

**Ergebnisse des Internationalen Workshops zur Einführung
der direkten Morbiditätsorientierung in den Risikostrukturausgleich
am 14. April 2005**

– Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse –

Am 14. April 2005 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) einen Workshop mit speziell ausgewiesenen Wissenschaftlern und Praktikern aus den USA, den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland zur Einführung einer direkten Morbiditätsorientierung in den Risikostrukturausgleich (RSA) durchgeführt. Auf der Grundlage des vom BMGS in Auftrag gegebenen Gutachtens der Forschergruppe IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung), Prof. Dr. Dr. Lauterbach und Prof. Dr. Wasem wurden die methodischen Grundlagen des Gutachtens sowie – als zentrales Thema des Workshops – die Anreizwirkungen eines direkt morbiditätsorientierten RSA (M-RSA) bei Anwendung des von den Gutachtern empfohlenen Klassifikationsmodells RxGroups+IPHCC (in prospektiver Ausgestaltung) diskutiert.

Zentrale Ergebnisse

Die bisher in der öffentlichen Diskussion vorgetragenen Kritikpunkte sind von den Experten überwiegend als nicht durchgreifend erachtet worden. Hierzu gehört insbesondere der Vorwurf, der M-RSA setze Anreize zum Upcoding und verursache damit Kostensteigerungen und Überversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Durch die vorgeschlagene prospektive Ausgestaltung des Modells und die Möglichkeiten zur Anpassung des Modells an die Voraussetzungen in der deutschen GKV können die Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen in ausreichender Weise gewahrt und unerwünschte Anreizwirkungen vermieden werden. Die Zielsetzung, über den Einsatz eines morbiditätsorientierten Modells die Finanzmittel im Gesundheitssystem dahin zu leiten, wo die Kranken zu versorgen sind, fand breite Unterstützung. Zu den einzelnen Fragen wurden die nachfolgenden Ergebnisse erzielt.

Methodische Grundlagen

Das methodische Vorgehen der Gutachter wurde diskutiert und einzelne Maßnahmen wurden angesprochen, durch deren Umsetzung die angewendete Methodik hätte verbessert werden können. Solche Verbesserungen wären an der einen oder anderen Stelle zwar möglich oder wünschenswert gewesen, hätten aber voraussichtlich nicht zu wesentlich anderen

Ergebnissen geführt. Einige Punkte sind darüber hinaus im Rahmen der Anpassung des Modells an die Voraussetzungen der GKV in Deutschland zu berücksichtigen.

Anreizwirkungen

Es bestand zwischen den Workshopteilnehmern weitgehend Einvernehmen darüber, dass gezielte und flächendeckende Absprachen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur systematischen **Über-** oder **Unterversorgung** der Versicherten mit dem Ziel einer Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenkassen über den RSA unrealistisch seien. Die Teilnehmer aus den USA und den Niederlanden berichteten, dass dort keine durch die Anwendung morbiditätsbasierter Klassifikationssysteme verursachte Über- oder Unterversorgung zu beobachten gewesen sei. Grundlegend sei, dass Ärzte nach übereinstimmender Erfahrung eine Einmischung von Krankenversicherungen in ihre therapeutischen Entscheidungen entschieden ablehnten – sofern sie nicht Angestellte dieser Krankenversicherungen seien. Die notwendige Unabhängigkeit der Ärzte von den Krankenkassen sei in der deutschen GKV gegeben und werde in verschiedenen Zusammenhängen immer wieder deutlich.

Stattdessen wurde darauf hingewiesen, dass der derzeitige RSA mit seiner unzureichenden Berücksichtigung der Morbidität eine Tendenz zur Unterversorgung enthalte, da er Krankenkassen mit einer Vielzahl überdurchschnittlich kranker Versicherter, finanziell benachteilige und somit für die Krankenkassen den Anreiz setze, sich mehr um die Anziehung von Gesunden als um die Versorgung ihrer kranken Versicherten zu kümmern.

Auch im Hinblick auf die Frage des **Upcoding** (Kodierung einer schwerer wiegenden, medizinisch nicht zutreffenden Diagnose) bestand breite Übereinstimmung darin, dass hieraus kein grundsätzlicher Einwand gegen die Einführung eines M-RSA abgeleitet werden könne. Anreize zum Upcoding bestünden zwar in morbiditätsbasierten Vergütungssystemen, und zwar unabhängig von der Ausgestaltung des RSA. Eine Verstärkung dieser Anreize über den RSA sei aber durch die prospektive Anwendung des Klassifikationsmodells sowie Anpassungen des Modells an die Verhältnisse in der GKV weitgehend zu vermeiden. Hier bestünde ein erhöhter Anpassungsbedarf bei dem Teil des vorgeschlagenen Klassifikationsmodells, der die verordneten Arzneimittelwirkstoffe zu Grunde legt (RxGroups), während der Anpassungsbedarf des auf Krankenhausdiagnosen aufbauenden Groupers (IPHCC) als vergleichsweise gering eingeschätzt wurde.

Negative **Wechselwirkungen zwischen einer morbiditätsorientierten Vergütung und einem morbiditätsorientierten RSA** seien zudem insbesondere dadurch zu vermeiden, dass

sich die im Vergütungsbereich verwandten Klassifikationssysteme hinreichend von dem im RSA verwandten Klassifikationssystem unterscheiden. Bei einer Implementierung des von den Gutachtern vorgeschlagenen Klassifikationsmodells im RSA wäre dies gegeben.

Fazit

Im Ergebnis hat die Diskussion deutlich gemacht, dass das von den Gutachtern empfohlene Modell RxGroups+IPHCC für die Anwendung im RSA grundsätzlich geeignet ist, aber an die Voraussetzungen in der GKV angepasst werden muss. Deutlich wurde darüber hinaus aber auch, dass das von Kritikern aufgezeigte Szenario, wonach bei Einführung des M-RSA Krankenkassen und Ärzte flächendeckende Absprachen treffen würden mit dem Ziel, über Fehlcodierungen, unwirtschaftliche Versorgung oder gar Fehlbehandlungen (bzw. Fehlverordnungen) höhere RSA-Ausgleichszahlungen für die Kassen und gleichzeitig höhere Vergütungen für die Ärzte zu veranlassen, nicht realistisch ist. Diese Szenarien werden durch die Erfahrungen im Ausland nicht bestätigt und sie ignorieren die bestehenden Möglichkeiten zur Anpassung des Modells, durch die mögliche Fehlanreize weitestgehend auszuschalten sind. Darüber hinaus lässt diese Kritik außer Betracht, dass der bestehende Status-quo-RSA durch seine unzureichende Berücksichtigung der Morbidität Anreize zur Unter- und Fehlversorgung insbesondere der chronisch Kranken setzt. Diese Erkenntnis war Grundlage des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs vom 10. Dezember 2001, mit dem die Einführung der direkten Morbiditätsorientierung in den RSA beschlossen worden ist. Es beruhte auf einem Konsens der Spitzenverbände der Krankenkassen und wurde mit Zustimmung des Bundesrates verabschiedet.