

Disease Management Programme – trotz oder wegen „Morbi-RSA“?

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

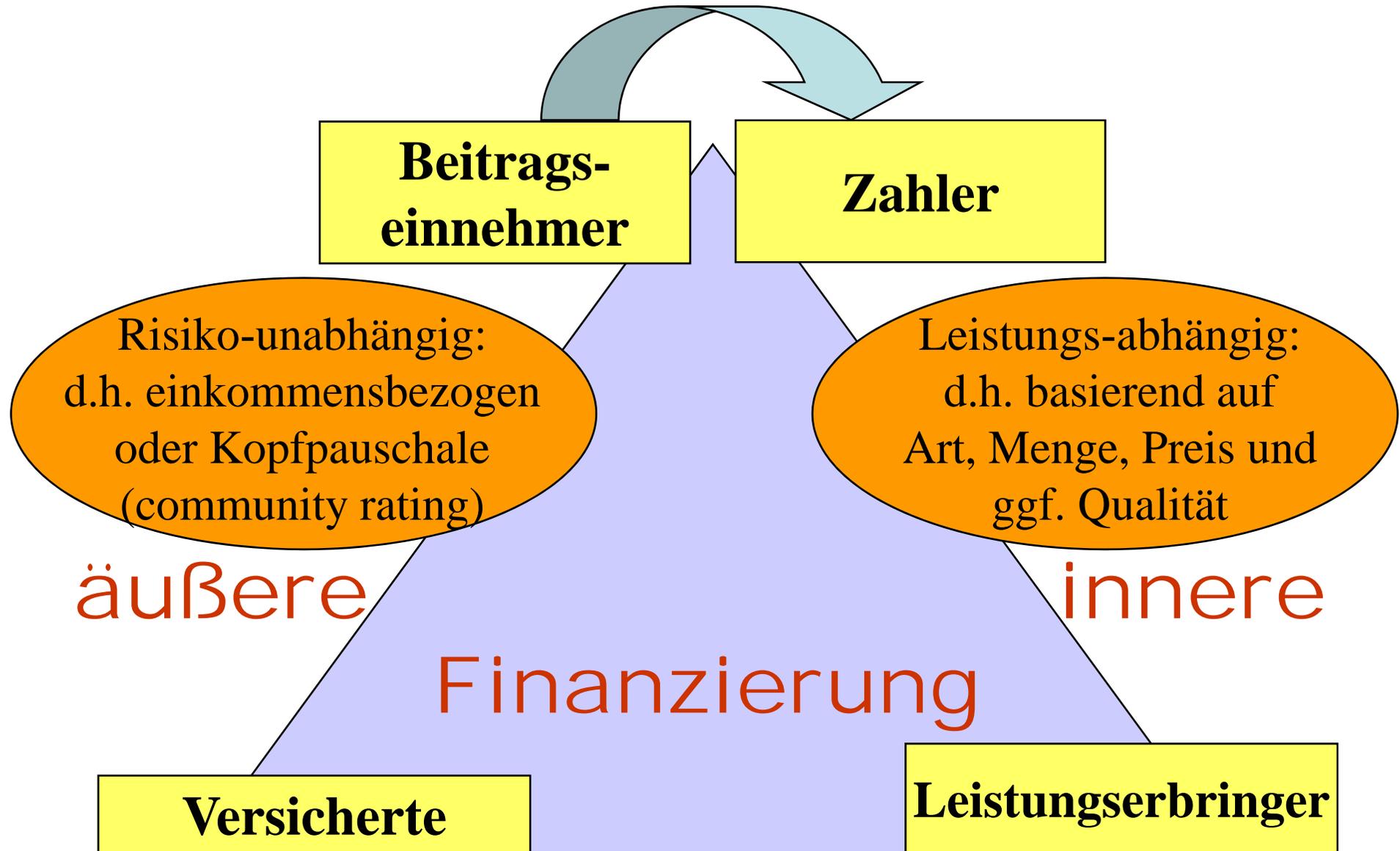
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies



Risikostrukturausgleich



Risikostrukturausgleich

Kriterien?

**Gesundheits-
fonds**

**Kranken-
kassen**

Risiko-unabhängig:
d.h. einkommensbezogen
oder Kopfpauschale
(community rating)

Leistungs-abhängig:
d.h. basierend auf
Art, Menge, Preis und
ggf. Qualität

Rolle von DMPs?

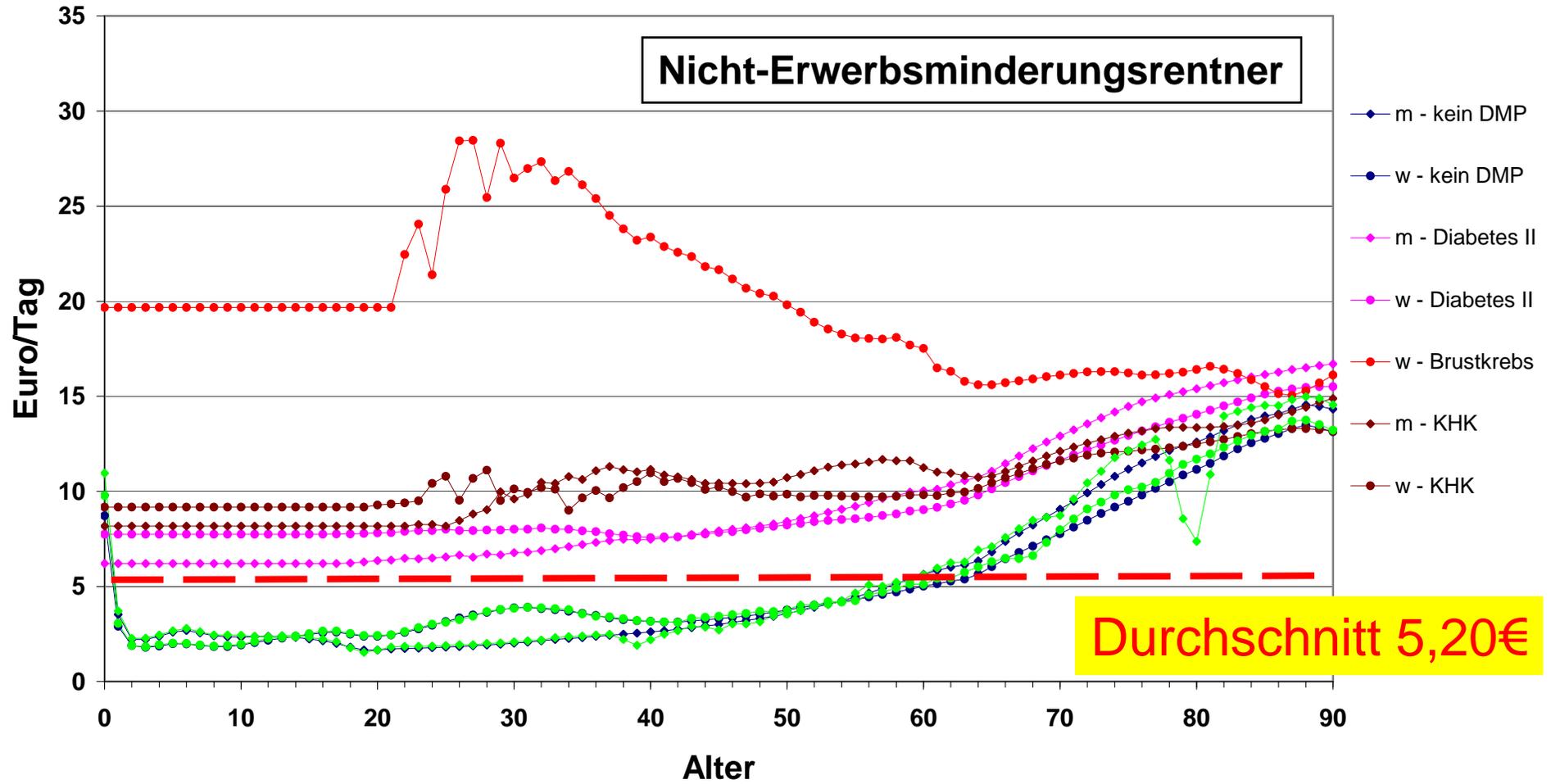
Versicherte

Leistungserbringer

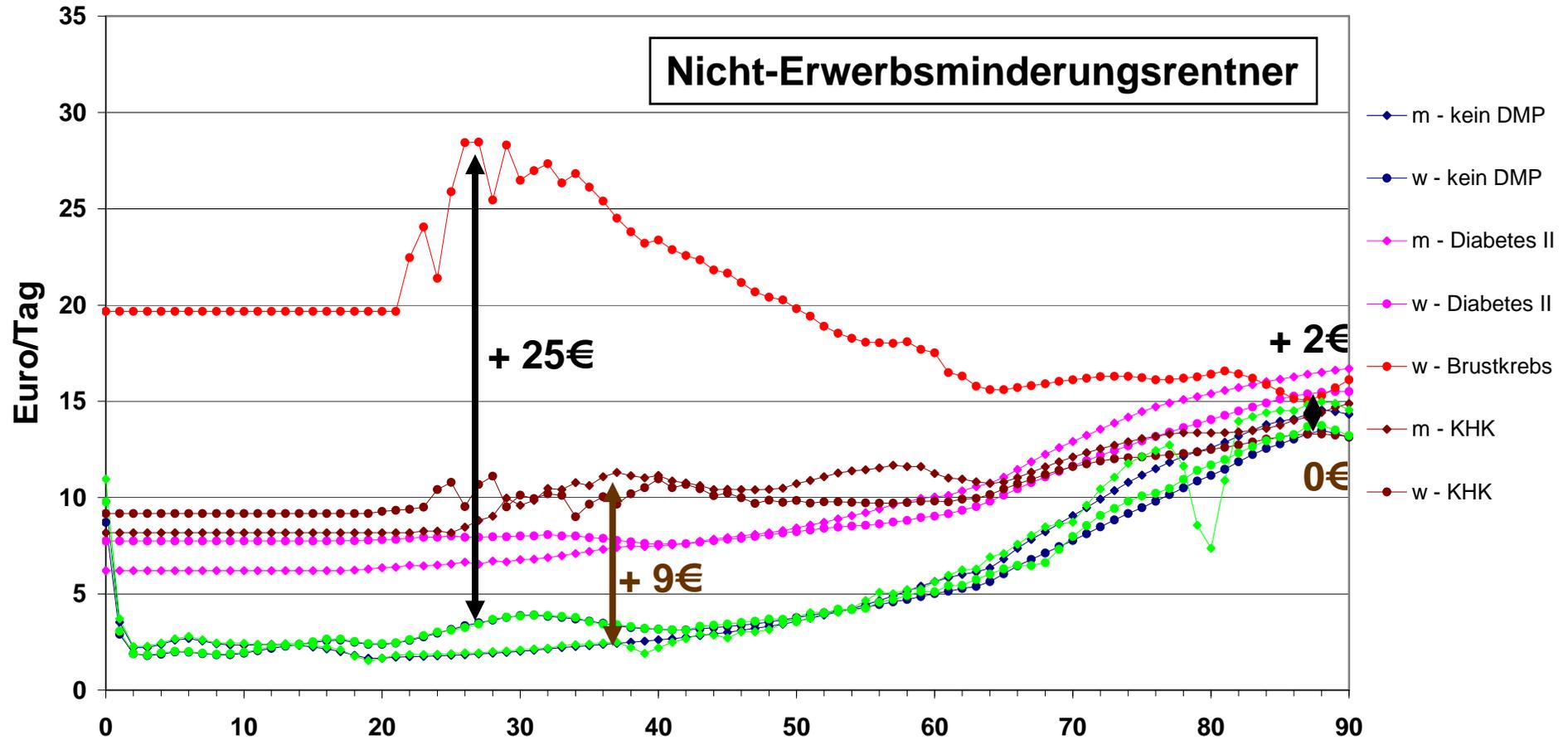
Der RSA bis 2008

- Nutzung der Durchschnitts-(„Standard“-)kosten pro Alters- und Geschlechtszelle
 - > Anreiz für Kassen, chronisch/schwerwiegend Kranke zu vermeiden
- Seit 2002 getrennte Zellenbildungen für DMP-Teilnehmer (freiwillig als „chronisch krank“ identifiziert)
 - > sehr unvollständige Identifizierung aus dem Pool aller Chronisch-/ Schwer-Kranken

Standardisierte Leistungsausgaben in Euro pro Tag -Rechtskreis WEST- Jahresausgleich 2005

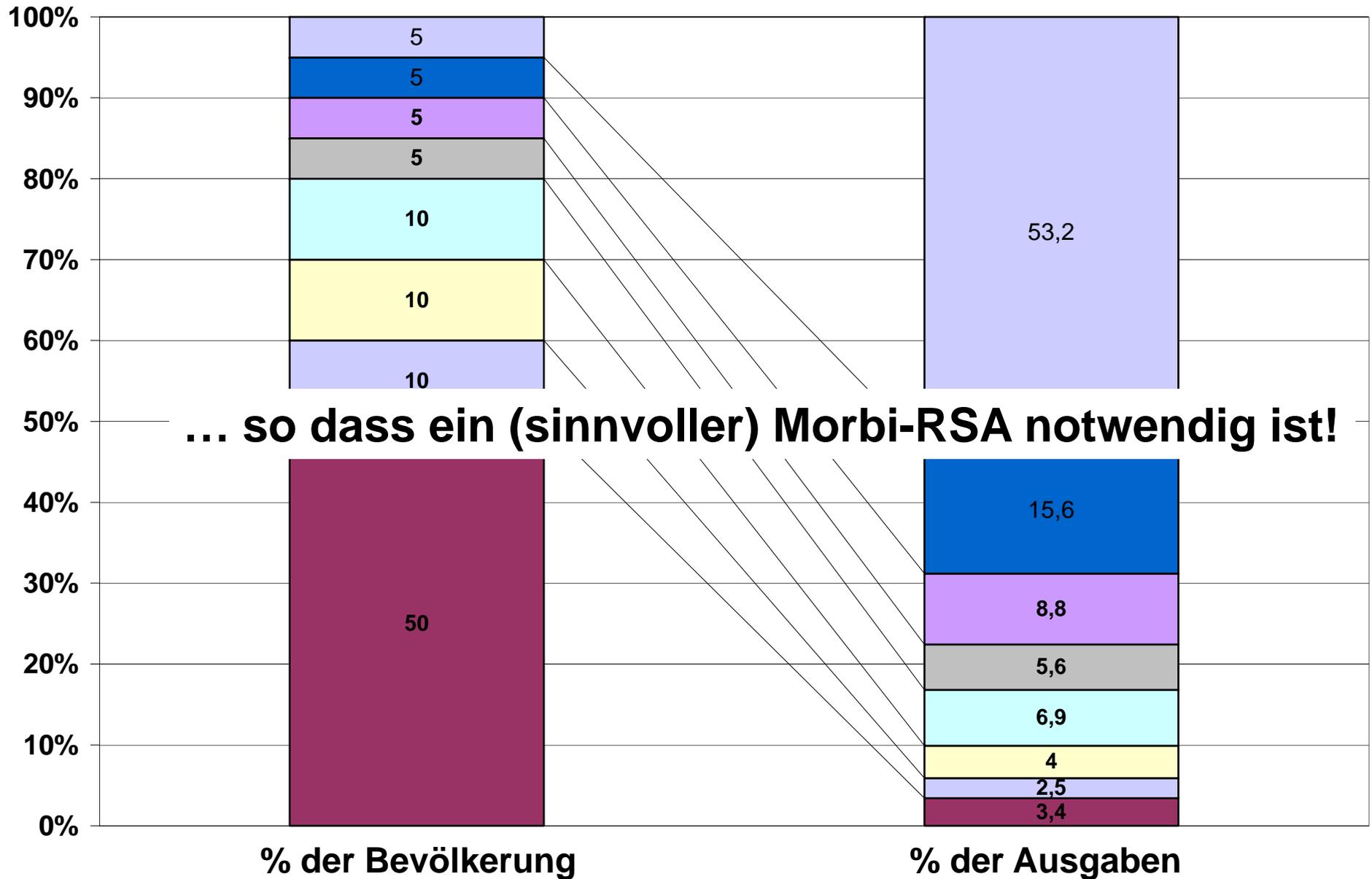


Standardisierte Leistungsausgaben in Euro pro Tag -Rechtskreis WEST- Jahresausgleich 2005



DMPs haben sich fast immer gelohnt
(zumindest bei jüngeren Versicherten!)

Die Verteilung von Leistungsausgaben auf Versicherte ist extrem konzentriert



Aber wie die 5, 10 oder 15% der Versicherten identifizieren?

- Retrospektiv
 - > *Fehlanreiz zu unnötiger Fehl- und Überversorgung*
- Prospektiv
 - Am 1.1. Untersuchung aller Versicherten beim MDK; dabei Einstufung in Morbi-0, -1 ... -n ein -> *zu aufwändig*
 - Nutzung von zurückliegenden Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen (stationär, ambulant, Arzneimittel)
 - > *unterstellt angemessene Versorgung; Anreiz zu Überversorgung (gaming); Unterversorgte gelten als „gesund“*
 - Nutzung von zurückliegenden Informationen zu Diagnose(n)
 - > *bei gleicher Diagnose ggf. sehr unterschiedlicher Ressourcenbedarf; Anreiz zur Fehlcodierung (upcoding)*

Aber wie die 5, 10 oder 15% der Versicherten identifizieren?

- Retrospektiv
-> *Fehlanreiz zu unnötiger Fehl- und Überversorgung*

• P

Lösungen:

- *kluge* Mischung von Inanspruchnahme und Diagnosen
- Konzentration auf Diagnosen mit geringer Upcoding-Gefahr
- Unterteilung von Diagnosen nach Schweregrad

Ressourcenbedarf; Anreiz zur Fehlcodierung (upcoding)

Aber:

- Jenseits der Identifizierung der „teuren“ Versicherten bleibt die Frage, ob der RSA
- Anreize für Prävention (*insbesondere auch Tertiärprävention, d.h. Vermeidung von Komplikationen!*), Vermeidung von Unter- und Überversorgung sowie Qualitätsverbesserung setzen soll oder
 - „versorgungsneutral“ sein soll (*was er niemals sein kann, solange die Morbidität bei Leistungsanspruchnahme codiert wird*).

Gesetzliche Vorgaben für Morbi-RSA

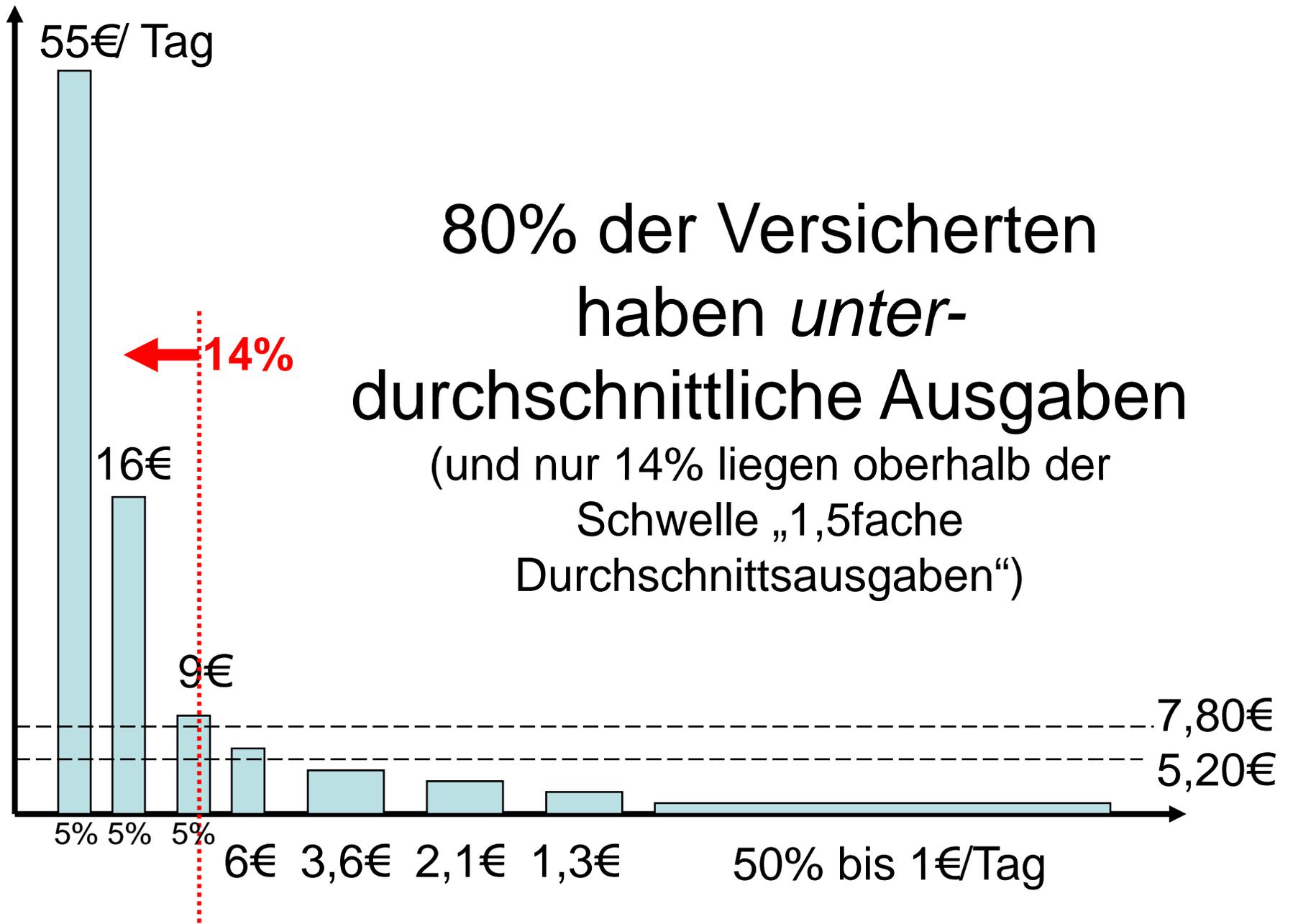
- „50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“

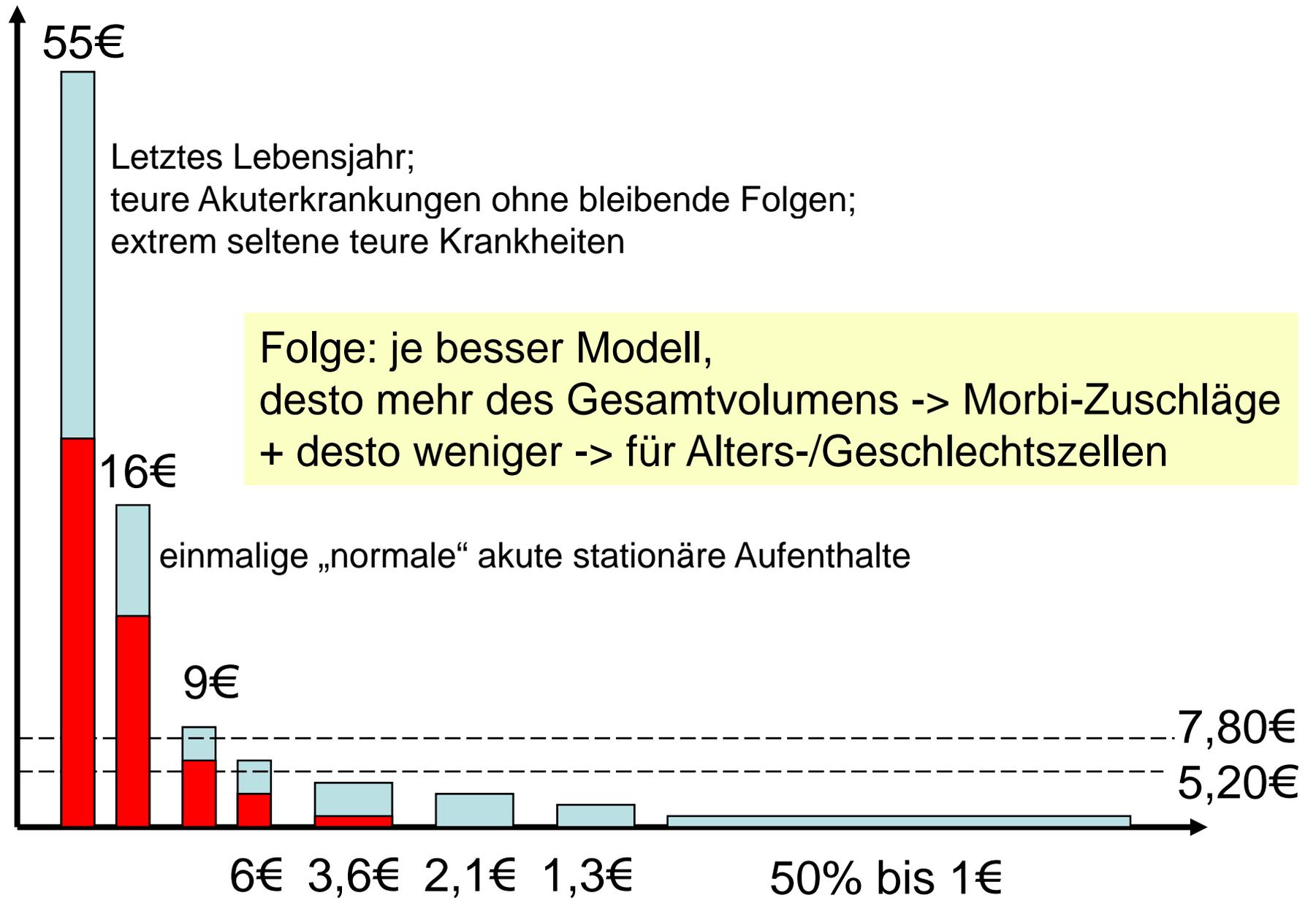
§ 268 Abs. Satz 1 Nr. 5 SGB V n.F.

- „...bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 vom Hundert übersteigen... . Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein.“

§ 31 Abs. 1 Satz 3 und 4 RSAV

Faustregel: Morbi-Zuschlag müsste mind. € 1100 betragen, wenn die Versichertengruppe dieses Kriterium erfüllt.





Für Morbi-RSA zu identifizierende Krankheiten

Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirates: Empirie und Versorgungspolitik

- Gutachter haben sich für ein empirisches und datengestütztes Vorgehen entschieden.
- Funktionale Operationalisierung der unbestimmten Rechtsbegriffe: „eng abgrenzbare Krankheit“, „chronisch-kostenintensiv“ und „schwerwiegend“ .
- Empirisches Vorgehen durch versorgungspolitische Aspekte ergänzt: Anreize zur Prävention, Anreize zur spezifischen Kodierung, Vermeidung von Komplikationen etc.

Eng abgrenzbare Krankheiten: Orientierung an Diagnosegruppen

- Rückgriff auf Diagnosegruppen eines bewährten Klassifikationsmodells (HCC)
 - Zusammenfassung medizinisch zusammenhängender Diagnosen auch über ICD-Gruppen hinweg (DxGruppen)
 - Soll Unterschiede in der Diagnosepraxis auffangen
- Krankheit als Gruppe von Diagnosegruppen
- Auswahl von Krankheiten, aber Anwendung der Kriterien auf Diagnosegruppen

Operationalisierung von kostenintensiv-chronisch und schwerwiegend

- kostenintensiv chronisch:
 - Persistenz der ambulanten Diagnose über zwei Quartale hinweg bei mind. 50 % der Betroffenen
 - prävalenzgewichtete altersstandardisierte Folgekosten einer Diagnosegruppe gehören zu den obersten 30 %
- schwerwiegend:
 - stationärer Aufenthalt mit hohen Folgekosten
 - Mind. 5% aller Patienten mit Dg. stationär behandelt

Prävalenzgewichtung: „Volkskrankheiten“ vs. seltene, schwere Krankheiten

- Sollen die individuellen Folgekosten mit der Krankheitshäufigkeit gewichtet werden?
 - Extreme:
 - Ohne Prävalenzgewichtung: Auswahl der Krankheiten mit den höchsten Kosten je Fall
 - Lineare Prävalenzgewichtung (Kosten * Zahl der Fälle): Gesamtkosten für die GKV
- ⇒ Logarithmische Prävalenzgewichtung:
geringst mögliche Prävalenzberücksichtigung
(aber Vermeidung extrem seltener Krankheiten)

Schwierige Grenzziehung beim Diabetes, wenn Ziel Prävention (mit) verfolgt wird

Tabelle 1: Auswertungsergebnisse für Diabetes mellitus Typ 1 und 2

		Diabetes mell. Typ 1		Diabetes mell. Typ 2	
1	ohne Komplikationen	111		110	
2	mit diabetischer Ketoazidose oder Koma	10		104	
3	mit Manifestation am Auge	109		108	
4	mit nicht näher bezeichneten und multiplen Komplikationen	113	CK+S	112	CK+S
5	mit anderen näher bezeichneten Krh. einschl. hypoglykämischem Schock	107	CK+S	106	S
6	mit Krankheitserscheinungen des Nervensystems	101	CK	100	
7	mit Krankheitserscheinungen an den peripheren Gefäßen	103	CK	102	CK+S
8	mit Nierenbeteiligung	99	CK	98	

Einschlusskriterien erfüllt: CK: chronisch-kostenintensiv, S: schwerwiegend

Relative Kosten

Handwritten annotations on the table:

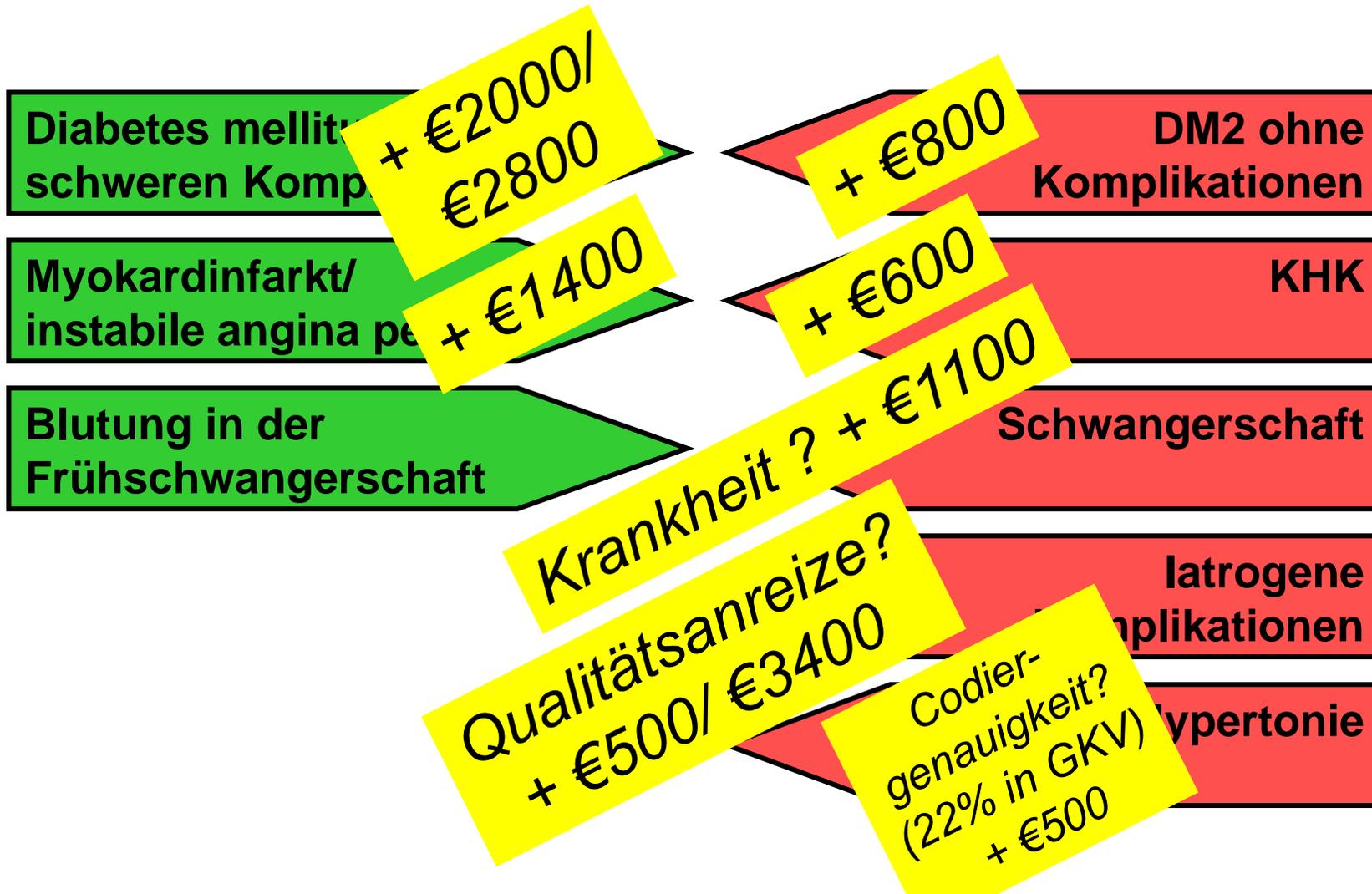
- Yellow box: + €2300 (between rows 1 and 2, Typ 1)
- Yellow box: + €800 (between rows 1 and 2, Typ 2)
- Yellow box: + €1800 (between rows 2 and 3, Typ 2)
- Yellow box: + €2200 (between rows 6 and 7, Typ 2)
- Yellow box: + €2800 (between rows 7 and 8, Typ 2)
- Red box: Kein Zuschlag (between rows 1 and 2, Typ 2)
- Green box: Zuschlag (between rows 6 and 7, Typ 2)

Auswahl der 50 bis 80 Krankheiten: Entscheidung des BVA

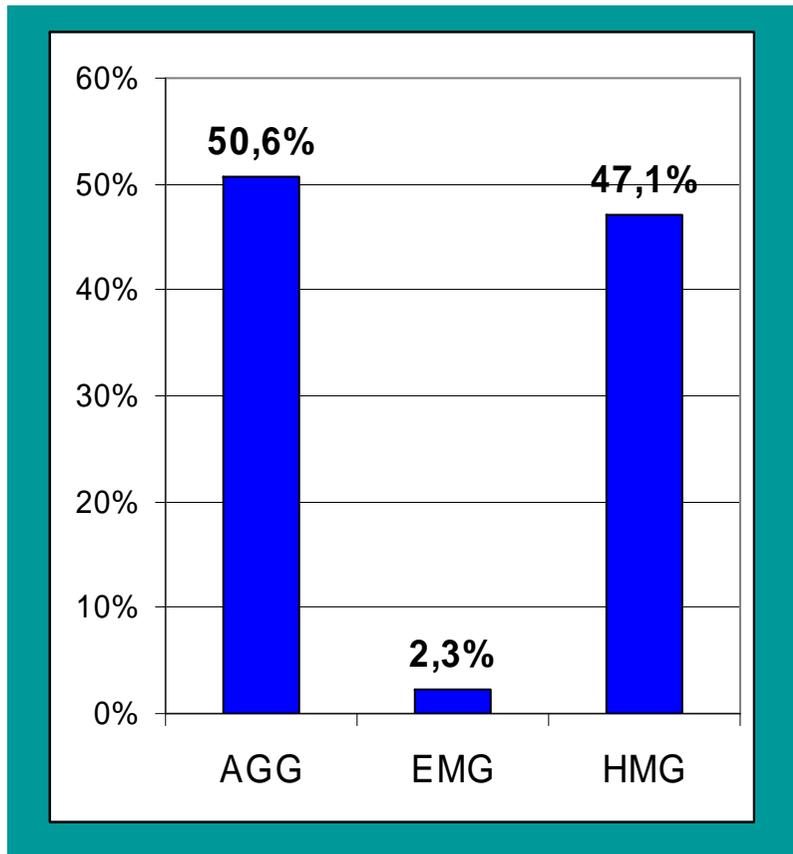
- Gutachter-Methodik grundsätzlich geeignet und zielführend
- „Weiterentwicklung“ der Methodik:
 - Stärkere Gewichtung der Prävalenz
 - Keine Versorgungspolitischen Anreize
(-> sollen außerhalb des RSA gesetzt werden)

Empfehlung des wissenschaftlichen Beirats

Entscheidung des BVA



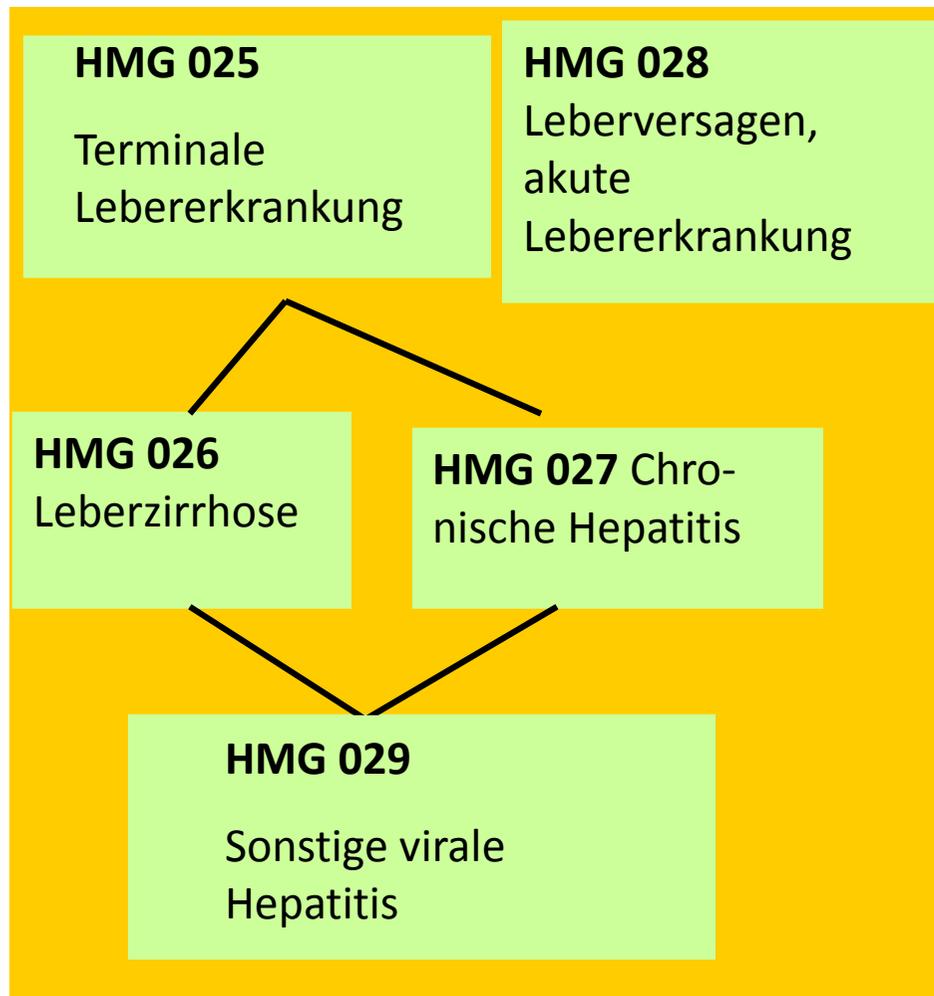
Knapp die Hälfte des Beitragsbedarfs wird über Morbidität verteilt



Quelle: Göppfarth (2008)

- Über die bisherigen Merkmale des RSA werden ca. 53 % des Beitragsbedarfs verteilt.
- Bei einem vollständigen Morbi-RSA würden ca. 70 % über Morbidität verteilt.
- Bedeutung der EM-Rente nimmt stark ab.

Hierarchien identifizieren die schwerwiegendste Manifestation der Krankheit



- Belegt ein Versicherter zwei Morbiditätsgruppen innerhalb der Hierarchie, so erhält er nur für die höherstehende Gruppe einen Risikozuschlag.
 - ⇒ Schätzgenauigkeit
 - ⇒ fängt Unterschiede in der Kodierpraxis auf
 - ⇒ Berücksichtigung medizinischer Behandlungsverläufe

Funktionsweise des Risikozuschlags nach Morbidität (Modellhafte Darstellung)

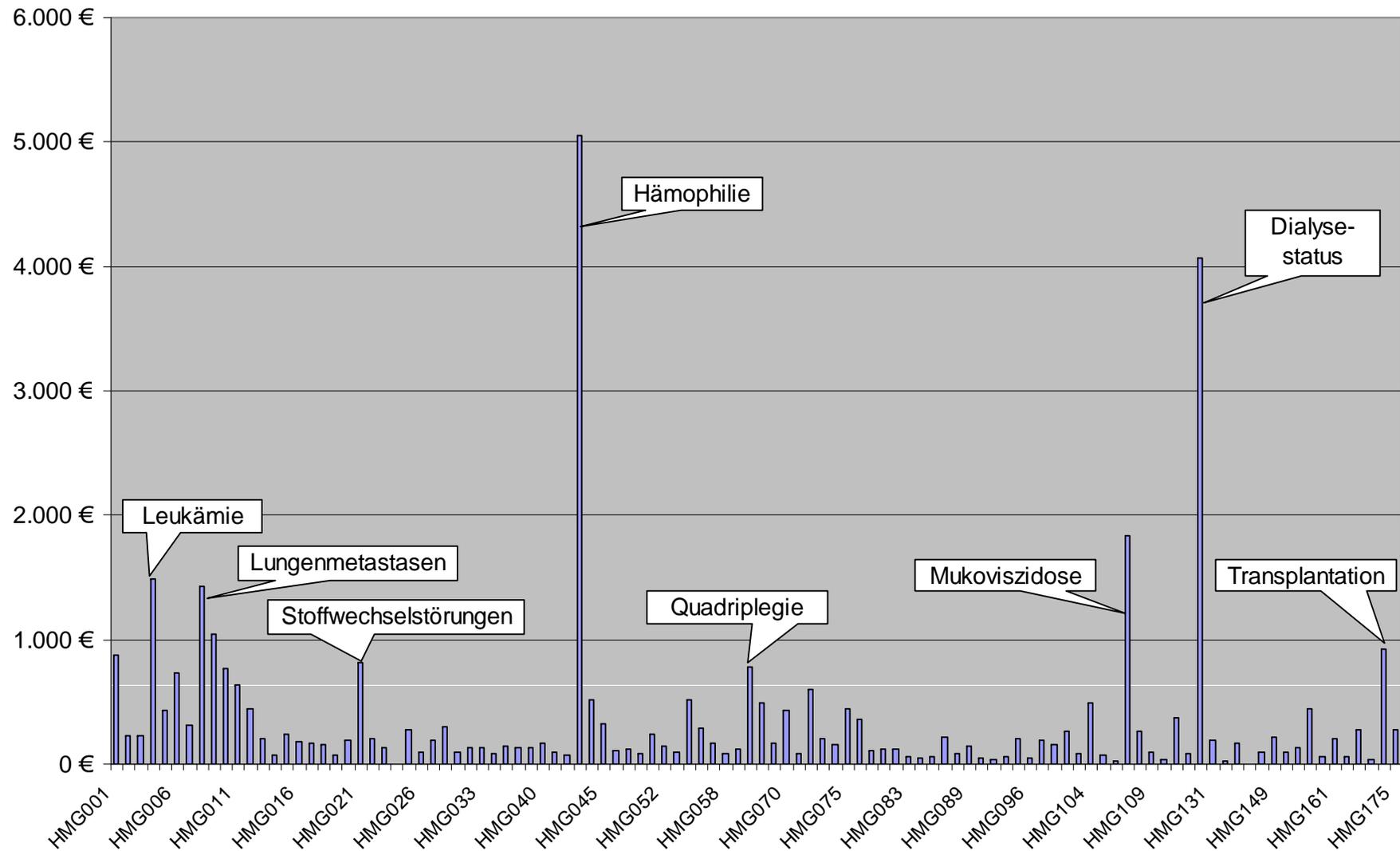
Beispiel: Mann, 51 Jahre

keine Erkrankung	Diabetiker, ohne Komplikation	Diabetiker, mit Komplikation	Diabetiker, mit Komplikation mit Hypertonie
<p>Sockelbetrag für alle 50-59 jährigen männlichen Versicherten</p> <p>Ca. 65% aller Versicherten</p> <p>913 €</p>	<p>Zuschlag ø-Kosten</p> <p>16%</p> <p>+ 793 €</p> <p>913 €</p>	<p>Zuschlag ø-Kosten</p> <p>16%</p> <p>+ 2.019 €</p> <p>913 €</p>	<p>Zuschlag ø-Kosten</p> <p>8%</p> <p>+ 461 €</p> <p>+ 2.019 €</p> <p>913 €</p>
913 €	1.706 €	2.932 €	3.393 €

3
Zuschläge:
4,5%

4
und mehr
Zuschläge:
6%

Monatliche Zuschläge für Morbiditätsgruppen



Quelle: Göppfarth (2008)

Morbi-RSA – Zuschläge 2009



Morbiditätszuschlag (001 – 020)	Euro	Gewicht	Anzahl
001 HIV / AIDS	10.531 €		
002 Sepsis / Schock	2.702 €		
003 Infektionen des ZNS	2.723 €		
004 Myeloische Leukämie	17.865 €		
005 Infektionen durch opportunistische Erreger	5.170 €		
006 Multiples Myelom, akute Leukämie	8.744 €		
007 Hodgkin, Non-Hodgkin, chronische Leukämie	3.762 €		
008 BN Lunge & Verdauungsorgane (Metastasen)	17.137 €		
009 Sonstige Metastasen, Kaposi-Sarkom	12.485 €		
010 Lymphknotenmetastasen	9.263 €		
011 BN Darm, Galle, Leber, Pankreas, Peritoneum	7.597 €		
012 Andere schwerwiegende BN	5.342 €		
013 Sonstige ernste BN	2.399 €		
014 Andere Neubildungen	798 €		
015 Diabetes mit renalen Manifestationen	2.882 €		
016 Diabetes mit neurologischen / zirkulatorischen Manifestationen	2.157 €		
017 Diabetes mit akuten Komplikationen	2.019 €		
018 Diabetes mit ophthalmologischen Manifestationen	1.822 €		
019 Diabetes ohne oder mit n.n. bezeichneten Komplikationen	793 €		
020 Diabetes mellitus Typ I	2.317 €		

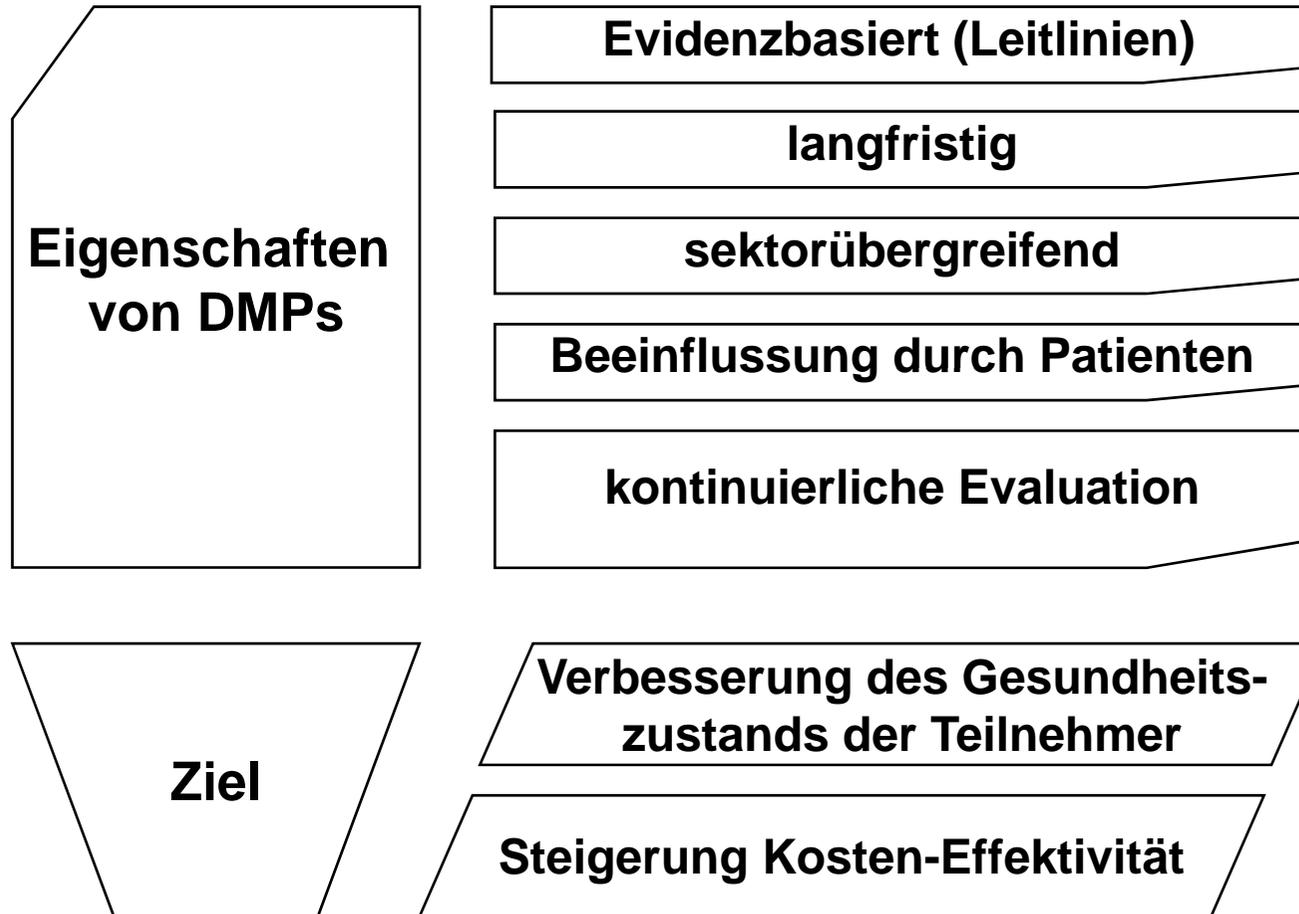
6

E

Mögliche Anreize für Kassen

- Nachlassen der Wirtschaftlichkeits-Bemühungen bei Versicherten mit Zuschlag (damit Zuschlagskriterien erhalten bleiben)
- Aktives Befördern der Suche nach und der medikamentösen bzw. stationären Therapie von zuschlagsfähigen Erkrankungen
- Nachlassen der Prävention und nicht-medikament. Therapie von zuschlagsfähigen Erkrankungen
- DMPs werden nur noch durchgeführt, wenn sie zu Kostensenkungen führen (*was nicht schlecht ist*)

Disease Management Programme



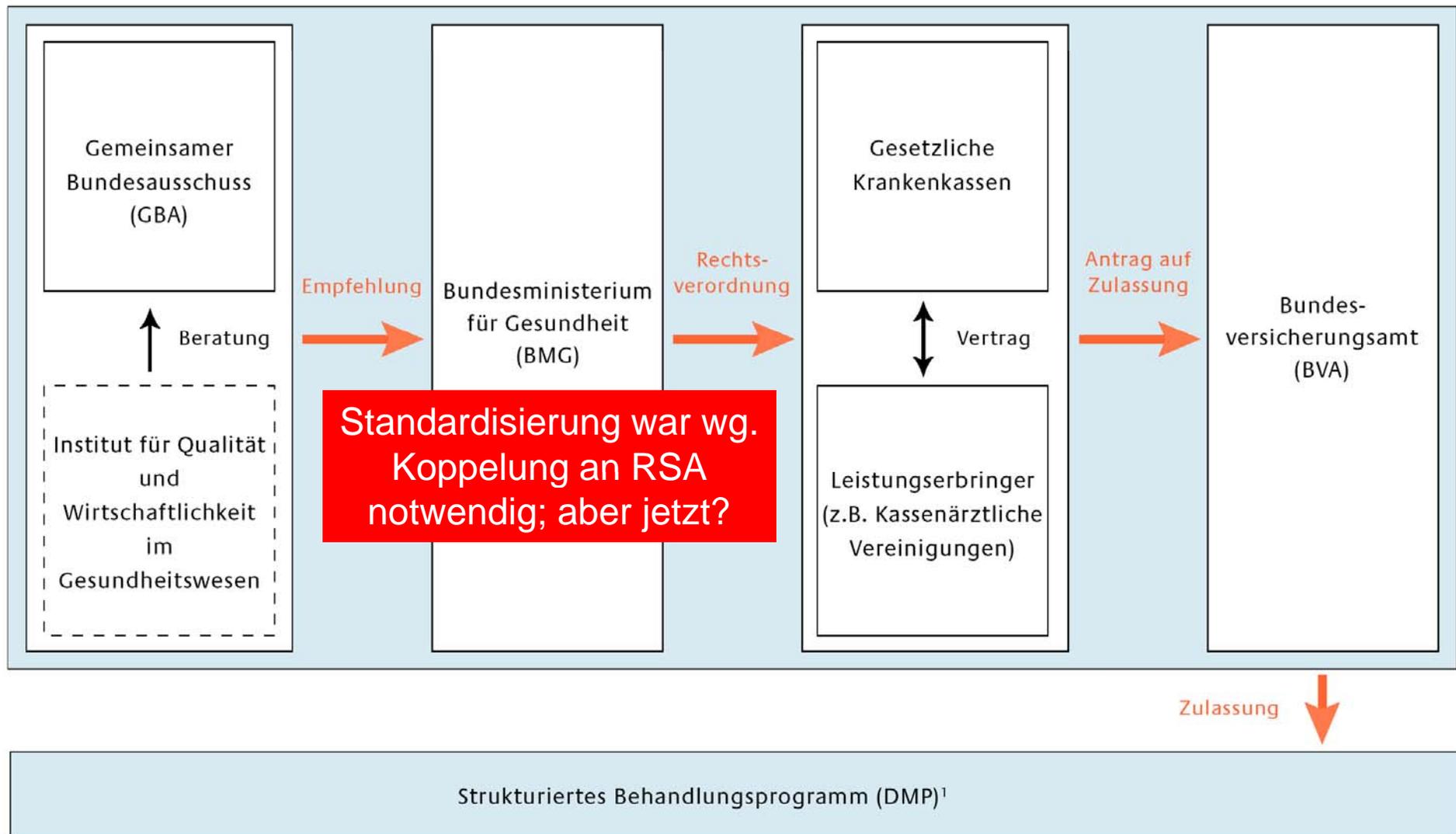
Wann eignen sich DMPs?

- Wissenschaftlich akzeptierte
Behandlungsleitlinien vorhanden
- hohe Patientenzahl existiert, bei denen die
Therapie Verbesserungspotential bietet
- Bisher uneinheitliche
Behandlungsmethoden
- Vermeidbare, akute Folgeerkrankungen
- Messbare Ergebnisparameter

Erfolgsfaktoren für DMPs

- Evidenzbasierte Auswahl von Krankheitsbildern, die **ausreichend Potential** für eine Verbesserung der Versorgung mit sich bringen
- **Langfristige** Ausrichtung des Programms
- Etablierung **evidenzbasierter Leitlinien**
- Integration von Konzepten, die eine **Verhaltensänderung** bei Patienten und Leistungserbringern bewirken (auch **finanzielle Anreize**)
- Balance zwischen ökonomischen und qualitätsorientierten Zielen
- Kontinuierlichen **Verbesserungsprozess** (regelmäßige Evaluation des Programms)

Disease Management Programme



Disease Management Programme

Gesamtzahl der eingeschriebenen Patienten ca. 4.7 Millionen

	Programme 2006	Anzahl Patienten in 2006	Programme 2009	Anzahl Patienten 2009
Asthma Start 2006	Einige Bundesländer	395	Fast alle Bundesländer	*542.614
Brustkrebs Start 2003	Deutschland	62.095	Deutschland	117.541
KHK Start 2004	Deutschland	589.408	Deutschland	1.403.526
COPD Start in 2006	Einige Bundesländer	1.802	Fast alle Bundesländer	*413.201
Type 1 Diabetes Start 2004	Einige Bundesländer	17.791	Fast alle Bundesländer	115.247
Type 2 Diabetes Start 2003	Deutschland	1.689.376	Deutschland	2.923.348

* In einem Bundesland werden Asthma und COPD zusammen erfasst, ein Bundesland bisher noch keinen Vertrag

DMPs: wirksam in Bezug auf medizinische und ökonomische Parameter? Und wenn ja, für welche Patienten?

- *Ab jetzt sehr wichtige Fragen für Krankenkassen!*
- Publikationen berichten zumeist über relativ kleine Programme, zumeist ohne Kontrollgruppe und Risiko-Adjustierung (*auch ein Problem der verpflichtenden Evaluation in Deutschland*)
- (Aber es gilt, was auch für Arzneimittel gilt:) je schwächer das Studiendesign, desto besser die veröffentlichten Ergebnisse

Was sagt die internationale Evidenz?

Disease	Clinical Processes	Health-related Changes in Behaviors	Disease Control	Clinical Outcomes	Healthcare Utilization	Financial Outcomes	Patient Experience Satisfaction, Quality of Life, Etc
	Adherence to Evidence-based Guidelines		Changes in Intermediate Measures		Changes in Utilization of Services		
CHF	Improved	Inconclusive evidence	Improved	Inconclusive evidence	Reduced hospital admission rates	Inconclusive evidence	Improved
CAD	Improved	Evidence for no effect	Improved	Evidence for no effect	Inconclusive evidence	Inconclusive evidence	Insufficient evidence
Diabetes	Improved	Evidence for no effect	Improved	Insufficient evidence	Inconclusive evidence	Inconclusive evidence	Insufficient evidence
Asthma	Inconclusive evidence	Inconclusive evidence	Inconclusive evidence	Evidence for no effect	Inconclusive evidence	Evidence for no effect	Insufficient evidence
COPD	Insufficient evidence	Insufficient evidence	Inconclusive evidence	Insufficient evidence	Insufficient evidence	Insufficient evidence	Insufficient evidence
Depression	Improved	N/A	Improved	Inconclusive evidence	Increased utilization	Increased cost	Improved

Codes: N/A: not applicable, as no relevant health-related behaviors for depression exist.

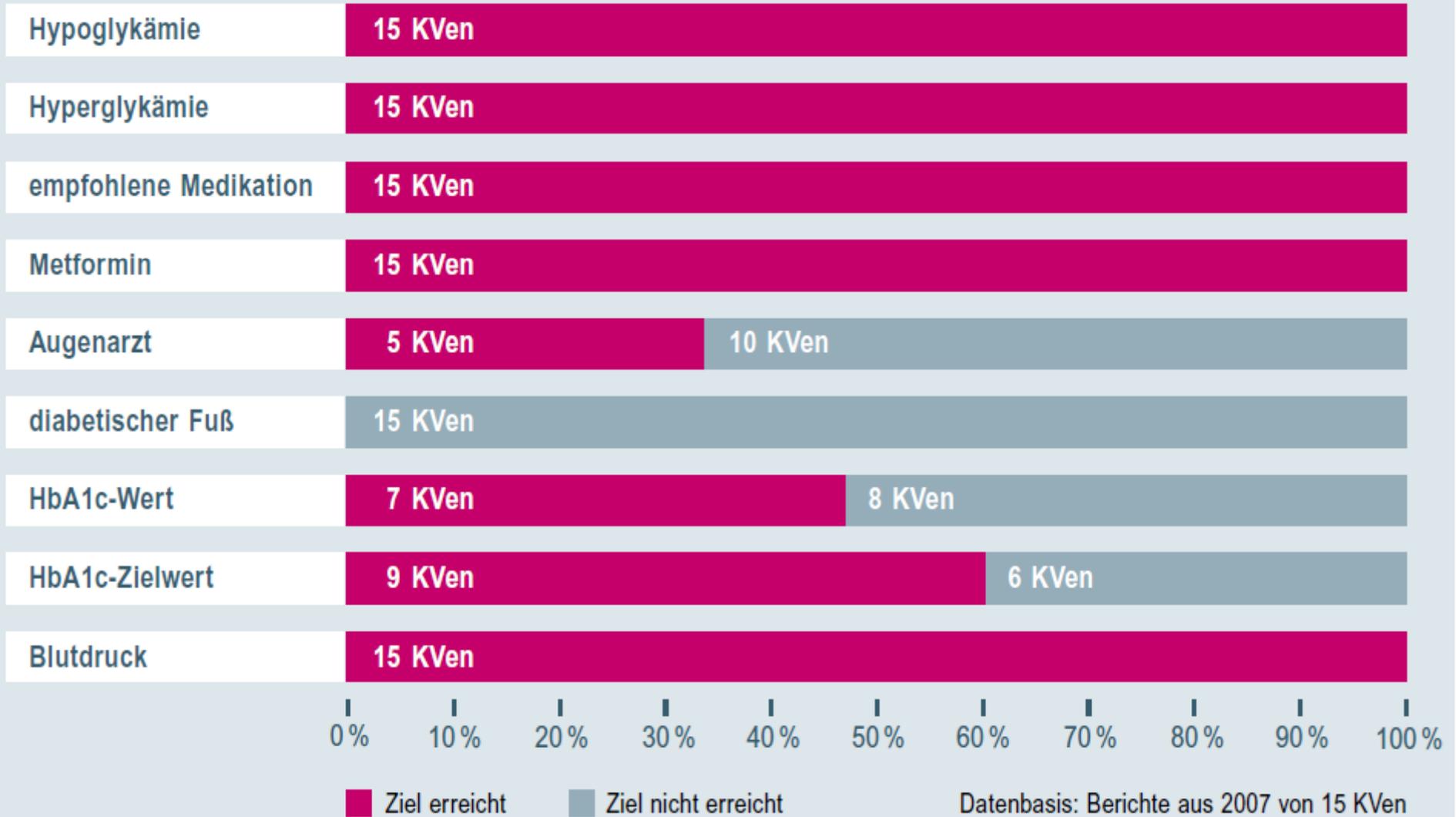
Disease-end point combinations in which disease management seems to achieve the intended result are shaded.

Source: RAND analysis using identified articles.

CHF indicates congestive heart failure; CAD, coronary artery disease; COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

Mattke et al. *Am J Manag Care*. 2007; 13: 670-676

ZIELERREICHUNG IN DEN KVEN DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



Datenjahr 2007. Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009) Qualitätsbericht Ausgabe 2009, S. 62. Im Qualitätsbericht wird auf die genauen Zielparameter näher eingegangen (S. 63).

Also: DMPs trotz oder wegen Morbi- RSA?

- Zunächst: M-RSA und DMPs haben eigentlich nichts miteinander zu tun
- Morbi-Zuschlag führt nicht dazu, dass DMP sich lohnt (noch verhindert er es)
- Koppelung von DMPs an strenge Kriterien (G-BA und RSAV) jetzt unsinnig -> jede Kasse sollte selbst über DMPs entscheiden
- Wenn standardisierte DMPs: dann Berücksichtigung im RSA zur Diagnosesicherung (= Alternative zu Arzneimittel)

Präsentation, Literatur
zum Thema etc. auf:
www.mig.tu-berlin.de

Email: mig@tu-berlin.de