

33. Gesundheitspolitisches Kolloquium des Fördervereins für ärztliche Fortbildung e.V. am 20. April 2017

Bruderkrieg im Kassenlager – Morbi-RSA auf dem Prüfstand

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
der Universität Duisburg-Essen

Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur
Weiterentwicklung des RSA beim
Bundesversicherungsamt nach § 31 Abs. 2 RSAV

Überblick:

1. Vorbemerkung
2. Kurze Einführung in die Finanzarchitektur der GKV unter besonderer Berücksichtigung des Morbi-RSA
3. Acht Thesen zur aktuellen Diskussion

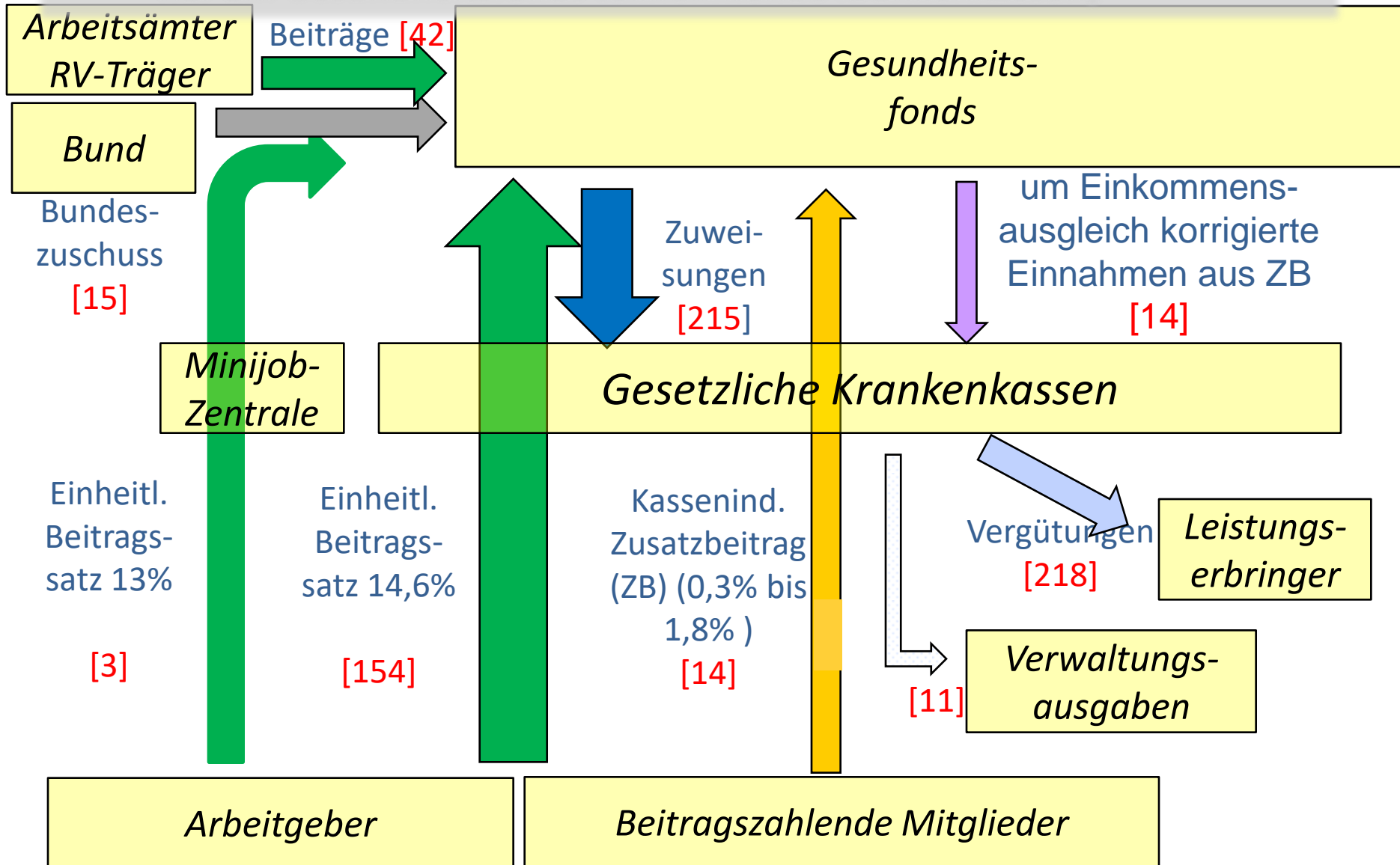
1. Vorbemerkung

- ▼ BMG hat in Absprache mit den Koalitionsfraktionen den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamtes Mitte Dezember 2016 mit einem Sondergutachten zur umfassenden Bestandsaufnahme des RSA und seiner Wirkungen und der aktuellen Reformvorschläge beauftragt
- ▼ Der Wiss. Beirat ist dazu um zwei weitere Mitglieder ergänzt worden (Prof. Wambach, Prof. van de Ven)
- ▼ Die Ergebnisse des Sondergutachtens sind bis 30.09.2017 vorzulegen.
- ▼ Der Wiss. Beirat hat die Krankenkassen eingeladen, ihre Reformvorschläge und die dahinter liegenden Studien einzureichen, wovon umfassend Gebrauch gemacht wurde.
- ▼ Der Wiss. Beirat befindet sich mitten in der Arbeit.

2. Kurze Einführung in die GKV-Finanzarchitektur unter besonderer Berücksichtigung des Morbi-RSA

Finanzströme in der GKV: Gesundheitsfonds und Krankenkassen

[2017 in Mrd. € (gerundet); Festsetzung bzw. Prognose;
nur am Gesundheitsfonds teilnehmende Krankenkassen]



Zusammensetzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

Werte (pro Kopf/€)
Abschlagsverfahren in 2017

	Grundpauschale (Ø Pflichtausgaben je Vers. abzgl. DMP-Pauschale)	2.989,01 €
+/-	alters-, geschlechts-, EMR- u. morbiditätsadjustierende Zu- und Abschläge für die Pflicht-Sachleistungen	„Morbi-RSA“ ($\Sigma = 0$)
+	alters-, geschlechts-, EMR-bezogene Zuschläge für Krankengeld (seit 1.1.15: 50% Ist-Ausgaben-Ausgleich)	
+	Zuweisungen für Satzungs- und Mehrleistungen je Vers.	13,61 €
+	Zuweisungen für Verwaltungskosten je Vers.	77,40 € + 0,026 € je Morbi-€
+	Zuweisungen für Aufwendungen für DMPs je eingeschriebenen Vers. (werden durch Kürzungen im Morbi-RSA gegenfinanziert)	145,66 €
-	Weitergabe der Fondsunterdeckung durch gleiche absolute Kürzung der Zuweisungen <i>je Mitglied</i>	- 257,47 €

Krankheitsauswahl und Klassifikationssystem
(Modell 2017)

ICD-10-GM Codes
(n = ca. 15.400)

Bündelung zu „Krankheiten“
(n = 358)

Krankheitsauswahl: 80 Krankheiten
(rd. 4.100 ICD-Codes)

**Klassifikationsmodell:
Morbiditätsgruppen (MG)**
(n = 199)

Hierarchisierte MGs (HMG)
(n = 199 in 26 Krankheitshierarchien)
(max. 64 Zuschläge)

klinisch homogen,
unterschiedliche
Kodierpraxis

Krankheitsfilter

Kostenhomogenität,
klinische
Sinnhaftigkeit

Schweregrad,
Anreize

Hierarchien im Morbi-RSA am Beispiel der Hierarchie 19: Erkrankungen der Lunge, „linker“ Strang [inkrement. Zuschläge im Abschlagsverfahren 2017]

z.B. ICD

z.B. ATC

E84.0
E84.1

HMG 218
Mukoviszidose
(Alter < 12 Jahre)

p.a.

17.033 €

E84.0
E84.1

HMG 217
Mukoviszidose
(Alter >12 Jahre)

31.725 €

J84.0
J99.0

H02AB

HMG 108
Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation

4.304 €

J44.0
J47

R03AC

HMG 215
COPD oder Emphysem mit Dauermedikation, Bronchiektasen, sonst.
Interstitielle Lungenkrankheiten ohne Dauermedikation

1.965 €

J44.0

HMG 237
COPD oder Emphysem ohne Dauermedikation

297 €

J94.8

HMG 114
Sonstige Erkrankungen der Pleura

296 €

3. Acht Thesen zur aktuellen Diskussion

1. These:

Die (politisch gewollten) Unterdeckungen sind ungleich zwischen den Krankenkassen und Kassenarten verteilt. Insgesamt sind aktuell die AOKen als Kassenart unterdurchschnittlich unterdeckt. Bei den anderen Kassenarten gibt es ebenfalls einige deutlich unterdeckte Kassen. Die Vermögensverhältnisse sind sehr unterschiedlich.

Im langen historischen Blick ist das Ausmaß der Differenzen eher gering, allerdings haben sich die historischen Platzierungen der Kassen nach Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA verschoben. Inwieweit dazu auch unterschiedlich effektive Aktivitäten zur Beeinflussung von Kodierungen beigetragen haben, bleibt unscharf.

2. These:

Der Wissenschaftliche Beirat hat im Evaluationsbericht 2011 ein Bewertungsraster entwickelt und an die damalige Empirie angelegt. Es umfasst Gütekriterien auf Individual- und Gruppenebene und gilt international als sehr geeignet (s. nächste Folie).

Es wird zu prüfen sein, inwieweit dieses aktualisiert, ergänzt oder korrigiert werden muss. Inwieweit Veränderungen auf der Aggregationsebene „Kassenart“ aufgrund der Haftungsverbände in den Auswertungen stärker als in der Vergangenheit berücksichtigt werden sollte, wird kritisch zu diskutieren sein.

Standardkriterien des Wiss. Beirates zur Evaluation des RSA

Individualebene		
R ²	CPM	MAPE
Gruppenebene		
Vorhersagerelation		Kassen-MAPE

Untersuchte Gruppen, beispielhaft:

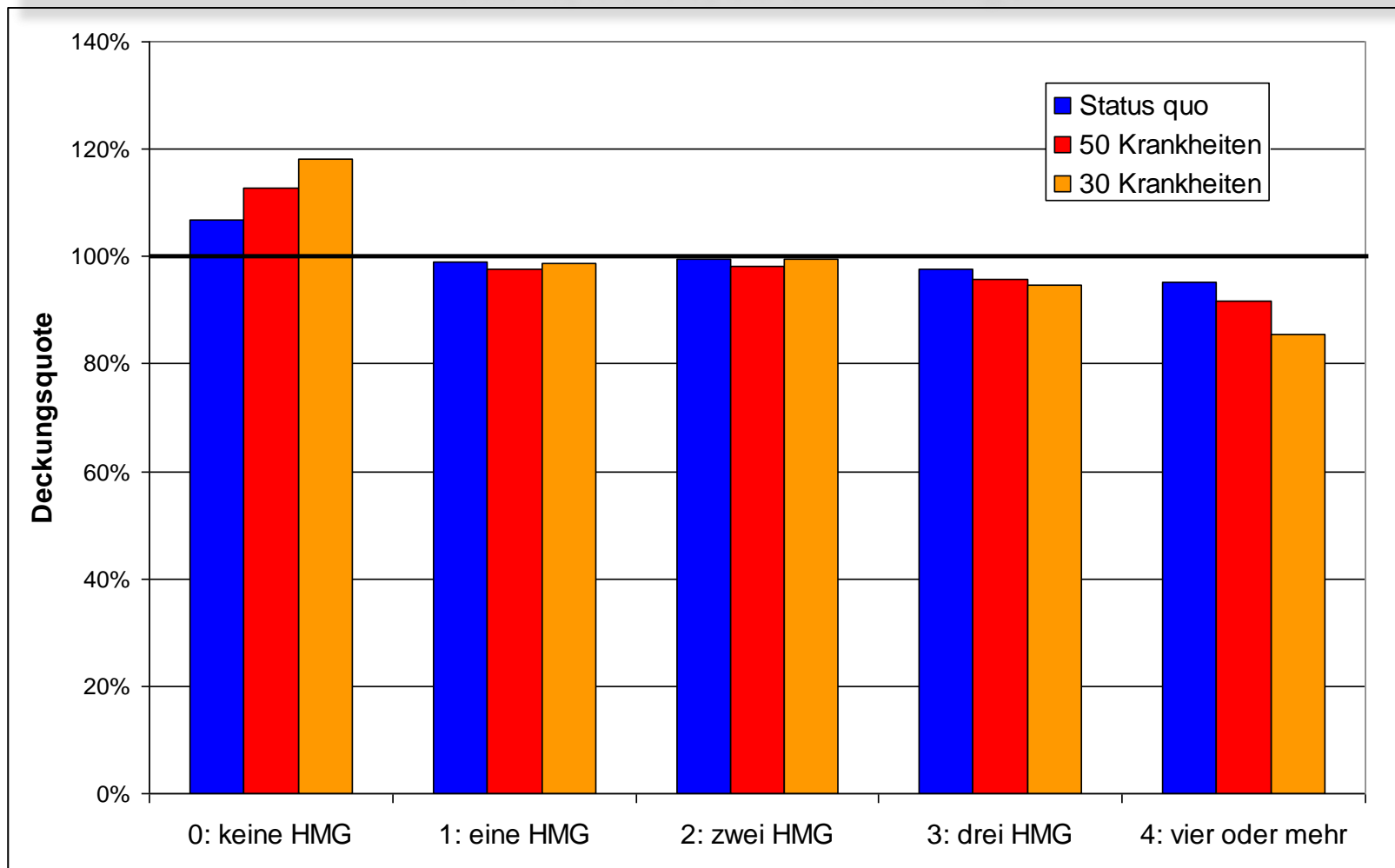
Wechsel/Nicht-Wechsler
Kassen nach Kassengröße
Kassen nach RSA-Faktor
Zahl der HMGs der Versicherten
Regionen

3. These:

Zur schrittweisen Einführung des Morbi-RSA hatte der Gesetzgeber des GKV-WSG eine Begrenzung des Morbi-RSA auf 50-80 Erkrankungen vorgesehen, die bislang mit der Zahl „80“ umgesetzt wurde. Dass eine Reduktion auf 30 oder 50 Erkrankungen mit großen Verlusten bei der Zielgenauigkeit einhergeht, hat der Evaluationsbericht 2011 gezeigt (siehe nächste Folie).

Inwieweit (i) nunmehr eine Reduktion der Krankheitszahl, (ii) eine Veränderung der Prävalenzgewichtung oder (iii) ein Umstellen auf eine vollständige Krankheitsliste in einer multidimensionalen Gesamtbetrachtung zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit des RSA für die GKV-Wettbewerbsordnung führt, wird zu untersuchen sein.

Deckungsquoten nach Zahl der Morbi-Zuschläge (des Status Quo-Modells) bei 50/30 Erkrankungen



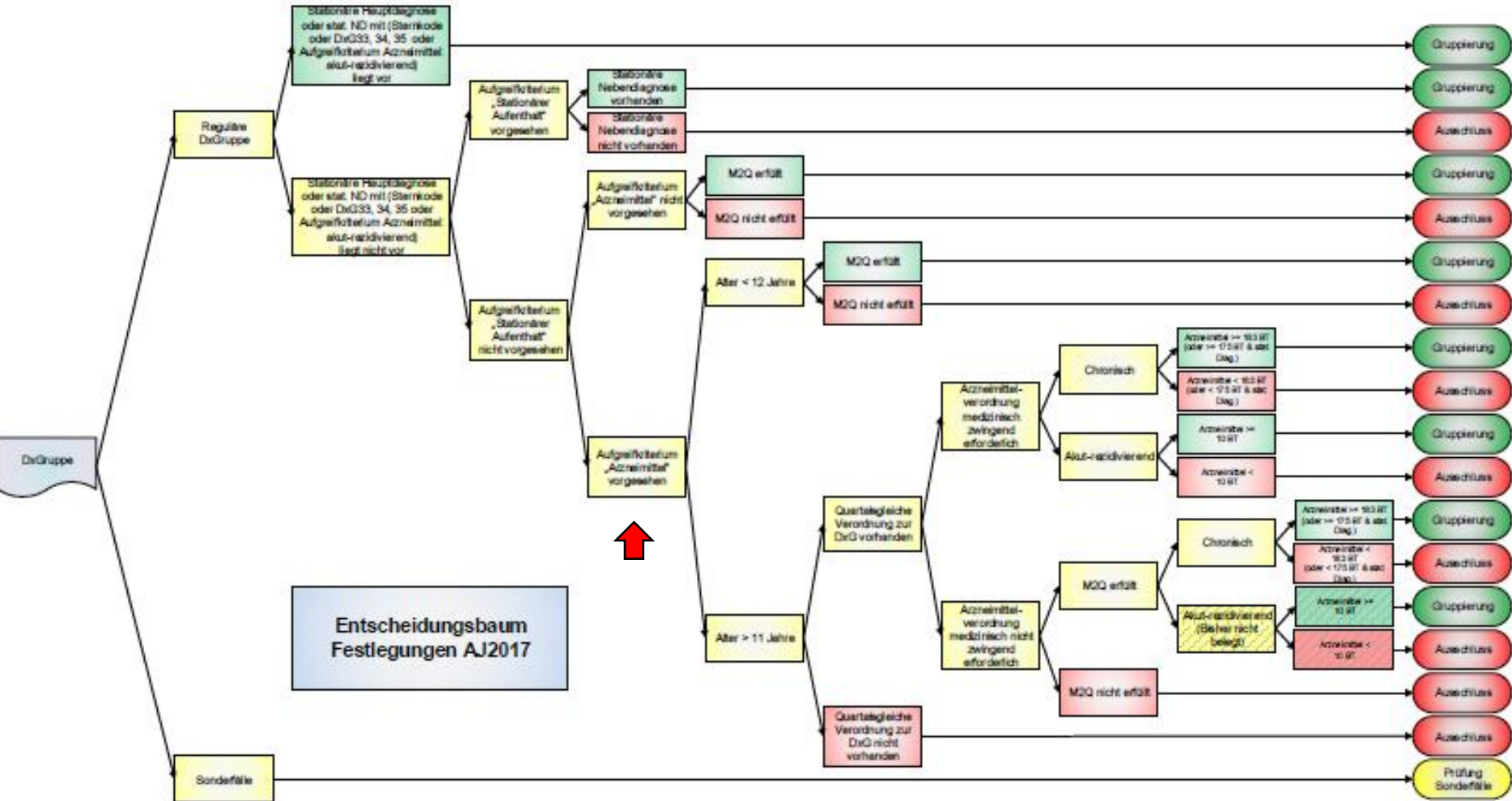
Quelle: Wissenschaftlicher Beirat für den Morbi-RSA (2011)

4. These:

Arzneimittel werden im Morbi-RSA zur Diagnosenvalidierung und zunehmend auch als Kostentrenner verwendet (vgl. nächsten 2 Folien).

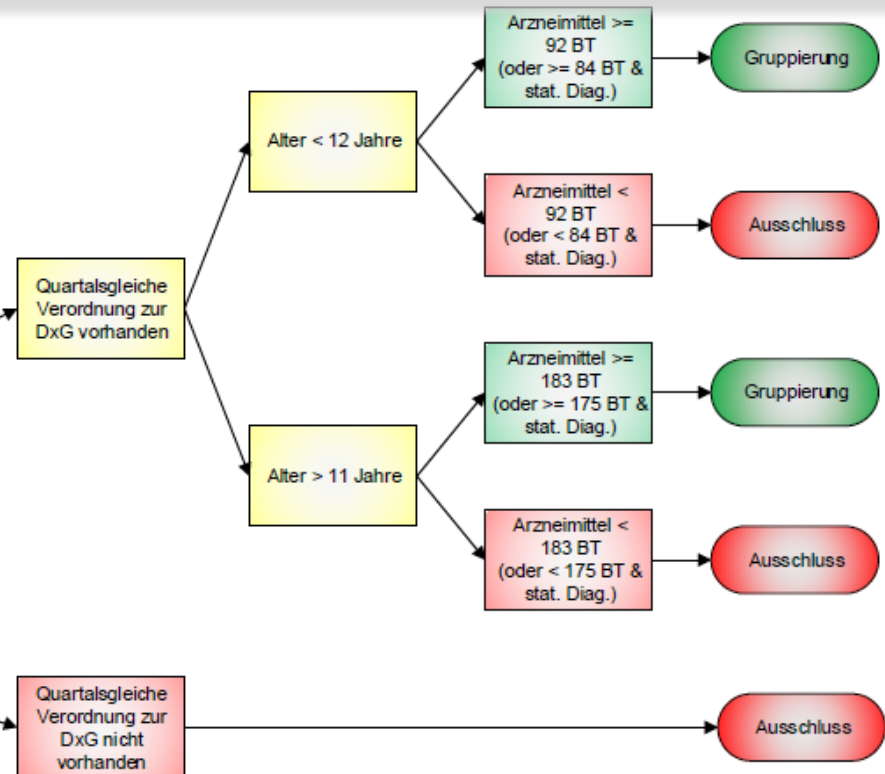
Im Morbi-RSA-Einführungsgutachten von 2005 sollte die ambulante Morbidität ausschließlich über Arzneimittel abgebildet werden. Die möglichen Wirkungen alternativer Ausgestaltungen von Arzneimittel-getriggerten Morbiditätsvariablen (auch vor dem Hintergrund der Debatte zur Manipulationsanfälligkeit ambulanter Diagnosen) sind bislang nicht systematisch auf ihren Beitrag in einer multidimensionalen Gesamtbetrachtung zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit des RSA für die GKV-Wettbewerbsordnung untersucht.

Arzneimittel zur Valdierung ambulanter Diagnosen (ohne Sonderfälle)



Arzneimittel mit Dauermedikation zur Schweregradifferenzierung

Sonderfall 1 DxGruppen	
DxG	Bezeichnung
DxG096	Therapie mit Insulin
DxG199	Juvenile Arthritis mit Dauermedikation
DxG200	Morbus Behcet mit Dauermedikation
DxG201	Entzündliche Wirbelerkrankungen mit Dauermedikation
DxG202	Näher bezeichnete Arthritis psoriatica mit Dauermedikation
DxG203	Nicht näher bezeichnete Psoriasis-Arthropathie mit Dauermedikation
DxG204	Chronische Polyarthritis mit Organbeteiligung mit Dauermedikation
DxG205	SLE / Riesenzellarteriitis / andere Erkrankungen des Bindegewebes mit Dauermedikation
DxG206	Rheumatoide Arthritis und andere entzündliche Polyarthropathien mit Dauermedikation
DxG207	Polymyalgia rheumatica mit Dauermedikation
DxG211	Nicht näher bezeichneter Rheumatismus mit Dauermedikation
DxG225	Hämophilie mit Dauermedikation
DxG237	Willebrandt-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation
DxG457	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Dauermedikation
DxG813	HIV / AIDS mit Dauermedikation
DxG814	HIV pos. Infektionsnachweis mit Dauermedikation
DxG836	Psoriasis und Parapsoriasis mit Dauermedikation
DxG840	Hypopituitarismus mit Somatropingabe
DxG846	Multiple Sklerose mit Dauermedikation
DxG847	Morbus Parkinson mit Dauermedikation
DxG848	COPD oder Emphysem mit Dauermedikation
DxG907	Chronischer Schmerz mit Dauermedikation
DxG917	Chronisch myeloische Leukämie und andere ...
DxG920	Chronische Virushepatitis mit Dauermedikation
DxG922	Morbus Crohn (Alter > 17 Jahre) mit Dauermedikation
DxG923	Colitis ulcerosa (Alter > 17 Jahre) mit Dauermedikation
DxG924	Entzündliche Darmerkrankung (Alter < 18 Jahre) mit Dauermedikation

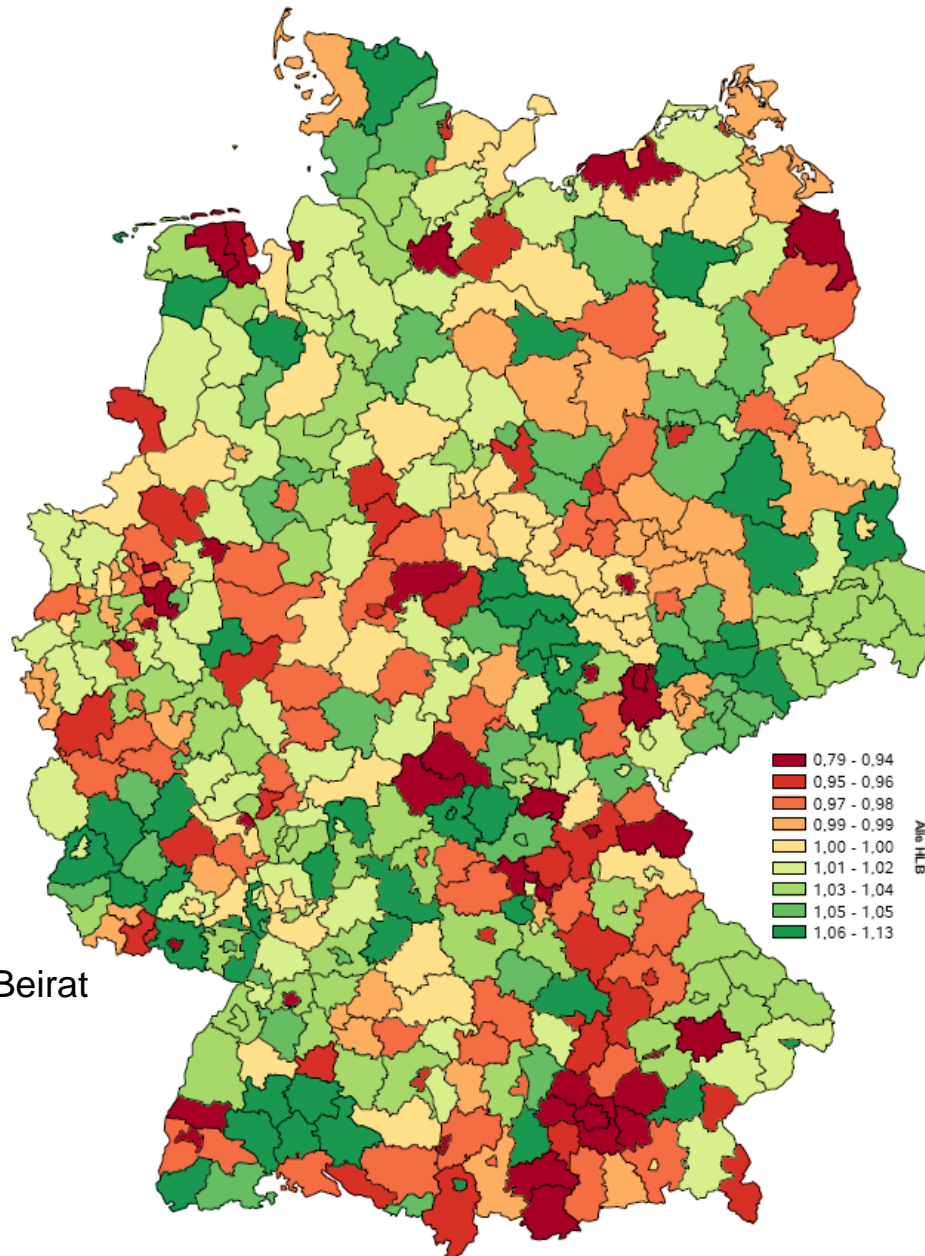


5. These:

Der Umgang mit regional unterschiedlichen Deckungsquoten nach Morbi-RSA (siehe nächste Folie) gehört zu den konzeptionell schwierigsten Fragen, deren Beantwortung neben Analysen auch Wertentscheidungen voraussetzt.

Für aktuelle empirische Analysen (etwa auch um die Interaktion mit anderen Reformvorschlägen untersuchen zu können) steht dem Wissenschaftlichen Beirat kein RSA-Datensatz mit Regionalkennzeichen zur Verfügung. Dies legt nahe, ein Folgegutachten zu erarbeiten.

Regionale Deckungsquoten nach Kreisen



Quelle: Wissenschaftlicher Beirat
für den Morbi-RSA (2011)

6. These:

Eine Streichung der Erwerbsminderungs (=EMR)-Variable im RSA würde eine deutliche Unterdeckung für diese gut identifizierbare Personengruppe bedeuten (s. nächste Folie). Dass bei diesen Personen Morbidität doppelt berücksichtigt würde, ist aufgrund der Methodik der multivariaten Regression schlicht Unfug.

Inwieweit es aus Gründen jenseits der Zielgenauigkeit vertretbar sein könnte, die Variable zu streichen, wird im Gesamtkontext der RSA-Evaluation (auch in der Interdependenz mit anderen diskutierten Veränderungen) zu diskutieren sein.

EMR-Koeffizienten im Morbi-RSA (2016)

EMG001	weiblich, unter 46 Jahre, EMR im Vorjahr	2906,68514
EMG002	weiblich, 46-55 Jahre, EMR im Vorjahr	1740,46841
EMG003	weiblich, 56-65 Jahre, EMR im Vorjahr	942,592567
EMG004	männlich, unter 46 Jahre, EMR im Vorjahr	2264,46909
EMG005	männlich, 46-55 Jahre, EMR im Vorjahr	1511,91063
EMG006	männlich, 56-65 Jahre, EMR im Vorjahr	1214,47148
Unterdeckung bei Streichung über alle 6 Gruppen:		14%

Mögliche Ursachen:

- Unvollständiges Krankheitsspektrum im RSA
- Schwerere Krankheitsverläufe
- Überadditivität bei Multimorbidität

7. These:

Der Einfluss denkbarer zusätzlicher Morbi-Proxy-Variablen (z.B. Arbeitslosigkeit, Zuzahlungsbefreiungsstatus..., siehe Beispiel nächsten 2 Folien) auf die Zielgenauigkeit des RSA und andere Kriterien einer multidimensionalen Gesamtschau nimmt nach den internationalen Erfahrungen mit zunehmender Morbiditätsorientierung ab, oft ohne komplett zu vernachlässigen zu sein. Die hier vorstellbaren zusätzlichen Variablen können im Sondergutachten wohl nur qualitativ erörtert, nicht hingegen empirisch auf dem GKV-Volldatenbestand untersucht werden.

Deckungsquoten nach Zuzahlungsbefreiungs-Status

Kennzeichen	Anzahl (Anteil) Versicherte	Ø Alter	Ø Leistungs- ausgaben in Euro	Ø Zuweisungen in Euro	Deckungs- quote
Nicht-Zuzahlungsbefreite nach §62 SGB V	2.327.761 (81,4%)	40,6	1.647 € ($\sigma=5.967$ €)	1.812 € ($\sigma=2.832$ €)	110%
Zuzahlungsbefreite nach § 62 SGB V	530.816 (18,6%)	57,0	6.020 € ($\sigma=12.733$ €)	5.297 € ($\sigma=6.802$ €)	88%
davon Zuzahlungsbefreite nach § 62 SGB V 1%	494.642 (17,3%)	58,6	6.217 € ($\sigma=12.918$ €)	5.490 € ($\sigma=6.902$ €)	88%
davon Zuzahlungsbefreite nach § 62 SGB V 2%	36.174 (1,3%)	35,2	3.332 € ($\sigma=9.462$ €)	2.657 € ($\sigma=4.472$ €)	80%
Doppelter Festzuschuss nach § 55 SGB V	77.724 (2,7%)	56,4	4.454 € ($\sigma=9.931$ €)	4.057 € ($\sigma=5.308$ €)	91%
Gesamt	2.858.577 (100%)	43,7	2.459 € ($\sigma=7.874$ €)	2.459 € ($\sigma=4.118$ €)	

Berechnet auf Daten der AOK RH; Quelle: Wasem et al. 2015

Ergebnisse der empirischen Analysen – Modellperformances

Modellname	Adj. R ²	CPM	MAPE
Basismodell	25,46%	24,45%	2.201 €
Modell 1.1 mit § 62	25,71%	24,87%	2.189 €
Modell 1.2 mit § 62: 1% und 2%	25,71%	24,88%	2.188 €
Modell 1.2 mit 12 Altersklassen	25,73%	24,94%	2.187 €
Modell 1.3 mit § 62 und § 55	25,71%	24,87%	2.189 €
Modell 1.3 mit § 62 und § 55 zeitgl.	26,40%	25,66%	2.166 €
Modell 1.4 mit § 62: 1 % und 2 % und § 55	25,71%	24,88%	2.188 €
Modell 2 (Nicht-Zuzahlungsbefreite nach § 62 SGB V)	18,32%	32,89%	1.627 €
Modell 2 (Zuzahlungsbefreite nach § 62 SGB V)	32,99%	8,87%	4.611 €
Modell 3	26,00%	25,14%	2.181 €



Bereits die Implementierung einer dummy-Variable für Versicherte mit § 62 SGB V steigert das R² um mehr als 0,2 Prozentpunkte...

8. These:

Ein „Risikopool“ verbessert einerseits die Zielgenauigkeit der GKV-Finanzierungsarchitektur (s. nächste Folie), vermindert andererseits die Effizienzreize. Zahlreiche konzeptionelle Fragen (z.B. Orientierung an Leistungsausgaben oder an Unterdeckung nach Morbi-RSA?) wären zu klären.

Performance von Modellen eines Hoch-Unterdeckungs-Pools

model	characteristics	R ²	CPM	MAPE
Status Quo	No special model	27,58%	25,40%	2.115 €
HCG-1	Single ex post dummy for FG > € 30k	50,98%	35,30%	1.834 €
HCG-2	Three ex post dummies for FG >€ 30k, >€ 50k or >€ 100k	62,89%	38,01%	1.757 €
HCP-1	Ex post pool: €30k > FG > 15k: 60% reimbursement rate; FG > €30k: 80 % reimbursement rate	78,14%	35,51%	1.829 €
HCP-2	Ex ante fixed pool budget. Reimbursement rate of FG: 60%	77,83%	40,35%	1.691 €

FG: Funding gap

CPM: Cumming's prediction measure

HCG: High Cost Groups – models

MAPE: Mean Average Prediction Error

HCP: High Cost Pool – models

Schillo et al (2016)

Schlussbemerkungen

- ▼ Der deutsche RSA ist der weltweit größte praktizierte Morbi-RSA.
- ▼ Ihm wird von den internationalen Experten eine gute Performance bescheinigt.
- ▼ Es gilt, ihn als „lernendes System“ kontinuierlich weiterzuentwickeln.
- ▼ Dabei sollte systematische Klarheit nicht vermeintlicher kurzfristiger Opportunität geopfert werden.
- ▼ Mehr systematische Klarheit wäre im Übrigen insbesondere auch für die wettbewerblichen Rahmenbedingungen des Kassenhandelns wünschenswert – denn der RSA ist kein Selbstzweck, sondern soll eine funktionale Wettbewerbsordnung als „technischer Kern“ von der Finanzierungsseite her absichern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Kontakt:

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Lehrstuhl für Medizinmanagement

Universität Duisburg-Essen

juergen.wasem@uni-due.de

www.mm.wiwi.uni-due.de

Tel.: 0201 183 4537