mit höheren Ausgaben wegen vorhandenen Krankheiten verbunden ist, wird dadurch obsolet. Zudem wird sichergestellt, dass auch durch die bisher über die EMG zugewiesenen Geldmittel unterschiedliche Schweregrade differenzierter berücksichtigt werden als im bestehenden Verfahren: Derzeit wird für jeden Versicherten mit Erwerbsminderungsstatus gleichen Alters und Geschlechts ein identischer Betrag zugewiesen, unabhängig von der Schwere der individuellen Erkrankungen und der damit verbundenen Kosten.

Durch einen Verzicht auf den Erwerbsminderungsstatus als Kriterium im Morbi-RSA würde das Gesamtmodell grundsätzlich vereinfacht, was sich im Wegfall von sechs Risikogruppen niederschlagen würde. Die Modellgüte würde zudem nicht verschlechtert. Anders ausgedrückt: Würde der Erwerbsminderungsstatus nicht bereits berücksichtigt, dann würde dieser nach den Maßstäben des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes auch nicht mehr neu eingeführt werden. Schließlich wird eine Erweiterung der Zahl der Risikogruppen immer nur dann vorgenommen, wenn diese mit einer Steigerung der Modellgüte bzw. der Erklärungskraft des Modells verbunden ist.

4. Fazit

Ein Blick auf den Verlauf der Deckungsbeiträge auf Ebene der Kassenarten verdeutlicht, dass gerade Anpassungen im Morbi-RSA und Gesundheitsfonds in den letzten Jahren zu Wettbewerbsverzerrungen geführt haben, die in diesem Ausmaß nicht auf wirtschaftliches oder unwirtschaftliches Handeln einzelner Krankenkassen zurückgeführt werden können.

Die Auswirkungen des Morbi-RSA als komplettes System hat der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes zuletzt im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2011 untersucht. Das Gutachten basiert auf dem Startjahr des Gesundheitsfonds 2009. Seitdem wurde keine umfassende und unabhängige Bewertung des Verteilungsmechanismus mehr vorgenommen. Richtig ist es daher, dass immer wieder Teilbereiche des Morbi-RSA überprüft werden, denn der Morbi-RSA wurde schließlich als „lernendes System“ eingeführt.

In einer Streichung der Erwerbsminderungsgruppen (EMG) besteht eine kurzfristig umsetzbare Möglichkeit, die vorhandene Schieflage etwas abzumildern. Hierbei handelt es sich um eine überfällige „Entschlackung“ des Modells mit überschaubarer Finanzwirkung. Die Simulation des Effektes zeigt eine positive Wirkung: Es findet eine Annäherung bei den Deckungsquoten auf Kassenarternebene und damit eine leichte Reduzierung der Wettbewerbsunterschiede statt. ■

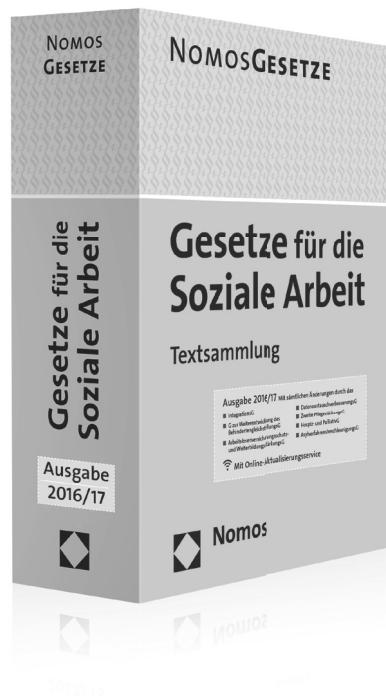
Literatur

Betriebskrankenkassen (2015) Stellschrauben im Morbi-RSA – Sondergruppen im Fokus, 2016, <http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/risikostrukturausgleich>.

Jacobs, Klaus, Keine Schnellschüsse beim Risikostrukturausgleich, in: GGW S. 7-14, April 2016.

Reschke, Peter et al., Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, 2004, www.bva.de.

Auch in der 6. Auflage ohne Konkurrenz



**Gesetze für die
Soziale Arbeit**
Textsammlung
Ausgabe 2016/17
*6. Auflage 2017, 2.718 S.,
brosch., 22,- €*
ISBN 978-3-8487-3345-3
nomos-shop.de/27880

Die Nomos Gesetzessammlung **Gesetze für die Soziale Arbeit** mit über 120 Rechtsvorschriften bietet Ausbildung und Praxis der sozialen Berufe eine kompakte Gesamtdarstellung der wichtigen Rechtsgrundlagen. Über einen **Online-Aktualisierungsservice** bleibt der Nutzer immer auf aktuellem Stand.

Stimmen zur Vorauflage

»Für die praktische Arbeit ist diese Gesetzesammlung auch angesichts des sehr akzeptablen Preises empfehlenswert. Peter Frings, Sozialrecht aktuell 1/15

ohne Konkurrenz Sozial Info 4/14

Auch für Nichtjuristen verständlich wird mit einem transparenten Orientierungssystem der Zugang zu den Einzelnormen ermöglicht. Altenheim 2/14

sehr zu empfehlen. Sozialrecht aktuell 6/13

kompakt, übersichtlich und durch das Online-Aktualisierungsverzeichnis jederzeit auf neuestem Stand. Shabnam Sanatigar, jugendhilfereport 4/13 ◀◀

Portofreie Buch-Bestellungen unter
www.nomos-shop.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

