

AGENDA

1

Wie kann man die ökonomische Effizienz von
Arztnetzen messen?

2

Ergebnisse der Arztnetze nach bisheriger Vergü-
tungslogik („Alt“-RSA)

3

Grundsätze für eine Budgetermittlung auf der Basis
des Morbi-RSA

4

Welche Erkenntnisse für Netzbudgets gewinnen wir
aus dem wissenschaftlichen Gutachten zum MRSA?

5

Ausblick

AGENDA

1

**Wie kann man die ökonomische Effizienz von
Arztnetzen messen?**

2

Ergebnisse der Arztnetze nach bisheriger Vergütungslogik („Alt“-RSA)

3

Grundsätze für eine Budgetermittlung auf der Basis des Morbi-RSA

4

Welche Erkenntnisse für Netzbudgets gewinnen wir aus dem wissenschaftlichen Gutachten zum MRSA?

5

Ausblick

Wie kann man die ökonomische Effizienz von Arztnetzen messen?

Kernfragen einer jeden erfolgsbezogenen Vergütung sind:

Was ist das Ziel des Arztnetzes, worin soll der Erfolg bestehen?

- *Mehr Qualität, weniger Kosten, beides gleichzeitig?*

Basis für die Ermittlung und Steuerung des ökonomischen Erfolgs sind:

- *Fairness, Transparenz, Berechnungssicherheit, klare Rahmenbedingungen, zeitnahes Controlling.*

Welche Datengrundlagen sind erforderlich und welche stehen zur Verfügung?

- *Verzeichnis der eingeschriebenen Patienten, versichertenbezogen gespeicherte Daten (anonymisiert), Referenzwerte aus dem Risikostrukturausgleich.*
- *Die jeweiligen Leistungssparten eines Budgets müssen vom Netz beeinflusst werden können und messbar sein.*

Wie kann man die ökonomische Effizienz von Arztnetzen messen?

Die Methode der Erfolgsmessung muss festgelegt werden (Budgetfindung):

1. Der einfache Vorjahresvergleich

- *Probleme: Jährliche Kostenentwicklung, Wandel in der Struktur der Patienten (Alter und Gesundheitszustand), gesetzliche Änderungen im Leistungskatalog usw. müssen quantifiziert werden.*

2. Der Vergleich mit dem Vorjahr über die Betrachtung der Ausgabenentwicklung entsprechender Patienten („der Zwilling“):

- *Vorteil: Allgemeine Kostenentwicklung und gesetzliche Änderungen brauchen nicht quantifiziert zu werden, sie treffen den „Zwilling“ im gleichen Ausmaß.*
- *Herausforderungen: Wie wird der „Zwilling“ definiert? Gleiches Alter und Geschlecht? Gleiche Diagnose? Gleiche Region? **Ein** „Zwilling“ genügt nicht – erforderlich ist eine statistische Relevanz!*

Wie kann man die ökonomische Effizienz von Arztnetzen messen?

Wie finden wir den „Zwilling“?:

1. Vergleich mit entsprechenden Patienten derselben Krankenkasse:

- *Vorteil: Alle Daten sind im Haus, regionale Besonderheiten können bei der Datenauslese berücksichtigt werden.*
- *Herausforderungen: Es fließen nur Daten **einer** Krankenkasse (Ausgabenentwicklung der Kassen verläuft unterschiedlich) in die Berechnungen ein. Wer definiert „vergleichbare“ Morbiditätsstrukturen“?*

2. Vergleich anhand des Risikostrukturausgleichs (RSA):

- *Vorteil: Der RSA beinhaltet alle „Zwillinge“ der GKV. Berücksichtigt wird die Ausgabenentwicklung aller Kassen. Der Erfolg von Arztnetz und Krankenkasse ist identisch.*
- *Herausforderung: Der RSA bildet den Durchschnitt der GKV-Versicherten-gemeinschaft auf Bundesebene ab; darin befinden sich Kranke und Gesunde.*

Wie kann man die ökonomische Effizienz von Arztnetzen messen?

Kurzer Überblick zur Funktionsweise des „alten“ RSA:

Der „alte“ RSA gliedert sich im Grundsatz die Faktoren

- Grundlohnsumme (Versicherteneinkommen)
- Alter
- Geschlecht und
- Anzahl der beitragsfrei versicherten Angehörigen

aus. Kernstück des Ausgleichs war eine Tabelle mit

- standardisierten Leistungsausgaben/
Normerlösen
- Ist-Ausgaben werden im Ausgleich
nicht berücksichtigt!

€ pro Kopf GKV (wirklichkeitsnahe Abbildung)

Alter	Männer	Frauen	Alter	Männer	Frauen
10	722	666	50	1.491	1.600
15	746	871	55	1.939	1.933
20	642	971	60	2.300	2.050
25	702	1.291	65	3.132	2.504
30	755	1.495	70	3.326	2.750
35	857	1.365	75	3.933	3.633
40	1.000	1.234	80	4.458	4.079
45	1.191	1.349			

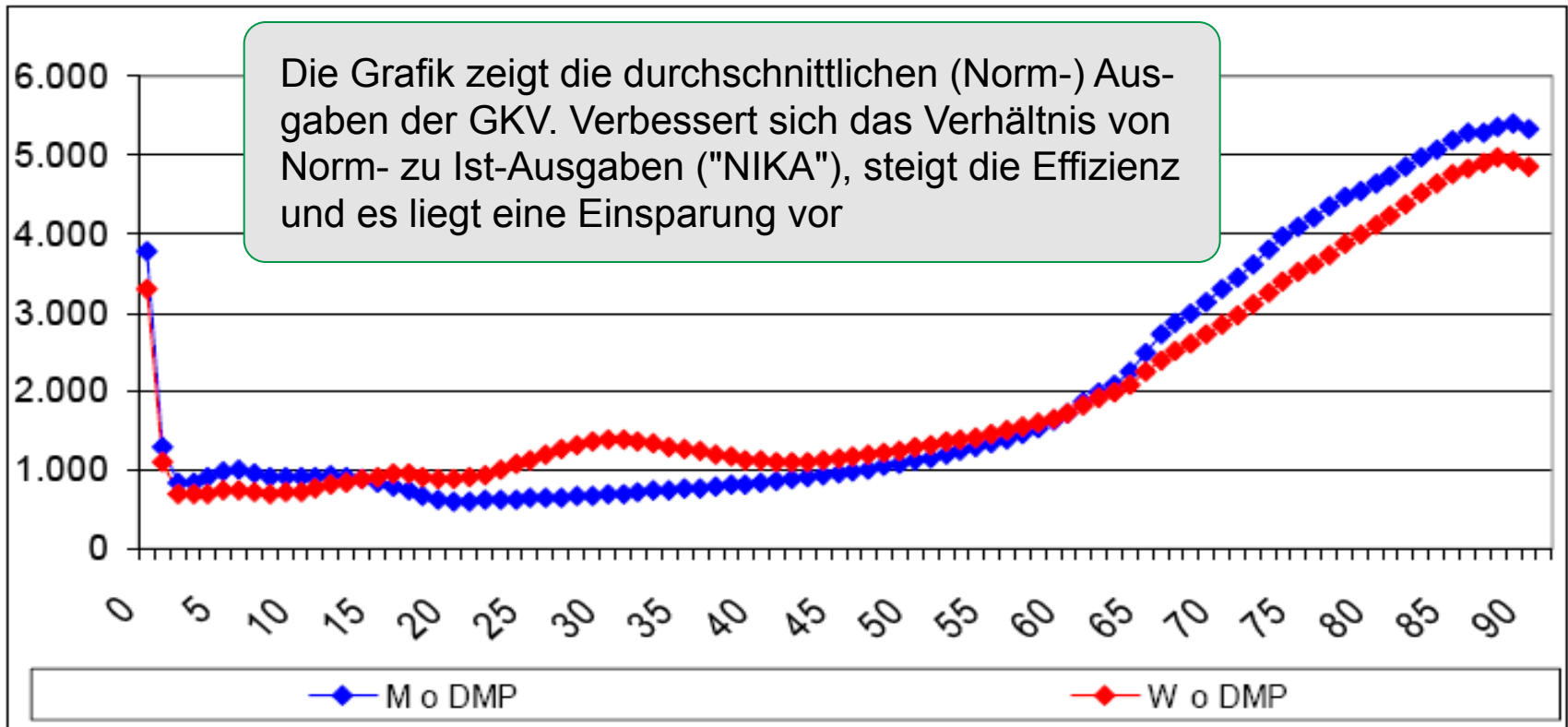
Anmerkung: Hier sind nur die Profile der VG 01 dargestellt.

Wie kann man die ökonomische Effizienz von Arztnetzen messen?

Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht in der GKV

in EUR je Versicherten.

Alter in Jahren



Wie kann man die ökonomische Effizienz von Arztnetzen messen?

Prämissen für ein Budget auf Basis des „alten“ RSA:

- Der RSA bildet die Morbiditätsstrukturen der gesamten GKV ab. Darin sind Gesunde und Kranke. Ein Arztnetz betreut jedoch überwiegend Kranke, deshalb musste ein Morbiditätskoeffizient in die Berechnung aufgenommen werden.
- Dieser wurde aus der Abweichung der Ist-Ausgaben der Patienten des Arztnetzes von den Normerlösen nach RSA aus dem Vorjahr („Periode t-1“) ermittelt und diente als Basis für die Budgets der Folgejahre.
- Der Morbiditätskoeffizient berücksichtigte damit auch „automatisch“ die Abweichungen von den Normausgaben, die sich aus der Patientenstruktur und den regionalen Angebotsstrukturen ergeben.
- Die endgültigen Normerlöse nach RSA stehen erst nach Abschluss der Berechnungen des Bundesversicherungsamts im Dezember des Folgejahres fest. Damit beinhalten sie aber auch unvorhersehbare Ausgabenentwicklungen, die z.B. in einem Jahr vor der Einführung von Reformen üblicherweise entstehen.

Wie kann man die ökonomische Effizienz von Arztnetzen messen?

Die Budgetberechnung im Einzelnen:

- In die Berechnung flossen alle im jeweiligen Netz eingeschriebenen Versicherten ein, deshalb war ein geordnetes Ein-/Ausschreibe- und Dokumentationsverfahren der Netzpatienten sicherzustellen.
- Für den Netzerfolg haben wir nur folgende Leistungsausgaben betrachtet
 - stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der Anschlussheilbehandlung,
 - Arznei-, Verband- und Hilfsmittel
 - Heilmittel und
 - Fahr- und Transportkosten
- Patienten mit besonders hohen Kosten (mehr als 50.000 €) wurden gesondert berücksichtigt („Kappung“), da deren Häufigkeit auch bei großen Netzen einer signifikanten Schwankung unterlag.
- Der Netzerfolg wurde anteilig an die beteiligten Netzärzte und die AOK Bayern ausgeschüttet.

AGENDA

1

Wie kann man die ökonomische Effizienz von
Arztnetzen messen?

2

**Ergebnisse der Arztnetze nach bisheriger Vergü-
tungslogik („Alt“-RSA)**

3

Grundsätze für eine Budgetermittlung auf der Basis
des Morbi-RSA

4

Welche Erkenntnisse für Netzbudgets gewinnen wir
aus dem wissenschaftlichen Gutachten zum MRSA?

5

Ausblick

Wirtschaftlichkeitsberechnung (fiktives Beispiel)

Basisberechnung (Morbiditätskoeffizient):

Summe der Ist-Ausgaben*) im Basisjahr (gekappt) in €	8.925.000
./.	
Summe der Norm-Ausgaben*) im Basisjahr in €	8.500.000
=	
Morbiditätskoeffizient (gekappt) in v.H.	1,05

- Schlussfolgerung: Die Patienten dieses Netzes kosten 5 % mehr, als die AOK aus dem RSA erhält. Verbessert sich dieses Ergebnis, dann entsteht ein Gewinn.
- Der Morbikoeffizient blieb bei den Budgets nach „Alt“-RSA über mehrere Jahre konstant. Eine jährliche Anpassung hätte einen „Kellertreppeneffekt“ bewirkt.

*) nur Arzneimittel, Krankenhaus, Heilmittel und Fahrkosten

Wirtschaftlichkeitsberechnung (fiktives Beispiel)

Gewinnermittlung:

Morbiditätskoeffizient aus Basisjahr (gekappt)	1,05
x	
Versicherte im Messjahr	10.000
x	
Normerlöse im Messjahr in €	1.800
Budget in €	18.900.000
./.	
Ist-Ausgaben*) im Messjahr (gekappt) in €	18.500.000
Gewinn/Verlust in €	400.000
in % des Budgets	2,16

*) nur Arzneimittel, Krankenhaus, Heilmittel und Fahrkosten

Bisherige Ergebnisse der bayerischen Arztnetze (fiktives Beispiel)

Norm-Ist-Kosten-Abweichung*) („NIKA“):

Ausgabensparte	2007			2009		
	Normerlöse	Ist-Ausgaben	Abweichung	Normerlöse	Ist-Ausgaben	Abweichung
Arzneimittel	520	560	- 40	600	550	50
Krankenhaus	900	950	- 50	1.000	990	10
Heilmittel und Fahrtkosten	180	190	10	200	210	- 10
Gesamt	1.600	1.680	- 80	1.800	1.700	50

*) Angaben im Durchschnitt je Versicherter

- Das Budget umfasste knapp 60 % der gesamten Leistungsausgaben. Die „sonstigen“ Ausgaben wie ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Hilfsmittel und die übrigen Leistungsausgaben blieben in dieser Berechnung außer Betracht.

Bisherige ökonomische Ergebnisse der bayerischen Arztnetze

Erkenntnisse aus 6 Jahren Erfahrung mit patientenbezogenen Budgets:

- In der Regel hat sich die Norm-Ist-Kosten-Abweichung der Arztnetze verbessert.
- Insbesondere bei den Arzneimittelausgaben sind deutliche Verbesserungen festzustellen.
- Bei den Krankenhausausgaben hat teilweise eine Ausgabenverlagerung hin zu Patienten außerhalb der Netze stattgefunden.
- Eine Risikoselektion durch die Netze bei den eingeschriebenen Patienten war nicht zu beobachten.
- Erst mit Inkrafttreten des Morbi-RSA war auch für die übrigen Ausgabensektoren (z.B. ärztliche Behandlung, Hilfsmittel, Krankengeld...) eine NIKA-Betrachtung möglich geworden.

AGENDA

1

Wie kann man die ökonomische Effizienz von
Arztnetzen messen?

2

Ergebnisse der Arztnetze nach bisheriger Vergü-
tungslogik („Alt“-RSA)

3

**Grundsätze für eine Budgetermittlung auf der
Basis des Morbi-RSA**

4

Welche Erkenntnisse für Netzbudgets gewinnen wir
aus dem wissenschaftlichen Gutachten zum MRSA?

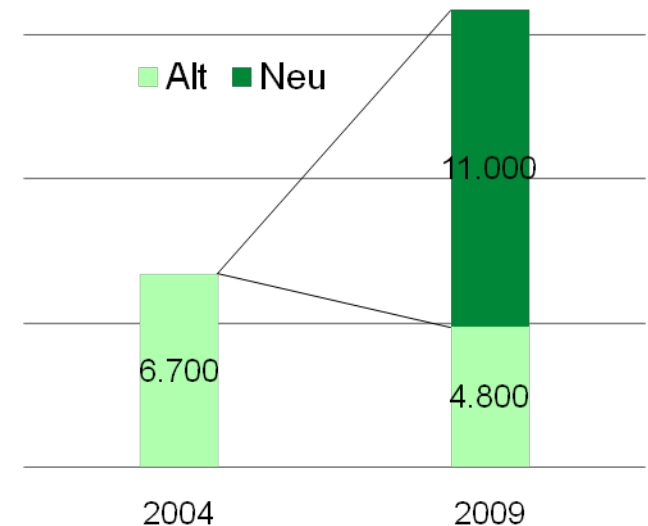
5

Ausblick

Zeitablauf & MRSA erfordern eine Fortentwicklung der Vergütungslogik

■ Wanderungsbilanz 2004 / 2009:

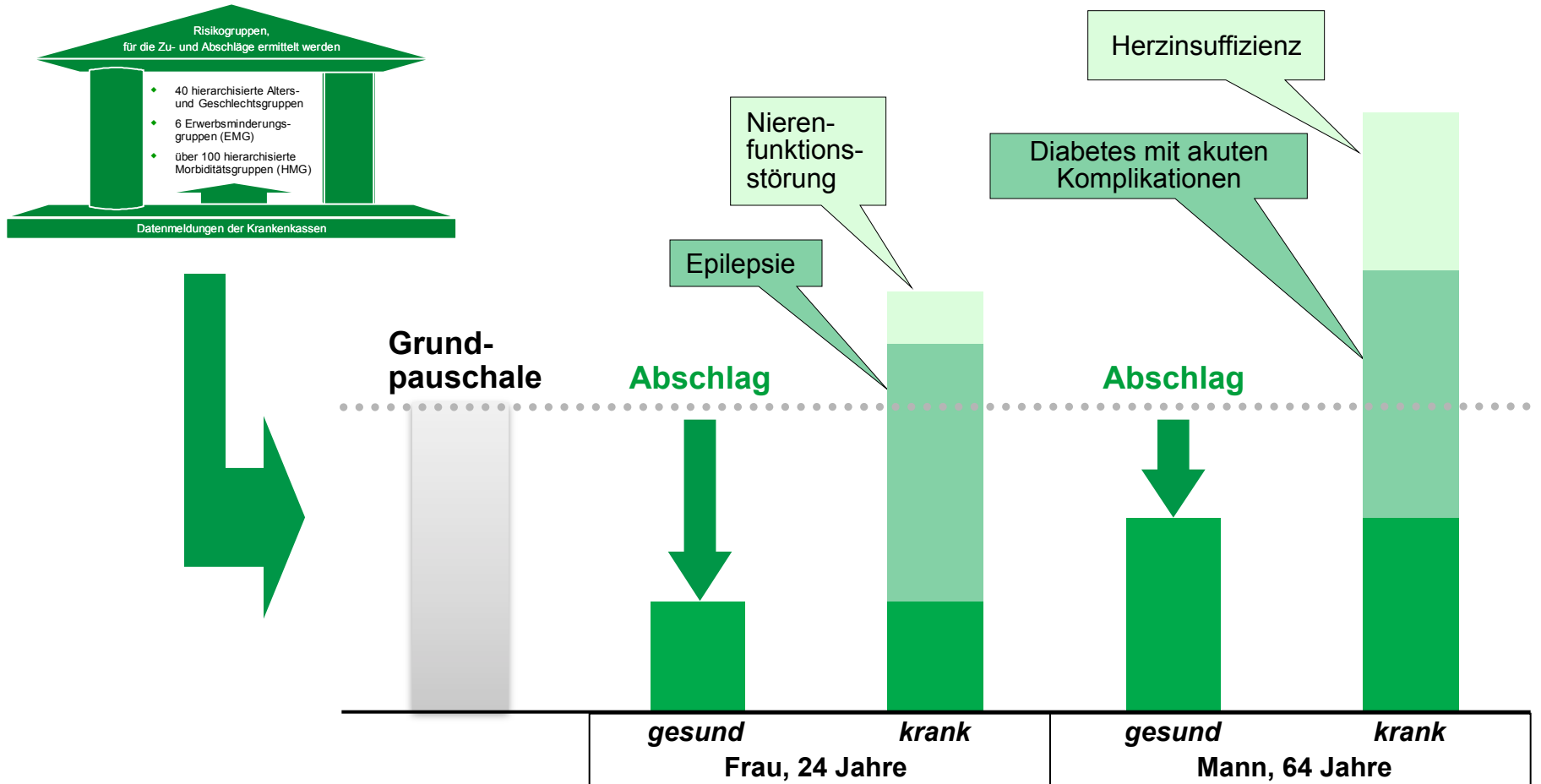
Anzahl Versicherte 2004	6.700
davon 2009 nicht mehr im Netz	1.900
verbleiben als „alte Netzpatienten“	4.800
Anzahl Versicherte 2009	15.800
also neu	11.000



- 70 % der Netzpatienten haben sich in der Zeit nach dem Basisjahr 2004 eingeschrieben. Der Morbi-Koeffizient basiert auf dem Jahr 2004.
- Schon allein aus diesem Grund muss eine neue Berechnungsbasis gefunden werden und zwar unabhängig vom Inkrafttreten des MRSA.
- **Der MRSA schafft einen Paradigmenwechsel, weil nunmehr keine isolierten („amtlichen“) Normerlöse nach Hauptleistungsgruppen zur Verfügung stehen.**

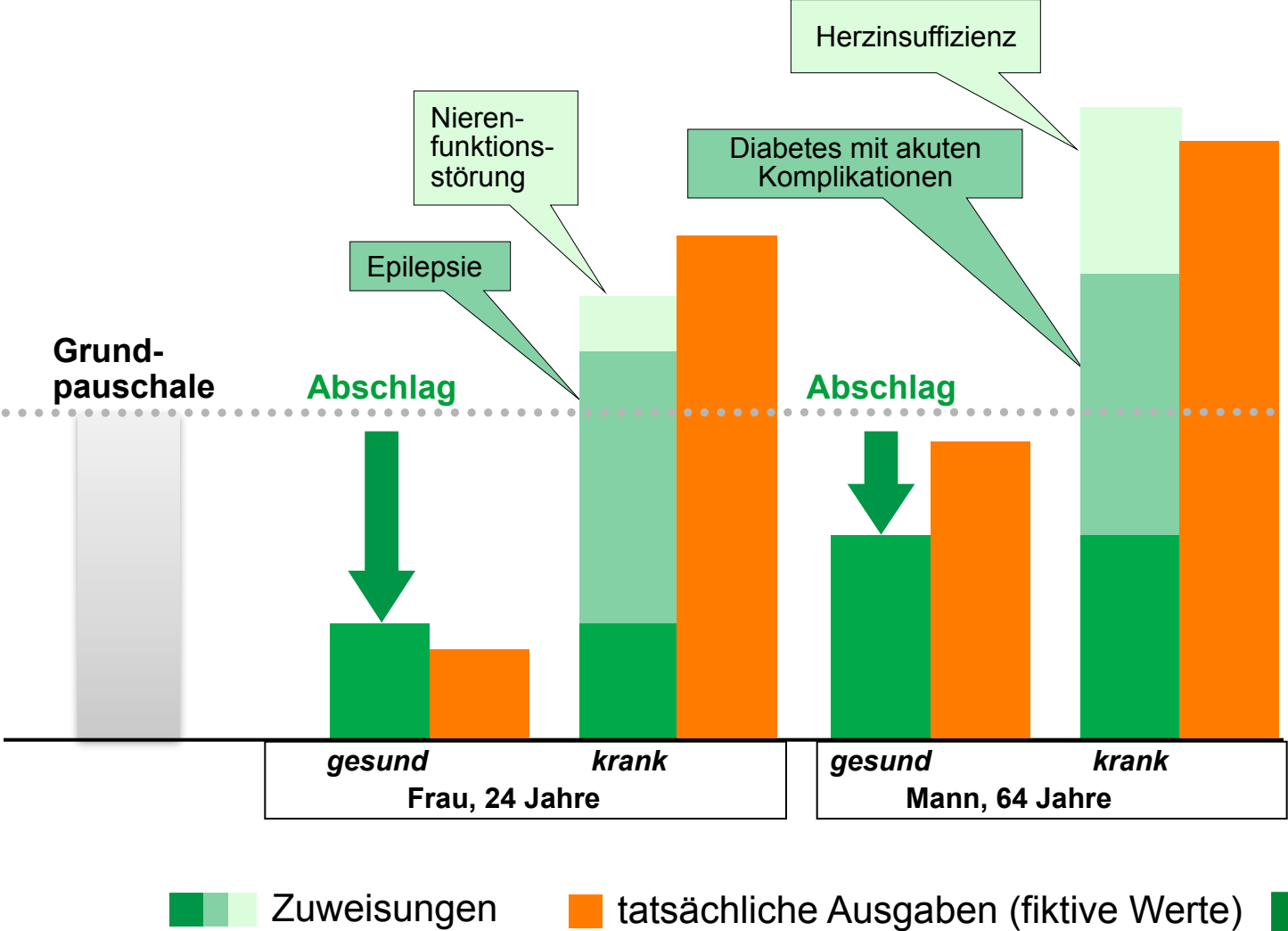
Die Funktionsweise des MRSA

Beispielrechnung



Versorgung rückt stärker in den Mittelpunkt. Die Vorteile durch Risikoselektion verringern sich.

Auch der MRSA erlaubt eine Norm-Ist-Kosten-Analyse, nunmehr jedoch auf Basis der Gesamtausgaben



■ Zuweisungen
 ■ tatsächliche Ausgaben (fiktive Werte)

Grundsätze für eine Vergütungslogik auf der Basis des MRSA

Ökonomische Ergebnisse 2009 in € je Versicherten auf Basis MRSA (fiktive Beispiele):

Netz \ Sparte	1	2	3	4	5
Grundpauschale inkl. AGG-Zu/Abschlag	1.135	1.165	1.176	1.255	1.326
EMG_Zuschlag	52	59	54	64	47
HMG_Zuschlag	1.205	1.492	1.334	1.634	1.803
Zuweisung Krankengeld	99	100	114	112	107
Zuweisung DMP-Leistungsausgaben	14	20	17	17	22
Summe Einnahmen	2.504	2.837	2.696	3.082	3.305
Summe Ausgaben	2.557	2.948	2.647	2.994	3.470
Ergebnis	-53	-111	49	88	-165

■ Ist das gut oder schlecht?

AGENDA

1

Wie kann man die ökonomische Effizienz von
Arztnetzen messen?

2

Ergebnisse der Arztnetze nach bisheriger Vergü-
tungslogik („Alt“-RSA)

3

Grundsätze für eine Budgetermittlung auf der Basis
des Morbi-RSA

4

Welche Erkenntnisse für Netzbudgets gewinnen wir
aus dem wissenschaftlichen Gutachten zum MRSA?

5

Ausblick

Evaluationsbericht zum Morbi-RSA (Wasem, Wille et al.)

Der Bericht kommt zu folgenden wesentlichen Ergebnissen:

1. Insgesamt hat die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gegenüber dem bis zum Jahr 2008 bestehenden Risikostrukturausgleich einschließlich Risikopool die **Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben erhöht...** Allerdings zeigt sich auf der Grundlage der Ergebnisse des Jahresausgleichs 2009, dass auch hier noch **Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Deckungsquoten von Versicherten mit Krankheiten besteht, die mit hoher Letalität und ausgeprägter Multimorbidität** einhergehen. Für „Gesunde“ und Versicherte, die geringe Ausgaben verursachen, bestehen umgekehrt nach wie vor spürbare Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Ein „Übermaß“ an Morbiditätsorientierung im Risikostrukturausgleich kann daher bei dieser Datenlage nicht konstatiert werden.

Evaluationsbericht zum Morbi-RSA (Wasem, Wille et al.)

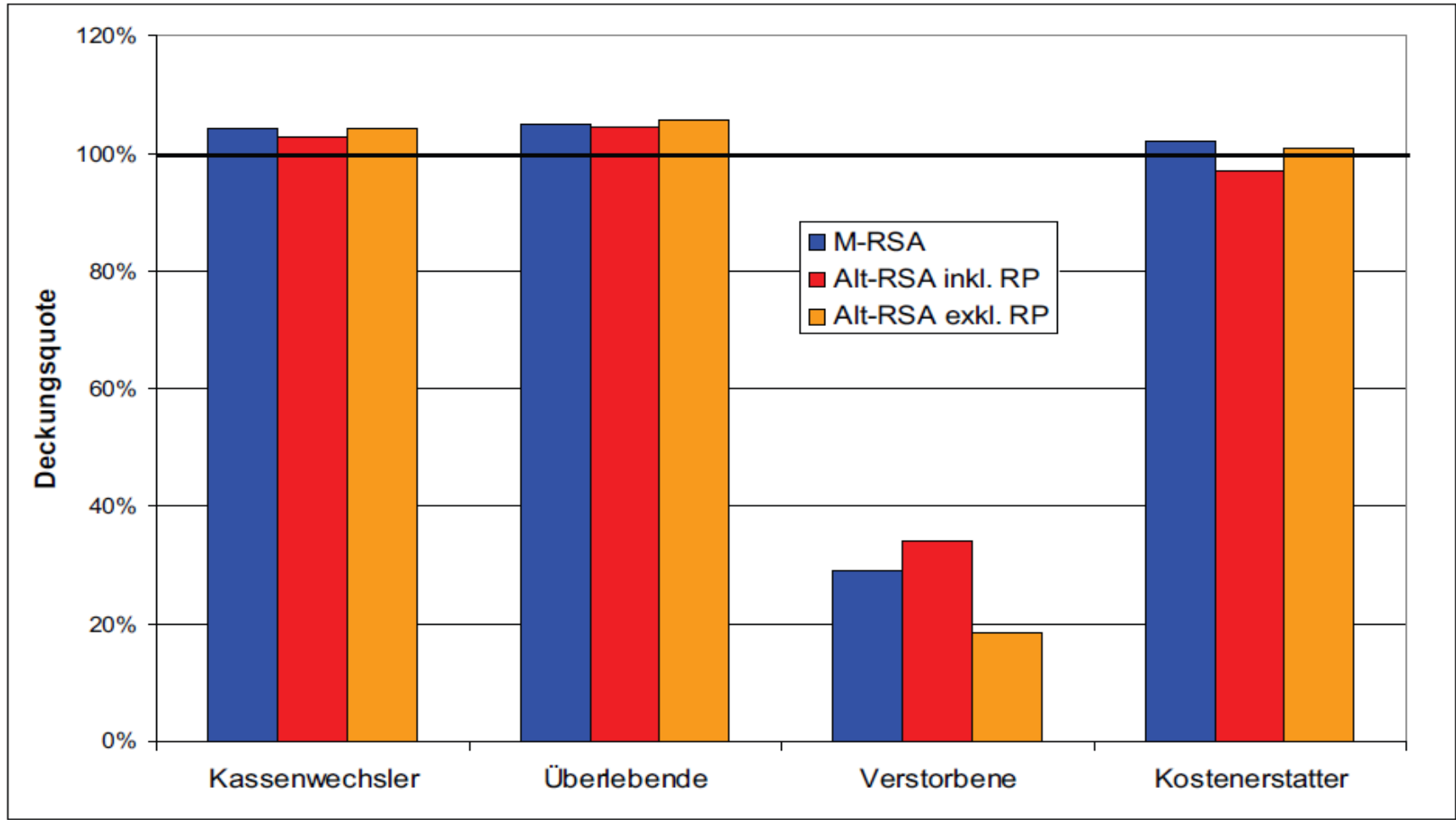
Tabelle 11: Deckungsquote je Krankenkasse nach Kassengröße

Versicherte	Zahl der Krankenkassen	Deckungsquote	Varianz	Minimum	Maximum
unter 30.000	73	100,71%	0,29%	90,57%	124,81%
30.000 bis unter 100.000	33	100,99%	0,08%	95,27%	105,85%
100.000 bis unter 500.000	38	100,37%	0,05%	96,17%	106,71%
500.000 bis unter 1.000.000	14	100,13%	0,07%	98,01%	107,56%
über 1.000.000	16	99,87%	0,03%	97,17%	103,33%

... die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben werden nur für eine Stichprobe von 6,8% der GKV-Versicherten erhoben!

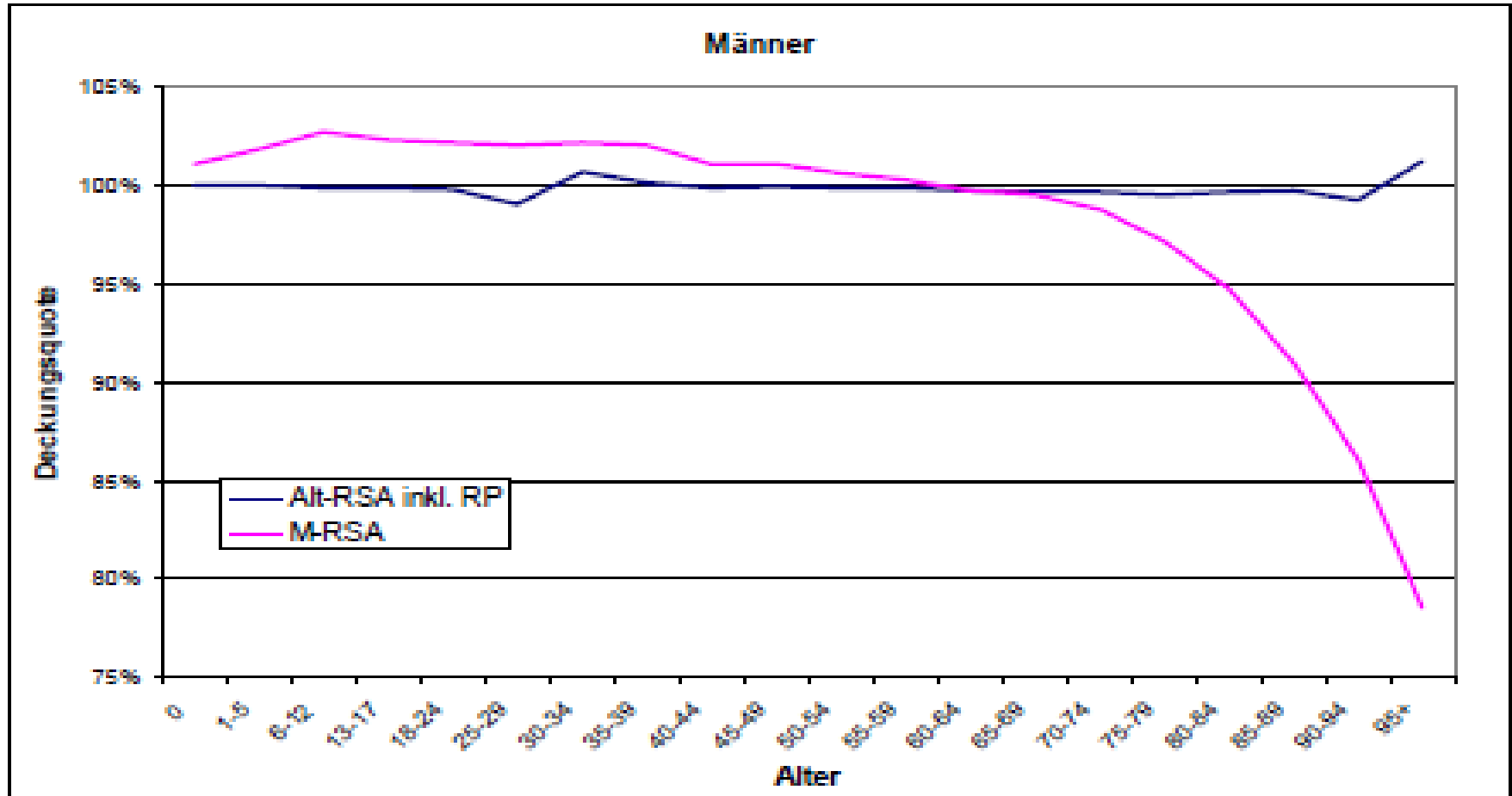
Evaluationsbericht zum Morbi-RSA (Wasem, Wille et al.)

Abbildung 10: Deckungsquoten für Kassenwechsler, Verstorbene, Überlebende und Kostenerstatter



Evaluationsbericht zum Morbi-RSA (Wasem, Wille et al.)

Abbildung 6: Deckungsquote nach Altersgruppe (Männer)



AGENDA

1

Wie kann man die ökonomische Effizienz von
Arztnetzen messen?

2

Ergebnisse der Arztnetze nach bisheriger Vergü-
tungslogik („Alt“-RSA)

3

Grundsätze für eine Budgetermittlung auf der Basis
des Morbi-RSA

4

Welche Erkenntnisse für Netzbudgets gewinnen wir
aus dem wissenschaftlichen Gutachten zum MRSA?

5

Ausblick

Ausblick

Welche Erkenntnisse können wir aus den MRSA-Daten für die Patientensteuerung im Netz gewinnen?:

- Unter Zugrundelegung der „amtlichen“ Normerlöse des BVA können wir nur die Ergebnisse für alle Leistungsausgaben **insgesamt** ermitteln. Im Gegensatz zum alten RSA liegen den Kassen keine Werte mehr für die einzelnen Ausgabenbereiche vor.
- „Inoffiziell“ hat das Bundesversicherungsamt jedoch Normwerte für die einzelnen Ausgabenbereiche herausgegeben, die näherungsweise für Vergleiche herangezogen werden können.
- Damit können NIKA nach einzelnen Bereichen ebenfalls näherungsweise berechnet werden. Es ist möglich, für jedes Netz zu ermitteln, in welchem Hauptleistungsbereich noch Potenziale für ein Kostenmanagement vorhanden sind.

Entscheidende Fragen für eine Budgetfindung auf der Basis des MRSA:

- Die Krankenkassen müssen mit den Normerlösen des MRSA zurechtkommen. Eine dauerhaft negative NIKA der Krankenkasse führt zwangsläufig zum Zusatzbeitrag.
- Müssen deshalb alle Vertragspartner eines Vertrages mit erfolgsorientierter Vergütung dauerhaft mit einem individuellen Budget auskommen, das +/- 0 Euro NIKA erreicht?
- „Ökonomischer Erfolg“ im Gesundheitsfonds heißt: Der Vertragspartner erreicht durch seine besonderen Maßnahmen eine Reduzierung der negativen NIKA bzw. eine weitere Verbesserung der positiven NIKA im Vergleich zum Vorjahr.
- Wer erwirtschaftet dann den finanziellen Ausgleich für negative NIKA?
>>>> Gesunde, Vertragspartner in weniger dicht versorgten Gebieten...



**Vielen
Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**