

HONORARVERHANDLUNGEN

Wenn das Geld der Leistung folgen soll

Der Gesetzgeber erkennt an, dass Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Sektor mehr Geld für die niedergelassenen Ärzte rechtfertigt. Wie man solche Verlagerungseffekte messen kann, ermittelt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.

Der medizinische Fortschritt vollzieht sich als Veränderung der ärztlichen Arbeitsteilung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Diese Arbeitsteilung wird zudem maßgeblich durch Änderungen der Vergütungsstrukturen sowie kleinräumig durch den Wechsel oder die Niederlassung leitender Krankenhausärzte sowie durch das Öffnen oder Schließen von Krankenhausabteilungen modifiziert. Diese Entwicklungen sind jedem Arzt nach wenigen Jahren Berufserfahrung aus eigener Anschauung geläufig.

Den Verlauf und die Dynamik dieser Entwicklung jedoch von Jahr zu Jahr umfassend und präzise zu messen, erweist sich als komplexe

Aufgabe. Genau dies verlangt der Gesetzgeber vom Bewertungsausschuss, um daraus Richtwerte für die Anpassung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen abzuleiten. Noch hat die Wissenschaft hierzu vergleichsweise wenig anzubieten. Kassenärztliche Bundesvereinigung und Krankenkassen ringen folglich um die Definition einer tauglichen Methodik zur Messung von Verlagerungseffekten.

Anforderungen des Gesetzgebers

Gemäß § 87 a Abs. 4 Nr. 3 SGB V sind bei der jährlichen Anpassung des notwendigen Behandlungsbedarfs (der nach Europreisen zu vergütenden Menge vertragsärztlicher

Leistungen) für das Folgejahr unter anderem auch Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor zu berücksichtigen. Diese Regelung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes gilt seit 2009, sie soll jedoch in diesem Jahr erstmalig mit Wirkung für 2011 mit Leben erfüllt werden. Einen Vorläufer findet sie bereits im Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz mit Inkrafttreten am 1. Dezember 2001. Gemäß § 84 Abs. 2 Nr. 7 SGB V ist die Veränderung des Verordnungsumfanges auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungssektoren bei der Vereinbarung von Arzneimittelrichtgrößen und dem Ausgabenvolumen für die von Vertragsärzten verordneten Arzneimittel einzubeziehen.

TABELLE 1

Methodische Ansätze zur Messung von Verlagerungseffekten

Bezeichnung	Kurzbeschreibung
I. Säkulare Trends	langfristige Verlagerungstrends aufgrund medizinisch-technischen Fortschritts, sichtbar insbesondere anhand der Dynamik bestimmter Arzneiverordnungen oder spezifischer vertragsärztlicher Leistungskomplexe über mehrere Jahre (Fünf- bis Zehnjahresabschnitte)
II. Versichertenbezogene Bilanzierung	Veränderung des Gewichts der Leistungsanteile von stationärer und ambulanter Versorgung im Zeitraum eines Kalenderjahres bei Patientengruppen mit bestimmten Risikomerkmale mittels Verfahren des health risk assessment (predictive modeling), wie z. B. dem morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich zugrunde gelegt
III. Versichertenbezogene Behandlungsepisoden	Beobachtung der Veränderung der Leistungsdynamik in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung innerhalb eines definierten Zeitraums vor und nach stationärer Behandlung
IV. Kleinräumige, populationsbezogene Analyse	Analyse der Auswirkungen von Veränderungen in ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen in einer Region auf die Entwicklung der ambulanten und stationären Versorgungsanteile der Bevölkerung in dieser Region
V. Leistungsentwicklung ambulanter Einrichtungen an Krankenhäusern	Analyse der Leistungsentwicklung ambulanter Einrichtungen an Krankenhäusern (z. B. MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern); ggf. Vergleich des Leistungsgeschehens in den korrespondierenden Abteilungen der jeweiligen Krankenhäuser im Vergleich zu Krankenhäusern ohne ambulante Einrichtungen
VI. Veränderung des stationären Leistungsgeschehens	Ermittlung der Veränderung des ambulanten Leistungsgeschehens anhand von Indikatoren verlagerungsgeneigten Handelns im Krankenhaus, z. B. Anstieg des Case-Mix-Index bei gleichzeitigem Fallzahlrückgang (Fallzahlstagnation)

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Methodenworkshops des ZI

Effekte in Höhe dreistelliger Millionenbeträge jährlich

Die in 2009 geschlossene Vereinbarung gemäß § 84 SGB V zeigt, dass bei systematischer Berücksichtigung von Verlagerungseffekten ein jährlicher Zuwachs von etwa 1% des vertragsärztlichen Vergütungsvolumens (etwa 350 Millionen Euro) aufgrund von Verlagerungseffekten durchaus realistisch ist. Simulationsrechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) belegen Verlagerungseffekte in vergleichbarer Größenordnung für die vertragsärztliche Versorgung. Angesichts dieser wirtschaftlichen Dimension erstaunt es, dass dieser Forschungsbereich bisher eher stiefmütterlich behandelt wurde.

Studien zur Wirkung des Fortschritts

Zahlreiche Arbeiten dokumentieren die Effekte des medizinisch-technischen sowie des pharmakologischen Fortschritts, der es ermög-

licht, Leistungen die vor einigen Jahren ausschließlich stationär durchgeführt worden sind, heute ambulant zu erbringen. Beispielhaft für den technischen Fortschritt steht die Entwicklung schmalere Hysteroskope Anfang der Neunzigerjahre, die die ambulante Durchführung diagnostischer und operativer Hysteroskopien ermöglichte. (1) Dank niedermolekularem Heparin ist seit Mitte der 1990er Jahre die Behandlung der tiefen Beinvenenthrombose ambulant durchführbar. US-amerikanische Studien belegen, dass die Kosten für die ambulant behandelten Patienten mit niedermolekularem Heparin im Vergleich zu stationär versorgten Patienten mit unfraktioniertem Heparin um durchschnittlich 190,91 US-Dollar pro Patient sinken. (2) Zudem favorisieren drei von vier Patienten die ambulante Behandlung. (3)

Im Arzneimittel-Atlas 2007 werden für den Bereich der onkologischen Erkrankungen in Deutschland für den Zeitraum 1996 bis 2004 Rückgänge von Fallzahlen in der stationären Versorgung festgestellt, während diese Leistungen zu Fallzahlzuwächsen im vertragsärztlichen Bereich geführt haben. Diese Beobachtung wird durch die Entwicklung des ambulanten Arzneimittelverbrauchs für die Therapie des Mammakarzinoms und Prostatakarzinoms mit zytostatischen Hormonen erhärtet. Für diese Indikationen hat sich im genannten Zeitraum der Verbrauch von ambulanten Tagesdosen mehr als verdoppelt. Ähnliche Analysen werden für Infektionskrankheiten vorgestellt. Für das „klassische Beispiel“ der HIV-Infektion ist der Verbrauch von antiretroviralen Medikamenten im Zeitraum von 1996 bis 2004 um das Vierfache gestiegen, während die Zahl von stationären Behandlungen in diesem Zeitraum von circa 7 000 auf 2 000 Fälle zurückgeht. (4)

Studien zur Wirkung der DRG-Einführung

Leistungsverlagerungen können darüber hinaus durch Änderungen der Vergütungsstrukturen bedingt sein. So ist insbesondere davon aus-

TABELLE 2

Konsolidierte Liste der verlagerungsrelevanten HMGs (Basis: Forschungs- und Entwicklungsaufträge der Institute ISEG und IGES)

HMG007	Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie
HMG012	Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen
HMG014	Andere Neubildungen
HMG016	Diabetes mit neurologischen oder peripheren zirkulatorischen Manifestationen
HMG017	Diabetes mit akuten Komplikationen
HMG020	Diabetes mellitus Typ 1
HMG023	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen
HMG025	Terminale Lebererkrankung
HMG027	Chronische Hepatitis
HMG036	Ösophagitis, Reflux und andere Erkrankungen der Speiseröhre (ohne Ulkus und Blutung)
HMG037	Entzündung/Nekrose von Knochen/Gelenken/Muskeln
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol/Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom
HMG054	Schizophrenie
HMG056	Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen
HMG068	Querschnittslähmung
HMG071	Polyneuropathie
HMG074	Epilepsie
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien
HMG105	Gefäßerkrankungen
HMG109	Chronische obstruktive Bronchitis/Emphysem (Alter: > 17 Jahre), Asthma bronchiale, Status asthmaticus (Alter: < 18 Jahre)
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen

Quelle: Eigene Darstellung des ZI

zugehen, dass die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) im stationären Sektor dazu beigetragen hat, die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nahezu vollständig in den ambulanten Sektor zu verlagern. (5) Neben dieser vollständigen Substitution durch ambulante Leistungen können infolge der sich verkürzenden stationären Verweildauern zusätzliche vertragsärztliche Leistungen vor oder nach einem stationären Aufenthalt entstehen. Insbesondere in der US-amerikanischen Literatur sind Auswirkungen der DRG-Einführung beispielsweise durch eine schnellere Entlassung aus dem Krankenhaus beschrieben. (6, 7, 8) Die Befragung niedergelassener Ärzte bestätigt diese Veränderungen in der subjektiv wahrgenommenen Zunahme „blutiger Entlassun-

gen“ bzw. zunehmend zu kurzer Verweildauern infolge der DRG-Einführung. (9) Der hierdurch zusätzlich entstandene Behandlungsaufwand im Zeitraum zwischen 2002 und 2006 wird auf jährlich rund 440 Millionen Euro geschätzt. (10)

Kernthese: Verlagerung in die ambulante Behandlung hält an

Die vorliegenden Einzelstudien untersuchen Effekte der Leistungsverlagerung von der stationären in die ambulante Behandlung. Grundsätzlich sind auch Leistungsverlagerungen aus der ambulanten in die stationäre Versorgung denkbar, beispielsweise durch zunehmende Pauschalierung im vertragsärztlichen Sektor. Diese sind jedoch, soweit den Autoren bekannt, nicht in Studien belegt. Der kontinuierlichen Erweiterung der ambulanten

TABELLE 3**Umsatzveränderung für Arzneimittelgruppen für ICD-10-Diagnosen der HMGs 108 und 109 – gleitender Jahresdurchschnitt 2009 gegenüber 2008**

Beta-2-Stimulanzen	6 765 956 €
Beta-2-Stimulanzen und Kortikoid-Kombinationen	79 299 103 €
Beta-2-Stimulanzen und Anticholinergika-Kombinationen*	-1 009 745 €
antiasthmatisch eingesetzte Kortikoide	8 902 765 €
Xanthine	-5 860 586 €
Antileukotrien-Antiasthmatika	-2 957 901 €
Beta-2-Stimulanzen und nichtsteroidale respiratorisch eingesetzte Entzündungshemmer	-2 343 240 €
Expectoranzen ohne Antiinfektiva	-1 058 543 €
Antitussiva	905 618 €
Grippemittel und Expectoranzen und Antiinfektiva	-979 356 €
andere Husten- und Erkältungspräparate	-88 992 €
Makrolide und vergleichbare Stoffe	191 453 €
Fluorchinolone	-2 754 450 €
Cephalosporine	1 533 831 €
Breitspektrumpenicilline	468 788 €
Tetracycline und Kombinationen	-102 673 €
reine Kortikosteroide, systemisch	224 552 €
topische Rhinologika	206 108 €
andere Analgetika	99 206 €
systemische Antihistaminika	-197 069 €
Standardlösungen	-199 767 €
sonstige therapeutische Präparate	-114 365 €
systemische Antiphlogistika und Antirheumatika	377 619 €
Summe der berücksichtigten Gruppen	81 308 312 €

*ohne Berücksichtigung des als Innovation eingestuftes Präparats Spiriva®
Quelle: KBV, Datenbasis IMS Health, Insight Health

Behandlungsmöglichkeiten infolge des medizinisch-technischen Fortschritts folgt die in § 39 Abs. 1 SGB V formulierte Norm des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung nicht zuletzt aufgrund des Wirtschaftlichkeitsprinzips. Die stationäre Behandlung soll den Behandlungsanlässen vorbehalten bleiben, die medizinisch (noch) nicht ambulant behandelbar sind. Prüfungen des stationären Leistungsgeschehens durch die Kostenträger und durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen konkretisieren laufend den Grundsatz „ambulant vor stationär“. In Folge dessen ist – unter Berücksichtigung zeitlich und räumlich begrenzter Gegenentwicklungen – grundsätz-

lich davon auszugehen, dass Leistungsverlagerungen vom stationären in den vertragsärztlichen Bereich per Saldo von größerer Relevanz sind. Ob die Effekte in der vertragsärztlichen Versorgung durch die zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung, zum Beispiel gemäß §§ 115 b und 116 b SGB V konterkariert oder durch die rasant steigende Übernahme vertragsärztlicher Versorgungssitze durch Krankenhäuser verstärkt werden, bleibt abzuwarten.

Ansätze zur Messung von Verlagerungseffekten

Zur Quantifizierung des Umfangs jährlich verlagertes Leistungen existiert bislang keine etablierte

Methodik, die den Anforderungen des § 87 a Abs. 4 Nr. 3 SGB V entspricht. Demnach müssen Verlagerungseffekte identifiziert und quantifiziert werden, die nicht bereits in der Veränderung der Morbiditätsstruktur berücksichtigt worden sind. Das ZI hat dies im Oktober 2008 zum Anlass genommen, einen Methodenworkshop durchzuführen. Im Ergebnis wurden sechs Ansätze beschrieben, die als Grundlage zur Quantifizierung von Verlagerungseffekten genutzt werden können (Tabelle 1). Für einige dieser Ansätze hat das ZI in der Folge Forschungsmaßnahmen gefördert.*¹ Als grundlegend erfolgversprechend haben sich bisher folgende Ansätze herausgestellt: die „Versichertenbezogene Bilanzierung“, die „Kleinräumige, populationsbezogene Analyse“ und die „Analyse des stationären Case-Mix-Indexes (CMI-Analyse)“.

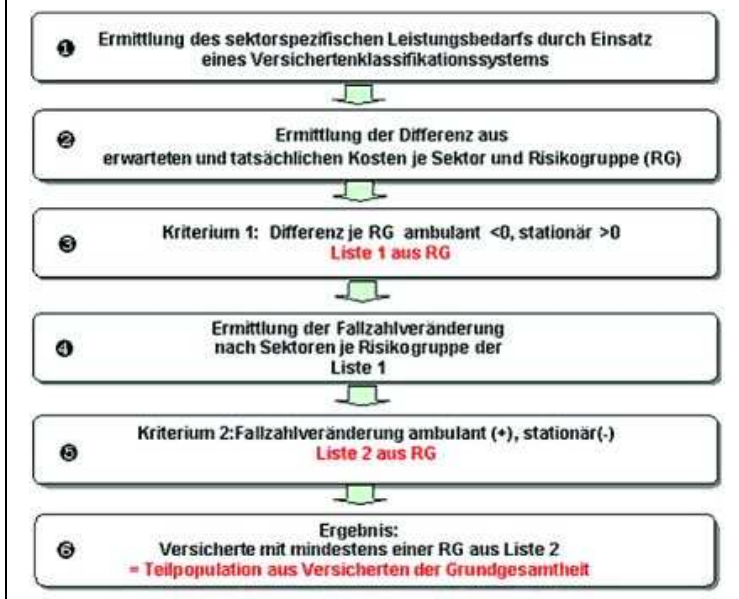
Steigender Case-Mix-Index als Indikator

Die Veränderung des stationären Leistungsgeschehens kann am Case-Mix-Index (CMI) abgelesen werden. Ein steigender CMI bei zeitgleicher Fallzahlabnahme bzw. -stagnation deutet auf eine Verlagerung leichterer Fälle aus der stationären in die ambulante Behandlung hin, sofern der sogenannte DRG-Katalogeffekt angemessen berücksichtigt wurde. Als Katalogeffekt wird die veränderte Bewertung identischer Fälle in unterschiedlichen G-DRG-Versionen bezeichnet. (11) Wird die Entwicklung des CMI um den Katalogeffekt bereinigt, werden bestimmte Leistungskomplexe erkennbar, welche die Voraussetzungen eines steigenden CMI und rückläufiger Fallzahl erfüllen. Bestehen für die entsprechenden Hauptdiagnosen in der definierten Region und im selben Beobachtungszeitraum jeweils gegenläufige Entwicklungen in der vertragsärztlichen Versorgung, ist im entsprechenden Umfang von Leistungsverlagerungen auszugehen. Allerdings wird der Katalogeffekt vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für einzelne Leistungsbereiche nicht ausge-

*¹ Link zur Ausschreibung: www.zi-berlin.de/news/index.php

GRAFIK 1

Schematische Darstellung zur Ermittlung von Leistungsverlagerungen



Quelle: Eigene Darstellung des Zi

wiesen. In Modellrechnungen lässt sich die Aussagefähigkeit dieses methodischen Ansatzes zur Ermittlung von Verlagerungseffekten explorativ darstellen. Mit den bei den Krankenkassen verfügbaren stationären Abrechnungsdaten gemäß § 301 SGB V kann die genaue Berechnung unter Berücksichtigung des Katalogeffekts jeweils für den Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung erstellt werden. Auf dieser Grundlage lassen sich aus der sektorenübergreifenden Analyse der Abrechnungsdaten systematische Hinweise auf Verlagerungstatbestände erarbeiten.

Auswirkungen kleinräumiger Strukturänderungen

Chefarztwechsel, die Niederlassung des Oberarztes, das Einrichten, Schließen oder Neuausrichten von Abteilungen, die Fusion von Krankenhäusern sowie deren strategische Fokussierung modulieren kleinräumig das Verlagerungsgeschehen. Um die Größenordnung dieses Effekts zu erkennen, hat das Zentralinstitut Forschungsmaßnahmen zur „kleinräumigen populationsbezogenen Analyse“ des Instituts für Sozialmedizin und Gesund-

heitsökonomie in Magdeburg (ISMG) sowie des IGES-Instituts in Berlin gefördert. Um hierbei zu aussagefähigen Ergebnissen zu kommen, sind Strukturdaten sowie versichertenbezogene sektorenübergreifende Abrechnungsdaten erforderlich. Die mangelnde Bereitschaft der Krankenkassen, entsprechende Daten bereitzustellen, limitierte die Möglichkeiten der Forschung. So musste das ISMG die Analyse beenden, als die AOK Sachsen-Anhalt ihre Zustimmung

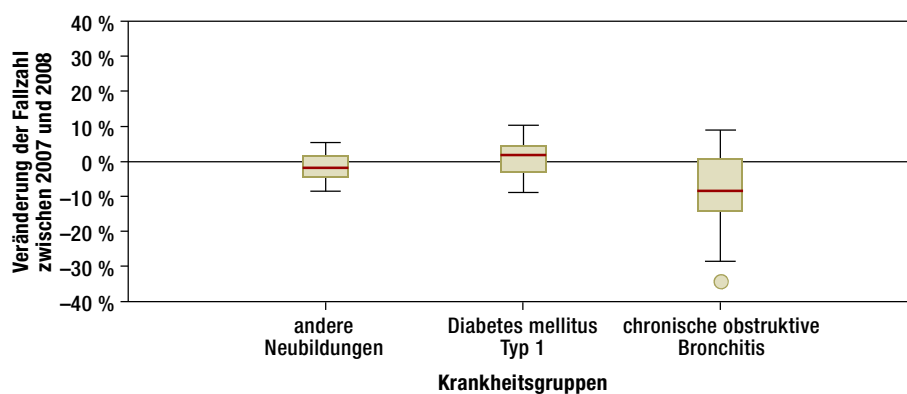
zur Datennutzung zurückzog. Pikant: Der Rückzug wurde damit begründet, dass die Ergebnisse möglicherweise Auswirkungen auf die Beratungen des Bewertungsausschusses haben könnten. Das IGES-Institut wird seine Ergebnisse im zweiten Quartal 2010 vorlegen.

Diagnosenbezogene Ausgaben- und Fallzahlentwicklung

Die Versichertenklassifikation nach den Risikomerkmalen Alter, Geschlecht und Diagnosebezug bildet die Grundlage des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs der Krankenkassen und der Ermittlung der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung. Dabei werden Risikogruppen mit hoher statistischer Aussagefähigkeit zur Erklärung systematischer Ausgabenunterschiede zwischen Versichertengruppen oder zur Prognose der künftigen Ausgaben dieser Versichertengruppen gebildet. Im Unterschied zur DRG-Methode werden jedoch nicht einzelne Behandlungsfälle, sondern Versicherte mit ihrer gesamten Leistungsanspruchnahme eines oder mehrerer Leistungssektoren über den Zeitraum eines Jahres zugrunde gelegt. Die Methode der „Versichertenbezogenen Bilanzierung“ geht deshalb von der Hypothese aus, dass auf der Grundlage dieser Versichertenklassifikationsverfahren auch systematische Verschiebungen zwischen den Leistungssektoren erkannt werden können.

GRAFIK 2

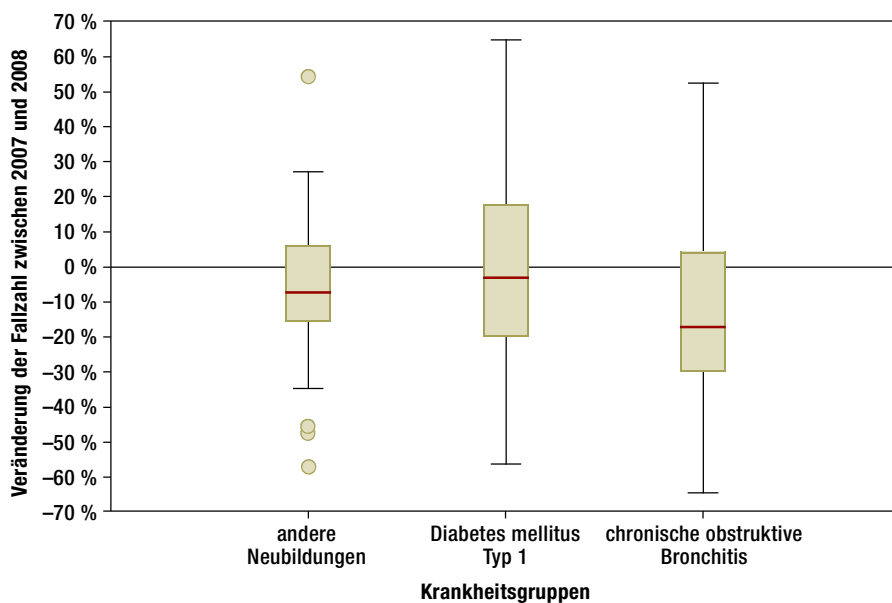
Unterschiede der Fallzahlveränderung bestimmter Morbiditätsgruppen (nach Hauptdiagnosen) zwischen den 16 Bundesländern



Quelle: Eigene Darstellung des Zi auf Basis der DRG-Statistik des StBA; Grafik erstellt: DÄ, Michael Peters

GRAFIK 3

Unterschiede der Fallzahlveränderung bestimmter Morbiditätsgruppen (nach Hauptdiagnosen) zwischen den 96 Landkreisen in Bayern



Quelle: Eigene Darstellung des ZI auf Basis der DRG-Statistik des StBA; Grafik erstellt: DÄ, Michael Peters

Hierzu hat das ZI zwei Forschungsvorhaben des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover, sowie des IGES-Instituts, Berlin, gefördert. Voraussetzung für die Durchführung dieser Forschungsvorhaben war auch hier die Nutzungsmöglichkeit von sektorenübergreifenden versichertenbezogenen Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Diese wurden unter Verwendung der vom Bundesversicherungsamt veröffentlichten Versichertenklassifikationssystematik für den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen analysiert. Nach der Methode der „Versichertenbezogenen Bilanzierung“ ist eine intersektorale Leistungsverlagerung grundsätzlich zu vermuten, wenn über eine Zeitspanne von mindestens zwei Jahren eine gegenläufige Entwicklung zwischen der stationären und der vertragsärztlichen Versorgung gemäß den folgenden Kriterien festzustellen ist:

Kriterium 1: Die tatsächlichen Leistungsausgaben für die stationäre Versorgung je Versicherten mit Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe x des Versichertenklassifikati-

onssystems nehmen gegenüber den erwarteten Leistungsausgaben für die stationäre Versorgung des Basisjahres ab. Dagegen nehmen die tatsächlichen Leistungsausgaben für die vertragsärztliche Versorgung je Versicherten mit Zugehörigkeit zur Risikogruppe x gegenüber den erwarteten Leistungsausgaben für die vertragsärztliche Versorgung des Basisjahres zu.

Kriterium 2: Die Fallzahl je Versicherten mit Zugehörigkeit zur Risikogruppe x nimmt in der stationären Versorgung ab und in der vertragsärztlichen Versorgung zu.

Es müssen beide Kriterien für den Beobachtungszeitraum in der definierten Wohnregion der Versicherten erfüllt sein. Um Hinweise auf Leistungsverlagerungen von der vertragsärztlichen Versorgung in die stationäre Versorgung zu erhalten, wird die Wirkungsrichtung der Kriterien entsprechend umgedreht.

Durch die Definition des Kriteriums 2 fokussiert dieser Ansatz auf die „vollständige“ Verlagerung eines Behandlungsfalls. Auf die Berücksichtigung anteiliger Leistungsverlagerung, etwa durch Ver-

kürzung der Verweildauer bei stationär behandelten Patienten, wird zunächst verzichtet. Dies ist insbesondere der Tatsache geschuldet, dass die pauschalierten Vergütungssysteme zu unsensibel sind, um die Verlagerung von Teilleistungen verlässlich abzubilden bzw. anzuzeigen. (12, 13)

Im Ergebnis resultiert durch die Anwendung der Kriterien eine Teilpopulation von Versicherten mit jeweils mindestens einer der Diagnosen (ICD-10-GM-Codes), die den diagnosebezogenen Risikogruppen angehören, für die die Kriterien jeweils erfüllt sind (Grafik 1). Auf Basis der Forschungsergebnisse der Institute ISEG und IGES bestätigen sich Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor für die diagnosebezogenen hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs der Tabelle 2. Darunter befinden sich prävalenzstarke HMG wie die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder Formen des Diabetes mellitus. Für mögliche Leistungsverlagerungen aus dem ambulanten in den stationären Sektor konnten bisher keine HMG ermittelt werden. (14)

Quantifizierung des verlagerungsbedingten ärztlichen Leistungsbedarfs

Das Vorgehen ist auf das zur Bestimmung des notwendigen Behandlungsbedarfs in der vertragsärztlichen Versorgung verwendete Versichertenklassifikationsverfahren übertragbar. Damit ist der erste Schritt getan, um alle im Rahmen der Bestimmung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung maßgeblichen morbiditätsbezogenen Risikogruppen systematisch nach potenziellen Verlagerungseffekten abzusuchen. Für die resultierende Teilpopulation müssen die Verlagerungseffekte, das heißt die auf Leistungsverlagerungen zurückzuführende Veränderung der Leistungsintensität in der Versorgung dieser Versicherten näher quantifiziert werden, denn nicht die gesamte gemäß Kriterium 1 ermittelte Differenz zwischen den erwarteten und

den tatsächlichen Leistungsausgaben ist auf Verlagerung zurückzuführen. In der mittels der Kriterien 1 und 2 separierten Teilpopulation ist ein möglichst direkter statistischer Zusammenhang zwischen dem durch Verlagerung zusätzlich entstandenen ambulanten Behandlungsbedarf und dem stationären Minderaufwand nachzuweisen. Das Verfahren hierzu befindet sich nach wie vor in der Entwicklung. Eine erste Abschätzung lässt jedoch auf Effekte in der Größenordnung von einem Prozentpunkt der Gesamtvergütung schließen. (15)

Zur Ermittlung der verlagerungsbedingten Veränderung des Behandlungsbedarfs im Rahmen der Honorarverhandlungen bedarf es der Anwendung des (noch nicht veröffentlichten) Klassifikationsverfahrens zur Bestimmung des Behandlungsbedarfs nach Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten (§ 87 a Abs. 4 Nr. 1 SGB V), der inhaltlichen Abgrenzung des Behandlungsbedarfs nach den für die morbiditätsbezogene Gesamtvergütung relevanten Leistungen sowie einer methodischen Abgrenzung von der Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (§ 87 a Abs. 5 Nr. 1 SGB V). Weiterhin sind die vom Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung vom 2. September 2009 (16) festgelegten Anforderungen an die Methodik zu berücksichtigen.

Regional uneinheitliche Ausprägungen

Auf Basis der bisherigen Analysemöglichkeiten zeigen sich auch innerhalb der als verlagerungsrelevant identifizierten Krankheitsgruppen regional unterschiedliche Ausprägungen. Einen Hinweis gibt die Analyse der Fallzahlveränderung auf Basis der nach Krankheitsgruppen zusammengefassten Hauptdiagnosennennungen im Vergleich der Bundesländer als auch der Kreise innerhalb eines Bundeslandes, wie die *Grafiken 2 und 3* darstellen. Demnach könnte sich die Kreisebene (*Grafik 3*) als geeignete Bezugsgröße zur Ermittlung

des Umfangs verlagertes Leistungen ergeben, um sowohl regionale Unterschiede in der Struktur des Versorgungsangebots als auch Besonderheiten in der regionalen Organisation der Leistungserbringung adäquat zu berücksichtigen. Hierbei können die Effekte auf Landesebene oder Bundesebene aggregiert werden, um die Anpassung des Behandlungsbedarfs an die Bezugsgröße zur Ermittlung der Morbiditätsrate anzupassen.

Quantifizierung von verlagerungsbedingten Arzneimittelausgaben

In den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V für die Inhalte der Arzneimittelvereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband für das Jahr 2010 sind bei der Anpassung des Ausgabenvolumens nach § 84 Abs. 2 SGB V Verlagerungseffekte berücksichtigt worden. Insgesamt wurde eine Anpassung des Ausgabenvolumens um plus 4,8 Prozentpunkte (ohne Berücksichtigung der regional festzulegenden Anpassungsfaktoren) beschlossen, davon entfiel ein Prozentpunkt auf den Anpassungsfaktor Verlagerung zwischen den Leistungsbereichen.

Für die Berechnung des Verlagerungseffekts sind diejenigen HMGs des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs herangezogen worden, bei denen ein Rückgang der Krankenhausaufenthalte (stationäre Behandlungsfälle) bei gleichzeitiger Zunahme der ambulanten Behandlungsfälle (im Vergleich der Jahre 2005 und 2007) beobachtet worden ist (*Tabelle 2*). Diese HMGs sind der weitergehenden Analyse zur Ermittlung des Umfangs eines möglichen Verlagerungseffekts unterzogen worden. In der weitergehenden Datenanalyse hat sich gezeigt, dass für die diesen HMGs zuzuordnenden stationären Behandlungsfälle auch eine Abnahme der durchschnittlichen stationären Verweildauer festzustellen ist. Im ersten Schritt sind die den HMGs zugrundeliegenden ICD-10-Diagnosen bestimmt und die jeweils verordneten Arzneimittelgruppen und deren prozentualen

Verordnungsanteile je ICD-10-Diagnose ermittelt worden. Dazu wurden Daten aus dem Verordnungsindex für Pharmazeutika von IMS Health (IMS VIP) verwendet. Anschließend wurden für die im Rahmen der HMGs beziehungsweise der ihnen zugeordneten ICD-10-Diagnosen ermittelten verordneten Arzneimittel die jeweiligen Anteile an den Gesamtverordnungen der jeweiligen Arzneimittelgruppen bestimmt. Dieser Bezug konnte mit GKV-Verordnungsdaten von Insight Health hergestellt werden.*² Für die Arzneimittel der beobachteten ICD-10-Gruppen wurden außerdem die Verordnungszahlen der letzten Jahre bestimmt, um Verordnungsveränderungen für die jeweiligen HMGs zu quantifizieren. *Tabelle 3* zeigt exemplarisch für die HMGs 108 und 109 (HMG 108: Status asthmaticus [Alter: >17 Jahre], postinflammatorische Lungenfibrose; HMG 109: COPD/Emphysem [Alter: >17 Jahre], Asthma bronchiale, Status asthmaticus [Alter: < 18 Jahre]) die Veränderung der Bruttoausgaben für Verordnungen im gleitenden Jahresdurchschnitt (Juli 2008 bis Juni 2009 versus Vorjahreszeitraum), die sich hierfür auf 81,3 Millionen Euro belaufen. Eine Preisbereinigung wurde durchgeführt, indem der diagnose-spezifische Anteil der Verordnungsdifferenzen mit den aktuellen Kosten je Verordnung (Preisstand: Juli 2009) multipliziert wurde. Abschließend wurden die so ermittelten Verlagerungseffekte um die bereits berücksichtigten Anpassungsfaktoren, etwa die innovativen Arzneimittel, bereinigt. Insgesamt kann durch dieses Verfahren für das Jahr 2010 prognostisch mittels einer Trendfortschreibung aus den Jahren 2007, 2008 und 2009 ein Umsatzeffekt für die HMGs 108 und 109 in Höhe von 68,2 Millionen Euro für Verlagerungseffekte ausgewiesen werden. Die Prävalenz der HMG 109 (108) beträgt im Jahr 2007 3,96 % (0,08 %) gemäß Angaben des Bundesversicherungsamtes.

Für sämtliche nach dem beschriebenen Verfahren identifizierten HMGs konnte bei der Quantifizierung eine steigende Verord-

*² Künftig können hierfür die Arzneimittelabrechnungsdaten gemäß § 300 Abs. 2 SGB V herangezogen werden, die den Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem ersten Quartal 2010 vollständig zur Verfügung stehen.

nungs- und Ausgabenentwicklung für die Jahre 2008 und 2009 bestimmt und prospektiv für das Jahr 2010 postuliert werden. Auf der Basis der oben beschriebenen Methodik wurden für 2010 Mehrausgaben durch stationär-ambulante Verlagerung von etwa 300 Millionen Euro beziffert bei einer Anhebung des Ausgabenvolumens für Arzneimittel in Höhe von 1,3 Milliarden Euro insgesamt.

Diskussion

Der gesetzliche Auftrag zur Ermittlung und Berücksichtigung von Verlagerungseffekten in der vertragsärztlichen Versorgung ist sowohl in § 84 SGB V wie auch in § 87 a SGB V Folge der Aufhebung einkommensorientierter sektoraler Budgets bei nach wie vor sektorbezogenen Vergütungsmechanismen. Die Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen ist bei der Vereinbarung prospektiver Zielgrößen notwendig, da es weder Aufgabe noch Verantwortung der Vertragsärzte ist, das Risiko des medizinisch-technischen Fortschritts und einer entsprechend veränderten stationären Leistungserbringung zu tragen. Die Kostenträger müssen dies nun zur Kenntnis nehmen und zu einer konsequenten Handlungsweise finden. Dies ist bisher nicht geschehen. So betonen die für den Krankenhausbereich zuständigen Vertreter des GKV-Spitzenverbands die Existenz von Verlagerungen, während deren Kollegen im Bewertungsausschuss deren Quantifizierbarkeit bislang negieren.

Auch die Wissenschaft ist gefragt. Die in diesem Werkstattbericht vorgestellten Verfahren bedürfen der wissenschaftlichen Begleitung und Erhärtung. In Anbetracht der zunehmenden Relevanz für die Verhandlungen der Gesamtvertragspartner ist es unerlässlich, intersektorale Leistungsverlagerungen weiter zu erforschen. Ein breiter wissenschaftlicher Diskurs wäre wünschenswert. Dafür bedarf es jedoch einer sektorübergreifenden versichertenbezogenen Datengrundlage für Längsschnittanalysen, die letztlich nur von den Kostenträgern bereitgestellt werden kann.

Die Berücksichtigung von Verlagerungseffekten bei der Anpassung des Ausgabenvolumens für die Arzneimittelversorgung nach § 84 Abs. 2 Nr. 7 SGB V stimmt zuversichtlich, dass der gesetzliche Auftrag ebenso in den bundesweiten Honorarvereinbarungen nach § 87 a Abs. 4 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2011 umgesetzt werden kann. Allerdings besteht bisher kein Konsens zur Methodik, und es fehlt die notwendige Datengrundlage. Die Grundlagen hierfür legt erst der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 26. 3. 2010, so dass aufgrund des engen Zeitrahmens auch in diesem Jahr mit Einschränkungen zu rechnen ist. Auf Dauer kann die fehlende Datengrundlage jedoch nicht hingenommen werden, wenn dem Kriterium der sektoralen Leistungsverlagerung im Rahmen der Honorarverhandlungen der Rang zukommen soll, der ihm logisch konsequent von Gesetzes wegen zusteht: als ein neben der Anzahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten gleichrangiger Anpassungsfaktor des mit einem festen Punktwert zu vergütenden notwendigen Behandlungsbedarfs. ■

Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Weitere Autoren dieses Beitrages:

Kathrin Jansen (ZI), Thomas Czihal (ZI),
Dr. med. Sibylle Steiner (KBV),
Dr. med. Peter Bartmann (KBV)

LITERATUR

- Bakour S, Jones S, O'Donova P: Ambulatory hysteroscopy: evidence-based guide to diagnosis and therapy. *Best Practice & Research Clinical and Obstetrics and Gynaecology*. Vol. 20, No. 6. 2006. S. 953–975
- Rodger M, Gagné-Rodger C, Howley H, Carrier M, Coyle D, Wells P: The outpatient treatment of deep vein thrombosis delivers cost savings to patients and their families, compared to inpatient therapy. *Thrombosis Research* 112, 13–18. Elsevier. 2003
- Boucher M, Rodger M, Johnson J, Tierney M: Shifting from Inpatient to Outpatient Treatment of Deep Vein Thrombosis in a Tertiary Care Center: A Cost-Minimization Analysis. *Pharmacotherapy* 2003; 23 (3): S. 301–309
- Häussler, Hörer, Hempel, Storz: *Arzneimittel-Atlas 2007*. Arzneimittelverbrauch in der GKV. Urban & Vogel. 2007. S. 48–53
- Lüngen M, Lauterbach KW: Konsequenzen der DRG-Einführung für die ambulante Versorgung. *Krankenhausreport* 2003. Schattauer Verlag 2004:S. 173–186.
- Kosecoff J, et al. Prospective Payment System and Impairment at Discharge. *JAMA*, October 17, 1990; 264, No 15
- Kahn L et al. Comparing Outcomes of Care before and after Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System. *JAMA*;1990; 264; S. 1984–1988
- Rogers W, et al: Quality of Care Before an After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System. *JAMA*. 1990; 264; S. 1989–1994
- Sens B, Wenzlaff P, Pommer G, Hardt H: DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität. Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen. 2009
- Rochell B, Sokoll M, Wenzk A, Casser U, Reuhl T, Burrichter H, Raskop AM, Ryll A, Loskamp N, Köhler A: Auswirkungen auf den vertragsärztlichen Sektor. In Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg): *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland*. Kohlhammer Verlag, 2009: S. 216–228
- Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H.: DRG-Katalogeffekte. Bewertung von Katalogeffekten und Beschreibung ihrer Einflussfaktoren im G-DRG-System. Expertise im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. DRG-Research-Group. Münster. Februar 2010 (unveröffentlicht)
- Koch H, Kerek-Bodden H, Heuer J, Franke A, Brenner G : Ermittlung von Verlagerungseffekten infolge der DRG-Einführung. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. Unveröffentlichtes Manuskript. Berlin. 2006
- IGES Institut GmbH: Ermittlung und Messung von Verlagerungseffekten zwischen stationärem und ambulantem Sektor-Bericht im Rahmen einer Forschungs- und Entwicklungsmaßnahme. Berlin. Februar 2010 (unveröffentlicht)
- Grobe T, Dörning H: Gutachten Methoden der „versichertenbezogenen Bilanzierung“ Erprobung der Nutzung von Versichertenklassifikationsverfahren und regressionsanalytischer Modellrechnungen zur Identifikation von Verlagerungseffekten auf der Basis von bereits verfügbaren Daten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung. Unveröffentlichter Endbericht. Hannover. Juni 2009
- Stillfried D, Czihal T, Jansen K: Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten – Ein Beitrag zur Methodik der Messung von Verlagerungseffekten und grobe Abschätzung der Bedeutung. *Das Gesundheitswesen*. 2010. (im Erscheinen)
- Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009. Online unter: <http://www.kbv.de/8157.html> (Zugriff am 9. 4. 2010)