

Pressefrühstück zu den AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik
nach der Bundestagswahl 2017
4. Juli 2017, Berlin

Statement von Jens Martin Hoyer

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Es gilt das gesprochene Wort!

Der Wettbewerb um die beste Versorgung braucht einen zielgenauen Risikostrukturausgleich

Der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird von zwei Entwicklungen getrieben. Einerseits brauchen die Krankenkassen wieder mehr Handlungs- und Steuerungsfreiraum für die Versorgung ihrer Versicherten. Wie mein Kollege, Martin Litsch, gerade ausgeführt hat, wurden wir hier in letzter Zeit eher begrenzt. Für die nächste Wahlperiode muss es ein deutliches Bekenntnis der Politik zum Wettbewerb um die beste Versorgung geben.

Andererseits wird sich die Politik mit der Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) beschäftigen. Um die mitunter schon als „RSA-Krieg“ bezeichnete Debatte zu versachlichen, hat der Gesetzgeber beim Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes ein Gutachten beauftragt. Das ist ein klares Zeichen, dass die Politik den RSA auf Basis wissenschaftlicher Expertise weiterentwickeln will. Und das ist auch gut so, denn viele der Änderungswünsche auf Kassenseite sind zwar kassenarten- und kassenindividuell nachvollziehbar, ordnungspolitisch aber unfug. Sie lassen sich weder wissenschaftlich noch rechtlich begründen und haben nur das Ziel, Geld aus dem Gesundheitsfonds so zu verteilen, dass die eigene Krankenkasse beziehungsweise Kassenart mehr und die Wettbewerber weniger Zuweisungen erhalten.

Dabei sind die gesetzlich festgelegten Ziele des Finanzausgleichs eigentlich klar geregelt. Er soll nicht die Geschäftsergebnisse der Krankenkassen ausgleichen, sondern einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung ermöglichen. Oder um es kurz zu fassen, er soll Risikoselektion vermeiden und Wirtschaftlichkeitsanreize stärken. Daran müssen sich alle Reformvorschläge messen lassen. Wenn



Wettbewerber nun äußern, dass nur noch schwere und seltene Erkrankungen im RSA berücksichtigt werden sollten, dann ist das selbstentlarvend. Denn diese Forderung ginge eindeutig zulasten von kranken Versicherten. Man würde Volkserkrankungen wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus dem Ausgleich verbannen, mit dem Effekt, dass sich wieder die Zuweisungen für gesunde Versicherte erhöhen. Die heute immer noch bestehende Überdeckung bei Gesunden und die Unterdeckung bei chronisch Kranken nähmen also weiter zu. Krankenkassen, die dies fordern, wollen offenbar wieder zurück zum Geschäftsmodell der Rosinenpickerei.

In diesem Streit um die richtige Krankheitsauswahl haben wir deshalb vorgeschlagen, alle Krankheiten im Morbi-RSA zu berücksichtigen und damit ein so genanntes „Vollmodell“ zu schaffen. Das wäre unbürokratischer, weil die alljährliche Überprüfung der 80 Krankheiten wegfiel, und es wäre auch mit Blick auf die Überdeckungen einzelner Versichertengruppen sinnvoll. So würde etwa die Überdeckung bei Gesunden von heute über 120 Prozent auf annähernd 105 Prozent sinken. Der Ausgleich von 80 seltenen und akuten Erkrankungen würde die Überdeckung der Gesunden dagegen auf über 140 Prozent ansteigen lassen. Ein „Vollmodell“ würde außerdem die derzeit noch bestehende Unterdeckung von Multimorbiden, Asthmatikern oder psychisch Kranken weiter reduzieren und eine Ausgabendeckung von nahezu 100 Prozent garantieren.

Von der aktuell noch unzureichenden Zielgenauigkeit profitiert die AOK durch den Zugang von jungen und im aktuellen RSA überdeckten Versicherten zur Zeit genauso wie andere wachsende Krankenkassen in der Vergangenheit auch. Dennoch setzen wir uns für die ordnungspolitisch sinnvolle Weiterentwicklung ein, bei der alle Krankheiten berücksichtigt und die Überdeckung von Gesunden bzw. Unterdeckung von Kranken weiter abgebaut würde. Die Forderungen unserer Wettbewerber weisen dagegen in die Vergangenheit.

Den Finanzausgleich zu diskreditieren, hat Methode. Es ist der Versuch, einen Rückbau des RSA zu fordern, ohne die eigentlichen Beweggründe offen zu legen. Die „Schummel“-Nummer, also sich und anderen Krankenkassen Betrug bei der Diagnosestellung vorzuwerfen, hat viel Verunsicherung ausgelöst. Die Politik hat im Zuge des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) darauf reagiert und jede Form der Einflussnahme der Krankenkassen auf die ambulanten ärztlichen Diagnosen unterbunden sowie Zuwiderhandlungen mit neuen Sanktionen belegt. Das haben die AOKs ausdrücklich in einem Positionspapier zur Umsetzung des HHVG begrüßt. Diagnosestellung und Dokumentation sind Aufgaben des Arztes, die die Krankenkassen nicht beeinflussen dürfen. Eine Extravergütung allein für die Dokumentation von Diagnosen darf es nicht geben. Aus unserer Sicht kommt es nun darauf an, die Regelungen des HHVG stringent und für alle Krankenkassen einheitlich umzusetzen. Dazu ist eine rechtskonforme Handlungsanleitung notwendig, wie wir sie für die AOKs schon jetzt in unserem Umsetzungs-Papier festgelegt haben. Die mangelnde Qualität der ambulanten Kodierung ist und bleibt problematisch. Sie ist heterogen und vielfach unzureichend, obwohl sie für eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung der Versicherten unverzichtbar ist. Deshalb fordern wir erneut, rasch verbindliche Kodierrichtlinien für die ambulante Versorgung einzuführen. Sie könnten



im Rahmen der Praxissoftware wesentlich dazu beitragen, eine vollständige und regelkonforme Dokumentation der Diagnosen sicherzustellen.

Unsere Wettbewerber führen in der Diskussion um die Weiterentwicklung des Morbi-RSA außerdem an, dass er zu Verwerfungen im Wettbewerb führe und verantwortlich für unterschiedliche Deckungsbeiträge sowie Überschüsse sei. Doch die Überschüsse der AOK sind nicht auf den Morbi-RSA zurückzuführen, sondern lassen sich allein über die Ausgabenseite erklären, das heißt in erster Linie über einen effizienten Mitteleinsatz in der Gesundheitsversorgung. Über die gesamte Wertschöpfungskette hinweg hat die AOK Anstrengungen unternommen und sich Wettbewerbsvorteile erarbeitet – von Arzneimittelrabattverträgen über die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus bis hin zum Leistungsmanagement. Ein Beispiel: Im Jahr 2016 lagen die Einsparungen je Versicherten durch Arzneimittelrabattverträge im AOK-System bei rund 65 Euro beziehungsweise 12,1 Prozent der gesamten Arzneimittelausgaben. Die Betriebskrankenkassen sparten auf diesem Weg rund 42 Euro je Versicherten beziehungsweise 9,8 Prozent. So kommt es auch, dass sich unsere Leistungsausgaben seit 2010 kontinuierlich unter dem GKV-Durchschnitt bewegen. Ihm gegenüber belaufen sich die Minderausgaben der AOKs von 2009 bis 2016 auf mehr als drei Milliarden Euro. Allein 2016 haben die AOKs 1,1 Milliarden Euro weniger ausgegeben als die Konkurrenz. Bevor also die Wettbewerber über angebliche Ungereimtheiten im Morbi-RSA und eine Bevorteilung der AOKs bei den Zuweisungen protestieren, sollten sie erst einmal erklären, warum sich ihre Leistungsausgaben dauerhaft überdurchschnittlich entwickeln. Und sie sollten prüfen, ob sie ihr Geschäftsmodell bereits auf die Bedingungen des RSA zugeschnitten haben. Statt eines Wettbewerbs um jung und gesund ist effektive und effiziente Versorgung der Versicherten ausschlaggebend, egal welche Versicherten eine Krankenkasse hat. Dieser Anpassungsprozess ist unausweichlich, entweder stellt man sich ihm oder muss am Markt eben einen höheren Zusatzbeitrag nehmen.

KONTAKT UND INFORMATION

Dr. Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 23 09 | presse@bv.aok.de

