

Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung aus Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung

Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstands,

vertreten durch

Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Gesundheitsökonomische Forschung in Deutschland

Förderbeginn für vier gesundheitsökonomische Zentren, Berlin, 3. Mai 2012

Anforderungen aus Sicht der Ärzteschaft (I)

Systemverständnis:

- Historische Entwicklung des Gesundheitswesens, insbesondere des Kollektivvertrages
- Möglichkeiten und Grenzen einer Wettbewerbsordnung unter Berücksichtigung des sozialpolitischen Auftrags

Determinanten:

- Risikostruktur und soziodemografische Merkmale der sog. „schlechten Risiken“
- Risikoselektion und Risikoentmischung als Folgen von Wettbewerb
- Besonderheit ärztlicher Leistungen
- Marktversagen und administrierter Wettbewerb im Gesundheitswesen

Anforderungen aus Sicht der Ärzteschaft (II)

Grundsätze:

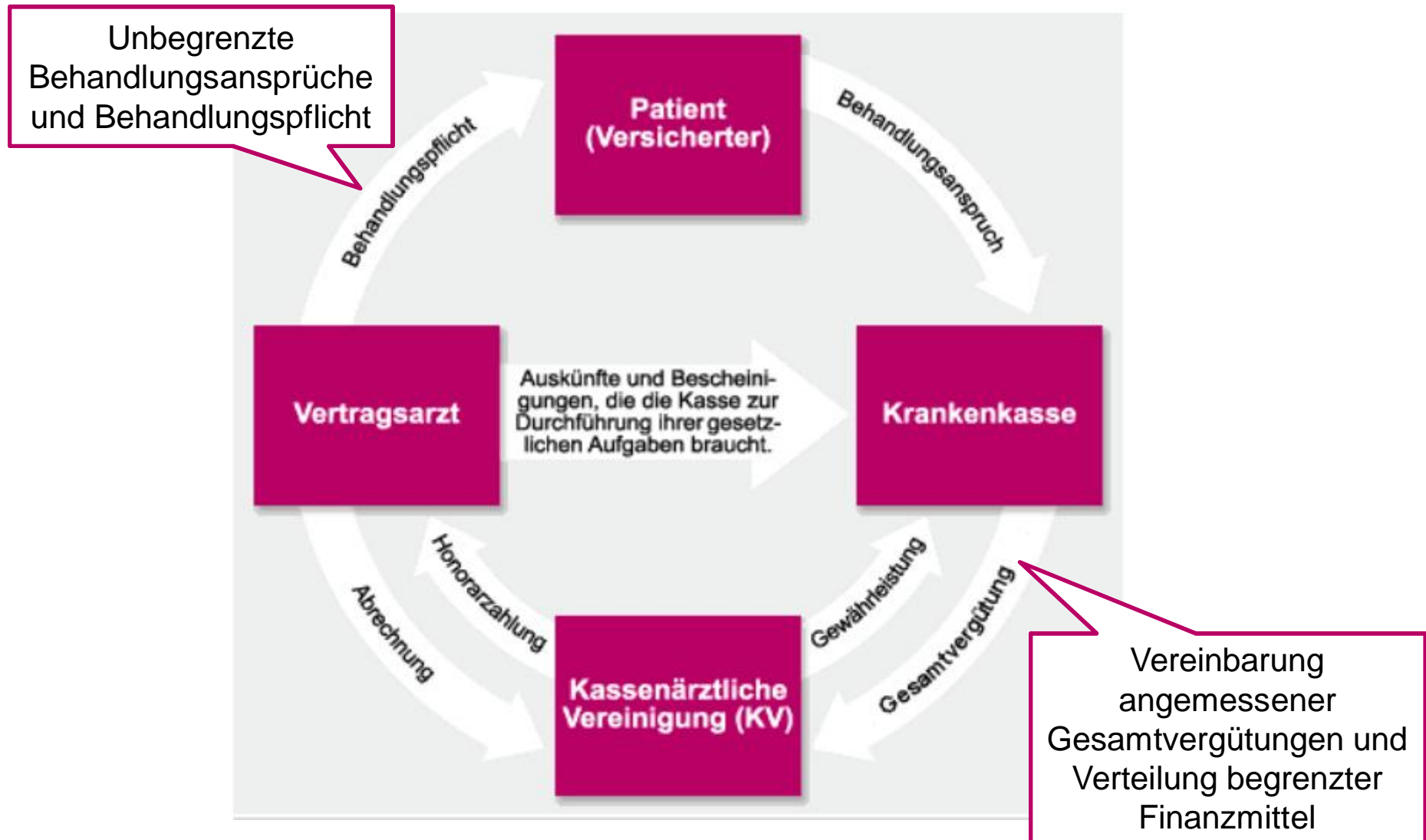
- Es gibt keine „unsichtbare Hand“ im Gesundheitswesen.
- Komplexe Anforderungen des Gesetzgebers müssen durch sichtbare Handlungen der von ihm beliehenen Institutionen umgesetzt werden.
- Jede Handlung bedarf der Begründung; sie benötigt dafür eine Theorie von Ursache und Wirkung, Umsetzungszeit sowie Daten und Überprüfung des Ergebnisses.
- Handlungen müssen die „behandelten“ Akteure im Gesundheitswesen grundsätzlich überzeugen können, um Ausweichreaktionen oder kurzatmige politische „Nachbesserungen“ zu minimieren.

Anforderungen aus Sicht der Ärzteschaft (III)

Konkrete Herausforderungen:

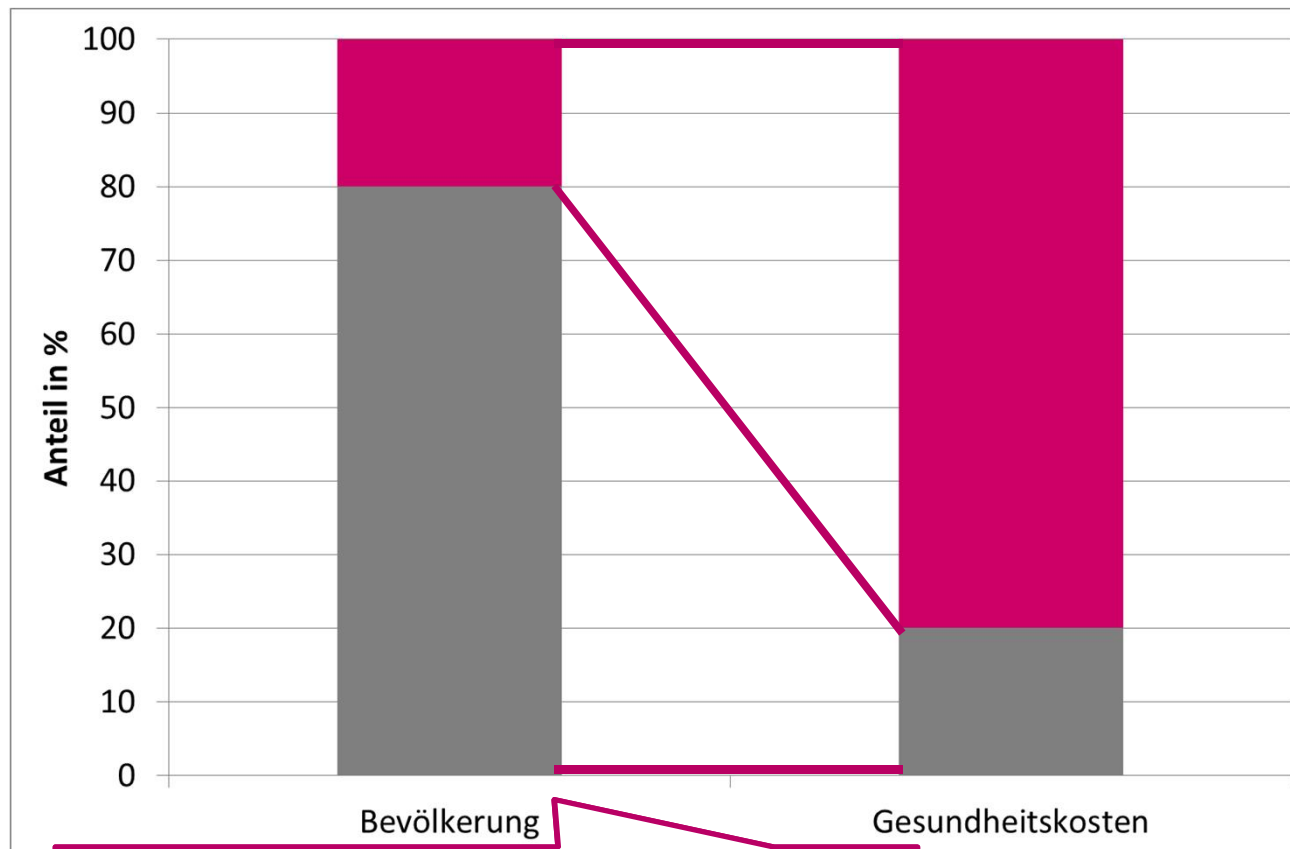
- Ausrichtung der kollektivvertraglichen Leistungen und Vergütungen an sachgerechten Indikatoren des Versorgungsbedarfs der Versicherten sowie Abgrenzung des privatrechtlichen Verantwortungsbereichs
- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und des erwarteten Versorgungsbedarfs insbesondere infolge der demografischen Entwicklung
- Erfassung und Berücksichtigung der Substitutions- und Komplementärbeziehungen zwischen der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung
- Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütungsstruktur unter Berücksichtigung der für Investitionen und Leistungserbringung maßgeblichen Parameter

KV-System: Im ständigen Spagat zwischen Versorgung und Ökonomie



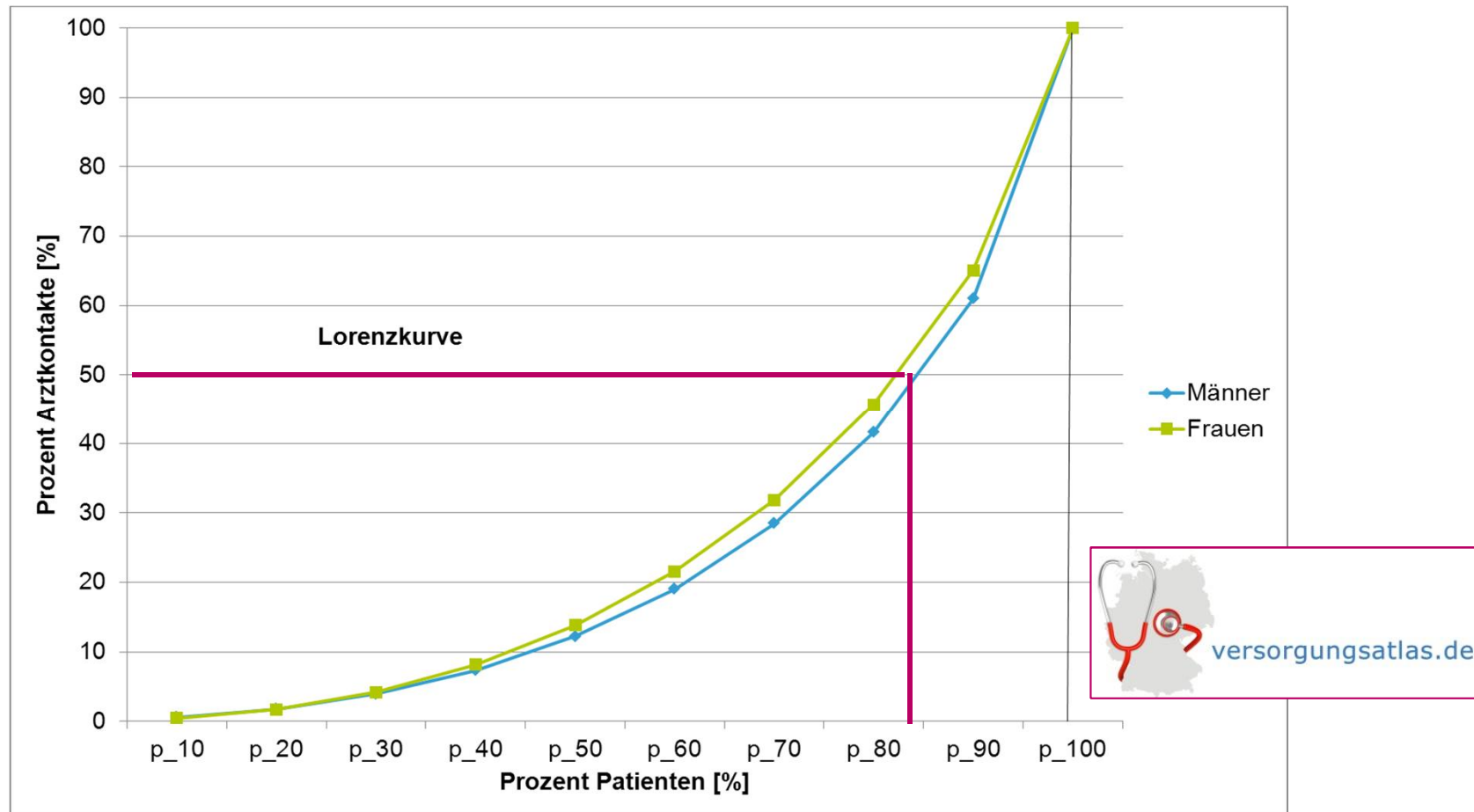
Risikostruktur als Anforderung an die Gesundheitsökonomie

Faustformel: 80% der Gesundheitskosten werden durch 20% der Bevölkerung verursacht.



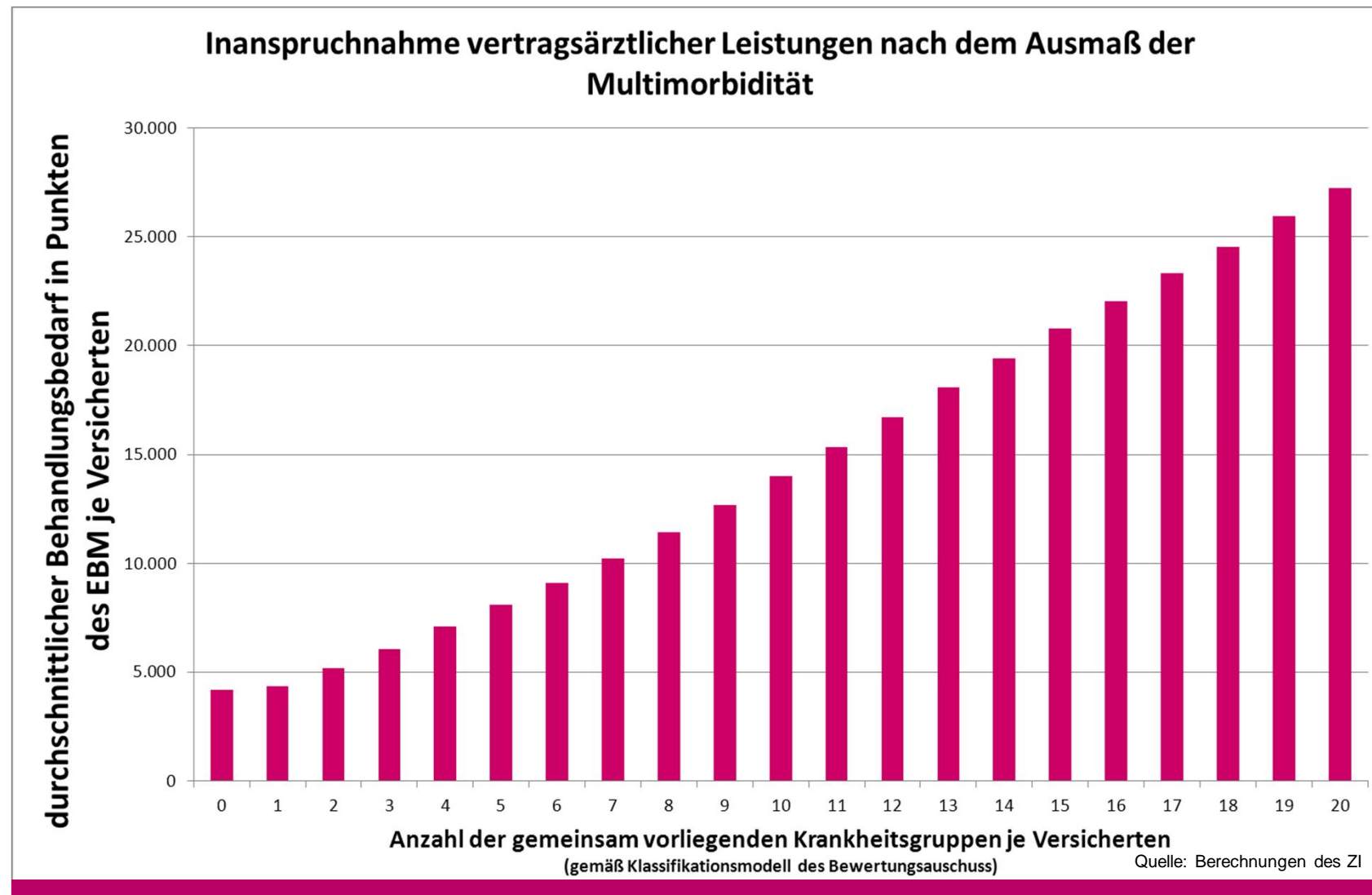
Wenige Patienten beanspruchen den Großteil der verfügbaren Ressourcen. Medizinischer Fortschritt vergrößert dieses Gefälle.

Verteilung der Arztkontakte in der vertragsärztlichen Versorgung



Auf 16% der Patienten entfallen 50% aller Arzt-Patienten-Kontakte. Zu welchen Verdrängungseffekten kommt es, wenn die Mittel insgesamt unsachgemäß begrenzt werden oder die Vergütung im Behandlungsfall inadäquat berechnet ist?

Implikationen für die Ausrichtung des Kollektivvertrages



Ausrichtung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung an Indikatoren des Behandlungsbedarfs der Versicherten in der vertragsärztlichen Versorgung und an deren Veränderung.

Prinzip: möglichst „sprechende“ Risikozuschläge als analytische Bausteine der Bedarfsmessung

Beispiel: Ausrichtung der Finanzströme am Bedarf (Morbidity) der Versicherten im Risikostrukturausgleich der Krankenkassen

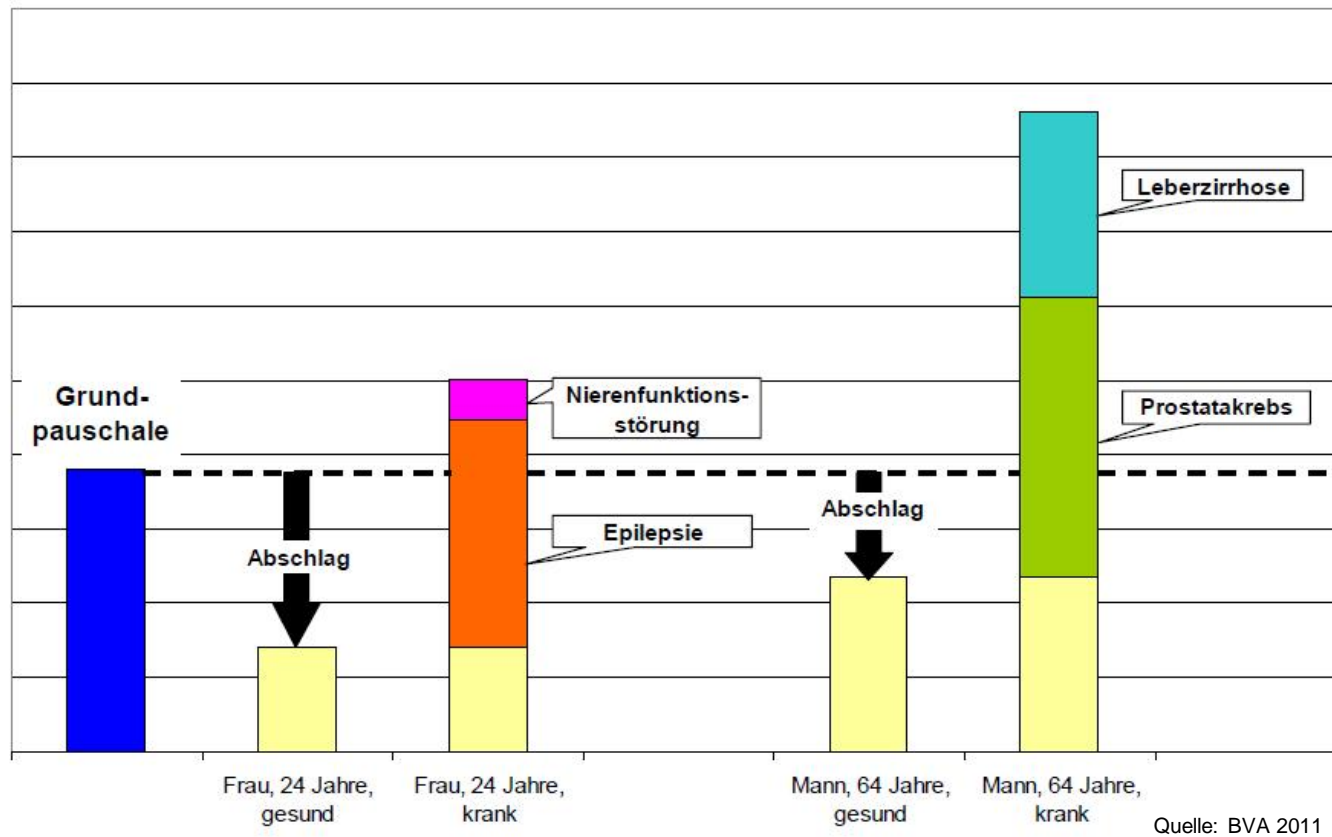
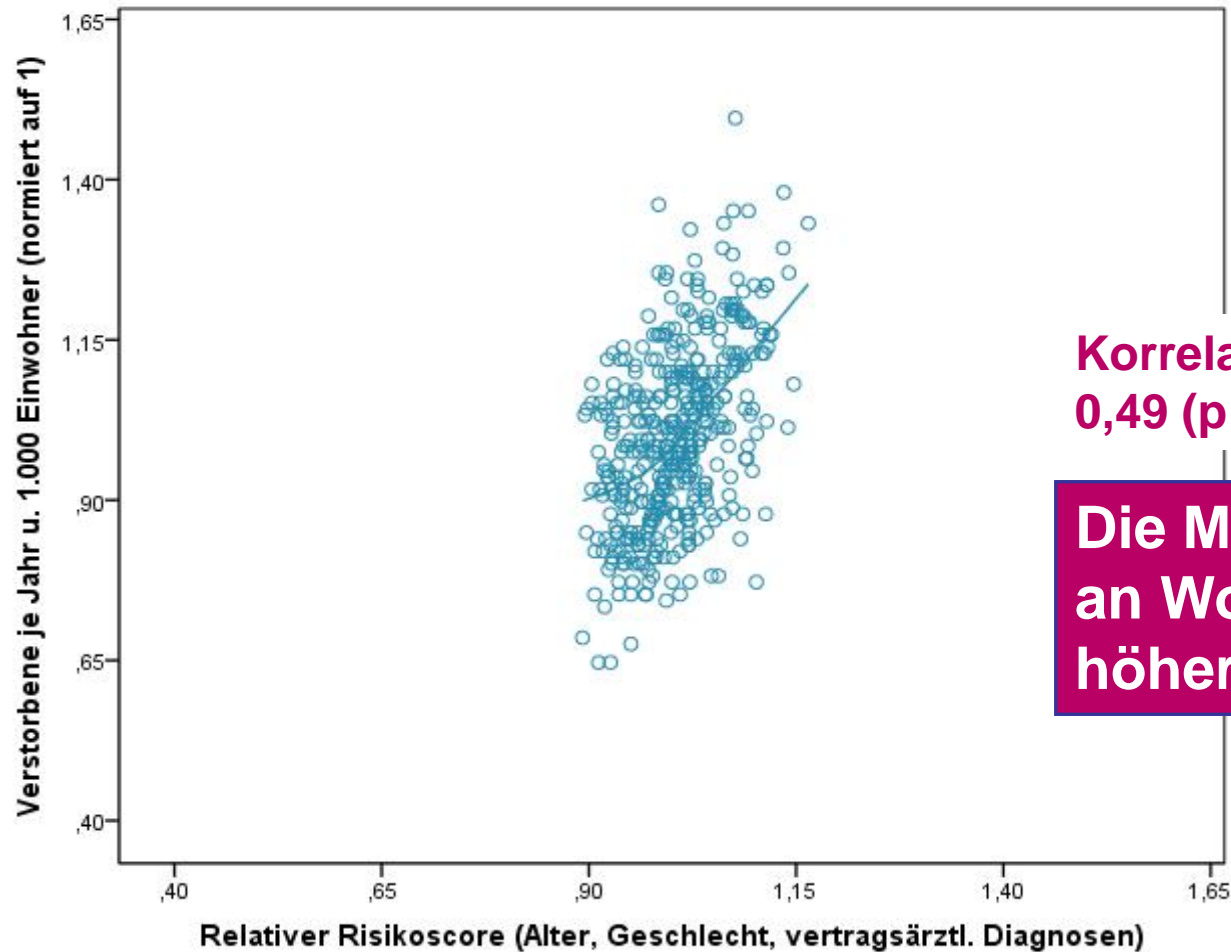


Abbildung 1: Zuweisungen für Pflichtleistungen der Krankenkasse: Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschlägen

Implikationen für die Ausrichtung des Kollektivvertrages

Enger Zusammenhang zwischen Bedarfsindikatoren: Morbiditätsrisiko und Mortalität auf Kreisebene



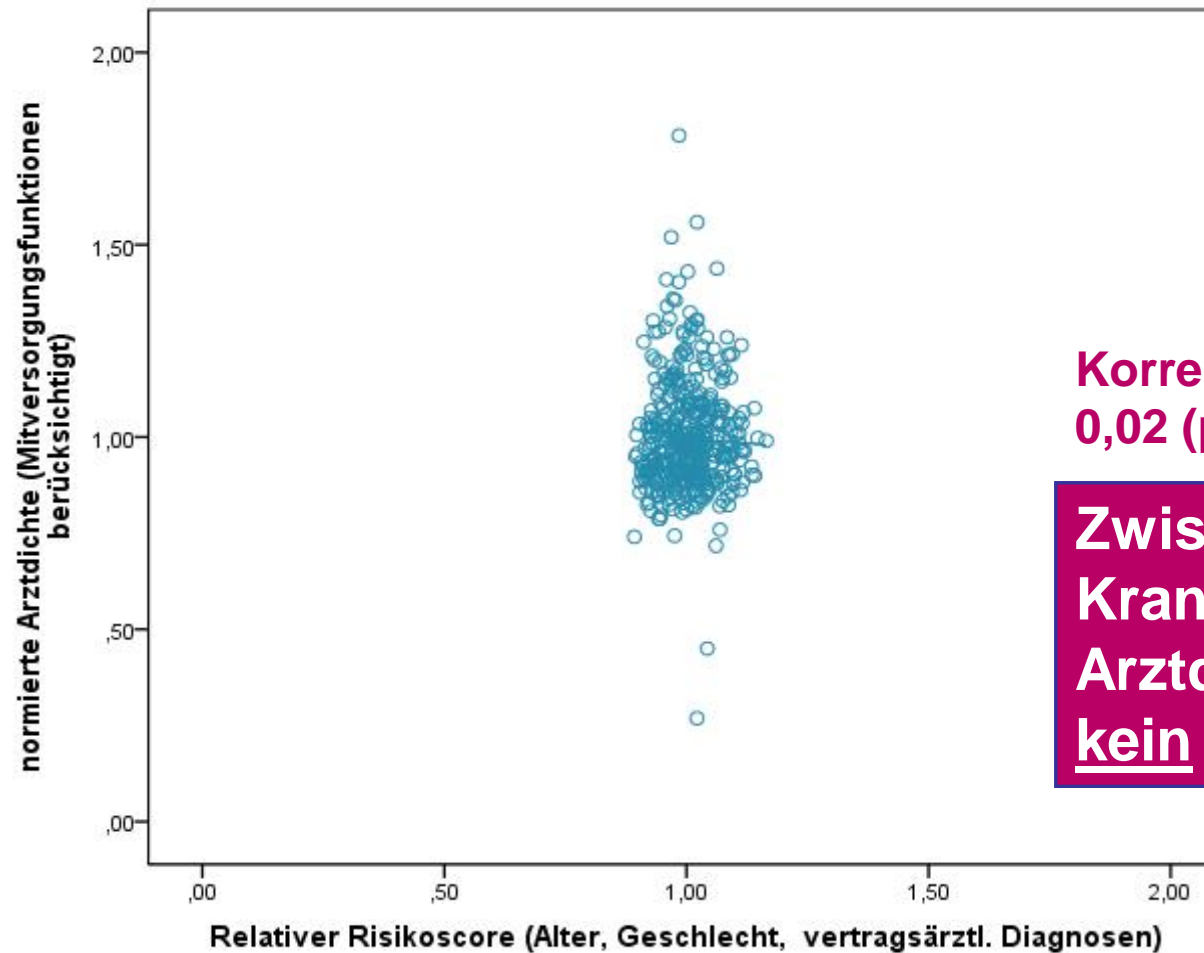
Korrelation nach Pearson:
0,49 ($p < 0,01$)

**Die Mortalität ist höher
an Wohnorten mit
höherer Krankheitslast**

Quelle: ZI, 413 Landkreise und kreisfreie Städte; Risikoadjustierung nach H15EBA 1-jährig prospektiv;
Datenbasis: StBA, vollständige vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2007/2008

Implikationen für die Ausrichtung des Kollektivvertrages

Kein Zusammenhang zwischen Bedarfsindikator Morbiditätsrisiko und Arztdichte auf Kreisebene



Korrelation nach Pearson:
0,02 (p = 0,67)

Zwischen
Krankheitslast und
Arztdichte besteht
kein Zusammenhang

Quelle: ZI, 413 Landkreise und kreisfreie Städte; Risikoadjustierung nach H15EBA 1-jährig prospektiv;
Datenbasis: StBA, vollständige vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2007/2008

Regionale Unterschiede der Versorgungsstruktur erfordern bewusste Entscheidungen der Gesamtvertragspartner

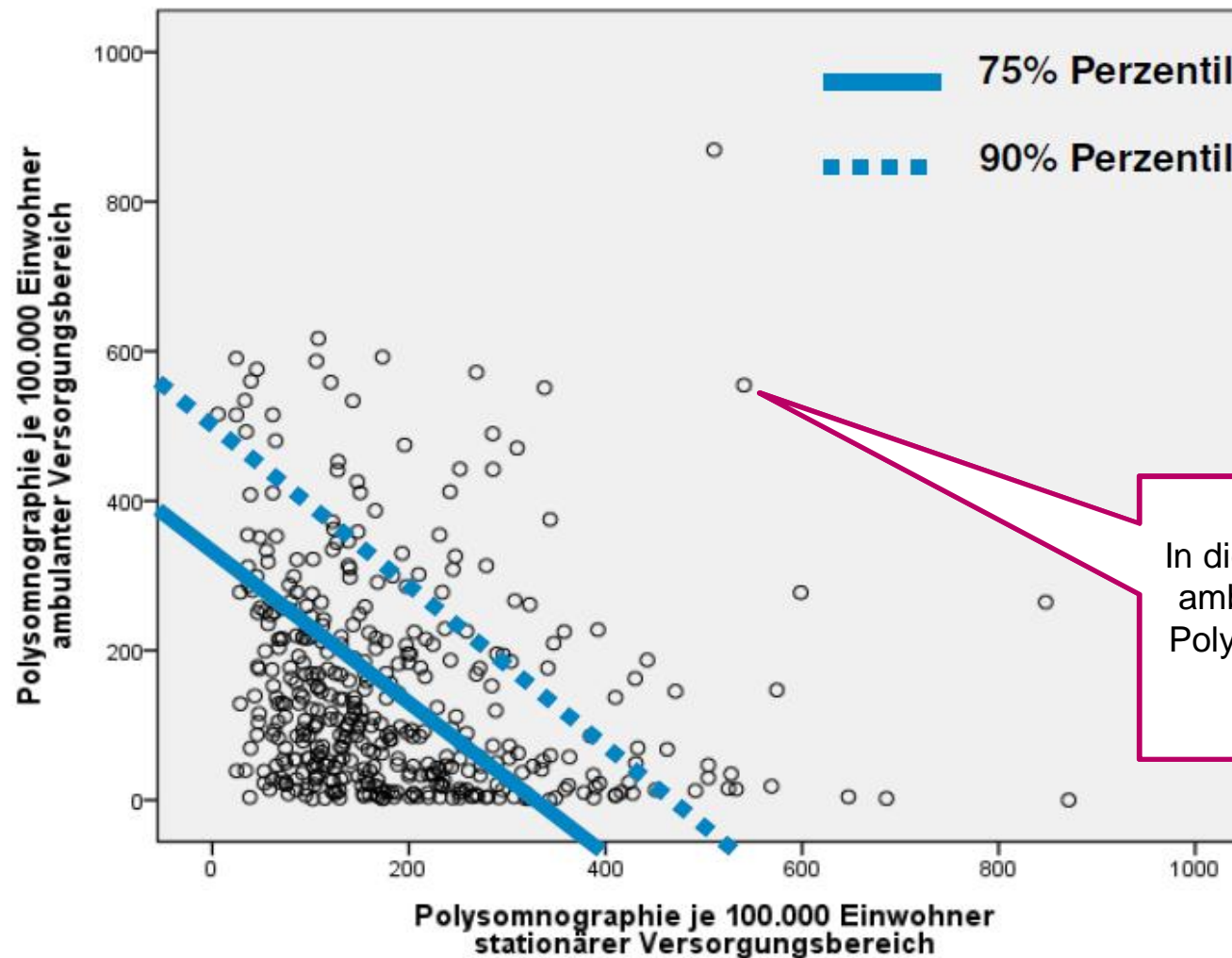
– *Beispiel Polysomnographie*

Konkrete Herausforderungen:

- Polysomnographie: In der stationären Versorgung entwickelt – relativ neue Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung
- Es besteht ein ungedeckter Versorgungsbedarf, die Inanspruchnahme variiert daher angebotsabhängig auf Kreisebene.
- Beachte: substitutive Beziehung zwischen vertragsärztlicher und stationärer Versorgung bei beträchtlichem Kostenunterschied:
DRG: **780 €** (ohne Investitionskosten)
EBM: **315 €** (mit Investitionskosten) wenn Leistung mit 3,5 Cent vergütet wird
- Kontrollierte Verlagerung der Leistung in die vertragsärztliche Versorgung wäre ökonomisch sinnvoll, erfordert aber Vereinbarungen über zusätzliche Mittel in der vertragsärztlichen Versorgung zum Aufbau erforderlicher Versorgungsstrukturen.

Regionale Unterschiede der Versorgungsstruktur erfordern bewusste Entscheidungen der Gesamtvertragspartner

– Beispiel Polysomnographie



Entscheidung über angemessenes Versorgungsniveau und sektorale Verteilung erlaubt Kalkulation des Vergütungsbedarfs

Lesebeispiel:
In diesem Kreis werden ca. 600 ambulante und 600 stationäre Polysomnographien je 100.000 Einwohner in Anspruch genommen.

Regionale Unterschiede der Versorgungsstruktur erfordern bewusste Entscheidungen der Gesamtvertragspartner

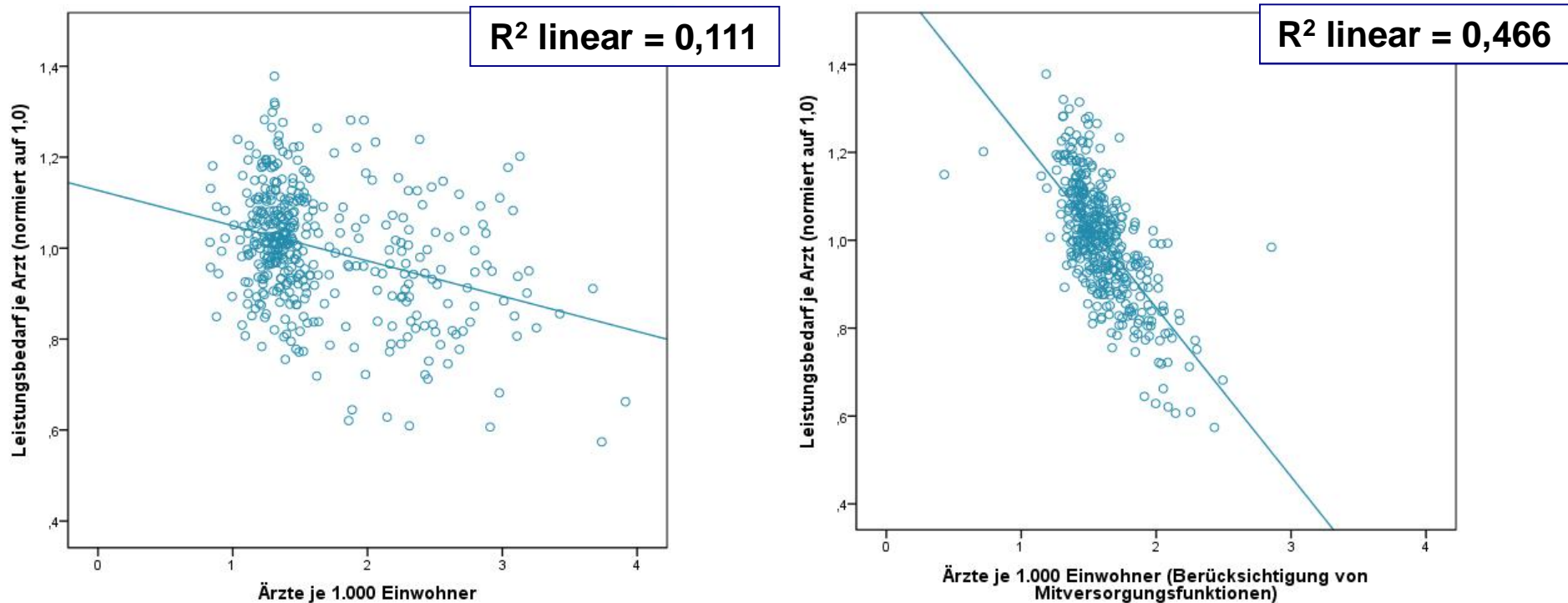
– *Beispiel überregionale Mitversorgungsfunktionen*

Konkrete Herausforderungen:

- Feststellung des Versorgungsgrades einer Region für Entscheidung über Förderung der Ansiedelung oder Aufkauf von Praxissitzen
- bisherige Betrachtungsweise ignoriert Einzugsbereiche von Praxen – was bedeutet dies für die ökonomisch sinnvolle Zentrenbildung bzw. die Kosten einer aktiven Ansiedelungspolitik?
- Berücksichtigt man die überregionale Mitversorgungsfunktion von Städten, können ökonomisch sinnvolle Entscheidungen getroffen werden.

Regionale Unterschiede der Versorgungsstruktur erfordern bewusste Entscheidungen der Gesamtvertragspartner

– Beispiel Mitversorgungsfunktionen



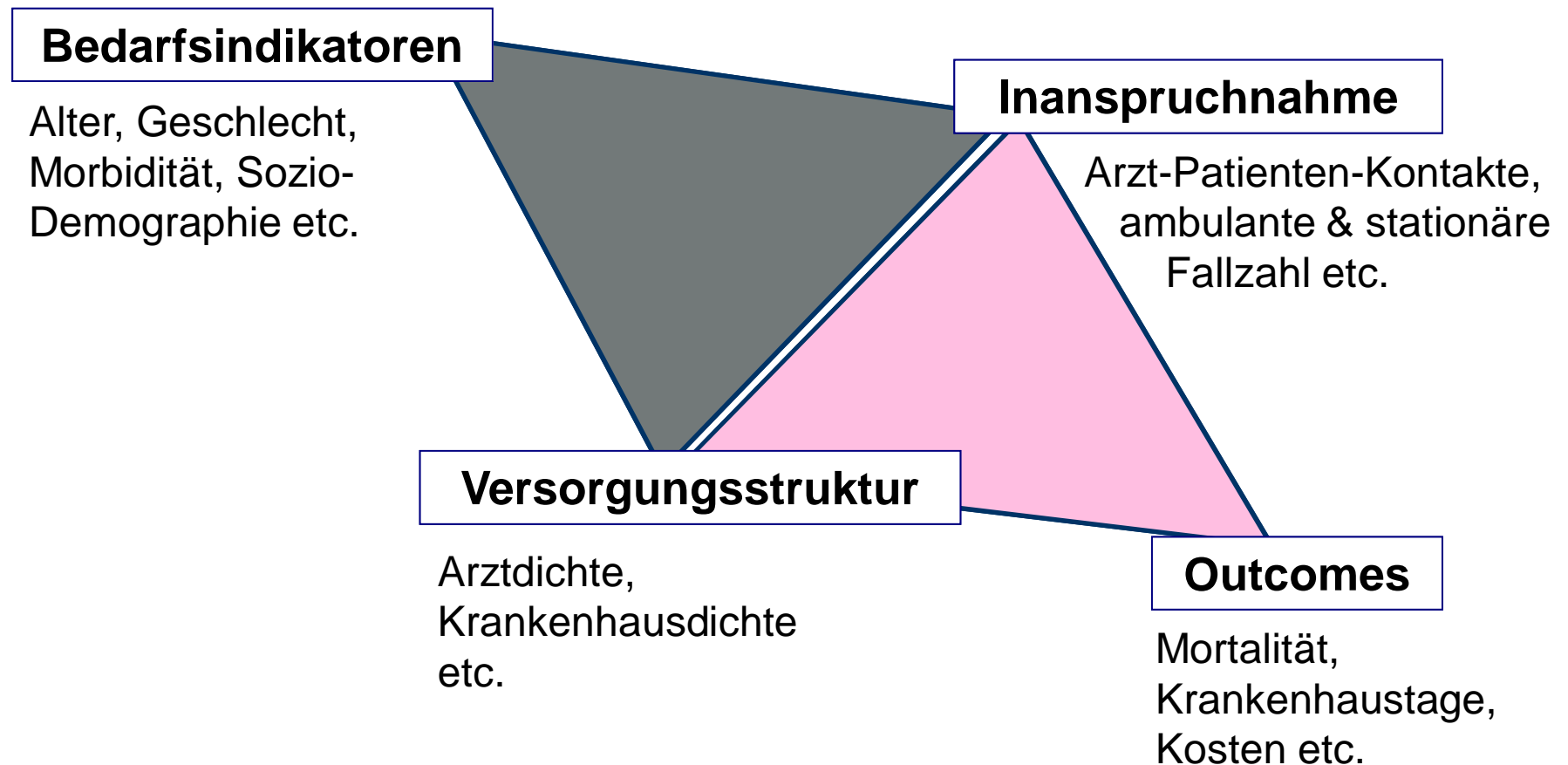
Quelle: ZI, 413 Landkreise und kreisfreie Städte; eigene Berechnungen; Datenbasis: StBA, vollständige vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2008

Nach Korrektur um Mitversorgungsfunktion:

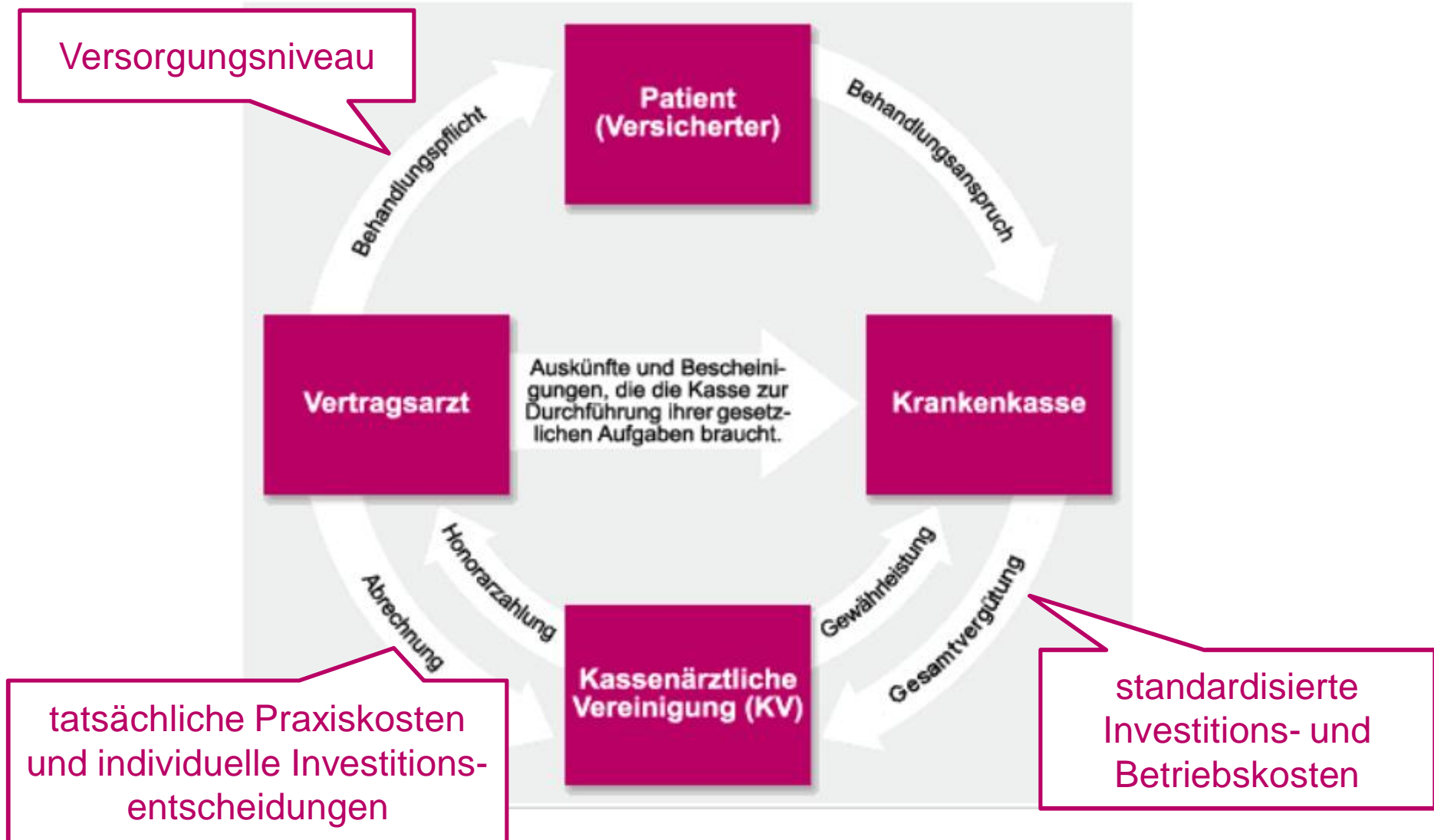
1. Hoher negativer Zusammenhang zwischen Arztdichte und Leistungsdichte je Arzt sichtbar (je mehr Ärzte am Standort, desto geringer deren GKV-Leistung je Arzt)
2. Potenzial für „angebotsinduzierte Nachfrage“ ist reduziert

Fragestellungen für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung

Welcher Zusammenhang auf regionaler Ebene besteht zwischen ...



Vergütungsstruktur und -niveau: Im ständigen Spagat zwischen Versorgung und Ökonomie



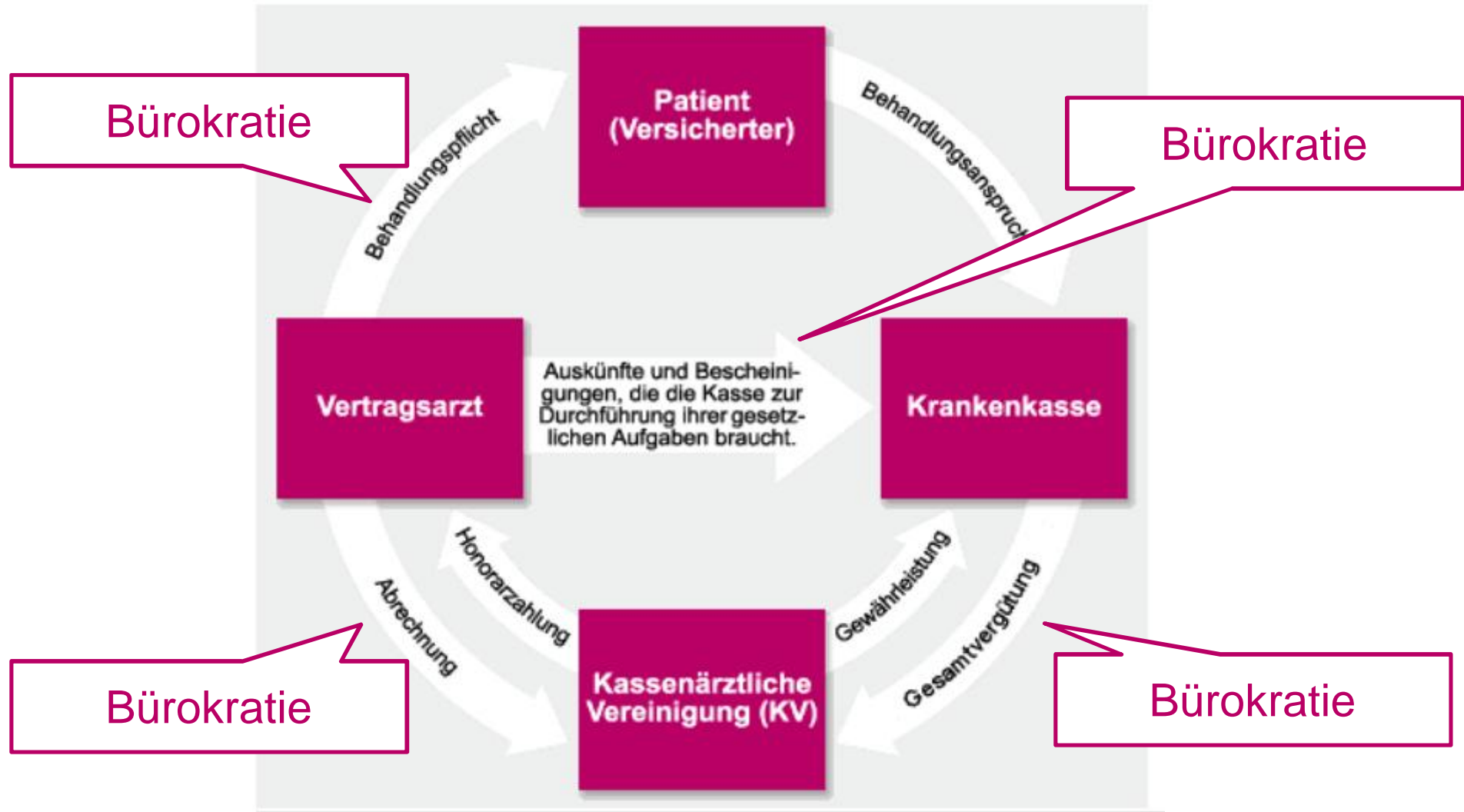
Auffälligkeiten im Investitionsverhalten sollten bei der Weiterentwicklung der Vergütung beachtet werden

Unterschiede in Einzel- und Gemeinschaftspraxen in den Praxiskosten nach Aufwandsarten – Beachte: Investitionsverhalten

ZiPP		2006/07						
		EP						
Gesamteinnahmen								
darunter								
darunter für								
- Struktur der Gebührenordnung?								
- Preistreue (Auszahlungsquote 2009: 92,8%, 2010: 92,1%)?								
- Regelmäßiger Kostenausgleich (2012: Zuwachs GV < Inflationsrate)?								
- Konsistenz der Regelungen?								
Jahre								
n		6,7%	6,4%	6,9%	7,5%	14,0%	14,4%	
re		4,3%	4,1%	4,1%	4,8%	8,7%	9,0%	8,2%

Quelle: Zi-Praxis-Panel (ZiPP) Jahresbericht 2010, März 2012

Vertragsarzt: Im ständigen Spagat zwischen Versorgung und Ökonomie



Bürokratiekosten – Beispiel Praxisgebühr

Ergebnisse eines KBV-Projekts zur Bemessung der Bürokratiekosten der Praxisgebühr mittels eines Standardkosten-Modells (SKM):

- **Pro Jahr:** ca. **360 Mio. € Bürokratiekosten** durch Einzug der Praxisgebühr
- **Pro Praxis demnach ca. 4.100 €**
- **Pro Einzug der Gebühr ca. 2,20 €** (Bürokratiekosten = 22%)

Reformvorschlag der Gesundheitsökonominnen (DGGÖ): 5 € pro Arztkontakt

Nach Schätzungen der DGGÖ erhöhen sich damit die Einnahmen von ca. **1,5 Mrd. € (150 Mio. Einzüge) auf ca. 2,4 Mrd. € (480 Mio. Einzüge)**

Unberücksichtigt:

Bürokratiekosten würden auf ca. 1 Mrd. € steigen.

→ der **Anteil der Bürokratiekosten betrüge nicht mehr 22% sondern 44% ...**

→ hohe Inzidenz bei Multimorbiden/sozial Schwachen: Zusatzkosten für Sozialausgleich

Wollen wir wirklich ein Steuerungsinstrument, bei dem fast die Hälfte der Einnahmen durch Bürokratiekosten absorbiert wird?

Bürokratiekosten – Beispiel Praxisgebühr

Ergebnisse eines KBV-Projekts zur Bemessung der Bürokratiekosten der Praxisgebühr mittels eines Standardkosten-Modells (SKM):

- **Pro Jahr: ca. 360 Mio. € Bürokratiekosten** durch Einzugsstellen
- **Pro Praxis demnach ca. 4.100 €**
- **Pro Einzug der Gebühr ca. 1.000 €**

Rei

Nach
1,5 M

Unber

Bürokr

→ der Anteil **der Bürokratiekosten betrüge nicht mehr 22% sondern 44% ...**

→ hohe Inzidenz bei Multimorbiden /sozial Schwachen: Zusatzkosten für Sozialausgleich

Wie gestalten wir die grundsätzlich sinnvolle finanzielle Beteiligung von Versicherten mit einem Minimum an vermeidbarer Bürokratie um Anreize für sparsames Inanspruchnahmeverhalten zu setzen?

Fazit: Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung aus Sicht der vertragsärztlichen Selbstverwaltung

- Die Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung enthält zahlreiche gesundheitsökonomische Fragestellungen.
- Um hierauf handlungsleitende Antworten zu erhalten, benötigt die Selbstverwaltung empirische Grundlagen und eine an der Versorgungsrealität orientierte Versorgungsforschung .
- Jede Gestaltungshandlung der Selbstverwaltung wirft neue konkrete Fragestellungen auf – es handelt sich um eine unbegrenzte Zahl praxisrelevanter wissenschaftlicher Aufgaben.
- Die Beteiligung an der Förderung der gesundheitsökonomischen Zentren ist daher im Interesse der ärztlichen Selbstverwaltung und wird mit Hilfe neuer Datengrundlagen systematisch erweitert werden.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit