

 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 Arzthaltentwicklung, sondern ist gesetzlich auf die Steigerung der Grundlohnsumme beschränkt (aktuell bestimmen regionale Veränderungsraten 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 Anpassungsraten bedarfsoorientiert, 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 **Versorgungstrukturgesetz** (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 Umfange 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

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**.

Auswirkungen von Globalbudgets auf die Patienten

7

UNIVERSITÄT
BAYREUTH

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

Niveau und Änderungsrate bei der Morbiditätssmessung

Änderungsrate

Niveau

Historisches Niveau 1

Historisches Niveau 2

Historisches Niveau 3

Historisches Niveau 4

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

Quelle: Eigene Darstellung.

Auswirkungen von Globalbudgets auf die Patienten

8

UNIVERSITÄT
BAYREUTH

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

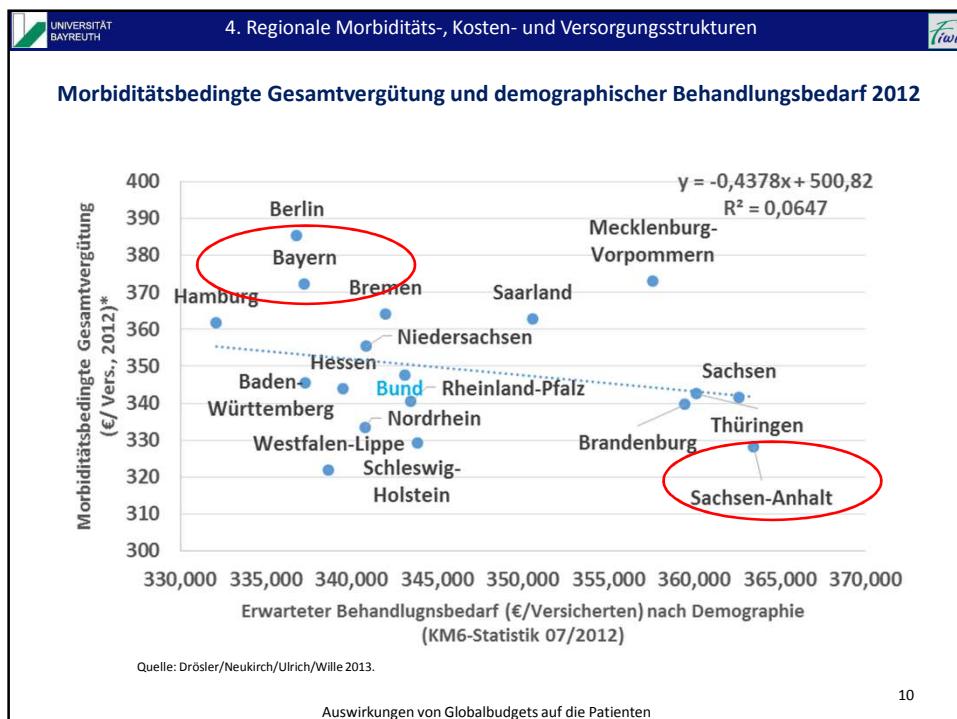
fiwi

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



UNIVERSITÄT BAYREUTH  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 Punktewert |
|------------------------|--|---|---|-----------------------|
| 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

UNIVERSITÄT BAYREUTH  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 Punktewert von 0,035048 €

Quelle: Drösler/Neukirch/Ulrich/Wille 2013.
Versorgung zwischen Mittelwert und Realität 12

UNIVERSITÄT BAYREUTH 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

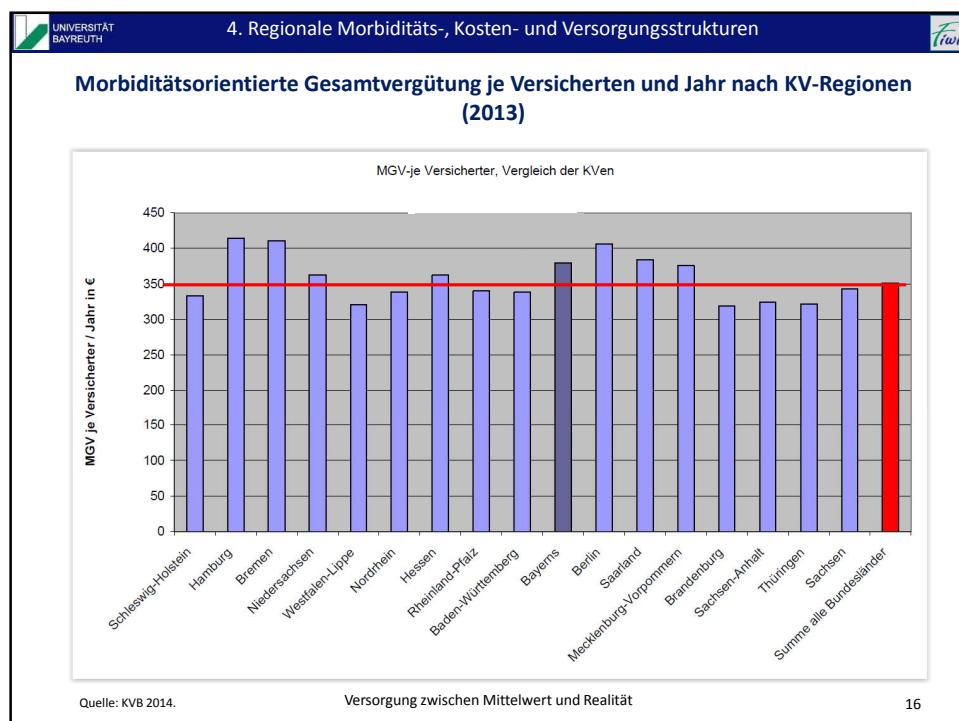
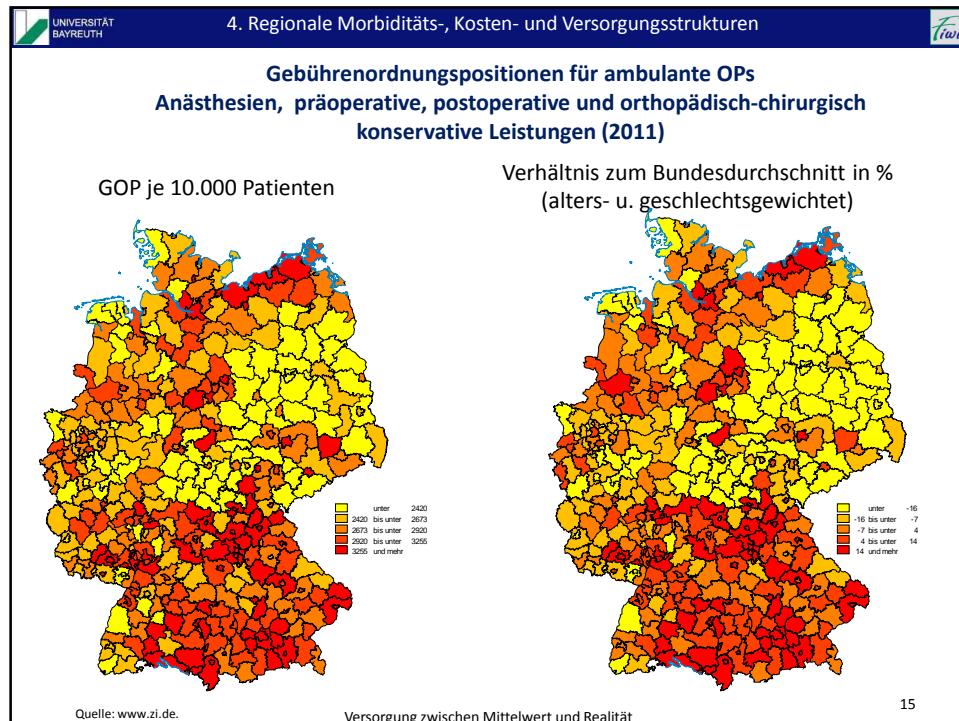
UNIVERSITÄT BAYREUTH 4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen 

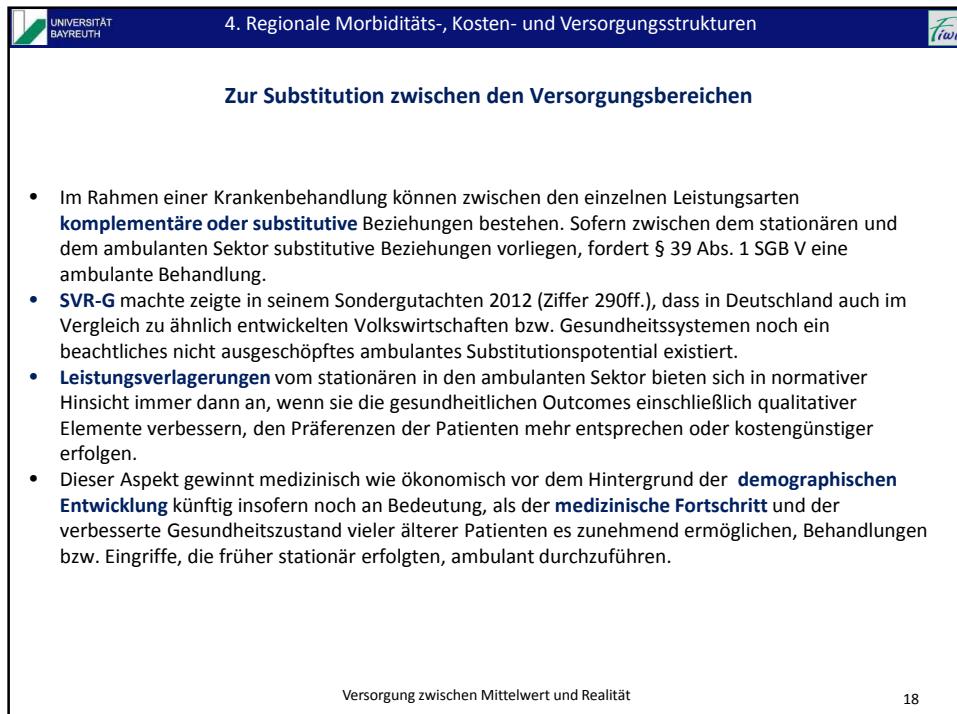
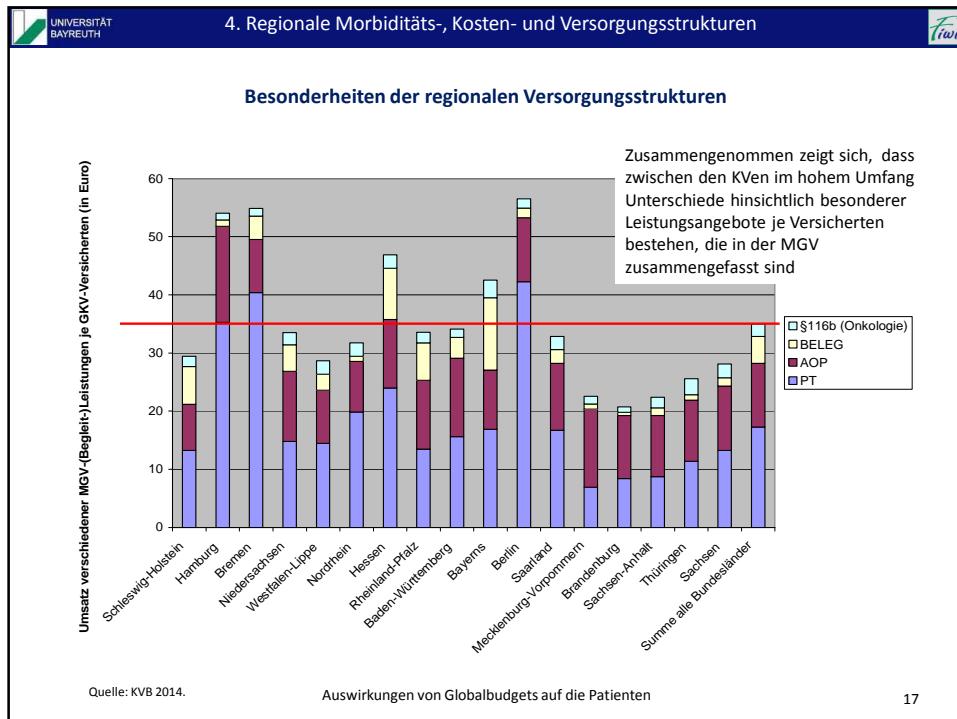
Bedeutung regionaler Versorgungs- und Kostenstrukturen

- 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 ausgliedert werden:
 - Psychotherapie
 - ambulantes Operieren
 - belegärztliche Leistungen
 - 116b-Leistungen (Onkologie usw.)

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

14





UNIVERSITÄT BAYREUTH

4. Regionale Morbiditäts-, Kosten- und Versorgungsstrukturen

LMU LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN FACHBEREICH HEALTH SERVICES MANAGEMENT

Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitive 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 stationsersetzenden/ neuen Leistungen** steigt in allen vertragsärztlichen Praxen demografiebereinigt an und die Belegungstage ambulant-sensitive Krankenhausfälle sind entsprechend leicht rückläufig .

Versorgung zwischen Mittelwert und Realität

19

UNIVERSITÄT BAYREUTH

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

| KV Region | Versichererstruktur (%) | Leistungsstruktur (%) | Punktwert (%) |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------|
| Schleswig-Holstein | ~6.5 | ~9.0 | ~0.0 |
| Hamburg | ~0.5 | ~18.5 | ~8.5 |
| Bremen | ~2.0 | ~5.5 | ~3.5 |
| Niedersachsen | ~4.5 | ~8.5 | ~0.0 |
| Westfalen-Lippe | ~12.5 | ~9.0 | ~2.5 |
| Nordrhein | ~9.0 | ~9.0 | ~3.0 |
| Hessen | ~13.0 | ~8.5 | ~5.0 |
| Rheinland-Pfalz | ~7.0 | ~4.5 | ~0.0 |
| Berlin | ~7.0 | ~12.5 | ~1.0 |
| Saarland | ~5.0 | ~7.5 | ~0.0 |
| Mecklenburg-Vorpommern | ~0.0 | ~2.5 | ~0.0 |
| Brandenburg | ~10.0 | ~2.0 | ~0.0 |
| Sachsen-Anhalt | ~15.0 | ~8.0 | ~0.0 |
| Thüringen | ~10.5 | ~5.5 | ~0.0 |
| Sachsen | ~7.5 | ~8.0 | ~0.0 |

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 einnahmenorientierte 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 Mengenkomponente 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