

Wechselwirkung zwischen Morbi-RSA und Sicherstellung, Effizienz und Qualität von Versorgung

Gesundheitsökonomische Gespräche

Hochschule Ludwigshafen 25.10.2019

Jürgen Graf

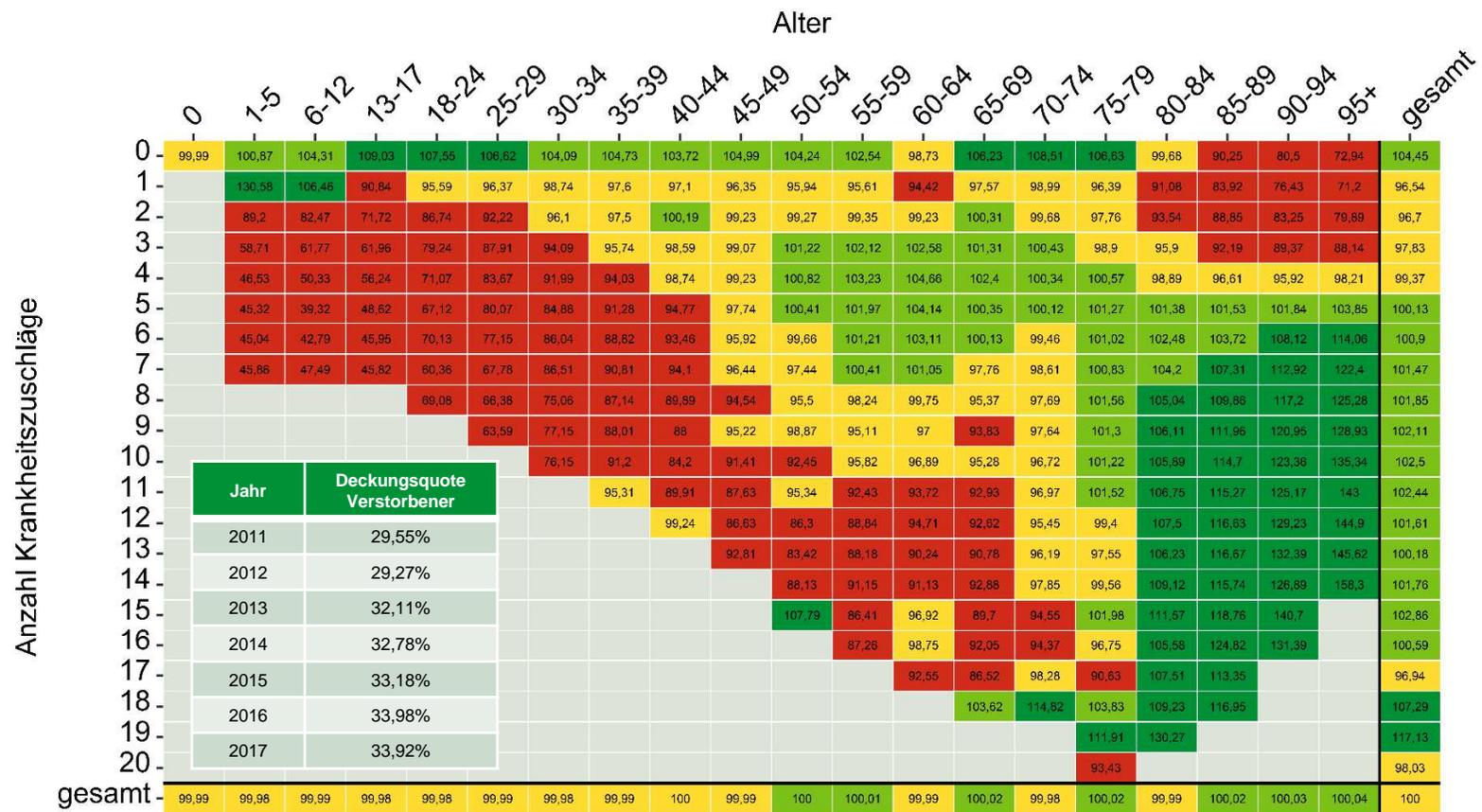
BVA 2008:

„Der Beitragssatz soll nicht ausdrücken, dass eine Krankenkasse zufällig gesündere Versicherte oder besser verdienende Mitglieder als eine andere hat, vielmehr soll er Ausdruck der Qualität und **Wirtschaftlichkeit** der Versorgung sein“

ergo:

Zentrales Ziel des M-RSA ist die Verhinderung von Risikoselektion auf der Ebene der Versicherten bzw. die Vereinbarkeit von Solidarität und **Wettbewerb**

Deckungsquote nach Alter und Anzahl der HMGs



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GKV-Daten 2016

Politisches Problem:

Wettbewerbsfähigkeit einzelner Krankenkassen

Diskussion:

Manipulationsresistenz

Marktanteile und Vertragswettbewerb

Aufsichtshandeln

Vermeintliche Ohnmacht gegenüber Hochkostenregionstypen

GKV-FKG

Die meisten Probleme
entstehen bei ihrer

LÖSUNG

Leonardo da Vinci

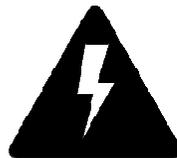
GKV-FKG-Regelungen:

Vollmodell (Gutachterkonsens)

Streichung EMR (keine Empfehlung Gutachten)

Hochrisikopool (keine Empfehlung Gutachten)

Regionalkomponente



Manipulationsresistenz:

MRSA: Streichung 10% dynamischste Diagnosen
(im Gutachten nicht geprüft)

SGB V: Kopplungsverbot Diagnosen/Vergütung und
Sprechverbot Krankenkassen - Ärzte

Manipulationsresistenz Kodieranreize:

Ausgangssituation 2009: unterschiedliche regionale Kodierqualität

HHVG hat mit Wirkung ab April 2017 zielführende Regelungen etabliert, die finanzielle Anreize für Kodierqualität verhindern

TSVG: Ab 2020 AKR

GKV-Morbidität 2018 unauffällig moderat: HHVG wirkt

= „Lösung“ eines nicht (mehr) existenten Problems

**Folgeproblem: Verhinderung sinnvoller
Versorgungsverträge**

Regionalisierungsgutachten (2018)

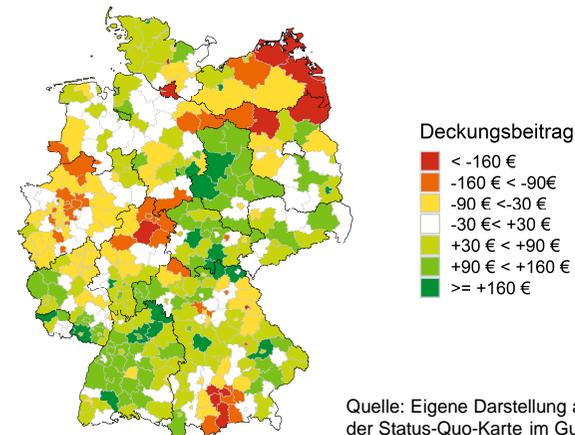
- **Ziel des Gutachtens** ist die Evaluation von Variablen, welche einen Einfluss auf regionale Unterschiede in den Deckungsquoten aufweisen.
- Die ausgewählten Variablen haben einen statistisch signifikanten Einfluss auf die regionale Ausgabenstruktur und somit auf regionale Deckungsquoten-unterschiede.
- Theoretische Erwägungen (Plausibilität / Kausalität) spielen eine nachgelagerte Rolle.
- Angebotsvariablen (grau) sollen explizit nicht berücksichtigt werden, werden aber indirekt dennoch mit ausgeglichen.

Ausgleichsvariablen

Sterbekosten	Fachärztdichte
Zuweisungen	Gesamtwanderungssaldo
Ambulante Pflege	Hausärztdichte
Sterberate	Stationäre Pflege
Pflegebedürftige	Krankenhausbetten

(Variablen sortiert nach statistischer Signifikanz)

Deckungsbeiträge im Status Quo



Annahmen zur Regionalkomponente:

Der MRSA nivelliert nur einen Teil der regionalen Kostenunterschiede, das führe zu

- Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenkassen in regionaler, landesweiter bzw. bundesweite Aufstellung)
- Gefahr der Risikoselektion

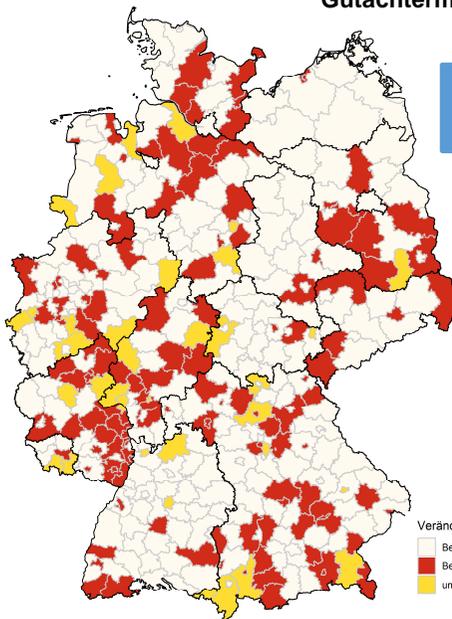
Regionalkomponente versagt in 124 Kreisen!

Mythos

Die Regional-
komponente
führt dazu, die
regionalen
Fehldeckungen
abzubauen.

FAKTEN

Veränderung der Fehldeckung durch das präferierte Gutachtermodell



In ca. einem Drittel
aller Kreise führt
die Regional-
komponente dazu,
**bestehende
Über- und Unter-
deckungen noch
zu verstärken!**

BEWERTUNG

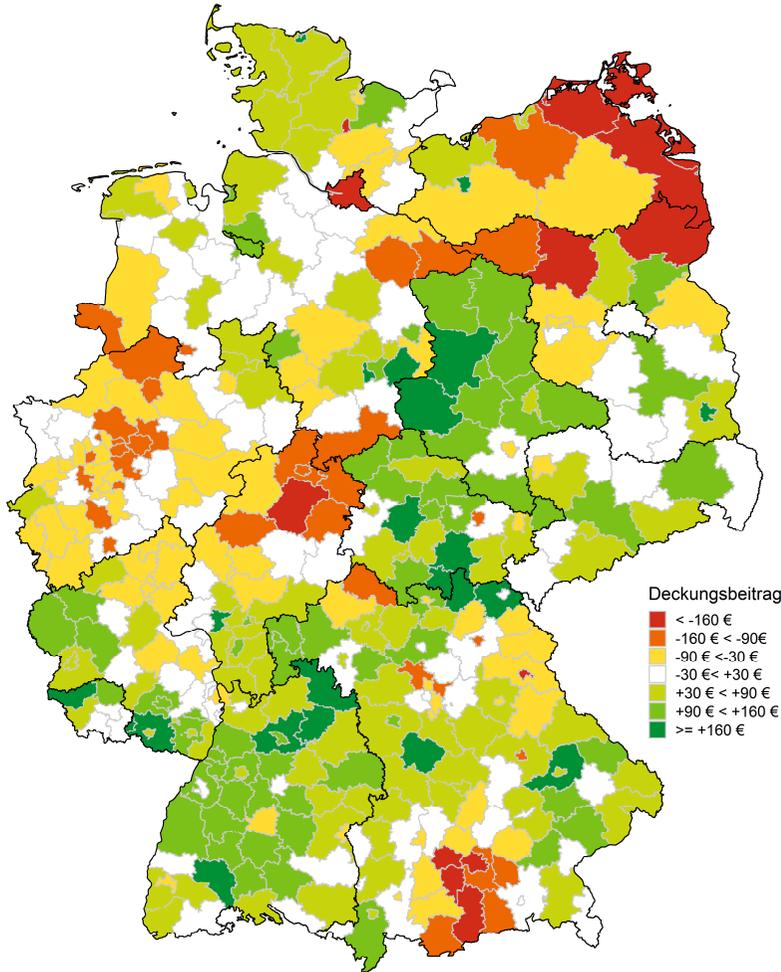
Dieser Effekt ist bereits im
Gutachten belegt – ohne dass es
eine belastbare Erklärung dafür
gäbe:

„Die Zuordnung der Kreise in [...] Variablengruppen führt demzufolge in etwa einem Viertel bis zu einem Drittel der Kreise zu einem Anstieg der Über- und Unterdeckungen. Dies liegt darin begründet, dass Kreise mit vergleichbaren Strukturen, jedoch völlig unterschiedlichen Deckungsbeiträgen, denselben Zu- oder Abschlag erhalten, wodurch die Fehldeckungen in einzelnen Kreisen im Betrag steigen können.“
Regionalgutachten WB BVA (2018, S. 219)

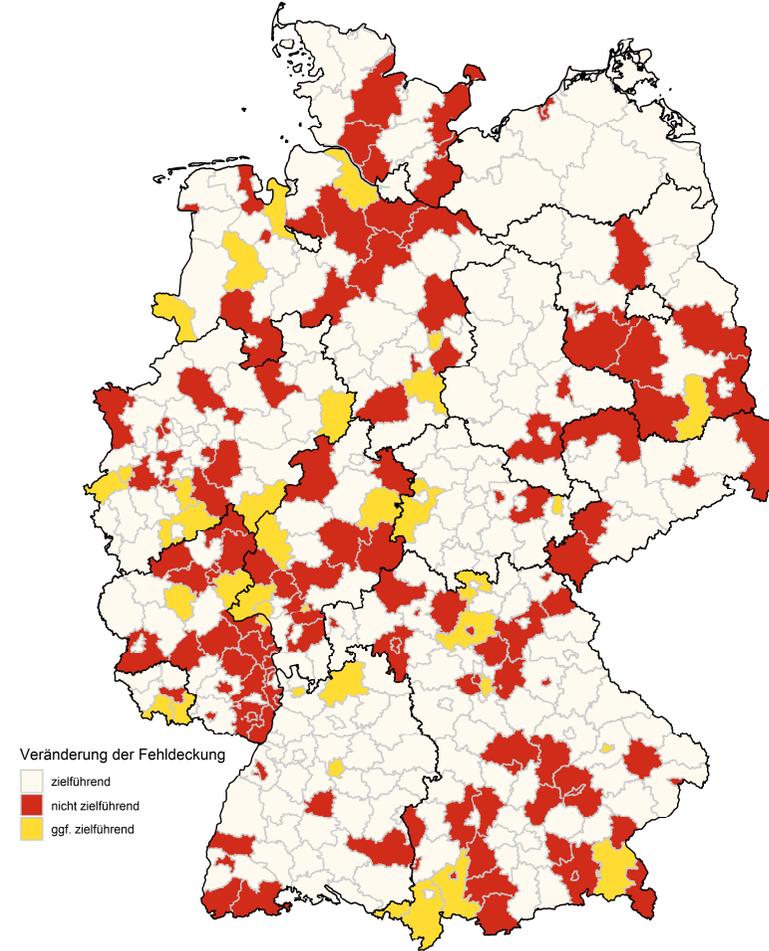
Regionalkomponente versagt in 124 Kreisen!

In 124 von 401 Kreisen wird die Fehldeckung weiter verstärkt

Deckungsbeiträge im Status Quo



Verstärkung der Über-/Unterdeckung durch M2

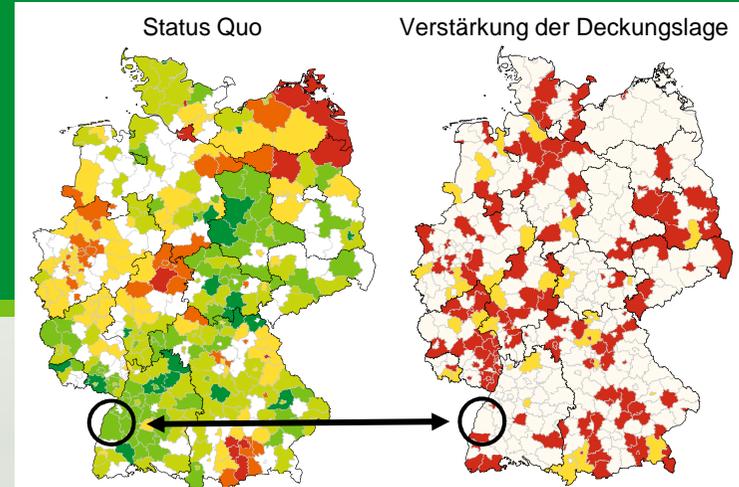


Regionalkomponente versagt in 124 Kreisen!

Effiziente Versorgungsstrukturen werden bestraft

Landkreis Ortenau → Gesundes Kinzigtal

Deckungsbeitrag Status Quo	+90 EUR < +160 EUR
Veränderung Deckungslage durch M2	< -50 EUR → Wird reduziert
Kreistyp	Städtischer Kreis
Einwohnerzahl	429.479
Risikofaktor	0,93 < 0,96
Uniklinik	Nein



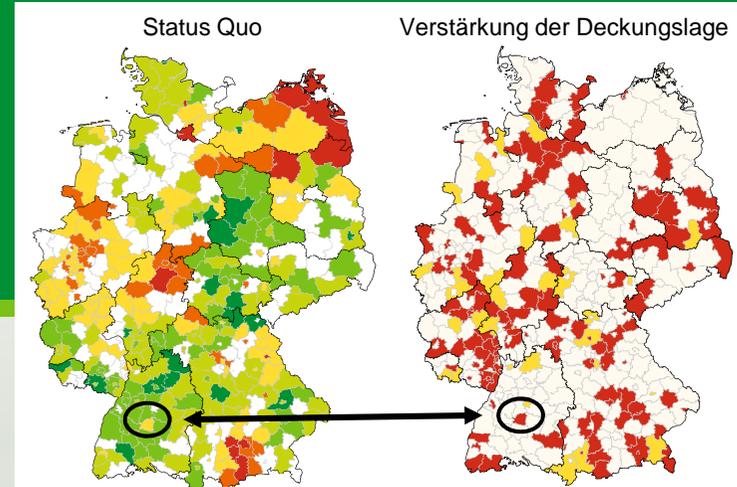
Der aktuell aufgrund effizienter Versorgungsstrukturen **überdeckte** Ortenaukreis wird **durch M2 bestraft!**

Regionalkomponente versagt in 124 Kreisen!

Der unterdeckte Landkreis Tübingen verliert weiter

Landkreis Tübingen

Deckungsbeitrag Status Quo	-90 EUR < -30 EUR
Veränderung Deckungslage durch M2	+25 EUR < +50 EUR → Wird verstärkt
Kreistyp	Städtischer Kreis
Einwohnerzahl	227.331
Risikofaktor	< 0,93
Uniklinik	Ja



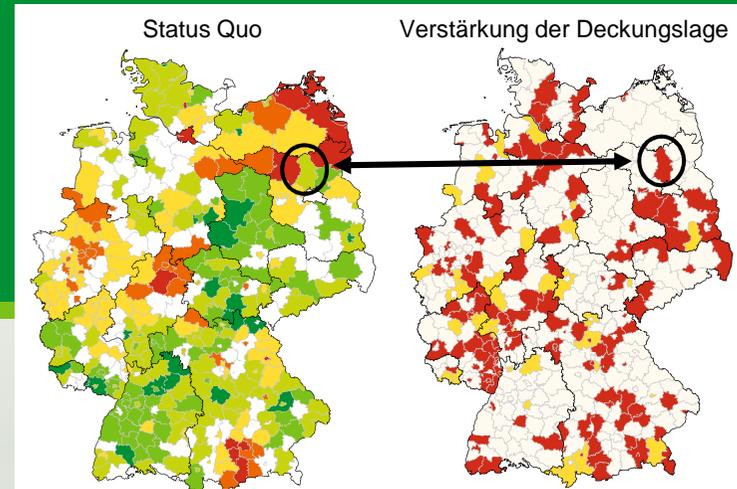
Der aktuell **unterdeckte** Landkreis Tübingen **verliert** durch M2 **weiter!**

Regionalkomponente versagt in 124 Kreisen!

Der überdeckte Landkreis Oberhavel wird stärker überdeckt

Landkreis Oberhavel

Deckungsbeitrag Status Quo	+30 EUR < +90 EUR
Veränderung Deckungslage durch M2	+25 EUR < +50 EUR → Wird verstärkt
Kreistyp	Dünn besiedelter ländlicher Kreis
Einwohnerzahl	208.639
Risikofaktor	1,04 < 1,11
Uniklinik	Nein



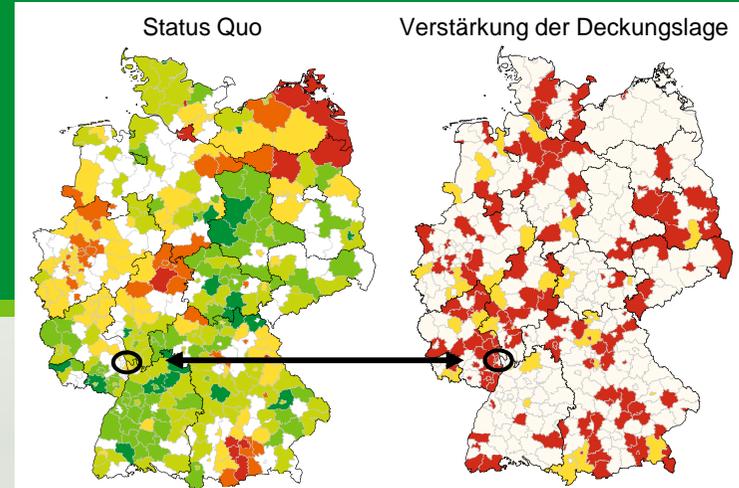
Der aktuell **überdeckte** Landkreis Oberhavel wird durch M2 **stärker überdeckt!**

Wirkung durch M2 in Ludwigshafen am Rhein

Die kreisfreie Stadt ist nach M2 besser gedeckt.

Kreisfreie Stadt Ludwigshafen am Rhein

Deckungsbeitrag Status Quo	-90 EUR < -30 EUR
Veränderung Deckungslage durch M2	-25 EUR < -5 EUR → Wird reduziert
Kreistyp	Kreisfreie Großstadt
Einwohnerzahl	168.497
Risikofaktor	0,99 < 1,01
Uniklinik	Nein



Die aktuelle **Unterdeckung** des Landkreises Ludwigshafen am Rhein wird durch M2 **reduziert!**

Regionale Risikoselektion rechtfertigt Regionalkomponente

Stellt Risikoselektion hier wirklich ein Problem dar?

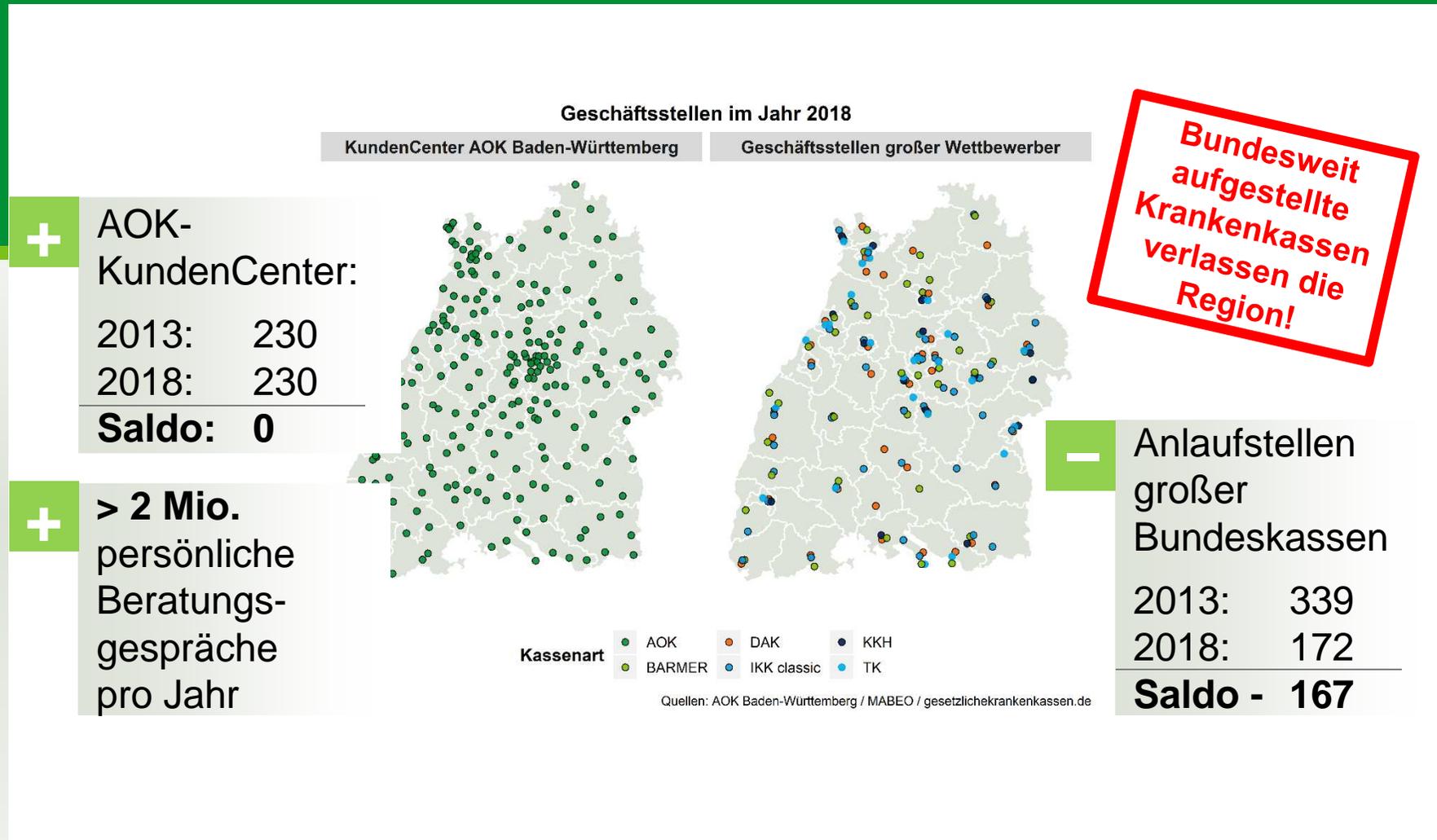
Annahmen zur Regionalkomponente:

Der MRSA nivelliert nur einen Teil der regionalen Kostenunterschiede, das führe zu Gefahr der Risikoselektion

- Gutachten stützt sich auf nur eine empirische Studie aus dem Jahr 2012 von Sebastian Bauhoff („Do health plans risk-select? An audit study on Germany's Social Health Insurance“); Limitationen:
 - Spiegelt MRSA-Verhältnisse nicht wider
 - Lediglich 37 fiktive potentielle Neukunden
 - Studie hat Experimentalcharakter
 - Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland, nicht Kreise

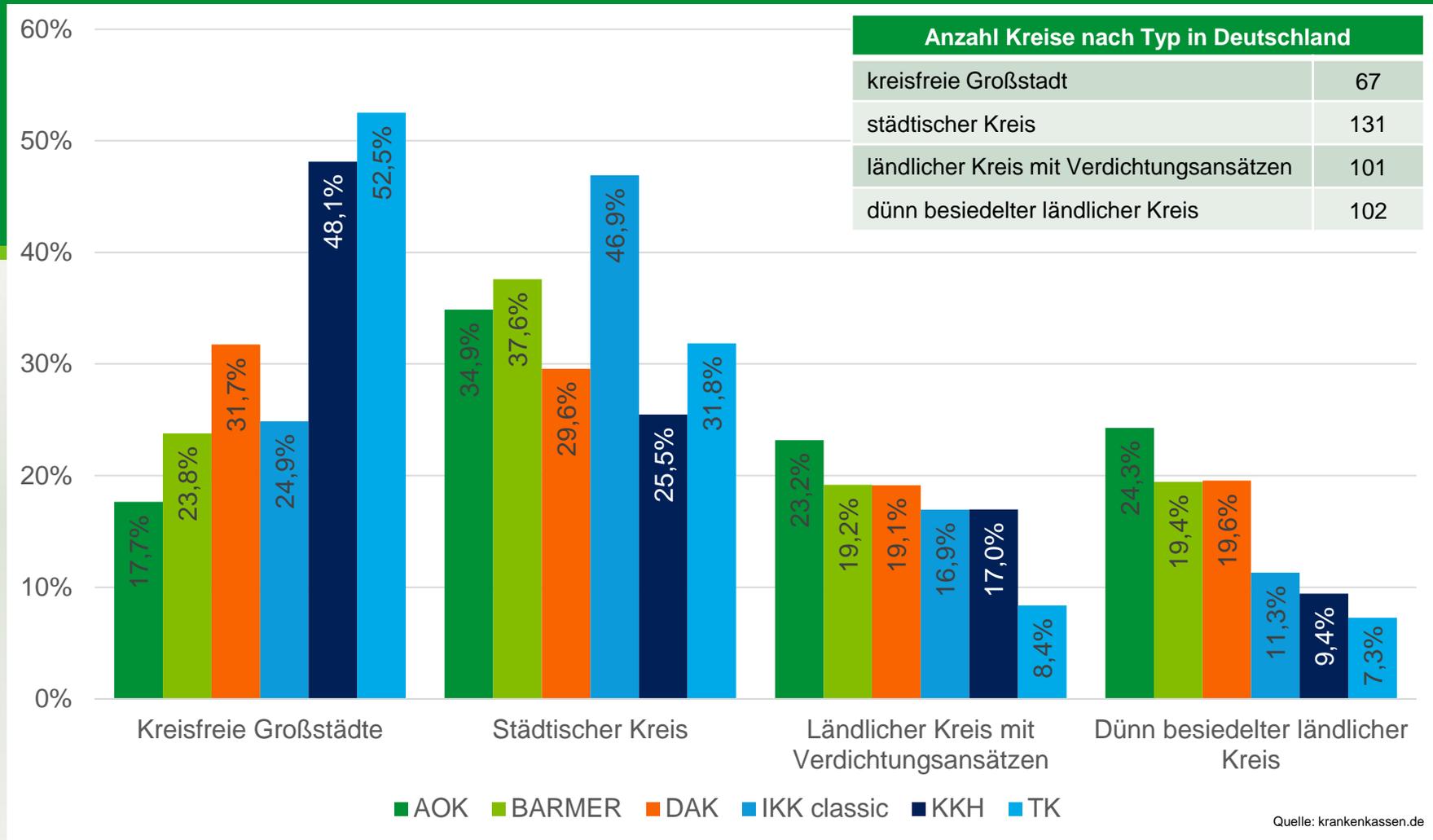
Entwicklung der Geschäftsstellen

Große Wettbewerber konzentrieren sich auf die Großstädte



Verteilung der Geschäftsstellen auf die Kreistypen

Darstellung für AOK und Wettbewerber in Deutschland

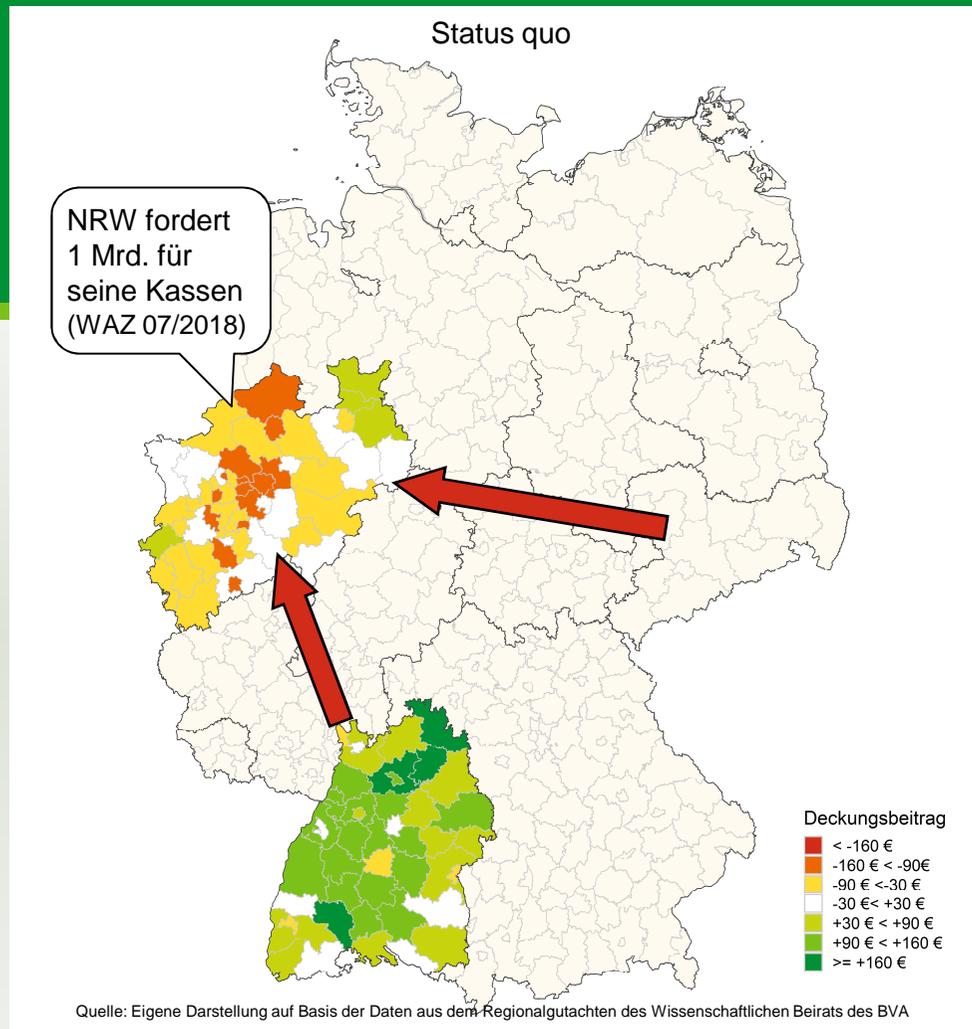


Annahmen zur Regionalkomponente:

Der MRSA nivelliert nur einen Teil der regionalen Kostenunterschiede, diese seien jedoch für die Krankenkassen kaum beeinflussbar.

Sind Krankenkassen ohnmächtig?

Wirkung Regionalkomponente Zuschlag für Metropolen



Die Tatsache, dass einige Kassen wie die VIACTIV relativ hohe Zusatzbeiträge erheben wird von einigen Kassen auf die Versorgungsstruktur in den Versicherungsgebieten – **insbesondere auf die teilweise sehr hohe Zahl an Krankenhausbetten** zurückgeführt.

VIACTIV – Vorstand Reinhard Brücker
(Westphalenpost Hagen 04/2019)

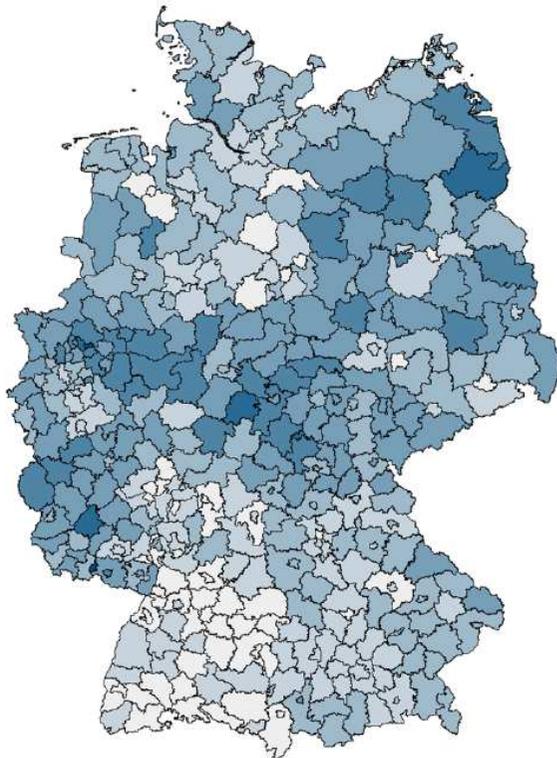
**Das ist nicht die
Haltung von
Baden-Württemberg!**

- + Ambulant vor Stationär!**
- + Konsequente Bedarfsplanung!**

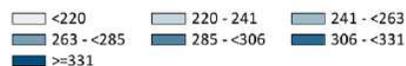
Regionale Steuerungsmöglichkeiten

Regionale Verteilung der Krankenhausfälle

Abbildung 3.10: Anteil der Krankenhausfälle je 1.000 Versichertenjahre (2015, standardisiert)



Krankenhausfälle je 1.000 VJ (2015, std.)



Quelle: Auswertung BVA

© GeoBasis-DE/BKG 2018

Quelle: Regionalgutachten S.29

Die Leistungsausgaben der Krankenkassen in Baden-Württemberg sind zum Teil niedriger als in anderen Regionen, weil Akteure der Gesundheitsversorgung mit einer innovativen und effizienten Strukturpolitik gemeinsam eine qualitäts- und bedarfsorientierte Versorgung der Versicherten gestalten!

- + Klarer Vorrang von ambulanter Versorgung
- + Eine – in dieser Form – einzigartige HZV
- + Innovative Strukturen der Gesundheitsprävention
- + Verantwortungsvolle Krankenhausstrukturpolitik
- + Vorausschauende Krankenhausplanung

Baden-Württemberg demonstriert:

Die Ausgabenstrukturen einer Region können von den Akteuren der Gesundheitsversorgung vor Ort deutlich beeinflusst werden!

Rehabilitation bei der AOK Baden-Württemberg

+ Gesellschaft des langen Lebens braucht Rehabilitation

Studien zeigen: Reha wirkt! (1:5)

+ BW ist Reha Land

220 stationäre und 110 ambulante Einrichtungen → überdurchschnittliches Reha-Angebot in BW

+ Reha Ausgaben

→ + 17,2% zu Bundesdurchschnitt

Einzigartige Angebote für Rehabilitation



→ Regionale Qualitätsverträge

→ AOK-proReha

- Leitlinien für Rehabilitation durch regionale, enge Zusammenarbeit der Partner
- Hüft- und Knie-TEP, in der Geriatrie nach Schlaganfall, mehr als 10.500 Patienten

→ Spezielle Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige

Aktuelles aus der Presseschau vom 21.10.2019

- **Bayern** (Ärzteblatt.de vom 18.10.2019, Zitat Melanie Huml (CSU))
*„Wenn regionalstatistische Merkmale in den Morbi-RSA eingeführt werden, profitieren davon voraussichtlich nicht nur Versicherte in Bayern, sondern auch in anderen **Hochlohn- und Hochkostenregionen** etwa in Nordrhein-Westfalen und Hamburg.“*
- **Nordrhein-Westfalen** (Rheinische Post vom 19.10.2019, Zitat Günter Wältermann (Vorstandsvorsitzender AOK Rheinland/Hamburg))
*„Die unterschiedlichen Zusatzbeiträge resultieren aus regionalen Besonderheiten: Im Bereich der AOK Rheinland/Hamburg liegen sechs **Unikliniken**, zudem haben wir in den städtischen Ballungszentren viele **chronisch Kranke**.“*
- **Baden-Württemberg** (Schwäbische Zeitung vom 19.10.2019)
*„Damit zieht der MCB [Medizin Campus Bodensee], zu dem das **hochdefizitäre Weingartener Krankenhaus** seit 2013 gehört, nun endgültig die Reißleine. „Manchmal sind die Therapien einschneidend und schmerzhaft. Und das wird den Standort 14 Nothelfer treffen“, sagte Friedrichshafens Oberbürgermeister Andreas Brand [...].“*

Ist-Kosten-Ausgleiche verringern die Wirtschaftlichkeitsanreize Der RSA wird überfrachtet mit Ist-Kosten-Ausgleichen!

Ist-Kosten-Ausgleiche werden zunehmend in den M-RSA implementiert.

- Häufiger Ist-Kosten-Ausgleich im **Krankengeld**
- Geplante Einführung des **Risikopools** mit 80%igem Ausgleich der Ist-Kosten über 100.000 EUR
- Geplante Einführung der **Regionalkomponente** mit teilweiseem Ausgleich der Ist-Sterbekosten.

→ Zunehmende **Einschränkung des Versorgungswettbewerbs** durch Ist-Kosten-Ausgleiche!

→ **Anreize zur Wirtschaftlichkeit** gehen zunehmend verloren!

Nachhaltige LÖSUNG

AOK Baden-Württemberg

Zielführende Alternative zur Regionalkomponente

Regional differenzierte Zusatzbeiträge

- Regionale Zusatzbeiträge sind **sachgerechter**, weil sie bestehende Probleme und Belastungen **nicht zementieren**.
- Landesebene ist in vielen Feldern Handlungs- und Entscheidungsebene, ergänzt um kassenindividuelle Aktivitäten
- Wettbewerbsföderalismus fördert Innovation und sichert Balance von Beitragslast und Leistungsniveau sowie Kongruenz von Handlungs- und Finanzverantwortung

SUMMARY

Der bestehende M-RSA ist grundsätzlich tauglich, eine Risikoselektion durch Krankenkassen auf Versichertenebene weitgehend zu verhindern. Bei der Weiterentwicklung mit dem Ziel, das Bestimmtheitsmaß weiter zu verbessern, ist darauf zu achten, dass Anreize zur effizienten Gestaltung der Versorgung nicht verringert werden. Die im GKV-FKG vorgesehene Regionalkomponente wird diesem Anspruch nicht gerecht. Statt dessen sind die weiteren Überlegungen auf die Etablierung eines regionalen Zusatzbeitragssatzes auf Ebene der Bundesländer zu richten.