

Nein zum Vollmodell:

Vollmodell löst keine Probleme, sondern schafft neue

In der aktuellen Debatte über eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) nimmt die Forderung nach Einführung eines sog. Vollmodells eine prominente Rolle ein. Befürworter sehen darin eine logische Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Der Morbi-RSA werde zielgenauer, wenn nicht mehr nur 50 bis 80, sondern alle Krankheiten Berücksichtigung finden – so ihr zentrales Argument. Schwächen und Nachteile eines solchen Vollmodells bleiben dabei gerne im Hintergrund, stört es doch die öffentliche, stark vereinfachte Wahrnehmung, dass mehr, und damit auch mehr Morbi-RSA, mehr helfe. Genau diese, doch erheblichen Nachteile und Schwächen, sollen im Folgenden näher beleuchtet werden. Sie sind der Grund dafür, dass das BKK System die Einführung eines Vollmodells nach wie vor entschieden ablehnt.

Vollmodell führt zu mehr Bürokratie

Mit der Einführung des Morbi-RSA wurde die politische Entscheidung getroffen, dass die Krankenkassen nur für die Diagnosen, die den 50-80 kostenintensivsten, chronischen Erkrankungen zuzuordnen sind, Zuweisungen über den Morbi-RSA erhalten sollen. Welches genau die relevanten Krankheiten sind, bestimmt das Bundesversicherungsamt (BVA) über die sog. Krankheitsauswahl in der Regel jeweils im Vorjahr eines Ausgleichsjahres. Das entscheidende Kriterium dabei ist die Kostenintensität einer Krankheit. Derzeit werden unter dieser Prämisse die Krankheiten berücksichtigt, die zwar im Einzelfall nicht besonders teuer sind, dafür aber häufig auftreten, also die sog. Volkskrankheiten. Befürworter der Einführung eines Vollmodells betonen, dass die jährliche Krankheitsauswahl bei einem Vollmodell entfallen könne, was wiederum eine zu einer Entlastung des BVA und damit zu weniger Bürokratie beitrage.

Dieses Argument lässt allerdings vollkommen außer Betracht, dass das BVA nicht nur jährlich eine Krankheitsauswahl treffen, sondern auch ein Klassifikationsmodell festlegen muss. Darin werden die berücksichtigungsfähigen Diagnosen nach Kostengesichtspunkten gruppiert und den so entstehenden hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) sowie den Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) Zuweisungsbeträge zugeordnet. Dieses Verfahren ist um einiges aufwendiger als die Krankheitsauswahl und wird, wenn noch ein größeres Spektrum an Diagnosen bzw. Krankheiten zu berücksichtigen ist, noch um einiges aufwendiger werden. Nur zum Vergleich: die Krankheitsauswahl, die letzte wurde für das Ausgleichsjahr 2017 vorgenommen, füllt etwas mehr als 40 Seiten. Für das Klassifikationsmodell desselben Ausgleichsjahres wurden über 200 Seiten verfasst.

Auch die Prüfung, die zur Sicherung der Datengrundlage des Morbi-RSA durchgeführt wird, die sog. 273 er Prüfung (nach §273 SGB V) würde erheblich aufgebläht. Schon jetzt ist das BVA mit dieser Prüfung etliche Ausgleichsjahre in Verzug.

Heute:

- Krankheitsauswahl mit 80 Krankheiten.
- 4.000 Diagnosen werden berücksichtigt bzw. zu rd. 200 hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) verdichtet

Bei Einführung eins Vollmodells:

- Über 360 Krankheiten ohne Krankheitsauswahl.
- 16.000 Diagnosen werden berücksichtigt bzw. zu rd. 900 HMGs verdichtet

Das Argument, das Vollmodell führe zu weniger Bürokratie, ist falsch. Das Gegenteil ist der Fall.

Vollmodell? Welches Vollmodell?

Wird von einem Vollmodell gesprochen, bleibt die tatsächliche Ausgestaltung meistens unklar. Vielmehr wird der Eindruck erweckt, als ob es das Vollmodell gäbe. Das ist falsch! Auch der Wissenschaftliche Beirat beim BVA unterscheidet in seinen letzten Analysen verschiedene Varianten eines Vollmodells. So ist zumindest vereinfacht zwischen einem einfachen und einem differenzierten Vollmodell zu unterscheiden. Zur Klarheit und Transparenz gehört es bei der Forderung nach Einführung eines Vollmodells damit zumindest zu spezifizieren, über welches Vollmodell man denn überhaupt spricht.

Darüber hinaus fehlt es an Transparenz auch im Hinblick auf die derzeit kursierenden Berechnungen zum Vollmodell. Es bleibt unklar, welche Vollmodellvariante berechnet wurde und auf welcher Datengrundlage die Berechnungen erfolgten. Die Krankenkassen können somit nicht nachvollziehen, mit welchen Auswirkungen sie konfrontiert wären. Vermeintliche Vorteile für bestimmte Kassenarten und Nachteile für andere Kassenarten bleiben nebulös. Dabei können die Folgen für die Kassen und Kassenarten durchaus erheblich sein.

„Einfaches“ Vollmodell:

Die aktuell ausgewählten 80 Krankheiten, differenziert in ihre HMGS, werden um die noch verbleibenden Krankheiten ergänzt. Krankheiten, die in der Vergangenheit einmal Bestandteil der Krankheitsauswahl waren, werden in differenzierter Form, also untergliedert in HMGs hinzugefügt. Der Rest wird nur als Krankheit, und damit als jeweils eine HMG, aufgenommen.

„Differenziertes“ Vollmodell:

Alle Krankheiten, also auch alle neu hinzukommenden, sind in aufgegliedert in HMGs enthalten.

Auf dem Vollmodell als Black-Box sollten keine politischen Entscheidungen für oder gegen eine Einführung getroffen werden.

Vollmodell macht Morbi-RSA manipulationsanfälliger

Die Einführung eines Vollmodells löst vor allem ein Problem des aktuellen Morbi-RSA nicht: er wird durch die Einführung eines Vollmodells nicht unanfälliger für Manipulationen – im Gegenteil!

Befürworter eines Vollmodells führen an, dass die Anreize für eine Einflussnahme auf die kodierte Morbidität im Vollmodell reduziert würde. Die einzelnen Zuweisungsbeiträge würden durch das Mehr an Krankheiten geringer, die Vorteile der Beeinflussung seien also nicht mehr so groß. Das mag im Einzelfall zutreffen. Eine Beeinflussung ist aber immer noch rentabel, so lange der Aufwand geringer ist als der Ertrag. Darüber hinaus erweitert sich das Spektrum von Krankheiten bzw. HMGs enorm, bei denen eine Beeinflussung vorteilhaft sein könnte.

Und darüber hinaus: In der aktuellen Systematik mit einer in der Regel jährlichen Krankheitsauswahl kann sich niemand sicher sein, ob sich eine Einflussnahme auf die kodierte Morbidität auch tatsächlich auszahlt. So kann es durchaus sein, etwa, wenn man es mit der Beeinflussung übertreibt, dass die Krankheit aus der Krankheitsauswahl hinausfällt – so geschehen bei Adipositas für das Jahr 2017. Entfällt dieser Selbstregulierungsmechanismus durch die Einführung eines Vollmodells lohnt sich sicher jede Beeinflussung.

Schon jetzt wird gemunkelt, dass sich einzelne Akteure, etwa über entsprechende Vertragsgestaltungen, auf eine Optimierung in einem erweiterten Krankheitspektrum einstellen.

Wird der politischen Zielsetzung nach Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA Rechnung getragen, muss auf die Einführung eines Vollmodells verzichtet werden.

Fazit: Soll einer weiteren Verkomplizierung oder weiteren Manipulationsmöglichkeiten nicht Tür und Tor geöffnet werden, sollte auf die Einführung eines Vollmodells verzichtet werden. Bei der aktuellen Ausgestaltung des Morbi-RSA als Black Box ist die Einführung eines Vollmodells für die Krankenkassen zudem ein sehr gewagtes, weil in seinen Auswirkungen nicht vorausberechenbares Unterfangen.