

DAK-Gesundheit fordert Ende der Fehlsteuerung im Finanzausgleich der Krankenkassen

Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit beschließt Resolution für eine schnelle Abschaffung des Ausschlusses von Morbiditätsgruppen

Stuttgart, 18. Juni 2025. Der Verwaltungsrat (VR) der DAK-Gesundheit fordert ein Ende der Fehlsteuerung im Finanzausgleich der Krankenkassen. Der Verwaltungsrat hat in Stuttgart eine Resolution verabschiedet, die eine schnelle Abschaffung des Ausschlusses von Morbiditätsgruppen – den sogenannten HMG-Ausschluss – einfordert. Der einstimmige Beschluss fiel im Rahmen der heutigen VR-Sitzung der drittgrößten Krankenkasse mit 5,5 Millionen Versicherten.

Zur Unterscheidung von Schweregraden einer Krankheit und ihrer finanziellen Bewertung werden enger abgegrenzte Diagnosegruppen als hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) zusammengefasst. Durch den HMG-Ausschluss werden für alle Kassen im Jahresausgleich die Zuschläge für solche Morbiditätsgruppen gestrichen, die eine überdurchschnittliche Steigerung der Fallzahlen aufweisen. Diese Regelung wurde vom Gesetzgeber mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) eingeführt. Der Verwaltungsrat sieht in der Regelung einen Widerspruch zum Solidaritätsprinzip und zur solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung und fordert eine schnelle Abschaffung. „Krankenkassen, die überproportional viele aufwendig zu versorgende Erkrankte versichern, werden durch den HMG-Ausschluss finanziell benachteiligt“, erklären der Verwaltungsratsvorsitzende der DAK-Gesundheit, Roman G. Weber, und der stellvertretende Vorsitzende Dr. Johannes Knollmeyer.

Die Verwaltungsrats-Resolution der DAK-Gesundheit im Wortlaut:

„Nur mit einem gerechten Finanzausgleich lässt sich das Spannungsfeld zwischen dem öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag und einer wettbewerblichen Ausrichtung des Krankenkassensystems zielgenau auflösen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist das Herzstück der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenkassen.

Um Fehlentwicklungen entgegenzutreten, hatte der Gesetzgeber mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) eine Reform des Morbi-RSA durchgeführt. Mit der Einführung eines Ausschlussverfahrens von

hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) sollte eine bedarfsgerechte Verteilung der Finanzmittel erreicht werden. Gleichzeitig wurde der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesamt für Soziale Sicherheit mit der Evaluation der Reformmaßnahmen beauftragt. Diese Evaluation liegt nun mit einem eindeutigen Ergebnis vor: Die Versorgerkassen werden benachteiligt.

„Durch die Einführung des HMG-Ausschlusses verschieben sich die Zuweisungsanteile der einzelnen Risikogruppen [...], was die Morbiditätsorientierung des RSA insgesamt reduziert. Von dieser Verschiebung betroffen sind insbesondere Versichertengruppen mit einer tendenziell höheren Morbiditätslast, die von den Krankenkassen verhältnismäßig einfach zu identifizieren sind. Dies wirkt der Zielsetzung des RSA, Risikoselektionsanreize aufgrund von Morbidität zu vermeiden, entgegen.“

Bereits in einem Gutachten aus dem Jahr 2024 kam der Beirat zu einem identischen Ergebnis. Zwei Gutachten des RSA-Beirats sprechen also eine eindeutige Sprache: Der HMG-Ausschluss erreicht seine ursprünglichen Ziele nicht. Er widerspricht sogar der Zielsetzung des RSA, faire Wettbewerbsbedingungen zu erreichen. Versichertengruppen mit hoher Morbidität werden durch das Verfahren gegenüber Versichertengruppen mit niedriger Morbidität benachteiligt. Oder anders gesagt: Krankenkassen, die Kranke versichern, werden durch den HMG-Ausschluss finanziell benachteiligt, während Krankenkassen, die Gesunde versichern profitieren. Ein Widerspruch zum Solidaritätsprinzip und zu der solidarischen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wir fordern als Sofortmaßnahme den Gesetzgeber auf, der Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats zu folgen und die offensichtliche Fehlsteuerung im Finanzausgleich der Krankenkassen abzuschaffen. Das Ausschlussverfahren von Morbiditätsgruppen muss vor dem Beginn der Finanzplanung der Krankenkassen für das kommende Jahr und noch vor Durchführung des Jahresschlussausgleiches 2024 aus dem Gesetz gestrichen werden.“

Roman G. Weber, Vorsitzender, und Dr. Johannes Knollmeyer, stellvertretender Vorsitzender, für den Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit