

Regelleistungsvolumina orientieren sich an der Morbidität der Patienten

Welche Erfahrungen gibt es mit dem neuen Honorarsystem?

VON F. POTTHOFF, C. MÜNSCHER

Mit einem insulinpflichtigen Diabetes hat der Arzt viel mehr Arbeit als mit einem Schnupfen. Das ist eine Binsenweisheit, aber die Budgets, die den Praxen derzeit zur Verfügung stehen, berücksichtigen solche Unterschiede nicht. Das soll besser werden, demnächst wird sich das Regelleistungsvolumen einer Praxis an der Morbidität ihrer Patienten orientieren. Wie dies zu machen ist und welche Folgen es hat, zeigen praktische Erfahrungen aus der Schweiz.



Frank Potthoff
Geschäftsführer
Medical Netcare
Münster

Aktuelle Entwicklung – Risikoklassen und Relativgewichte

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wird über die Praxisgebühr hinaus weitere einschneidende Änderungen für die zukünftige Arbeit eines niedergelassenen Arztes mit sich bringen. Eine der wichtigsten wird in § 85a des Gesetzes festgelegt: „Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Morbiditätsstruktur nach Satz 1, Nr. 1 diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem international anerkannten, zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren; Grundlage hierfür sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2. Der Bewertungsausschuss bestimmt Relativgewichte für die einzelnen Risikoklassen; diese geben die Abweichung des standardisierten Behandlungsbedarfs je Versicherten in einer Risikoklasse vom durchschnittlichen Behandlungsbedarf je Versicherten der Grundgesamtheit wieder.“

Ein derartiges Verfahren, das die Morbidität über ein anerkanntes Klassifikationsverfahren (wie z. B. den ICD-

10) abbildet und die ärztliche Vergütung daran koppelt, setzt aber nicht nur neue Maßstäbe hinsichtlich einer „gerechteren“ Honorierung der ärztlichen Leistung, es stellt auch eine neue Herausforderung an die Vertragspartner ärztlicher Vergütung dar. Zunächst muss nämlich eine Reihe von Kenngrößen entwickelt werden.

Um einen einheitlichen Grundbetrag (Baserate) zu berechnen und daraus die Relativgewichte der verschiedenen Erkrankungen abzuleiten, sind korrekte und detaillierte Diagnosen ebenso von entscheidender Bedeutung wie die umfassende Kenntnis über den jeweils zugehörigen und adäquaten Leistungsumfang sowie die damit einher gehenden Kosten der Behandlung der Patienten einer bestimmten Risikoklasse. Aufbau und Systematik eben dieser Risikoklassen, Baseraten und Relativgewichte wurde auf Basis der Daten der TEMPO-Studie® für Typ 1 und Typ 2 Diabetiker unlängst im Jahr 2003 publiziert [2, 8], sodass auf publizierte Vorarbeiten bei dieser chronischen Erkrankung zurückgegriffen werden kann (Abb. 1 und 2).

Dabei wird die individuelle Zuordnung eines jeden ambulant behandelten Patienten zu einer Primärdiagnose und die Definition der Komorbiditäten sowie deren Einteilung in differenzierte

Schweregrade in der ambulanten ärztlichen Praxis ein ähnlich systematisches Vorgehen bei der Diagnosestellung erfordern, wie wir es derzeit im stationären Bereich bei der Einführung des d-DRG-Systems erleben.

Referenzkosten- oder Vorjahreskostenmodell in der Schweiz

Die in Deutschland einzuführenden Systeme zeigen darüber hinaus wesentliche Elemente von Managed Care, wie wir sie aus dem angelsächsischen Bereich und von anderen europäischen Nachbarn bereits kennen. So definieren Robert Seitz und Dominik Graf von Stillfried in ihrem Beitrag „Grundlagen von Managed Care“ diesen Begriff wie folgt: „Patienten werden zu bestimmten Orten der Leistungserbringung, zu ausgewählten Leistungserbringern, geführt, oder es wird ihre Inanspruchnahme durch bestimmte Vorgaben direkt bzw. durch finanzielle Anreize indirekt gesteuert. Die Leistungserbringer werden indirekt durch Vergütungsformen und finanzielle Anreize oder direkt durch Vorgaben zum Leistungsspektrum und zu Art und Weise der Leistungserbringung ‚geführt‘ [11]“.

Der Blick auf die nun schon mehrjährigen Erfahrungen mit Managed Care in der Schweiz zeigt dabei einige

■ Frank Potthoff, Dr. rer. nat. Christof Münscher, Medical Netcare, Münster.

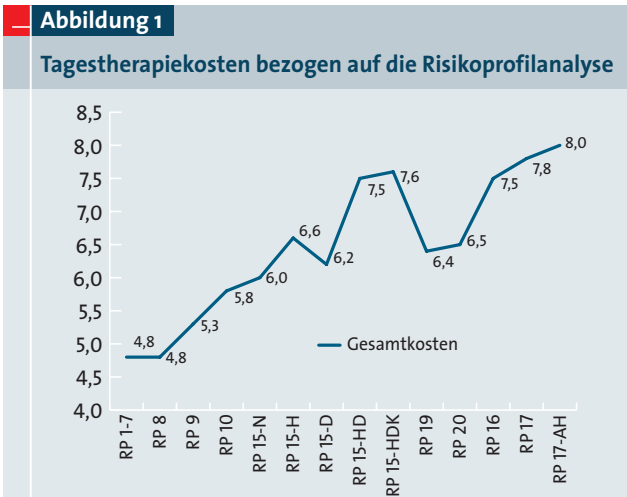


Abb. 1 Gesamtkosten eines Typ-2-Diabetikers in der ambulanten diabetologischen Versorgung in Abhängigkeit vom Risikoprofil.

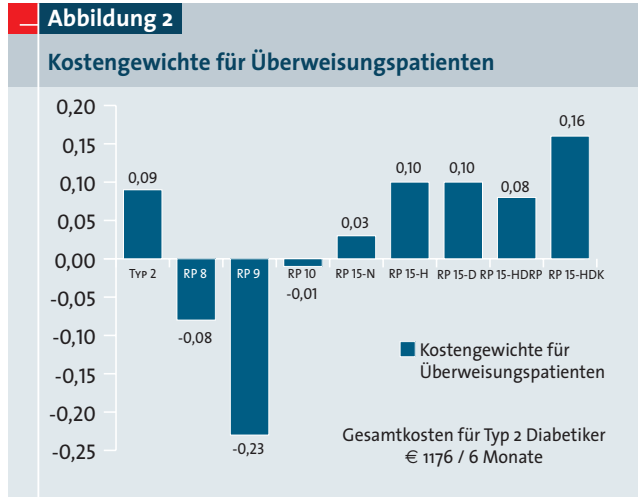


Abb. 2 Kostengewichte für Überweisungspatienten (Typ 2 Diabetes) in der ambulanten diabetologischen Schwerpunktpraxis.

wichtige praktizierte Grundlagen der ärztlichen Abrechnung in morbiditätsorientierten Vergütungsstrukturen [1, 3].

So begannen 1990 die Krankenkassen in der Schweiz mit der Eröffnung eigener HMOs, bei denen die Ärzte als Angestellte arbeiteten. Die Erfolge bei der Stabilisierung der Kosten im Schweizer Gesundheitswesen waren beachtlich. So gelang es den ersten HMOs schon kurze Zeit nach Gründung, die Budgetvorgaben zu erreichen bzw. zu unterschreiten [6]. Dieser ökonomisch überaus erfolgreichen Einführung kasseneigener HMO-Arztpraxen folgten selbst verwaltete Hausarztpraxen (Wintimed-Ärzte, seit 1994) mit Boni-Mali-Regelungen und die Medi-X-Gruppenpraxen (Medi-X-Zürich seit 1998), welche stärker facharztorientiert sind und auf fach- und institutionsübergreifende integrative Zusammenarbeit ihrer Mitglieder setzen. Die Medi-X-Gruppenpraxen arbeiten vertraglich auf der Basis von Capitation (Kopfpauschalen) mit den Versicherungen, wobei die Capitation- bzw. Budgetverträge eine vollständige Übernahme des Morbiditätsrisikos der behandelten Patienten durch die Leistungserbringer umfassen. Zur Risikobegrenzung für die Leistungserbringer werden zusätzlich die Hochrisikopatienten über eine Grossversicherung abgedeckt. Eine möglichst exakte Abbildung der Risikostruktur des Patientenkontingents ist

für diese Capitationverträge für die Vertragspartner von entscheidender Bedeutung [3, 6].

Als Kalkulationsbasis der Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern werden in der Schweiz zwei Verfahren angewendet, die teilweise alternativ, teilweise parallel und sich ergänzend die Morbiditäts- und Kostenstruktur der Leistungsanbieter abbilden und darauf aufbauend ein ärztliches Gesamtbudget berechnen.

Zum einen kommt dabei das so genannte Vorjahreskostenmodell zum Tragen, bei dem auf der Basis der Patientenstruktur des vergangenen Jahres ein Gesamtbudget mit den Krankenkassen vereinbart wird. Auf dieser Basis werden dann Boni-Mali-Regelungen für eine Über- bzw. Unterschreitung des Budgets mit den Kostenträgern vereinbart. Vorteil dieses Systems: Es bildet die Morbiditätsstruktur (des Vorjahres) schon ab und erlaubt damit eine relativ einfache und sichere Fortschreibung der Patienten-Morbiditätsstruktur. Der Nachteil liegt in der Gefahr der „Risikoausgrenzung“ von Patienten mit einem „Hochrisikoprofil“ [12]. Außerdem fehlen die Anreize für die nachfolgenden Jahre, da ein einmal ausgeschöpftes Einsparpotenzial zu keinen weiteren Boni-Regelungen führen kann [6].

Daneben gibt es das so genannte Referenzkostenmodell, welches die Morbiditäts- und Kostenstruktur der „eigenen“

„Patienten mit einer externen Referenz vergleichbarer Leistungsanbieter vergleicht und so die Kalkulation des Budgets ermöglicht. Die Vorteile dieses Modells liegen in der Vergleichbarkeit verschiedener Leistungsanbieter und der verminderten Gefahr von Ausgrenzungen von Patienten. Die Nachteile liegen in der sehr aufwendigen Berechnung eines Referenzmodells [3].

Beide in der Schweiz eingesetzten Modelle basieren auf kombinierten Budgets für die Leistungserbringer, d. h. einer direkten Kopplung der ärztlichen Vergütung mit den veranlassten Leistungen wie Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie stationären Einweisungen.

Kosten-Nutzen-Betrachtungen

Eine nicht zu unterschätzende Gefahr der Kopplung veranlasster Leistungen an die Honorierung der Leistungserbringer liegt darin, dass es durch einen undifferenzierten ökonomischen Druck zur Rationierung von Leistungen kommen könnte.

Unter Rationierung versteht man heute im Gesundheitswesen üblicherweise das Vorenthalten von medizinisch wirksamen Gesundheitsleistungen. Rationalisierung bedeutet dagegen einen effizienteren Einsatz der knappen Ressourcen. Mit weniger Aufwand soll dabei für den Patienten derselbe Nutzen erzielt werden. Aus ökonomischer Sichtweise sind die Grenzen zwischen

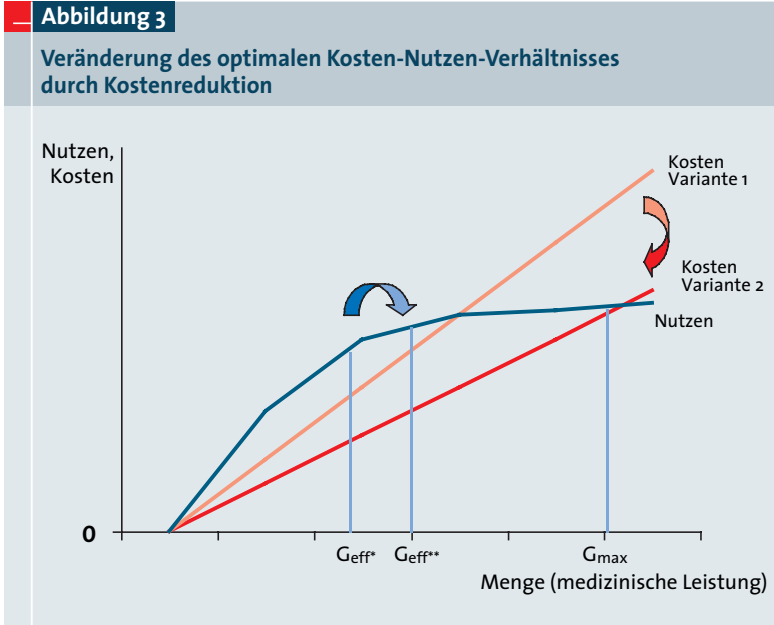


Abb. 3 Effiziente (G_{eff}) versus maximale Gesundheitsleistungen (G_{max}) (angelehnt an [9]). Auch ein effizienter Einsatz der Gesundheitsleistungen ist mit einer gewissen Rationierung verbunden.

dem „Vorenthalten“ von Leistungen und dem effizienteren Einsatz der Mittel (Rationalisierung) jedoch fließend. Medizinisch und gesundheitsökonomisch ist eine Leistung dann als effizient einzustufen, wenn die für sie eingesetzten Mittel bei keiner alternativen Verwendung ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis erzielen können. Mit einem Blick zur volkswirtschaftlichen Mikroökonomie lässt sich diese Aussage an einem Schaubild der Kosten-Nutzen-

Rechnung recht einfach darstellen. Die Abbildung wurde einem Beitrag von S. Nocera [9] entnommen und zeigt, wie sich Nutzen (Outcome einer Leistung) mit den Kosten dieser zu einer Kosten-Nutzen-Funktion darstellen lassen.

„Unter Vernachlässigung der Kostenseite könnte jede Menge einer Gesundheitsleistung (G_{max}) konsumiert werden, welche den maximalen Nutzen stiftet (Abb. 3). Aus ökonomischer Sicht effizient ist aber die Menge G_{eff}^* , bei

welcher der Nettonutzen (Nutzen abzüglich Kosten) ein Maximum erreicht. Weil die Kosten mit zunehmender Menge in der Regel stärker steigen als der Nutzen und hiermit der Nettonutzen abnimmt, ist $G_{eff}^* < G_{max}$. Dies bedeutet, dass bei Rationalisierungsbestrebungen meist ein kleinerer Nutzen resultiert. Eine Einschränkung von medizinisch wirksamen Maßnahmen kann deshalb aus Effizienzgründen angebracht sein...“ (Zitat aus dem Beitrag von S. Nocera in der Zeitschrift Managed Care [9]).

Unter statischer Betrachtung der Kosten-Nutzen-Funktion ginge eine Rationalisierung also mit einer Rationierung der Leistungen (Nutzensseite) und einer effizienteren Mittelverwendung auf der Kostenseite einher. Die rein ökonomische und statische Betrachtungsweise von Kosten und Nutzen medizinischer Interventionen vernachlässigt allerdings morbiditätsabhängige Fragen zur medizinischen und/oder ethischen Notwendigkeit therapeutischer Leistungen.

Sollte es gelingen, die indikationspezifisch notwendigen Leistungen mit einem bestimmten Risikoprofil ex ante zu definieren und gleichzeitig Rationalisierungsreserven im System zu identifizieren, würde sich die Kostenfunktion von Variante 1 zu 2 verändern. Gleichzeitig könnte bei niedrigeren Kosten ein höherer Nutzen mit einer größeren Menge an medizinischen Leistungen erreicht werden (Übergang von G_{eff}^* zu G_{eff}^{**}).

Zusammenfassung | MMW-Fortschr. Med. 146 (2004), 199–202

Elemente von Managed Care in Deutschland und in der Schweiz:

Die Gesundheitspolitik in Deutschland setzt mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) auf eine erheblich stärker differenzierte Vergütung der ärztlichen Leistung nach dem Grad der Morbidität der Patienten. Zeitgleich mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Jahr 2007 sollen auf Risikoklassen und Relativgewichten basierende Regelleistungsvolumina und/oder Fallpauschalen die Höhe der ärztlichen Vergütung bestimmen. Ein Blick über die Grenzen zu den Schweizer Nachbarn zeigt deren Erfahrungen

mit diagnoseabhängigen Vergütungsformen.

Schlüsselwörter: Regelleistungsvolumina – Risikoklassen – Relativgewichte – TEMPO-Studie® – DRG's

Elements of Managed Care in Germany and in Switzerland

With the introduction of the GVK (health insurance) modernization statute (GMG), health policy in Germany will focus on a more highly differentiated form of remuneration of the physician's services that is based on the degree of morbidity of the patient. Simultaneously with the introduction of mor-

bidity-oriented risk structure adjustment in the year 2007, the level of payment to the doctor will be determined by the standard services volume based on risk categories and relative weightings as well as the case-based flat rates. A glance across the border to our Swiss neighbors provides information on their experience with diagnosis-related forms of remuneration.

Keywords: Standard services volume – Risk categories – Relative weighting – TEMPO studies – Dose-related groups (DRGs)

Unsere zukünftige Herausforderung wird es also sein, diese Rationalisierungsreserven zu identifizieren, um einer Rationierung medizinischer Leistungen entgegenzutreten. Rationalisierung kann deshalb als Versuch verstanden werden, eine zukünftige Rationierung zu vermeiden.

Hochrisikopatienten identifizieren

Eine detaillierte Risikostratifizierung nach Vorhandensein und Schweregrad der Komorbiditäten würde sicherstellen, dass dem Patienten genau diejenigen medizinischen Leistungen und Maßnahmen zukommen würden, welche seinen persönlichen Bedürfnissen entsprechen. Es geht also um die „Individualisierung“ der Medizin, orientiert an den individuellen Diagnosen der Begleiterkrankungen und Komplikationen. Gesundheitsökonomien nutzen dazu Computersimulationen, welche den Verlauf von Erkrankungen am Computer vorhersagen können sollen. Die zurzeit verfügbaren Systeme basieren aber im Wesentlichen ausschließlich auf Daten und

Ergebnissen aus vorhandenen Literaturquellen. Simulationsmodelle inkl. „harther“ Outcome-Ergebnisse auf Basis realer Patientendaten finden sich zumindest für den mitteleuropäischen Raum bisher praktisch gar nicht.

Nach Künzi [7] sollten zur Beurteilung der realen Versorgungsqualität aber nur jene Struktur- und Prozessdaten verwendet werden, die nachgewiesen haben, dass deren Veränderungen zu einem besseren Outcome geführt haben.

Im Rahmen des Vertrages zur Qualitätsförderung (Schweizer Krankenversicherungsordnung) haben der santésuisse (Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer) und der H+ (Schweizer Spitalverband) eine Studie zur Definition von Qualitätsindikatoren im Jahr 2000 durchgeführt, bei der sechs Qualitätsindikatoren hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Qualitätsausprägung, Generalisierbarkeit der Übertragbarkeit auf Patientengruppen, Validität der Messmethoden, Darstellung des Case-Mix und Interpretierbarkeit analysiert wurden [5, 10]. Die FoQual-Studie gelangt danach

zu dem Schluss, dass von den sechs geprüften Indikatoren nur die Qualität der Codierung der Diagnosen (Vollständigkeit, Genauigkeit und Plausibilität), einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat.

Fazit

Unter diesem Aspekt sind zukünftige Regelleistungsvolumina mit definierten Risikoklassen und Relativgewichten durchaus zu begrüßen und werden neben einer gerechteren monetären Bewertung ärztlicher Leistung auch dazu dienen, dem Patienten das adäquate und bedarfsgerechte Bündel an Maßnahmen zur Verfügung zu stellen.

Literatur bei den Verfassern

Für die Verfasser:

Frank Potthoff
Medical Netcare GmbH
Hölkenbusch 17
D-48161 Münster
Tel.: 0 25 33/93 32 70
Fax: 0 25 33/93 43 03
E-Mail: potthoff@m-nc.de

Literatur

- 1) Baur R, Hunger W, Kämpf K, Stock J; Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung; Synthesebericht Nr. 1/98 BSV: Beiträge zur Sozialen Sicherheit
- 2) Bierwirth RA, Kron P, Lippmann-Grob B, Funke K, Leinhos B, Grüneberg M, Huptas H, Weich K, Münscher C, Potthoff F: Die TEMPO-Studie®; Kostenanalyse in der diabetologischen Schwerpunktpraxis und Definition diabetesspezifischer Risikoprofile; Diabetes und Stoffwechsel 12/2003, 83-94
- 3) Bühler A: Grundlagen zur finanziellen Erfolgsbemessung in Managed Care Systemen; Schweizer Ärztezeitung (2000); 81, Nr. 21 1040 - 1045
- 4) Eckpunkte der Konsensverhandlung zur Gesundheitsreform, Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung
<http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/eck.cfm>
- 5) FoQual: Die Qualität der Gesundheitsversorgung in den Schweizer Spitälern: Analyse von sechs Indikatoren; September 2000. www.hospvd.ch/quality/chuv/home.htm
- 6) Huber F, Marti C, Götschi AS, Weber A: Managed Care in der Schweiz; Schweizer Ärztezeitschrift (2002), 83: Nr. 48; 2629 - 2632
- 7) Künzi B: Ergebnisqualität bei chronischen Krankheiten messen und verbessern; Managed Care (2001) 5, 22 - 24
- 8) Münscher C, Potthoff F et al. DRG's für die ambulante Diabetologie?! Risikoprofilanalysen bei Typ-2-Diabetikern in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis; Rotenburg/F.: AkPro (2003)
- 9) Nocera S: Rationierung - Begriffsbestimmung und Konzepte; Managed Care (2001) 6, 8 -12
- 10) Schenker M: Die Qualität der Qualitätsmessung; Managed Care (2002) 2, 15 -16
- 11) Seitz R, König H.-H, Stillfried v D: Grundlagen von Managed Care in: "Managed Care"; Arnold, Lauterbach und Preuß, 325 - 340, Schattauer Verlag 1997, ISBN 3-7945-1747-4
- 12) Weber A, Cottini G: Kostenvorteile dank Risikoselektion?; Schweizer Zeitschrift Managed Care (1998) 14 - 7

Hinweis der Redaktion: Die Literaturliste wird nicht abgedruckt. Aufgrund der Ziffern im Text kann sich der Leser zur Information an den Autor wenden.