

„Verkranken“ lohnt sich

Widerstand gegen neuen Risikostrukturausgleich der Krankenkassen

Jahr für Jahr wird zwischen den gesetzlichen Krankenkassen eine gigantische Geldmenge verschoben: Im vergangenen Jahr waren es über 14 Milliarden Euro – doppelt so viel wie beim Länderfinanzausgleich. Nun soll der Verschiebebahnhof noch einmal erheblich ausgeweitet werden. Doch der Widerstand gegen den neuen „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ (Morbi-RSA) ist groß.

In Deutschland wurde der RSA 1994 eingeführt. Mit ihm wollte die Bundesregierung für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sorgen, nachdem die freie Kassenwahl eingeführt worden war. Seitdem erhält die Kasse, die viele ältere und chronisch kranke Versicherte hat, Zuschläge. Im Zuge der letzten Gesundheitsreform wollte das Bundesgesundheitsministerium den RSA auf die private Krankenversicherung ausweiten. Doch dieses Vorhaben scheiterte am Widerstand der Union. So betrifft die ab 1. Januar kommenden Jahres geltende neue Regelung nur die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Mit ihr sollen nicht nur Alter, Geschlecht und chronische Erkrankungen der Versicherten als Berechnungsgrundlage für den RSA dienen, sondern auch die Morbidität, also das allgemeine Krankheitsbild der Versicherten. Damit wird der Verschiebebahnhof RSA nicht nur erheblich ausgeweitet, er wird komplett neu gebaut. Große Krankenkassen mit vielen Kranken dürften von der neuen Regelung profitieren und begrüßen sie deshalb. Die AOK zum Beispiel hält den Morbi-RSA für eine „notwendige Funktionsbedingung für sinnvollen Wettbewerb in der GKV“.

Falsche Anreize

Wie groß die Umverteilung zwischen den Krankenkassen sein wird, steht zwar noch nicht fest – wer verliert, allerdings schon: in erster Linie die Betriebskrankenkassen sowie Ersatzkassen wie Barmer, DAK und Techniker Krankenkasse. Die Kritiker der neuen Regelung kommen deshalb auch größtenteils aus diesem Lager. Sie bemängeln, durch den Morbi-RSA würden falsche finanzielle Anreize gesetzt. Professor Jörg Saatkamp, Vorstand des BKK Landesverbandes Bayern, erklärte wäh-

rend einer Tagung seines Verbandes zum Thema in München, die Gesundheitsversorgung werde mit dem Morbi-RSA pervertiert. „Für die Krankenkassen wird es lohnend, Versicherte krankzurechnen und krankzuerhalten“, prophezeite Saatkamp. Den Neubau des Verschiebebahnhofs RSA findet nicht nur der Krankenkassenvertreter Saatkamp misslungen; auch Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, ließ kein gutes Haar am RSA. Er erkannte eine Anreizumkehr von der Prävention zur Progression. Außerdem bemängelte er, Innovationen würden gehemmt, da sich innovative Versorgungsstrukturen nicht in das Dokumentationsschema des Morbi-RSA pressen ließen.

Neue Aufgabe für Call-Center

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat 80 Krankheiten bestimmt, für die die Krankenkassen einen Morbiditätszuschlag erhalten. Darunter sind Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus, aber auch seltenere, mit hohen Kosten verbundene Erkrankungen wie Multiple Sklerose. Und auch die Methode, mit der die Zuschläge ausgelöst werden, wurde vom BVA festgelegt: durch die Verordnung bestimmter Arzneimittel in Verbindung mit ambu-



Foto: KZVB

Erwartet eine Zunahme von Krankheiten, die im Morbi-RSA verrechnet werden: Professor Jörg Saatkamp, Vorstand des BKK Landesverbandes Bayern

lanten und stationären Diagnosen, wobei stationäre Diagnosen immer einen Zuschlag auslösen, ambulante hingegen nicht. Ambulante Diagnosen müssen in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen gestellt werden; erst dann gibt es einen Zuschlag. Saatkamp sieht darin eine Bevorzugung stationärer gegenüber ambulanter Behandlung. Da die Krankenkassen großes Interesse daran haben, dass möglichst viele ihrer Versicherten einen Zuschlag bekommen, besteht die Gefahr von Manipulationen. So könnte eine von Krankenkassen gelieferte Software die Verordnung eines bestimmten Produkts empfehlen, nur weil dieses einen Morbi-RSA-Zuschlag auslöst. Und auch die ärztlichen Diagnosen sind nach Saatkamps Auffassung keineswegs sicher vor der Einflussnahme durch die Krankenkassen. Er illustrierte diese Beeinflussung anhand eines Beispiels: Für nicht gesicherte Diagnosen gibt es keinen Zuschlag. Wenn ein Arzt eine solche nicht gesicherte Diagnose gestellt hat, dann könnte, so Saatkamp, „im Auftrag der Krankenkasse der Mitarbeiter eines Call-Centers bei dem Arzt anrufen und ihm erklären, dass es ihn doch nichts kosten würde, bei ihrem Versicherten eine gesicherte Diagnose abzugeben“. Saatkamp gestand zu, dass dies zynisch erscheint, „aber das ist einfach die Anpassung der Krankenkassen an die rechtlichen Rahmenbedingungen“.

Der schwarze Peter liegt also nach Überzeugung der Kassen- und Ärztevertreter bei der Politik, die den Morbi-RSA beschlossen hat. Doch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) verteidigt den neuen RSA. Franz Knieps, Abteilungsleiter im BMG für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, erklärte, die Weiterentwicklung des RSA solle „für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der auf eine Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zielt und nicht auf einen Wettbewerb um gesunde Versicherte“.

Wenn die Kassen bei den Kassen klingeln

Dr. Maximilian Gaßner, Abteilungsleiter im Bayerischen Sozialministerium, widersprach seinem Kollegen von der Bundesebene. „Beim Morbi-RSA handelt es sich um ein hochkomplexes System“, erklärte er. „Und wenn Sie etwas Hochkomplexes einführen, dann schaffen Sie in erster Linie ein neues Betätigungsfeld für Anwälte und Steuerexperten.“ Außerdem zeige die Erfahrung: „Je komplizierter, desto besser kann man manipulieren.“ Gaßner konnte ohnehin keine Notwendigkeit für



Foto: knipselne/pixelio.de

Wohin führt der Weg der gesetzlichen Krankenversicherung? Kritiker befürchten ihre Pervertierung durch den Morbi-RSA.

eine Erneuerung des bisherigen RSA erkennen: „Der alte hat doch ganz vernünftig funktioniert.“ Dr. Dorothee Schmidt von der Geschäftsstelle des Wissenschaftlichen Beirates beim BVA bestritt zwar nicht, dass der Morbi-RSA manipulierbar sei. „Doch wir haben es mit einer fortlaufenden Entwicklung zu tun. Das heißt, die Aufgreifkriterien können jederzeit geändert werden.“ Außerdem glaube sie nicht, dass man die Ärzte dazu bringen könne, falsche Diagnosen abzugeben. Das würde eine gewisse kriminelle Energie voraussetzen.

Gaßner erwiderte: „Kriminell werden die Ärzte bestimmt nicht vorgehen, aber wenn sie sich im Grenzbereich befinden, dann bin ich mir schon nicht mehr so sicher, ob da nicht eine gewisse Einflussnahme stattfindet.“ Bereits jetzt seien ihm einige Fälle bekannt, in denen Ärzte von Krankenkassen angerufen würden mit dem Hinweis, ihre Einweisungsquoten in Chronikerprogramme, sogenannte DMP, seien zu niedrig.

BKK-Chef Saatkamp ging noch einen Schritt weiter und kündigte Programme an, mit denen sein Verband möglichst schnell auf die veränderte gesetzliche Lage reagieren werde: „Wir befinden uns schließlich in einem marktwirtschaftlichen System, in dem das BVA die Zügel in der Hand hält und wir uns als Krankenkasse entsprechend ausrichten müssen.“ Man könne zum Beispiel davon ausgehen, so Saatkamp weiter, dass die Zahl der Diabetes-Fälle in Deutschland künftig stark steigen werde, da hier „die Kassen bei den Krankenkassen klingeln“. In schönstem Versicherten-Deutsch erklärte Saatkamp, zielgerichtetes „Verkranken“ der Versicherten sei eine künftige Versorgungsstrategie jeder Krankenkasse, um die Morbi-RSA-Zuschläge zu optimieren.

Tobias Horner