

Berlin, 23.10.2013
Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Versorgungsforschung als Grundlage für Allokationsentscheidungen?

Dr. Dominik von Stillfried, Thomas Czihal



© Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Versorgungsforschung als Grundlage für Allokationsentscheidungen?

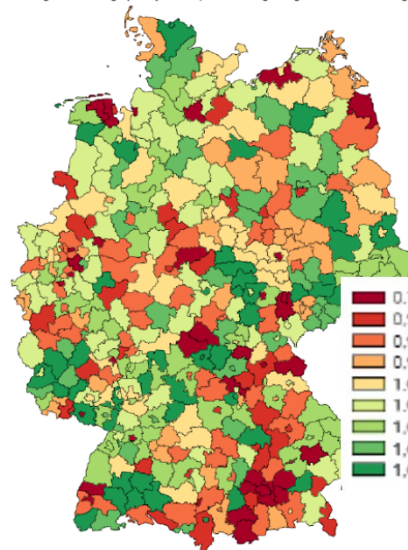
Thesen:

1. *Versorgungsforschung = Analyse der „letzten Meile“ im Gesundheitswesen (was kommt beim Patienten an?)*
2. *Versorgungsforschung als Grundlage von Allokationsentscheidungen: Was soll beim Patienten ankommen vs. Was kommt beim Patienten an*
3. *Das SGB V sieht bisher keine zwingende Verankerung wesentlicher Allokationsentscheidungen in der Versorgungsforschung vor (Nutzenbewertung durch GBA beantwortet nicht die Fragen: Wer wieviel?).*
4. *Aber: Risikostrukturausgleich der Krankenkassen sowie insbesondere Kriterien-basierte Bestimmung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen enthalten Anforderungen dieser Art*



Versorgungsforschung als notwendige Konsequenz einer Allokationsentscheidung?

Abbildung 14: Deckungsquote je Kreis (alle Leistungsausgaben ohne Krankengeld)



Verhältnis der tatsächlichen zu risikoadjustierten Leistungsausgaben der Krankenkassen nach Landkreisen (Risikostrukturausgleich 2009)

Quelle: Drösler et al. (2011)

0,79 - 0,94
0,95 - 0,96
0,97 - 0,98
0,99 - 0,99
1,00 - 1,00
1,01 - 1,02
1,03 - 1,04
1,05 - 1,05
1,06 - 1,13

Gründe für Abweichungen?



Versorgungsforschung als Grundlage für Allokationsentscheidungen!

§ 87a Abs. 3 SGB V:



Ebenfalls jährlich bis zum 31. Oktober vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung.

Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem nach Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert in Euro; der vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1.



Versorgungsforschung als Grundlage für Allokationsentscheidungen!

Indikatoren für die Morbiditätsstruktur:

- Mortalitätsrate
- Pflegebedürftigkeitsquote
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
- Inanspruchnahme von Ärzten
- Inanspruchnahme von Krankenhäusern
- Inanspruchnahme von Arzneimitteln
- Arbeitslosigkeit
- Sozialhilfe
- Alleinlebende
- U.v.m.

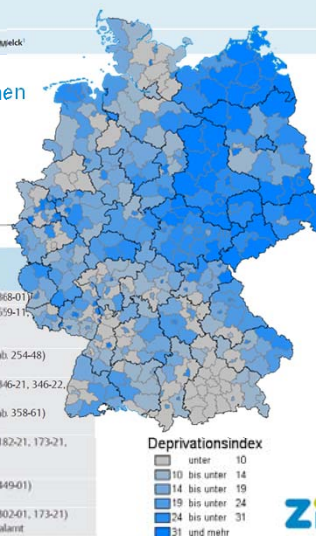


Soziodemografische Merkmale als Zahlenwert: Deprivationsindex

Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines 'Index Multipler Deprivation' auf Gemeindeebene
Regional Deprivation and Mortality in Bavaria. Development of a Community-Based Index of Multiple Deprivation

Autoren: W. Maier, J. Fairham, A. Melk

- Deprivationsindex kann als Indikator des sozioökonomischen Status (SES) einer Region genutzt werden.
- Das ZI dankt Herrn Werner Maier (Helmholtz Zentrum München) für die Bereitstellung des Index auf Kreisebene für das Bundesgebiet.



Tab. 3 Domänen und Indikatoren des Bayerischen Index Multipler Deprivation (BIMD).

Domänen	Gewichtung (in %)	Indikatoren (Bezugsgröße)	Datenquellen
Einkommens-Deprivation	25	- Gesamtbetrag der Einkünfte (Steuerpflichtige)	Statistik lokal 2008 (Tab. 368-01)
Beschäftigungs-Deprivation	25	- Arbeitslose insgesamt (Bevölkerung 15-65 J.) - Arbeitslose < 25 Jahre* (Bevölkerung 15-25 J.) - Langzeitarbeitslose > 25 J.* (Bevölkerung > 25-65 J.)*	Statistik lokal 2008 (Tab. 659-11)
Bildungs-Deprivation	15	- ohne abgeschlossene Berufsausbildung (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Wohnort)	Statistik regional 2008 (Tab. 254-48)
Kommunale Einnahmens-Deprivation	15	- Bruttoeinnahmen minus -ausgaben der Gemeinden (Gesamtbevölkerung) - Schulden der Gemeinden und Gemeindeverbände (Gesamtbevölkerung)	Statistik lokal 2008 (Tab. 346-21, 346-22, 173-21) Statistik regional 2008 (Tab. 358-61)
Sozialkapital-Deprivation	10	- Wanderungsbilanz (Zuzüge minus Fortzüge) (Gesamtbevölkerung) - Landtagswahlen: Wahlbeteiligung in %	Statistik lokal 2008 (Tab. 182-21, 173-21, 601-01)
Umwelt-Deprivation	5	- Gewerbe-, Industrie- und Verkehrsfläche (gesamte Bodenfläche)	Statistik lokal 2008 (Tab. 449-01)
Sicherheits-Deprivation	5	- Straßeneverkehrsunfälle (Gesamtbevölkerung) - Straftaten insgesamt (Gesamtbevölkerung)	Statistik lokal 2008 (Tab. 302-01, 173-21) Bayerisches Landes kriminalamt

* Nach Faktorenanalyse nicht in die Indexbildung einbezogen

Korrelation der Bedarfsindikatoren SES, Mortalität und Morbidität auf Kreisebene

Korrelation nach Spearman				
		Mortalitätsrate	Morbidität	
			RRS- vertragsärztliche Versorgung	RSA_Faktor
Deprivationsindex	Korrelations- koeffizient	,634**	,453**	,676**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000
	N	413	413	413

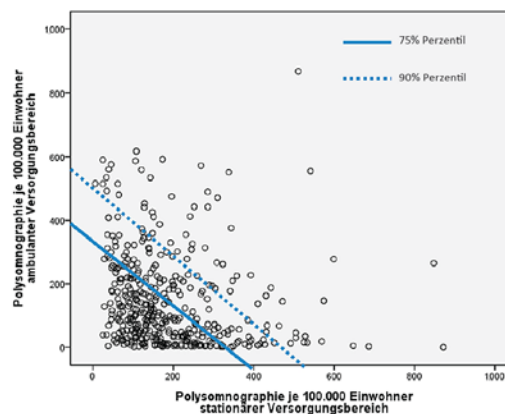
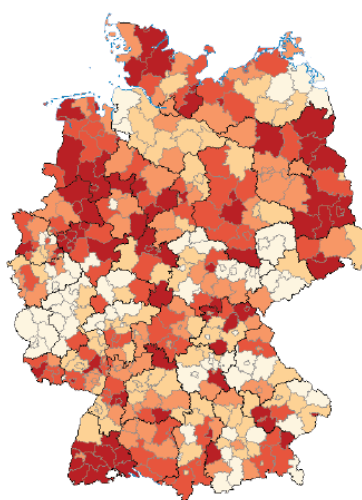
** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Mortalität und Morbidität sind höher an Wohnorten mit höherer Deprivation
 - RSA-Faktor (Fokus auf schwere stationär zu behandelnde Krankheiten) am stärksten mit Deprivationsindex korreliert
 - vertragsärztliche Versorgung teils invers korreliert (z.B. Präventionsleistungen)

413 Landkreise und kreisfreie Städte; Eigene Berechnungen; Risikoadjustierung nach H15EBA 1-jährig prospektiv; Datenbasis: StBA, vollständige vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2007/2008, Bundesversicherungsamt, Helmholtz Zentrum München



Versorgungsziele erfordern Anpassung der Vergütung Beispiel Polysomnografie



- ☐ unter 23
- ☐ 23 bis unter 69
- ☐ 69 bis unter 140
- ☐ 140 bis unter 247
- ☐ 247 und mehr

Definition eines Versorgungsziels?

Quelle: www.versorgungsatlas.de (Datengrundlage: 411 Landkreise, 2008)



Versorgungsforschung als Grundlage für Allokationsentscheidungen!

§ 87a Abs. 4: Grundlage der Vereinbarung sind ... **insbesondere Veränderungen**



1. der **Zahl der Versicherten** mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV,
 2. der **Morbiditätsstruktur** der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV,
 3. von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer **Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des G-BA** nach § 135 Absatz 1 beruhen,
 4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von **Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor** und
 5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von **Wirtschaftlichkeitsreserven**;
- dabei sind die Empfehlungen und Vorgaben des BA gemäß Absatz 5 zu berücksichtigen.



Veränderung der Morbiditätsstruktur

§ 87a Abs. 4: Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer KV ist auf der **Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 einerseits sowie auf der Grundlage demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) andererseits** durch eine **gewichtete Zusammenfassung der vom Bewertungsausschuss als Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilten Raten zu vereinbaren.**



Falls erforderlich, können weitere für die ambulante Versorgung relevante Morbiditätskriterien herangezogen werden.



Antithese zur Versorgungsforschung: der sogenannte Schieberegler



15. Erweiterte Bewertungsausschuss am 2. September 2009:

Diagnosebezogene Rate: 2,5034% (61%)

Demographie Rate: 0,3423% (39%)

MGV Veränderungsrate: 1,6606%

N.B.: Datenjahre 2007-2008



Treiber der diagnosebezogenen Veränderungsrate

Morbiditätsbedingte Veränderungsrate 2009-2010 als Empfehlung für 2013 \approx 1,1%

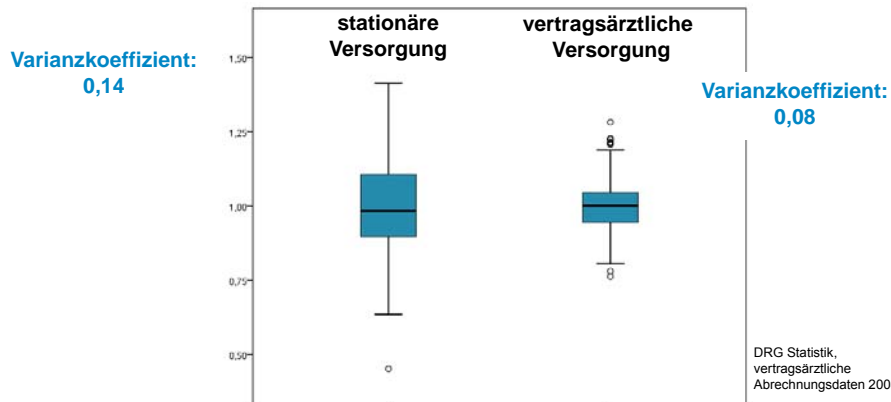
Risikogruppe		Beitrag zur VR
THCC055	Bipolare Störungen, depressive Episoden	0,1111%
AG009	Weiblich, 60 bis 64 Jahre	0,1028%
AG025	Männlich, 60 bis 64 Jahre	0,0869%
THCC057	Persönlichkeitsstörungen	0,0829%
THCC190	Knöchernen Erkrankungen der Wirbelsäule, Erkrankungen der	0,0777%
THCC007	Sekundäre bösartige Neubildungen	0,0725%
...		
THCC036	Andere gastrointestinale Erkrankungen	-0,0701%
AG006	Weiblich, 35 bis 44 Jahre	-0,1059%
THCC115	Akute Bronchitis, Grippe	-0,1166%
AG026	Männlich, 65 bis 69 Jahre	-0,1526%
AG010	Weiblich, 65 bis 69 Jahre	-0,1690%
THCC127	Andere Erkrankungen HNO Bereich	-0,1729%

Welche Patientengruppe soll geringer versorgt werden als erwartet, wenn nur die demografische Veränderungsrate (\approx 0,4%) zugestanden wird?



Welche Rolle spielt die Versorgungsstruktur und oder Verlagerungen?

Erhebliche regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland



Unterschiede der auf 1 normierten ambulanten und stationären Fallzahlen nach Wohnortprinzip zwischen den 413 Landkreisen und kreisfreien Städten



Versorgungsziele für die ambulante Sicherstellung

„Der medizinisch-technische Fortschritt (z. B. in den Bereichen Anästhesie, minimalinvasive Chirurgie, Medizintechnik oder auch bei der pharmakologischen Therapie) ermöglicht eine Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung.“

In Kombination mit der absehbaren demografischen Entwicklung gewinnt die ambulante Behandlung an Bedeutung: Ein wachsender Anteil bislang stationär behandlungsbedürftiger Patienten benötigt diese Form der Versorgung teilweise nur noch wenige Tage oder zukünftig gar nicht mehr.

Die Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich vermag außerdem das Spannungsfeld einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei weiterhin begrenzten Ressourcen zumindest teilweise zu mindern.“

(SVR Gesundheit 2012)



Stand der Wissenschaft

1

„Obwohl sich nicht abschließend beziffern lässt, wie groß die **ambulanten Substitutionseffekte** letztlich sind, gibt es doch einige Hinweise darauf, dass **dieses Potenzial derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist.**“

(SVR Gesundheit 2012)

Vereinfacht:

Es gibt ein hohes Potential ambulanter Versorgung als Substitut für stationäre Versorgung.



Stand der Wissenschaft

1

„Obwohl sich nicht abschließend beziffern lässt, wie groß die **ambulanten Substitutionseffekte** letztlich sind, gibt es doch einige Hinweise darauf, dass **dieses Potenzial derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist.**“

(SVR Gesundheit 2012)

Vereinfacht:

Es gibt ein hohes Potential ambulanter Versorgung als Substitut für stationäre Versorgung.

2

„In den einzelnen Leistungsbereichen lassen sich ähnliche Spannen und Streuungen beobachten, wobei die ärztlichen Ausgaben etwas weniger streuen, die Krankenhausausgaben hingegen etwas mehr. **Insgesamt gibt es auch Kompensationseffekte zwischen den einzelnen Leistungsbereichen.**“

(z. B. Göppfarth: Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich in BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell (2011))

Vereinfacht:

In Regionen mit hoher ambulanter Versorgungsintensität besteht eine geringere stationäre Versorgungsintensität.



Herangehensweise zur Bestimmung eines möglichen Zieles

Versorgungsziel:

Ambulant vor Stationär (§ 39 SGB V)

Methodik:

1. Es werden systematisch die *5% der Landkreise* und kreisfreien Städte mit dem *höchsten realisierten Ausschöpfungsgrad des ambulanten Potentials* identifiziert.

Als sogenannte „*Best-Practice-Regionen*“ werden die 20 Landkreise und kreisfreien Städte definiert, die – nach Standardisierung der Alters-, Geschlechts-, Morbiditäts- und Sozialstruktur - *die geringste stationäre Inanspruchnahmerate bei gleichzeitig mind. durchschnittlicher ambulanter Inanspruchnahmerate aufweisen.*



Herangehensweise zur Bestimmung eines möglichen Zieles

Versorgungsziel:

Ambulant vor Stationär (§ 39 SGB V)

Methodik:

1. Es werden systematisch die *5% der Landkreise* und kreisfreien Städte mit dem *höchsten realisierten Ausschöpfungsgrad des ambulanten Potentials* identifiziert.

Als sogenannte „*Best-Practice-Regionen*“ werden die 20 Landkreise und kreisfreien Städte definiert, die – nach Standardisierung der Alters-, Geschlechts-, Morbiditäts- und Sozialstruktur - *die geringste stationäre Inanspruchnahmerate bei gleichzeitig mind. durchschnittlicher ambulanter Inanspruchnahmerate aufweisen.*

2. Es erfolgt eine *Projektion des ambulanten und stationären Versorgungsbedarfs zum Jahr 2020* in zwei Szenarien

1. *Status-Quo* – ambulante und stationäre Inanspruchnahme ändert sich nicht in den Altersgruppen und den Regionen.
2. *Best-Practice* - alle Regionen in Deutschland erreichen die geschlechts- und altersgruppen-spezifischen Inanspruchnahmeraten der „Best-Practice-Regionen“.



Ergebnisse Schritt 1: Best-Practice-Regionen

Inanspruchnahmerate stationär: 15% unter dem Bundesdurchschnitt
Inanspruchnahmerate ambulant: 13% über dem Bundesdurchschnitt.

Bundesland	Landkreis/ kreisfreie Stadt
Baden Württemberg	Rhein-Neckar-Kreis
Niedersachsen	Oldenburg
Baden Württemberg	Konstanz
Baden Württemberg	Ulm, Universitätsstadt
Hessen	Wiesbaden, Landeshauptstadt
Baden Württemberg	Mannheim, Universitätsstadt
Baden Württemberg	Karlsruhe, Stadt
Hessen	Main-Taunus-Kreis
Niedersachsen	Ammerland
Bayern	München, Landeshauptstadt
Niedersachsen	Lüneburg
Berlin	Berlin
Sachsen	Leipzig, Stadt
Mecklenburg Vorpommern	Rostock
Hamburg	Hamburg
Niedersachsen	Osnabrück, Stadt
Bayern	München, Landkreis
Mecklenburg Vorpommern	Bad Doberan
Niedersachsen	Oldenburg (Oldenburg), Stadt
Baden Württemberg	Freiburg im Breisgau, Stadt
Baden Württemberg	Heidelberg, Stadt

Regionen aus 8 Bundesländern
in Nord, Süd, Ost und West.



Ergebnisse Schritt 1: Best-Practice-Regionen - Charakteristika

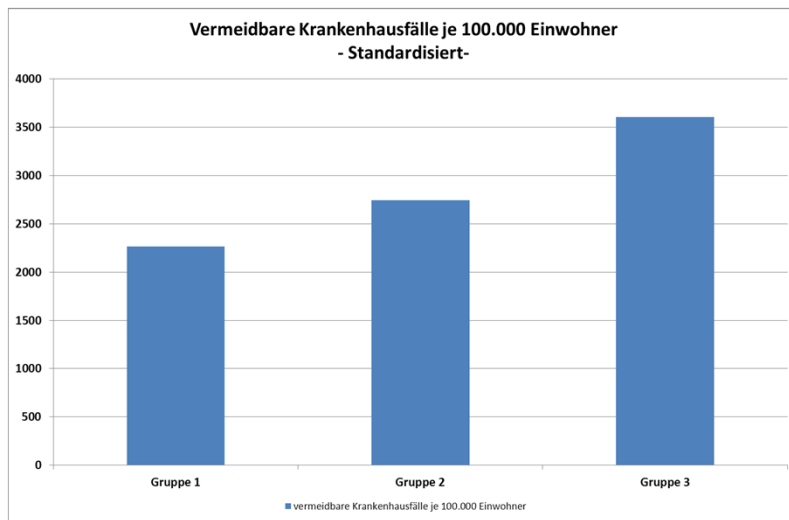
Niedergelassene Ärzte je 100.000 Einwohner

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Niedergelassene Ärzte je 100.000 EW	221,6	159,8	137,0
Hausärzte	68,7	64,9	60,3
Anästhesisten	6,1	3,3	2,1
Augenärzte	7,7	6,3	5,8
Chirurgen	6,0	4,6	4,2
Frauenärzte	15,0	11,3	11,2
HNO_Ärzte	5,9	4,6	4,2
Hautärzte	5,5	3,9	3,2
Internisten	13,4	10,0	8,6
Kinderärzte	8,4	6,7	6,1
Nervenärzte	8,2	5,2	4,2
Psychotherapeuten	47,0	19,8	10,8
Orthopäden	8,4	6,0	5,5
Radiologen	4,3	3,1	3,0
Urologen	3,7	3,2	3,1
Krankenhausbetten je 100.000 EW	74,9	62,6	83,3

Gruppe 1: hoch ausgeschöpftes ambulantes Potential (**Best-Practice**);
Gruppe 2: durchschnittlich ausgeschöpftes ambulantes Potential;
Gruppe 3: gering ausgeschöpftes ambulantes Potential



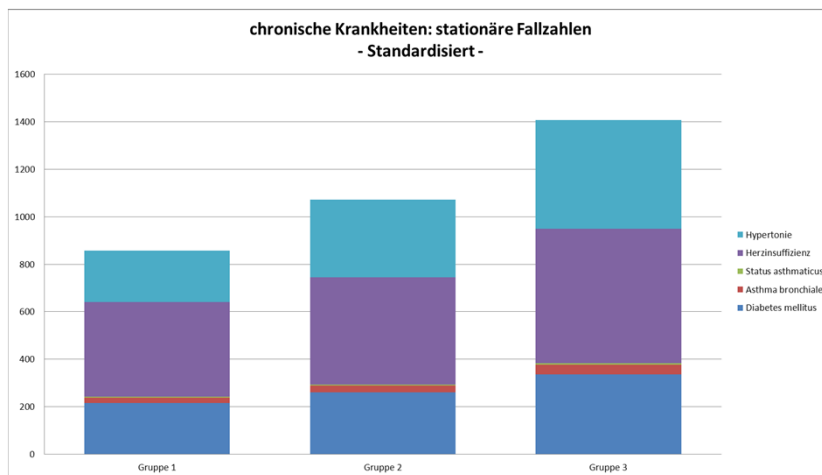
Ergebnisse Schritt 1: Best-Practice-Regionen - Charakteristika



Gruppe 1: hoch ausgeschöpftes ambulantes Potential (**Best-Practice**);
 Gruppe 2: durchschnittlich ausgeschöpftes ambulantes Potential;
 Gruppe 3: gering ausgeschöpftes ambulantes Potential



Ergebnisse Schritt 1: Best-Practice-Regionen - Charakteristika



Gruppe 1: hoch ausgeschöpftes ambulantes Potential (**Best-Practice**);
 Gruppe 2: durchschnittlich ausgeschöpftes ambulantes Potential;
 Gruppe 3: gering ausgeschöpftes ambulantes Potential



Ergebnisse Schritt 2: Projektion zum Jahr 2020

	Status-Quo-Szenario 2020	Best-Practice-Szenario 2020
Ambulant	+ 3% (ca. 1 Mrd. €)	+ 17% (ca. 5 Mrd. €)
Stationär	+ 6% (ca. 3 Mrd. €)	- 6% (ca. - 3 Mrd. €)
Ambulant und Stationär	4 Mrd. €	2 Mrd. €

Ein vermehrtes Ausschöpfen des ambulanten Versorgungspotentials, wie es offensichtlich in manchen Regionen Deutschlands schon stattfindet, ist geeignet, den durch den demographischen Wandel bedingten zukünftigen Finanzierungsdruck zu mildern.

Hieraus lassen sich begründete regionale Versorgungsziele definieren.



Beispiel: Versorgungsforschung als Grundlage für Allokationsentscheidungen!

What support will be available to CCGs?

To support CCGs in evaluating the data and using it effectively, there is a range of support options, starting with an explanation of how the three phases of the commissioning for value process works.

Created by NHS Right Care this process works by offering a triangulation of national data that indicates where CCGs may gain the highest value healthcare improvement by focussing their reforms.

The initial phase will identify clear next steps – what to change and how to change. NHS Right Care can then, if required, begin to work directly with CCGs to develop their improvement and high value, population-level healthcare.

The approach has been developed in partnership with CCGs in the North West, Derbyshire and Yorkshire and Humber. It has delivered proven benefits including real savings for re-investment and quality improvements for patients.



Quelle:

Homepage der NHS Right Care Initiative
(Atlas + „Guidance“ für Weiterentwicklung der Versorgung und Vertragsgestaltung durch Clinical Commissioning Groups)



Versorgungsforschung als Grundlage für Allokationsentscheidungen?

Zusammenfassung:

1. *Was kommt beim Patienten an: Darstellung regionaler Unterschiede = Labor der Versorgungsforschung (Ursachen und Handlungsspielräume)*
2. *Was soll beim Patienten ankommen: Als Grundlage von Allokationsentscheidungen kann Versorgungsforschung notwendige Standardisierungen für interregionale Vergleiche, „Best-Practice-Beispiele“ und Bedarfsprojektionen liefern*
3. *Probleme:*
 - a) *Akzeptanz statistisch belegter Ergebnisse bei Verhandlern mit entgegen gerichteten Interessen?*
 - b) *Methodenvielfalt und Komplexität machen Versorgungsforschung ungeeignet für Schiedslösungen*
4. *„Expertokratie“ (Einigung auf Methoden vor Kenntnis der Ergebnisse) wäre erforderliche Grundlage für kriterien-basierte Allokationsentscheidung (in Deutschland realistisch?)*



**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450
Fax +49 30 4005 2490
zi@zi.de

