

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

Schon allein der Begriff lässt viele Akteure in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ob seiner Komplexität erschauern. Und wie bei allen Umverteilungsinstrumenten finden sich beim Morbi-RSA Kritiker und Befürworter gleichermaßen. 2009 wurde der Morbi-RSA in der GKV eingeführt. Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) wurde anschließend mit der Evaluation des ersten Jahresausgleichs 2009 beauftragt. Er stellte gegenüber dem RSA-Vorgängermodell eine erhebliche Verbesserung in der Zielgenauigkeit fest, aber auch gewisse Ungenauigkeiten, wie beispielsweise Zuweisungen für alte oder multimorbide Versicherte. Grund genug also für die AOK Bayern – die Gesundheitskasse Mitte Juli zu einem AOK-Forum mit dem klingenden Titel „Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich – nachhaltiger Garant einer hochqualitativen Gesundheitsversorgung“ einzuladen.



Dr. Claudia Wöhler, alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates der AOK Bayern, erklärte in ihrer Begrüßung die wesentlichen Ziele des Morbi-RSA und nannte ihn „eine unabdingbare Voraussetzung für ein gutes Management im Kassenwettbewerb“. Der Morbi-RSA sei das „Verbindungsstück zwischen Solidar- und Äquivalenzprinzip in der GKV – quasi das Scharnier zwischen Mittelaufbringung und -verwendung“. Sie verschwie jedoch nicht seine Schwachstelle: Aus dem Gesundheitsfonds werde für die Versorgung alter und kranker Menschen zu wenig Geld zur Verfügung gestellt.

Die Staatssekretärin im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Melanie Huml, nannte den Morbi-RSA „Medizin gegen die Risikoselektion der Krankenkassen“, erkannte jedoch auch Fehler im Verteilungsmechanismus an. Trotz aller Missbrauchs- oder Benachteiligungsdetails sei der Morbi-RSA jedoch ein gutes Instrument für den solidarischen Ausgleich.

Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des BVA, referierte zum aktuellen Diskussionsstand des Morbi-RSA. Gaßner verdeutlichte, dass der RSA kein Verteilungsmechanismus sei, der selbst soziale Aufgaben erfülle, sondern es ermögliche, „die Einnahmeseite der Krankenkasse einer Marktsituation gleichzustellen“. Dennoch werde der RSA Anreize zur Risikoselektion niemals endgültig verhindern können, was Gaßner auch nicht für notwendig erachtet. Eine Absage er-

teilte der BVA-Präsident einer Regionalisierung auf der Einnahmeseite. Und auf der Ausgabenseite müsste schon ein sachlicher Differenzierungsgrund für eine Regionalisierung sprechen.

Professor Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, sprach über die weitere Entwicklung des Morbi-RSA. Er fasste nochmals die Ziele des Instruments zusammen und beleuchtete mögliche Ursachen von divergierenden Beiträgen der Krankenkassen. Wille stellte knapp die exogenen Faktoren für die Krankenkassen auf der Nachfrage- und Angebotsseite dar. Auf der Nachfrageseite seien dies allgemeine Morbiditätsindikatoren, wie Alter und Geschlecht, spezielle Indikatoren, wie Morbiditäten der Versicherten sowie mittelbare Indikatoren, wie sozioökonomische Risikofaktoren. Auf der Angebotsseite spielten die medizinische Infrastruktur, die Preise bei staatlichen Gebührenordnungen, die Preise bei Verhandlungen mit den Leistungserbringern sowie das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten eine Rolle. Wille gab abschließend „Empfehlungen für die Wettbewerbsbedingungen an der Sektorengrenze zwischen der ambulanten und stationären Versorgung“ sowie „Empfehlungen des Sachverständigenrates zu selektiven Verträgen und zur integrierten Versorgung“ ab.

Vor der Podiumsdiskussion mit allen Beteiligten referierte Professor Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts

der AOK, zum Thema Morbi-RSA und Vertragswettbewerb. Für Jacobs ist der Morbi-RSA eine „notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für einen sinnvollen Kassenwettbewerb, der auf die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung ausgerichtet ist“. Dieses Ziel könne der Morbi-RSA wirksamer und gezielter erreichen als starre Steuerungsstrukturen der zentralen Plan- und Kollektivwirtschaft. Jacobs forderte jedoch, dass der Morbi-RSA ständig überprüft und weiterentwickelt, bestehende Anreizprobleme gelöst und Handlungsmöglichkeiten für den Vertragswettbewerb ergänzt werden müssten.

Der Alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates, Fritz Schösser, bekräftigte in seinem Schlusswort, dass mit dem RSA in der GKV zwar der richtige Weg beschrritten worden sei, jedoch die Methodenfehler behoben werden müssten. Explizit nannte Schösser die „Anualisierung der Kosten von Verstorbenen“. Bei der Berechnung der Zuschläge im Morbi-RSA würden hier „nur die Versicherungstage auf ein Jahr hochgerechnet. Die Kosten jedoch nicht!“ Für die Versorgung von alten und kranken Menschen sei zu wenig Geld aus dem Gesundheitsfonds bereitgestellt, was Schösser als „Altersdiskriminierung in der GKV“ betitelte. Trotz aller Fehler bezeichnete er jedoch die GKV als „bestmögliche Gesundheitsversorgung für alle Versicherten“.

Dagmar Nedbal (BLÄK)