

**Handelsblatt-Tagung Health 2016**  
**Berlin, den 25. Oktober 2016**

## Ermöglich der Morbi-RSA faire GKV- Finanzierungssströme?

Jürgen Wasem

Lehrstuhl für Medizinmanagement  
der Universität Duisburg-Essen

Essener Forschungsinstitut für  
Medizinmanagement GmbH (EsFoMed)



Alfried Krupp von Bohlen und Halbach  
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement  
Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem



## **Übersicht über „Reform-Bausstellen“ (alphabetische Sortierung)**

- ▶ Arzneimittel im Morbi-RSA
- ▶ Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Erwerbsminderungs-Gruppen
- ▶ Krankengeld-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung
- ▶ Regionalfaktor
- ▶ Risikopool
- ▶ Sozioökonomische Faktoren

# **Übersicht über „Reform-Bausstellen“ (alphabetische Sortierung)**

- ▶ Arzneimittel im Morbi-RSA
- ▶ Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Erwerbsminderungs-Gruppen
- ▶ Krankengeld-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung
- ▶ Regionalfaktor
- ▶ Risikopool
- ▶ Sozioökonomische Faktoren

# Arzneimittel im Morbi-RSA /1

- Arzneimittel werden zur Diagnosen-Validierung und als Kostentreller benutzt
- Als Kostentreller jedoch bislang in aller Regel nur „Dauermedikation ja/nein“ ohne Differenzierung zwischen Arzneimitteln
- Kontroverse Diskussion (zwischen den Kassen, aber auch im Wiss. Beirat) über eine mögliche Differenzierung zwischen „teuren“ und „preiswerten“ Arzneimitteln in einer Indikation
- Beispiel: Die HMG 198 („Juvenile rheumatoide Arthritis mit Dauermedikation“) könnte gesplittet werden in „...mit Biologika“ und „....mit Methotrexat“)

# Arzneimittel im Morbi-RSA /2

- ▶ Neue Arzneimittel kommen nur mit einer erheblichen Verzögerung im Morbi-RSA an
  - Diskussion über den Umgang mit neuen Arzneimitteln
- ▶ Der Einsatz eines teuren Arzneimittels im ersten Jahr der Diagnosestellung wird aufgrund des prospektiven Modellles bei dem entsprechenden Versicherten nicht berücksichtigt
  - Teilweise mit Einsatz nur im ersten Jahr (z.B. Lemtrada bei MS)
  - Diskussionen über den Umgang mit dem ersten Jahr / prospektiven Modell

# **Übersicht über „Reform-Bausstellen“ (alphabetische Sortierung)**

- ▶ Arzneimittel im Morbi-RSA
- ▶ Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Erwerbsminderungs-Gruppen
- ▶ Krankengeld-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung
- ▶ Regionalfaktor
- ▶ Risikopool
- ▶ Sozioökonomische Faktoren

# Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen

- RSA weist für Auslandsversicherte die Durchschnittsausgabe für Versicherte mit gleichem Alter und Geschlecht zu
  - Vermutlich bei den meisten Ländern Überdeckungen
  - Unschärfen wegen nicht hinreichend differenzierter Buchungspraxis (Stichworte: Inlandsausgaben von Auslandsversicherten, Urlaubsausgaben von Inlandsversicherten)
  - Übergangsregelung des GKV-FQWG: globale Kürzung bei globaler Überdeckung
  - Vorschlag Gutachten Wasem et al.: Länderspezifische Zuweisungen realisieren
  - Kontrovers zwischen den Kassen aufgrund der unterschiedlichen Anteile und Verteilungen der Auslandsversicherten

## **Übersicht über „Reform-Bausstellen“ (alphabetische Sortierung)**

- ▶ Arzneimittel im Morbi-RSA
- ▶ Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen
  - ▶ Erwerbsminderungs-Gruppen
  - ▶ Krankengeld-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung
- ▶ Regionalfaktor
- ▶ Risikopool
- ▶ Sozioökonomische Faktoren

# EMR-Koeffizienten im Morbi-RSA (2016)

<b>EMG001</b>	weiblich, unter 46 Jahre, EMR im Vorjahr	2.906,69 €
<b>EMG002</b>	weiblich, 46-55 Jahre, EMR im Vorjahr	1.740,47 €
<b>EMG003</b>	weiblich, 56-65 Jahre, EMR im Vorjahr	942,59 €
<b>EMG004</b>	männlich, unter 46 Jahre, EMR im Vorjahr	2.264,47 €
<b>EMG005</b>	männlich, 46-55 Jahre, EMR im Vorjahr	1.511,91 €
<b>EMG006</b>	männlich, 56-65 Jahre, EMR im Vorjahr	1.214,47 €

Mögliche Ursachen:

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

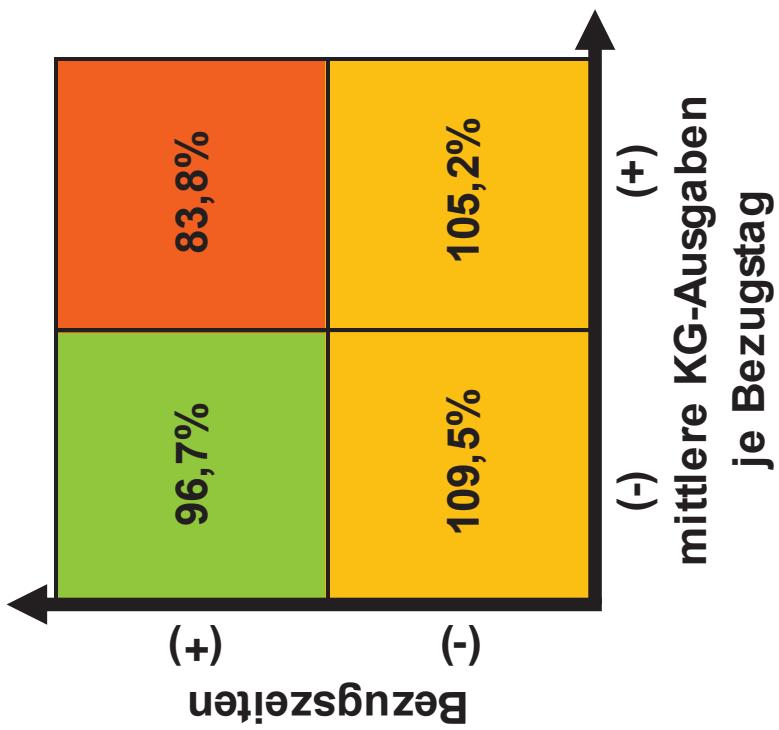
## Erwerbsminderungs-Gruppen /2

- ▶ Von Krankenkassen mit unterdurchschnittlichem Anteil an Erwerbsminderungsrentnern wird Streichung gefordert
- ▶ Das von IGES/Glaeske für die RSA-Allianz erstellte Gutachten begründet Streichung u.a. mit folgenden Argumenten:
  - Die meisten Versicherten mit EMG seien auch bei Streichung ausreichend gedeckt (laut BVA wären sie allerdings durchschnittlich anschl. um 15 % unterdeckt).
  - Individuelle Zuweisungsgenauigkeit über alle Versicherten sinke nur sehr geringfügig
    - Verbesserung der Chancengleichheit im Kassenwettbewerb
  - Kassen sprechen auch von einer doppelten Berücksichtigung bei Zuweisungen, da EMG ein indirekter Morbi-Indikator ist und Morbidität zudem direkt über HMGs berücksichtigt wird

## **Übersicht über „Reform-Bausstellen“ (alphabetische Sortierung)**

- ▶ Arzneimittel im Morbi-RSA
- ▶ Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Erwerbsminderungs-Gruppen
  - ▶ Krankengeld-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung
- ▶ Regionalfaktor
- ▶ Risikopool
- ▶ Sozioökonomische Faktoren

## Die Ausgangssituation: Mengen- und Preiskomponente beim Krankengeld, Deckungsquoten nach Kassentyp



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

## Die Problemklage ist lange bekannt, was gibt es Neues?

- ▶ Bisherige Gutachten (IGES, Cassel, Wasem 2001; IGES, Lauterbach, Wasem 2004, Wissenschaftlicher Beirat 2011) kamen immer zu dem Ergebnis, neue Modelle seien nicht besser als der Status quo
- ▶ Ein Grund waren vermutlich Datenlimitationen, insbesondere: es stand nicht das individuelle KG-relevante Einkommen zur Verfügung
- ▶ Neueste Gutachten (WIG<sup>2</sup>, IGES, Wille, Greiner sowie Wasem, Schillo, Lux) können beide (WIG<sup>2</sup>: für 8%, Wasem für 65% des KG-relevanten Marktes) auf eine erweiterte Datenbasis zurückgreifen
- ▶ Es zeichnet sich ab, dass Wasem (1993) doch zielführend sein könnte:
  - Standardisierung der Mengenkomponente über eine bessere Morbiditätsabbildung
  - Finanzierung der standardisierten KG-Tage unter Berücksichtigung des individuellen Einkommens/ KG-Zahlbetrags
- ▶ Ggf. Branche, Tätigkeitsschlüssel (?), Region (?) als ergänzende Merkmale
- ▶ Ggf. Risikopool / partielle Ist-Ausgaben-Ausgleiche für verbleibende Fehldeckungen

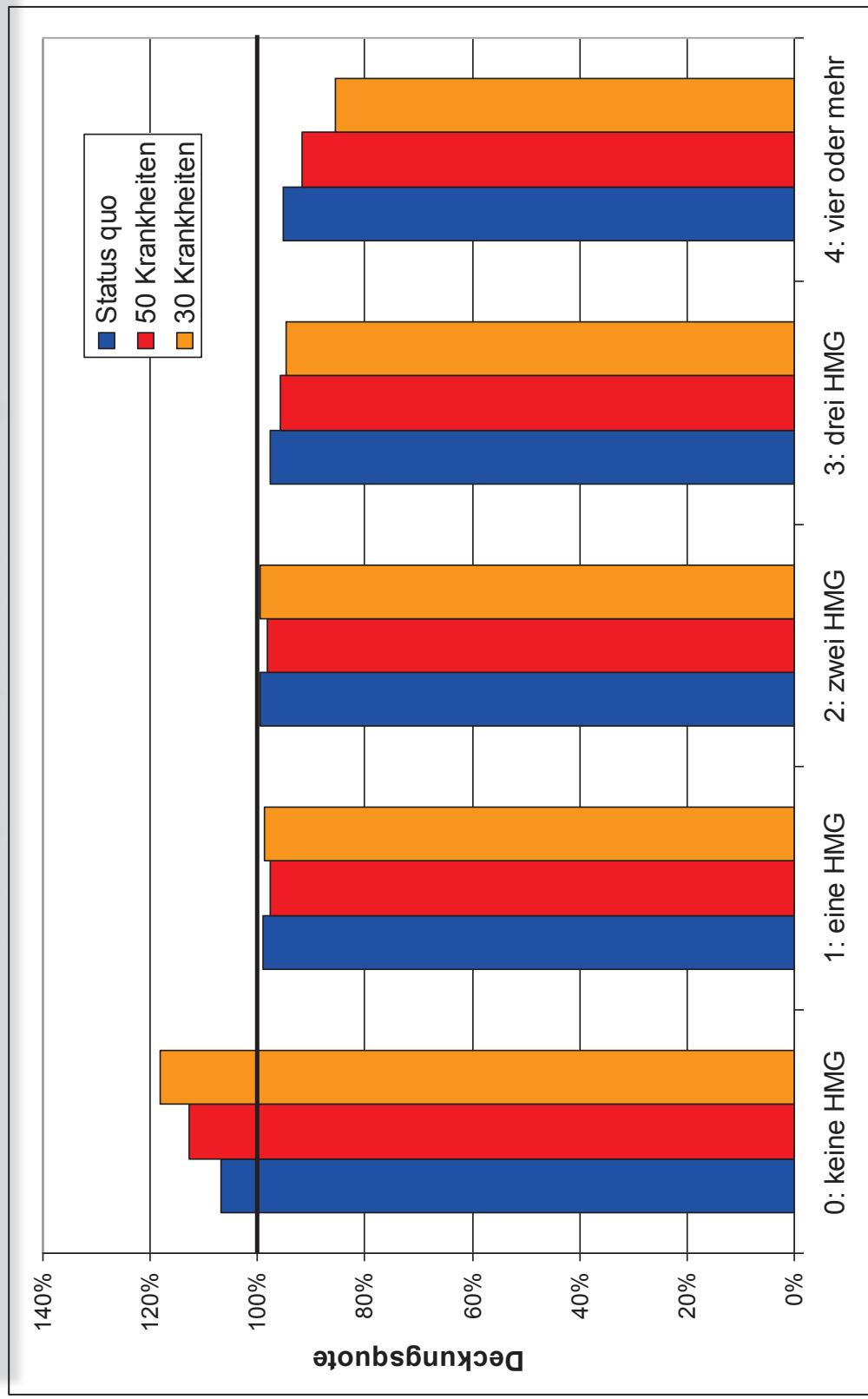
## **Übersicht über „Reform-Bausstellen“ (alphabetische Sortierung)**

- ▶ Arzneimittel im Morbi-RSA
- ▶ Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Erwerbsminderungs-Gruppen
- ▶ Krankengeld-Gruppen und Zuweisungen
  - ▶ Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung
- ▶ Regionalfaktor
- ▶ Risikopool
- ▶ Sozioökonomische Faktoren

# Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung /1

- ▶ GKV-WSG hatte als politischen Kompromiss entschieden, Morbi-Zuschläge (neben Alter, Geschlecht, EMG) für 50-80 Krankheiten einzuführen; vom BVA wird seit 2009 jeweils eine 80er Liste umgesetzt
- ▶ Umfang und Ausgestaltung der Krankheitsliste gab es von Beginn an in der Kontroverse:
  - Forderungen nach Rückführung von aktuell 80 auf 30-50 Krankheiten

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



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

## Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung /2

- ▶ GKV-WSG hatte als politischen Kompromiss entschieden, Morbi-Zuschläge (neben Alter, Geschlecht, EMG) für 50-80 Krankheiten einzuführen; vom BVA wird seit 2009 jeweils eine 80er Liste umgesetzt
- ▶ Umfang und Ausgestaltung der Krankheitsliste gab es von Beginn an in der Kontroverse:
  - Forderungen nach Rückführung von aktuell 80 auf 30-50 Krankheiten
  - Forderungen nach Fortfall der Begrenzung auf 50-80 Krankheiten
  - Forderungen nach weniger starker Gewichtung häufiger zugunsten seltener aber teurerer Erkrankungen bei den 80
  - Forderung nach Nicht-Berücksichtigung von durch Prävention vermeidbaren Erkrankungen
  - Forderung, ambulante Diagnosen bei der Krankheitsauswahl nicht zu berücksichtigen
  - Jüngste Gutachten etwa für die RSA-Allianz (IGES/Glaeske/Greiner)

# Prävalenzgewichtung bei Krankheitsauswahl

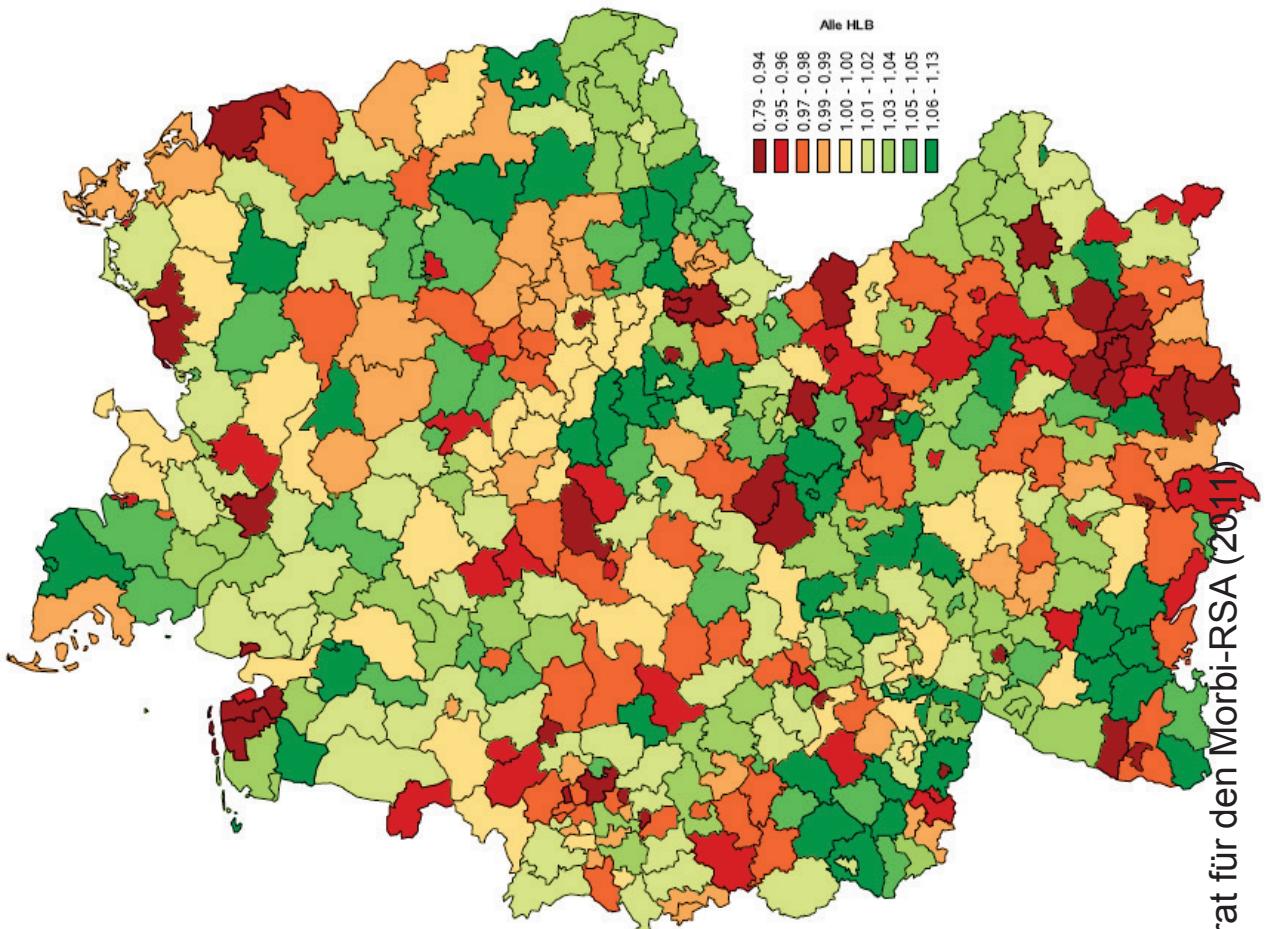
Modelle	Beschreibung	R <sup>2</sup>	CPM	Kennzahlen	MAPE
Auswahlkrankheiten		14,77%	19,15%		2.057,94 €
natürlicher_Logarithmus		14,96%	19,77%		2.042,12 €
Auswahlkrankheiten_Wurzel_4		15,00%	19,87%		2.039,45 €
Auswahlkrankheiten_Wurzel_3		15,01%	19,89%		2.038,94 €
Auswahlkrankheiten_Wurzel_2,5					
<b>Auswahlkrankheiten_Wurzel (Referenzwerte)</b>		<b>15,02%</b>	<b>19,99%</b>		<b>2.036,39 €</b>
Auswahlkrankheiten_Wurzel_1,5		15,01%	20,03%		2.035,38 €
Auswahlkrankheiten_Wurzel_1,25		14,99%	20,12%		2.033,23 €
Auswahlkrankheiten ungewichtet		14,85%	20,09%		2.034,00 €
Auswahlkrankheiten quadriert		14,31%	19,55%		2.047,64 €

Quelle: Wissenschaftlicher Beirat 2015

## **Übersicht über „Reform-Bausstellen“ (alphabetische Sortierung)**

- ▶ Arzneimittel im Morbi-RSA
- ▶ Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Erwerbsminderungs-Gruppen
- ▶ Krankengeld-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung
  - ▶ Regionalfaktor
  - ▶ Risikopool
- ▶ Sozioökonomische Faktoren

## Regionale Deckungsquoten nach Kreisen



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

# Regionalfaktor

- Regionaldimension des RSA sehr früh bereits in der Diskussion (z.B. Wille/Ulrich 1996; Jacobs/Reschke/Wasem 1998)
- Bundesweiter RSA berücksichtigt keine regional unterschiedlichen Kostenniveaus (- „sozialisiert“ aber vorher regional unterschiedliche Einkommensniveaus sowie Regionalunterschiede nach Alter, Geschlecht, EMG-Status und Morbidität)
- Vorschläge, einen Set von Regionalvariablen (Kreis, Land, Raumordnungsregionen, anders aggregiert) einzuführen
- Kontroverse Diskussion der allokativen, distributiven und anreiztheoretischen Konsequenzen

## **Übersicht über „Reform-Bausstellen“ (alphabetische Sortierung)**

- ▶ Arzneimittel im Morbi-RSA
- ▶ Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Erwerbsminderungs-Gruppen
- ▶ Krankengeld-Gruppen und Zuweisungen
- ▶ Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung
- ▶ Regionalfaktor
  - ▶ Risikopool
- ▶ Sozioökonomische Faktoren

# „Spitzenreiter“ der Morbi-Zuschläge (Abschlagsverfahren für das Jahr 2016)

Risiko-gruppe	Bezeichnung	Jährliche Zu- und Abschläge
1 HMG285	Mukopolysaccharidose Typ II + VI mit ERT	531.543,08 €
2 HMG284	Morbus Pompe	379.000,42 €
3 HMG281	Morbus Gaucher mit ERT/SRT, Morbus Niemann Pick mit SRT, Mukopolysaccharidose mit ERT	310.962,77 €
4 HMG035	Hämophilie oder Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Dauermedikation	264.714,50 €
5 HMG282	Morbus Fabry mit ERT	222.031,26 €
6 HMG038	Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Bedarfsmedikation	147.483,75 €
7 HMG036	Hämophilie: Männer mit Bedarfsmedikation	110.753,18 €
8 HMG259	Vollständige traumatische zervikale Rückenmarksäusion	92.960,90 €
9 HMG250	Störungen des Harnstoffzyklus mit Natriumphenylbutyrratherapie, PKU/HPA mit BH4-Responsivität, Tyrosinämie mit Nitroso-N-Gabe	51.526,31 €
10 HMG130	Dialysestatus	44.837,16 €
11 HMG292	Vollständige thorakale Rückenmarksäision / Locked-in-Syndrom	39.552,07 €
12 HMG261	Chronisch myeloische Leukämie und andere nicht-akute Leukämien mit Tyrosinkinase-Inhibitoren	39.427,94 €
13 HMG297	Apallisches Syndrom	32.848,96 €
14 HMG217	Mukoviszidose (Alter > 11 Jahre)	31.439,08 €
15 HMG178	Versagen eines Stammzelltransplantates / chronische GvHD ausgeprägte Form	27.681,38 €
16 HMG179	Akute GvHD Schweregrad III/IV	27.681,38 €
17 HMG045	Erworbene hämolytische Anämien, schwerwiegende refraktäre Anämien und myelodysplastischen Syndrome	25.663,66 €
18 HMG172	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates	25.276,97 €
19 HMG268	Lungenmetastasen, Metastasen der Verdauungsorgane, Tumorlyse-Syndrom	22.496,15 €
20 HMG173	Komplikation nach Lebertransplantation	19.793,83 €

Zusammengestellt und berechnet nach:

<http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/bekanntmachungen/bekanntmachung/article/bekanntmachung-zum-gesundheitsfonds-nr-12016.html>:  
Datum des Zugriffs: 19.08.2016



## Performance bei einer Wiedereinführung des Risikopools (wie bis 2008) auf der Individualebene (mit Krankengeld)

	R <sup>2</sup>	CPM	MAPE
Status quo	19,6%	21,5%	1.954
Mit Risikopool	54,8%	27,2%	1.811

Quelle: *Wissenschaftlicher Beirat 2011*

- Zahlreiche Gestaltungsoptionen:
- Anknüpfen an Leistungsausgaben (wie bis 2008) oder an Unterdeckung nach Morbi-RSA?
  - Schwellenwerte
  - Ausgleichssätze
  - ....

## **Übersicht über „Reform-Bausstellen“ (alphabetische Sortierung)**

- ▶ Arzneimittel im Morbi-RSA
  - ▶ Auslandsversicherten-Gruppen und Zuweisungen
  - ▶ Erwerbsminderungs-Gruppen
  - ▶ Krankengeld-Gruppen und Zuweisungen
  - ▶ Krankheitsliste: Ausbau, Abbau, Umgestaltung
  - ▶ Regionalfaktor
  - ▶ Risikopool
- ▶ Sozioökonomische Faktoren

## Deckungsquoten nach Zuzahlungsbefreiungs-Status

Kennzeichen	Anzahl (Anteil) Versicherte	$\bar{x}$ Alter	$\bar{x}$ Leistungs- ausgaben in Euro	$\bar{x}$ 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

# Sozioökonomische Faktoren

- ▶ Ein internationaler Überblick zeigt, dass sozioökonomische Faktoren RSA-Systemen als Ausgleichsvariable Verwendung finden
- ▶ Unterschiedliche Gründe, warum die Deckungsquoten nach sozialen Schichten differieren
- ▶ Aufnahme sozioökonomischer Faktoren würde Modellperformance verbessern und Anreize zur Risikoselektion minimieren

## Schlussbemerkung

- ▶ Eine Fülle von Einzelschlägen liegen auf dem Tisch
- ▶ Die Variablen, die mit den Vorschlägen adressiert werden, weisen Interdependenzen auf
- ▶ Notwendigkeit ist daher eine Gesamtschau
- ▶ Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim BVA sollte daher mit einer Gesamtevaluation beauftragt werden – besser heute als morgen oder gar erst nach der BT-Wahl

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Ich freue mich auf  
eine spannende Diskussion.**

**Prof. Dr. Jürgen Wasem**

Gesundheitsökonomisches Zentrum der  
Universität Duisburg-Essen  
[juergen.wasem@medman.uni-due.de](mailto:juergen.wasem@medman.uni-due.de)

tel.: 0201-183-4072

[www.mm.wiwi.uni-due.de](http://www.mm.wiwi.uni-due.de)