

Editorial – Thema der Woche**Montag, 1. Juni 2015**

Der AOK-Bundesverband sollte ein bisschen aufpassen, dass die Forderung nach Überprüfung des Morbi-RSA nicht nach hinten losgeht. Denn neben allen bekannten aktuellen Unzulänglichkeiten, wie der falschen Berücksichtigung von Todesfällen oder regionalen Verzerrungen, steht noch immer die politische Frage im Raum mit welchem Anteil eigentlich die jeweils berücksichtigten „teuren“ Erkrankungen im Morbi-RSA gewichtet werden: Geht es um *individuell* hohe Kosten einer Erkrankung? Oder geben *volkswirtschaftliche* Kosten den entscheidenden Ausschlag zur Berücksichtigung in der komplizierten Kassenfinanzierungsmechanik?

Es ist nämlich für die einzelne Kasse durchaus von Bedeutung, ob beispielsweise die Versorgung eines einzigen Hämophilie-Patienten angemessen kompensiert wird, oder die großflächige Behandlung vieler Diabetes-Patienten. Der Hämophilie-Patient reißt ein beträchtliches Loch in die Kassenfinanzen, während für die Kostenträger weniger der einzelne Diabetes-Patient von Bedeutung ist sondern eher das Problem Diabetes in seiner Menge. Es ist also eine hochgradig politische Frage, an welchem Ende der Morbiditätsskala der Morbi-RSA seine Prioritäten setzt. Und genau diese Frage könnte neu aufgeschnürt werden, wenn nach einer grundlegenden Überarbeitung des Kompensationsmechanismus gerufen wird.

Diese Auseinandersetzung hätten wir nämlich schon mal. Damals, als der Morbi-RSA-Beirat sein erstes Gutachten vorgelegt hat (es dürfte im Jahr 2008 gewesen sein), war genau diese Frage Anlass für heftigen Streit. Und ausgelöst (und gewonnen) hatte ihn damals ironischerweise der AOK-Bundesverband. Er sollte also aufpassen, dass er die Debatte nicht erneut führt, denn er könnte sie ja auch mal verlieren. Der Beirat von 2008 hatte nämlich richtig erkannt, dass die volkswirtschaftlich teuren Erkrankung, wie Diabetes oder auch die koronare Herzerkrankung, Präventionsstrategien durchaus zugänglich sind und deswegen für die Kassen keineswegs allzu hoch „vergütet“ werden sollten, um ihnen nicht den Druck zu nehmen, bei diesen Krankheitsbildern auch präventiv tätig zu werden. Die Versorgung eines Bluters, oder auch eines Patienten mit einer Chronisch Seltenen Erkrankung ist dagegen in der Regel schicksalhaft und kann weder vom betroffenen Patienten noch von seiner Krankenkasse beeinflusst oder verhindert werden. Hier hätte deswegen – nach menschlichem Ermessen – eine möglichst kostendeckende Kompensationspauschale ihre volle Berechtigung. So die damalige Überlegung des ersten Morbi-RSA-Beirats.

Das aber gefiel den AOKen mit ihrem hohen Versorgungsanteil in genau diesen „Volkskrankheiten“ gar nicht, und auf politischen Druck wurde damals dieses erste Gutachten kassiert und – unter Verschiebung der Morbiditäts-Gewichtung – neu geschrieben. Vielleicht erinnert sich noch der eine oder andere daran, dass der erste Beirat (Gerd Glaeske der damalige Vorsitzende) weiland von einem auf den anderen Tag geschlossen zurücktrat, weil er die vollkommen falsche gesundheitsökonomische Weichenstellung dieser politisch motivierten Entscheidung unmittelbar erkannte.

Wenn jetzt also der AOK-Bundesverband eine grundlegende Überarbeitung der Grundlagen zur Morbi-RSA-Berechnung fordert, dann wäre zu hoffen, dass auch die politische Frage, ob eher volkswirtschaftliche oder eher individuelle Kosten den entscheidenden Ausschlag zur Berücksichtigung der jeweiligen Erkrankungen spielen sollen, neu aufgerollt wird. Und dann würden wir vielleicht tatsächlich erkennen, dass der Morbi-RSA tendenziell *Versorgungsprogramme* für, beispielsweise, Parkinson und Amyotrophe Lateralsklerose anreizen sollte. Und *Präventionsprogramme* für Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen. Das aber hatte die AOK seinerzeit noch anders gesehen.