

„Skrupelloses System“

Kassen streiten um den Finanzausgleich

Der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sorgt weiterhin für Streit. Dabei geht es einerseits um „Karteileichen“ und andererseits um Millionenausgaben der AOK für die Stärkung der Versorgung im ländlichen Raum.

„Erntehelfer, die Deutschland längst verlassen haben, spülen bei manchen Krankenkassen weiter Geld auf das Konto“, berichtet das „Handelsblatt“. Hintergrund ist die Regelung, dass die gesetzlichen Krankenkassen seit 2013 verpflichtet sind, jeden Bürger, dessen Versichertenstatus unklar ist, automatisch zu versichern. „Obligatorische Anschlussversicherung“ (OAV) nennen die Gesundheitspolitiker

nicht mehr direkt an die Krankenkasse fließen, sondern an den Gesundheitsfonds, der die Gelder dann verteilt. Beitragsschulden belasten folglich ebenfalls den Fonds und nicht die Kasse, bei der der Schuldner versichert ist. Diese erhält trotzdem ihre Zuweisungen – auch wenn der Versicherte sich nicht mehr in Deutschland aufhält.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat deshalb das Bundesversicherungsamt und die Krankenkassen verpflichtet, rückwirkend bis zum Jahr 2013 zu überprüfen, welche Versicherten weder Beiträge bezahlt noch Leistungen in Anspruch genommen haben. Der AOK-Bundesverband hat erfolglos versucht, diesen Prüfzeitraum zu verkürzen. „Diese aktuelle Diskussion in der GKV um die

sen. Gekämpft wird zwischen den Kassen mit harten Bandagen. Sogar eine Strafanzeige wurde gestellt. Das Verfahren wurde jedoch eingestellt.

Erhebliche Wettbewerbsverzerrungen

Dass die Ortskrankenkassen durch den aktuellen Finanzausgleich bevorzugt werden, ist kein neuer Vorwurf. Dr. Ralf Langejürgen, Leiter der Landesvertretung Bayern des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), sprach in der Januar-Ausgabe des BZB von erheblichen Wettbewerbsverzerrungen: „Während die Ersatz-

Der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen bleibt ein Zankapfel.

diese Regelung. Sie soll dafür sorgen, dass kein Patient in Deutschland ohne Versicherungsschutz dasteht. Einige Krankenkassen sollen die OAV jedoch dazu genutzt haben, ihre Mitgliederzahlen zu erhöhen. Dazu versicherten sie angeblich Erntehelfer und andere Saisonarbeiter, die weder Beiträge einzahlten noch Leistungen in Anspruch nahmen. Im Gegenzug bekamen die Kassen Zuweisungen, die sogenannten Pro-Kopf-Beträge, aus dem Gesundheitsfonds. Das rechnet sich, weil die Beiträge der Versicherten seit 2009 bekanntlich

rückwirkende Bereinigung bei den Karteileichen aus der obligatorischen Anschlussversicherung zeigt, wie skrupellos das System wirklich ist“, sagte der Vorstandschef der Siemens BKK, Hans Unterhuber, dem „Handelsblatt“. Auch andere Kassen üben scharfe Kritik an der AOK. Die BKK Mobil Oil behauptet, sie habe Hinweise darauf, dass die AOK sämtliche Versicherungslücken in den Jahren 2015 und 2016 zu OAV-Zeiten erklärt habe. Beitragsnachforderungen bei den Betroffenen habe die AOK durch „technische Vorkehrungen“ ausgeschlos-

kassen mit einer Unterdeckung von rund 930 Millionen Euro kämpfen müssen, profitieren die AOKen im Bundesgebiet von einer Überdeckung in einer Größenordnung von mehr als 1,3 Milliarden Euro.“

Entsprechend misstrauisch beäugen die Ersatz- und Betriebskrankenkassen die Marketingaktivitäten der AOK. So prä-



„Während die Versicherten in großstädtischen Regionen mit durchschnittlich 50 Euro pro Kopf im Jahr unterdeckt sind, erhalten die Krankenkassen für die Versicherten in ländlichen Regionen mehr Geld, als sie für die medizinische Versorgung bräuchten.“

vdek-Chef Dr. Ralf Langejürgen

sentierte der AOK-Bundesverband vor Kurzem eine Werbekampagne mit dem Slogan „Erste Hilfe für die ländliche Versorgung“. Darin werden 30 Projekte aufgeführt, die die wohnortnahe, flächendeckende Versorgung sichern sollen. In diesem und im kommenden Jahr will die AOK rund 100 Millionen Euro zusätzlich investieren. Es gelte, die Bedürfnisse der Bevölkerung auf dem Land stärker in den Fokus zu rücken,

des Finanzausgleichs zwischen den Kassen – könnten aus Sicht der AOK zu einer Verschlechterung der ländlichen Versorgung führen. Zur Diskussion steht ein sogenannter Regionalfaktor im Morbi-RSA, wie ihn auch die bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU) mehrfach gefordert hat. Solche „Metropolzuschläge“ passen weder zur Gefühlslage der Bevölkerung auf dem Land noch in die aktuelle politische Landschaft“, meinte AOK-Chef Litsch. Die Reaktion der anderen Kassen folgte umgehend: Von „einer durchsichtigen Kampagne der AOK“ sprach der vdek. Der IKK-Verband griff auf ein Goethe-Zitat zurück: „So fühlt man Absicht, und man ist verstimmt.“

Verhärtete Fronten

Die Fronten zwischen den Kassen sind also verhärtet. Schließlich geht es beim Morbi-RSA um sehr viel Geld. Und so warten alle Akteure gespannt auf die Reformvorschläge aus dem Bundes-

ausgeglichen. Das führt zu spürbaren Verzerrungen des Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen. Daher plädieren die Gutachter für eine RSA-Reform, die regionale Versorgungs- und Kostenstrukturen abbildet, um auf diese Weise faire Wettbewerbsbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen“, fasst vdek-Chef Langejürgen die Ergebnisse im BZB-Interview zusammen. Die Wettbewerbsverzerrungen schlagen sich längst auch auf die Beiträge der Versicherten nieder. Während die AOK Sachsen-Anhalt 14,9 Prozent verlangt, sind es bei der Ersatzkasse DAK 16,1 Prozent.

Vermintes Gelände

Bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe lagen noch keine Vorschläge des BMG für eine Neuregelung des Morbi-RSA vor. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz binde zu viele personelle Ressourcen, hieß es. Klar ist aber auch, dass Jens Spahn mit diesem komplexen Thema in der



sagte Martin Litsch, Chef des AOK-Bundesverbands, anlässlich des Starts der Aktion „Stadt. Land. Gesund“. Doch dahinter steckt mehr. Die versteckte Botschaft der AOK lautet: „Lasst alles, wie es ist!“ Änderungen am sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) – so die offizielle Bezeichnung

gesundheitsministerium. Dass Handlungsbedarf besteht, belegt ein Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes. „Während die Versicherten in großstädtischen Regionen mit durchschnittlich 50 Euro pro Kopf im Jahr unterdeckt sind, erhalten die Krankenkassen für die Versicherten in ländlichen Regionen mehr Geld, als sie für die medizinische Versorgung bräuchten. Zudem werden die regionalen Ausgabenunterschiede der Krankenkassen durch die derzeitigen Kriterien des Morbi-RSA nur zu 60 Prozent

Öffentlichkeit kaum punkten können wird. „Tatsächlich gilt der kasseninterne Finanzausgleich als politisch vermintes Gelände: Schon geringe Änderungen am Morbi-RSA haben das Potenzial, die Finanzarchitektur der GKV ins Wanken zu bringen“, schreibt die „Ärzte Zeitung“.

Doch die Zeit drängt. Bis zum Herbst müsste der Gesetzgeber handeln. Ansonsten müssen die Kassen ein weiteres Jahr mit dem jetzigen System leben und wirtschaften.

Leo Hofmeier

Foto: Tom Bayer/stock.adobe.com