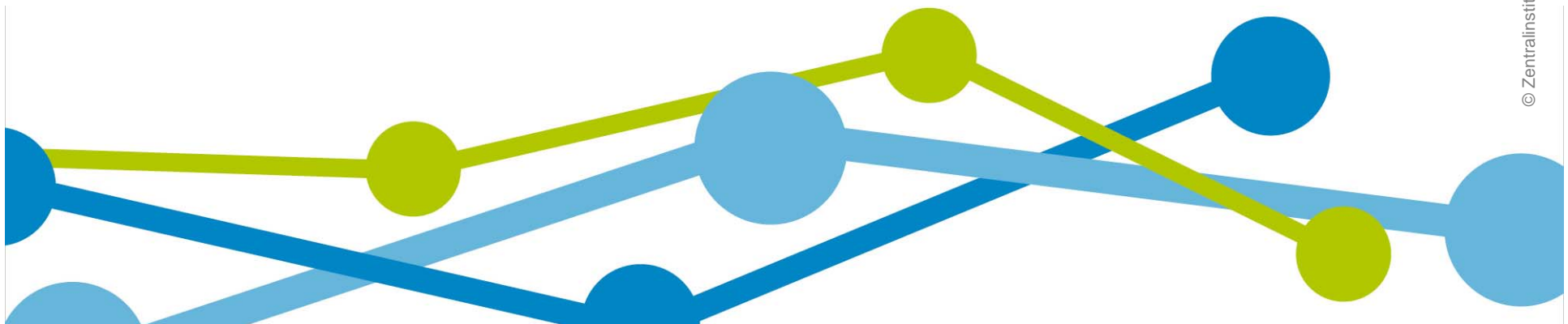


Berücksichtigung von sozioökonomischen Kriterien in morbiditätsorientierten Versichertenklassifikationssystemen

T. Czihal, Dr. D. von Stillfried, Y. Dong /
9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung am 01. Oktober 2010 in Bonn



Hintergrund

USA:

- Entwicklung von periodenbezogenen Klassifikationsmodellen zur Berechnung von Versichertenpauschalen für HMOs durch Medicare.

Deutschland:

- **(1)** Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf Basis von 80 Krankheiten für Mittelzuweisungen des Gesundheitsfonds an die gesetzlichen Krankenkassen.
- **(2)** Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung: Veränderung der Morbiditätsstruktur ist wesentlicher Anpassungsfaktor der Mengenkompente der Vergütung.

Hintergrund

Probleme:

- (a) Historische Unterschiede im Vergütungsniveau;
- (b) nach Standardisierung der Morbidität verbleiben **unerklärte regionale Unterschiede in der Versorgungsintensität**
– notwendige oder zufällige Unterschiede?

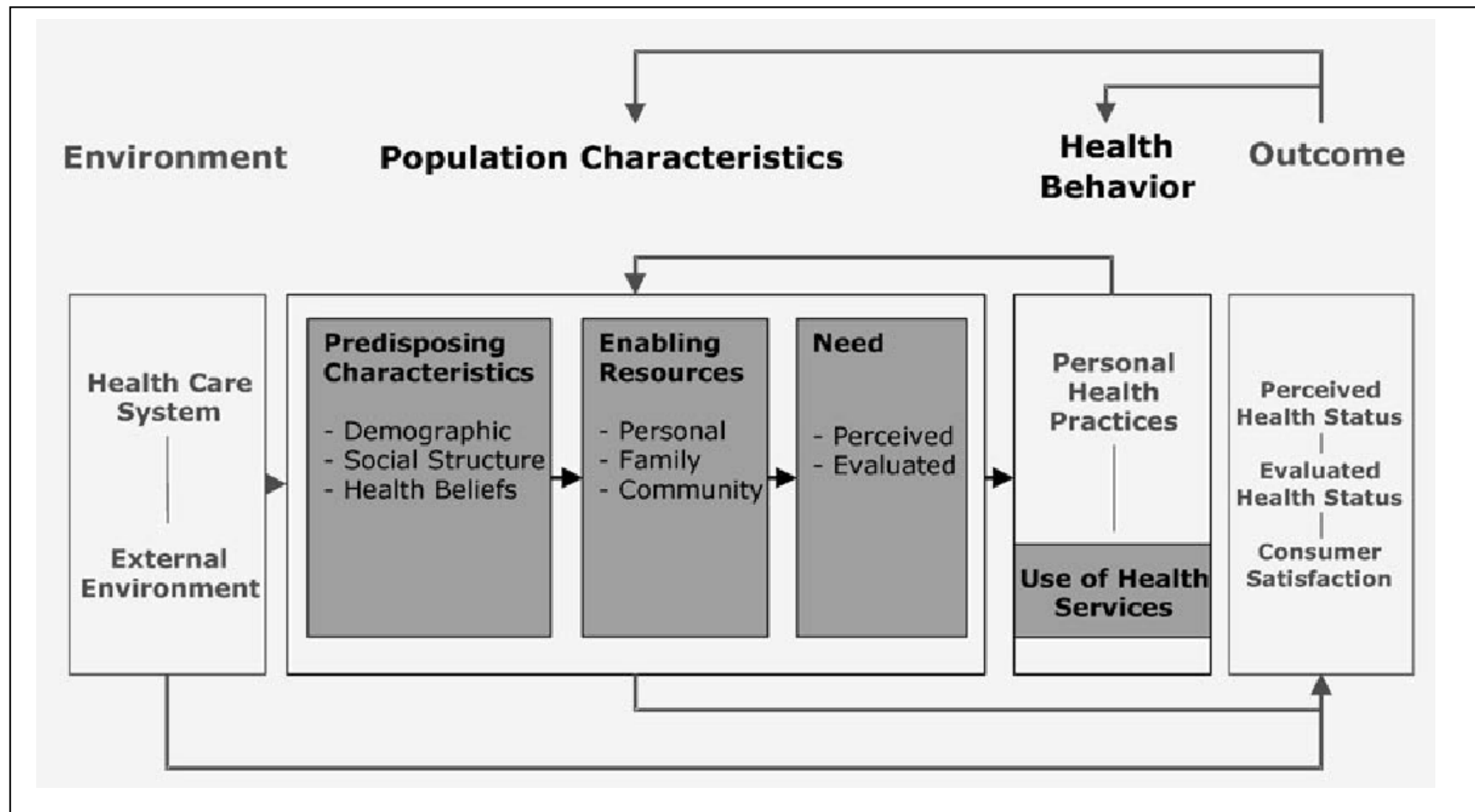
Handlungsdruck:

- Gesetzentwurf des „GKV FinG“ sieht vor, dass Bewertungsausschuss dem BMG / Bundestag im April 2011 ein Konzept für die Konvergenz der Vergütungen vorlegt.

Ziel: bedarfsgerechte Mittelallokation
(zur Versorgung gleichartiger Patienten soll überall in
Deutschland der gleiche Betrag zur Verfügung stehen)

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

- Verhaltensmodell nach Andersen



Andersen (1995)



Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Empirische Ergebnisse (Studien)

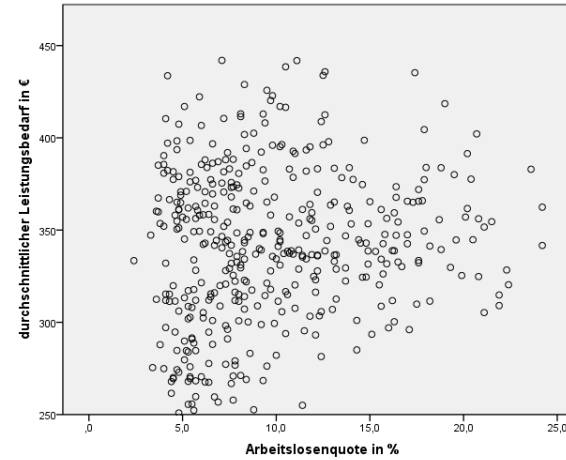
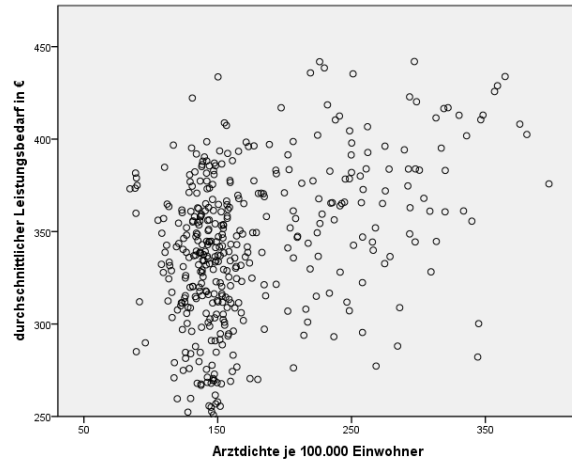
- Einkommen, soziale Schicht und Berufsstand sind Determinanten für Gesundheitsausgaben (Hoffmeister et al. 1992)
- Der Familienstand hat unabhängig von Alter, Geschlecht und Morbidität Einfluss auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. (Joung et al. 1995)
- Lebensform hat einen eigenen Einfluss auf die Inanspruchnahme: Alleinlebende weisen eine signifikant höhere Inanspruchnahme auf als Vergleichsgruppen (Cafferata 1987)
- Inanspruchnahme ist abhängig vom Wohnort: Stadt – Land und Ost - West Unterschiede in Deutschland (Thode et al. 2004)
- **Überprüfung anhand von Routinedaten durch das ZI**

Sozioökonomische Merkmale und Inanspruchnahme vertragsärztlicher Versorgung

Pearson Korrelationskoeffizient auf Kreisebene

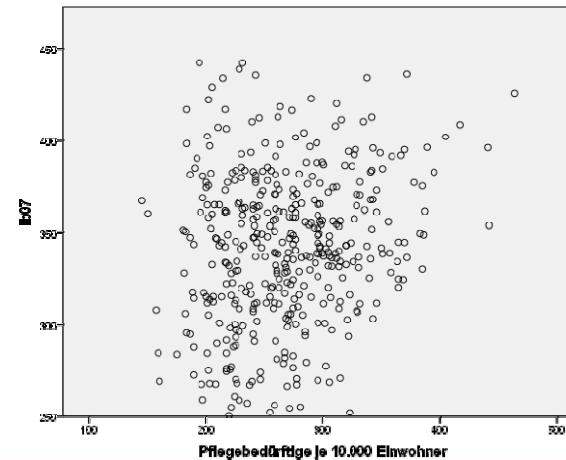
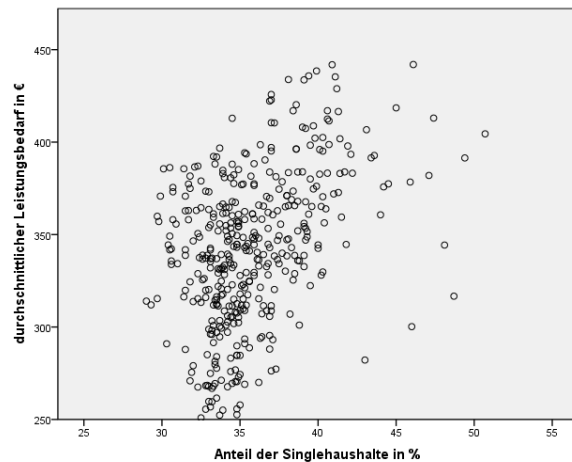
Arztdichte je 100.000 Einwohner: 0,38 ($p < 0,01$)

Arbeitslosenquote: 0,13 ($p < 0,05$)



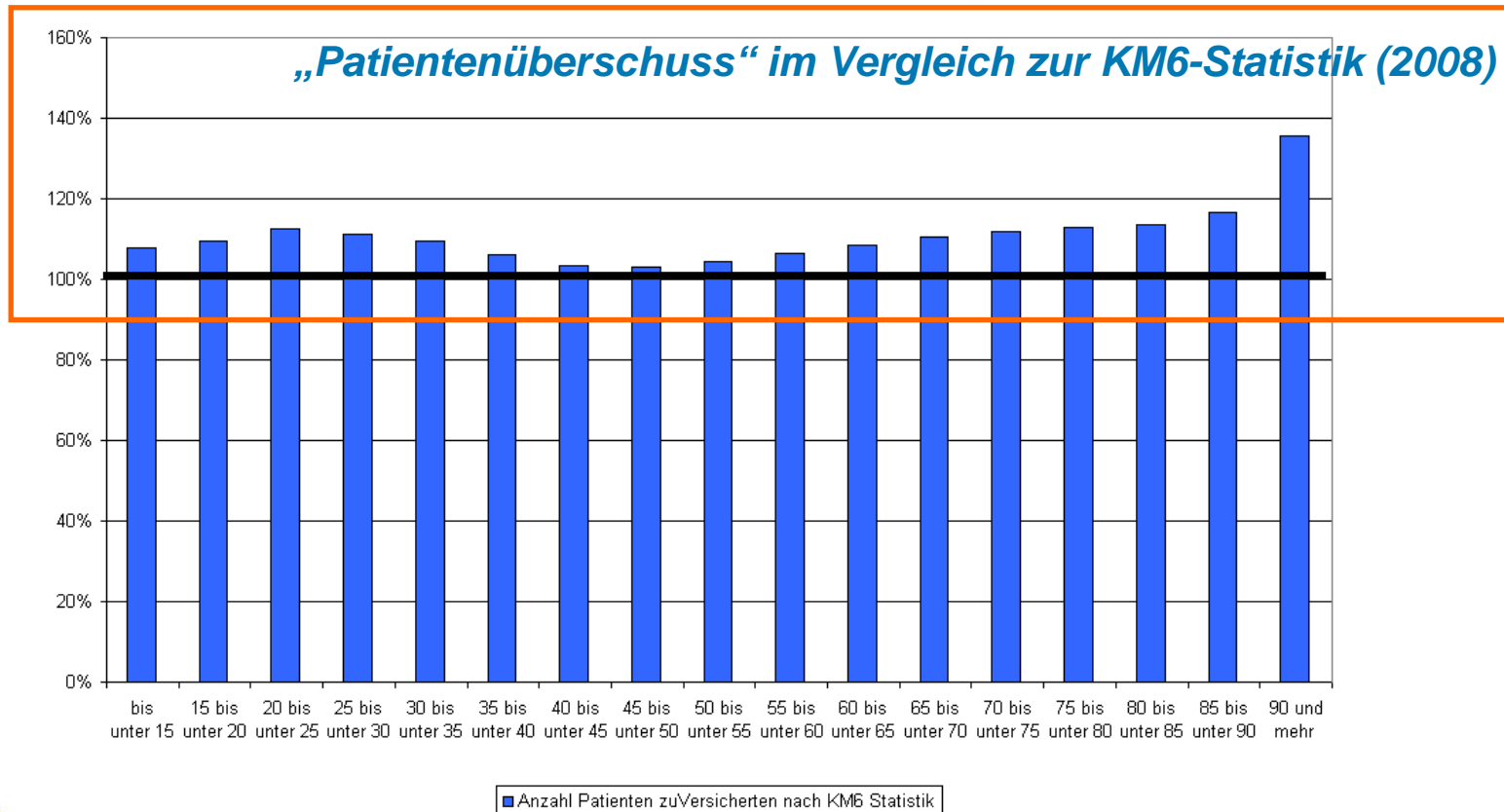
Anteil Singlehaushalte: 0,41 ($p < 0,01$)

Pflegebedürftige je 10.000 Einwohner: 0,18 ($p < 0,01$)



Exkurs Datengrundlage

- Abrechnungsdaten sind Bewegungsdaten ohne eindeutigen Bezug zu Versichertenstammdaten
- „Patientenbildung“ erfolgt über die Kombination aus Pseudonym der Versichertennummer, Geburtsdatum und IK der Krankenkasse
- Bei Wechsel der Versichertennummer oder fehlerhaftem Eintrag des Geburtsdatums, entsteht fälschlicherweise ein „neuer“ Patient



Weiterentwicklung der Klassifikationsmodelle

→ **Morbidität**

Klassifikationsmodell zur Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsrate 2009/2010 mit 32 Alters- und Geschlechtsgruppen und 60 diagnosebezogenen Morbiditätsgruppen.

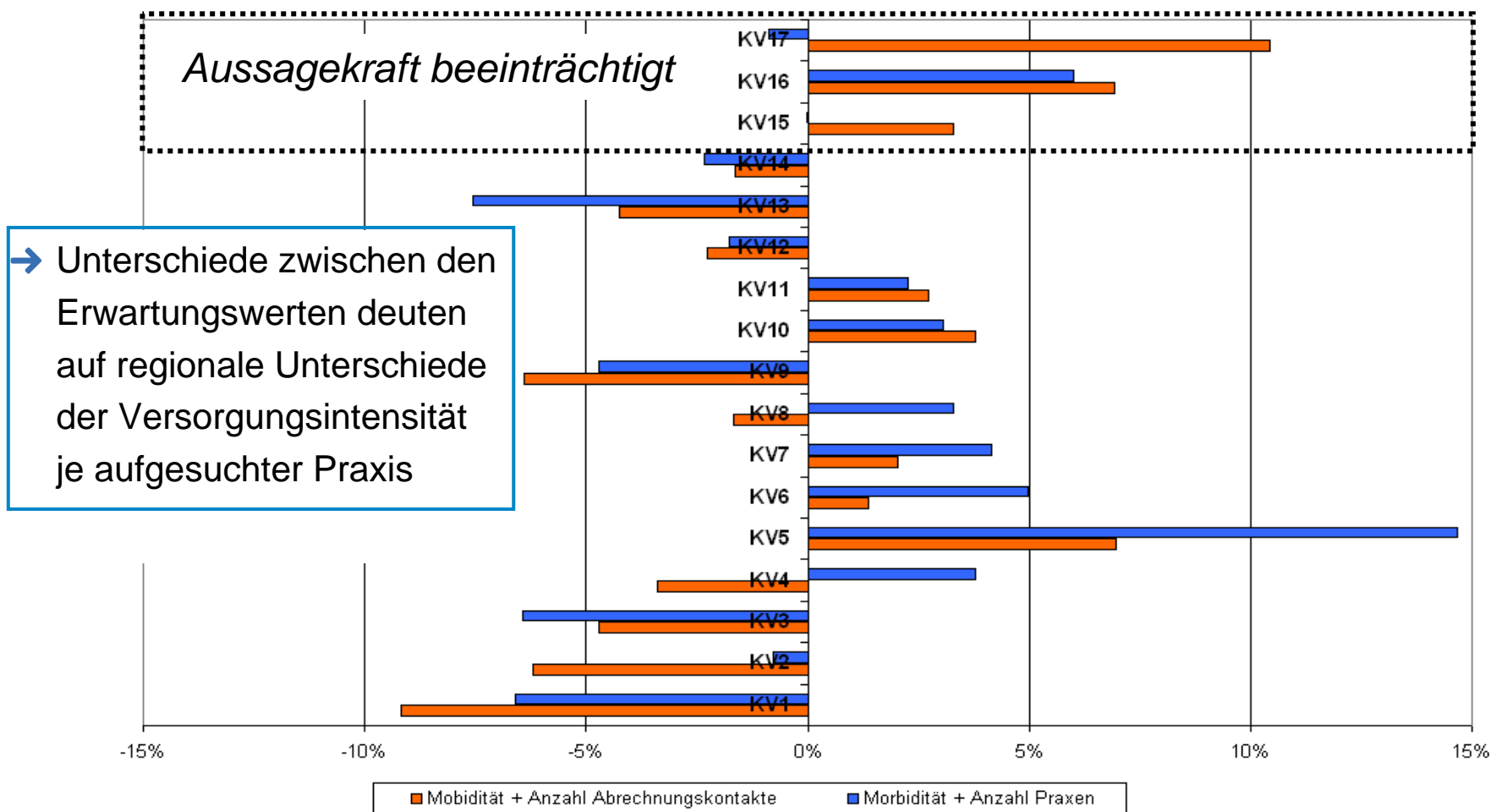
→ **Morbidität + Anzahl Abrechnungskontakte**

Morbidität ergänzt um die Anzahl der Abrechnungskontakte je Patient.

→ **Morbidität + Anzahl aufgesuchter Praxen**

Morbidität ergänzt um die Anzahl der aufgesuchten Praxen je Patient.

Modellvergleich auf KV-Ebene



Vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2008; brutto Leistungsbedarf in der MGV - Abgrenzung)



Risikostrukturausgleich in Belgien und den Niederlanden

Country	Year of Implementation	Risk-adjusters
Belgium	1995 2006	-Age, sex, social insurance status, employment status, mortality, urbanization, income -Age, sex, social insurance status, employment status, mortality, urbanization, income, diagnostic and pharmaceutical cost groups
Netherlands	1993 1996 1999 2002	-Age, sex -Age, sex, region, disability status -Age, sex, social security/ employment status, region of residence -Age, sex, social security/ employment status, region of residence, diagnostic and pharmaceutical cost groups

Pairmain (2007)

Regionale Komponente in den Niederlanden:

Bündelung von Postleitzahlgebieten erfolgt auf der Basis von:

- Urbanität,
- dem Anteil an nicht-westlichen Ausländern,
- dem Durchschnittseinkommen,
- dem Anteil Alleinstehender,
- der standardisierten Sterbewahrscheinlichkeit,
- der Erreichbarkeit von Krankenhäusern und Hausärzten
- sowie der Anzahl der Pflegebetten.

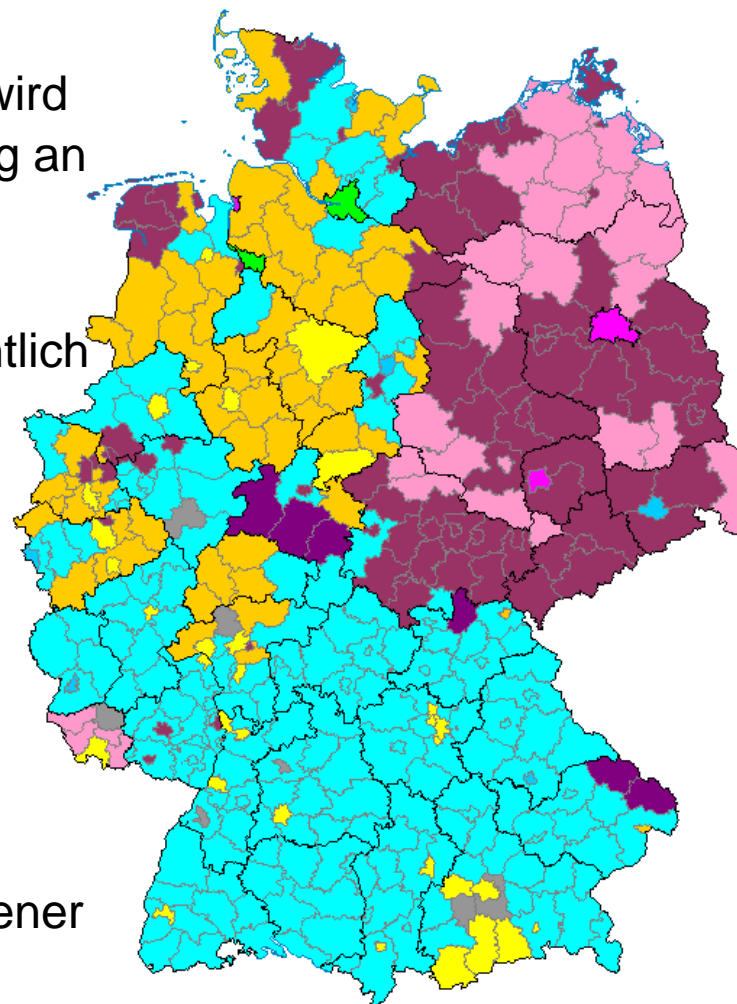
Es werden **zehn Postleitzahlcluster** unterschieden.



Das niederländische Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport(2008)

Regionale Komponente

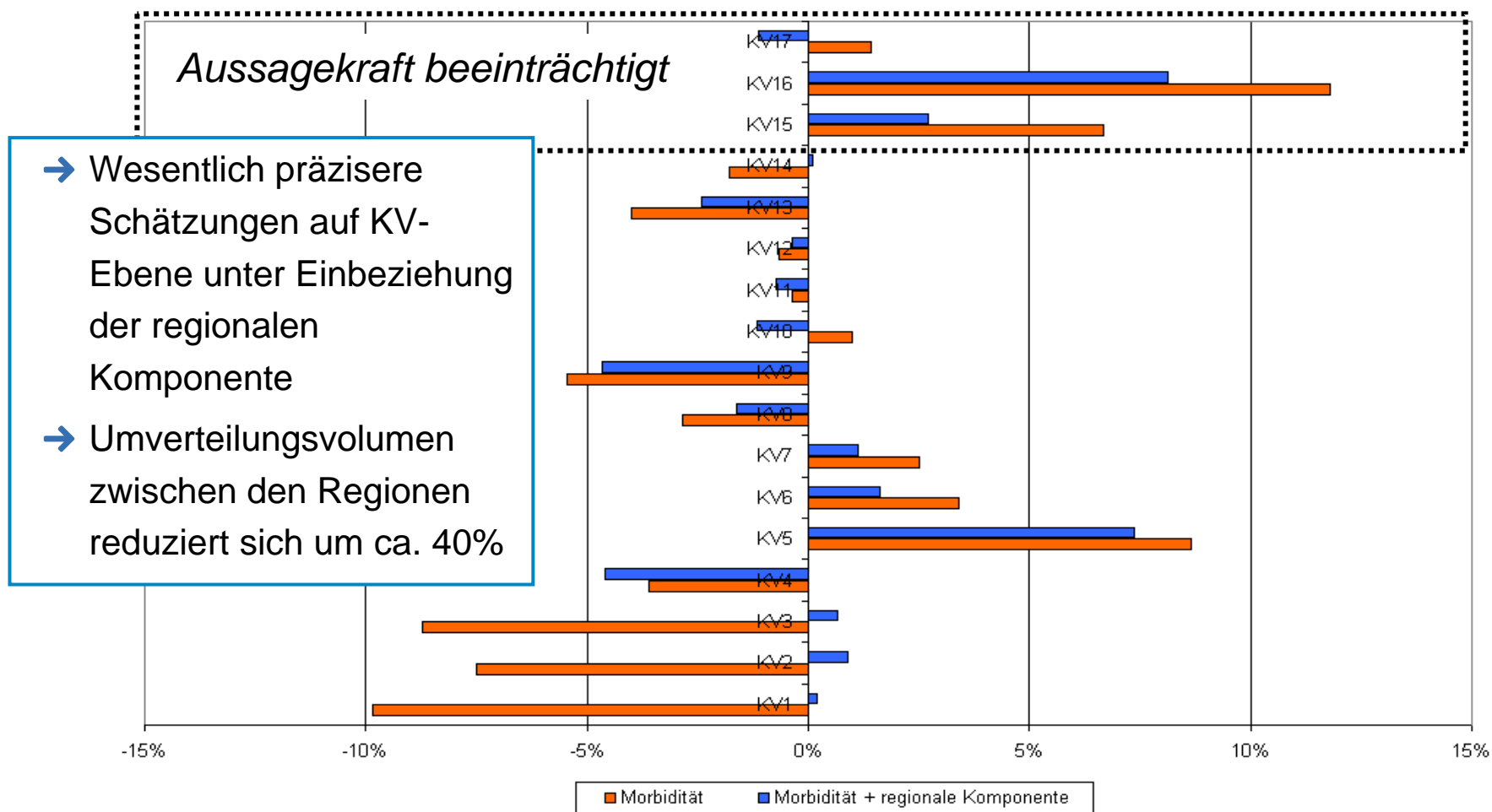
- Basismodell (Alter, Geschlecht, Morbidität) wird um eine regionale Komponente in Anlehnung an den RSA der Niederlande ergänzt
- Hierfür wurden mittels Clusteranalyse 10 möglichst homogene „Regionstypen“ hinsichtlich
 - Anteil der Singlehaushalte,
 - Anteil der Pflegebedürftigen,
 - Arbeitslosenquote und
 - durchschnittliches Haushaltseinkommen gebildet.
- Jeder Patient wird in Abhängigkeit seines Wohnorts einem Regionstyp zugeordnet.
- Je Regionstyp ergibt sich ein wohnortbezogener „Risikozuschlag“.



Datengrundlage: InkAR Indikatoren des BBR



Modellvergleich auf KV-Ebene



Vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2008; brutto Leistungsbedarf in der MGV - Abgrenzung), InKAR Indikatoren BBR



Fazit

- Neben Alter, Geschlecht und Morbidität sind **sozioökonomische Indikatoren wichtige Determinanten der Inanspruchnahme**
- Berücksichtigung einer **regionalen Komponente** in den Niederlanden bereits vor Morbiditätsbezug etabliert - auch **in Deutschland möglich**
- Datenlage auf individueller Ebene stark begrenzt → **Mehrebenenmodelle**
- Berücksichtigung der regionalen Komponente **verbessert Schätzgenauigkeit** auf KV-Ebene und **reduziert** das notwendige „**Umverteilungsvolumen**“, da Inanspruchnahmeunterschiede teilweise durch sozioökonomische Indikatoren erklärbar
- ggf. weitere Berücksichtigung der Angebotsstruktur im Kontext der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen notwendig (z.B. spezialisierte ambulante Versorgung)