

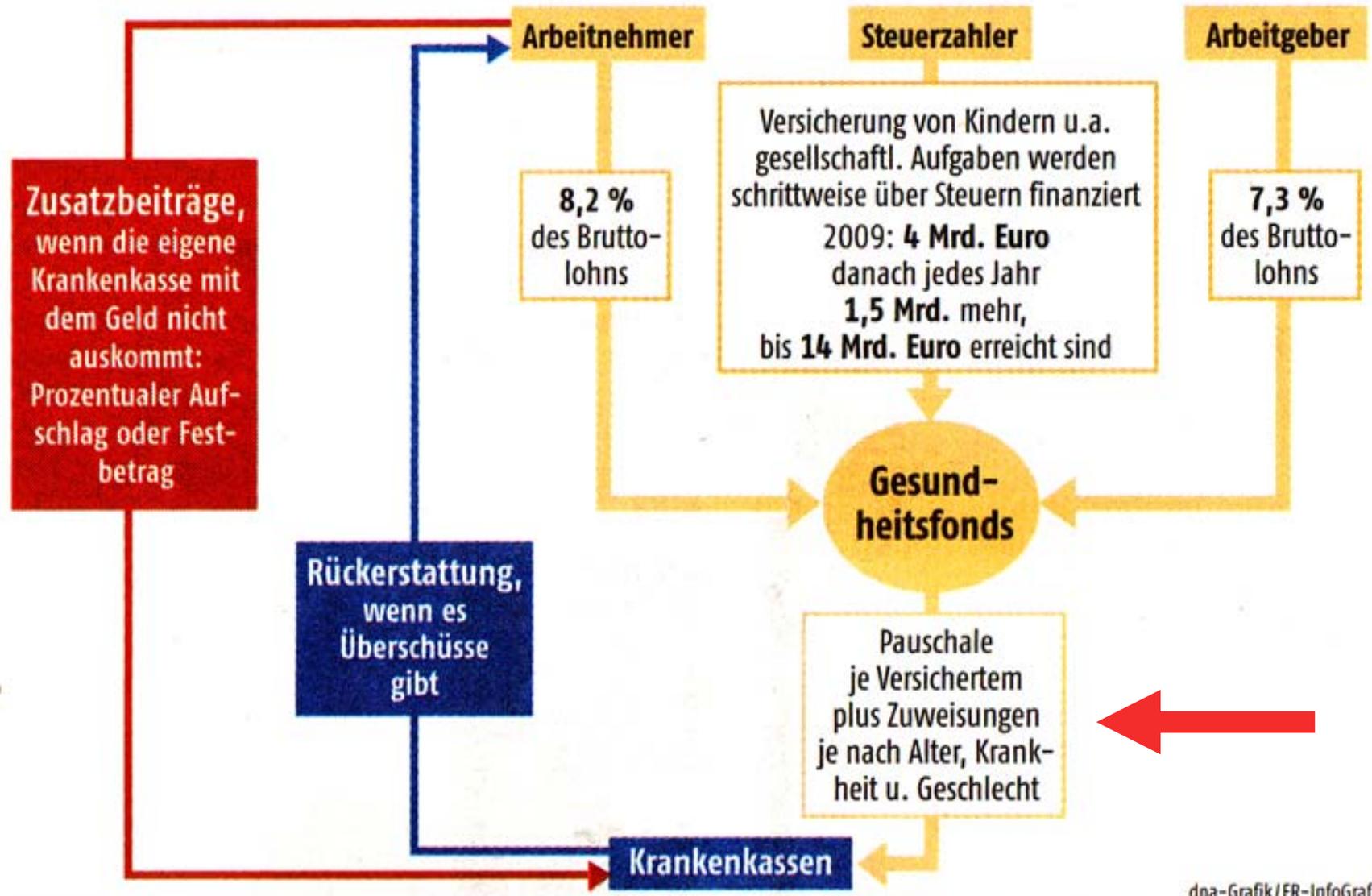


Gesundheitspolitisches Kolloquium
WS 2008 / 2009

Morbi-RSA und Fonds
- Mehr Rationalität im Finanzausgleich -

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

Der Gesundheitsfonds



**Entwurf eines wissenschaftlichen Gutachtens
für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten
zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich**

**Erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat
zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs**

(Berufung im Mai, erste Sitzung am 29. Mai 2007)

Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH, Technische Universität Berlin

Prof. Dr. Saskia Drösler, Fachhochschule Niederrhein, Krefeld

Prof. Dr. Gerd Glaeske (Vorsitzender), Universität Bremen

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Thomas Schäfer (stellv. Vorsitzender), Fachhochschule Gelsenkirchen

Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

RSA will für die Kassen die Situation risikoäquivalenter Einkünfte für die einzelnen Versicherten simulieren:

- Versicherte zahlen *keine* risikoäquivalenten Beiträge
- RSA gleicht in standardisierter Form Differenz zwischen gezahltem Beitrag und risikoäquivalentem Beitrag aus
- Grundentscheidung für RSA in Ländern mit wettbewerblicher GKV:

Niederlande, Belgien
Schweiz, Tschechien,
Slovakei, Israel
Teilmärkte des US-Gesundheitssystem

....

RSA-Gutachten 2000/2001 (IGES/ Cassel/ Wasem, Lauterbach/Wille):

- Status Quo-RSA wichtiger, aber nur begrenzter Beitrag zur Sicherung der Wettbewerbsordnung in der GKV im Hinblick auf den Abbau der systematischen Unter- und Überdeckung
- Es verbleiben mit dem RSA 1994 zu starke positive Anreize zur Risikoselektion und negative Anreize zum Engagement in der Versorgung Morbiditätsausgleich ungenau
- Indirekte Morbiditätsmerkmale (Alter, Geschlecht, EU) können nur 7% der Varianz in den Gesundheitsausgaben erklären
Beitragsbedarf für 33-jährige Frau (ohne DMP und EM-Rente): 1.279 Euro:
 - Kasse mit den teuersten 33-jährigen Frauen; 12.240 Euro
 - Kasse mit den günstigsten 33-jährigen Frauen: 186 Euro
- Daher kurzfristig: DMP und Risikopool und langfristig: direkte Morbiditätsorientierung

In der RSAV finden sich zwei Vorgaben:

- Erstens sollen die Krankheiten nach Wortlaut der Verordnung „eng abgrenzbar“, chronisch, schwerwiegend und kostenintensiv (1,5 fach über dem Versichertendurchschnitt) sein. Keine adversen Anreize (*§ 31 Abs. 1 Satz 4 RSAV*).
- Zweitens wird bezüglich des zu erstellenden Gutachtens gefordert, die zur Identifikation der ausgewählten 50 - 80 Krankheiten erforderlichen Codes der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (Diagnosen) sowie Arzneimittelwirkstoffe zu benennen.

Morbiditätszuschläge: Beispiel aus dem 2001er Gutachten

Beispiel	Status-Quo-RSA	Morbi-RSA
Weiblich, 62 Jahre Gesund	1.757 €	Basis 517 € Kein Zuschlag
Weiblich, 62 Jahre Diabetes (Insulin)	Nicht-DMP 1.757 € DMP 2.599 €	Basis 517 € Zuschlag: 2.405 €
Weiblich, 62 Jahre Multiple Sklerose	1.757 €	Basis 517 € Zuschlag: 8.400 €

Beiratsvotum unterschiedlich zum BMG/BVA :

- Im Jahre 2005 waren 23,2% der Versicherten von mindestens einer der 80 Krankheiten betroffen, auf diese entfielen im Jahr 2006 rund 60% der berücksichtigten GKV-Ausgaben.
- Weitere Schritte: Den Krankheiten bestimmte Arzneimittel zuordnen, Zuschläge für die jeweiligen Krankheiten / Krankheitsgruppen empfehlen
- Rücktritt des Beirates am 25.3.2008 wegen aus Sicht des Beirates nicht problematischen Veränderungen der Krankheitsliste auf Grund der Anhörungen – **wiss. Begründbarkeit vs. Rechtssicherheit, v.a. Einschluss präventabler Krankheiten und Volkskrankheiten wie Hypertonie, Depression oder Diabetes, ohne jede eigentlich geforderte „enge Abgrenzung“ und hohe Kosten**
- Jetzt 40% der Versicherten, 55% der prospektiven Kosten

Vergleich der Prävalenzgewichtungskriterien

Krankheitsnummer	Label	Linear	Wurzel	Logarithmus
29	Bösartige Neubildungen der Knochen	Nein	Ja	Ja
48	Schilddrüsen-Erkrankungen	Ja	Nein	Nein
58	Fettsucht / gestörtes Fettverteilungsmuster	Ja	Nein	Nein
69	Morbus Crohn	Nein	Ja	Ja
89	Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten	Ja	Ja	Nein
91	Bandscheibenerkrankungen (Bandscheibenvorfall)	Ja	Nein	Nein
128	Demenz	Ja	Ja	Nein
134	Depression	Ja	Ja	Nein
140	Systematrophien des ZNS	Nein	Nein	Ja
165	Herzstillstand	Nein	Nein	Ja
177	Hypertonie	Ja	Ja	Nein
213	Mukoviszidose	Nein	Ja	Ja
215	Asthma bronchiale	Ja	Ja	Nein

Tabelle 1: Ausschnitt aus Anhang 3 der Dokumentation zur Krankheitsfestlegung

Krankheitsnummer	Krankheit	Erwartete Mehrkosten	N 2006
74	Erkrankungen des Ösophagus, exkl. Ulkus und Blutung	203,27 €	138.563
181	Hypertonie	272,60 €	956.466
95	Osteoporose und Folgeerkrankungen	288,84 €	149.547
91	Osteoarthrose der großen Gelenke	301,37 €	273.528
216	Asthma bronchiale	378,86 €	157.098
123	Demenz	396,07 €	98.210
158	Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen	444,20 €	26.797
178	Erkrankungen der Herzklappen	466,91 €	83.148

Jagd auf Zuckerkrankte und Hochdruckpatienten



Chronisch Kranke sind wahrscheinlich in Zukunft die Lieblingspatienten der Krankenkassen. Dafür sorgt der neue Gesundheitsfonds mit seinem speziellen Umverteilungsmechanismus.

Foto: Bilderberg

Dienstag, 10. Juni 2008



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

An den
Spitzenverband Bund der Krankenkassen

An die Spitzenverbände der
am Risikostrukturausgleich beteiligten
Krankenkassen

(vorab per Email)

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1850
FAX +49 (0) 228 619 - 1841
E-MAIL Frank.Otto@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Herr Otto

DATUM 03. Juli 2008
AZ VII2 - 5572.11 - 922/2008
(bei Antwort bitte angeben)

Festlegungen gemäß § 31 Abs. 4 RSAV

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die Bekanntgabe der Festlegungen gemäß § 31 Absatz 4 RSAV. Ergänzend übermitteln wir Ihnen eine ausführliche Dokumentation des Festlegungsprozesses für die dem RSA zukünftig zugrunde zu legenden Morbiditätsgruppen, den Zuordnungsalgorithmus von Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, das Regressionsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. Otto

Anlagen

a) Aufgreifkriterium Diagnosen

Krankheitsfilter: Es werden ausschließlich die Diagnosen berücksichtigt, die den zu berücksichtigenden Krankheiten zuzuordnen sind.

b) Aufgreifkriterium Arzneimittel

Für alle auf diese Weise identifizierten DxG werden berücksichtigungsfähige Arzneimittel in Form ihrer ATC-Codes definiert (vgl. III. c)). In Abhängigkeit vom Charakter des Krankheitsgeschehens muss zusätzlich zum oben beschriebenen M2Q-Kriterium eine Mindestmenge an berücksichtigungsfähigen Arzneimitteln vorliegen, damit die Zuordnung eines betroffenen Versicherten zu einer Morbiditätsgruppe erfolgen kann. Während bei einem akuten Krankheitsgeschehen mindestens 10 definierte Tagesdosen (Daily Defined Doses, DDD) von Arzneimitteln der entsprechenden Auswahl für eine Zuordnung ausreichen, muss ein chronisches Krankheitsgeschehen hierfür die überwiegende Zeit eines Jahres mit Arzneimitteln behandelt worden sein. Dies entspricht einer Mindestmenge von 183 DDD. Zur Berechnung der relevanten DDD werden die dem Versicherten verordneten DDD der Arzneimittelauswahl je DxGruppe aufsummiert.

Beispiele aus Anlage 2 zu den Festlegungen des BVA vom 3.7.2008

58. Hypertonie

DxG	DxG-Label	Stationär erforderlich	Ambulante Arzneimittel	Verlauf	DDD
387	Essentielle Hypertonie	Nein	Eingrenzung klinische Relevanz	chronisch	183
388	Maligne Hypertonie	Nein	Ja	chronisch	183
389	Sekundärer Hypertonus	Nein	Ja	chronisch	183

Chronisch = 2 x im Jahreszeitraum die gleiche Diagnose (M2Q)

55. Ischämische Herzkrankheit

DxG	DxG-Label	Stationär erforderlich	Ambulante Arzneimittel	Verlauf	DDD
359	Akuter Myocardinfarkt	Ja	---	---	---
361	Instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkr.	Ja	---	---	---
363	Alter Myocardinfarkt	Nein	Ja	Chronisch	183
364	Angina pectoris	Nein	Ja	Chronisch	183

Chronisch = 2 x im Jahreszeitraum die gleiche Diagnose (M2Q)

43. Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks

DxG	DxG-Label	Stationär erforderlich	Ambulante Arzneimittel	Verlauf	DDD
311	Spina bifida, Hydroze- phalus, andere angebo- rene Anomalien des ZNS	Nein	Nein	---	---
316	Traumatische Rücken- marksläsion	Ja	---	---	---
317	Schwere zervikale / thorakale Rücken- marksläsion	Ja	---	---	---

Chronisch = 2 x im Jahreszeitraum die gleiche Diagnose (M2Q)

78. Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer Eingriffe oder medizinischer Behandlung

DxG	DxG-Label	Stationär erforderlich	Ambulante Arzneimittel	Verlauf	DDD
681	Mechanische, andere Komplikationen durch ein implantiertes Gerät...	Ja	---	---	---
689	Postoperative Infektion	Nein	Ja	Akut	10

Chronisch = 2 x im Jahreszeitraum die gleiche Diagnose (M2Q)

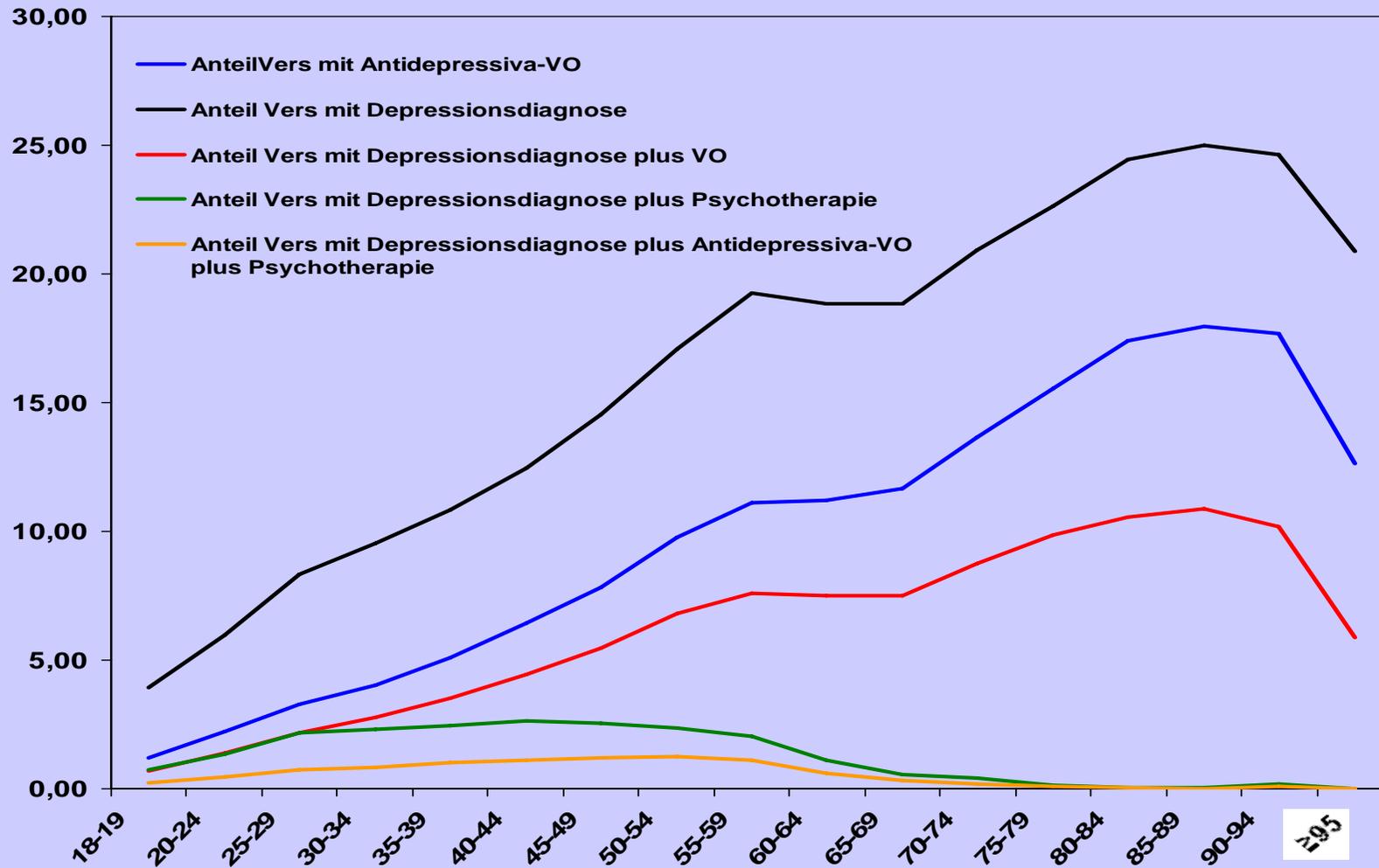
Zuweisungssystematik bei der Krankheit 38: Depressionen

2 Diagnosen pro Jahr ausreichend

Krankheit 38: Depression

DxG	Bezeichnung	Stationär erforderlich	Ambulante Arzneimittel*	Verlauf**	DDD
264	Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (major depressive disorders)	Nein	Nein	---	---
269	Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen, exkl. major depressive disorders und bipolare Störungen	Nein	Nein	---	---

Anteil weiblicher Versicherter mit einer Antidepressiva-Verordnung, ambulanter Diagnose und Psychotherapien 2006 nach Alter in %



Fairness und Rationalität der Fonds-Zuweisungen auf Grund des M-RSA sind zumindest fraglich,...

- weil gerade die Kosten der einzelnen „Volkskrankheit“ niedrig sind mit nicht eng abgrenzbaren Diagnosen. Daher entsprechen sie m. E. nicht dem „Geist“ der RSAV
- weil versucht wird, unter dem Eindruck des Fonds möglichst hohe Fondsanteile an Morbidität zu binden: Dann bleibt weniger zur Verteilung nach RSA-Kriterien übrig
- weil Strategien der Krankheitsvermeidung und Prävention nicht mehr ausdrücklich belohnt werden
- weil das System anfällig geworden ist für adverse Anreize („Quersubventionierung“ anderer Ausgaben)

Fairness und Rationalität der Fonds-Zuweisungen auf Grund des M-RSA zumindest fraglich,...

- weil das Kriterium einer angeblich ordnungspolitischen Zielvorstellung gesundheits- und finanzierungspolitischen Aspekten untergeordnet wurde
- weil die derzeitige Morbi-RSA-Systematik zur „Vermehrung von Kranken“/ Pathologisierung führen könnte
- weil es nicht mehr nur um kostenintensive Krankheiten, sondern um die Anzahl von Kranken geht, die sich zu einer „Versorgungslast“ addieren
- weil das Bemühen der Kassen, in die Gesundheit von Versicherten zu „investieren“, weniger als zuvor angereizt wird.
- „Gute Versicherte sind kranke Versicherte!“

Keine Frage – die Richtung ist vorgegeben!



Gesundheitsfonds-Modell: Konsequenzen

- Gesetzliche Krankenkassen benötigen zu ihren heute bestehenden ca. 7 Mio. Versichertenkonten (freiwillig Versicherte) weitere ca. 40 Mio. für die individuelle Kopfpauschale je erwachsenem Versicherten
- Umfangreiches Meldeverfahren zwischen Krankenkassen sowie Finanzamt, Arbeitgebern, Zahlstellen von Versorgungsbezügen, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit und dem staatlichen Gesundheitsfonds zusätzlich zu den heute bestehenden Meldewegen erforderlich
- Wettbewerb um Versorgungsqualität zum Wohle der Patienten bleibt aus, denn jede zusätzliche innovative oder attraktive Versorgung ist über die Kopfpauschale zu finanzieren

Gesundheitsfonds – politisches Schicksal einzelner, bürokratisches Monstrum für viele, Belastung für alle

- „Das Hauptproblem ist, dass Kanzlerin Angela Merkel ihren Namen eng mit dem Fonds verbunden hat. Es ist das einzige innerpolitische Thema, bei dem sie selbst einen starken Akzent gesetzt hat. Es steht zu befürchten, dass die Kanzlerin sich durchsetzt und wir den Fonds einführen, obwohl kein einziger Wissenschaftler dafür ist und die Basis von Union und SPD eindeutig dagegen ist.“

Karl Lauterbach, SZ 5.3.2008

- Abstimmung im Bundestag über den Einheitsbeitrag und den Fonds am 17.10.2008, steht uns demnächst auch die Einheitskasse bevor? Staatliche Verantwortung für die Finanzierung der GKV – einheitlich für alle rd. 200 Kassen

Gesundheitsfonds-Modell

Anreizsystematik kassenindividueller Kopfpauschale grob falsch

- Gesamte Morbiditätsdynamik liegt auf Pauschale, Einheitsbeitrag eher wettbewerbsfeindlich (notwendig der Wettbewerb um Qualität und Effizienz) – Kritik daran „unverschämt“ (U. Schmidt 6.10.08)
- Diskriminierung und Zurückhaltung bei der Finanzierung von
 - notwendigen ergänzenden Leistungen (z.B. Reha) für kranke Menschen
 - Beratungskompetenz und Service-Orientierung der Krankenkassen
 - flexiblen lokalen Netzwerken zur Versorgungsgestaltung
 - Präventionsangeboten
- Je größer die Fonds-Unterdeckung, desto stärker die Entlastung der Arbeitgeber und die Belastung der Versicherten (Kopfpauschale)

Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

- „Kein einziger Krankenkassenvorstand kann verlässlich seinen Haushalt kalkulieren.

Die spekulative Haushaltsaufstellung ist von der Politik zu verantworten und kann nicht als sehr seriös betrachtet werden.

Die Regierung macht die Krankenkassenvorstände in Zeiten, in denen alles von der Banken- und Finanzkrise spricht, zu Spekulanten.“

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

"Der Fonds ist so überflüssig wie eine Autobahnbrücke ohne Autobahn"

(Karl Lauterbach, Süddeutsche Zeitung vom 05.03.2008)

