

# Grundlagen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung

Symposium Neuordnung der  
vertragsärztlichen Vergütung

Dt. Gesellschaft für Kassenarztrecht

6. März 2008

Referent: Peter Reschke,

Geschäftsführer

Institut des Bewertungsausschusses - Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin



## Themen der Präsentation

Gesetzlicher Auftrag und

Rolle des Instituts in der Selbstverwaltung

Welche Instrumente entwickelt das Institut des  
Bewertungsausschusses?

Rechtliche Grundlagen der  
Morbiditätsorientierung

Klassifikationsverfahren



## Gesetzlicher Auftrag und Rolle des Instituts in der Selbstverwaltung

### Bewertungsausschuss (BA):

- Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung gemäß §87 SGB V
- trifft u.a. Entscheidungen im Bereich:
  - Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
  - Regelungen zur Gesamtvergütung, insbesondere auch zur Beachtung der Veränderung der Morbiditätsstruktur

### Institut des Bewertungsausschusses:

- neue Einrichtung im deutschen Gesundheitswesen
  - im Mai 2006 von den Trägern des BA gegründet,
  - durch einen Systemzuschlag finanziert
  - zur Zeit noch im Aufbau
- unterstützt den Bewertungsausschuss bei der Vorbereitung seiner Beschlüsse und Analyse der Effekte dieser Beschlüsse

# Gesetzlicher Auftrag und Rolle des Instituts in der Selbstverwaltung

## Stellung und Rolle des Instituts

- Träger des Instituts sind Ärzte- und Kassenseite, paritätisch, als Gesellschaft bürgerlichen Rechts verfasst
- Eigener Haushalt, eigene Beschäftigungsverhältnisse, keine einseitigen Einflussmöglichkeiten der Träger
- Das Institut ist keine Interessensvertretung
- Selbstverständnis des Instituts
  - neutral, unparteiisch
  - konstruktiv, termintreu
  - professionell, effizient



# Gesetzlicher Auftrag und Rolle des Instituts in der Selbstverwaltung

## Gesetzlicher Auftrag

Gemäß §87 Abs. 3b SGB V:

- „Das Institut bereitet gemäß der vom Bewertungsausschuss nach Absatz 3e zu vereinbarenden Geschäftsordnung die Beschlüsse (*des Bewertungsausschusses*) nach § 85 Abs. 4a, §§ 87, 87a bis 87c und die Analysen und Berichte nach den Absätzen 3a, 7 und 8 vor.“

## Gesetzlicher Auftrag und Rolle des Instituts in der Selbstverwaltung

### Wesentliche Aufgabenbereiche des Instituts

- Einheitlicher Bewertungsmaßstab und bundeseinheitliche Orientierungswerte (§ 87 SGB V),
- regionale Euro-Gebührenordnungen, morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen und Behandlungsbedarf der Versicherten (§ 87a SGB V),
- arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina (§ 87b SGB V),
- Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2009 und 2010 (§ 87c SGB V),
- Berichte und Analysen über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur (§ 87 Abs. 3a SGB V), zur Steuerungswirkung der Orientierungswerte (§ 87 Abs. 7 SGB V) und über den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit (§ 87 Abs. 8 SGB V),
- Aufteilung der Gesamtvergütungen (§ 85 Abs. 4a SGB V, noch bis 31.12.2008) sowie
- ggf. weitere Aufträge für die Partner der Bundesmantelverträge.

## Gesetzlicher Auftrag und Rolle des Instituts in der Selbstverwaltung

### Aufbauphase des Instituts bis Ende Oktober 2008

- Schnelles Wachstum des Instituts:
  - Geschäftsführung zum 1.7.2006 besetzt,
  - 6 Planstellen per Ende 2006,
  - 12 Planstellen per Ende 2007,
  - Verdoppelung in 2008
- Aufteilung der Aufgaben zwischen KBV, GKV, Institut und externen Auftragnehmern in der Aufbauphase

## Welche Instrumente entwickelt das Institut?

- Datenanforderungen gemäß §87c SGB V
  - für den ersten Orientierungswert 2009
  - für den erstmaligen Behandlungsbedarf 2009
- Unterstützung des BA bei der regionalen Anpassung der Orientierungswerte
- Unterstützung des BA bei der Schätzung der Entwicklung der Morbidität bis 2009
- Vielfältige Einzelaufgaben zum EBM 2008
  - Evaluationsfragen
  - Bewertungsfragen
  - Simulationsinstrumente
- Anpassung des Klassifikationssystems für die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung
- und viele weitere

## Welche Instrumente entwickelt das Institut?

Anpassung des Klassifikationssystems für die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung

- Anpassung des Klassifikationssystems,
- Entwicklung von Dokumentationsrichtlinien,
- Bestimmung von Kostengewichten

➤ Im Folgenden vertieft

## Rechtliche Grundlagen

### Rechtliche Grundlagen der Morbiditätsorientierung in der vertragsärztlichen Vergütung

- Vereinbarung des erstmaligen morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs 2009 (§87c Abs. 4 SGB V)
- Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur für die Vereinbarung der Gesamtvergütung (§87a Abs. 3-5 SGB V)
- Vergütung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (§87a Abs. 3 und 5 SGB V)
- Bereinigung der Gesamtvergütung um besonders geförderte Leistungen (§87a Abs. 3 und 5 SGB V)
- Bereinigung der Gesamtvergütung um hausarztzentrierte Versorgung (§73b Abs. 7), analog §73c, §140d SGB V

## Rechtliche Grundlagen

### Rechtliche Grundlagen für den Bewertungsausschuss

Auszüge aus §87a Abs. 5 SGB V

- „Der Bewertungsausschuss bildet zur Bestimmung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur (...) diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf nach einem zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung geeigneten Klassifikationsverfahren; Grundlage hierfür sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295“
- „sowie die Menge der vertragsärztlichen Leistungen“ (für die Bestimmung der sog. Relativgewichte)

## Rechtliche Grundlagen

### Paradigmenwechsel

- Gesamtvergütung nach morbiditätsorientierten „Kopfpauschalen“
  - Besonders förderungswürdige Leistungen ggf. separat vergütet
- Zielstellung
  - Bestimmung von Kopfpauschalen pro Versicherten und Periode
  - keine mitgliedbezogenen Kopfpauschalen wie bisher,
  - sondern orientiert an der Morbidität des Versicherten
- Analogien zu
  - Diagnosenbezogener Vergütung der stationären Behandlung (DRGs)
  - Morbiditätsorientiertem Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Kassen (MRSA)

## Klassifikationsverfahren

### Wo stehen wir?

- Berechnung von Morbidität bzw. ihrer Veränderung durch ein Klassifikationssystem (Groupers)
  - eingeführt durch das GMG 2003
  - Auswahl des Groupers Ende 2005 (HCC von DxCG, Boston, USA) erfolgt
  - Pflege (Einarbeiten der Jahresversionen der ICD-10-GM 2006 ff.) wurde vom Institut durchgeführt
- zur Zeit prioritär:
  - Anpassung des Groupers an deutsche vertragsärztliche Gegebenheiten
  - Relativgewichte für die
    - Bestimmung von Veränderungen im morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf und für die
    - Bereinigung des Behandlungsbedarfs um besonders förderungswürdige Leistungen

## Klassifikationsverfahren

### Klassifikationsverfahren

- Berücksichtigte Informationen je Versicherten
  - Behandlungsanlässe (kodierte nach der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification, ICD-10-GM)
  - Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit
  - Alter und Geschlecht
  - Hohe Informationstiefe
- Probleme bei der Verwendung der ambulanten Behandlungsanlässe
  - Fragen an die Diagnosenqualität
  - Fehlende Dokumentationsrichtlinien
  - Einzelaufgabe für das Institut

## Klassifikationsverfahren

### Klassifikationsverfahren im Überblick

- Datengrundlage zum einzelnen Versicherten
  - Behandlungsanlässe (nach ICD-10-GM kodiert)
  - usw.
- Vorverdichtung der ICD-Angaben und der Diagnosesicherheit auf klinisch homogene Gruppen, anschließend
- Verdichtung auf ökonomisch homogene Risikoklassen
- Ökonomische Bewertungen der Risikoklassen (Relativgewichte)
- Trennung zwischen GV und separaten Leistungsvergütungen vermutlich über Segmentierung der Leistungen (Partialgewichte)
- Pflege und Berechnungen (Regressionsrechnung usw.) aufwändig, Bearbeitung durch das Institut

## Klassifikationsverfahren

### Morbiditätsorientierung mit dem ausgewählten Grouper

- Berechnung der morbiditätsorientierten Pauschalvergütung:
  - Sockelbetrag (ggf. nach Alter und Geschlecht)
  - Zuschlagsbeträge je diagnosebezogener Risikoklasse
  - Patienten erhalten einen oder mehrere Zuschläge,
  - Versicherte ohne Diagnosen lediglich einen Sockelbetrag
  - Klassifikation nahezu ohne Verwendung von Prozeduren
- Beispiel für einen Versicherten:
  - = Sockelbetrag männlich 50-54 Lebensjahre
  - + Zuschlag Nr. 20 (Diabetes mellitus Typ 1)
  - + Zuschlag Nr. 131 (Nierenversagen), für Gesamtvergütung
  - + Zuschlag Nr. 131S (Sachkosten Dialyse) – separat oder in GV
  - + usw.
- Verwendung der Ergebnisse des Instituts durch die Gesamtvertragspartner

## Klassifikationsverfahren

### Konzept Leistungssegmentierung / Partialgewichte

Leistungssegment CC- Group	Gesamt- vergütung Teil 1	Ambulante Operationen	Dialyse- Sachkosten	DMP DM 1	...	$\Sigma$
20 Typ 1 Diabetes mellitus	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Relativ- gewicht</i>
71 Polyneuropathie	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Relativ- gewicht</i>
120 Diab. Retinopathie	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Relativ- gewicht</i>
131 Nierenversagen	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Relativ- gewicht</i>
...	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Partialgewicht</i>	<i>Relativ- gewicht</i>

## Klassifikationsverfahren

### Ziele des Instituts hinsichtlich des Klassifikationssystems

- Baukastenprinzip
  - Offenheit für Beschlüsse des BA
  - Flexibilität für die Vertragspartner in der Region
  - Praktikabilität
    - Zuschläge werden hereingenommen (Gesamtvergütung)
    - Zuschläge werden herausgenommen (extrabudgetär)
- Ingenieurmäßige Lösungen
  - Aufwand beim Hersteller (Institut)
  - Einfachheit für den Nutzer (Vertragspartner)



Vielen Dank für Ihre Zeit