
„Wie misst man Erfolg? – Erfolgs- und Budgetberechnung in Netzen“

**Workshop der Agentur Deutsche Arztnetze
am 9. Dezember 2011 in Berlin**

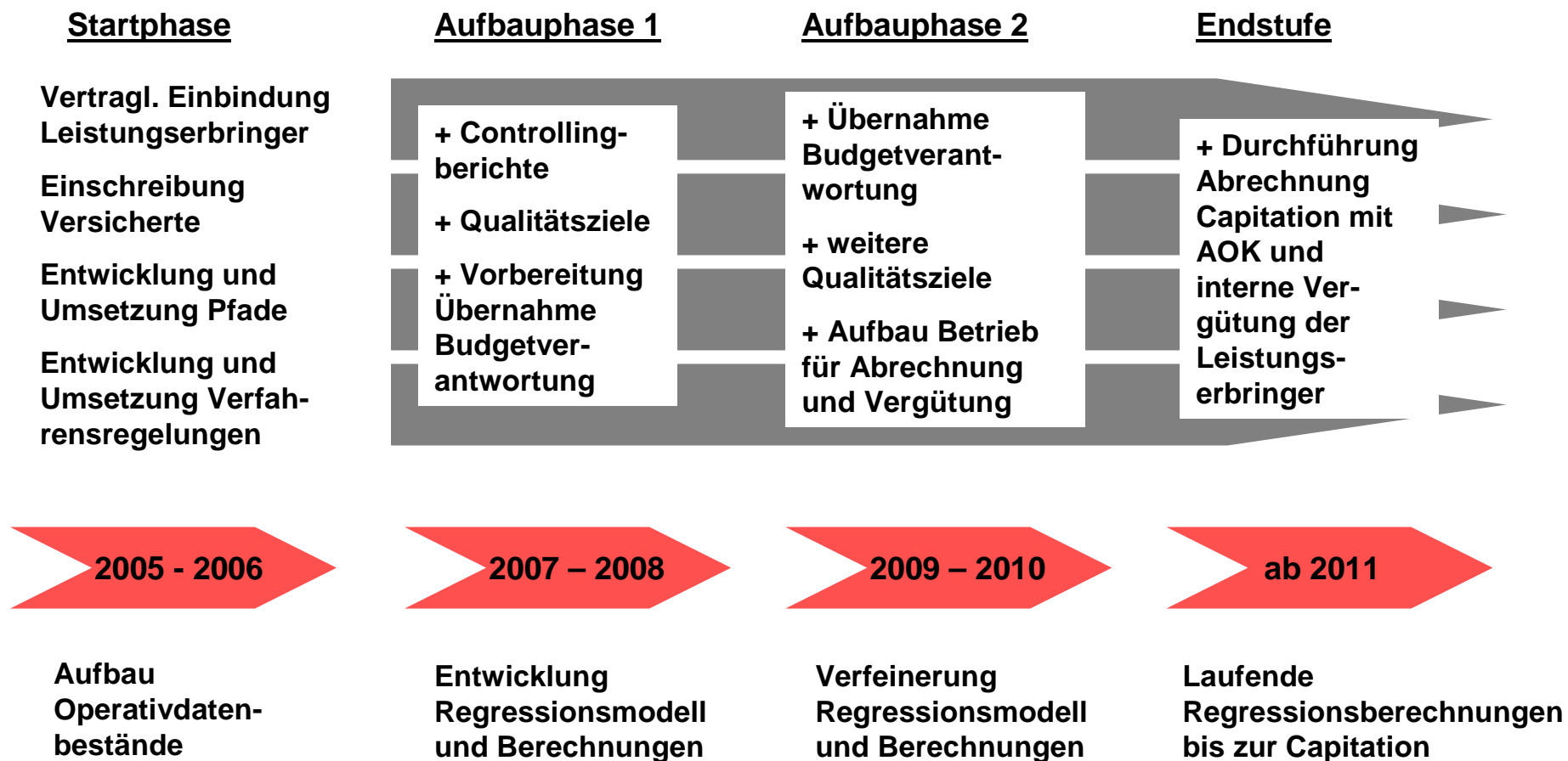
Das Budgetverantwortungsmodell der AOK Nordost

**PD Dr. med. Markus Ziegler
Beratungsarzt
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse**

Historie

- Erste Verträge mit Arztnetzen bereits 2005
- Mittelfristiges Ziel: Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung
- Zielumsetzung mittels Verfahrensregelungen zur koordinierten Zusammenarbeit
- Langfristiges Ziel: Capitation
- siehe folgende Folie aus dem Jahr 2006

Integrierte Vollversorgung: Der Weg über die Budgetverantwortung zur Capitation



Was ist „Budgetverantwortung“?

§ 140 a, Abs. 1, S. 2 SGB V

„Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen.“

§ 140 c, Abs. 2, SGB V

„Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierbare Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden..“

Vollumfängliche Budgetverantwortung

- Gruppe von Ärzten \leftrightarrow Gruppe von Patienten
- Bestimmung morbiditätsadjustierter Ausgaben = Budget
- Alle Ausgaben für die eingeschriebenen Versicherten (Eigen- und Fremdleistungen) werden aus dem Budget bezahlt
- Wenn etwas übrig bleibt = Gewinn der Ärzte
- Wenn Budget nicht ausreicht = Zuschussgeschäft für Ärzte

Probleme einer vollen Budgetverantwortung

- Ärztenetz will kein Zuschussgeschäft riskieren (z. B. durch einzelne Hochkostenfälle)
- Ärztenetz muss ein eigenes Vergütungssystem für eigene und veranlasste Leistungen aufbauen (wie eine Krankenkasse = hoher Aufwand, zusätzliche Kosten)
- = derzeit keine Bereitschaft von Ärzten zum Abschluss eines Vertrages mit voller prospektiver Budgetverantwortung

Praktikable Variante einer Budgetverantwortung

- Nachvollziehbare Berechnung des Budgets
- Gegenwärtige Vergütungsstrukturen (EBM, DRG etc.) werden nicht angetastet
- Abschlagszahlungen während des Kalenderjahres zur Deckung der Management-Kosten
- Nach Ablauf eines Kalenderjahres wird rückwirkend abgerechnet ($\text{Budget} - \text{Ausgaben} = \text{Gewinn}$)
- Die Abschlagszahlungen werden auf den Gewinn angerechnet
- Der Gewinn wird zwischen den Vertragspartnern aufgeteilt

Grundsätze der Vertragspartnerschaft

- Verträge müssen fair sein, sonst kann keine langfristige, für beide Seiten gewinnbringende Vertragspartnerschaft aufgebaut werden
- Keine feste „add-on-Vergütung“ zu EBM-Positionen (IV-Verträge müssen sich wirtschaftlich selbst tragen)
- AOK möchte Anreize setzen zu einer besseren Versorgung und den Erfolg honorieren (pay for results)

Ausgangssituation 2005/2006

- Mit den ersten Verträgen mit Arztnetzen stellte sich die Frage, wie der wirtschaftliche Erfolg gemessen werden kann
 - NIKA (Norm-Istkosten-Analyse)
 - Matched-Pairs-Verfahren
 - Regressionsmodell
 - [Morbi-RSA war noch nicht eingeführt
 - Deckungsbeitragsrechnung im mRSA]

NiKA (Norm-Istkosten-Analyse) vor Einführung mRSA

- Vergleich der Istkosten mit normalisierten, d. h. auf bestimmte Populationen standardisierte Durchschnittsausgaben
- üblicherweise Standardisierung nach Altersgruppen und Geschlecht
- oder Standardisierung nach Beitragsgruppen

- Alters- und Geschlechtsstandardisierung nicht ausreichend,
- Vergleich mit Beitragsgruppen lässt hohe Beitragsgruppen wirtschaftlicher erscheinen als niedrigere

Matched Pairs-Verfahren

- Bei ca. 1 Mio Versicherten in der AOK Berlin
- größte Gruppe vergleichbarer Pairs = 270.000 Versicherte (Nicht-Inanspruchnehmer)
- Für über 50% der Versicherten findet sich bei differenzierter Betrachtung der Morbidität kein „Pair“ mit gleichem Morbiditätsmuster
- Neu eingeschriebene Versicherte machen ggf. die erneute Suche nach passenden Pairs nötig
- Gruppe der Pairs nicht statisch (Vergleichsbasis ändert sich)
- Matched Pairs eher für retrospektive Untersuchungen geeignet als für kontinuierlich fortgesetzte Verfahren

Regressionsmodell

- Zuschläge für Morbiditätsindikatoren werden mit mathematischen Verfahren geschätzt
- (fast) alle Versicherten der Kasse können zur Berechnung herangezogen werden
- Morbidität kann differenziert bewertet werden
- Es können auch Morbiditätskosten für Versicherte geschätzt werden, für die es kein passendes Pair gibt
- Vergleich Istkosten mit Schätzkosten nur für größere Kollektive zulässig (Faustregel: mindestens 1.000 Versicherte, besser 5.000 Versicherte, über 30.000 Versicherte wird Schätzgüte nur noch geringfügig besser)

wenn es 2007 den Morbi-RSA schon gegeben hätte

- Abhängigkeit von einem externen Produkt (Groupier)
- teuer, für die Zukunft Preis und Verfügbarkeit unklar
- DXcG-Groupier muss zeitstabil sein und überregional, beides ist für die AOK nicht zwingend erforderlich
- „black box“
- Aufbau von eigenem Know-how für die AOK wichtig (nicht nur Berechnung des Budgets, sondern auch Gründe für Abweichungen kennen)
- den 80 „politischen“ Erkrankungen haftet der Eindruck der Willkürlichkeit an

Deckungsbeitragsrechnung im mRSA

- mRSA soll gerechten Ausgleich zwischen Krankenkassen schaffen und nicht zwischen Arztnetzen
- morbiditätsadjustierte Zuweisungen aus Fonds auf der Basis der 80 festgelegten Erkrankungen
- Vergleich mit Ist-Kosten
- was sagt das Ergebnis aus?
 - unter- oder überfinanzierte Gruppe von Versicherten?
 - unwirtschaftliche Versorgung?
 - keine Beziehung zum tatsächlichen „Sparpotenzial“ durch Optimierung der Behandlung

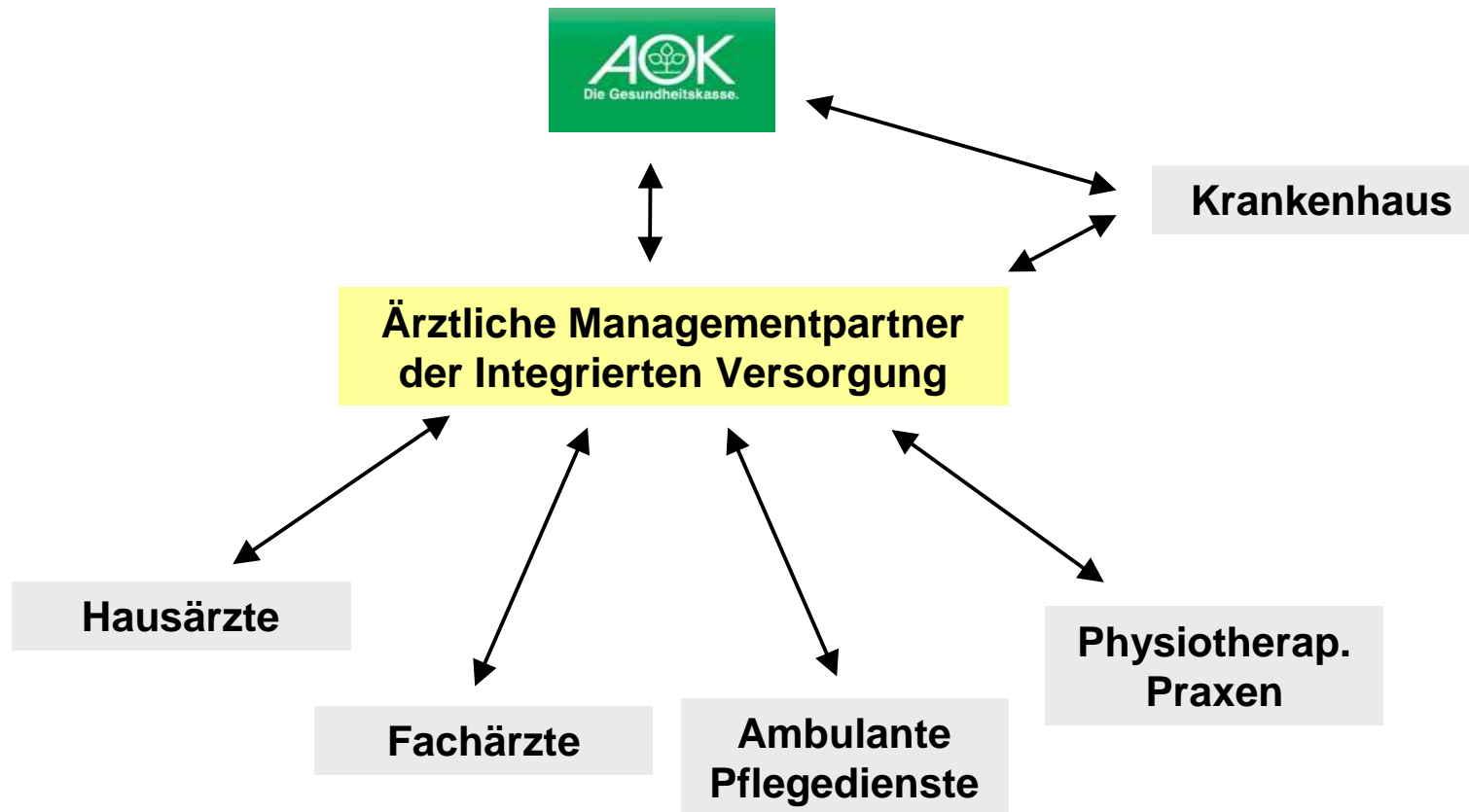
Erforderliche Zutaten AOK

- Methodischer Sachverstand (AOK, WIdO, Agenon)
- Datenbestand (datentechnische, zugriffstechnische und administrative Verfügbarkeit, dazu Umformung von Abrechnungsdaten in strategische Daten, Pseudonymisierung)
- Personen (u.a. Mathematiker, Datenbankprogrammierer, Vertragsverhandler, Netzbetreuer, Haushaltsplaner, Koordinator)
- Kritikfähigkeit, Bereitschaft zum Lernen

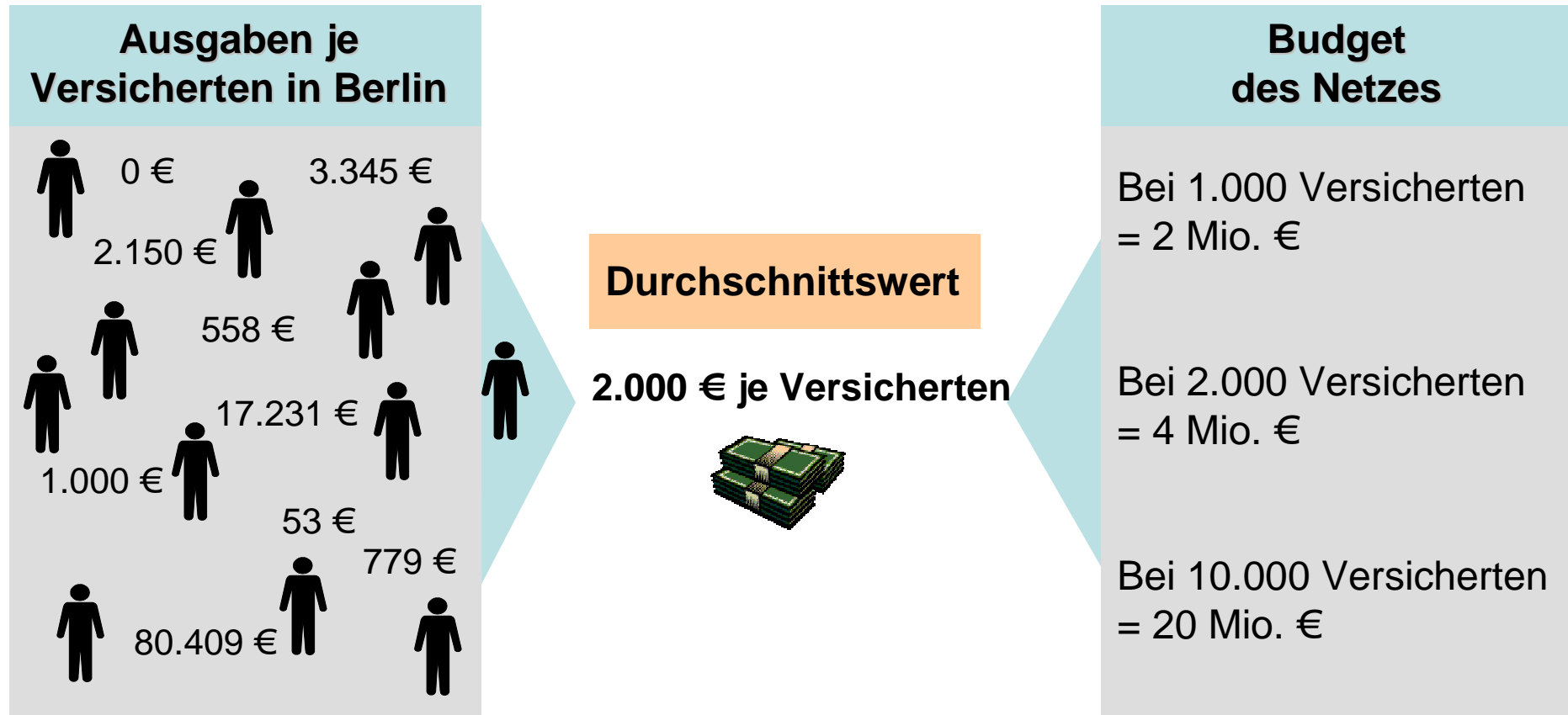
Erforderliche Zutaten Netz

- steuerungswillige Ärzte
- an der Teilnahme interessierte Patienten
- Netz-Management
- Steuerungsfähigkeit des Netzes
- Geduld, Überzeugungskraft

Die Vertragsstruktur der Arztnetze

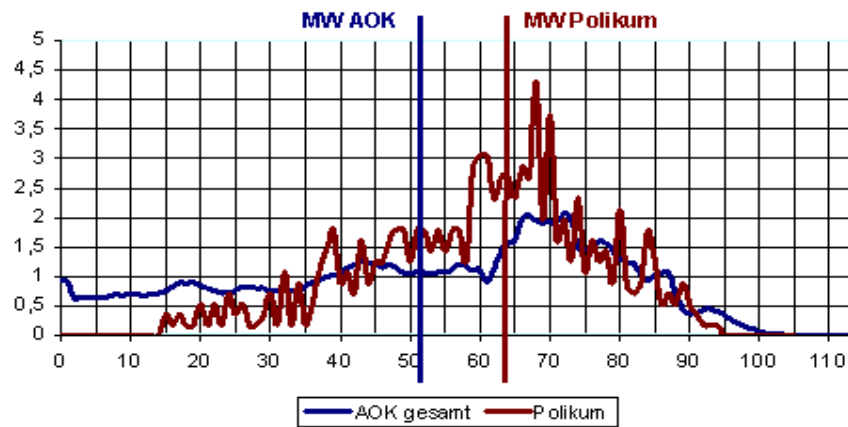


Bestimmung des verantwortbaren Budgets (Durchschnittskosten pro Kopf)

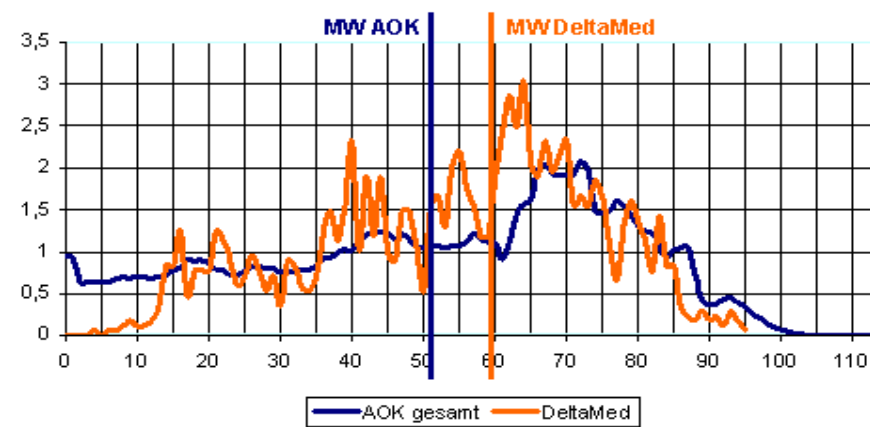


Arztnetze in Berlin: eingeschriebene Versicherte nicht durchschnittlich!

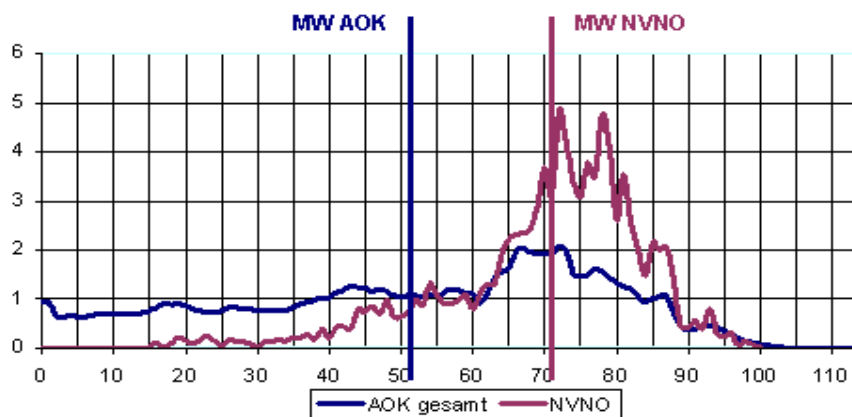
AOK gesamt - Polikum (%-Anteil je Lebensalter)



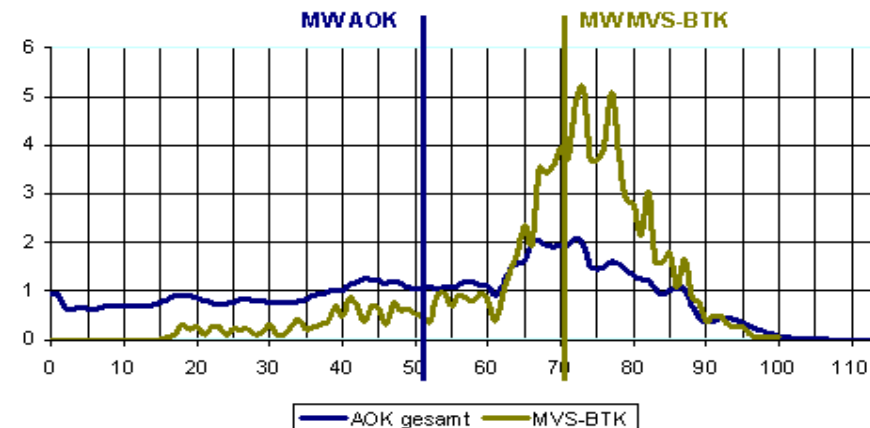
AOK gesamt - DeltaMed (%-Anteil je Lebensalter)



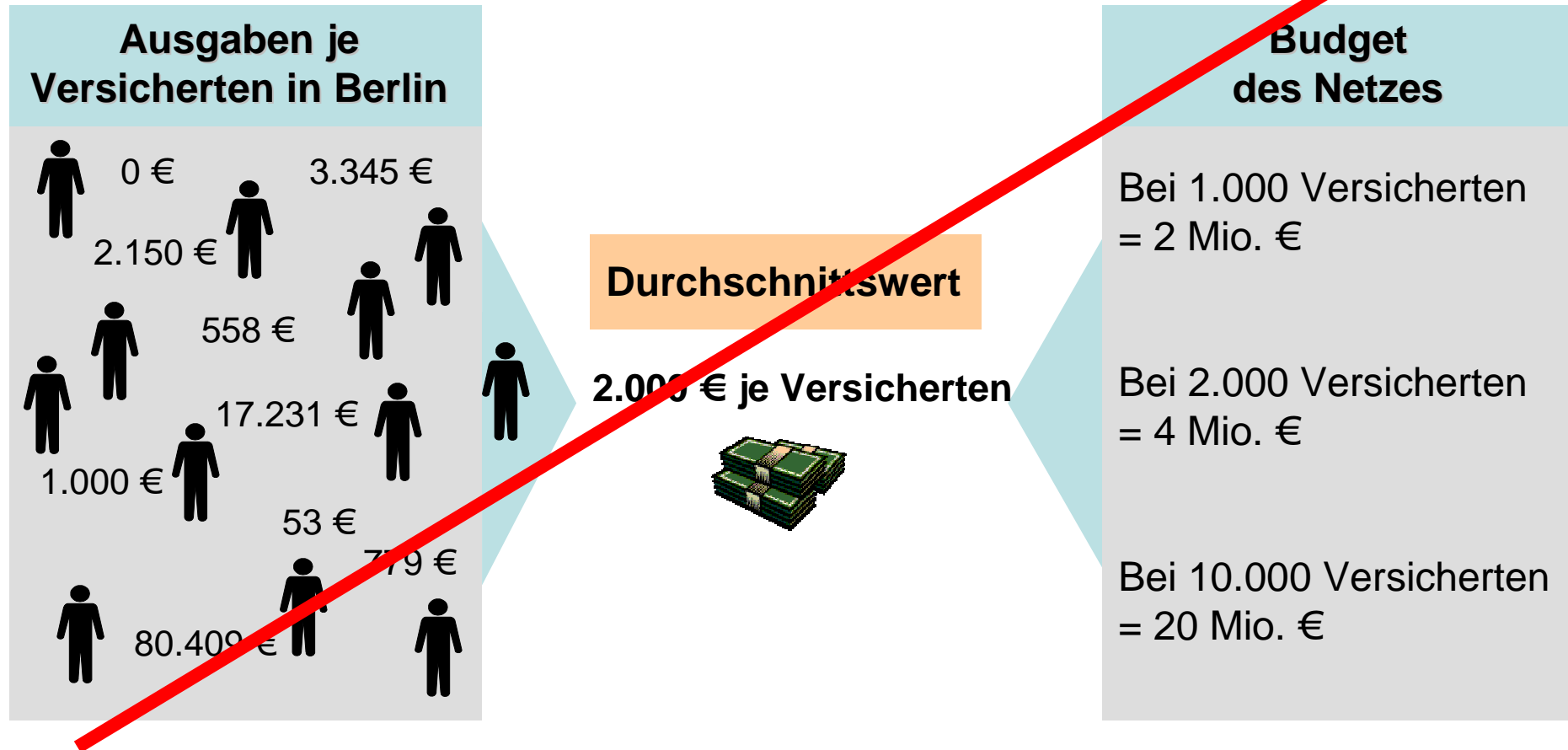
AOK gesamt - NVNO (%-Anteil je Lebensalter)



AOK gesamt - MVS-BTK (%-Anteil je Lebensalter)



Bestimmung des verantwortbaren Budgets (Durchschnittskosten pro Kopf)



Budgetbestimmende Morbiditätsindikatoren

- Krankenhausdiagnosen
- Arzneimittelverordnungen
- Einstufung in SGB XI-Pflegestufe 1, 2, 3 oder Härtefall
- Vollstationäre SGB XI-Pflege
- Erwerbsminderungsrente
- Alter
- Geschlecht
- Region (kein bedeutender Einfluss auf Ergebnis)

Kosten(arten) im Budget

- Ausschluss von Fällen über 100.000 EUR Gesamtkosten
- Krankenhaus (Kappung bei 20.000 EUR)
- Arzneimittel (Kappung bei 7.000 EUR)
- SGB V-Pflege (Kappung bei 15.000 EUR)
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Fahrkosten

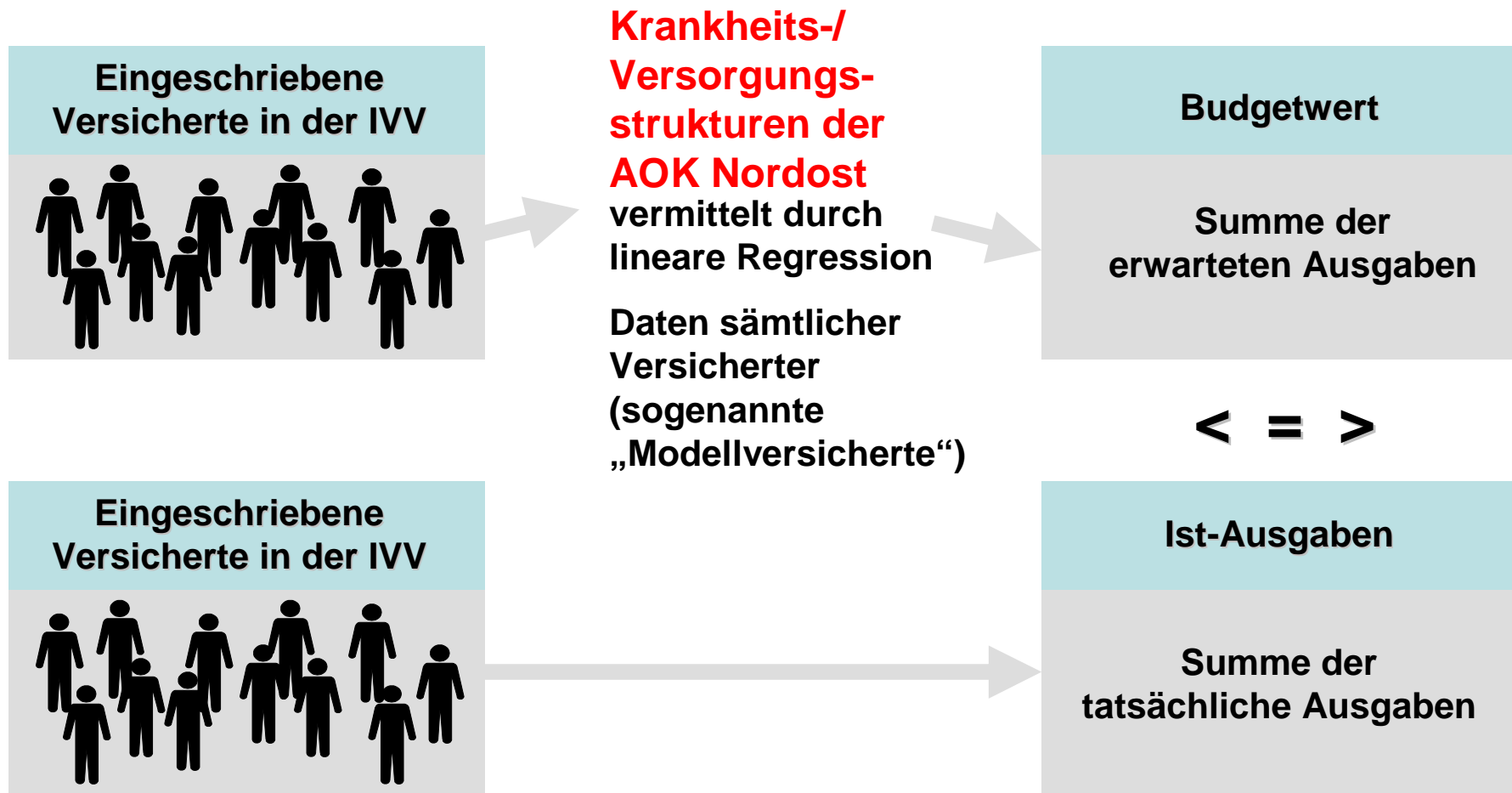
Anforderungen an aufzunehmende Kostenarten:

- ✓ Daten müssen zeitgerecht vorliegen
- ✓ Kosten müssen vom Netzarzt beeinflussbar sein

Berechnung der morbiditätsadjustierten Zuschläge

- Verwendung der Daten aller AOK-Versicherten (mit wenigen Ausnahmen)
- Morbiditätsinformationen aus einem Jahr
- Kosteninformationen aus dem Folgejahr (prospektives Modell, Unterschied zu mRSA!)
- Mittels linearer Regression werden die Kosten auf die Morbiditätsindikatoren verteilt = morbiditätsabhängige Zuschläge = Schätzkosten bei „ortsüblicher durchschnittlicher Versorgung“
- Die Zuschläge werden nach der Vorjahresmorbidität der Netzversicherten für jeden Versicherten und dann für das gesamte Netz addiert = Netzbudget

Bestimmung des verantwortbaren Budgets (morbiditätsadjustiert)



Bestimmung des verantwortbaren Budgets

- Vergleichskosten sind die Kosten aller Versicherten der AOK Nordost (derzeit noch ohne MV)
- Morbiditätsorientierte Zuschläge werden mittels mathematischer Verfahren (lineare Regression in ca. 400 Dimensionen) ermittelt
- Auf der Basis der Summe der Zuschläge wird ein Erwartungswert für jedes Netz berechnet
- Zunächst virtuelles Budget und retrospektive Auswertung (Vergleich mit Ist-Ausgaben im Netz)
- Prospektives Budget (Hochrechnung unter versicherungsmathematischer Risikoeinschätzung)

Unterschiede zwischen Morbi-RSA und AOK-Modell

- Der Morbi-RSA berücksichtigt Morbiditätsindikatoren für 80 Krankheiten
- Die Krankheitsindikatoren des Morbi-RSA wurden politisch festgelegt
- zeitgleich (Morbijahr = Kostenjahr)

- Das AOK-Modell berücksichtigt Morbiditätsindikatoren für alle Erkrankungen
- Die Modellierung erfolgt ausschließlich mathematisch/rechnerisch
- Prospektiv (Morbijahr+1 = Kostenjahr)

Beispiel: Ergebnisse der Budgetverantwortung in 4 Netzen

Budget – Istkosten
je eingeschriebenen Versicherten

	Jahr 1	Jahr 2	Veränderung
Netz 1			
Krankenhaus	161	76	-85
Arzneimittel	-47	-47	0
Gesamt	93	4	-89
Netz 2			
Krankenhaus	-150	-25	125
Arzneimittel	-81	-1	80
Gesamt	-232	-20	212
Netz 3			
Krankenhaus	-190	-224	-34
Arzneimittel	-40	-14	27
Gesamt	-311	-274	37
Netz 4			
Krankenhaus	-103	-175	-72
Arzneimittel	-172	-116	56
Gesamt	-381	-329	52

positive Werte: Ersparnis gegenüber
morbiditätsadjustiertem Schätzwert

positive Werte:
Verbesserung Jahr 2 zu 1

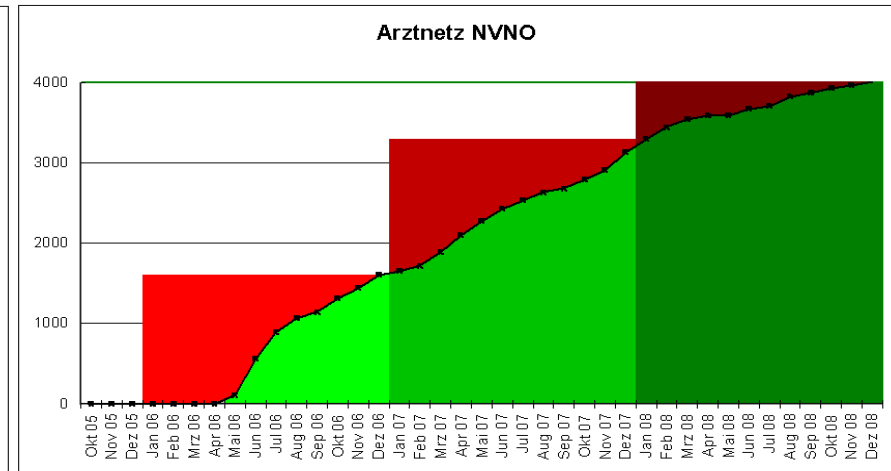
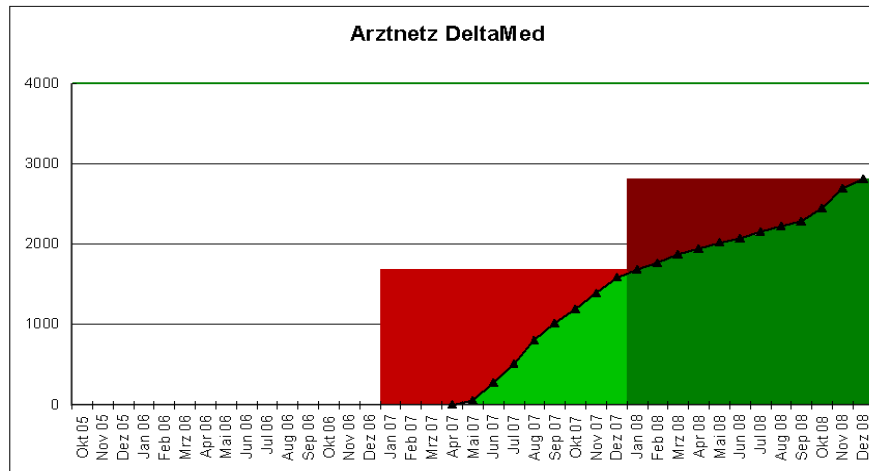
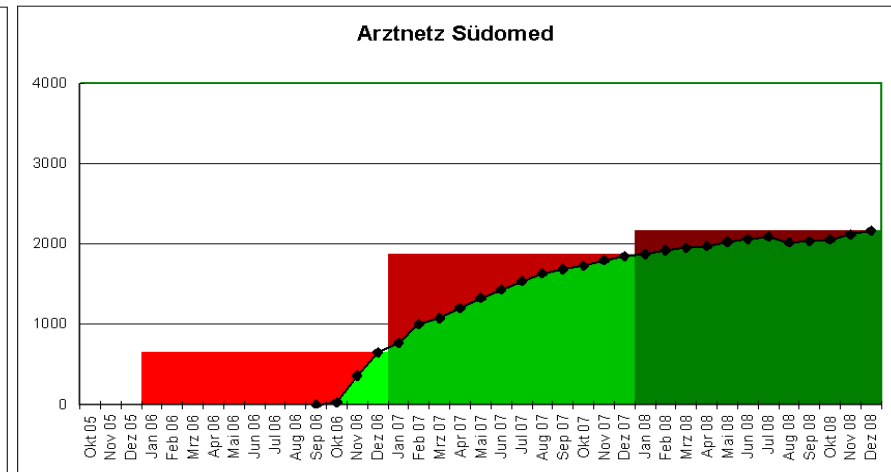
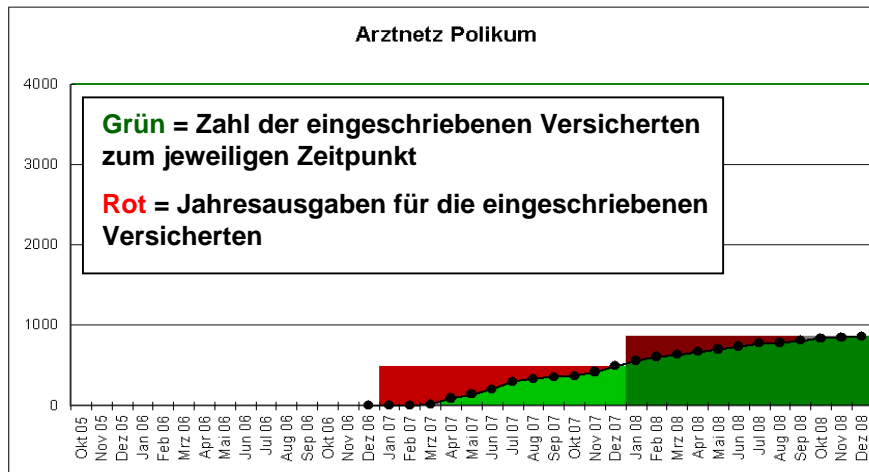
Positives Ergebnis ...

... aber Verschlechterung
gegenüber Vorjahr
(Grund: Steigerung des
Basisfallwerts im wichtigsten
Krankenhaus)

Netze haben die
wirtschaftlichen
Potenziale noch nicht
ausgeschöpft ...

... haben sich aber
gegenüber dem Vorjahr
teils deutlich verbessert

Budgetverantwortung braucht Zeit!



Aktueller Stand Arztnetze der AOK Nordost

- 4 länger bestehende Netze in Berlin
- 1 länger bestehendes Netz in Brandenburg
- 2 neue Netze in Berlin
- 3 Netze in Berlin und Brandenburg in Vertragsverhandlungen
- Psychiatrie-Netz in Berlin und Brandenburg
- zahlreiche Interessensbekundungen
- Geplant: Ausweitung nach Mecklenburg-Vorpommern
- über 15.000 eingeschriebene Versicherte
- Ziel: in 3 Jahren mindestens 5.000 Versicherte pro Netz

Fazit zur Capitation

- Aufbau einer vertrauensvollen Vertragspartnerschaft zwischen den Leistungsanbietern im Netz und der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- Die AOK verfügt über das Know-how für eine zutreffende und faire Budgetberechnung, auch nach Ansicht der Vertragspartner
- Die Budgetverantwortung ist der Weg zur Capitation, es ist wichtig, dass die Vertragspartner ausreichend Zeit haben, die dafür erforderliche Erfahrung aufzubauen.



AOK

Die Gesundheitskasse.