

Statements zum Morbi-RSA und Kritik am IGES-Gutachten

Der bisherige Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, der Risikostrukturausgleich (RSA), soll ab Januar 2007 durch einen Morbiditätsorientierten RSA abgelöst werden. Damit sollen die unterschiedlichen Krankheitslasten zwischen den Krankenkassen besser ausgeglichen werden.

Mit dem Morbi-RSA besteht für die GKV die Gefahr einer neuen Kostenwelle. An Stelle des bisherigen, auf Wirtschaftlichkeit gerichteten Wettbewerbs wird dann ein Überbietungswettbewerb treten. Denn der geplante Morbi-RSA legt seinen Berechnungen der Ausgleichszahlungen Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen zugrunde. Gleichzeitig orientiert er sich - wie der jetzige RSA - an den tatsächlich entstandenen Ausgaben - diese Kombination wird ihn intransparent und manipulationsanfällig machen.

Die Folge: Durch den Morbi-RSA wird es für Ärzte und Krankenhäuser attraktiv werden, möglichst kranke Patienten zu haben.

Ebenso bei den Kassen: Erfolgreich wären die Krankenkassen, die möglichst viel „Morbidität“ (kranke Kunden) vorzuweisen haben.¹

Der Morbi-RSA bringt Gefahren für das GKV-System:

- Er setzt falsche Anreize und wird dadurch das Gesundheitswesen verteuern,
- er blockiert den Wettbewerb zwischen den Kassen,
- wirkt als Kostentreiber im Gesundheitswesen und wird zu weiteren Beitragssatzerhöhungen führen,
- macht Pharmaindustrie, Krankenhäuser, Ärzte und Krankenkassen mit möglichst „kranken“ Versicherten zu Gewinnern
- benötigt einen hohen Verwaltungsaufwand
- und ist manipulationsanfällig ²

- Der Morbi-RSA gefährdet die Grundsätze der GKV

„Ambulant vor stationär“ und „Soviel Prävention wie möglich“ – diese bisherigen GKV-Grundsätze können durch den Morbi-RSA ihre Gültigkeit verlieren. Damit würden die Verschwender von heute die Gewinner von morgen werden.³

= > **Eine neue Kostenlawine droht.**

- Der Morbi-RSA führt zu Überversorgung ...

Der Morbi-RSA wird zu einer fiktiven Dramatisierung der Krankheitsgeschehen führen. Zukünftig wird sich der Ausgleichsanspruch danach richten, welche Arzneimittel jemand verschrieben bekommen hat und welche Krankenhausdiagnosen er aufweist. Deshalb werden Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen bemüht sein, ihre Versicherten durch „upcoding“ eher in teurere Morbi-Gruppen zu definieren.

= > **Dadurch wird eine Überversorgung ausgelöst, weil die Akteure bemüht sein werden, ihre „RSA-Rendite“ zu steigern.**

-

¹ BKK BV: Pressemitteilung v. 16.12.2004 „BKK und TK warnen gemeinsam vor den Folgen des so genannten „Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ .

² vgl. „Morbi-RSA: Gutachten ist der Wahn der reinen Theorie“ in: OPG 01/2005, 05. Januar 2005, S. 10

³ „Morbi-RSA treibt Beitragssätze hoch“ in: Kennzeichen BKK, 5/2004, S. 1f.

... und gleichzeitig droht eine allgemein sinkende Versorgungsqualität

Der Morbi-RSA setzt Fehlanreize für Versorger. Dies kann dazu führen, dass die Versorgungsqualität von Patienten in „unattraktiven“ Morbi-Gruppen sinkt, weil das zur Verfügung stehende Geld von teuren Behandlungsgruppen absorbiert wird

- Morbi-RSA stellt den Kassenwettbewerb endgültig auf den Kopf⁴

Die neuen Indikatoren für den Morbi-RSA,

- Krankenhausdiagnosen und

- Arzneimittelverordnungen,

stehen seit langem wegen ihrer Kosten- und Mengenentwicklung in der Kritik. Diese beiden Bereiche sind in hohem Maße strategieanfällig.

= > **Statt Arzneimittelverordnungen zu vermeiden, hätten die Krankenkassen durch den Morbi-RSA ein Interesse daran, dass ihre Versicherten Medikamente bekommen, die sie als schwer krank ausweisen.**

Fälschlicherweise behält der Morbi-RSA den Erwerbsminderungsstatus für altersbedingte bzw. chronische Erkrankungen bei, obwohl der Morbi-RSA an sich bereits das gesamte Krankheitsspektrum der erfassten Versicherten widerspiegeln soll.

= > **Dadurch entsteht ein Vorteil für Kassen, die eine hohe Fallzahl bei Personen mit Erwerbsminderungsstatus (z.B. bei Bergleuten oder Invaliden) haben.⁵**

- Mehr Bürokratie und höheres Fehler-Risiko

Das Fehler- und Manipulationsrisiko bei der versichertenindividuellen Zuordnung der rund 800 Millionen Einzelverordnungen in der GKV pro Jahr ist beträchtlich.

Bereits jetzt klagen die staatlichen Prüfbehörden über eine nicht mehr zu bewältigende Datenflut bei der Kontrolle der ca. eine Million DMP-Einschreibungen.⁶

Mit dem Morbi-RSA wird die Verwaltung noch komplexer und noch weniger durchschaubar.

Bei den Aufsichts- und Prüfbehörden und bei den Kassen wird der Verwaltungsaufwand enorm gesteigert.

= > **Der Morbi-RSA steigert Verwaltungskosten und ist intransparent.**

⁴ BKK BV PE v. 09.12.04

⁵ Zach, Manfred, Ministerialdirigent im Sozialministerium Baden-Württemberg, auf dem Symposium „Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich“ der GRPG am 16.12.2004, Berlin

⁶ Zach, ebd

Grundlagen für Morbi-RSA stark verändert

Durch das „Gesetz zur Reform des RSA in der GKV“ wurde entschieden, den bisherigen RSA weiterzuentwickeln. Auslöser waren starke Mitgliederwanderungen und deutliche Beitragssatzunterschiede (zwischen 1997 bis 2001).

Der derzeitige RSA funktioniert offensichtlich besser, als seine Kritiker vor fünf Jahren behauptet haben. Die manipulationsresistenten und überschaubaren Indikatoren Alter und Geschlecht bilden völlig ausreichend die Ausgabenrisiken unterschiedlicher Versichertenstrukturen ab. Dank des inzwischen administrativ eingespielten Verfahrens wirkt der bisherige RSA auch zeitnah auf die Beitragssätze.

Zwischenzeitlich sind die Beitragssätze angeglichen und die Mitgliederbewegung hat sich erkennbar verlangsamt.⁷

Zur Vorbereitung einer entsprechenden Rechtsverordnung für den Morbi-RSA hat das BMGS im März 2002 das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) sowie die Professoren Lauterbach und Wasem gemeinsam beauftragt, Klassifikationsmodelle für einen direkt morbiditätsorientierten RSA zu untersuchen.

Zeitplan unrealistisch

Die Rechtsverordnung zum Morbi-RSA soll im Januar 2005 verabschiedet werden. Wird er - wie vorgesehen - ab 2007 auf der Basis des Gutachter-Modells eingeführt, wird aus dem Morbi-RSA ein riesiger „GKV-Feldversuch mit unkalkulierbaren Risiken für die Haushaltsplanung der Krankenkassen...“⁸

Zukünftige Finanzierung der GKV offen

Solange die zukünftige Struktur und Finanzierung der GKV unklar ist, macht die Diskussion um den Morbi-RSA keinen Sinn. Je nachdem, wie die Entscheidung für die neue Struktur der GKV fällt (Bürgerversicherung, Gesundheitsprämien oder anderes Modell) muss die Frage nach einem Ausgleich neu entschieden werden, zur Diskussion stehen je nach neuer Struktur die bekannten RSA-Formen und auch, ob überhaupt ein Ausgleich nötig sein wird.

Morbi-RSA wurde unter Ausschluss von Politik und Öffentlichkeit vorbereitet

Es hat den Anschein, als ob die Entscheidung über den Morbi-RSA absichtlich der Diskussion von Parlament und kritischer Öffentlichkeit vorenthalten wird. Und das, obwohl es um ein beachtliches Transfervolumen geht:

Mit 15,8 Milliarden € Gesamt-Jahrestransfervolumen im Jahr 2003 übertrifft der RSA den Länderfinanzausgleich um mehr als das Doppelte (Länderfinanzausgleich in 2003: 6,6 Mrd €).

Über Milliardensummen öffentlicher Gelder darf nicht allein in exklusiven Gutachterzirkeln entschieden werden - Politik und Öffentlichkeit müssen eingebunden werden und nachvollziehen können, worum es hier geht.⁹

⁷ Vgl. Schmeinck, Wolfgang, Vorstandsvorsitzender BKK BV auf dem Symposium „Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich“ der GRPG am 16.12.2004, Berlin

⁸ vgl. Wille, Eberhard in: „Morbi-RSA: Gutachten ist der Wahn der reinen Theorie“, OPG 01/2005, 05. Januar 2005, S. 11

⁹ BKK BV: Pressemitteilung v. 16.12.2004 „BKK und TK warnen gemeinsam vor den Folgen des so genannten „Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“

An dem vom IGES vorgelegten Gutachten gibt es folgende Kritikpunkte:

- **Unklare Wirkung des Morbi-RSA**

Eines der grundlegenden Probleme des Gutachtens ist, dass seine Datengrundlage veraltet ist und nicht die aktuellen Gegebenheiten berücksichtigt.

Das IGES-Gutachten

- benutzt Zahlen aus 2001 ohne die DRG,
- vernachlässigt die Daten aus dem ärztlichem und zahnärztlichem Bereich
- vernachlässigt die Daten der Bundesknappschaft (die 2003 immerhin etwa zehn Prozent der RSA Zahlungen bekam).

- **IGES-Gutachten: Datengrundlage nicht öffentlich zugänglich**

Die Datengrundlage des Gutachtens sind noch keinen anderen Institutionen zur Verfügung gestellt worden (angefragt hatten u.a. der BKK Bundesverband und die TK)

= > Dadurch ist keine Validierung der Ergebnisse der Gutachter möglich ¹⁰

... und zu geringe Datenbasis

Die Gutachter selbst halten die Datenbasis auf der sie rechneten nur für knapp ausreichend (nicht alle am RSA beteiligten Kassen wurden einbezogen; untersuchter Zeitraum nur ein Jahr).¹¹

- **Klassifizierungs-Modell wurde nicht für GKV entwickelt**

Das bevorzugte Klassifizierungsmodell des IGES-Gutachten (IPHCC/DxGroups) war für einen privatwirtschaftlichen Markt in den USA entwickelt worden. Es ist unklar, ob das Modell in der GKV funktioniert. Das Modell hat noch keinen Praxistest in einer der GKV vergleichbaren Größenordnung bestanden.¹²

- **Gewähltes Klassifikations-Modell nicht abgesichert**

Keine Validierung anhand einer zweiten Stichprobe¹³

¹⁰ Klusen, Norbert, Vorstand Techniker Krankenkasse, auf dem Symposium „Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich“ der GRPG am 16.12.2004, Berlin

¹¹ Zach, Manfred, Ministerialdirigent im Sozialministerium Baden-Württemberg, auf dem Symposium „Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich“ der GRPG am 16.12.2004, Berlin

¹² Zach, Manfred, Ministerialdirigent im Sozialministerium Baden-Württemberg, auf dem Symposium „Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich“ der GRPG am 16.12.2004, Berlin

¹³ von Stillfried, Dominik und Ryll, Andreas in: „Umsetzbarkeit morbiditätsbezogener Regelleistungsvolumen in der vertragsärztlichen Versorgung –erste empirische Ergebnisse.“ Dokumentation „BKK-Tag Niedersachsen-Bremen 17.11. 2004 in Hanover Leinhausen“ S 11, S 29