

Kurzfassung der Expertise

Anpassung des Klassifikationsmodells RxGroups an die speziellen Voraussetzungen in der GKV,

vorgelegt am 22 November 2005 von Prof. Dr. Gerd Glaeske, Köln

Hintergrund des Risikostrukturausgleichs (RSA)

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wurde 1994 in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Er sollte dazu dienen, die Verwerfungen der Versichertenrisiken zwischen den einzelnen Kassen, die historisch durch die auch sozialschichtunterschiedlich attrahierten Versichertenpopulationen entstanden waren, auszugleichen. Kassen mit einer besonders ungünstigen Risikostruktur, die vor allem alters- und geschlechtsbedingt zustande kommt, einer hohen Zahl beitragsfrei Familienversicherter oder unterdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder sollen finanziell nicht benachteiligt werden. Mit dem RSA sollten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass alle Kassen, unabhängig vom Risiko ihrer Versichertenpopulation, ihren Versorgungsauftrag als Krankenkassen wahrnehmen können, ohne dadurch in eine finanzielle Schieflage mit Auswirkungen auf den Beitragssatz und damit in Wettbewerbsnachteile mit anderen Kassen zu kommen. Vom Beginn des RSA an gab es daher „Zahlerkassen“ und „Empfängerkassen“, also Kassen mit einer geringeren und einer höheren Morbiditäts- und damit Versorgungsbelastung. Seit der Einführung des RSA wird die Morbidität der Versicherten an Hand der Kriterien Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente erfasst, weil auch dieser Faktor als zusätzlicher Risikofaktor erkannt wurde.

Ergänzung des RSA im Rahmen der Disease Management Programme (DMP)

Mit der Einführung der finanziellen Förderung von Disease Management Programmen (DMPs) über den RSA im Jahre 2001 gab es eine weitere Ergänzung: Die Morbiditätsbezüge wurden erweitert durch die Berücksichtigung der Einschreibungen in zugelassene, strukturierte Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Krankheiten. Hierdurch sollten Wettbewerbsnachteile für Krankenkassen, die eine überdurchschnittlich hohe Zahl dieser chronisch Kranken versichern, vermieden und zugleich Anreize geschaffen werden, die gesundheitliche Versorgung der Betroffenen zu verbessern.

Erweiterung des RSA um eine Morbiditätsorientierung (MRSA)

Es wurde jedoch seit der Einführung des RSA darüber diskutiert, dass die vorgenommene Klassifizierung die Morbiditätslast durch die eingeführten Kriterien nicht ausreichend genug erfasse und dass eine zielgenauere Zuweisung von Beitragsbedarf notwendig sei. Mit dem RSA-Reformgesetz von 2001 hat der Gesetzgeber dieser Diskussion Rechnung getragen und festgelegt, dass der RSA ab dem Jahre 2007 „auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikatoren, Indikatorengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale“ die Morbidität unmittelbar berücksichtigen solle. Das zu diesen Anforderungen vom BMGS in Auftrag gegebene Gutachten (IGES / Lauterbach / Wasem) wurde im November 2004 vorgelegt. Dort wird vorgeschlagen, neben den bisherigen RSA-Merkmalen Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentner-Status zusätzlich sämtliche ambulant verordneten Arzneimittelwirkstoffe und sämtliche dokumentierten Krankenhausdiagnosen quasi als „Spiegel“ der individuellen Morbiditätslast für eine Differenzierung und Festlegung der kassenorientierten Ausgleichszahlungen heranzuziehen. Der Morbiditätsadjustierung soll dabei das US-amerikanische Modell der „RxGroups + IPHCC (Inpatient Hierarchical Condition Categories)“ zu Grund gelegt werden, das nach Meinung der Gutachter besonders gut auf die deutsche Versorgungssituation angewendet werden könne und ausreichend sicher – im Vergleich mit anderen methodischen Instrumenten - die Kosten der unterschiedlichen Morbidität abbilde. Die Schätzgüte wurde an Hand einer repräsentativen, versichertenbezogenen, pseudonymisierten Stichprobe von annähernd 2 Mio. Versicherten der GKV überprüft. Obwohl also dieses in den USA entwickelte Verfahren auf die deutschen Verhältnisse angewendet für die Gutachter überraschend gute Ergebnisse erzielte, ist ein gewisser Anpassungsbedarf schon deshalb unabdingbar, weil der dem Modell zugrunde liegende US-amerikanische Arzneimittelmarkt gewisse Angebotscharakteristika aufweist, die sich in unserem Arzneimittelmarkt nicht in vergleichbarer Weise wieder finden. Daher gab es auch von Beginn an kritische Stimmen, die darauf hinwiesen, dass dieses von den Gutachtern vorgeschlagene „RxGroups + IPHCC“-Modell nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar sei, ja dass es sogar unerwünschte Anreize zur Bevorzugung einer unnötig teuren Versorgung in Gang setzen könnte.

Basis für die Zuschläge im MRSA

Für die Berechnung der Zuschläge entsprechend diesem Modell werden jedem Versicherten auf der Basis seiner – sofern vorhanden – Verordnungen und Krankenhausdiagnosen Risikomerkmale zugewiesen. Die Verordnung bestimmter Arzneimittel führt bspw. zur Zuweisung einer bestimmten RxGroup, der ein definierter Risikozuschlag zugeordnet wird. Dieser Zuschlag entspringt der prospektiven Schätzung aller Kosten (Arzneimittel, ambulante Behandlung, stati-

onäre Behandlung, Sachkosten etc.), die im Durchschnitt bei allen Versicherten im Folgejahr zu erwarten sind, die der gleichen RxGroup zugeordnet wurden.

Das Klassifikationssystem ist eine kostenorientierte, keine klinische Klassifikation. D. h., die Schätzung lässt nur Rückschlüsse auf die zu erwartenden Kosten zu, nicht aber auf die weitere klinische Entwicklung einer bestimmten Erkrankung eines Versicherten. Die Zuschläge, die berechnet werden, beziehen sich weniger auf reale Kosten. Vielmehr werden die zu verteilenden Ressourcen entsprechend der durch die Risikoklassen definierten Anteile in Form von Zuschlägen vergeben. D. h., die jetzt in der Modellrechnung ermittelten Zuschläge können sich entsprechend der tatsächlich zu verteilenden Ressourcen erhöhen oder vermindern.

Das Ziel der vorgelegten Expertise

Kritischen Anmerkungen zum vorgelegten Entwurf eines MRSA zu überprüfen und den ohne Frage bestehenden Anpassungsbedarf abzuschätzen, ist Sinn der nun vorgelegten Expertise. Dabei ging es vor allem um die Aufgabenstellung und das Ziel, das „RxGroups“-Modell mit Blick auf den deutschen Pharmamarkt und seine GKV-Regulationsinstrumente (z.B. die Festbetragsregelung) im Bezug auf Kompatibilität zu prüfen und an Hand einzelner Beispiele die möglichen Probleme zu beschreiben. Aus dieser Bearbeitung ist daher ein Argumentationskatalog entstanden, in dem bewusst darauf verzichtet wurde, im Rahmen von Simulationsrechnungen die Auswirkungen der im folgenden formulierte Hinweise auf einen Anpassungsbedarf zu prüfen, da sie den Rahmen der vereinbarten Expertise überschritten hätten. Eine solche weitergehende Analyse müsste in einem entsprechend umfangreichen Gutachten erstellt werden.

Ergebnisse der Expertise

Insgesamt komme ich in dieser Expertise zu dem Schluss, dass den Gutachtern mit ihrer Einschätzung der Brauchbarkeit des „RxGroups“-Modells im deutschen Markt zuzustimmen ist, wenn auch an einigen Stellen ohne Frage ein Anpassungsbedarf reklamiert werden muss. Unerwünschte Anreizwirkungen treten dagegen deutlich in den Hintergrund. Als Beispiel seien einige von Kritikern des MRSA angeführte unerwünschte Anreizwirkungen für die Krankenkassen diskutiert:

Die Unterstellung, dass Kassen systematisch an die behandelnden Ärzte mit dem Ziel herantreten, um sie zur Verletzung ihrer berufs- und vertragsärztlichen Pflichten aufzufordern, indem die

Arzneimittelversorgung nicht nach dem aktuellen Kenntnisstand in der Medizin, sondern orientiert an den zu erwartenden Zuschlägen auszurichten sei, ist unrealistisch:

- Kassen müssten mit einem massiven Vertrauensverlust bei den Versicherten rechnen, wenn diese Strategien öffentlich bekannt würden. Hohe Abwanderungen wären die Folge.
- Die mit den Abrechnungen verbundenen Morbiditätsindikatoren können im RSA einen Morbiditätszuschlag für den Versicherten auslösen. Ob dies geschieht und wie hoch dieser Morbiditätszuschlag sein wird, weiß die Kasse in der Regel frühestens zwei Jahre nach der Behandlung. Im Jahr der Behandlung kann die Kasse nicht kalkulieren, ob die mit der Behandlung verbundenen Ausgaben höher oder niedriger als der ihr zugewiesene Beitragsbedarf sind, da der mit dieser Krankheit verbundene Beitragsbedarf sich an den durchschnittlichen Kosten aller GKV-Versicherten mit dieser Erkrankung im Folgejahr orientiert. Außerdem wird der Krankenkasse der Beitragsbedarf nur zugewiesen, wenn der betreffende Versicherte dann auch noch ihr Mitglied ist. Diese Faktoren können von einer Krankenkasse jedoch nicht zuverlässig kalkuliert werden.
- Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimittelverordnungen eines Vertragsarztes erfolgt in Prüfungsausschüssen gemeinsam durch die Vertreter aller Kassen und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Systematisch nicht indizierte Verordnungen eines Arztes auf Grund von Absprachen mit einer Krankenkasse würden auch hier auffällig, da die Krankenkassen hierauf ihre erhöhte Aufmerksamkeit richten werden. Denn unnötig teure und nicht indikationsgerechte Verordnungen hätten bei den RSA-Zahlerkassen eine Verringerung ihrer Ausgleichsverpflichtung und bei den RSA-Empfängerkassen eine Erhöhung ihres Ausgleichsanspruchs zur Folge, weshalb alle Krankenkassen ein hohes Interesse daran haben müssen, derartige Verordnungsstrategien, die evtl. von konkurrierenden Krankenkassen in Gang gesetzt worden sind, aufzudecken. Im Rahmen dieser konkurrierenden Interessen der Krankenkassen könnte der MRSA sogar die Strategien, auf die Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung zu achten und bei Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu reagieren und zu intervenieren, unterstützen.

Schlussfolgerungen

Die Expertise hat gezeigt, dass ein großer Bereich der Arzneimittelversorgung als kompatibel mit dem vorgeschlagenen „RxGroups“-Instrument klassifiziert werden kann. Es gibt aber „Nachstellbedarf“, der durch den Unterschied des Modell-Bezugsmarktes USA zu erklären ist: Viele bei uns verordnete Arzneimittel sind dort nicht verfügbar oder werden anders eingesetzt. Hier muss nachgearbeitet werden, Beispiele sind in der Expertise genannt. Erkennbar ist auch, dass ein kontinuierlicher Prozess der Aktualisierung und Nachklassifikation erforderlich ist, damit die

Zuordnung zu den einzelnen Gruppen in ihrer Richtigkeit geprüft ist. Dies betrifft neue Arzneimittel ebenso wie veränderte Regulationen für bestimmte Produkte, z.B. durch rechtliche Interventionen in den Markt (bspw. die Herausnahme der nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittel aus der vertragsärztlichen Verordnungsfähigkeit). Möglicherweise ist es auch notwendig, bestimmte Eigenarten des deutschen Arzneimittelmarktes in einer gesonderten Gruppe anzubilden, weil die bisherigen Gruppeneinteilungen dazu nicht geeignet erscheinen. Auch dieser Schritt muss sorgfältig geprüft werden.

Alles in allem gibt es jedoch keine Veranlassung, wegen dieses Anpassungsbedarfs dem Modell „RxGroups“ die Eignung innerhalb des RSA abzusprechen – es muss allerdings eine begleitende Infrastruktur geben („Task-Force“), die kurzfristig den aktuell anfallenden Anpassungsbedarf bearbeitet, dabei auch kontrolliert, ob auffällige unerwünschte Anreizwirkungen mit diesem Modell in Verbindung gebracht werden können, und ggf. entsprechende Anpassungsmaßnahmen ergreifen kann. Die Einführung des Modells muss von einer sorgfältigen Evaluation begleitet werden, damit auftretende Einzelfälle nicht zur grundsätzlichen Kritik am gesamten Modell missbraucht werden.