

**UNIVERSITÄT
BAYREUTH**


LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III - FINANZWISSENSCHAFT




Prof. Dr. Volker Ulrich
Universität Bayreuth
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III,
insb. Finanzwissenschaft

Symposium Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

Symposium „Zukunft im Blick – Ambulant kann mehr!“
Mittwoch, 13. September 2017
Ratswaagehotel
Magdeburg

**UNIVERSITÄT
BAYREUTH**

Gliederung




Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

- 1. Einleitung**
- 2. Rahmenbedingungen ambulanter Versorgung**
- 3. Wer trägt das Morbiditätsrisiko?**
- 4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen**
- 5. Ausblick**


Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

2



UNIVERSITÄT
BAYREUTH

1. Einleitung



Zentrale Herausforderungen zwischen Mittelwert und Realität

- In den **vergangenen vier Jahren** gab es eine umfangreiche gesundheits- und pflegepolitische Gesetzgebung.
- Auch in der nächsten Legislaturperiode gibt es genügend gesundheitspolitische Herausforderungen.
 - Insbesondere **konkrete Versorgungsfragen bedürfen** einer Lösung.
- Anders als etwa in der Pflegeversicherung sind **zentrale strukturelle Weichenstellungen** für die Zukunft der GKV ausgeblieben.
 - Wettbewerbsverzerrungen des Morbi-RSA,
 - sektorübergreifende Versorgung steckt immer noch in den Kinderschuhen,
 - Konzepte gegen eine drohende ärztliche Unterversorgung entfalten noch wenig Wirkung,
 - Versorgung findet viel zu häufig dort statt, wo sie besser bezahlt wird, statt dort, wo die Qualität am besten ist,
 - Bedarf an beschleunigten Zugangswege für digitale Innovationen in die Versorgung.
- Aber Politik muss auch zwischen **Verdurchschnittlichung und regionalen Differenzierungen** entscheiden.

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

3



UNIVERSITÄT
BAYREUTH

2. Rahmenbedingungen ambulanter Versorgung



Finanzierungszange: Mittelwert versus Realität



Quelle: Eigene Darstellung.

- **Höhe der Gesamtvergütung** folgt demnach zu wenig der demographischen Entwicklung, der Änderung der Morbidität, dem medizinischen Fortschritt oder der Arztzahlentwicklung, sondern ist gesetzlich auf die Steigerung der Grundlohnsumme beschränkt (aktuell bestimmen regionale Veränderungsrate für die Morbidität und die Demografie die Anpassungsrate) .
- **MGV folgte lange Zeit also nicht nur dem Bedarf**, sondern einem geringer wachsenden letztlich sachfremden Parameter. Heute sind nur die Anpassungsrate bedarfsorientiert, nicht das Niveau.⁴

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

UNIVERSITÄT
BAYREUTH

3. Wer trägt das Morbiditätsrisiko?

3. Wer trägt das Morbiditätsrisiko?

- Lange Jahre bestand das politische Ziel in Politisches Ziel in der **Verdurchschnittlichung**.
- **Heterogenität zwischen den KVen war von Politik nicht mehr gewollt** (kaum Spielräume für regionale Differenzierungen).
- Änderungen durch das **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz** (GKV-WSG) 2007: leitete Reform der vertragsärztlichen Vergütung ein, fortgesetzt im **Versorgungsstrukturgesetz** (VStG 2012) und im **Versorgungsstärkungsgesetz** (VSG 2015):
 - Vertragsärzte sollten durch eine **regionale Gebührenordnung mit festen Preisen** Kalkulationssicherheit erhalten,
 - **Krankenkassen** sollten hinsichtlich der Finanzierung der ärztlichen Vergütung gleichgestellt werden und das **Morbiditätsrisiko** tragen, für die Erbringung der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung (Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, Regelleistungsvolumina).
 - Nach § 87a Abs. 5 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss auch Empfehlungen zur Vereinbarung des Umfangs des **nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs**, womit der Gesetzgeber noch einmal deutlich macht, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko in vollem Umfang tragen sollen.

Auswirkungen von Globalbudgets auf die Patienten
5

UNIVERSITÄT
BAYREUTH

3. Wer trägt das Morbiditätsrisiko?

Globalbudget und Morbiditätsrisiko

- **Kernfrage:** Wer trägt das Morbiditätsrisiko?
 - **Kasse oder Leistungserbringer?**
 - **Ideale Vergütungssystem:**
 - müsste so beschaffen sein, dass es eine adäquate Verteilung des Kostenrisikos vornimmt, indem es dafür sorgt, dass Unwirtschaftlichkeiten bei den Leistungserbringenden nicht zu höheren Erlösen führen, andererseits aber Kostensteigerungen wegen höherer Krankheitslast oder echtem medizinischem Fortschritt von den Krankenversicherungen getragen werden.
 - **Neu: Vereinbarung des Behandlungsbedarfs** (notwendige Leistungsmenge) ausgerichtet am Bedarf der Versicherten sowie an weiteren auf den Versorgungsumfang bezogenen Kriterien vergütet mit festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung.
 - **Ablösung** der nicht mehr leistungsgerechten Honorarbudgets, die überwiegend aus Kostendämpfungsgesetzen der 1990er Jahre stammten.
 - Stärkere Berücksichtigung der **Versorgungsnotwendigkeiten in ländlichen und strukturschwachen Gebieten** grundsätzlich möglich.

Auswirkungen von Globalbudgets auf die Patienten
6

UNIVERSITÄT BAYREUTH fiwi

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

- Schwierigkeiten bei **Umsetzung dieser Reformschritte**
- Urteil des Bundessozialgerichts (BSG, August 2014):**
 - BSG hatte darüber zu entscheiden, ob bei der jährlichen Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs allein die morbiditätsbedingten und demographischen **Veränderungen** berücksichtigt werden dürfen oder ob die Gesamtvertragspartner den Handlungsspielraum haben, aufgrund sachbezogener Kriterien auch die **angemessene Höhe (Niveau) des Behandlungsbedarfs** zu vereinbaren.
- Berücksichtigung der Unterschiede in den **Morbiditätsniveaus** insb. vorteilhaft für die NBL, für andere BL zentral, dass auch Unterschiede in den **Kosten- und Versorgungsstrukturen** beim Behandlungsbedarf Berücksichtigung finden
- Das GKV-VStG schuf in **§ 87a SGB V** die rechtliche Basis, um bei den Vereinbarungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in regionaler Hinsicht sowohl der besonderen Morbiditätsstruktur der Versicherten als auch Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen.
- Ein selbst mit exakten Veränderungsraten fortgeschriebenes unzutreffendes Morbiditätsniveau führt zwangsläufig zu einem **unzutreffenden Behandlungsbedarf**. Liegt dieser zu niedrig, tragen entweder die Vertragsärzte einen Teil des Morbiditätsrisikos und/oder es resultieren daraus negative Konsequenzen für die regionale Versorgung.
- Angleichung zwischen dem vereinbarten Wert und dem versichertenbezogenen Erwartungswert des Behandlungsbedarfs, z.B. nach Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur, darf laut **Urteil des BSG** **aber nicht erfolgen**.

7

Auswirkungen von Globalbudgets auf die Patienten

UNIVERSITÄT BAYREUTH fiwi

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

Niveau und Änderungsrate bei der Morbiditätsmessung

Befürchtung: Aktuell ist nicht überall Morbidität drin, wo MGV draufsteht“
(Niveau 2008 historisch festgelegt).

Quelle: Eigene Darstellung.

8

Auswirkungen von Globalbudgets auf die Patienten

UNIVERSITÄT BAYREUTH fiwi

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

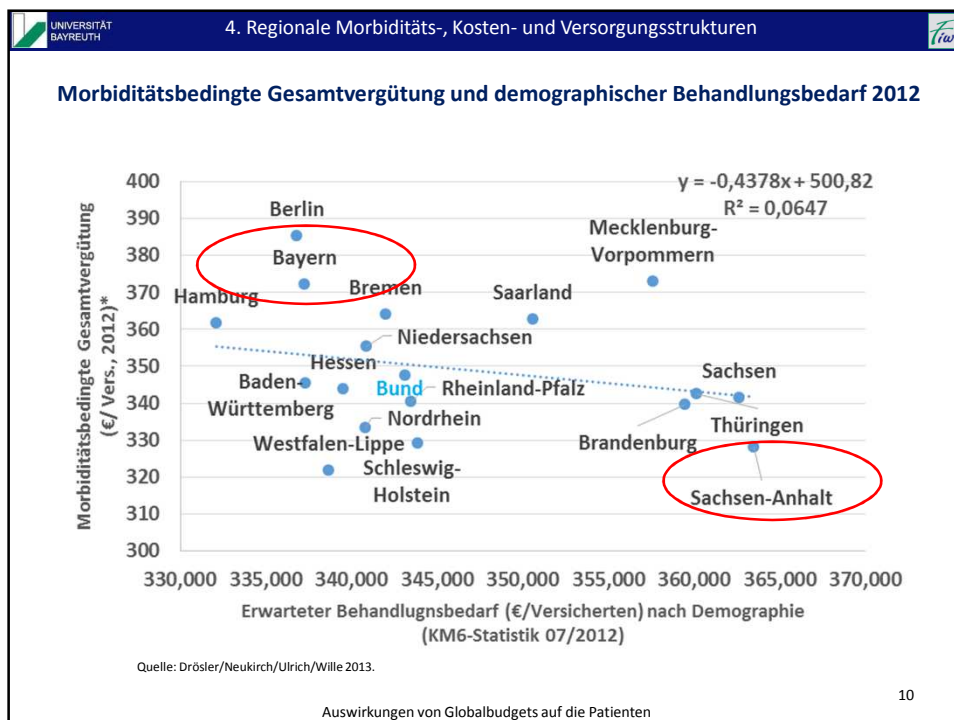
Regionalisierung durch das GKV-VStG (2012)

- **Regionale Morbidität und ambulante Vergütung**
- Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der Kassen an die KVen setzt seit 2009 auf historischen **Netto-Leistungsbedarf** auf, der mit Morbiditätsveränderung fortgeschrieben wird
- Erstmals für 2013: **regionale Morbiditätsraten**
 - Messung der Morbiditätsveränderung anhand Gewichtung aus **Diagnosen- und Demographie-bezogener Raten**; **Diagnosen**: zweijährig prospektives Modell.

für den KV-Bezirk Schleswig Holstein	1,5252%
für den KV-Bezirk Hamburg	1,6591%
für den KV-Bezirk Bremen	0,7806%
für den KV-Bezirk Niedersachsen	1,7413%
für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	0,7289%
für den KV-Bezirk Nordrhein	1,2776%
für den KV-Bezirk Hessen	0,8770%
für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	0,7651%
für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	1,1211%
für den KV-Bezirk Bayerns	0,1748%
für den KV-Bezirk Berlin	0,6633%
für den KV-Bezirk Saarland	0,6927%
für den KV-Bezirk Mecklenburg-	1,5958%
für den KV-Bezirk Brandenburg	1,7531%
für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	2,6075%
für den KV-Bezirk Thüringen	1,7911%
für den KV-Bezirk Sachsen	1,7899%

Auswirkungen von Globalbudgets auf die Patienten

9



4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen				
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) je Versicherten in Euro (2013)				
KV-Region	Gesamtvergütung je Versicherten (Euro)	Gesamtvergütung je Versicherten (inkl. Bereinigung, Euro)	Abweichung vom Bundesdurchschnitt (inkl. Bereinigung, in %)	Regionaler Punktwert
Schleswig-Holstein	467,53	467,59	-3,2	10,13
Hamburg	487,63	488,81	1,2	10,34
Bremen	530,72	532,12	10,2	10,13
Niedersachsen	496,12	496,14	2,7	10,13
Westfalen-Lippe	446,76	449,97	-6,8	10,13
Nordrhein	470,50	471,78	-2,3	10,13
Hessen	475,67	476,26	-1,4	10,24
Rheinland-Pfalz	470,23	470,31	-2,6	10,13
Baden-Württemberg	439,32	470,90	-2,5	10,13
Bayern	481,00	506,60	4,9	10,13
Berlin	508,40	508,70	5,3	10,13
Saarland	495,84	495,84	2,7	10,13
Mecklenburg-Vorpommern	523,07	523,08	8,3	10,13
Brandenburg	477,18	477,20	-1,2	10,13
Sachsen-Anhalt	481,97	482,77	0,0	10,13
Thüringen	485,80	485,83	0,6	10,13
Sachsen	492,10	492,13	1,9	10,13
Bund	474,39	482,91	0,0	10,13

Quelle: Stillfried/Czihal 2015, S. 6.

11

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen		
Behandlungsbedarf gemäß Klassifikationsmodelle		
Versichertenklassifikationsmodell	Behandlungsbedarf je Versicherten in Sachsen-Anhalt*	Behandlungsbedarf je Versicherten in den verbleibenden 16 KV-Regionen*
Demographie (KM6 – Statistik)	363,47 €	342,47 €
KM87a zweijährig prospektiv	372,04 €	349,29 €
Morbi-RSA einjährig prospektiv	379,51 €	346,29 €

*Zum Punktwert von 0,035048 €

Quelle: Drösler/Neukirch/Ulrich/Wille 2013.

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

12

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen		
Gegenüberstellung der Ergebnisse für den Behandlungsbedarf in Sachsen-Anhalt		
Klassifikationsmodell	Bezugsgröße 1: 327,96 € Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (€/Versicherten) in Sachsen- Anhalt 2012 ohne Bereinigung um Leistungen für Psychotherapie	Bezugsgröße 2: 318,14 € Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (€/Versicherten) in Sachsen- Anhalt 2012 mit Bereinigung um Leistungen für Psychotherapie
Demographie (KM6 – Statistik)	(10,8%) Psychotherapie-Leistungen sind im Gruppierungsmodell KM6 nicht enthalten	14,2%
KM87a	(13,4%) Psychotherapie-Leistungen sind im Gruppierungsmodell KM87a nicht enthalten	16,9%
Morbi-RSA	(15,7%) Psychotherapie-Leistungen sind im Morbi-RSA nicht enthalten	19,3%

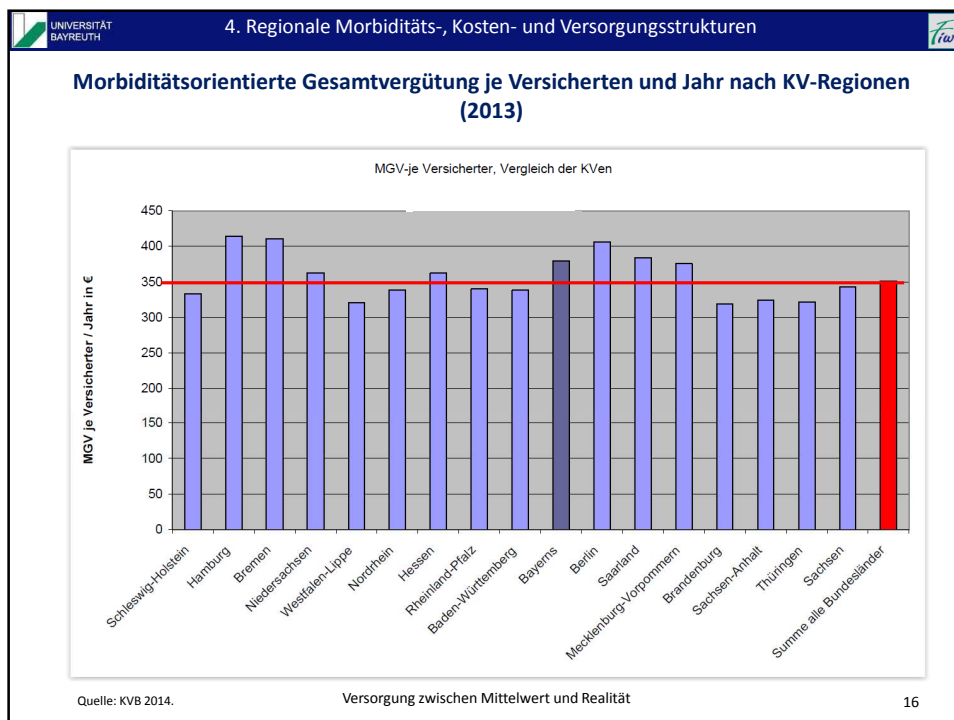
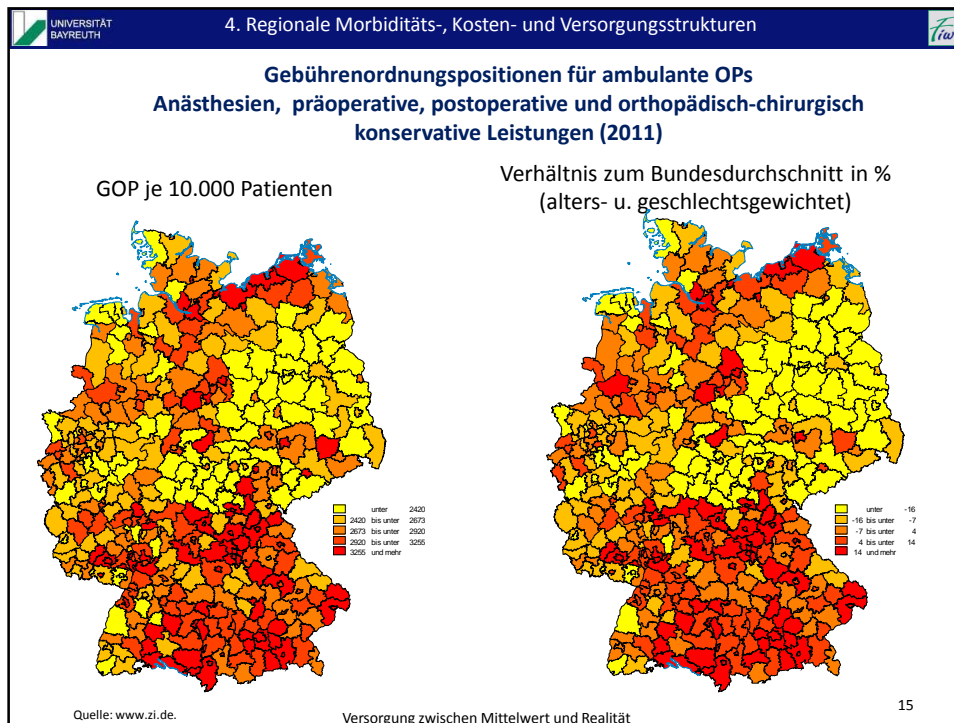
Quelle: Drösler/Neukirch/Ulrich/Wille 2013. Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

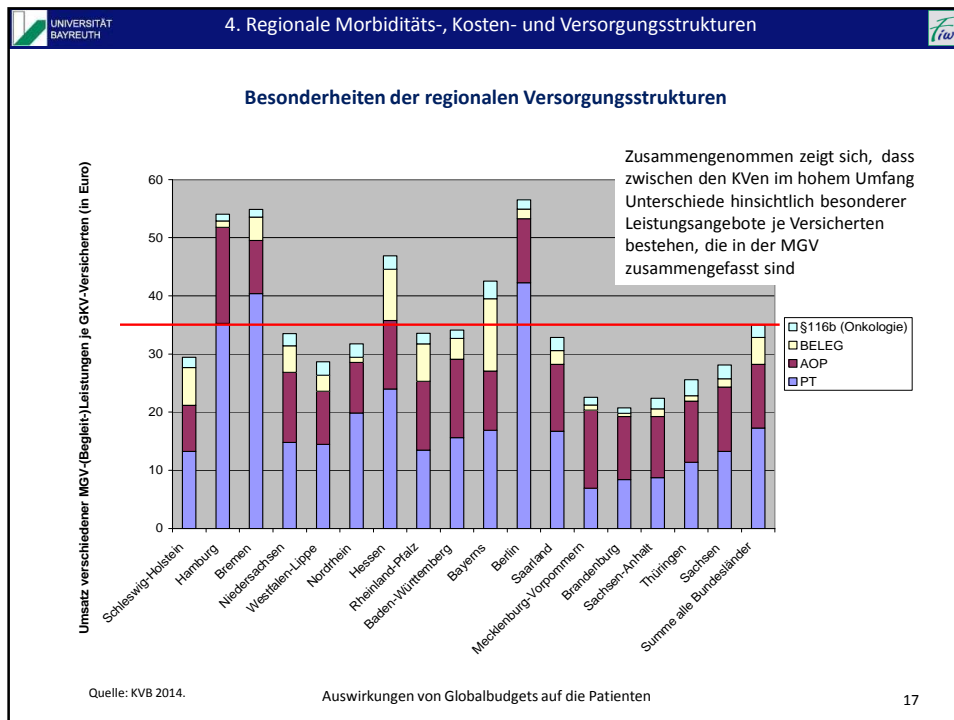
13

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen	
Bedeutung regionaler Versorgungs- und Kostenstrukturen	
<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Morbidität versus regionale Besonderheiten der Versorgung • Ambulante Vergütung: besondere regionale Versorgungsstrukturen, die berücksichtigt werden sollten • Wird ein bundesweiter Durchschnittswert als Maß der Vergleichbarkeit der Regionen verwendet, so könnte der regional unterschiedlichen Versorgungsstruktur dadurch Rechnung getragen werden, dass besondere regionale Versorgungsformen aus der Durchschnittsbetrachtung ausgegliedert werden: <ul style="list-style-type: none"> – Psychotherapie – ambulantes Operieren – belegärztliche Leistungen – 116b-Leistungen (Onkologie usw.) 	

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

14





UNIVERSITÄT BAYREUTH

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

Zur Substitution zwischen den Versorgungsbereichen

- Im Rahmen einer Krankenbehandlung können zwischen den einzelnen Leistungsarten **komplementäre oder substitutive** Beziehungen bestehen. Sofern zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor substitutive Beziehungen vorliegen, fordert § 39 Abs. 1 SGB V eine ambulante Behandlung.
- SVR-G** machte zeigte in seinem Sondergutachten 2012 (Ziffer 290ff.), dass in Deutschland auch im Vergleich zu ähnlich entwickelten Volkswirtschaften bzw. Gesundheitssystemen noch ein beachtliches nicht ausgeschöpftes ambulantes Substitutionspotential existiert.
- Leistungsverlagerungen** vom stationären in den ambulanten Sektor bieten sich in normativer Hinsicht immer dann an, wenn sie die gesundheitlichen Outcomes einschließlich qualitativer Elemente verbessern, den Präferenzen der Patienten mehr entsprechen oder kostengünstiger erfolgen.
- Dieser Aspekt gewinnt medizinisch wie ökonomisch vor dem Hintergrund der **demographischen Entwicklung** künftig insofern noch an Bedeutung, als der **medizinische Fortschritt** und der verbesserte Gesundheitszustand vieler älterer Patienten es zunehmend ermöglichen, Behandlungen bzw. Eingriffe, die früher stationär erfolgten, ambulant durchzuführen.

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

18

UNIVERSITÄT BAYREUTH fiwi

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN
FACHBEREICH HEALTH SERVICES MANAGEMENT

Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland

Autoren: Leonie Sundmacher, Wiebke Schüttig und Cristina Faist
Institution: Fachbereich Health Services Management, Fakultät Betriebswirtschaft, Ludwig-Maximilians-Universität München
Datum: 28.07.2015

Abkürzungsverzeichnis:
 ASD – Ambulant-sensitive Diagnosen
 ASK – Ambulant-sensitive Krankenhausfälle

- Mehr als **3,7 Millionen Krankenhausfälle** könnten mit einer optimal koordinierten Versorgung bundesweit vermieden werden und die gesetzlichen Krankenkassen in Milliardenhöhe entlasten.
- Ergebnis einer Forschungsarbeit der Münchner Gesundheitsökonomin **Leonie Sundmacher**.
- Erstmals für Deutschland wurde eine Liste mit Diagnosen erstellt, für die bei guter ambulanter Behandlung Krankenhausaufnahmen weitgehend vermeidbar sind. Das beteiligte Expertenpanel schätzt demnach rund ein Fünftel der stationären Behandlungen in deutschen Krankenhäusern verzichtbar ein.
- Diese **vermeidbaren Krankenhausfälle kosten jährlich etwa 7,2 Milliarden Euro**
- Zahl der Behandlungen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden, ist im Untersuchungszeitraum 2011-2013 deutlich angestiegen (Heuer 2017). **Leistungsbedarf aus stationärer ersetzenden/ neuen Leistungen** steigt in allen vertragsärztlichen Praxen demografiebereinigt an und die Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle sind entsprechend leicht rückläufig.

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

19

UNIVERSITÄT BAYREUTH fiwi

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

Potenzielle Bedeutung einzelner Kriterien für die regionale Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfs in den Kassenärztlichen Vereinigungen

Abweichungen aus der Perspektive der KV Bereiche nach bestimmten Kriterien

Kriterium	Schleswig-Holstein	Hamburg	Bremen	Niedersachsen	Westfalen-Lippe	Nordrhein	Hessen	Rheinland-Pfalz	Berlin	Saarland	Mecklenburg-Vorpommern	Brandenburg	Sachsen-Anhalt	Thüringen	Sachsen
Versichertenstruktur	6.5%	18.5%	2.5%	4.5%	12.5%	9.5%	13.5%	7.5%	7.5%	5.5%	10.5%	15.5%	10.5%	10.5%	8.5%
Leistungsstruktur	9.5%	18.5%	5.5%	9.5%	9.5%	9.5%	8.5%	4.5%	12.5%	7.5%	2.5%	2.5%	8.5%	5.5%	8.5%
Punktwert	8.5%	8.5%	3.5%	3.5%	2.5%	3.5%	5.5%	5.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%

Quelle: Angelehnt an von Stillfried/Czihal 2015.

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

20

UNIVERSITÄT
BAYREUTH

5. Ausblick

Ausblick

- Anhaltende Diskussion über **grundlegende Reform des Vergütungssystems**
 - Die einkommenorientierte Zuwachsbegrenzung sollte durch **bedarfsorientierte Finanzierungsverfahren** ersetzt werden.
 - Stärkere Berücksichtigung von **Besonderheiten der regionalen Morbiditäts-, Versorgungs- und Kostenstrukturen**
 - Die Kriterien zur Beurteilung der **Angemessenheit und Bedarfsgerechtigkeit** der Mengenkomponekte sind die Risikostruktur der zu versorgenden Versicherten, die Leistungsintensität aufgrund der Versorgungsstruktur sowie inhaltliche Versorgungsziele.
 - **Bewertung der Angemessenheit der Leistungsintensität** insbesondere durch eine sektorenübergreifende Betrachtung: Soweit eine höhere Leistungsintensität in der vertragsärztlichen Versorgung zu einer verringerten Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung, führt, dient diese den Zielen des SGB V und bietet tendenziell eine höhere Versorgungsqualität.
- Die in Deutschland bereits eingesetzten Versicherten- Klassifikationsmodelle lassen sich für eine Schätzung der regionalen Morbiditätslast verwenden: **Messung von Niveau und Veränderung der Morbidität**
- **Regionale reale demografische Unterschiede** gehen mit einer divergierenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher.
- **Regionale, reale Abweichungen vom „Durchschnitt“** sollten bei der Vergütung künftig stärker berücksichtigt werden.

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität
21

UNIVERSITÄT
BAYREUTH

5. Ausblick

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

volker.ulrich@uni-bayreuth.de

22