

Pressekonferenz zur Vorstellung der Ergebnisse des Sondergutachtens zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung im Bundesversicherungsamt

Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des
Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Prof. Dr. Saskia Drösler (stv. Vorsitzende)

Hochschule Niederrhein, Krefeld

Prof. Dr. Edeltraut Garbe

Leibniz-Institut an der Universität Bremen

Prof. Dr. Joerg Hasford

Ludwig-Maximilian-Universität München

Dr. Ingrid Schubert

PMV Forschungsgruppe an der
Universität Köln

Prof. Dr. Volker Ulrich

Universität Bayreuth

Prof. Dr. Wynand van de Ven

Erasmus University Rotterdam

Prof. Dr. Achim Wambach

Zentrum für Europäische
Wirtschaftsforschung, Mannheim

Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender)

Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. Eberhard Wille

Universität Mannheim

Themenübersicht und Vortragende

Grundsätzliches, Zielsetzung RSA	Herr Prof. Wasem
Krankheitsauswahl, Multimorbidität	
Wettbewerb und Wettbewerbsordnung	Herr Prof. Wambach
Regionaldimension, Prävention, DMPs	
Arzneimittel, Pharmakomponente	Herr Prof. Hasford
Ambulante Diagnosen, Manipulationen	Frau Prof. Drösler
Erwerbsminderungsgruppen (EMG)	
Risikopool	Herr Prof. Wasem
Zusammenfassung	

Zielsetzung des morbiditätsorientierten
Risikostrukturausgleichs

Zielsetzung des Morbi-RSA

- Vermeidung von Risikoselektion zentrales Ziel
- Je größer Zielgenauigkeit auf Ebene der Individuen, Versichertengruppen und Krankenkassen, um so eher wird Krankheitslast-bedingte Wettbewerbsverzerrung vermieden
- Morbi-RSA insgesamt leistungsfähig. Kein Zusammenhang zwischen RSA-Risikofaktor und Deckungssituation auf Kassenebene.
- Für Reformvorschläge, die zu einer Verschlechterung der Leistungsfähigkeit des RSA-Modelles führen, hält der Beirat die Begründung einer aus Sicht der entsprechenden Akteure als notwendig angesehenen Umverteilung zwischen Kassen(arten) nicht für tragfähig
- Verringerung der Unterschiede in den Deckungsquoten kann nicht per se als Verbesserung der Funktionsfähigkeit der GKV-Finanzarchitektur angesehen werden

Krankheitsauswahl, Multimorbidität

Krankheitsauswahl: Übergang zum Vollmodell

Ausgangssituation

- Gesetz sieht für Morbiditätsorientierung Beschränkung auf 50-80 Erkrankungen vor
- Debatte in den Fachkreisen zum Krankheitsumfang und zum Auswahlalgorithmus
- Evaluation von 2011 hatte gezeigt, dass Reduktion der Zahl der Erkrankungen nicht zielführend ist

Zentrale Analyseergebnisse

- i. Prävalenzgewichtung über Logarithmus führt zu deutlichen Überdeckungen Gesunder
- ii. Prävalenzgewichtung über Quadratwurzel kann empirisch überzeugen
- iii. Vollmodelle zeigen deutliche Potenziale zur Verbesserung der Zielgenauigkeit auf allen drei Ebenen:
Individuen, Versichertengruppen, Krankenkassen

Empfehlungen des Gutachtens

- i. Wenn Beschränkung auf 80 Auswahlkrankheiten bleiben soll, dann weiterhin mit Quadratwurzel
- ii. Beirat schlägt vor, das Klassifikationssystem als Vollmodell weiter zu entwickeln

Multimorbidität: Interaktionsterme berücksichtigen

Ausgangssituation

- Multivariates RSA-Regressionsmodell grundsätzlich geeignet zum Umgang mit Multimorbidität
- Im mittleren Alter sind Multimorbide teilweise unterdeckt, in hohem Alter teilweise überdeckt

Untersuchte Ansätze zur Weiterentwicklung

- i. Zahl der HMGn als Risikofaktor aufnehmen
- ii. Zahl der HMG-Risikozuschläge begrenzen
- iii. Interaktionen zwischen Alter und Morbiditätsgruppen in das System aufnehmen
- iv. Interaktionen zwischen Morbiditätsgruppen in das System aufnehmen

Empfehlungen des Gutachtens

- i. Die Vorschläge i. und ii. können konzeptionell und empirisch nicht überzeugen
- ii. Vorschlag iii. sollte umgesetzt werden, Vorschlag iv. hat Potenzial, bedarf aber noch vertiefter Untersuchungen

Wettbewerb und Wettbewerbsordnung

Fairen Wettbewerb ermöglichen, über den RSA hinaus

RSA und Wettbewerb

- RSA dient zur Vermeidung von Risikoselektion und ermöglicht faire Chancen im Wettbewerb
- Höhe und Streuung von Zusatzbeiträgen als Kennzahl zur Überprüfung der Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA weitgehend ungeeignet
- Mögliche Wettbewerbsdefizite müssen über den RSA hinaus angegangen werden

Bestandsaufnahme

- i. Regionale Marktkonzentration nimmt zu
- ii. Intensiver Wettbewerb auch zwischen den Krankenkassen einer Krankenkassenart
- iii. Wettbewerb konzentriert sich auf Beitragssatzwettbewerb

Empfehlungen des Gutachtens

- i. Einheitliches Aufsichtshandeln in Bund und Ländern
- ii. Primärhaftung im Falle einer Schließung, Auflösung oder Insolvenz einer Krankenkasse auf den GKV-Spitzenverband übertragen

Regionaldimension, Prävention, DMPs

Regionale Selektionsanreize verhindern

Motivation für eine regionale Komponente

- räumlich heterogene Versorgungs-, Inanspruchnahme- und Kostenstrukturen
- Ergebnis auf Basis der RSA-Datengrundlage 2009: der Morbi-RSA nivelliert nur einen Teil der regionalen Kostenunterschiede
- Wettbewerbsverzerrungen und Anreize zur unerwünschten, wohnortbezogenen Risikoselektion

Im Gutachten qualitativ andiskutierte Instrumente

- i. Regionalkomponente im Morbi-RSA
- ii. Regional differenzierte Zusatzbeiträge

Weitere Vorgehensweise

- Krankenkassen erheben und übermitteln vom 01.07.2017 an versichertenbezogen den amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnorts des Versicherten
- Folgegutachten bis 30.04.2018 zur Untersuchung der regionalen Verteilungswirkungen des RSA und zu möglichen Empfehlungen an den Gesetzgeber

Präventionsanreize nicht durch Ausschluss im RSA

Spannungsverhältnis zwischen RSA und Prävention

- Problem: verringerte Anreize der Krankenkassen zur Prävention und Therapie als Folge der Zuweisungssystematik des Morbi-RSA
- Ausmaß des Problems: Strittig

Beobachtungen

- Prävention differenzierter betrachten: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention
- 2015: „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“
 - Förderung von Prävention ist gesamtgesellschaftliche Aufgabe
 - Soll-Ausgabenwerte je Versicherten für Primärpräventionsleistungen von 3,17 € auf 7 € erhöht
- Zuweisungen für Prävention im RSA erfolgen über i) die standardisierten Leistungsausgaben, ii) die standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen, iii) die DMP-Programmkostenpauschale.

Empfehlungen des Gutachtens

- es ist nicht zielführend, Zuschläge für „präventierbare“ Erkrankungen im RSA auszuschließen
- spezifische Präventionsaktivitäten sollten nicht gesondert aus dem Morbi-RSA gefördert werden
- Forschungsbedarf, wo und in welchem Ausmaß sich die Problematik manifestiert und wie dieser zu begegnen ist ohne Selektionsanreize zu schaffen

Streichung der DMP Pauschale

Ausgangslage

- Einführung der Disease Management Programme (DMPs) als Ausgleichsfaktoren im Risikostrukturausgleich ab 2002
 - indirekte Morbiditätsorientierung auch als Vorgriff auf den Morbi-RSA
 - Qualitätsorientierung in der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen
- Heute: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds außerhalb des Regressionsverfahrens des Morbi-RSA, ohne doppelte Berücksichtigung der DMP-Ausgaben
- Die Effekte einer Streichung der DMP-Variablen auf der Individualebene können nicht gemessen werden. Auf der Ebene der Krankenkassen würde sich eine geringfügige Verbesserung der Kennziffern ergeben.

Bewertung und Empfehlungen des Gutachtens

- Selektiver Eingriff in die Zuweisungssystematik: Hiermit wird eine spezifische Form der Ausgestaltung der Versorgung für bestimmte Erkrankungen privilegiert, ohne dass diese Privilegierung ausreichend begründet ist
- Insoweit sieht der Wissenschaftliche Beirat diese spezifische Form der Förderung von DMPs kritisch.

Arzneimittel, Pharmakomponente

Arzneimittel und Anreize im RSA: Status quo

Ausgangssituation:

- Validierung ambulanter Diagnosen
- Differenzierung des klinischen Gehalts einer Diagnose

Untersuchungsansatz: Gehen davon Fehlanreize aus? z.B. kommt es über die Zeit zu vermehrten (d.h. mehr Patienten) und häufigeren Verordnungen (d.h. höherer Arzneimittelverbrauch pro Patienten)? Untersuchte Erkrankungen, z.B.: Multiple Sklerose, chron. Schmerz, Psoriasis, Herzinsuffizienz, Angina pectoris, Diabetes mellitus.

ERGEBNIS: Allenfalls geringfügige Anreizfunktion

Mögliche Pharmakomponenten im mRSA

Fragestellung: Können Pharmakostengruppen die Morbiditätsmessung im ambulanten Bereich optimieren und damit den mRSA verbessern?

Herangehensweise: Verwendung der Pharmakostengruppen des holländischen RSA, die auf schwere Erkrankungen fokussieren und in einem Vollmodell-RSA eingesetzt werden

Problem: mRSA ist gegenwärtig auf 80 Auswahlkrankheiten begrenzt, Arzneimittel werden aber häufig über viele Krankheiten hinweg eingesetzt. → Vollmodell sinnvoll.

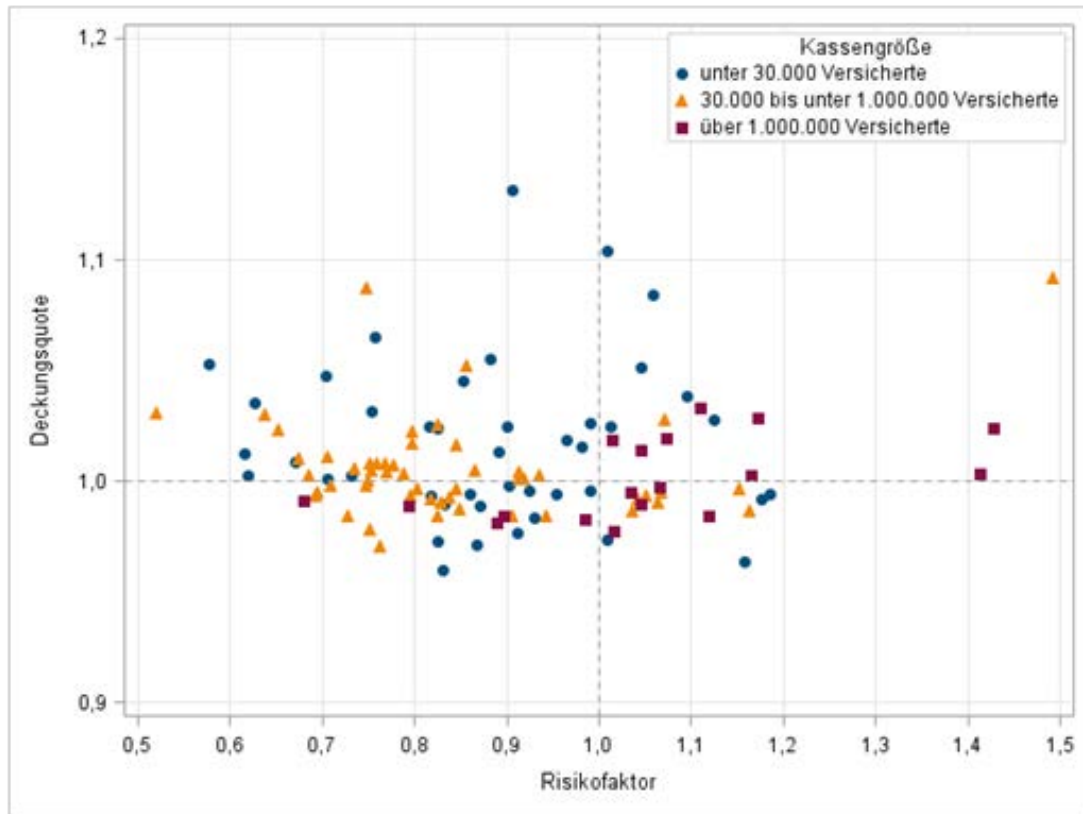
ERGEBNIS: Die Einführung von Pharmakostengruppen können den mRSA wesentlich verbessern, einen Fortfall der ambulanten Diagnosen aber nicht kompensieren. → weitere Analysen erforderlich.

Ambulante Diagnosen, Manipulationen

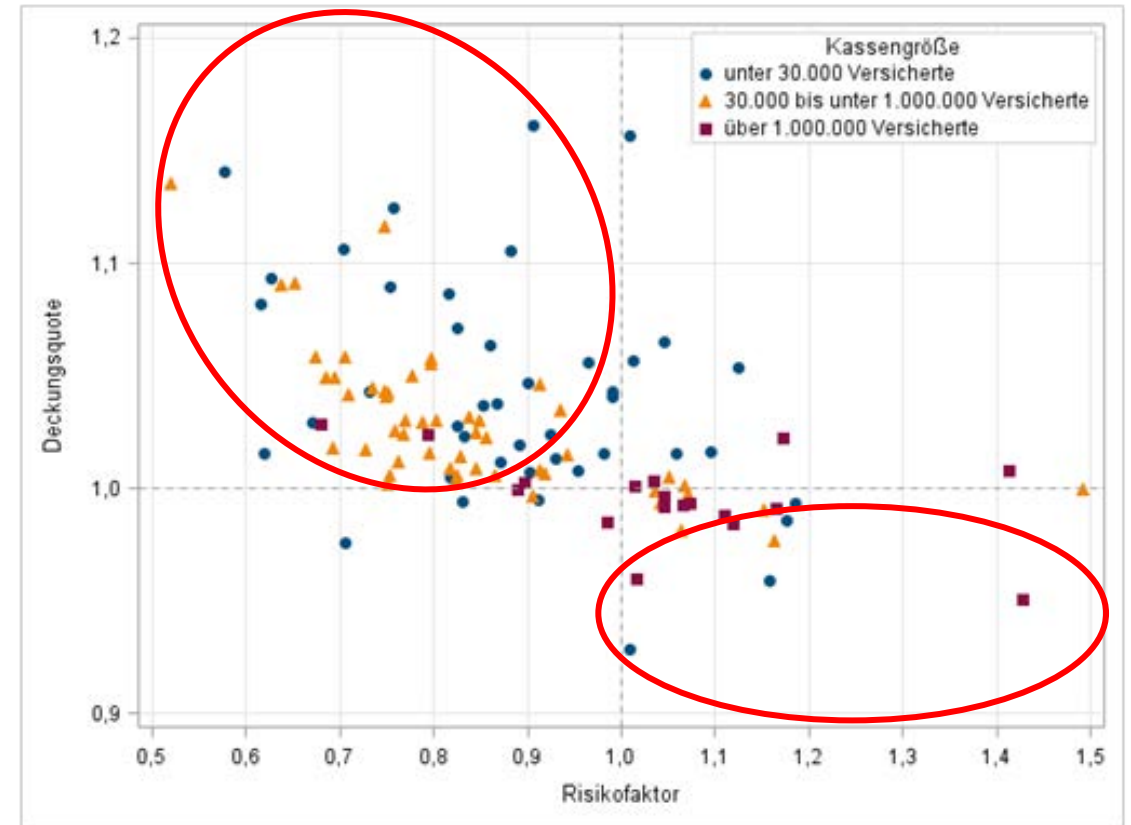
Bedeutung ambulanter Diagnosen im mRSA

- Ausgangslage: Diagnosen aus der ambulanten Versorgung sind maßgeblicher Bestandteil des Zuweisungsalgorithmus, sofern sie in zwei Quartalen eines Erhebungszeitraums als gesichert kodiert wurden
- Datenanalyse: Zuweisungssimulationen nach Weglassen dieser ICDs
- Ergebnis: Deutliche Verschlechterung der statistischen Gütemaße des Regressionsmodells
- Zunahme unerwünschter Anreize zur Risikoselektion (Überdeckung Gesunder, Unterdeckung Kranker)
- Problematik der Versorgungsneutralität – der mRSA soll keine Behandlungsform bevorzugen oder benachteiligen
- Empfehlung: Beibehaltung der ambulanten Diagnosen

Verschiebung der Deckungsquoten nach Streichung amb. Diagnosen in Abh. der KK-Größe



Aktuelles mRSA-Modell **mit** amb. Diagnosen



Aktuelles mRSA-Modell **ohne** amb. Diagnosen

Manipulationen – Ausgangslage und Analysen

- Einigkeit über eine möglichst sachgerechte Abbildung des Erkrankungszustands eines Versicherten mittels Diagnosekodierung → Right Coding
- In der Vergangenheit: Hinweise auf Upcoding / Problem Betreuungsstrukturverträge
- Durchgeführte Datenanalysen (Auswahl)
 - Verordnung von Arzneimitteln → kaum Auffälligkeiten
 - Entwicklung der Diagnosezahlen → z.T. sprunghafte Entwicklungen relevanter ICDs
 - Erkrankungsbezogener Vergleich mit epidemiologischen Daten
→ keine auffällige Überkodierung
- Fazit: Ansteigende Häufigkeiten der ICD-Kodierung sind multifaktoriell, Abgrenzung systematischer Übererfassungen ist methodisch schwierig
- Aktuelle Gesetzesänderungen schließen „Kodierberatungen“ bei Vertragsärzten aus.

Manipulationen – Empfehlungen

- Krankheitsvollmodell:
 - Umverteilung der Finanzvolumina auf > 80 Krankheiten, damit abnehmende ökonomische Relevanz einzelner Diagnosen
 - Einschätzungen darüber, ob und in wie weit welche Diagnosen relevant sein könnten, werden schwieriger
- Selektivverträge:
 - Ausweisung der Mehrleistung durch verbesserte Dokumentation der durchgeführten Maßnahme
 - Entkopplung der Diagnosestellung von der Honorierung
 - Separates Merkmal im RSA-Datensatz bzw. zentrale Registrierung aller Selektivverträge
- Pharmakostengruppen:
 - Kaum umzusetzen in einem auf 80 Krankheiten beschränkten Modell
 - Manipulationsresistenz wird höher eingeschätzt, als bei Diagnosen
 - Anreizproblematik
 - Aber: Weiterentwicklung der Arzneimittelkomponente
- Berücksichtigung von Prozeduren zur verbesserten Abbildung der Krankheitslast
- Ein Regelwerk zur einheitlichen Diagnoseerfassung ist notwendig

Erwerbsminderungsgruppen (EMG)

Erwerbsminderungsgruppen (EMG) zur Schweregraddifferenzierung nutzen

- Ausgangslage
 - Sechs alters- und geschlechtsdifferenzierte Risikogruppen generieren Zuschläge
- Datenanalyse
 - Ersatzlose Streichung würde eine erhebliche Unterdeckung dieser Versicherten bewirken bei einer zunehmenden Überdeckung Gesunder
 - Auffällig im Status Quo
 - Jüngere Versicherte mit EMG-Status sind unterdeckt
 - EMG-Versicherte ohne chronische Erkrankungen sind überdeckt
- Empfehlung
 - Veränderte Berücksichtigung des EMG-Merkmals führt zu Verbesserungen des Modell
 - EMG-Status als Merkmal zur Schweregraddifferenzierung der HMGs, wo empirisch sinnvoll
 - Erster Schritt: Bessere Abgrenzung der EMG-Altersklassen

Risikopool

Vor Einführung eines Risikopools weitere Untersuchungen erforderlich

Ausgangssituation

- Gesetzgeber hat ab 2009 den Risikopool abgeschafft; eine Reihe von Kassen fordert Wiedereinführung

Zentrale Analyseergebnisse

- i. Keine systematische Benachteiligung von Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Anteil von Hochkostenversicherten (mehr) festzustellen
- ii. Zielsetzung eines RP könnte daher primär in einer Verbesserung mit Blick auf das Ziel, Risikoselektion zu vermeiden liegen
- iii. Unklar, in welchem Umfang ein Risikopool dieses Ziel erreichen würde, da er neben vorhersehbaren auch zufällige Unterdeckungen ausgleicht
- iv. Risikopool mindert Anreize zur Wirtschaftlichkeit und ist kontrollintensiv

Empfehlungen des Gutachtens

- i. Noch keine abschließende Beurteilung möglich, auch wegen Interdependenzen mit anderen Reformvorschlägen
- ii. Weiterentwicklung der Berücksichtigung von Hochkostenfällen *im* RSA vorzuziehen
- iii. Weitere Forschungen zum Risikopool sollten auf nach RSA erhebliche unterdeckte Fälle fokussieren
- iv. Bessere Datenlage schaffen, etwa zu Leistungsausgaben mehrerer zurückliegender Jahre

Zusammenfassung

RSA-Reformvorschläge

- Morbi-RSA ist leistungsfähig, hat aber Verbesserungspotenziale mit Blick auf Individuen, Versichertengruppen und Krankenkassen
- Übergang zu Krankheitsvollmodell wird empfohlen; bei etwaigem Beibehalt von 50-80 Krankheiten keine Änderung des Auswahlalgorithmus
- Es gibt Indizien für Manipulationen, allerdings sind die Diagnosen mit Blick auf die Prävalenzen nicht unplausibel – Verringerung der Möglichkeiten und der Anreize für Manipulationen möglich und sinnvoll
- Streichen der ambulanten Diagnosen oder Ersatz durch Pharmakomponente nicht empfohlen; Pharmakostengruppen können das Modell aber weiter verbessern
- Streichung EMG-Variable nicht sinnvoll, aber Weiterentwicklung zu EMG-Morbiditäts-Interaktionen
- Weiterentwicklung des Umgangs mit Multimorbidität möglich, insbesondere durch Aufnahme von Variablen für die Interaktion von Alter und Multimorbidität
- Streichung der DMP Programmpauschale, da unsystematische Förderung spezieller Formate
- Bei den Zuweisungen für Verwaltungskosten empfiehlt der Beirat keine Änderung
- Regionalkomponente im RSA aktuell qualitativ andiskutiert. Vertiefte Diskussion und empirische Untersuchung im Folgegutachten