

# **Möglichkeiten und Notwendigkeit der Morbiditätsmessung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung unter besonderer Berücksichtigung des Klassifikationsmodells des Bewertungsausschusses**

**Vorstellung eines Gutachtens im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt auf der Pressekonferenz am 05.11.2013 in Berlin**

**Prof. Dr. Saskia Drösler, Hochschule Niederrhein, Krefeld  
Prof. Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim**

# **Möglichkeiten und Notwendigkeit der Morbiditätsmessung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung unter besonderer Berücksichtigung des Klassifikationsmodells des Bewertungsausschusses**

**Vorstellung eines Gutachtens im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt auf der Pressekonferenz am 05.11.2013 in Berlin**

- 1. Hintergrund und Fragestellung des Gutachtens**
- 2. Die Morbiditätsorientierung als gesetzlich verankertes Element der vertragsärztlichen Vergütung**
- 3. Die Rolle des Morbiditätsniveaus bei der Vereinbarung des Behandlungsbedarfs**
- 4. Patienten- bzw. Versichertenklassifikationsmodelle und Morbiditätsmessung**
- 5. Methodik der Untersuchung**
- 6. Ergebnisse**
- 7. Fazit**

## Hintergrund und Fragestellung des Gutachtens (1)

- Gesetzliche Grundlage: § 87a Abs. 4 SGB V schreibt vor, bei der jährlichen Anpassung des Behandlungsbedarfs in einer Kassenärztlichen Vereinigung insbesondere Veränderungen u.a. „der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen mit Wohnort im Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung“ zu berücksichtigen.
- Zentrale Fragestellung: Ob und inwieweit im Rahmen der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen auf der Grundlage des § 87a Abs. 4 SGB V neben der Veränderung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auch die Berücksichtigung des entsprechenden Niveaus in normativer Hinsicht erforderlich und messtechnisch möglich ist.
- Frage der konkreten Umsetzung: Lässt sich das Klassifikationsmodell KM87a des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) neben der Messung von Unterschieden des morbiditätsbedingten erwarteten Behandlungsbedarfs für den ambulanten Versorgungsbereich einer Region im zeitlichen Ablauf auch sachgerecht für die entsprechende Messung von Unterschieden des morbiditätsbedingt erwarteten Behandlungsbedarfs zwischen Regionen innerhalb eines Jahresbezuges nutzen?

## Hintergrund und Fragestellung des Gutachtens (2)

- Bei Bejahung dieser Fragen: Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)?
- Die von den Krankenkassen an die jeweilige KV zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen orientieren sich nach § 87a Abs. 3 SGB V an dem mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf, ausgedrückt als Punktzahlvolumen und bewertet mit dem vereinbarten Punktwert.
- Dieser vereinbarte Behandlungsbedarf gilt im Sinne des Gesetzes „als notwendige medizinische Versorgung“.

## Die Morbiditätsorientierung als Postulat im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung (1)

- Die (Regierungs-)Fraktionen von CDU/CSU und SPD kündigten bereits in ihren Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform vom 4. Juni 2006 die „Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen“ an.
- Der Entwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 24.10.2006 wiederholt diese Zielsetzung und bestätigt in diesem Kontext die Absicht, die „Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung...künftig an der Morbidität der Versicherten (zu) orientieren“. Ein zentrales Kennzeichen des neuen Vergütungssystems bestehe darin, dass die Krankenkassen „alle finanziellen Lasten (tragen), die aus der Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen entstehen“.
- 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 Umfang tragen sollen.

## Die Morbiditätsorientierung als Postulat im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung (2)

- Diesen Intentionen des Gesetzgebers stehen Finanzierungsmodelle, bei denen die Vertragsärzte auf der Grundlage freiwilliger Verträge mit den Krankenkassen bei einer Teilnahme an besonderen Versorgungsformen das Morbiditätsrisiko teilweise oder ganz übernehmen, im Grundsatz nicht entgegen.
- Der Gesetzgeber räumt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der regionalen gemeinsamen Selbstverwaltung einen erheblichen Gestaltungsspielraum ein. So dienen z.B. bei der Vereinbarung des regionalen Punktwertes Zu- und Abschläge dazu, regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen. Es liegt im Sinne dieser angestrebten Regionalisierung nahe, dass ähnliche Freiräume auch bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs bestehen.

## Die Rolle des Morbiditätsniveaus bei der Vereinbarung des Behandlungsbedarfs (1)

- Eine morbiditätsgerechte Anpassung des regionalen Behandlungsbedarfs setzt auch eine entsprechende erstmalige Festlegung auf der Grundlage der Morbiditätsstruktur der Versicherten voraus; dies gilt auch für die jährlichen Anpassungen.
- Die Anpassungen basierten aber auf historischen Behandlungsbedarfen und erfolgten auch bis 2012 nicht morbiditätsorientiert, sondern im Zuge von fiskalisch motivierten Sonder- und Übergangsregelungen. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen bisher das Morbiditätsrisiko nur teilweise tragen, was den Intentionen des Gesetzgebers offenkundig zuwiderläuft.
- Ein selbst mit exakten Veränderungsdaten 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.

## Die Rolle des Morbiditätsniveaus bei der Vereinbarung des Behandlungsbedarfs (2)

- Den Vertragspartnern fällt daher sowohl im Sinne einer angemessenen Vergütung der Vertragsärzte als auch unter Versorgungsaspekten die Aufgabe zu, im Rahmen der Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs auch das morbiditätsbedingte Ausgangsniveau neu zu bestimmen und gegebenenfalls den historisch überkommenden nicht morbiditätsgerechten Sollwert neu zu bestimmen.
- Schon in der Vergangenheit gelangten mehrere Studien, z.B. des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, der BARMER GEK und des Bundesversicherungsamtes zu dem Ergebnis, dass die Versicherten in Sachsen-Anhalt eine weit überdurchschnittliche Morbidität aufweisen. Dies geht zum einen auf eine vornehmlich migrationsbedingte ungünstigere Altersstruktur, aber auch auf regionale Unterschiede bei der Beschäftigung bzw. Arbeitslosigkeit, dem Einkommen, dem Bildungsstand und der ökologischen Umwelt zurück.
- Schließlich erschwert ein Defizit bei den Gesamtvergütungen, das auf ein zu niedrig bemessenes Morbiditätsniveau zurück geht, die Attrahierung von jungen Vertragsärzten mit entsprechenden Konsequenzen vor allem in den strukturschwachen Gebieten Sachsen-Anhalts.



# Patienten- bzw. Versichertenklassifikationsmodelle und Morbiditätsmessung (1)

- **Morbiditätsbezogene Klassifikationsmodelle sind international und national etabliert**
  - Stationäre Versorgung: Zellenmodell  
(§ 17b KHG, DRG-Institut)
  - **Risikostrukturausgleich: Zuschlagsmodell**  
(§ 266 SGB V ff, Bundesversicherungsamt)
  - **Ambulante Versorgung / morbiditätsbedingte Gesamtvergütung: Zuschlagsmodell**  
(§ 87a Abs. 4 SGB V, Institut des Bewertungsausschusses)
- **Zielsetzung**
  - Bildung einer überschaubaren Anzahl homogener Fall- oder Zuschlagsgruppen
    - Medizinische Homogenität
    - Ökonomische Homogenität
  - Vorhersage des Aufwands spez. medizinischer Behandlungen

## Patienten- bzw. Versichertenklassifikationsmodelle und Morbiditätsmessung (2)

- **Medizinische Merkmale zur Klassenbildung**
  - **Diagnosen**
  - Arzneimittelinformationen
  - Prozeduren
- **Ökonomische Merkmale zur Klassenbildung**
  - Kosten- / Ausgabeninformationen
    - Zeitgleich mit der Behandlung
    - **Prospektiv**, z.B. im Folgejahr oder zwei Jahre nach der Behandlung → „Glättung“ der Ausgaben für akute Krankheiten
- **Demografische Merkmale zur Klassenbildung**
  - Informationen über **Alter und Geschlecht** der Versicherten

## Methodik der Untersuchung (1) – Daten und Klassifikationsmodelle

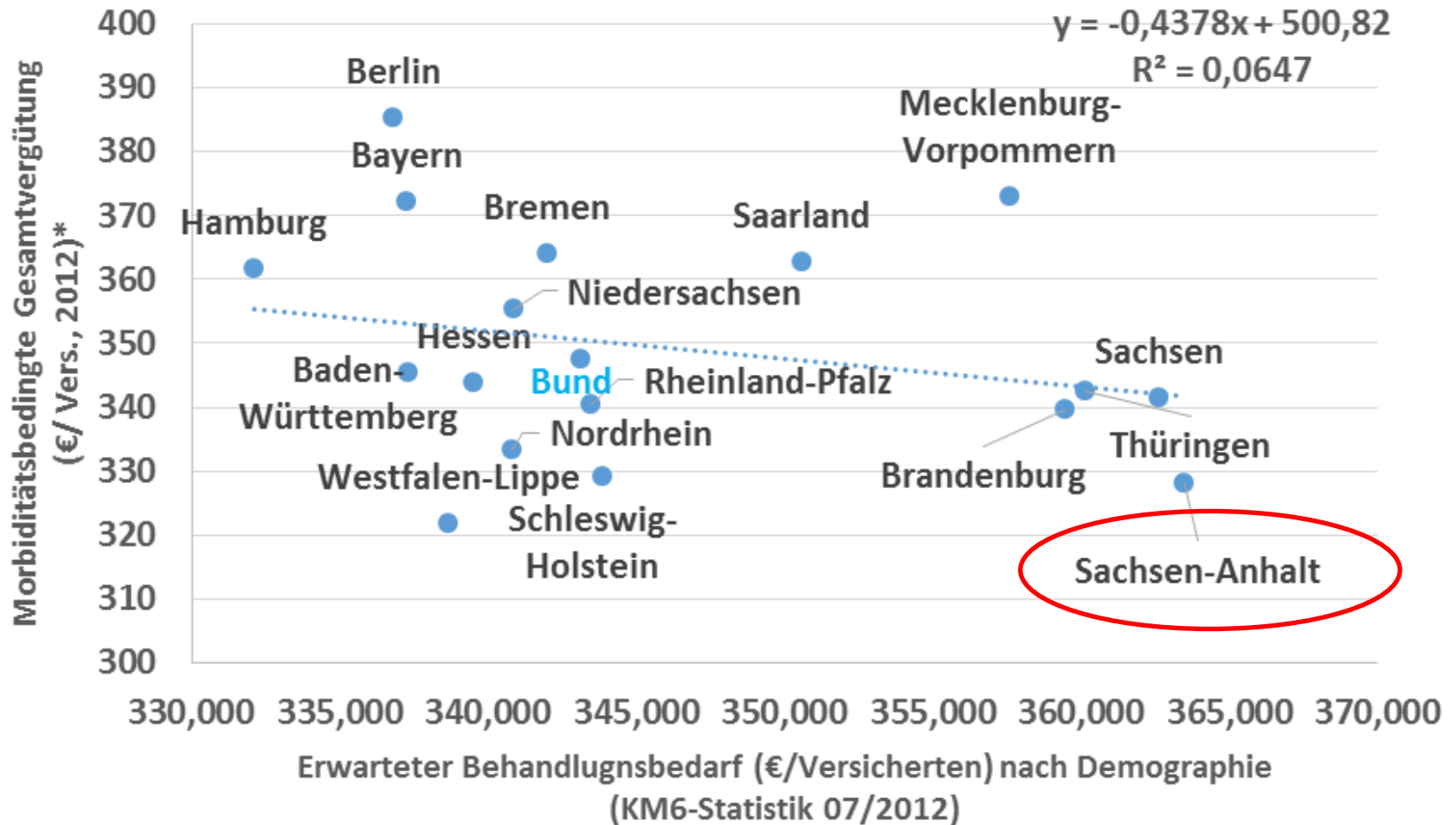
- Schritt 1: Simulation des durchschnittlichen morbiditäts-bedingten Vergütungsbedarfs der Versicherten in Sachsen-Anhalt mit **verschiedenen Klassifikationsmodellen**:
  - **Demographisches Modell**, ohne Berücksichtigung von Diagnosen (Instituts des Bewertungsausschusses), Daten aus 2012 (BMG, KM6)
  - **Morbi-RSA Modell** des Bundesversicherungsamts (BVA) modifiziert, Diagnosedaten der KV Sachsen-Anhalt aus 2010, korrespondierende Vergütungsdaten aus 2011
  - **Morbi-Modell KM87a** des Instituts des Bewertungsausschusses, Diagnosedaten der KV Sachsen-Anhalt aus 2010, korrespondierende Vergütungsdaten aus 2012
- Schritt 2: Vergleich dieser Ergebnisse mit der für Sachsen-Anhalt im Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung öffentlich ausgewiesenen durchschnittlichen regionalen Vergütung und Ermittlung der Abweichungen.

## Methodik der Untersuchung (2) - Anmerkungen

- Die Klassifizierungen wurden durch das Zentralinstitut für die Kassenärztlichen Versorgung auf einer 13%-Stichprobe durchgeführt und hochgerechnet.
- Den Gutachtern wurden die Klassifikationsergebnisse in verdichteter Form zur Verfügung gestellt; Rohdaten waren nicht zugänglich.
- Aufwendungen für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen wurden nicht berücksichtigt, da das Klassifikationsmodell KM87a diese nicht beinhaltet.

# Ergebnisse - Demographie

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und demographischer Behandlungsbedarf 2012



\*) Tatsächlich geleistete budgetierte Gesamtvergütung, ohne extrabudgetäre Gesamtvergütung

## Ergebnisse – Simulationsrechnungen mit den Klassifikationsmodellen

<b>Versichertenklassifikationsmodell</b>	<b>Behandlungsbedarf je Versicherten in Sachsen-Anhalt*</b>	<b>Behandlungsbedarf je Versicherten in den verbleibenden 16 KV-Regionen*</b>
Demographie (KM6 – Statistik)	363,47 €	342,47 €
KM87a zweijährig prospektiv	372,04 €	349,29 €
Morbi-RSA einjährig prospektiv	379,51 €	346,29 €

\*Zum Punktwert von 0,035048€

## Ergebnisse - Gegenüberstellung

Klassifikationsmodell	Bezugsgröße 1: <b>327,96 €</b> Morbiditybedingte Gesamtvergütung (€/Versicherten) in Sachsen- Anhalt 2012 <b>ohne</b> <b>Bereinigung um Leistungen</b> <b>für Psychotherapie</b>	Bezugsgröße 2: <b>318,14 €</b> Morbiditybedingte Gesamtvergütung (€/Versicherten) in Sachsen- Anhalt 2012 <b>mit Bereinigung um</b> <b>Leistungen für Psychotherapie</b>
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%

## Fazit

- Die in Deutschland bereits eingesetzten Versichertenklassifikationsmodelle lassen sich für eine Schätzung der regionalen Morbiditätslast verwenden.
- Regionale demografische Unterschiede gehen mit einer divergierenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher.
- Das daraus resultierende aktuelle Morbiditätsniveau bedarf im Sinne der gesetzlichen Zielsetzung einer Berücksichtigung bei der Veranschlagung bzw. Anpassung des Behandlungsbedarfs.