

Welche Anreizwirkungen hat der „Morbi-RSA“ hinsichtlich des Leistungs- und Qualitätsmanagements bei Krankenkassen und Leistungserbringern?

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

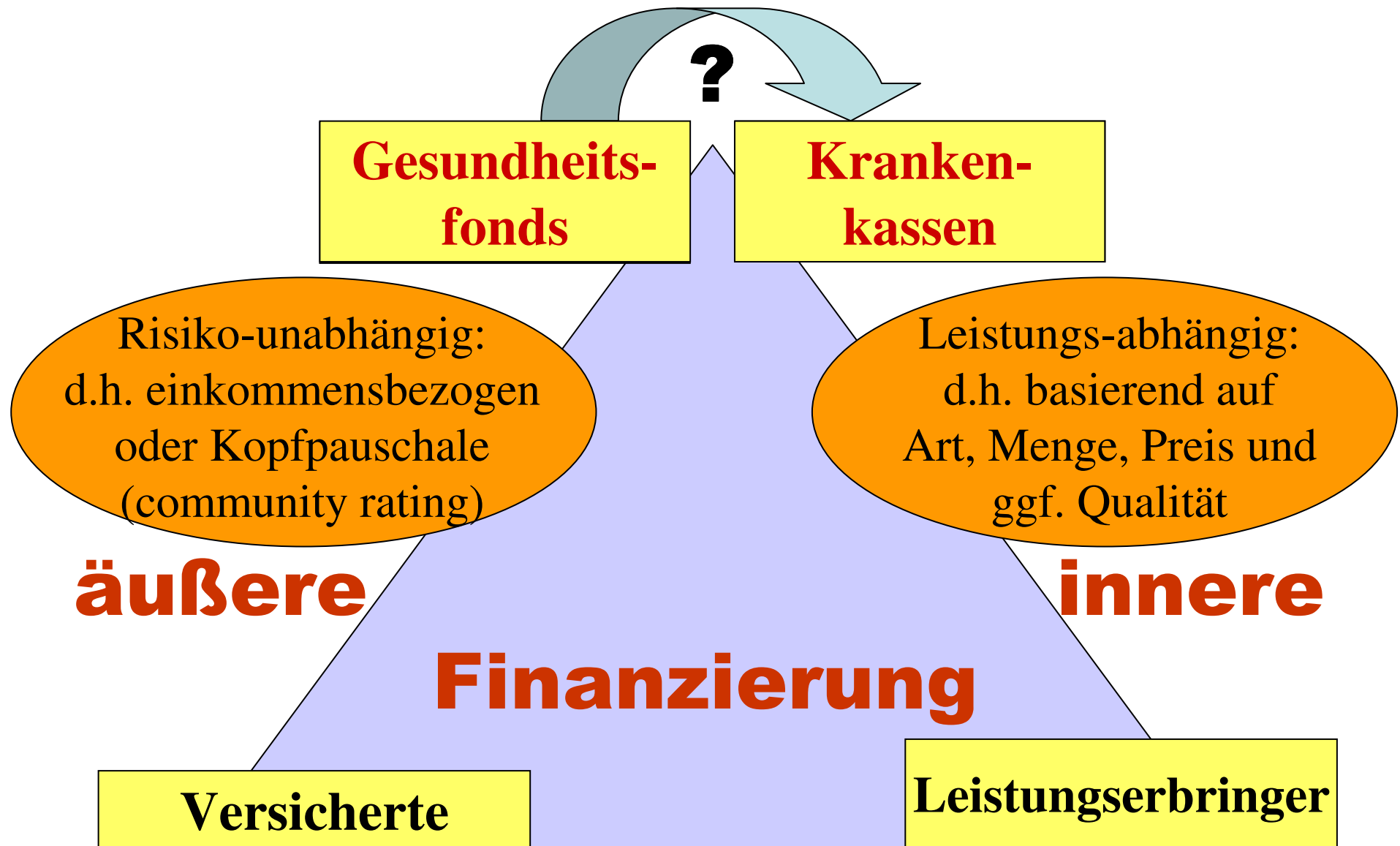
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies



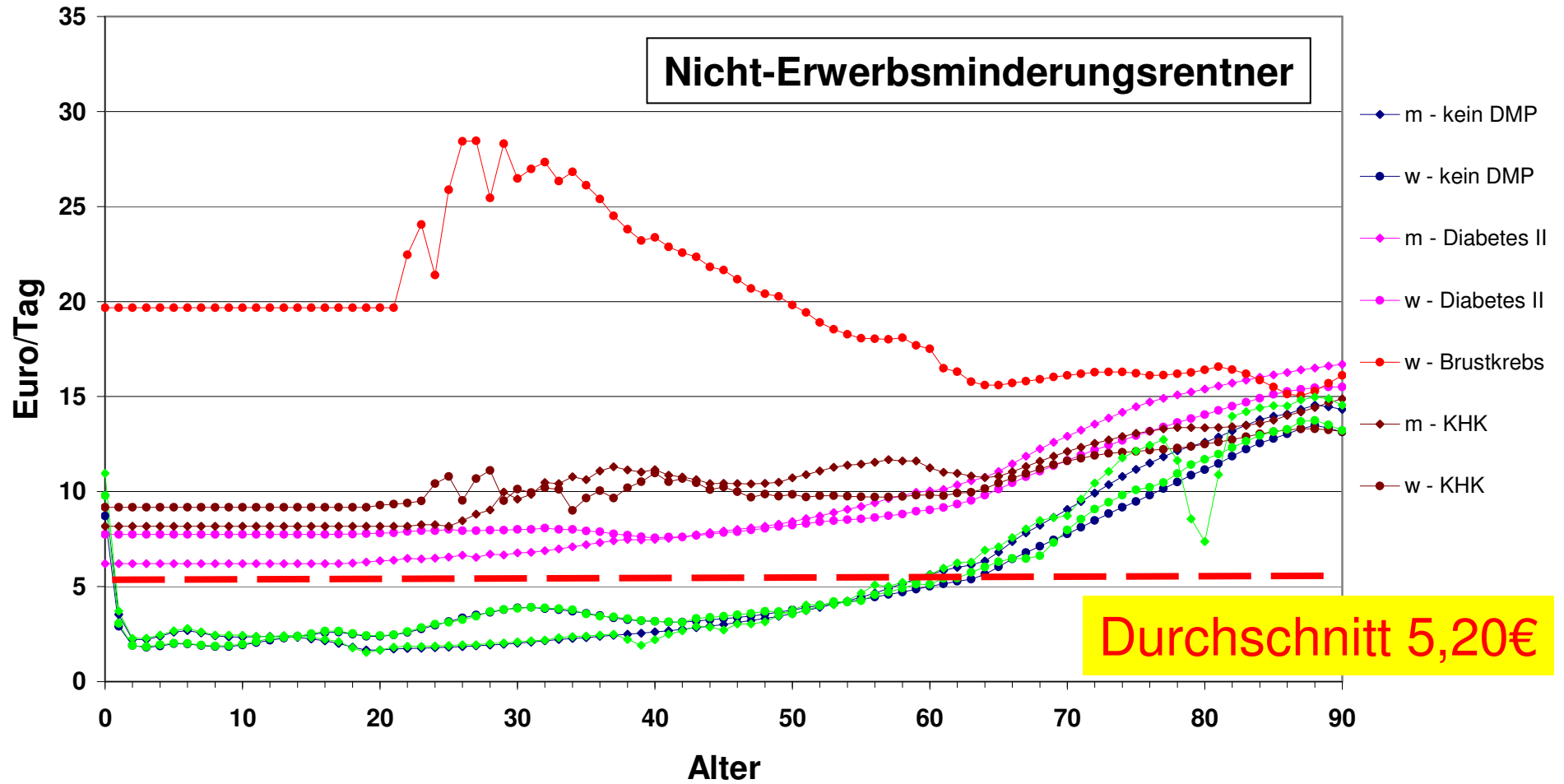
Risikostrukturausgleich



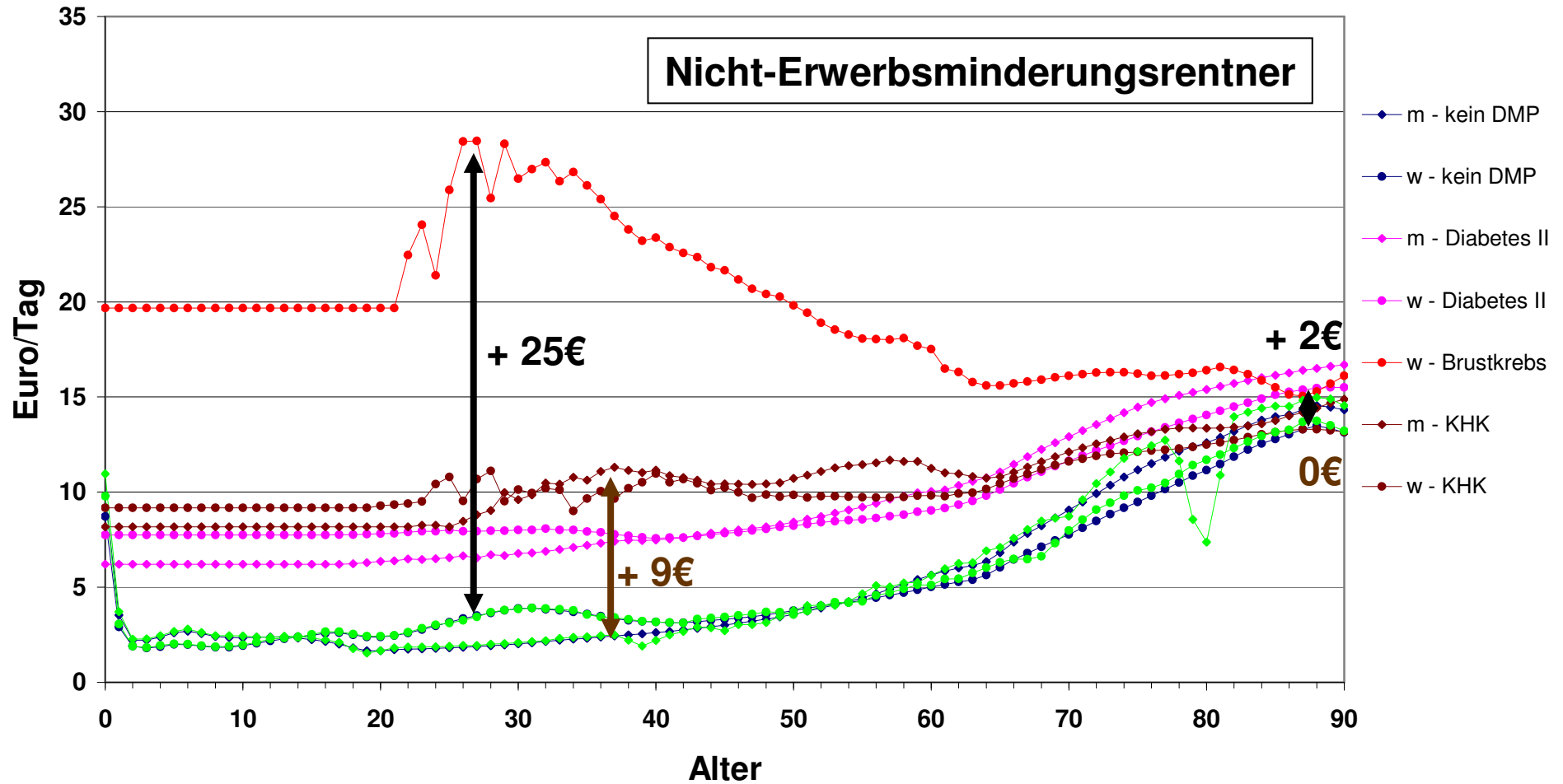
Der RSA bisher

- Nutzung der Durchschnitts-(„Standard“-)kosten pro Alters- und Geschlechtszelle
 - > Anreiz für Kassen, chronisch/schwerwiegend Kranke zu vermeiden
- Seit 2002 getrennte Zellenbildungen für DMP-Teilnehmer (freiwillig als „chronisch krank“ identifiziert)
 - > sehr unvollständige Identifizierung aus dem Pool aller Chronisch-/ Schwer-Kranken

Standardisierte Leistungsausgaben in Euro pro Tag -Rechtskreis WEST- Jahresausgleich 2005

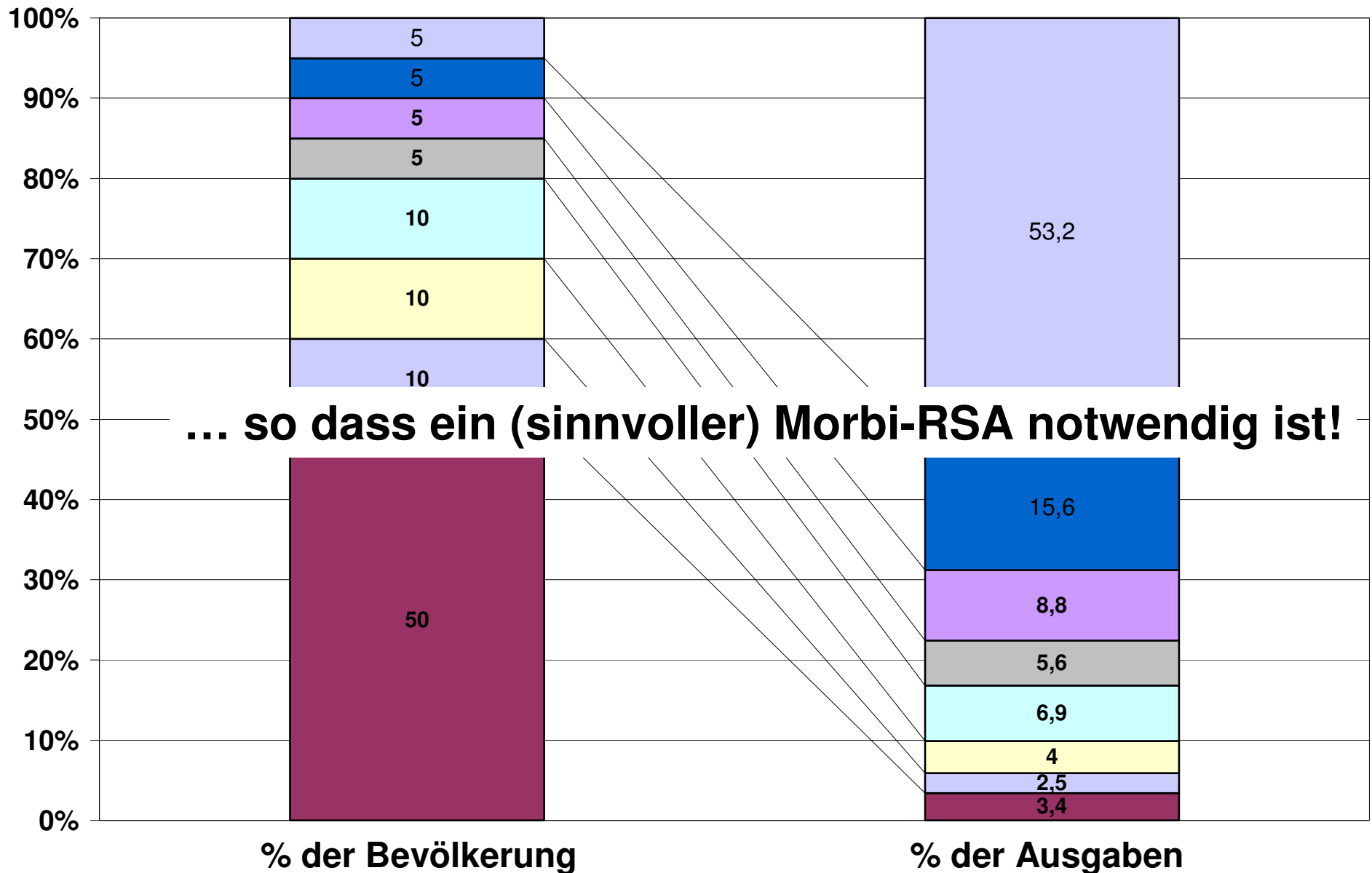


Standardisierte Leistungsausgaben in Euro pro Tag -Rechtskreis WEST- Jahresausgleich 2005



Krankheitsabhängige Zusatzkosten sinken i.d.R. mit dem Alter

Die Verteilung von Leistungsausgaben auf Versicherte ist extrem konzentriert



Aber wie die 5, 10 oder 15% der Versicherten identifizieren?

- Retrospektiv
 - > *Fehlanreiz zu unnötiger Fehl- und Überversorgung*
- Prospektiv
 - Am 1.1. Untersuchung aller Versicherten beim MDK; dabei Einstufung in Morbi-0, -1 ... -n ein -> *zu aufwändig*
 - Nutzung von zurückliegenden Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen (stationär, ambulant, Arzneimittel)
 - > *unterstellt angemessene Versorgung; Anreiz zu Überversorgung (gaming); Unterversorgte gelten als „gesund“*
 - Nutzung von zurückliegenden Informationen zu Diagnose(n)
 - > *bei gleicher Diagnose ggf. sehr unterschiedlicher Ressourcenbedarf; Anreiz zur Fehlcodierung (upcoding)*

Aber wie die 5, 10 oder 15% der Versicherten identifizieren?

- Retrospektiv
-> *Fehlanreiz zu unnötiger Fehl- und Überversorgung*

• P

Lösungen:

- *kluge* Mischung von Inanspruchnahme und Diagnosen
- Konzentration auf Diagnosen mit geringer Upcoding-Gefahr
- Unterteilung von Diagnosen nach Schweregrad

Ressourcenbedarf; Anreiz zur Fehlcodierung (upcoding)

Aber:

Jenseits der Identifizierung der „teuren“
Versicherten bleibt die Frage,

- ob der RSA Anreize für Prävention, Vermeidung von Unter- und Überversorgung sowie Qualitätsverbesserung setzen soll,
- oder „versorgungsneutral“ sein soll (was er niemals sein kann).

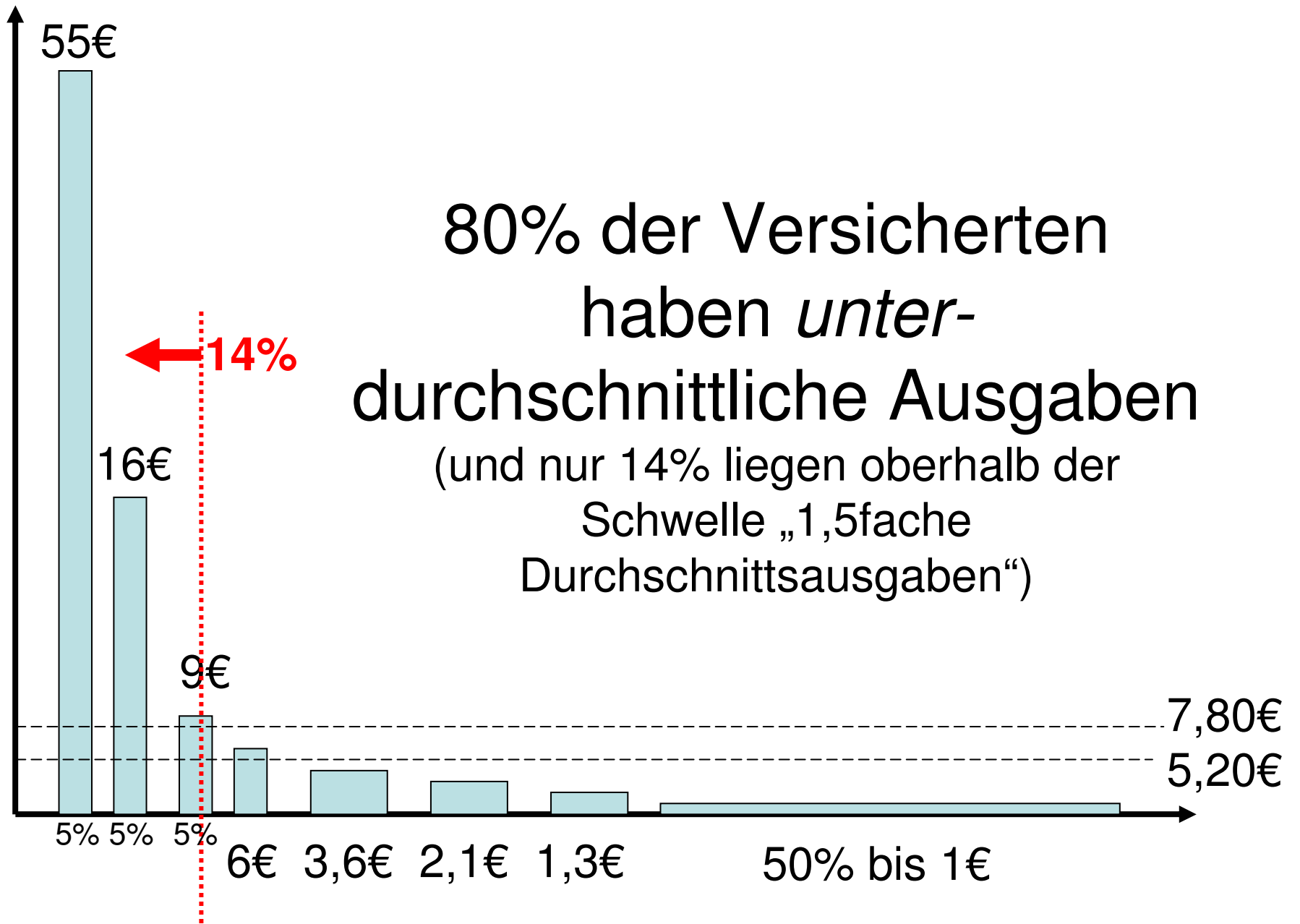
Gesetzliche Vorgaben für Morbi-RSA

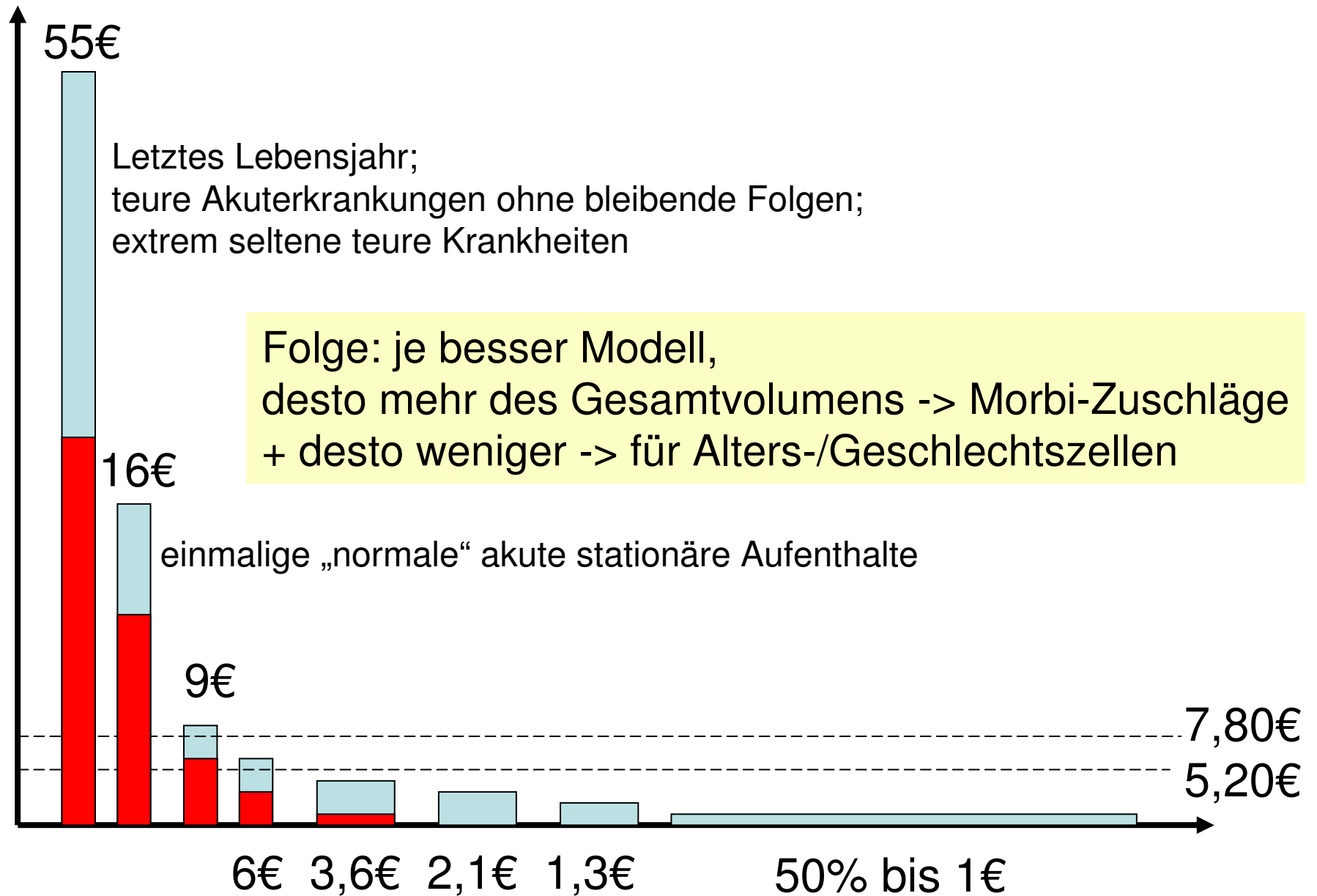
- „50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“

§ 268 Abs. Satz 1 Nr. 5 SGB V n.F.

- „...bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen... . Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.“

§ 31 Abs. 1 Satz 3 und 4 RSAV





Für Morbi-RSA zu identifizierende Krankheiten

Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirates: Empirie und Versorgungspolitik

- Gutachter haben sich für ein empirisches und datengestütztes Vorgehen entschieden.
- Funktionale Operationalisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe: „eng abgrenzbare Krankheit“, „chronisch-kostenintensiv“ und „schwerwiegend“ .
- Empirisches Vorgehen durch versorgungspolitische Aspekte ergänzt: Anreize zur Prävention, Anreize zur spezifischen Kodierung, Vermeidung von Komplikationen etc.

Eng abgrenzbare Krankheiten: Orientierung an Diagnosegruppen

- Rückgriff auf Diagnosegruppen eines bewährten Klassifikationsmodells (HCC)
 - Zusammenfassung medizinisch zusammenhängender Diagnosen auch über ICD-Gruppen hinweg (DxGruppen)
 - Soll Unterschiede in der Diagnosepraxis auffangen
- Krankheit als Gruppe von Diagnosegruppen
- Auswahl von Krankheiten, aber Anwendung der Kriterien auf Diagnosegruppen

Operationalisierung von kostenintensiv-chronisch und schwerwiegend

- kostenintensiv chronisch:
 - Persistenz der ambulanten Diagnose über zwei Quartale hinweg bei mind. 50 % der Betroffenen
 - prävalenzgewichtete altersstandardisierte Folgekosten einer Diagnosegruppe gehören zu den obersten 30 %
- schwerwiegend:
 - stationärer Aufenthalt mit hohen Folgekosten
 - Mind. 5% aller Patienten mit Dg. stationär behandelt

Prävalenzgewichtung: „Volkskrankheiten“ vs. seltene, schwere Krankheiten

- Sollen die individuellen Folgekosten mit der Krankheitshäufigkeit gewichtet werden?
 - Extreme:
 - Ohne Prävalenzgewichtung: Auswahl der Krankheiten mit den höchsten Kosten je Fall
 - Lineare Prävalenzgewichtung (Kosten * Zahl der Fälle): Gesamtkosten für die GKV
- ⇒ Logarithmische Prävalenzgewichtung:
geringst mögliche Prävalenzberücksichtigung
(aber Vermeidung extrem seltener Krankheiten)

B106 Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Ketoazidose oder Koma

A	B Bezeichnung	D Auswertung Schwerwiegend					I Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
		D II (2005)	E Mittlere Kosten	F Rel. Kosten	G Pztl In(II)'RK	H Hosp. Quote (2006)	I II (2005)	J Mittlere Kosten	K Rel. Kosten	L Pztl In(II)'RK	M % min 2Quar 2006
359	Akuter Myokardinfarkt	7.283	6.990 €	1,19	73,7%	39,5%	27.348	5.136 €	1,57	62,4%	65,0%
360	Myokardinfarkt, Fortführung der Behandlung oder nicht näher spezifiziert	45	8.371 €	1,34	20,2%	6,8%	1.277	5.347 €	1,58	17,8%	63,5%
361	Instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankungen	7.936	6.416 €	1,09	68,0%	37,8%	15.477	4.821 €	1,45	43,4%	58,5%
362	Postmyokardinfarkt-Syndrom	21	8.509 €	1,43	20,0%	5,1%	655	4.618 €	1,53	9,7%	66,3%
363	Alter Myokardinfarkt	92	7.026 €	1,18	28,8%	0,3%	25.319	5.496 €	1,63	66,1%	69,6%
364	Angina pectoris	7.849	5.768 €	0,99	61,2%	11,9%	66.666	3.751 €	1,20	44,6%	47,7%
365	Koronarsklerose und andere chronisch-ischämische Koronarerkrankungen	10.041	6.324 €	1,05	66,9%	3,7%	285.738	4.666 €	1,34	67,4%	84,3%
366	Koronar- (Arterien-) Aneurysma	7	5.139 €	1,10	4,4%	0,5%	217	5.365 €	1,61	4,5%	51,1%
367	Akute Endokarditis / Myokarditis	269	10.109 €	2,12	79,2%	22,7%	2.243	3.298 €	1,58	24,9%	45,3%
368	Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards	333	7.588 €	1,54	61,6%	10,8%	4.801	3.887 €	1,79	57,2%	41,2%
369	Kardiovaskuläre Syphilis	1	3.886 €	0,68	0,0%	0,4%	553	4.859 €	1,59	10,2%	54,1%
370	Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung	41	6.904 €	1,60	35,7%	1,4%	4.735	2.658 €	1,37	20,6%	39,0%
371	Endokarditis an der Mitralklappen- oder Aortenklappen	2.148	7.489 €	1,26	66,8%	2,4%	94.543	4.330 €	1,43	65,8%	63,6%
372	Erkrankungen der Mitralklappen- oder Aortenklappen	125	11.033 €	2,35	76,9%	0,6%	24.895	4.240 €	1,56	61,4%	54,1%
374	Angeborene Herzfehler	86	8.434 €	4,05	93,3%	4,2%	2.307	3.129 €	1,99	58,5%	50,0%
375	Aortenatresie / -stenose und andere angeborene Aortenfehler	64	7.372 €	2,69	76,1%	1,0%	5.689	5.464 €	1,70	51,3%	68,7%
376	Schwere angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems (Alter > 17 Jahre)	13	4.446 €	1,59	17,3%	2,8%	594	3.074 €	1,57	10,1%	53,3%
377	Schwere angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems (Alter < 18 Jahre)	29	9.342 €	5,28	92,9%	11,9%	325	3.538 €	4,91	93,2%	62,4%
378	Andere und nicht näher bezeichnete angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems	341	6.662 €	2,62	88,4%	5,4%	7.302	2.596 €	1,89	67,8%	48,5%
379	Ventrikelseptumdefekt	134	5.185 €	2,69	83,3%	3,5%	3.583	2.246 €	2,16	72,9%	60,9%
380	Vorhofseptumdefekt	254	3.600 €	1,11	37,4%	4,0%	6.502	2.570 €	1,85	64,6%	56,9%
381	Situs inversus / Kartagener-Syndrom	6	20.912 €	8,27	87,6%	0,0%	256	5.003 €	2,61	48,8%	67,4%
382	Hypertensive Nierenerkrankung, ohne Niereninsuffizienz	24	5.701 €	1,24	15,6%	0,5%	3.627	13.370 €	4,37	96,1%	69,6%
383	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, ohne Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz	14	6.767 €	1,19	10,1%	0,4%	2.883	4.200 €	1,48	17,3%	61,4%
384	Hypertensive Enzephalopathie	209	4.826 €	0,82	20,4%	12,7%	1.267	5.085 €	1,54	16,2%	59,5%
385	Hypertensive Herzerkrankung, ohne Herzinsuffizienz	2.130	4.524 €	0,80	36,9%	2,7%	68.918	4.169 €	1,33	52,8%	63,4%
387	Essentielle Hypertonie	8.120	4.860 €	0,87	52,9%	0,9%	991.118	3.192 €	1,11	58,4%	86,3%
388	Maligne Hypertonie	340	6.485 €	1,18	44,5%	2,6%	9.035	3.953 €	1,35	26,1%	61,7%

Schwierige Grenzziehung beim Diabetes, wenn Ziel Prävention (mit) verfolgt wird

Tabelle 1: Auswertungsergebnisse für Diabetes mellitus Typ 1 und 2

		Diabetes mell. Typ 1		Diabetes mell. Typ 2	
1	ohne Komplikationen	111	CK	110	Kein Zuschlag
2	mit diabetischer Ketoazidose oder Koma	105	S	104	
3	mit Manifestation am Auge	109		108	Zuschlag
4	mit nicht näher bezeichneten und multiplen Komplikationen	113	CK+S	112	
5	mit anderen näher bezeichneten Krh. einschl. hypoglykämischem Schock	107	CK+S	106	S
6	mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems	101	CK	100	CK
7	mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen	103	CK	102	CK+S
8	mit Nierenbeteiligung	99	CK	98	CK

Einschlusskriterien erfüllt: CK: chronisch-kostenintensiv, S: schwerwiegend

Relative Kosten

- DxG 613: Dekubitalulzera

Anpassung: Die DxG 613 (Dekubitalulzera) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Beim Dekubitalulkus handelt es sich in der Regel um eine Komplikation bei Bettlägrigkeit in Folge einer anderen schwerwiegenden Krankheit. Da diese Komplikation eng mit qualitativen Aspekten der Patientenversorgung assoziiert ist, wäre ein finanzieller Zuschlag kontraproduktiv. Weiterhin ist davon auszugehen, dass derartige Behandlungsfälle durch ihre schwerwiegenden, eine Bettlägerigkeit verursachenden Primärerkrankungen, im RSA berücksichtigt werden.

- DxG 681 / 684 / 685: Schwerwiegende Komplikationen durch ein Implantat oder Transplantat

Anpassung: Die DxGruppen 681 / 684 / 685 werden nicht aufgenommen.

Begründung: Vermeidbare Komplikationen sollten nicht mit einem finanziellen Zuschlag versehen werden.

- DxG 689: Postoperative Infektion

Anpassung: Die DxGruppe 689 (Postoperative Infektion) wird nicht aufgenommen.

Begründung: Vermeidbare Komplikationen sollten nicht mit einem finanziellen Zuschlag versehen werden.

Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats: „drinnen“ und „draußen“

drin

draußen (aber beim BVA drin!)

Diabetes mellitus 2 mit schweren Komplikationen

DM2 ohne Komplikationen

Myokardinfarkt/
instabile angina pectoris

KHK

Blutung in der Frühschwangerschaft

Schwangerschaft

Iatrogene Komplikationen

Krankheit ?

Anreize bei
ca. €1400
Zuschlag?

Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten: Entscheidung des BVA

- Gutachter-Methodik grundsätzlich geeignet und zielführend
- „Weiterentwicklung“ der Methodik:
 - Einheitliche und konsistente Definition von Krankheiten (-> *keine Unterteilung z.B. des Diabetes*)
 - Verwendung von Regressionsergebnissen statt Durchschnittskosten („Kosten der Krankheit“ statt „Kosten der Kranken“)
 - Stärkere Gewichtung der Prävalenz
 - Keine Versorgungspolitischen Anreize (-> *sollen außerhalb des RSA gesetzt werden*)

B106 Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Ketoazidose oder Koma

A	B Bezeichnung	D Auswertung Schwerwiegend					I Auswertung Chronisch-Kostenintensiv				
		H (2005)	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(H)'RK	Hosp. Quote (2006)	H (2005)	Mittlere Kosten	Rel. Kosten	Pztl In(H)'RK	% min 2Quar (2006)
359	Akuter Myokardinfarkt	7.283	6.990 €	1,19	73,7%	39,5%	27.348	5.136 €	1,57	62,4%	65,0%
360	Myokardinfarkt, Fortführung der Behandlung oder nicht näher spezifiziert	45	8.371 €	1,34	26,2%	6,8%	1.277	5.347 €	1,58	17,8%	63,5%
361	Instabile Angina pectoris und andere akute Koronarerkrankungen	7.936	6.416 €	1,09	68,0%	37,8%	15.477	4.821 €	1,45	43,4%	58,5%
362	Postmyokardinfarkt-Syndrom	21	8.509 €	1,43	20,0%	5,1%	655	4.618 €	1,53	9,7%	66,3%
363	Alter Myokardinfarkt	92	7.026 €	1,18	28,8%	0,3%	25.319	5.496 €	1,63	66,1%	69,6%
364	Angina pectoris	7.849	5.768 €	0,99	61,2%	11,9%	66.666	3.751 €	1,26	44,6%	47,7%
365	Koronarsklerose und andere chronisch-ischämische Koronarerkrankungen	10.041	6.324 €	1,05	66,9%	3,7%	285.738	4.666 €	1,34	67,4%	84,3%
366	Koronar- (Arterien-) Aneurysma	7	5.139 €	1,10	4,1%	3,5%	217	5.365 €	1,61	4,5%	51,1%
367	Akute Endokarditis / Myokarditis	269	10.109 €	2,12	79,2%	22,7%	2.243	3.298 €	1,58	24,9%	45,3%
368	Perikarditis und andere Erkrankungen des Perikards	333	7.588 €	1,54	61,6%	10,6%	4.801	3.887 €	1,79	57,2%	41,2%
369	Kardiovaskuläre Syphilis	1	3.886 €	0,68	0,0%	0,4%	553	4.859 €	1,59	10,2%	54,1%
370	Rheumatisches Fieber / rheumatische Herzerkrankung	41	6.904 €	1,60	35,7%	1,4%	4.735	2.658 €	1,37	20,6%	39,0%
371	Endokarditis an der Mitralklappen- oder Aortenklappen	2.148	7.489 €	1,26	66,8%	2,4%	94.543	4.330 €	1,43	65,8%	63,6%
372	Erkrankungen der Mitralklappen- oder Aortenklappen	125	11.033 €	2,35	76,9%	0,6%	24.895	4.240 €	1,56	61,4%	54,1%
374	Angeborene Herzfehler	86	8.434 €	4,05	93,3%	4,2%	2.307	3.129 €	1,99	58,5%	50,0%
375	Aortenatresie / -stenose und andere angeborene Aortenfehler	64	7.372 €	2,69	76,1%	1,0%	5.689	5.464 €	1,70	51,3%	68,7%
376	Schwere angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems (Alter > 17 Jahre)	13	4.446 €	1,59	17,3%	2,8%	594	3.074 €	1,57	10,1%	53,3%
377	Schwere angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems (Alter < 18 Jahre)	29	9.342 €	5,28	92,9%	11,9%	325	3.538 €	4,91	93,2%	62,4%
378	Andere und nicht näher bezeichnete angeborene Anomalie des Herzens / des Gefäßsystems	341	6.662 €	2,62	88,4%	5,4%	7.302	2.596 €	1,89	67,8%	48,5%
379	Ventrikelseptumdefekt	134	5.185 €	2,69	83,3%	3,5%	3.583	2.246 €	2,16	72,9%	60,9%
380	Vorhofseptumdefekt	254	3.600 €	1,11	37,4%	4,0%	6.502	2.570 €	1,85	64,6%	56,9%
381	Situs inversus / Kartagener-Syndrom	6	20.912 €	8,27	87,6%	0,0%	256	5.003 €	2,61	48,8%	67,4%
382	Hypertensive Nierenerkrankung, ohne Niereninsuffizienz	24	5.701 €	1,24	15,6%	0,5%	3.627	13.370 €	4,37	96,1%	69,6%
383	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, ohne Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz	14	6.767 €	1,19	10,1%	0,4%	2.883	4.200 €	1,40	17,3%	61,4%
384	Hypertensive Enzephalopathie	209	4.826 €	0,82	20,4%	12,7%	1.267	5.085 €	1,54	16,2%	59,5%
385	Hypertensive Herzerkrankung, ohne Herzinsuffizienz	2.130	4.524 €	0,80	36,9%	2,7%	68.918	4.169 €	1,35	52,8%	63,4%
387	Essentielle Hypertonie	8.120	4.860 €	0,87	52,9%	0,9%	991.118	3.192 €	1,11	58,4%	86,3%
388	Maligne Hypertonie	340	6.485 €	1,18	44,5%	2,6%	9.035	3.953 €	1,36	26,1%	61,7%

**22% aller GKV-Versicherten in Stichprobe!
Weiteres Upcoding vermutlich leicht möglich
und bei Zuschlag von knapp €300 ggf. auch attraktiv!**

HMG091: Hypertonie

DXG387: Essentielle Hypertonie

ICD	Bezeichnung	Geschlecht	Alter Min	Alter Max	§295*	§301*
I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	M/W	0	124	P	V
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	M/W	0	124	P	P
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	M/W	0	124	P	P
I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	M/W	0	124	P	V
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	M/W	0	124	P	P
I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	M/W	0	124	P	P

DXG388: Maligne Hypertonie

ICD	Bezeichnung	Geschlecht	Alter Min	Alter Max	§295*	§301*
I10.1	Maligne essentielle Hypertonie	M/W	0	124	P	V
I10.10	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	M/W	0	124	P	P
I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	M/W	0	124	P	P

DXG387: Essentielle Hypertonie

ATC	ATC Bezeichnung
C02AB01	Methyldopa (linksdrehend)
C02AC01	Clonidin
C02AC05	Moxonidin
C02CA01	Prazosin
C02CA02	Indoramin
C02CA04	Doxazosin
C02CA06	Urapidil
C02CA07	Bunazosin
C02CA08	Terazosin
C02DB01	Dihydralazin
C02DC01	Minoxidil
C02KH01	Viscum album
C02KH20	Kombinationen
C02KP01	Olivenblätter
C02KP02	Mistelkraut
C02KP30	Kombinationen
C02KP52	Mistelkraut, Kombinationen
C02KX01	Bosentan
C02KX03	Sitaxentan
C02KX04	Sildenafil

Diagnosesicherung
über Arzneimittel?
Dutzende Mittel qualifizieren ...

Krankheit 58: Hypertonie

DxG Bezeichnung	Stationär erforderlich	Ambulante Arzneimittel*	Verlauf**	DDD
387 Essentielle Hypertonie	Nein	Ja***	Chronisch	183
388 Maligne Hypertonie	Nein	Ja	Chronisch	183
389 Sekundärer Hypertonus	Nein	Ja	Chronisch	183

Krankheit 59: Vorhoffarrhythmie

DxG Bezeichnung	Stationär erforderlich	Ambulante Arzneimittel*	Verlauf**	DDD
391 Vorhoffarrhythmie	Nein	Nein	---	---

Krankheit 60: Ventrikuläre Tachykardie

DxG Bezeichnung	Stationär erforderlich
392 Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	Nein

Und was ist in Jahr 2, 3 ...?
Jedes Jahr ein neuer stationärer Aufenthalt?
(derzeit 32%, 62%, 13%)

Krankheit 61: Schlaganfall und Komplikationen

DxG Bezeichnung	Stationär erforderlich	Ambulante Arzneimittel*	Verlauf**	DDD
399 Zerebrale Blutung	Ja	---	---	---
400 Verschuß präzerebraler oder zerebraler Arterien mit Hirninfarkt	Ja	---	---	---
401 Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht näher bezeichnet	Ja	---	---	---
417 Aphasie (Sprachstörungen / Sprachverständnisstörungen)	Nein	Nein	---	---
418 Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen, nicht näher bezeichnet	Nein	Nein	---	---

Mögliche Anreize für Kassen

- Nachlassen der Wirtschaftlichkeits-Bemühungen bei Versicherten mit Zuschlag (damit Zuschlagskriterien erhalten bleiben)
- Aktives Befördern der Suche nach und der medikamentösen bzw. stationären Therapie von zuschlagsfähigen Erkrankungen
- Nachlassen der Prävention und nicht-medik. Therapie von zuschlagsfähigen Erkrankungen
- DMPs werden nur noch durchgeführt, wenn sie zu Kostensenkungen führen

Anreize für Leistungserbringer

- Gaming/ Upcoding/ Verzicht auf ergebnisorientierte Prozessverbesserungen bei zuschlagsfähigen Krankheiten
- Anbieten von Selektivverträgen für zuschlagsfähige Krankheiten (z.B. jährliche stationäre Kontrolle bei Schlaganfall)
- Überdenken der Orientierung an Outcomes

Schlussfolgerungen

- Morbi-RSA ist notwendig
- Begrenzung auf 80 Krankheiten und Auswahl und Kriterien für einzelne Krankheiten setzen aber qualitätsmindernde Fehlanreize
- Gefahr liegt in gleichgerichteten Interessen von Krankenkassen und Leistungserbringern (mehr Morbidität = mehr Geld), die RSA und Vergütungsmechanismen (DRGs, Morbi-Gesamtvergütung) befördern

Präsentation, Literatur
zum Thema etc. auf:
www.mig.tu-berlin.de

Email: mig@tu-berlin.de