

Fragen und Antworten zum Morbi-RSA

Gerechter Kostenausgleich

gerechtundfair

FRAGEN

Es die Forderung von Ersatzkassen, den Katalog der RSA-relevanten Krankheiten zu überarbeiten und dabei künftig auch seltene und „teure“ Krankheiten zu berücksichtigen, während einige andere Krankheiten entfallen sollen. Was sagt die AOK PLUS dazu?

Aber die Ersatzkassen argumentieren, dass die Zuweisungen für sogenannte Hochkostenfälle die entstehenden Kosten nicht decken und fordern daher die Einführung eines Hochrisikopools. Wie sehen Sie das?

ANTWORTEN

Wir kennen diese Forderungen – das Herauslösen einzelner Krankheiten ist nicht fair und nicht im Sinne der Versicherten. Kassen, die dies fordern, wollen keine älteren oder an chronischen Volkskrankheiten leidenden Menschen versichern, denn – ich nenne Beispiele - Depressionen, Herzkrankheiten und Osteoporose würden als relevante Krankheiten herausfallen. Das würde viele, viele Versicherte betreffen und wäre nicht im Sinne eines gerechten Ausgleichs zwischen den Kassen. Wenn man schon Hand an den Katalog legt, dann richtig: Gerecht wäre es, die derzeitige Beschränkung des Morbi-RSA auf 80 Krankheiten zu beenden und stattdessen ein Vollmodell einzuführen, bei dem alle Krankheiten berücksichtigt werden. Das erhöht die Zielgenauigkeit und reduziert Anreize zur Risikoselektion. Außerdem wäre die Unterscheidung in vermeintlich lukrative und weniger lukrative Krankheiten damit vom Tisch.

Dieses vermeintliche Problem ist relativ einfach lösbar, indem ein Vollmodell eingeführt wird, bei dem alle Krankheiten ohne Ausnahme berücksichtigt werden. Das hat übrigens auch eine Untersuchung des Wissenschaftlichen Beirates beim BVA ergeben.

FRAGEN

Dennoch – insbesondere die Ersatzkassen beklagen, der Morbi-RSA verteile das Geld nicht fair. Beispielsweise spricht die Techniker Krankenkasse von Wettbewerbsverzerrung, weil die TK-Mitglieder andere Krankenkassen mitfinanzieren, die womöglich genau deshalb einen geringeren Zusatzbeitrag erheben können.

Zuletzt hat die KKH den Zusatzbeitrag erhöht, auch die DAK erhebt einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag. Finden Sie das gerecht?

Was kann man zu den Vorwürfen sagen, die AOKs versichern eine steigende Zahl sogenannter „Versicherte ohne Leistungsausgaben“, also Versicherte – oft Saisonarbeiter aus dem Ausland (mit und ohne obligatorischer Anschlussversicherung, OAV), die in der Landwirtschaft eingesetzt werden. Für diesen Personenkreis erhalten die AOKs Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds, sie müssen auf der anderen Seite aber keine Leistungen zahlen – leicht verdientes Geld also.

ANTWORTEN

Diese Sichtweise ist eindeutig interessenorientiert. Sie entsteht, wenn man nur auf den eigenen Haushalt und nicht auf die Erkrankten schaut. Die TK findet es – im Gegensatz zu uns – zum Beispiel fair, für einen gesunden TK-Versicherten ebenso viel Geld aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, wie eine andere Kasse für einen kranken Versicherten. Warum? Weil sie dann ihren Versicherten attraktive Rückerstattungen bieten kann. Diese Zeit des Rosinenpickens ist aber vorbei.

Der Morbi-RSA soll aber für eine gerechte Kostenverteilung sorgen, und zwar aus Sicht der Versicherten. Im Vergleich zu der Zeit vor Einführung des Gesundheitsfonds liegen die Finanzergebnisse der Kassenarten heute sehr nah beieinander. Und auch wenn noch nicht alles perfekt ist: fest steht, der Morbi-RSA funktioniert! Ein gerechter Kostenausgleich muss fair aus Sicht der Versicherten sein – nicht aus Sicht einer Kasse.

Fakt ist, es ging bei der Finanzierung des Gesundheitssystems noch nie gerechter zu als heute.

Die von Ihnen genannten Kassen erhalten – wie alle anderen Kassen auch – so viel Geld aus dem Gesundheitsfonds, wie sie für die Versorgung ihrer gesunden und kranken Versicherten brauchen. Das Geld fließt nun dorthin, wo es auch gebraucht wird, wo Versorgung real stattfindet.

Auch wenn es sich nur um einen erfundenen Vorwurf handelt, wollen wir dies so nicht stehen lassen und haben unsere Daten analysiert. Hier also die Fakten: Der Anteil der Versicherten ohne Leistungsanspruch ist bei der AOK PLUS seit Jahren rückläufig und beträgt aktuell 3,6%. Lediglich 0,08% sind per OAV fortgeführt. Für diesen Personenkreis erhält die AOK PLUS 0,04% ihrer Gesamtzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – also vier Zehntausendstel! Mehr muss man dazu wohl nicht sagen.

FRAGEN

Eine andere Forderung der Ersatzkassen bezieht sich auf die Regionalisierung des Morbi-RSA. Die Einführung einer Regionalkomponente – so das Argument – würde die Unterschiede bezüglich der Morbidität und des Kostenniveaus differenziert abbilden. Ballungsräume mit dichter medizinischer Versorgung auf höchstem Niveau sind von besonders hohen Kosten betroffen.

Um bei dem Beispiel der Brüder zu bleiben: Soll dann also die Kasse, die den Handwerker aus dem Erzgebirge versichert, einen Überschuss erzielen, weil sie auf Grund dessen Diabetes mehr Geld für ihn aus dem Gesundheitsfonds erhält, als sie aufwenden muss, während die Kasse mit dem gesunden Ingenieur aus Leipzig für diesen Versicherten draufzahlen muss?

Aber es gibt ja wirklich Regionen/Ballungsräume, die von besonders hohen Kosten betroffen sind – dort kostet die Gesundheit doch tatsächlich mehr als in ländlichen Regionen.

ANTWORTEN

Das ist aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Eine Regionalisierung hätte – ganz abgesehen vom analytischen und technischen Aufwand – keine Vorteile für die Versicherten. Im Gegenteil: die medizinische Versorgung auf dem Land würde gesundheitspolitisch abgehängt werden. Es käme zu einer Risikoselektion mit Blick auf dann lukrative Versicherte in urbanen Ballungsräumen.

Stellen Sie sich eine Familie im Erzgebirge mit zwei Söhnen vor. Der eine Sohn bleibt nach der Schule in der Heimat, absolviert eine Lehre als Handwerker und kümmert sich um die Eltern. Der andere Sohn geht nach Leipzig, studiert und wird Ingenieur.

Der Handwerker im Vogtland erkrankt an Diabetes, während der Ingenieur in Leipzig gesund bleibt. Nun stellen Sie sich eine Regionalkomponente vor: Nach der erhalte eine Kasse für den gesunden Ingenieur aus Leipzig jetzt mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, aber für den an Diabetes erkrankten Handwerker aus dem Erzgebirge weniger. Ist das gerecht? Nein, gesundheitspolitisch ergibt das keinen Sinn.

Der Hintergrund dieser Forderung wird aber deutlich, wenn man die Marktanteile einiger Ersatzkassen betrachtet. Der Verband der Ersatzkassen beispielsweise hat in Hamburg einen Marktanteil von 55%, im Bundesgebiet aber nur insgesamt 38%. Insofern wird das Ansinnen nachvollziehbar, wenn man durch die Brille einer Ersatzkasse schaut. Ihr ist der Versicherte in der Stadt viel wert, die Versicherten im Land werden durch eine Regionalkomponente abgehängt.

Das ist mit der AOK PLUS nicht zu machen!

Wir sind daher für ein Vollmodell, bei dem alle Krankheiten und weitere sozio-ökonomische Faktoren (z.B. Langzeitarbeitslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit) einbezogen werden. Die Regionalisierung wäre damit überflüssig.

Natürlich nicht. Und so ist es auch nicht: für einen kranken Versicherten zahlt die Kasse immer mehr als für den gesunden Versicherten. Genau dafür ist der RSA doch da: das Geld wird von den Gesunden zu den Kranken gelenkt. Das ist das Solidarprinzip.

Eines ist in diesem Zusammenhang auch wichtig: der RSA gleicht nicht einfach die tatsächlichen Ausgaben der Kassen für ihre Versicherten aus. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds orientieren sich vielmehr an den im Folgejahr zu erwartenden Ausgaben. Diese Orientierung bildet für alle Kassen den Anreiz, auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung einzuwirken.

Das ist aber kein Phänomen des Risikostrukturausgleiches. In München sind die Lebenshaltungskosten höher als in Cottbus. Das betrifft die Mieten, die Immobilien, die Karte für's Kino und für das Fußballstadion, das Parkhaus usw. Auf der anderen Seite sind die Löhne und Gehälter in München auch höher als in Cottbus. Einige Dinge kosten auch in beiden Städten das gleiche – Medikamente zum Beispiel.

Noch einmal: lassen Sie uns alle Krankheiten beim Morbi-RSA berücksichtigen, überall in Deutschland, und lassen Sie alle Ärzte in Deutschland überall nach den gleichen, einheitlichen Richtlinien und Maßstäben die Diagnosen erfassen. Dann wird das Geld zwangsläufig dorthin verteilt, wo es für die medizinische Versorgung benötigt wird.

FRAGEN

ANTWORTEN

Einmal unabhängig von möglichen Veränderungen – der Morbi-RSA sorgt auch in der aktuellen Version für Schlagzeilen. TK-Chef Baas sagt, dass alle Kassen schummeln. Also auch die AOK PLUS?

Das war eine sehr aufmerksamkeitsregende Feststellung des TK-Chefs, denn er hat sich in dem Interview ja vor allem selbst bezichtigt und auch – so ganz nebenbei – die Ärzteschaft diskreditiert. Wie er Aussagen zu anderen Krankenkassen fällen kann, entzieht sich meiner Kenntnis. Für die AOK PLUS sage ich ganz klar: Wir arbeiten sauber.

Wieso sagt der TK-Vorstandsvorsitzende dann so etwas?

Unserer Einschätzung nach, um die politische Diskussion über die Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfond in Gang zu bringen, denn natürlich bringt so eine Selbstbezichtigung Schlagzeilen. Aber der Preis ist sehr hoch, wenn man so die Verteilmechanismen zu Gunsten seiner Kasse beeinflussen will. Wir raten zu Seriosität und klugem Handeln.

Damit der Morbi-RSA funktioniert, müssen die Diagnosen durch den Arzt erfasst werden, die sogenannte Kodierung - wie funktioniert das eigentlich?

Genau. Der Arzt dokumentiert neben der Behandlung die vorliegenden Erkrankungen in Form von Diagnosen. Diese Informationen gelangen dann im Rahmen der Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen zur AOK PLUS. Wir wiederum melden diese Daten an den Gesundheitsfonds und erhalten dann dafür den entsprechenden Ausgleich.

Wird das nicht geprüft, es gibt doch eine Aufsicht?

Wir werden regelmäßig – wie im übrigen alle Krankenkassen - sowohl vom Landesprüfungsamt des Sächsischen Sozialministeriums als auch vom BVA geprüft und alle unsere Verträge unterliegen einer strengen Aufsicht. Insofern können wir sicher sein, dass alle unsere Abläufe den gesetzlichen Anforderungen entsprechen.

Stichwort Up-Coding; Geld für Diagnosen; Prämien für Ärzte

Gibt es bei der AOK PLUS nicht; wir geben Geld für die optimale Versorgung unserer Versicherten aus. Über unsere Verträge vergüten wir eine zusätzliche erhöhte Betreuung – insbesondere für chronisch kranke Versicherte. Dabei vergüten wir aber den Betreuungsaufwand der Ärzte und nicht die Diagnosestellung.

Ist das nicht eigentlich selbstverständlich, dass die Ärzte alle Diagnosen richtig erfassen?

Grundsätzlich ja, jedoch fehlen im ambulanten Bereich konkrete Vorgaben, wie Krankheiten zu dokumentieren sind. Das führt dazu, dass Krankheiten teilweise nicht vollständig bzw. nicht konkret dokumentiert werden. Wir sind daher dafür, verbindliche, bundeseinheitliche Kodierrichtlinien einzuführen, deren Einhaltung gesetzlich sichergestellt werden muss. Verstöße dagegen müssen sanktioniert werden.