

Optionen für einen Vergleich von Krankenkassen nach Outcome

Präsentation anlässlich der Tagung:

Das Ergebnis zählt! Impulse für mehr Outcome-Orientierung und Patientennutzen im Gesundheitssystem, Workshop 3

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

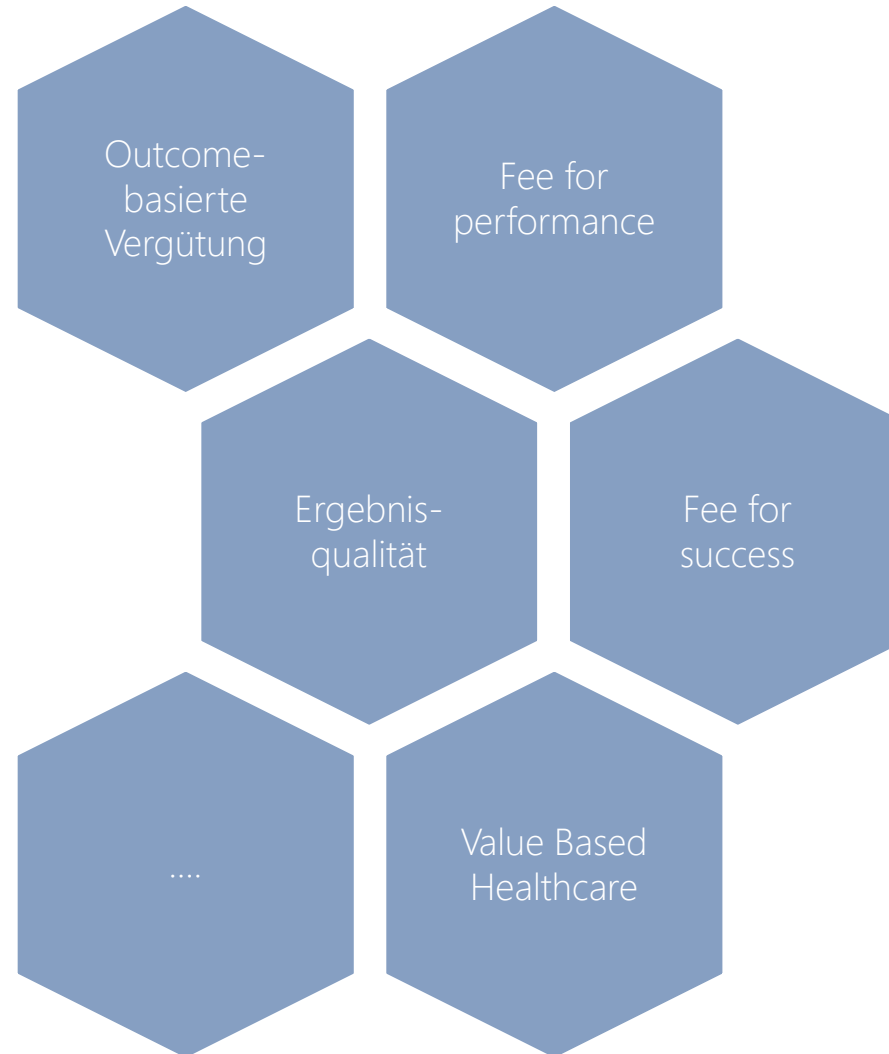
Berlin, 28.10.2021



**Dr. h. c. Helmut
Hildebrandt**,
Vorstandsvorsitzender
OptiMedis AG, Hamburg

**Ergebnistransparenz:
Der Qualitätswett-
bewerb unter Kran-
kenkassen braucht
einen neuen Rahmen**

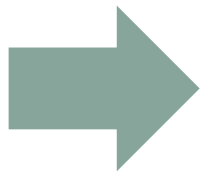
Ergebnisqualität – seit dem Jahr 2000 auf der politischen Agenda



Eine Erinnerung: Gesetzgeberischer Auftrag gem. § 1 SGB V

„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die **Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen** oder ihren **Gesundheitszustand zu bessern**.

... Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch **Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen** und auf **gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken**.“



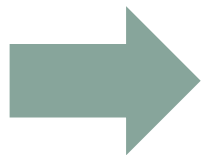
Dennoch wird den Krankenkassen bislang nur ein geringes Maß an Verantwortlichkeit für das Gesundheitsergebnis ihrer Versicherten zugesprochen!

These 1

Der gesetzgeberischer Auftrag ist gut, aber die Anreizstruktur für Krankenkassen steht dem in Teilen entgegen

Herausforderungen und Risiken für die Ausrichtung von Krankenkassen auf Ergebnisqualität als Differenzierungsmerkmal

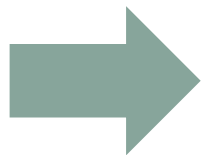
1. Return des Investments in Ergebnisqualität tritt erst einige Jahre später ein – dafür Gefahr: Abwanderung von Versicherten mit positivem Deckungsbeitrag wg. Beitragssatzsteigerung
2. Nutzen in Form von Mitgliedergewinnung bleibt unklar, da diese keinen Vergleich zur Beurteilung haben.
3. Fehlende Anreize und Belohnungsmechanismen für Leistungserbringer, in Outcome / Ergebnisverbesserungen zu investieren, erfordern on-top-Aufwände



Transparenz: Notwendigkeit einer breiteren Diskussion von Ergebnisqualität, evl. Ranking-Vergleiche

Möglichkeiten für Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen

1. Adäquate Informationen (=> Gesundheitskompetenz)
2. Gezielte vertragliche Arrangements durch Bonusverträge, Integrations- und andere Selektiv- wie auch Kollektivverträge => „Einkauf“ von besseren Ergebnissen
3. Durch eigene oder fremd betriebene Call Center, digitale Plattformlösungen mit Datentransparenz für die Versicherten, Gesundheitscoaches => direkte Unterstützung von Versicherten
4. Im Gegensatz dazu haben Leistungserbringer einige Nachteile:
 - Sie haben eher geringe Fallzahlen
 - Sie verfügen nicht über die Routinedaten der Krankenkassen
 - Komplexe Risikoadjustierung für kleine Fallzahlen + daraus entstehende Risikoselektionseffekte



Frage: Wie lässt sich das Interesse der Krankenkassen durch systemische Veränderungen stärker anreizen?

Können wir uns ein Outcome-Measurement für Krankenkassen mit „Avoidable Mortality“ vorstellen? Hier: Aus Commonwealth Fund Analysis, 2021, auf Basis von OECD-Daten

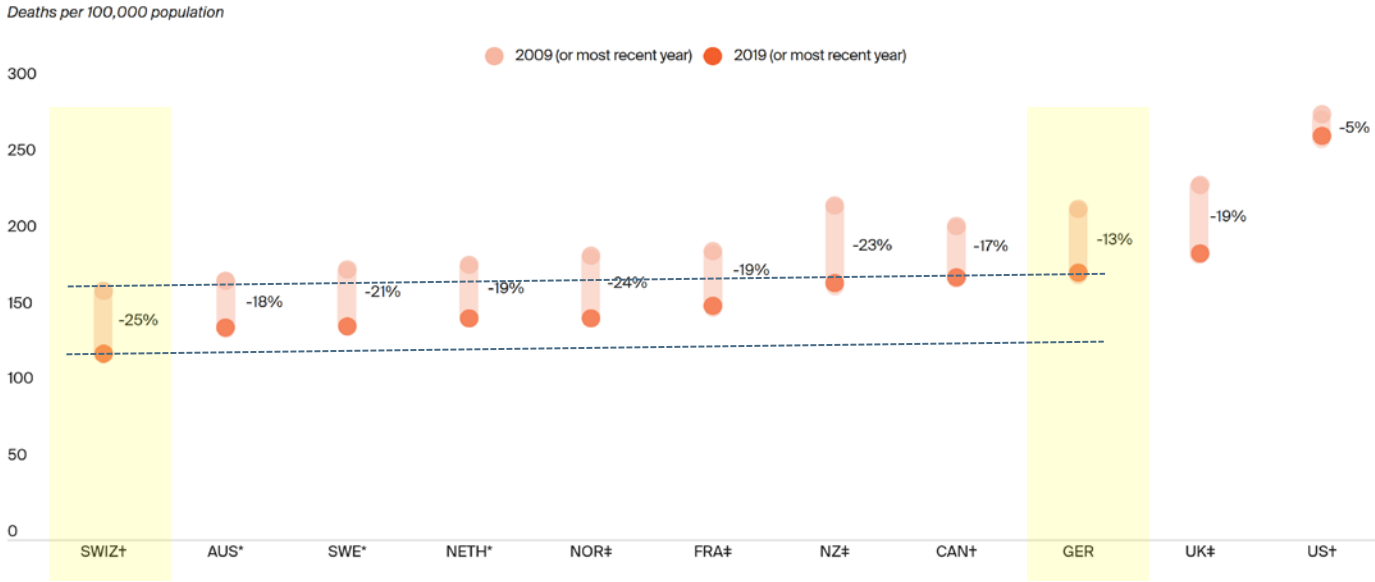
Health Care Outcomes. The *health care outcomes* domain includes 10 measures of the health of populations selected to focus on outcomes that can be modified by health care (in contrast to public health measures such as life expectancy at birth, which may be affected more by social and economic conditions). The measures fall into three categories:

- *Population health outcomes* reflect the chronic disease and mortality burden of selected populations. We include two measures comparing countries on mortality defined by age (infant mortality, life expectancy at age 60) and one measure on the proportion of nonelderly adults who report having multiple common chronic conditions (arthritis, asthma or chronic lung disease, diabetes, heart disease, high blood pressure).

- *Mortality amenable to health care* reflects deaths under age 75 from specific causes that are considered preventable in the presence of timely and effective health care. In the 2021 edition of *Mirror, Mirror* we dropped two previous measures replacing them with new standardized and publicly available OECD measures of mortality that consist of deaths considered preventable through effective primary prevention and other public health measures (“preventable mortality”) and of deaths that were considered treatable through more effective and timely health care interventions (“treatable mortality”).¹ OECD combines these two measures to report “avoidable mortality” — for which we report the 10-year trend as an additional new measure.

- *Condition-specific health outcomes* measures include measures on 30-day in-hospital mortality following myocardial infarction and stroke, as well as two new measures in this section: maternal mortality and deaths from suicide. We dropped two OECD measures related to five-year cancer survival rates (breast and colon), because recent data were not available.

EXHIBIT 8 Avoidable Deaths and 10-Year Reduction in Avoidable Mortality Across Countries



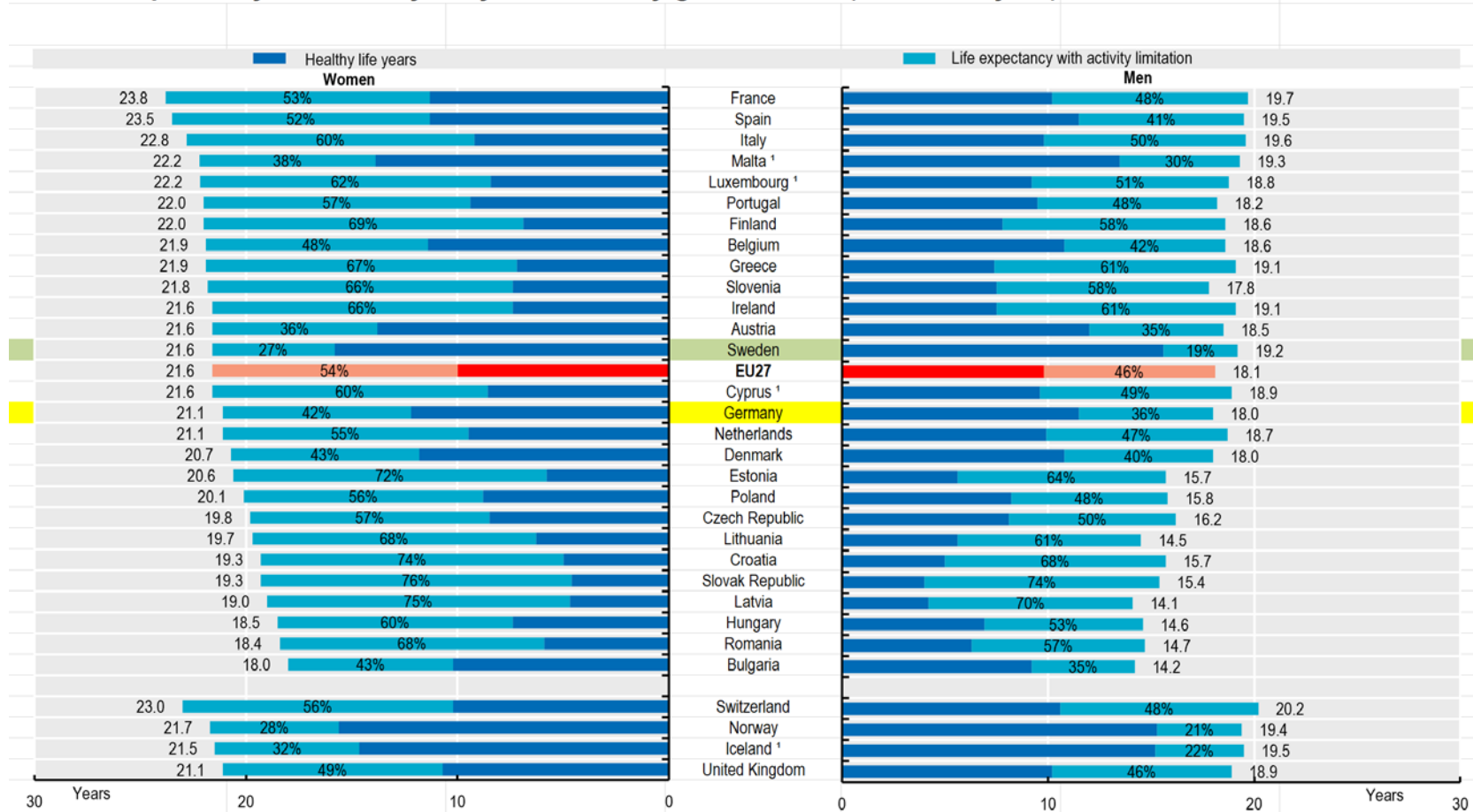
Notes: Health status: avoidable mortality. Data years are: 2009 and 2019 (Germany); * 2008 and 2018 (Australia, the Netherlands, Sweden); † 2007 and 2017 (Canada, Switzerland, US); and ‡ 2006 and 2016 (France, New Zealand, Norway, UK).

Data: Commonwealth Fund analysis of data from OECD Health Statistics, July 2021.

Source: Eric C. Schneider et al., *Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries* (Commonwealth Fund, Aug. 2021). <https://doi.org/10.26099/01DV-H208>

Ein Vergleich nach Lebenserwartung ab 65 Jahren, unterteilt nach gesunden Jahren und gesundheitlich beeinträchtigten Jahren?

3.6. Life expectancy and healthy life years at 65, by gender, 2018 (or nearest year)

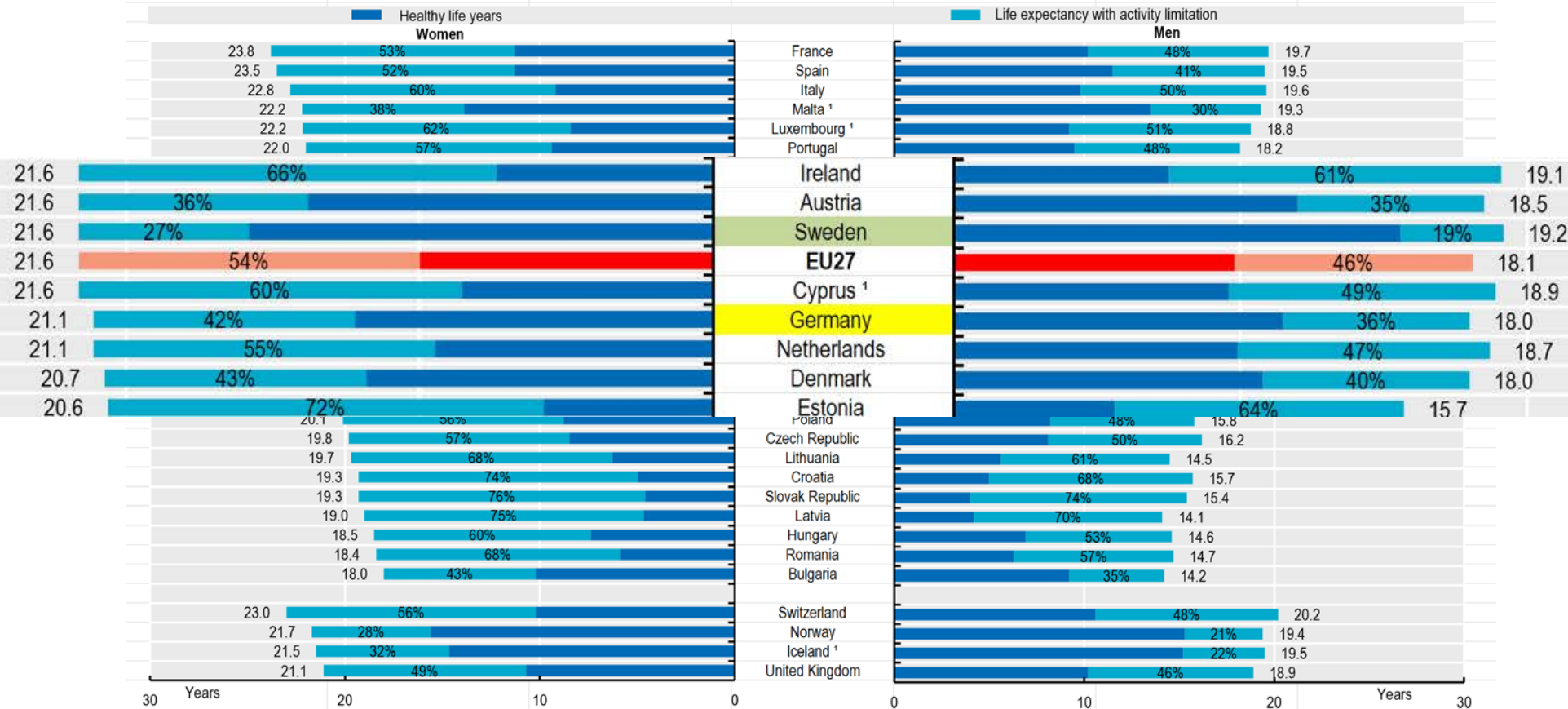


Note: Data comparability is limited because of cultural factors and different formulations of question in EU-SILC. 1. Three-year average (2016-18 except for Iceland: 2014-16).

Source: Eurostat Database.

Ein Vergleich nach Lebenserwartung ab 65 Jahren, unterteilt nach gesunden Jahren und gesundheitlich beeinträchtigten Jahren?

3.6. Life expectancy and healthy life years at 65, by gender, 2018 (or nearest year)



Note: Data comparability is limited because of cultural factors and different formulations of question in EU-SILC. 1. Three-year average (2016-18 except for Iceland: 2014-16).

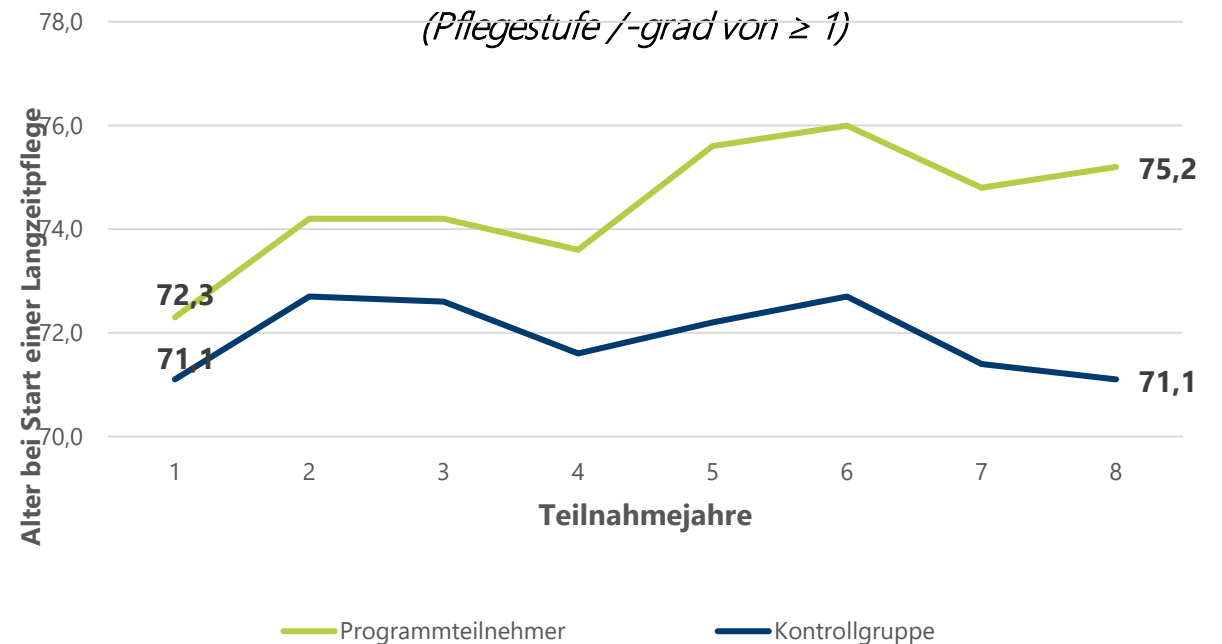
Source: Eurostat Database.

Gesundes Kinzigtal: Eigene Analysen zeigen eine Verschiebung des Eintritts von Erkrankungen, hier: Startzeitpunkt Langzeitpflege

Während das durchschnittliche Alter bei Start einer Langzeitpflege bei Programmteilnehmern acht Jahre nach (erstmaliger) Teilnahme an einem Versorgungsprogramm um 2,9 Jahre auf 75,2 Jahre zunahm, blieb das durchschnittliche Alter der Nicht-GK-Teilnehmer (mit Schwankungen in den Jahren dazwischen) konstant bei 71,1 Jahren.

Und das trotz intensiver Aufklärung und vielen Veranstaltungen zusammen mit dem Pflegestützpunkt

Alter bei Start einer Langzeitpflege in Gesundes Kinzigtal im Kontrollgruppenvergleich



Quelle: Eigene Darstellung, Auswertung OptiMedis AG

Merkmale: Verschiebungen des durchschnittl. Eintrittsalters von bestimmten Krankheiten und/oder Ereignissen (Herzinfarkte, Dialysepflichtigkeit, Pflegegrad, Sterbealter...) sollten geprüft werden.

Beispiele für weitere Ergebnisindikatoren

Indikator	Pro	Contra
Verschiebungen des durchschnittl. Eintrittsalters von Dialysepflichtigkeit		
Verschiebungen des durchschnittl. Eintrittsalters von Herzinfarkten		
Verschiebungen des durchschnittl. Eintrittsalters von Schlaganfällen		
Verschiebung des durchschnittl. Eintrittsalters bestimmter chronischer Erkrankungen		

These 3

Auch ein aggregierter morbiditätsbezogener Ergebnisindikator ist auf der Basis schon vorhandener Daten möglich und würde die Anreizsituation positiv verändern und einen Wettbewerb um Ergebnisqualität befördern!

Entwicklung eines aggregierten morbiditätsbezogenen Ergebnisindikators – ein Verfahrensvorschlag

- Nutzung der bereits für den Gesundheitsfonds erhobenen Daten der Versicherten (mit Historie versehen & anonymisiert) für die Berechnung eines Morbiditätskoeffizienten ...z.B. im Fall der Kasse X 1,15
- Jahresbezogene Differenzrechnung des Veränderungsdeltas dieses Koeffizienten pro Krankenkasse, zur Vermeidung von Fehlanreizen für die Neukontrahierung jeweils nur bzgl. der Kohorte, die bereits im Vorjahr versichert war ... zB. Entwicklung von Kasse X von 1,15 auf 1,18 ... andere Kasse Y von 1,21 auf 1,22
=> Ergebnis Kasse Y ist im Ranking besser als Kasse X
Jedes Jahr wieder neue Berechnung.

Diskussion und Engagement für die Entwicklung denkbar durch:

- Regierung, Politik, BVA
- Patientenverbände- Vertretungen im G-BA
- Krankenkassen ...z.B. ein „Kreis der Willigen“
- DNVF (Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung)

These 4

Ein begleitender Indikator, der die Versichertenperspektive abbildet, würde die positive wettbewerbliche Wirkung noch verstärken.

Notwendigkeit eines begleitenden Indikators zur Abbildung der Versichertenperspektive

- Begleitung des Ergebnisindikators durch aktive Nutzung von Rückmeldungen der Versicherten
- Möglicher Ansatz: Erweiterung der entwickelten Qualitätssicherungsmaßnahmen der „Weißen Liste“ für Leistungserbringer zur Übertragung auf Krankenkassen
- Entwicklung von „Patient Reported Outcome Measures“ („PROMs“) und „Patient Reported Experiences“ („PREs“) und Zusammenführung beider Perspektiven (vgl. hierzu die OECD-Initiative „Patient Reported Indicators Survey „PaRIS“ <http://www.oecd.org/health/paris.htm>)

Gewinner und Verlierer der neuen Wettbewerbsordnung

Gewinner

- Versicherte
- Patienten
- Gesellschaft
- Arbeitgeber
- Anbieter (-Netzwerke), die auf Ergebnis setzen
- Krankenkassen: besonders die nachhaltig auf Ergebnisse ausgerichtete Krankenkassen

Verlierer

- nicht auf Ergebnisse ausgerichtete Krankenkassen
- Leistungserbringer mit schlechter Ergebnisqualität
- Besonders kleine Krankenkassen?

Diskussion der Indikatoren und der zu erwartenden Auswirkungen

- Risiko, dass Patienten ihre Krankenkasse dennoch nach ihrem Beitragssatz oder Leistungsangeboten auswählen → Ausweichoption durch einen wirtschaftlichen Anreiz für die Kassen: wirtschaftliche Belohnung über einen Zuweisungszuschlag für die Krankenkassen im oberen Quartil
- Krankenkassen erhalten einen Anreiz zur Verminderung einer übermäßig codierten Morbidität = Balancierung der jetzigen Fehlanreize in Richtung „upcoding“
- Gesundheitserhaltung & Prävention rückt bei den Krankenkassen in den Vordergrund
- positive Auswirkung auf das Thema „Öffentliche Gesundheit/Public Health“ und die damit verbundene Diskussion der Auswertung nationaler & regionaler Gesundheitsdaten

Vgl. auch die Veröffentlichung:

Hildebrandt, H. (2019). Ergebnistransparenz: Der Qualitätswettbewerb unter Krankenkassen braucht einen neuen Rahmen. Welt der Krankenversicherung, Medhochzwei Verlag, Heidelberg, Januar 2019, 9-13. [Link](#)



Dr. h. c. Helmut
Hildebrandt,
Vorstandsvorsitzender
OptiMedis AG, Hamburg

**Ergebnistransparenz:
Der Qualitätswettbewerb unter Krankenkassen braucht einen neuen Rahmen**

So bleiben wir in Kontakt



Dr. rer. medic. h.c. Helmut Hildebrandt

Vorstandsvorsitzender

h.hildebrandt@optimedis.de



OptiMedis AG

Burchardstraße 17

20095 Hamburg

Tel. +49 40 22621149-0

Mobil +49 172 4215165

www.optimedis.de



Alle Infos zu unserem aktuell diskutierten Reformvorschlag:
www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung

Aktuell informiert mit unserem OptiMedium:
www.optimedis.de/newsletter