



Anreize für Prävention im Morbi-RSA

Präsentation der finalen Ergebnisse

Gutachten des WIG2 Instituts unter Mitarbeit von

Prof. Dr. Prof. h.c. Jochen Schmitt, Prof. Dr. Dr. h.c. Hans Wiesmeth

Dr. Dennis Häckl - Berlin, 19. April 2016

Auftrag und Thesen des Gutachtens

Im Rahmen des Gutachtens werden Anreize des Morbi-RSA für Präventionsmaßnahmen untersucht sowie mögliche Zielkonflikte für eine Kasse zwischen präventiven Aufgaben und Optimierung der finanziellen Lage analysiert.

Hintergrund: Morbi-RSA Zuweisungen basieren auf dem Gesundheitszustand des Vorjahres und werden auf Basis der durchschnittlichen Folgekosten für eine Krankheit berechnet. Kosten für Präventionsmaßnahmen werden nur pauschal erstattet. Bei der Krankheitsauswahl werden **kostenintensive chronische** und Krankheiten mit **schwerwiegendem Verlauf** berücksichtigt; auf Maßnahmen zur Förderung von Prävention wird keine Rücksicht genommen.

5 zentrale Thesen

- 1 Die Einführung des Morbi-RSA markiert einen Wendepunkt bei den Ausgaben für Prävention.
- 2 Prävention ist medizinisch und volkswirtschaftlich sinnvoll.
- 3 Versicherte mit Prävention entwickeln weniger häufig Neuerkrankungen und im Zeitverlauf geringere Leistungsausgaben.
- 4 Im jetzigen Morbi-RSA ist Prävention für eine Krankenkasse betriebswirtschaftlich nicht lohnend.
- 5 Medizinisch wünschenswerte Effekte der Prävention bei Volkskrankheiten belohnt der Morbi-RSA nicht.

Das Gutachten nutzt hierfür einen Methodenmix

Neben einer systematischen Literaturrecherche wird insb. eine retrospektive sekundärdatenbasierte nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudie durchgeführt.



- Aufgriff Interventionsgruppe: Bonusprogrammteilnahme, Primärprävention Individualansatz o. Schutzimpfungen in 2010/2011
- Risikoadjustierte*
Vergleichsgruppe: keine der Maßnahmen in 2010 – 2014

Betrachtungszeitraum: mind. 3 Jahre
Entwicklung von

- Leistungsausgaben
- Deckungsquoten im Morbi-RSA und
- Inzidenzraten

für ausgewählte Morbi-RSA und nicht-Morbi-RSA Erkrankungen

*Risikoadjustierung mittels Matching:

- Berücksichtigung individueller Faktoren (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, Versichertenstatus, DMP-Teilnahme, Leistungsausgaben)
- Berücksichtigung der Morbidität anhand Vollmodell in 2010

In das Gutachten gingen Routinedaten von 5 IKKn ein

Insgesamt lagen Daten zu über 6 Millionen Versicherten vor.

Datenbasis

- Anzahl Versicherte: 6.247.725
- Untersuchungszeitraum: 2010 – 2014
- Durchschnittsalter 2014: 39,63 Jahre (jünger als GKV: 44,4 Jahre)
- Frauenanteil: 47 %

Analysegruppen

Interventions- bzw. Präventionsgruppe

- Anzahl Versicherte: 468.810
- Durchschnittsalter 2014: 41,31 Jahre
- Frauenanteil: 62 %

Nicht-Präventionsgruppe

- Anzahl Versicherte: 3.068.995
- Durchschnittsalter 2014: 42,01 Jahre
- Frauenanteil: 44 %

Bereits auf Grund der Unterschiede der beiden Stichproben in Bezug auf Frauenanteil und Durchschnittsalter muss im Rahmen der Untersuchung eine Risikoadjustierung durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass aus den Versicherten in der Nicht-Präventionsgruppe eine sog. Kontrollgruppe gebildet wird, die hinsichtlich bestimmter Merkmale (Alter, Geschlecht, Krankheitslast etc.) mit der Präventionsgruppe vergleichbar ist.

These 1: Die Einführung des Morbi-RSA markiert einen Wendepunkt bei den Ausgaben für Prävention

Die Rechnungsergebnisse der GKV zeigen einen Wendepunkt bei Präventionsausgaben im Jahr 2009 (Einführung des Morbi-RSA)

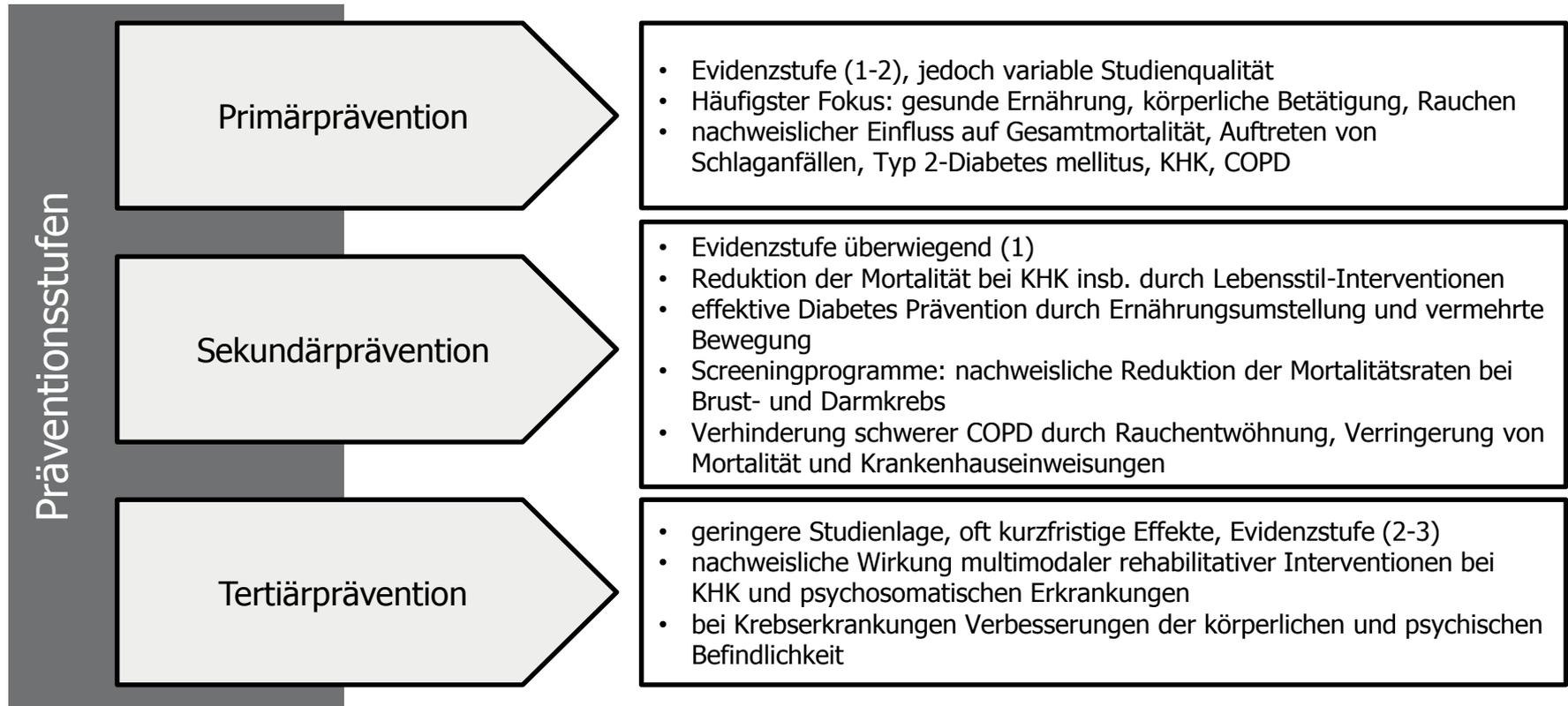
GKV in Mio. EURO bzw. %	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ausgaben für Primärprävention	299,8	339,8	310,5	302,5	269,3	238,0	266,8	292,5
Ausgaben für Versichertenboni gemäß § 65 a SGB V	94,0	140,4	167,8	160,5	174,1	203,0	301,6	394,3
Gesamtausgaben Prävention ohne Schutzimpfungen	4.945	5.342	5.880	5.145	5.421	5.491	5.765	6.091
Anteil der Gesamtausgaben für Prävention an Leistungsausgaben ohne Schutzimpfungen	3,4%	3,5%	3,7%	3,1%	3,2%	3,2%	3,2%	3,1%

Quelle: BMG endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (KJ 1) 2007 bis 2014, eigene Berechnungen

- Während die Ausgaben für Primärprävention bis Einführung des Morbi-RSA anstiegen, gingen sie seitdem zurück
- Der Anteil der Gesamtausgaben in der GKV ging ebenfalls zurück
- Angebote im Setting-Bereich wurden hingegen ausgebaut

These 2: Prävention ist medizinisch und volkswirtschaftlich sinnvoll

Für viele im Morbi-RSA berücksichtigte Erkrankungen gibt es wissenschaftlich hinreichend belegte Präventionsmaßnahmen.



Evidenzstufen:

- (1) Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeiten auf Basis von RCT
- (2) Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeiten von Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien
- (3) Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien sowie wiederholte Querschnittsmessungen

These 3: Versicherte mit Prävention entwickeln weniger häufig Neuerkrankungen und im Zeitverlauf geringere Leistungsausgaben

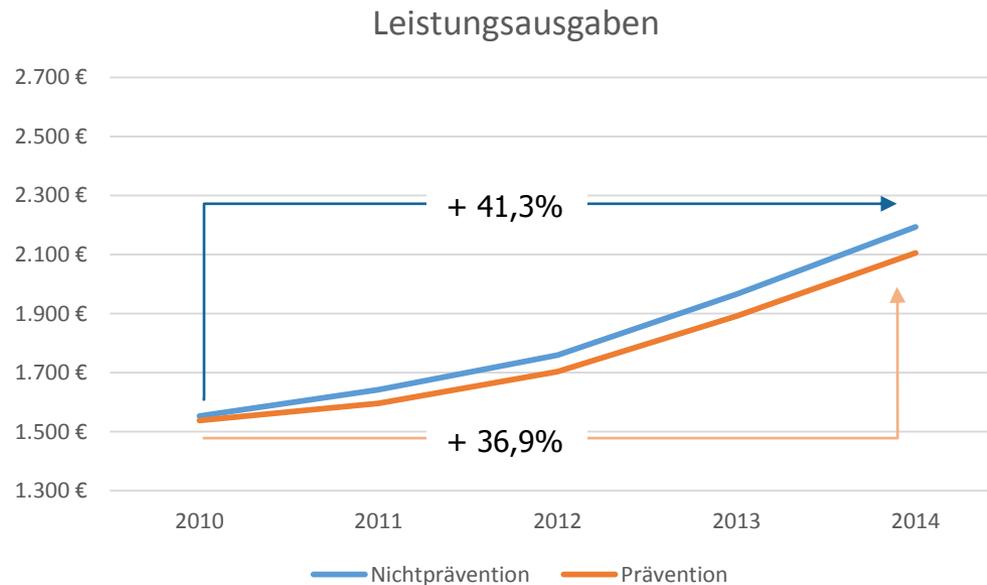
Die Inzidenzraten bei Versicherten mit Prävention sind geringer als bei Versicherten der Kontrollgruppe.

- Zur Analyse der Wirkung von Primärprävention wurden Versicherte betrachtet, die im Ausgangsjahr 2010 keine Morbi-RSA relevante Krankheit aufwiesen.
- Im Zeitverlauf bis 2014 wird untersucht, wie viele Versicherte in den beiden Gruppen bestimmte Krankheiten neu entwickeln. Es wurde für Drittvariablen (Alter, Geschlecht, etc.) kontrolliert, die demnach keine Begründung für untenstehende Unterschiede liefern.

Krankheit	Nichtprävention	Prävention
Diabetes mellitus	1,59%	1,00%
COPD	1,34%	0,68%
Hypertonie	5,56%	5,25%
Koron. Herzkrankheit	0,97%	0,68%
Adipositas	0,63%	0,4%
Schlaganfall	0,09%	0,06%
Psych. Erkrankungen	5,92%	5,49%
Krebserkrankungen	1,27%	1,56%

These 3: Versicherte mit Prävention entwickeln weniger häufig Neuerkrankungen und im Zeitverlauf geringere Leistungsausgaben

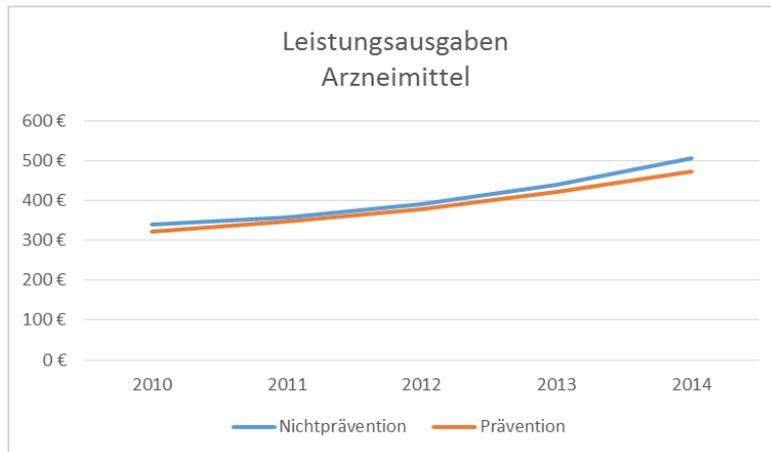
Die Leistungsausgaben steigen bei Versicherten mit Prävention im Zeitverlauf weniger stark an.



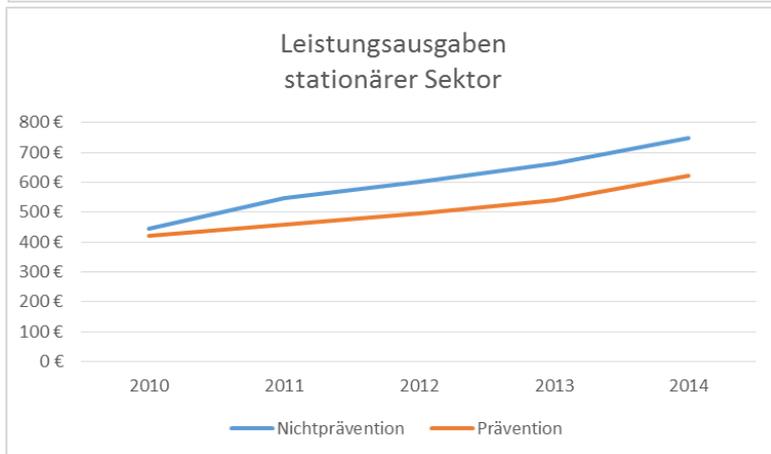
- Ein Versicherter mit Prävention hat im Zeitverlauf durchschnittlich ca. 70 € geringere Leistungsausgaben als ein Versicherter ohne Prävention.
- Berücksichtigt: standardisierte Leistungsausgaben ohne Krankengeld. Nicht erfasst: Satzungs- und Ermessensleistungen (Versichertenboni, prof. Zahnreinigung etc.).
- Anstieg der Leistungsausgaben entspricht aufgrund der Zusammensetzung der Gruppen nicht dem Anstieg der GKV-Leistungsausgaben.

These 3: Versicherte mit Prävention entwickeln weniger häufig Neuerkrankungen und im Zeitverlauf geringere Leistungsausgaben

In der Präventionsgruppe fällt ein geringerer Anstieg der Leistungsausgaben auf, der maßgeblich in stationärem Sektor und Arzneimitteln begründet liegt – ein höherer Anstieg tritt allerdings im ambulanten Sektor auf



- Anstieg in Nichtpräventionsgruppe von 2010-2014: 168,48 € (50%)
- Anstieg in Präventionsgruppe von 2010-2014: 149,84 € (46%)



- Anstieg in Nichtpräventionsgruppe von 2010-2014: 302,76 € (68%)
- Anstieg in Präventionsgruppe von 2010-2014: 203,69 € (49%)

These 4: Prävention ist im jetzigen Morbi-RSA für eine Krankenkasse betriebswirtschaftlich nicht lohnend

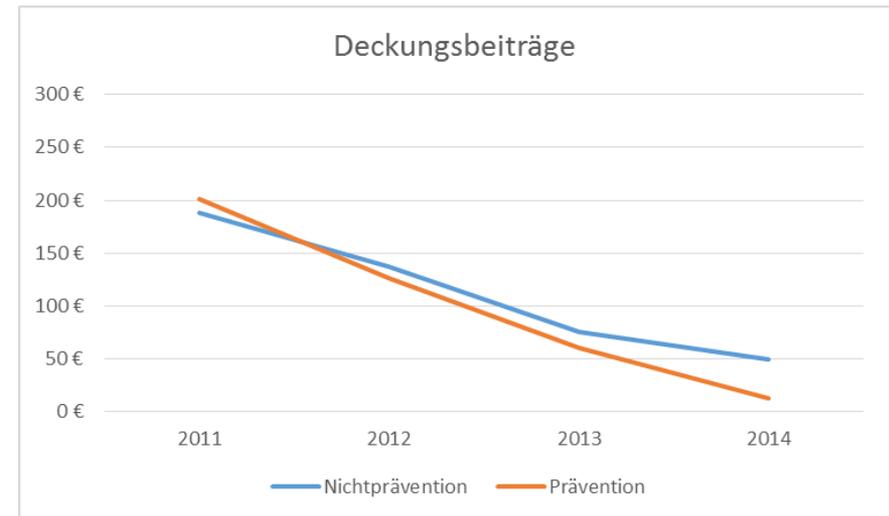
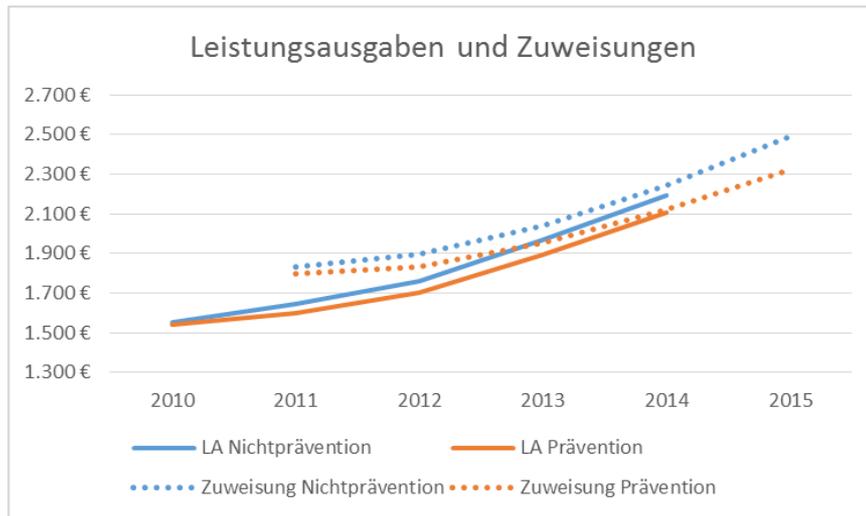
Wird die Differenz aus Zuweisungen und Leistungsausgaben betrachtet, so entwickeln sich Versicherte ohne Prävention für eine Krankenkasse aus finanzieller Sicht besser.

Vergleich der Deckungsbeiträge (GKV-Perspektive)			
Jahr	Nichtprävention	Prävention	Differenz (Prävention-Nichtprävention)
2011	188,24 €	201,46 €	13,22 €
2012	137,02 €	126,24 €	-10,78 €
2013	75,14 €	59,87 €	-15,27 €
2014	49,51 €	13,02 €	-36,49 €

Während zu Beginn der Präventionsmaßnahmen ein Versicherter mit Prävention im Durchschnitt „lohnender“ ist als ein vergleichbarer Versicherter ohne Prävention, dreht sich diese Vorteilhaftigkeit sehr schnell. Die Deckungsbeiträge entwickeln sich auseinander und nach drei Jahren erhält eine Krankenkasse im Durchschnitt für Versicherte ohne Prävention einen dreifach höheren Deckungsbeitrag.

These 4: Prävention ist im jetzigen Morbi-RSA für eine Krankenkasse betriebswirtschaftlich nicht lohnend

Der geringere Anstieg der Leistungsausgaben bei Versicherten mit Prävention wird durch entgangene Zuweisungen überlagert.



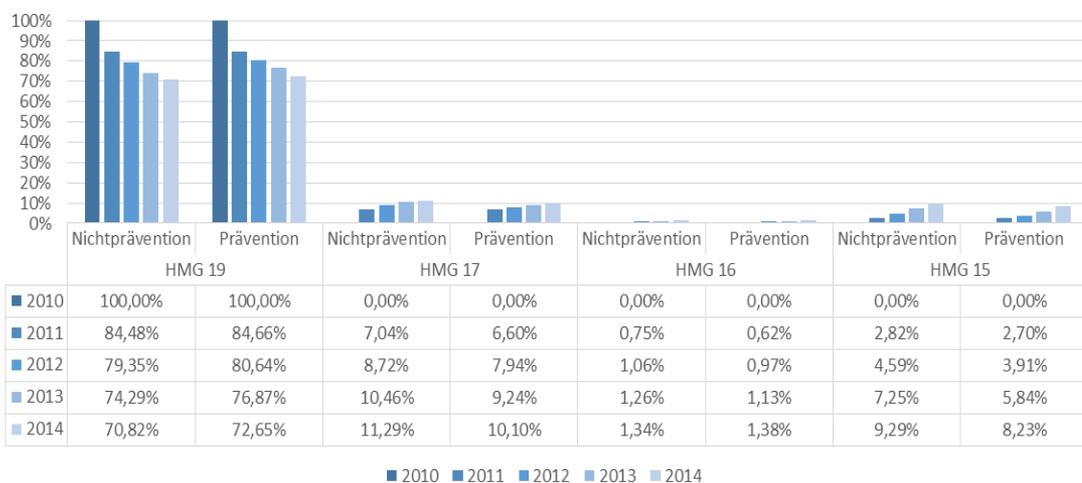
Die Leistungsausgaben entwickeln sich in der Präventionsgruppe günstiger u.a. aufgrund geringerer Neuerkrankungen. Die höheren Neuerkrankungen in der Nichtpräventionsgruppe generieren höhere Zuweisungen und überkompensieren die ungünstigere Entwicklung der Leistungsausgaben.

Hinweis: Die Deckungsbeiträge der beiden Gruppen sind im Ausgangsjahr 2010 relativ hoch. Dies liegt insbesondere daran, dass im Rahmen der Analyse eine spezielle Versichertengruppe (relativ jung) herausgegriffen wird mit geringer Morbidität und wenig Akutereignissen. Daneben wurden aus methodischen Gründen die in der Regel stark unterdeckten Verstorbenen ausgeschlossen und bestimmte Leistungsausgaben nicht abgebildet.

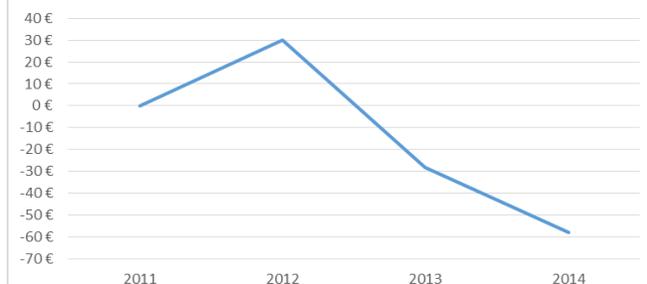
These 5: Medizinisch wünschenswerte Effekte der Prävention bei Volkskrankheiten belohnt der Morbi-RSA nicht

Das Beispiel Diabetes zeigt: Prävention nützt medizinisch, hat jedoch aus Perspektive einer Krankenkasse keinen ökonomischen Vorteil.

Erkrankungen Hierarchie 3: Diabetes Mellitus



Differenz der Deckungsbeiträge
Diabetes mellitus (HMG 19 in 2010)

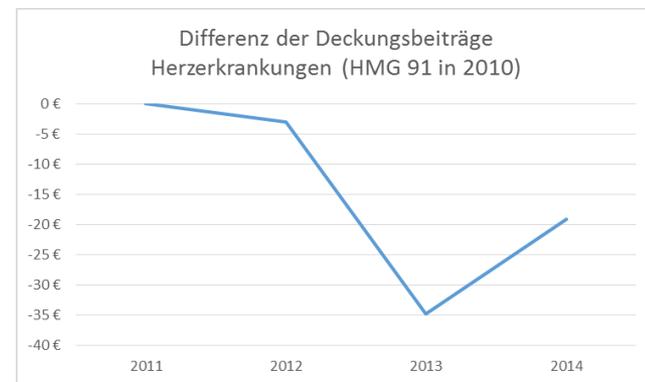
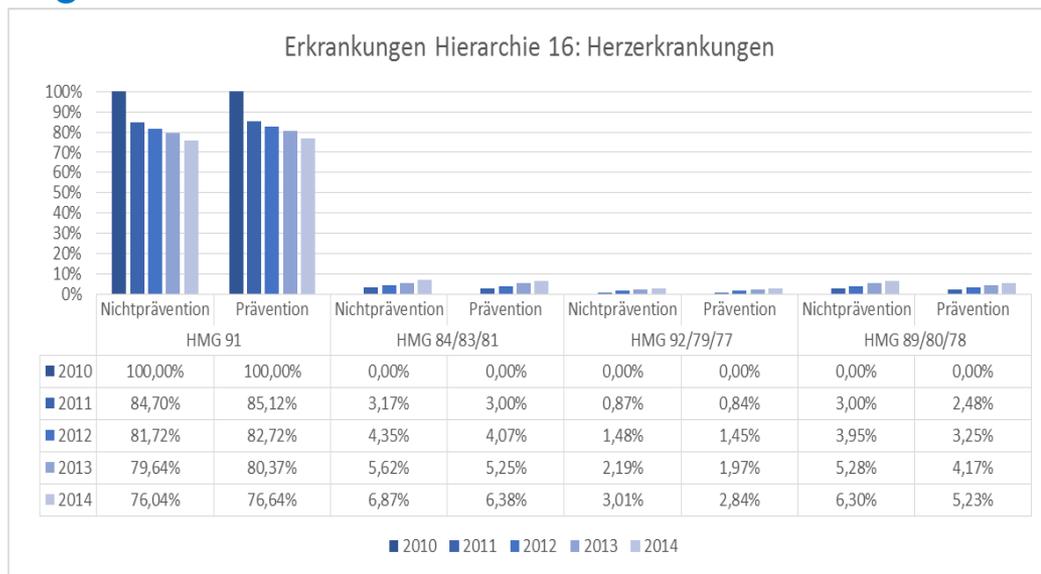


- Einschränkung auf Versicherte, die in 2010 die niedrigste Stufe hatten (HMG 19: Diabetes mellitus ohne Komplikationen)
- Die Nichtpräventionsteilnehmer entwickeln öfter eine höhere HMG als die Präventionsteilnehmer (21,93% vs. 19,71%)

- Der medizinische Nutzen wird allerdings nicht durch höhere Deckungsbeiträge „belohnt“
- In obiger Darstellung wurde das Ausgangsjahr 2011 auf 0 normiert.

These 5: Medizinisch wünschenswerte Effekte der Prävention bei Volkskrankheiten belohnt der Morbi-RSA nicht

Auch bei Herzerkrankungen findet in der Präventionsgruppe eine geringere Eskalation statt, woraus sich allerdings für die Kasse kein ökonomischer Nutzen ergibt



- Einschränkung auf Versicherte, die in 2010 die niedrigste Stufe hatten (HMG 91: Hypertonie)
- Die Nichtpräventionsteilnehmer entwickeln öfter eine höhere HMG als die Präventionsteilnehmer (16,18% vs. 14,44%)

- Der medizinische Nutzen wird wiederum nicht durch höhere Deckungsbeiträge „belohnt“
- In obiger Darstellung wurde das Ausgangsjahr 2011 auf 0 normiert.

Fazit und Schlussfolgerung

- Die Routinedatenanalyse bestätigt die Ergebnisse der Literaturrecherche: Prävention hat eine positive medizinische Wirkung (geringere Inzidenzen von Krankheiten).
- Sowohl Primär- als auch Sekundärprävention dämpft den Leistungsausgabenanstieg im Zeitverlauf.
- Leistungsausgaben entwickeln sich v.a. im stationären Sektor und bei Arzneimitteln bei Präventionsteilnehmern günstiger.
- Unter den jetzigen Bedingungen des Morbi-RSA lohnt sich Prävention aus Perspektive einer Krankenkasse nicht: Die Deckungsbeiträge sind aufgrund entgangener Zuweisungen bei Versicherten mit Prävention geringer. Dies gilt sowohl für Primär- als auch Sekundärpräventionsmaßnahmen.



Schlussfolgerung:

Obwohl Prävention gesamtgesellschaftlich wünschenswert und lohnend ist, löst der Morbi-RSA in seiner jetzigen Ausgestaltung einen Fehlanreiz aus: Prävention ist für Krankenkassen aufgrund der geringeren Deckungsbeiträge rein finanziell nicht lohnend.