

RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

Klartext statt Rauchzeichen



Der Risikostrukturausgleich funktioniert so gut wie nie zuvor. Dennoch versuchen seine Gegner ihn schlechtzureden. **Timm Paulus** entlarvt ihre Botschaften als Wunsch, auf Kosten der Versicherten in veralteten Geschäftsmodellen zu verharren.

Wettbewerb und Solidarprinzip – der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) verbindet beides. Doch er hat sich zum Zankapfel entwickelt: Der Morbi-RSA verhindert Wettbewerb und mache die Menschen kränker als sie sind, lassen Kritiker verlauten.

Die dunklen Rauchwolken ihrer Botschaften vermitteln den Eindruck, das fein austarierte Modell sei vollständig ausgebrannt. Doch mit dem Rauch wollen sie Versäumnisse an anderer Stelle verdecken, denn ihre Geschäftsmodelle sind überholt. Der Morbi-RSA hingegen funktioniert acht Jahre nach seiner Einführung so gut wie nie zuvor. Damit das so bleibt, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) aktuell zwei Sondergutachten in Auftrag gegeben.

Änderungen gehören zum Programm. Von Beginn an wurde der Morbi-RSA als lernendes System konzipiert: Der Gesetzgeber hat festgelegt, ihn jährlich zu prüfen und bei Bedarf anzupassen. Über die Änderungen entscheidet das Bundesversicherungsamt (BVA), unterstützt von einem Wissenschaftlichen Beirat (*siehe Glossar auf Seite 38*). Die Krankenkassen sind in diesen Anpassungsprozess eingebunden. Sie dürfen Änderungen vorschlagen sowie die Vorschläge des BVA und des Wissenschaftlichen Beirats bewerten. Seit 2009 hat der Morbi-RSA unzählige Anpassungen erlebt. Sie reichen von der Aktualisierung einzelner Diagnosekodes (Verschlüsselung von Krankheiten) bis hin zu komplexeren Änderungen bei der Abbildung von Lebererkrankungen, die jüngst wegen neuer Arzneimitteltherapien bei Hepatitis C erforderlich waren.

Viele dieser Änderungen sind weitgehend geräuschlos erfolgt. Erst der Streit um die Korrektur des Berechnungsfehlers – dabei geht es um die Verrechnung der Ausgaben für im Laufe eines Jahres verstorbene Versicherte (*siehe Glossar*) – und das folgende Gerichtsurteil haben dazu geführt, dass sich einige Krankenkassen bei der Verteilung der Mittel als Verlierer fühlen.

Weiterentwicklung auf wissenschaftlicher Basis. Dabei hat die Politik auf die Korrektur des Berechnungsfehlers mit dem GKV-Finanzstruktur und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) – systematisch richtig – reagiert. Denn sie hat Änderungen beim Morbi-RSA in zwei weiteren Bereichen initialisiert, in denen der wissenschaftliche Evaluationsbericht aus dem Jahr 2011 (*siehe Web- und Lesetipps auf dieser Seite*) ebenfalls Weiterentwicklungsbedarf aufgezeigt hat: bei Krankengeld und Auslandsversicherten. Die hierzu mit dem GKV-FQWG eingeführten Übergangslösungen sollen durch wissenschaftlich erarbeitete Verfahren ersetzt werden. Dazu liegen bereits erste Expertisen vor. Hierauf aufbauend sollen zwei Folgegutachten bis spätestens Ende 2019 konkrete, umsetzungsfähige Vorschläge erarbeiten, um die Übergangsregelung abzulösen. Dieses Vorgehen wurde vor kurzem mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) festgelegt. Die Politik stellt die Morbi-RSA-Weiterentwicklung also weiterhin auf ein wissenschaftliches Fundament. Dieser Weg ist richtig und hat sich bewährt.

Web- und Lesetipps

- **Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich**, Gutachten im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, November 2004, **Download:** www.bundesversicherungsamt.de > Risikostrukturausgleich > Weiterentwicklung > Auswahl eines Versichertenklassifikationsmodells
- **Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich**, Endfassung Juni 2011, **Download:** www.bundesversicherungsamt.de > Risikostrukturausgleich > Wissenschaftlicher Beirat > Evaluationsbericht 2011
- www.aok-bv.de > Presse > ams-Politik Juni 2017 > Dokumentation des AOK-Papiers zum HHVG: **Vorgaben für Diagnose-Dokumentation einheitlich umsetzen**
- www.morbi-rsa.de Informationen der AOK zum Morbi-RSA, Download des AOK-Positionspapiers zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Glossar

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich: Der Morbi-RSA ist Anfang 2009 aus dem seit 1994 für die GKV geltenden Risikostrukturausgleich hervorgegangen. Die Mittel aus dem Gesundheitsfonds werden nach den Regeln des Morbi-RSA an die Krankenkassen verteilt. Um Anreize zur Risikoselektion zulasten bestimmter Versicherter zu verringern und eine wirtschaftliche Mittelverwendung zu fördern, ist die Höhe der Zuweisungen nicht nur an Alter, Geschlecht oder Erwerbsminderung, sondern auch an das Vorliegen von zurzeit 80 ausgewählten Krankheiten gekoppelt.

Berechnungsfehler: Ein systematischer Fehler bei der Berücksichtigung der Leistungsausgaben für im Laufe eines Jahres verstorbene Versicherte hatte dazu geführt, dass die Zuweisungen an die Krankenkassen für alte und kranke Versicherten zu niedrig ausfielen. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen ordnete mit seinem Urteil vom 4.7.2013 die Korrektur des Berechnungsfehlers an, da sich GKV, BVA und BMG – trotz eindeutiger Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats – nicht auf eine Anpassung im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Morbi-RSA verständigen konnten.

Prävalenzgewichtung und Krankheitsauswahl: Für das Morbi-RSA-Verfahren werden rund 360 Krankheiten unterschieden. Das Gesetz sieht allerdings vor, dass der Morbi-RSA mindestens 50 und höchstens 80, insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf berücksichtigt. Bei der Auswahl spielt eine Rolle, wie häufig eine Krankheit bei den Versicherten auftritt (Prävalenz). Je nachdem, nach welcher Formel die Prävalenz dabei gewichtet wird, kommen eher seltene und teure Krankheiten oder eher häufige und im Einzelfall vergleichsweise nicht so teure Krankheiten in die Auswahl. Werden alle Krankheiten berücksichtigt, spricht man von einem Morbi-RSA-Vollmodell.

Regionaldimension: Die Ausgaben der Krankenkassen und die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds weisen räumliche Unterschiede auf. Diese sind aber mit Einführung des Morbi-RSA deutlich kleiner geworden, da die Morbiditätsorientierung die Ursachen für höhere oder niedrigere Ausgaben der Versicherten abbildet. In der aktuellen Debatte fordern einige Kassen, die verbleibenden Unterschiede durch Einführung einer Regionaldimension auszugleichen – beispielsweise indem für Versicherte, die in Kreisen mit einer höheren Dichte an Kliniken und Arztpraxen wohnen, höhere Zuweisungen bereitgestellt werden.

Risikoselektion: Beschreibt das Verhalten von Krankenkassen, gezielt Menschen anzuwerben, die vergleichsweise geringe oder keine Ausgaben verursachen („Rosinenpicken“). Bei diesen Versicherten übersteigen die Einnahmen die Ausgaben – die Kassen machen also Gewinn. Im Nachteil sind dadurch alte und kranke Menschen. Deshalb unterbindet der Gesetzgeber durch den Morbi-RSA die Anreize zur Risikoselektion.

Wissenschaftlicher Beirat: Für die Auswahl der Krankheiten und die Entwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Morbi-RSA ist beim BVA ein Wissenschaftlicher Beirat aus Medizinern, Ökonomen und Pharmazeuten eingerichtet worden. Die Empfehlungen des Beirats bilden die Grundlage für die jährlichen Anpassungen des Morbi-RSA. Aktuell erstellt der Beirat im Auftrag des BMG zwei Sondergutachten zum Morbi-RSA. Dafür wurde er von sieben auf neun Mitglieder erweitert.

Timm Paulus

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber mit dem HHVG jede Form der Einflussnahme der Krankenkassen auf die ambulanten ärztlichen Diagnosen unterbunden und Zuwiderhandlungen mit neuen Sanktionen belegt. Das begrüßt die AOK ausdrücklich: Die Diagnosestellung und Dokumentation ist Aufgabe des Arztes, die Krankenkassen dürfen sie nicht beeinflussen (*siehe Web- und Lesetipps*). Krankenkassenvorstände hatten sich selbst und andere bezichtigt, Ärzte angehalten zu haben, die Versicherten auf dem Papier kränker zu machen als sie sind. Auch damit verfolgten sie das Ziel, den Morbi-RSA zu diskreditieren. Mit dem HHVG ist dieser Rauch verflogen.

Die Gewinne beruhen auf einem effizienten Mitteleinsatz. Losgelöst von der systematischen Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs führen die Krankenkassen gegenwärtig hitzige Debatten darüber, was alles noch am Morbi-RSA zu ändern sei. Doch wenn man genauer hinschaut, erkennt man schnell, dass diese Änderungsvorschläge nur ein Ziel haben: Geld aus dem Gesundheitsfonds so zu verteilen, dass die eigene Krankenkasse mehr und die Wettbewerber weniger Zuweisungen erhalten. Zu diesen Forderungen gehört, nur noch seltene und sehr teure Krankheiten im Morbi-RSA zu berücksichtigen oder die höhere Krankheitslast von Erwerbsminderungsrentnern auszublenden.

Wissenschaftlich ist das nicht zu begründen. Deshalb versuchen einzelne Krankenkassen, den Morbi-RSA zu diskreditieren: Sie unterstellen, er führe zu Verwerfungen im Wettbewerb und sei dafür verantwortlich, dass einige Kassenarten Verluste aufweisen, während die AOK Überschüsse erzielt. Doch die Gewinne der AOK sind nicht auf den Morbi-RSA zurückzuführen, sondern auf einen effizienten Mitteleinsatz in der Gesundheitsversorgung. Das erfordert Anstrengungen in allen Unternehmensbereichen – von A wie Arzneimittelrabattverträge bis Z wie Zweitmeinung. Damit setzt sich die AOK von anderen Geschäftsmodellen in der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Der Beirat prüft Änderungswünsche der Kassen. Vielleicht hat die heftige Morbi-RSA-Debatte ihren Ursprung in der gerichtlichen Entscheidung zur Korrektur des Berechnungsfehlers. Wichtig und richtig ist aber, dass die Politik dessen ungeachtet entschieden hat, den Morbi-RSA auf der Grundlage wissenschaftlicher Expertise weiterzuentwickeln.

Was geschieht also nun mit den vielen Morbi-RSA-Änderungswünschen der Krankenkassen? Diese Frage soll der Wissenschaftliche Beirat des BVA in zwei Sondergutachten klären. Bis Ende September 2017 soll das erste Gutachten vorliegen. Zwei ausgewiesene Experten für RSA und Wettbewerb unterstützen den Beirat bei dieser Aufgabe: Professor Wynand van de Ven von der Erasmus University Rotterdam und Professor Achim Wambach vom Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung in Mannheim. Der Beirat kann auf Daten aller Krankenkassen zurückgreifen und auch die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Vorschlägen untersuchen. Damit ist eine umfassende wissenschaftliche Evaluation des Morbi-RSA möglich. Bei der Themenvorgabe hat sich das BMG eng an den Änderungswünschen der Krankenkassen orientiert:

- Prävalenzgewichtung und Krankheitsauswahl (*siehe Glossar*)
- Ausgleich von Morbiditätsrisiken (unter anderem Streichung des Risikomerkmals „Erwerbsminderungsrentner“ und der DMP-Pauschale)
- Unterschiedliche Ausgabenstrukturen
- Unterschiedliche Varianten zur Einführung eines Risikopools
- Manipulationsresistenz des RSA
- Präventionsanreize im RSA
- Berücksichtigung von Verwaltungsausgaben
- Wechselseitige Abhängigkeiten der verschiedenen Vorschläge

Das zweite Sondergutachten des Beirats soll bis Ende April 2018 fertig gestellt sein und die räumliche Verteilung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds untersuchen. Ein gesonderter Gutachterauftrag ist notwendig, da die erforderlichen Informationen zum Wohnort (Gemeinde) der Versicherten erst ab August 2017 vorliegen. Die Erhebung dieser Daten wurde ebenfalls mit dem HHVG geregelt. Demgegenüber fehlt ein Gutachterauftrag zur Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Faktoren für den Morbi-RSA, da hierfür keine Daten erhoben werden. Der Gesetzgeber ist deshalb gefordert, auch für diese Fragestellung die datentechnischen Voraussetzungen für wissenschaftliche Gutachten zu schaffen.

Anreize zur Risikoselektion verringern. Der Beirat wird die vielen Änderungsvorschläge auf der Grundlage eigener Analysen bewerten. Dabei muss er die gesetzlichen Ziele des Morbi-RSA im Blick behalten. Sie sind in Paragraph 268 Sozialgesetzbuch V festgelegt: Die Weiterentwicklung des Morbi-RSA muss zu einer Reduzierung von Risikoselektionsanreizen führen (Solidaritätsziel) und eine nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung vermeiden (Wirtschaftlichkeitsziel). Eine Änderung des RSA ist nur dann sinnvoll, wenn die messbare Zielgenauigkeit des RSA auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen steigt, das heißt: Risikoselektionsanreize zulasten bestimmter Versichertengruppen werden verringert beziehungsweise ausgeschlossen und Wirtschaftlichkeitsanreize werden gestärkt.

Heute wird die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA überwiegend mit Hilfe statistischer Kennzahlen bewertet. Doch der Wissenschaftliche Beirat hat in seinem Evaluationsbericht von 2011 (*siehe Web- und Lesetipps*) gezeigt, wie wichtig es ist, Anreize zur Risikoselektion in Bezug auf bestimmte Versichertengruppen zu untersuchen. Dazu hat er unter anderem die Ausgabendeckung nach Alter und Geschlecht oder der Art der Erkrankung analysiert. Dieser Ansatz hat sich in den Niederlanden etabliert. Die Frage, wie gut der Morbi-RSA funktioniert, wird dort mit Blick auf die Ausgabendeckung bei Versicherten mit Diabetes und vielen anderen Versichertengruppen beantwortet. Dieses Konzept eignet sich besser zur Bewertung des Morbi-RSA als statistische Kennzahlen, denn es ermöglicht nachvollziehbare und belastbare Aussagen zur Veränderung von Anreizen zur Risikoselektion.

Prüfung auf Ebene von Versichertengruppen. Am Beispiel der Krankheitsauswahl wird dies besonders deutlich. Würde man 80 sehr seltene und teure Krankheiten für den Morbi-RSA berücksichtigen, verschlechtern sich die statistischen Kennzahlen des Morbi-RSA-Modells gegenüber dem Status Quo. Sie verbessern sich hingegen, wenn man alle Krankheiten berücksichtigt (Vollmodell).

Interview



„Wir gestalten die Weiterentwicklung des RSA gerne mit“

Martin Litsch ist
Vorstandsvorsitzender des
AOK-Bundesverbandes.

Herr Litsch, was erwarten Sie von der kommenden Bundesregierung in Sachen Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, kurz Morbi-RSA?

Martin Litsch: Wir erwarten eine sachliche Diskussion auf der Basis wissenschaftlicher Expertise. Dabei muss es darum gehen, wie der Morbi-RSA Risikoselektion zulasten der Versicherten verhindert – und nicht darum, unterschiedliche Geschäftsergebnisse zwischen den Krankenkassen auszugleichen. Das muss die kommende Regierung klarstellen und umsetzen. Diesen Weiterentwicklungsprozess gestalten wir gerne mit, damit der Risikostrukturausgleich auch in Zukunft seine Aufgabe erfüllen kann, Solidarität und Wettbewerb miteinander zu vereinbaren. Änderungen am Morbi-RSA sind nur dann sinnvoll, wenn sie im Einklang mit dessen sozialpolitischen Zielen stehen.

Was versprechen Sie sich dabei von dem Sondergutachten, das der Gesetzgeber beim Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes in Auftrag gegeben hat und das im Herbst vorliegen soll?

Litsch: Wir sind gespannt auf das Gutachten, vor allem darauf, wie die vielen Änderungsvorschläge zusammenwirken, denn eine isolierte Betrachtung einzelner Vorschläge macht keinen Sinn. Interessante Impulse erwarten wir von den beiden Wissenschaftlern, die den Beirat zusätzlich unterstützen. Mit Blick auf Holland – Professor Wynand van de Ven kommt von der Erasmus University Rotterdam – gibt es gute Ideen für den Morbi-RSA zu diskutieren. Auch Professor Achim Wambach hat sich bereits in einem früheren Gutachten mit dem Morbi-RSA befasst.

Stichwort Manipulationsresistenz: Wie bewerten Sie die Regelungen des Heil- und Hilfsmittelstärkungsgesetzes (HHVG) zur Kodierung ambulanter Diagnosen?

Litsch: Die gesetzlichen Regelungen sind richtig und wichtig. Doch sie müssen auch durchgesetzt werden. Deshalb hat das AOK-System eine klare Festlegung getroffen, dass die AOKs die Regeln eins zu eins umsetzen werden. Das erwarten wir auch von den anderen Krankenkassen. Das Bundesversicherungsamt überprüft übrigens alle Kassen in Bezug auf die Diagnosen im Morbi-RSA – unabhängig davon ob Bund oder Länder für die Aufsicht zuständig sind. Wer das HHVG nicht umsetzt, muss also mit spürbaren Sanktionen rechnen. ■

Krankheitsauswahl: Vollmodell ist zielgenau

Ausgabendeckung auf Ebene von Versichertengruppen:
Je näher sie an 100 Prozent liegt,
desto geringer sind die Anreize zur Risikoselektion

Versichertengruppen (prospektiv)	Morbi-RSA mit 80 seltenen und teuren Krankheiten	Aktueller Morbi-RSA mit 80 Krankheiten (2017)	Morbi-RSA mit allen Krankheiten (Vollmodell)
Gesunde	137 %	122 %	106 %
Multimorbide (mehr als fünf unterschiedliche Krankheiten)	93 %	96 %	99 %
Mit Asthma bronchiale	85 %	95 %	100 %
Mit psychischen Erkrankungen	86 %	99 %	101 %
Mit einer der zehn seltensten Krankheiten	87 %	79 %	99 %

Wenn der Morbi-RSA alle Krankheiten berücksichtigt, erfüllt er sein Ziel besser als mit 80 seltenen und teuren Krankheiten. Das zeigt ein Vergleich auf der Ebene von Versichertengruppen. So beträgt die Ausgabendeckung etwa bei gesunden Versicherten im Vollmodell 106 Prozent. Werden hingegen 80 seltene und teure Krankheiten berücksichtigt, steigt die Überdeckung der Ausgaben auf 137 Prozent deutlich an.

Quelle: AOK-Bundesverband (Datengrundlage 2014/2015)

Noch deutlicher wird der Unterschied aber, wenn man die Ausgabendeckung für einzelne Versichertengruppen betrachtet. Das Modell mit 80 sehr seltenen und teuren Krankheiten führt zu einer klaren Verschlechterung der Zielgenauigkeit bei fast allen Versichertengruppen: Die bestehenden Überdeckungen (Krankenkassen erhalten mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds als sie für die Versorgung brauchen) bei gesunden Versicherten und Unterdeckungen bei kranken Versicherten nehmen erheblich zu. Die Anreize zur Risikoselektion vergrößern sich also deutlich. Anders beim Vollmodell: Der Einbezug aller Krankheiten in den Morbi-RSA verringert die Fehldeckungen und damit die Anreize zur Risikoselektion in beachtlichem Umfang (siehe

Tabelle „Krankheitsauswahl: Vollmodell ist zielgenau“ auf dieser Seite).

Forderungen begünstigen Fehlentwicklungen. Diese Ergebnisse sind entlarvend: Sie zeigen, dass die Forderung einzelner Kassen nach einer Konzentration des Morbi-RSA auf 80 teure und seltene Erkrankungen die ohnehin deutlichen Überdeckungen („Gewinne“) für gesunde Versicherte noch weiter vergrößert. Gleichzeitig werden Risikoselektionsanreize zulasten von kranken Versicherten verschärft. Die Krankenkassen, die davon profitieren, könnten dann ihre alten, bis zur Einführung des Morbi-RSA erfolgreichen und auf Risikoselektion basierenden Geschäftsmodelle weiterpflegen. Eine Umsetzung würde zu einem volkswirtschaftlich sinnlosen GKV-Wettbewerb um junge, gesunde Versicherte führen („Rosinenpicken“-Wettbewerb). Auch viele weitere Änderungsvorschläge würden eine solche Fehlentwicklung begünstigen. So geht es beispielsweise bei der Forderung, das Merkmal Erwerbsminderungsrente nicht mehr im Ausgleich zu berücksichtigen, nur darum, mehr Geld für Gesunde aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, wobei der besondere Versorgungsbedarf dieser Versicherten ignoriert wird. Gleiches gilt für die Forderung, Volkskrankheiten wie beispielsweise Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus dem Ausgleich herauszunehmen, weil sie vermeintlich durch Prävention zu verhindern seien.

Kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung. Auch die von einigen Krankenkassen gewünschte Einführung einer Regionaldimension (siehe Glossar) im Morbi-RSA dient nur dazu, dass mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds in die Städte fließt, wo sie über einen höheren Marktanteil verfügen. Dabei gibt es aus heutiger Sicht keinen Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung im Morbi-RSA. Die kausalen Zusammenhänge, die Über- und Unterdeckungen auf beispielsweise der Landkreisebene erklären könnten, sind bislang unerforscht. Es ist nicht nachgewiesen, dass versichertenindividuelle Ausgaben überhaupt mit räumlich zusammengefassten Merkmalen erklärt werden können. Die Idee einer Versorgungsstrukturkomponente für Kreise mit besonders vielen Krankenhausbetten oder einer sehr hohen Facharztdichte macht allein schon deshalb keinen Sinn,

So lässt sich der Risikostrukturausgleich weiter verbessern

Vorschläge der AOK zur systematischen Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA):

Sofortmaßnahmen

- Einheitliche Kodierrichtlinien einführen und Validität der Datengrundlagen für den Morbi-RSA sicherstellen
- Alle Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigen
- Sonderregelungen für Pro-Kopf-Zuweisungen im RSA beenden

Kurzfristige Reformperspektive

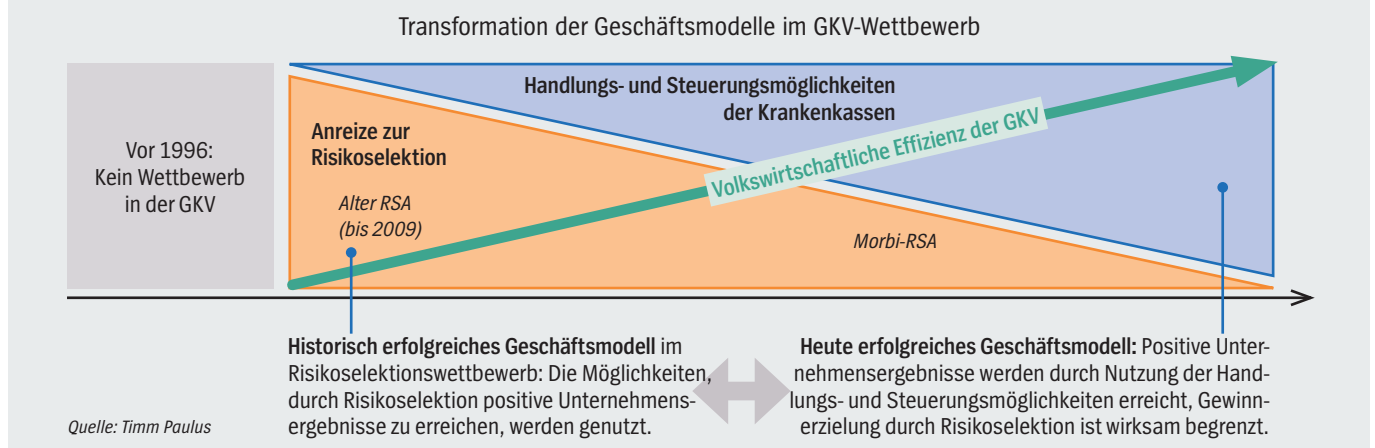
- Morbiditäts- und Einkommensorientierung bei Krankengeldzuweisungen einführen
- Auslandszuweisungen konsequent an standardisierten Leistungsausgaben ausrichten
- Berücksichtigung von sozio-ökonomischen Informationen prüfen

Morbi-RSA als lernendes System

- Umgang mit Hochkostenfällen prüfen
- Kein Anknüpfungspunkt für eine Regionalisierung im RSA

Das AOK-Positionspapier zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA als Download:
www.morbi-rsa.de

Versorgungssteuerung statt Risikoselektion: Wie die Krankenkassen im Wettbewerb gewinnen



weil die Planung der Gesundheitsinfrastruktur geradezu darauf ausgelegt ist, dass Versorgungsangebote auch von Versicherten in einem größeren Einzugsgebiet genutzt werden. Die fortschreitende Spezialisierung und Digitalisierung der Leistungserbringung wird dies noch verstärken.

Handlungsspielräume erweitern. Die Krankenkassen sollten sich vor Ort und flächendeckend für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung einsetzen. Dazu gehört die Gestaltung einer wirtschaftlichen Krankenhausversorgung genauso wie die effiziente Verknüpfung ambulanter und stationärer Versorgungsangebote. Eine Regionalisierung im Morbi-RSA würde hingegen bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgungen zementieren statt abbauen. Politik, Krankenkassen, Kliniken und Ärzterevertreter sind aufgefordert, ihre Hausaufgaben bei der Strukturberreinigung in übertersorgten Regionen zu machen – sie dürfen sich nicht darauf verlassen, dass höhere Ausgaben auch höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bedeuten. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die Politik die Handlungsspielräume der Krankenkassen zur Versorgungssteuerung sukzessive erweitert und nicht beschränkt, damit die Wirtschaftlichkeit der Mittelverwendung in der Praxis steigt.

Wettbewerb erhöht die Qualität. Die AOK verfolgt mit ihren Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA das Ziel, Anreize zur Risikoselektion zulasten bestimmter Versicherten-gruppen weiter zu reduzieren – idealerweise auszuschließen – und Wirtschaftlichkeitsanreize zu stärken (siehe Interview auf Seite 39 und Kasten „So lässt sich der Risikostrukturausgleich weiter verbessern“ auf Seite 40). Der Morbi-RSA und der vollständige Einkommensausgleich sind unverzichtbare Voraussetzungen des wettbewerblich orientierten Solidarsystems. Doch Wettbewerb in der GKV ist kein Selbstzweck. Er soll vielmehr zu einem wirtschaftlich verantwortungsvollen Umgang mit den Beitragsgeldern der Versichertengemeinschaft führen. Das lässt sich am besten mit einer solidarischen Wettbewerbsordnung erreichen. Die Krankenkassen sollten die positiven Handlungs- und Steuerungspotenziale des Wettbewerbs nutzen, um Effizienz und

Qualität der Gesundheitsversorgung sowie der Serviceleistungen zu verbessern. Die Qualität von Versorgungsangeboten und Serviceleistungen der Kassen sind dabei zentrale Leistungs- und Wahlkriterien für GKV-Mitglieder.

Geschäftsmodelle substanziell ändern. Seit seiner Einführung vor fast 25 Jahren hat sich der Wettbewerb in der GKV kontinuierlich weiterentwickelt. Diese Veränderung wird aus zwei Richtungen getrieben: der sukzessiven Erhöhung der Zielgenauigkeit des RSA und der Erweiterung der Handlungs- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen. Je zielgenauer der Morbi-RSA und je größer die Möglichkeiten der Kassen, desto erfolgreicher sind die Geschäftsmodelle, die sich auf einen effizienten Mitteleinsatz in der Versorgung und im Service konzentrieren – volkswirtschaftlich betrachtet das anzustrebende Optimum. Seit Einführung des Morbi-RSA, spätestens mit der Korrektur des Berechnungsfehlers, funktioniert der Risikostrukturausgleich so zielgenau, dass Strategien zur Risikoselektion allein nicht mehr zum Erfolg im Wettbewerb führen. Das erfordert von allen Krankenkassen substanzielle Änderungen ihrer Geschäftsmodelle (siehe Abbildung „Versorgungssteuerung statt Risikoselektion“ auf dieser Seite). Dieser Anpassungsprozess gelingt offensichtlich nicht allen Kassen rechtzeitig oder gleich gut. Deshalb versuchen einige, die Wettbewerbsbedingungen so zu verändern, dass die alten, auf Risikoselektion basierenden Geschäftsmodelle wieder funktionieren. Sie versuchen, den Morbi-RSA zu diskreditieren und fachen das Feuer der RSA-Debatte mit falschen Behauptungen an, um von ihren Interessen und Versäumnissen abzulenken. Doch der aufsteigende Rauch ist kein Zeichen dafür, dass es schlecht um den Morbi-RSA bestellt ist. Das Gegenteil ist der Fall. Und für die wissenschaftlich fundierte, sachlich begründete Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist mit den aktuellen Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats ein konstruktiver Weg vorbereitet. ■

Timm Paulus ist Stellvertretender Geschäftsführer in der Geschäftsführungseinheit Finanzen beim AOK-Bundesverband.

Kontakt: Timm.Paulus@bv.aok.de