

Weshalb es bei dem vorgesehenen Risikopool mit einem Schwellenwert von 100.000 Euro und einem Eigenanteil von 20% bleiben muss....

I. Was sagt der Referentenentwurf zum GKV-FKG?

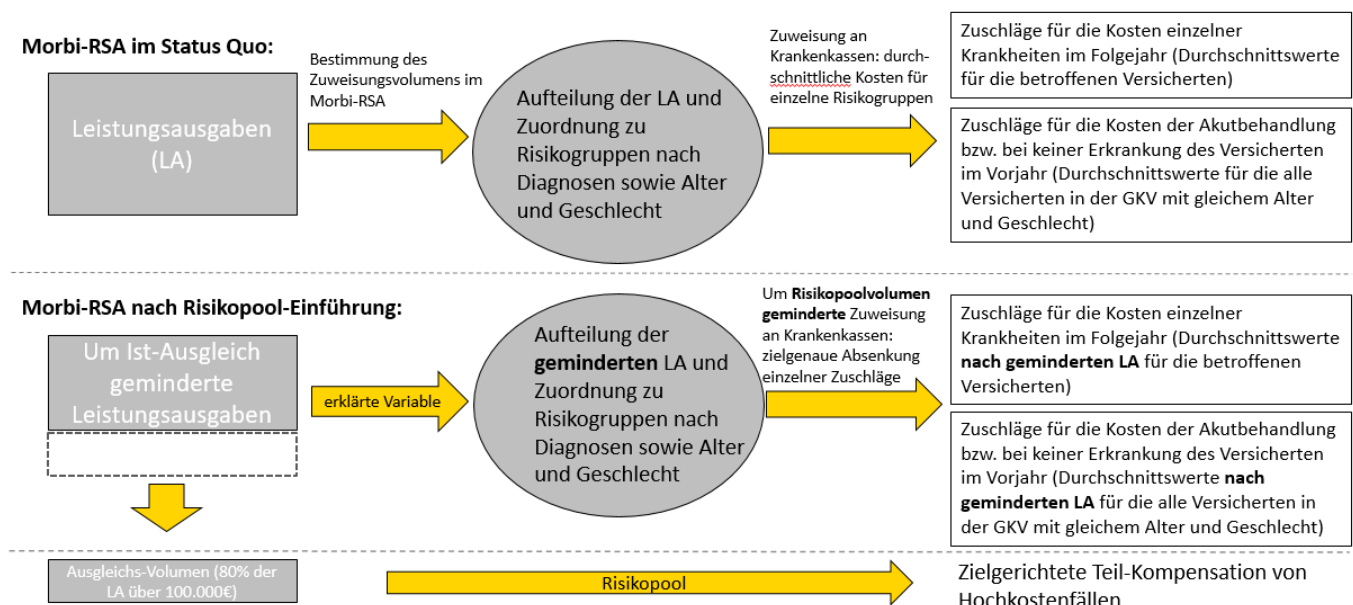
Der Referentenentwurf zum Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG) sieht die Wiedereinführung eines Risikopools zum Ausgleichsjahr 2021 vor. Aus ihm sollen die Krankenkassen für jeden Leistungsfall 80 Prozent der Leistungsausgaben, die 100.000 Euro pro Jahr überschreiten, erhalten.

Finanzielle Belastungen aus besonders teuren Leistungsfällen, genannt wird hier explizit der Bereich der neuen hochpreisigen Arzneimitteltherapien, können damit erheblich gemindert werden. Zudem würden für Risikopoolfälle auch die Akutkosten einer Erkrankung ausgeglichen, während der prospektiv ausgerichtete Morbi- RSA nur die krankheitsbedingten Folgekosten abbilde.

Darüber hinaus reduziere der Risikopool die Anreize zur Risikoselektion gegen die Versicherten mit hohen Leistungsausgaben, die über die bisherige Mechanik des Morbi-RSA nicht hinreichend zielgenau über die Zuweisungen abgebildet werden könnten. Wettbewerbsverzerrungen aus einer ungleichen Verteilung von Hochkostenfällen würden zudem verringert.

Die Funktionsweise des geplanten Risikopools stellt sich wie folgt dar:

Funktionsweise des Risikopools nach dem Referentenentwurf



Aufwendungen, die durch den Risikopool ausgeglichen werden, werden im Morbi-RSA bei der Bestimmung der standardisierten Leistungsausgaben entsprechend nicht mehr berücksichtigt, um Doppelzuweisungen zu vermeiden.

II. Warum der Risikopool - wie vorgesehen - in einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich notwendig ist

Einerseits eine Erfolgsgeschichte für die betroffenen Patienten: Mit neuen Arzneimitteln wie Sovaldi® für die Behandlung von Hepatitis-C gibt es erstmalig eine Chance auf Heilung. Andererseits ein Dilemma für die Krankenkasse dieser Patienten: Die Kosten dieser Behandlung von Hepatitis-C erhält sie meist nur zu einem kleinen Teil über den Morbi-RSA erstattet.

Das gleiche Bild bei der Hämophilie: Der Morbi-RSA zahlt der Krankenkasse bis zu 280.000 Euro jährlich pro Versicherten. Die tatsächlichen Kosten können jedoch weit über 1.000.000 Euro liegen.

Insbesondere - aber nicht - nur für kleinere Krankenkassen kann daher ein besonders teurer und über zu geringe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds stark „unterdeckter“ Versicherter (d.h. die Zuweisungen aus dem Fonds bleiben unter den entstandenen Ausgaben) zu erheblichen finanziellen Schwierigkeiten führen.

Dass dies keine Einzelfälle sind, zeigen die weiteren Beispiele aus dem Bereich neuer hochpreisiger Arzneimitteltherapien. Auch für sie konnte bisher noch keine Lösung im Ausgleichsverfahren entwickelt werden:

Beispiel Spinraza®: hohe Kosten im ersten Jahr der Behandlung, geringere Folgekosten

Mit Spinraza® ist erstmals eine Option zur medikamentösen Behandlung der genetisch bedingten Erkrankung spinale Muskelatrophie (SMA) auf dem Markt. Laut Hersteller erhöht Spinraza® signifikant das ereignisfreie Überleben sowie das Gesamtüberleben der betroffenen Kinder.

Was heißt das für die Kassen?

Der Morbi-RSA ist prospektiv ausgerichtet. Das bedeutet, dass sich die Höhe der Zuweisungen an den Kosten einer Erkrankung im jeweiligen Folgejahr orientiert. Liegen nun die Kosten im Jahr der eigentlichen Behandlung weit über denen der darauffolgenden Jahre, wie etwa bei Spinraza®, erfolgt kein adäquater Ausgleich der „Startkosten“ der Behandlung.

Beispiel Car-T-Zell-Therapie: Punktuell besonders hohe Kostenbelastung, danach keine oder nur noch sehr geringe Folgekosten

Mit der CAR-T-Zellen-Therapie kommen gentechnologisch veränderte T-Zellen mit synthetischen antigenspezifischen Rezeptoren zur Anwendung. Sie sollen so ein zentrales Problem der Krebstherapie lösen: die Bekämpfung von Tumoren, die für das Immunsystem unsichtbar sind.

Was heißt das für die Kassen?

Auch hier greift die Problematik der Prospektivität des Morbi-RSA: Hohe Kosten zu Beginn der Behandlung und geringe Nachfolgekosten führen zu einem unzureichenden Ausgleich über den bisherigen Morbi-RSA.

Weiteres Problem: Der Einsatz von Gentherapien erfolgt nahezu ausschließlich stationär. Arzneimittel, die im stationären Setting eingesetzt werden, sind jedoch als solche im Morbi-RSA nicht erkennbar.

III. Warum ein „nachgelagerter“ Risikopool keine Lösung ist

Von einigen Wenigen wird argumentiert, dass der Risikopool sich auf den Ausgleich von Unterdeckungsbeiträgen nach Umsetzung des Morbi-RSA beziehen sollte (sog. nachgelagerter Risikopool).

Dies ist nicht sinnvoll, weil:

1. Der Risikopool nach GKV-FKG- Referentenentwurf ist einfach und transparent umsetzbar; ein „nachgelagerter“ Risikopool hat keine Vorteile, sondern macht das Verfahren nur komplexer

- a) Risikopool nach GKV-FKG- Referentenentwurf: Die relevanten Werte sind leicht und ohne großen Aufwand zu berechnen.

Beispiel: Leistungsfall mit Leistungsausgaben von 200.000 Euro

Über den Risikopool ausgeglichen werden die Ausgaben über 100.000 Euro (200.000-100.000 Euro) = 100.000 Euro. Diese Ausgaben werden zu 80 Prozent ausgeglichen= 80 Prozent von 100.000 Euro = 80.000 Euro. Der Anteil der Krankenkasse beträgt 100.000 Euro plus die 20 Prozent, die nicht vom Risikopool abgedeckt werden = 120.000 Euro. In die Regression zur Berechnung der Risikozuschläge geht dieser Leistungsfall nicht mehr mit 200.000 Euro, sondern mit 120.000 Euro ein.

Zudem bestehen auch schon Erfahrungen in Bezug auf die Durchführung des Risikopools im „alten“ Morbi-RSA.

- b) Ein „nachgelagerter“ Risikopool, der auf den Ausgleich von Unterdeckungen nach Durchführung des Morbi-RSA abzielt, bedingt, dass neben der Betrachtung der Ausgaben eines Versicherten auch seine Zuweisungen unmittelbar bewertet werden. Damit würde man einen Ausgleich von Hochkostenfällen auf der Basis von Deckungsbeiträgen bzw. -quoten etablieren.

Das Verfahren würde damit wesentlich komplexer: Zunächst muss das Regressionsverfahren des Morbi-RSA einmal durchlaufen werden, also die Zuweisungshöhe berechnet werden. Im Anschluss muss für jeden Versicherten das Verhältnis zwischen Zuweisungen über den Morbi-RSA und tatsächlich entstandenen Ausgaben berechnet werden. Dies ergibt den sog. Deckungsbeitrag bzw. die Deckungsquote. Liegt eine Unterdeckung vor, wird diese in einem bestimmten Umfang ausgeglichen. Je nach konkreter Ausgestaltung des Modells ergibt sich das Gesamtvolumen zum Ausgleich von Unterdeckungen aus dem konkreten Modell heraus oder wird vorher extern vorgegeben.

2. Der Risikopool nach GKV-FKG- Referentenentwurf schafft für die Krankenkassen Planbarkeit; ein „nachgelagerter“ Risikopool ermöglicht keine zuverlässige Planung für die Kassen

- a) Risikopool nach GKV-FKG- Referentenentwurf: Kassen können zuverlässig planen.

Überschreitet ein Leistungsfall die vorgesehene Schwelle von 100.000 Euro im Jahr, kann die Krankenkasse sicher davon ausgehen, dass die übersteigenden Kosten zu 80 Prozent über den Risikopool abgedeckt werden. Für die Haushaltsplanung einer Krankenkasse ist diese Verlässlichkeit ein wesentlicher Faktor. Dies gilt insbesondere, wenn der Risikopool bereits im sog. Abschlagsverfahren, also bei den monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen, berücksichtigt würde. Insbesondere bei sehr teuren Leistungsfällen, etwa für die Versorgung eines Bluters, bringt diese Form der Ausgestaltung der betroffenen Krankenkasse am schnellsten eine Entlastung.

- b) In einem „nachgelagerten“ Risikopool würde die Kasse hingegen erst nach dem doppelten Durchlaufen des Verfahrens wissen, in welcher Höhe sie Ausgleich für Hochkostenfälle erhält. In Bezug auf die Planbarkeit für die Kassen ein Riesenproblem.

III. Fazit

Mit dem im Referentenentwurf zum GKV-FKG vorgesehenen Risikopool können insbesondere Unterdeckungen für hochpreisige und teure Therapien und Behandlungen abgebaut werden. Die Zuweisungen über den Morbi-RSA werden damit zielgenauer, Anreize zur Risikoselektion reduziert und letztlich faire Wettbewerbsbedingungen hergestellt.