

BLIKKWINKEL

Der gesundheitspolitische Check-Up des IKK e.V.

12. Dezember 2018
4/2018



Editorial

Von *Hans-Jürgen Müller, Vorstandsvorsitzender IKK e.V.*
und *Hans Peter Wollseifer, Vorstandsvorsitzender IKK e.V.*

Liebe Leserin, lieber Leser!

Im Vergleich mit anderen Nationen verzeichnet das deutsche Gesundheitssystem keine allzu grandiose Bilanz. Das betonte der EU-Gesundheitskommissar zuletzt in einem Interview. Wenn es um das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zur Lebenserwartung geht, so schneiden wir unter Effizienzgesichtspunkten schlecht ab. Mit rund 5.000 Euro pro Kopf und Jahr leisten wir uns im Euroraum den zweithöchsten Ausgabenblock hinter Luxemburg. Gleichzeitig sterben in keinem anderen Land in Westeuropa die Menschen früher. Die Gründe für diese Entwicklung sind vielfältig. Die Erkenntnis, dass es Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt, ist nicht neu. Aber was tun?

Der fehlende Wettbewerb um die Qualität der Versorgung ist sicherlich ein Aspekt. Der Mangel an Transparenz ein anderer. Der ehemalige Bundesgesundheitsminister Gröhe hat in seiner Amtszeit der Versorgungsqualität einen größeren Stellenwert beigegeben. Darüber hinaus hat er die Idee eines Gesundheitsportals in den politischen Raum gestellt. Die Richtung stimmt und trotzdem scheint es hier noch viel Luft nach oben zu geben.

Ein Beispiel: Gefördert werden soll die Qualität z.B. im stationären Bereich vielfach über sog. Komplexpauschalen. Eine Pauschale kann abrechnen, wer bestimmte Mindestmerkmale erfüllt. Sie soll die Vorhaltkosten für personelle und strukturelle Ressourcen abdecken und damit eine flächendeckende Versorgungsstruktur gewährleisten. Selbstverständlich muss das überprüfbar sein. Hierfür müssen die Kriterien eindeutig beschrieben werden.

Dies war offenbar im Fall der Komplexpauschalen Schlaganfall und Geriatrie nicht der Fall, ansonsten hätten die diesbezüglichen BSG-Urteile nicht eine derartige Welle geschlagen.

Jetzt wurde auf der Bundesebene zwischen BMG, Deutscher Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Kassen eine Empfehlung ausgesprochen, die Rechtsfrieden, Planungs- und Versorgungssicherheit zum Ziel hat. Das ist sicherlich gut so, denn die von allen Seiten emotional geführte Debatte hatte das Potenzial, das Vertrauen der Patienten und der Beitragszahler in die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu untergraben. Dennoch bleibt die Frage nach der Qualität der Versorgung aktuell. Denn die Beitragszahler, Versicherten und Arbeitgeber, haben ein Recht darauf, dass die geforderte Qualität nicht nur auf dem Papier steht, sondern im Bedarfsfall auch sichergestellt wird.

Wir wünschen uns daher für das neue Jahr, dass die von der Bundesregierung in der 18. Legislaturperiode unternommenen Anstrengungen in Punkto Qualität weitergeführt werden. Aus Versicherungssicht geht es um Transparenz, aus Leistungserbringersicht um Planungssicherheit und aus politischer Sicht um Versorgungssicherheit. Ein Dreiklang, den es gilt, unter einem Hut zu bekommen.

Herzlichst

Inhalt:

Versorgungsqualität | GSAV | Schwerpunkt: Morbi-RSA |
Rückblick 19. Plattform Gesundheit | Was wir sagen |
Impressum

Meine Sicht

Jürgen Hohnl
Geschäftsführer IKK e.V.

Seit Amtsantritt schiebt Bundesgesundheitsminister Spahn ein Großprojekt nach dem anderen an. Sei es das GKV-Versichererentlastungsgesetz (GKV-VEG) oder das Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz (TSVG). Die Kassen haben schwere Pakete aufgeladen bekommen und weitere Belastungen stehen bevor (Stichwort Anhebung der Vergütung für Physio- und Ergotherapeuten etc.) Positiv überrascht sind wir nun aber vom „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)“. Der Referentenentwurf berücksichtigt Aspekte, die wir lange gefordert haben.

Besonders zwei Aspekte begrüßen wir: Zum einen die Neuordnung der Erstattungsansprüche der Kasse nach einem Arzneimittelrückruf. Bis dato waren die Kassen gezwungen bei Rückruf eines Medikamentes die Verschreibung auch des Folgearzneimittels zu bezahlen. Ein Unding! Der Referentenentwurf sieht nun vor, dass der pharmazeutische Unternehmer die Aufwendungen für eine erneute Verordnung und Abgabe eines mangelfreien Arzneimittels sowie für Zahlungen erstatten muss. Zum anderen sollen im Hinblick auf parenterale Zubereitungen in der Onkologie Apotheker künftig für die Zubereitung mit pauschal 110 Euro vergütet werden – zunächst eine deutliche Mehrbelastung der

Kassenseite. Bei geschickter Umsetzung der auf Landesebene einheitlich und gemeinsam auszuhandelnden Rabattverträge können die Kassen und damit auch die Beitragszahler profitieren. Doch bei allem Lob für den Referentenentwurf des GSAV: Ärgerlich aus Sicht der Selbstverwaltung ist, dass der Gesetzgeber in die Definition der Verbandsmittel eingreift – im G-BA hatten sich Ärzte und Kassen bereits auf eine engere Verbandsmitteldefinition verständigt. An anderer Stelle kritisiert man häufig eine angebliche Arbeitsunfähigkeit der Selbstverwaltung – hier unterhöhlt man ohne Not ihre Souveränität.

Grenzen des Morbi-RSA

Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist ein unverzichtbares Element der solidarischen Wettbewerbsordnung innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die 2009 eingeführte Morbiditätsorientierung brachte wesentliche Vorteile mit sich, führte jedoch zu einer Schwächung der Präventionsanreize und erhöhte die Manipulationsanfälligkeit des Systems. Ob diese Probleme innerhalb des RSA gelöst werden können bzw. sollten ist fraglich. Der IKK e.V. hat die hiermit zusammenhängenden Fragen auf seiner letzten Plattform Gesundheit im November 2018 diskutiert (siehe Veranstaltungsrückblick nächste Seite). Mit dabei: Prof. Dr. Robert Nuschler, Professor an der Universität Augsburg und neuberufenes Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates des Bundesversicherungsamts. In dieser Ausgabe des BLIKKWINKEL resümiert er die aus seiner Sicht wichtigen Aspekte in der Morbi-RSA-Diskussion.



Prof. Dr. Robert Nuschler
Universität Augsburg

Der Risikostrukturausgleich (RSA) bildet den Kern der solidarischen Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ohne einen derartigen Ausgleich würden Versicherte mit geringem Erkrankungsrisiko Gewinne

versprechen, während bei Versicherten mit hohem Erkrankungsrisiko mit Verlusten zu rechnen wäre. Die Krankenkassen hätten somit einen Anreiz, Risikoselektion zu betreiben. Eine gute Risikostruktur verspricht nicht nur einen Gewinn, sondern verschafft einer Krankenkasse auch einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Krankenkassen mit einer schlechten Risikostruktur. In einer solchen Situation könnte man nicht erwarten, dass der Wettbewerb um Versicherte zu Effizienz und hoher Qualität führt. Genau an diesem Problem setzt der RSA an und reduziert Selektionsanreize sowie den Zusammenhang zwischen Risikostruktur und Wettbewerbsfähigkeit. Wie gut dies gelingt hängt von der Leistungsfähigkeit des RSA ab, die regelmäßig evaluiert werden sollte.

Den wohl wichtigsten Beitrag zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des RSA hat die Einführung der Morbiditätsorientierung im Jahr 2009 geleistet. Seither werden neben Alters/Geschlechts- und Erwerbsminderungsgruppen 80 Krankheiten zur Ermittlung der Risikostruktur einer Krankenkasse herangezogen und entsprechend ausgeglichen. Die Selektionsanreize und Wettbewerbsverzerrungen konnten dadurch maßgeblich reduziert werden. Jedoch ist die Einführung des morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) auch mit Nachteilen verbunden, die es sorgfältig gegen die Vorteile abzuwägen gilt. Zwei der wohl wichtigsten Nachteile des Morbi-RSA sind die Schwächung der Präventionsanreize sowie die Erhöhung der Manipulationsanfälligkeit des RSA. Investiert eine Krankenkasse in Prävention, so senkt dies – erfolgreiche Prävention vorausgesetzt – die Morbidität der Versicherten und damit nicht nur die zukünftigen Leistungsausgaben, sondern aufgrund der Morbiditätsorientierung auch die zukünftigen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Letzteres senkt die Präventionsanreize

gegenüber einer Situation ohne Morbiditätsorientierung. Es gibt unterschiedliche Vorschläge, wie die Präventionsanreize gestärkt werden könnten. So hat die Monopolkommission 2017 vorgeschlagen, die Zahlungen des Gesundheitsfonds an eine Krankenkasse zu kürzen (zu erhöhen), wenn die Krankenkasse bei einer durch Prävention vermeidbaren Krankheit im GKV-Vergleich überdurchschnittlich (unterdurchschnittlich) viele Neuerkrankungen aufweist. Ein solcher Mechanismus lässt sich nur rechtfertigen, wenn sich Neuerkrankungen ursächlich auf unterlassene Präventionsaktivitäten zurückführen lassen. Dies schätzt der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt in seinem 2017er Gutachten kritisch ein und empfiehlt daher die Finanzierung von Prävention außerhalb des RSA. Es erscheint jedoch zielführender, Präventionsanreize auf der Ebene der Leistungserbringer zu setzen. So könnte sich die Höhe der Vergütung am Umfang der erbrachten Präventionsleistungen bemessen, Stichwort: Qualitätsorientierte Vergütung. Diese deutlich direktere Setzung von Präventionsanreizen ist insbesondere bei Hausärzten vielversprechend.

Ein weiteres Problem ist die durch die Morbiditätsorientierung entstehende bzw. sich deutlich verschärfende Problematik der Manipulationsanfälligkeit des RSA. So haben die Versicherungen einen Anreiz, über den Abschluss von Selektivverträgen die Diagnoseaktivitäten der Leistungserbringer so zu beeinflussen, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds steigen. Ambulante Diagnosen sind von diesem Problem aufgrund fehlender Kodierrichtlinien besonders betroffen. So konnte nachgewiesen werden, dass sich aufgrund der Einschränkung der Morbiditätsorientierung auf 80 Krankheiten die Diagnosen für Auswahlkrankheiten schneller nach oben entwickeln als die von Nichtauswahlkrankheiten. Auch wenn dies keinen eindeutigen Schluss auf Manipulation zulässt, so muss man doch konstatieren, dass die Beschränkung auf 80 Krankheiten nicht nur die Genauigkeit des RSA künstlich begrenzt, sondern auch zu asymmetrischen Kodieranreizen führt. Ein auf allen Krankheiten basierendes Vollmodell hätte diese Probleme nicht. Ob sich auf diese Art die Manipulation von Diagnosen gänzlich vermeiden ließe, ist gleichwohl fraglich und bleibt abzuwarten. Schließlich werden im stationären Bereich im Kontext der diagnosebasierten Fallpauschalen Diagnosen nachweislich manipuliert, obwohl Kodierrichtlinien existieren und das Krankheitsspektrum deutlich weiter gefasst ist.

Veranstaltungsrückblick, 7.11.2018:

Plattform Gesundheit „Morbi RSA“

Die 19. Plattform Gesundheit stand unter dem Thema „Morbi-RSA im Spannungsfeld von Zielgenauigkeit und Fehlsteuerung“. Sie fand am 7. November 2018 in der Berliner Kalkscheune statt. Über 120 Gäste nahmen teil und diskutierten die Frage, wie der Morbi-RSA, der Finanzausgleich der Krankenkassen, nachhaltig reformiert werden kann. Dass eine tiefgreifende Neustrukturierung des Morbi-RSA überfällig ist, darin waren sich die Teilnehmer schon im Vorfeld der Veranstaltung einig. Bärbel Bas MdB (SPD), Mitglied im Gesundheitsausschuss und Berichterstatterin für das Thema Morbi-RSA, brachte es aber auf den Punkt: „Wenn wir jetzt an der Morbi-RSA-Problematik nichts ändern“, prophezeite sie „dann wird das die Kassenlandschaft gravierend verändern.“ Im Rahmen der Plattform Gesundheit wurden verschiedene Lösungsaspekte diskutiert: Vollmodell, Regionalkomponente, Kodierrichtlinien und Compliance oder auch Präventionsanreiz. Wann aber die Morbi-RSA-Reform tatsächlich kommt, dies ist nachwievor unklar. So schlug Frank Hippler, Vorstandsvorsitzender der IKK classic, stellvertretend für die Innungskrankenkassen nach dem Vorbild der Krankengeldzuweisungen einen hälftigen Ist-Kostenausgleich als schnelle und pragmatische Übergangslösung vor. Prof. Dr. Robert Nuscheler, Lehrstuhl für Finanzwissenschaften an der Uni Augsburg und neuberufenes Mitglied im Beirat des BVA, und Frank Hippler (Vorstandsvorsitzender der IKK classic) führten in das Thema ein.



Anschließend diskutierten Bärbel Bas MdB (SPD), Frank Plate (Präsident des Bundesversicherungsamtes, BVA), Ulrike Elsner (Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen, vdek)

sowie Roland Engehausen (Vorstand der IKK Südwest) über möglichen Reformpunkte des Morbi-RSA.

Einen ausführlicheren Rückblick auf die 19. Plattform Gesundheit finden Sie [hier](#).

Was wir sagen...

IKK e.V.-Vorstandsvorsitzender Hans-Jürgen Müller zum Thema Verjährungsfrist im Observer Gesundheit – [Kommentar vom 5. Dezember 2018](#)

IKK gesund plus bietet Versicherten neue Sprachtherapie-App „neolexon“ – [PM vom 4. Dezember 2018](#)

IKK classic: Gesundheitskompetenz für die Kleinen – [PM vom 3. Dezember 2018](#)

IKK Südwest: Immer mehr junge Versicherte leiden an Arthrose in der Hand - [PM vom 27. November 2018](#)

IKK e.V.: Für eine starke Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft in der GKV - [PM vom 11. November 2018](#)

179

Monate sind seit der ersten gesetzlichen Verankerung der Einführung einer ePA im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004 vergangen. Ebenfalls im GMG wurde die Einführung der eGK beschlossen, für deren Umsetzung bis heute geplant bereits mehr als 2,67 Mrd. € ausgegeben wurde: <https://www.ikkev.de/politik/egk/>

Wussten Sie es?

Mehr Zahlen zum Thema „elektronische Patientenakte (ePA)“ finden Sie in der Rubrik „GKV-Welt in Zahlen“ unter <https://www.ikkev.de>



Der IKK e.V. wünscht schöne, ruhige Weihnachten und einen guten Rutsch in ein glückliches Neues Jahr.



Impressum

Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V., Hegelplatz 1, 10117 Berlin, info@ikkev.de. Der IKK e.V. ist die gemeinsame Interessenvertretung von BIG direkt gesund, IKK Brandenburg und Berlin, IKK classic, IKK gesund plus, IKK Nord und IKK Südwest.

Redaktion: Iris Kampf (Pressesprecherin), Ann Hillig (Leitung Politik) | Verantwortlich: Jürgen Hohnl (Geschäftsführer)

Sie können den BLIKKWINKEL jederzeit per Mail, Telefon oder Fax wieder abbestellen (Tel. 030 202491-0; Fax 030 202491-50)