



Deutsche Gesellschaft
für Gesundheitsökonomie e.V.

dggö e.V. – Universität Duisburg-Essen – 45127 Essen

GESCHÄFTSSTELLE

Universität Duisburg-Essen
Berliner Platz 6-8, WST-C.09.12
45127 Essen

Fon +49 201 183-4622

Fax +49 201 183-5879

geschaefsstelle@dggoe.de
www.dggoe.de

Stellungnahme der dggö zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“

18. April 2019

Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) schätzt große Teile des am 25.03.2019 vorgelegten Gesetzesentwurfs zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ positiv ein. So sind mehrere Vorschläge dazu geeignet, den Wettbewerb zu stärken, Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden und einen faireren Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu schaffen. Insbesondere begrüßt die dggö den Ausbau des Risikostrukturausgleichs (RSA) zu einem Vollmodell, die Öffnung regionaler Kassen und die Stärkung der Präventionsanreize. Auch die Einführung einer Regionalkomponente sieht die dggö positiv, allerdings hält sie ein anderes statistisches Vorgehen für zielführender und regt zudem an, regionale Unterschiede in den Versorgungsstrukturen über die Bedarfsplanung konsequenter abzubauen. Die dggö sieht jedoch auch Teile des Gesetzesentwurfs kritisch. Manipulationsbremse und Risikopool überzeugen in den vorgeschlagenen Varianten nicht; hier schlägt die dggö Alternativen vor. Abgelehnt werden die Abschaffung der Erwerbsminderungsgruppen und die Unterscheidung zwischen Hausarzt- und Facharzt-Diagnosen im RSA. Die dggö erachtet es für wichtig, potenziell negative Anreizwirkungen der Reformen im Auge zu behalten. Auch deshalb begrüßt die dggö die geplante regelmäßige Evaluation des RSA ausdrücklich.

VORSTAND

Prof. Dr. Robert Nuscheler
Vorsitzender
Augsburg

Prof. Dr. Hendrik Jürges
Designierter Vorsitzender
Wuppertal

Prof. Dr. Harald Tauchmann
Stellvertretender Vorsitzender
Nürnberg

Prof. Dr. Jeannette Brosig-Koch
Generalsekretärin
Essen

Regionalkomponente

Der wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim Bundesversicherungsamt (RSA-Beirat) hat bereits in seinem 2017er Gutachten regionale Verwerfungen im RSA diagnostiziert (siehe Drösler u.a. (2017)) und ist dieser Thematik im Sondergutachten 2018 auf den Grund gegangen (siehe Drösler u.a. (2018)). Es zeigte sich sehr klar, dass es massive regionale Unterschiede in den durchschnittlichen Deckungsbeiträgen der Versicherten gibt. Dies führt nicht nur zu Anreizen regionaler Risikoselektion (siehe Bauhoff (2012) und Brosse und Himmel (2016)), sondern führt auch bei regional unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen der Krankenkassen zu Wettbewerbs

BANKVERBINDUNG

Commerzbank
IBAN DE93 3608 0080 0434 8886 00
BIC DRESDEFF360

USt-Id Nr.: DE263996630

verzerrungen. Da sich die Unterschiede in den Deckungsbeiträgen zum Teil auf regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen zurückzuführen lassen und Krankenkassen auf diese nur einen eingeschränkten Einfluss haben, ist ein teilweiser regionaler Ausgleich der Deckungsbeitragsunterschiede für einen funktionierenden Wettbewerb sinnvoll.

Der RSA-Beirat hat sich für die Einführung eines regionalstatistischen Direktmodells mit anschließendem Ausgleich der verbleibenden Deckungsbeiträge über Deckungsbeitragscluster ausgesprochen. Der Gesetzesvorschlag folgt dieser Empfehlung nur teilweise. So wird zwar ein regionalstatistisches Modell vorgeschlagen, auf den nachgelagerten Ausgleich wird jedoch verzichtet. Hintergrund ist die Befürchtung, ein umfangreicherer Ausgleich regionaler Unterschiede würde Ineffizienzen in der Versorgung tendenziell fortschreiben. Auch wenn dies nicht von der Hand zu weisen ist, gilt es die Interaktion von regional unterschiedlichen Deckungsbeiträgen und der Bedarfsplanung zu beachten. Primär soll die Bedarfsplanung für alle Versicherten eine adäquate regionale Versorgung sicherstellen. Sie beeinflusst aber auch die regionale Wettbewerbsposition der Krankenkassen. Die dggö begrüßt die Regionalisierung des RSA ausdrücklich und regt an, regionale Unterschiede in den Versorgungsstrukturen über die Bedarfsplanung konsequenter abzubauen.

Im regionalstatistischen Direktmodell werden Datenquellen außerhalb des RSA-Systems herangezogen, deren Datenqualität es regelmäßig zu überprüfen gilt. Die Gesetzesvorlage spricht sich für die Verwendung des Variablensets M2 zur Abbildung regionaler Unterschiede aus. Dabei werden bewusst die angebotsseitigen Variablen vernachlässigt, die zusätzlich noch im Variablenset M1 enthalten sind (die M1–M2-Variablen). Auch wenn dieser Verzicht durchaus stimmig mit dem Verzicht auf den Ausgleich von Deckungsbeitragsclustern ist, so sollten die M1–M2-Variablen im Schätzmodell dennoch nicht vernachlässigt werden. Da diese Variablen mit den Ausgaben und den M2-Variablen korrelieren, würde der Verzicht auf diese Variablen zu verzerrten Schätzungen der M2-Koeffizienten führen (siehe Schokkaert und van de Voorde, 2006). Ein Teil der angebotsseitigen Effekte würde also über diese verzerrt geschätzten M2-Koeffizienten letztendlich doch ausgeglichen. Da genau dies vermieden werden soll, schlägt die dggö vor, die M1–M2-Variablen bei der Schätzung in das Modell aufzunehmen, sie aber bei der Berechnung der Zuweisungen zu neutralisieren.

Öffnung regionaler Kassen

Die dggö schätzt die Öffnung regionaler Kassen aus mehreren Gründen positiv ein: Erstens geht mit der Öffnung automatisch die Aufsicht aller geöffneten Kassen auf das Bundesversicherungsamt über. Damit kommt es zu einer einheitlichen Aufsicht, sodass es zu keinerlei Wettbewerbsverzerrungen aufgrund uneinheitlichen Handelns von Aufsichtsbehörden mehr kommen kann. Damit würde eine seit langem erhobene Forderung aus der Wissenschaft umgesetzt. Zweitens trägt die regionale Öffnung neben der Regionalkomponente zum Abbau regionaler Unterschiede bei. Drittens verspricht sich die dggö durch die Intensivierung des Wettbewerbs, bei gleichzeitigem Abbau von Wettbewerbsverzerrungen, Steigerungen in Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung. Kritisch anzumerken ist die Sonderrolle von Betriebskrankenkassen. Diese müssen sich nicht bundesweit öffnen, wenn eine enge Bindung an ein Unternehmen vorliegt. Insbesondere von Neugründungen könnten negative Auswirkungen ausgehen. Da bei geschlossenen Betriebskrankenkassen weiterhin die Länderaufsichten zuständig wären, wird auch das Ziel einer einheitlichen Aufsicht untergraben.

Für das AOK-System ist die Öffnung regionaler Kassen von besonderer Bedeutung. Bisher haben deren Fusionsaktivitäten bei einem Zusammenschluss von maximal drei Bundesländern haltgemacht. So verblieb die Aufsicht bei den Landesbehörden und damit auch eventuelle Wettbewerbsvorteile gegenüber bundesweit tätigen Krankenkassen. Da es durch die Öffnung regionaler Kassen zu einer einheitlichen bundesweiten Aufsicht käme, entfällt eine Fusionsbremse, was zu weiteren Fusionen führen könnte. Im Extremfall käme es zu einer Bundes-AOK, die einen beträchtlichen Marktanteil hätte. Ob dies dem Wettbewerb abträglich

wäre, kann aus heutiger Perspektive nur schwer eingeschätzt werden. Die Marktmacht im Rahmen von Verhandlungen über Arzneimittel-Rabattverträge könnte sich jedoch zugunsten der AOK verschieben und dieser Wettbewerbsvorteile verschaffen. Die dggö empfiehlt, die vom AOK-System ausgehenden Wettbewerbseffekte genau im Blick zu behalten. Der Öffnung regionaler Kassen steht dies nicht entgegen.

Vollmodell

Die Einschränkung der Morbiditätsorientierung des RSA auf 50-80 Krankheiten ist willkürlich, nicht mehr zeitgemäß und international einzigartig. Das Bundesversicherungsamt kann auf der Basis von Diagnosen gut 360 Krankheiten verlässlich voneinander abgrenzen. Der Übergang zu einem Vollmodell bildet daher die Morbidität der Versicherten besser als das derzeitige Modell ab und trägt damit zu einem weiteren Abbau von Risikoselektionsanreizen, Wettbewerbsverzerrungen und regionalen Ungleichgewichten bei. Die Manipulationsanfälligkeit des RSA gilt es dabei zu beobachten. Durch die Vervollständigung des Morbiditätsspektrums entfällt zwar die Asymmetrie in den Kodieranreizen, jedoch können nun potenziell alle Diagnosen das Ziel von Manipulationen sein. Gleichzeitig dürften die Manipulationsanreize für bisherige Auswahlkrankheiten sinken, da die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für diese Krankheiten zurückgehen. Auch die Kriterien zur Krankheitsauswahl, insbesondere die Prävalenzgewichtung, wären im Rahmen eines Vollmodells hinfällig. Dies reduziert nicht nur den Aufwand zur Modellpflege beim Bundesversicherungsamt, sondern beendet auch die Verteilungskämpfe der Krankenkassen. Der RSA-Beirat hat die Einführung des Vollmodells empfohlen und dieser Empfehlung schließt sich die dggö vollumfänglich an.

Manipulationsbremse

Der Gesetzgeber ist sich der Manipulationsanfälligkeit des RSA bewusst und hat deshalb die Einführung einer „Manipulationsbremse“ vorgeschlagen. So soll eine Hierarchische Morbiditätsgruppe (HMG) nicht mehr im RSA ausgeglichen werden, wenn einzelne Kassen in dieser HMG eine auffällig überdurchschnittliche Entwicklung aufweisen. Die dggö lehnt diesen Vorschlag aus mehreren Gründen deutlich ab: Erstens wird nicht klar definiert, was eine auffällige Entwicklung darstellt. Zweitens sollte nicht die Veränderung von Diagnosen allein maßgeblich sein, sondern auch das Niveau. Drittens ist unverständlich, warum die gesamte GKV für Verfehlungen einzelner Kassen haften sollte. Die dggö hält es für zielführender, auffällige Niveaus von HMGs und auffällige Steigerungsraten auf der Basis einzelner Kassen zu prüfen. Mit der ebenfalls in der Gesetzesvorlage vorgeschlagenen Umkehr der Beweislast, bekommt das Bundesversicherungsamt ein sehr zielgenaues und wirkungsvolles Instrumentarium an die Hand.

Risikopool

Der in der Gesetzesvorlage skizzierte Risikopool wird von der dggö abgelehnt, da er an den Leistungsausgaben ansetzt und die Anreize zu kostenbewusstem Verhalten unnötig stark senkt. Hohe Leistungsausgaben sind unproblematisch, wenn ihnen entsprechend hohe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüberstehen. Problematisch sind hingegen hohe Unterdeckungen, wenn diese nicht von der Kasse zu verantworten sind, da sie zu ungerechtfertigten Wettbewerbsnachteilen führen. Aber auch hohe Überdeckungen führen zu Wettbewerbsverzerrungen, die möglichst reduziert werden sollten. Die dggö hält daher einen zweiseitigen Risikopool, der an den Deckungsbeiträgen ansetzt, für zielführender als einen einseitigen Risikopool für hohe Ausgaben. In einem solchen zweiseitigen Risikopool würden die Mittel, die für die Finanzierung der Unterdeckungen benötigt werden, durch die Mittel, die durch den Abbau der Überdeckungen entstehen, finanziert werden (McGuire u.a. 2018). Da der Risikopool an den Deckungsbeiträgen und nicht an den Ausgaben ansetzt, wäre die

Schwelle (für negative Deckungsbeiträge) deutlich niedriger als bei 100.000 Euro anzusetzen; dafür aber könnte die Selbstbeteiligung höher als 20% ausfallen, wodurch die Effizianzanreize weiter gestärkt würden.

Arzneimittelrabatte

Die Arzneimittelrabatte sollen zukünftig versichertenbezogen und nicht mehr pauschal berücksichtigt werden. Die Zielgenauigkeit des RSA würde dadurch erhöht. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn ein Risikopool eingeführt werden sollte. Eine pauschale Berücksichtigung von Rabattverträgen böte dann Anreize zur Bildung von Koalitionen zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen zu Lasten des Risikopools.

Erfassung des Schweregrads von Erkrankungen

- Mit den Erwerbsminderungsgruppen (EMGs) verwendet der RSA ein manipulations-sicheres Kriterium zur Schweregraddifferenzierung. Der Gesetzentwurf schlägt die Streichung der EMGs vor. Die Begründung der Gleichbehandlung aller Versicherten kann nicht überzeugen. Wie Drösler u.a. (2017) gezeigt haben, besitzen die EMGs hohe Erklärungskraft. Dementsprechend hat sich der RSA-Beirat gegen die Abschaffung ausgesprochen. Die dggö schließt sich dem an.
- Es ist vorgesehen, die Verschreibung von Arzneimitteln zukünftig zur Schweregrad-differenzierung heranzuziehen. Dies ist insbesondere für chronische Krankheiten von Bedeutung. Die Vorhersagekraft des RSA kann dadurch ganz erheblich gesteigert werden. Jedoch gilt es hier zwei Probleme im Auge zu behalten. Erstens sind die prospektiven Kosten wegen der Chronizität gut vorhersagbar, weshalb man einem Ist-Kosten-Ausgleich und den damit verbundenen Anreizproblemen recht nahekommt. Zweitens geht von einer derartigen Differenzierung der Anreiz aus, unnötige Arzneimittel zu verordnen. Auch wenn nicht klar ist, wie Krankenkassen auf Verordnungen Einfluss nehmen können, müssten die Folgen der Arzneimitteldifferenzierung sorgfältig evaluiert werden.
- Eine weitere Möglichkeit, Morbidität und die daraus erwachsenden Kosten besser abzubilden, sind Interaktionen zwischen den Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs) und den Hierarchischen Morbiditätsgruppen (HMGs). Da in der Tendenz jüngere Versicherte mit wenigen HMGs unterdeckt sind, Ältere mit mehreren HMGs jedoch überdeckt, können sogenannte Altersinteraktionsterme tatsächlich helfen, die derzeit bestehenden Verwerfungen der RSA-Zuweisungen abzumildern. Die dggö begrüßt die Weiterentwicklung des RSA in diese Richtung ausdrücklich. Dabei ist es unerheblich, ob der Zusammenhang zwischen den AGGs und den HMGs über Interaktionsterme abgebildet wird oder über Splits. Im ersten Ansatz gehen die Produkte zwischen den AGGs und den HMGs als zusätzliche Regressoren in das Schätzmodell ein, während im zweiten Ansatz für jede AGG-HMG-Kombination eine eigene Variable gebildet wird. In beiden Ansätzen kommen nur solche AGG-HMG-Kombinationen für das Modell in Betracht, für die eine hinreichend große Anzahl an Versicherten vorliegt. Andernfalls käme man einem Ist-Kosten-Ausgleich recht nahe, der die Anreize zu kosten-bewusstem Verhalten untergräbt. Auch mit dieser Einschränkung führt ein interagiertes Modell mit 40 AGGs und vermutlich etwa 800 HMGs (in einem Vollmodell) zu einer sehr hohen Anzahl von Regressoren, weshalb der Variablenauswahl bzw. der Variablenreduktion (d.h. der Vermeidung von „Over-fitting“) eine entscheidende Bedeutung zukommt. Dies sollte auf Basis von geeigneten „Big Data Methoden“ erfolgen, beispielsweise der LASSO-Regression.

Hausarzt- und Facharzt-HMGs

Da Behandlungen vom Hausarzt für gewöhnlich erheblich geringere Kosten verursachen als Behandlungen vom Facharzt, ist die Unterscheidung, wer die Diagnose für eine bestimmte HMG stellt, plausibel. Jedoch ist nicht klar, warum die Folgekosten davon abhängen sollten, wer die Diagnose stellt. Weiterhin könnte ein Anreiz entstehen, Diagnosen verstärkt von Fachärzten stellen zu lassen, da diese eine höhere Zahlung aus dem Gesundheitsfonds auslösen würden. Führt eine solche Diagnose dann auch eher zu (unnötigen) Facharztbehandlungen, setzt die vorgeschlagene Unterscheidung Anreize zu teuren Facharztbehandlungen und geht damit in die falsche Richtung. In Verbindung mit einem strikten Hausarztprinzip entstände diese Problematik nicht. Ohne dieses lehnt die dggö die Unterscheidung zwischen Hausarzt- und Facharzt-HMGs ab.

Präventionsanreize

Im Vergleich zu einer Situation ohne Morbiditätsorientierung schwächt der RSA die Präventionsanreize der Kassen. Dies betrifft derzeit nur die Auswahlkrankheiten. Der Ausbau zu einem Vollmodell verstärkt somit die Problematik. Insofern begrüßt es die dggö, dass die Präventionsanreize durch die Bonifikation der Inanspruchnahme von sinnvollen Präventionsleistungen gestärkt werden sollen. Es ist jedoch unklar, wie hoch die Boni ausfallen müssen, um spürbare Präventionserfolge zu erzielen. Ebenso gilt es zu evaluieren, ob aus den so gesetzten Präventionsanreizen Selektionsanreize erwachsen. Dies hängt davon ab, welche Versicherten Präventionsleistungen nachfragen und ob diese eher unter- oder überdeckt sind. Eine saubere Evaluation erfordert eine sehr gute Datenbasis, die das Bundesversicherungsamt derzeit nicht zur Verfügung hat. Insbesondere fehlt die zeitliche Verknüpfung der Versichertendaten. Diese ist nicht nur für die Evaluation von Präventionsanreizen dringend erforderlich, sondern sie hat auch für die Weiterentwicklung von Präventionsanreizen eine überragende Bedeutung. So könnte man die Präventionsboni nicht an der Inanspruchnahme festmachen, sondern an den Präventionserfolgen, also an der versichertenbezogenen Verbesserung der Morbidität.

Evaluation des RSA

Die regelmäßige Evaluation des RSA durch den RSA-Beirat wird ausdrücklich begrüßt. Ob eine Evaluation nach jeweils vier Jahren ausreichend ist, wird sich zeigen. Unter Umständen bietet sich ein etwas kürzeres Intervall von drei Jahren an, was zu einer Synchronisierung mit der Amtszeit des Beirats führen würde. Unabhängig davon muss dem RSA-Beirat eine sehr gute Datenbasis zur Evaluation zur Verfügung stehen. Die derzeit zur Durchführung des RSA vorhandenen Daten bieten eine gute Grundlage, erlauben jedoch keine Analysen über die Zeit, da die zeitliche Verknüpfung von Versichertendaten nicht möglich ist. Die dggö empfiehlt dringend, dies zukünftig zu ermöglichen, um den RSA angemessen evaluieren und weiterentwickeln zu können.

Vorstand der dggö: Prof. Dr. Robert Nuscheler, Prof. Dr. Hendrik Jürges, Prof. Dr. Harald Tauchmann, Prof. Dr. Jeannette Brosig-Koch

Federführung: Prof. Dr. Mathias Kifmann (Universität Hamburg), Prof. Dr. Normann Lorenz (Universität Trier), Prof. Dr. Robert Nuscheler (Universität Augsburg)

Rückfragen an: robert.nuscheler@wiwi.uni-augsburg.de

Literatur

Bauhoff, Sebastian (2012): Do health plans risk-select? An audit study on Germany's Social Health Insurance. *Journal of Public Economics*, 96(9-10), pp.750–759.

Brosse, Jan und Konrad Himmel (2016): Direct Risk Selection in the German Social Health Insurance: a Field Experiment. In J. Brosse, *Essays on Health Economics*. Dissertation, Universität Hamburg.

Drösler, Saskia; Garbe, Edeltraud; Hasford, Joerg; Schubert, Ingrid; Ulrich, Volker; van de Ven, Wynand; Wambach, Achim; Wasem, Jürgen und Eberhard Wille (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn.

--- (2018): Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn.

McGuire, Thomas G.; Schillo, Sonja und Richard C. van Kleef (2018): Reinsurance, Repayments, and Risk Adjustment in Individual Health Insurance: Germany, The Netherlands and the U.S. Marketplaces. NBER Working Paper No. 25374.

Schokkaert, Erik und Carine van de Voorde (2006): Incentives for Risk Selection and Omitted Variables in the Risk Adjustment Formula. *Annales D'Économie et de Statistique* 83/84, 327-351.