

Gesundheitsökonomische Evaluation von Modellprojekten zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach §64b SGB V

Herausforderungen bei und Lösungsansätze zur Leistungszuordnung und -bewertung

Roman Kliemt¹, Franziska Claus¹, Ines Weinhold¹, Nils Kossack¹, Stefanie March², Anne Neumann³, Jochen Schmitt³, Enno Swart², Dennis Häckl¹

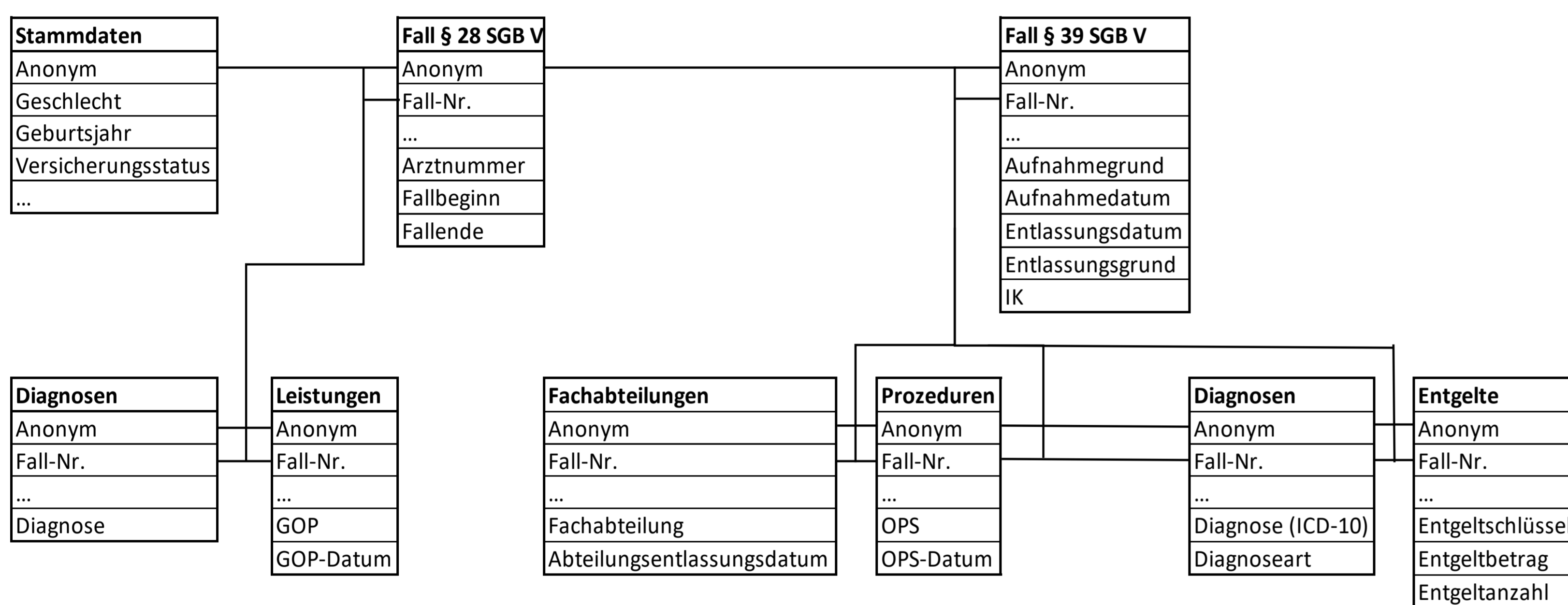
¹ WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig, Leipzig ² Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG), Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Magdeburg ³ Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Dresden

HINTERGRUND UND ZIELSTELLUNG

Primäre Ziele von Modellprojekten zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V sind die Verbesserung der Behandlungsqualität durch eine sektorenübergreifende, patientenzentrierte Versorgung sowie ein effizienter Einsatz vorhandener Ressourcen durch Bildung eines Gesamtbudgets für voll- und teilstationäre Leistungen sowie Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz. Die nach § 65 SGB V verpflichtende Evaluation dieser Modellprojekte sieht neben der Bewertung der medizinischen Effektivität auch die der Effizienz vor. Gerade für diese ist eine exakte Erfassung der aus Krankenkassenperspektive entstandenen Versorgungskosten essentiell. Das Design der EVA64-Studie zur Evaluation der Modellprojekte basiert auf einer kontrollierten Kohortenstudie mit intention-to-treat-Ansatz und einjährigem Nachbeobachtungszeitraum. Zu den methodischen Herausforderungen der ökonomischen Bewertung zählen zum einen die Zuordnung abgerechneter Leistungen zum psychiatrischen und somatischen Versorgungsbereich und zum anderen die Bewertung der Kosten. Hierfür gibt es bisher weder Standards noch Empfehlungen. Im vorliegenden Beitrag sollen beispielhaft für die stationäre Versorgung im Krankenhaus (§ 39 SGB V, § 301 SGB V) sowie die vertragsärztliche Versorgung (§ 28 SGB V, § 295 SGB V) Herausforderungen der Zuordnung und Bewertung und daran anschließend Lösungsansätze präsentiert werden.

METHODIK

Datenbasis



- Bei dem zugrundeliegenden Datensatz handelt es sich um eine relationale Datenbank mit Daten aus einem Zeitraum von 2011 bis 2015
 - von 73 gesetzlichen Krankenkassen
 - von derzeit über 265.000 Versicherten
 - mit Informationen zu über 10 Mio. vertragsärztlichen Fällen
 - und über 890.000 stationären Fällen.
 - Zusätzliche Informationen zu ambulant im Krankenhaus erbrachten Leistungen, Arznei- und Heilmitteln sowie Arbeitsunfähigkeit

Die Leistungsdokumentation im stationären Bereich erfolgt über Entgelte sowie OPS-Codes. Im vertragsärztlichen Bereich erfolgt sie über abgerechnete Gebührenordnungspositionen (GOP) gemäß EBM-Katalog. Kosteninformationen liegen für den stationären Bereich durch den Entgeltschlüsseln zugehörige Entgeltbeträge (Zahlbeträge) vor.

Im vertragsärztlichen Bereich sind hingegen keine Rechnungsbeträge dokumentiert.

Abb. 1: Datenstruktur (Auszug)

Umsetzung

Stationäre Versorgung

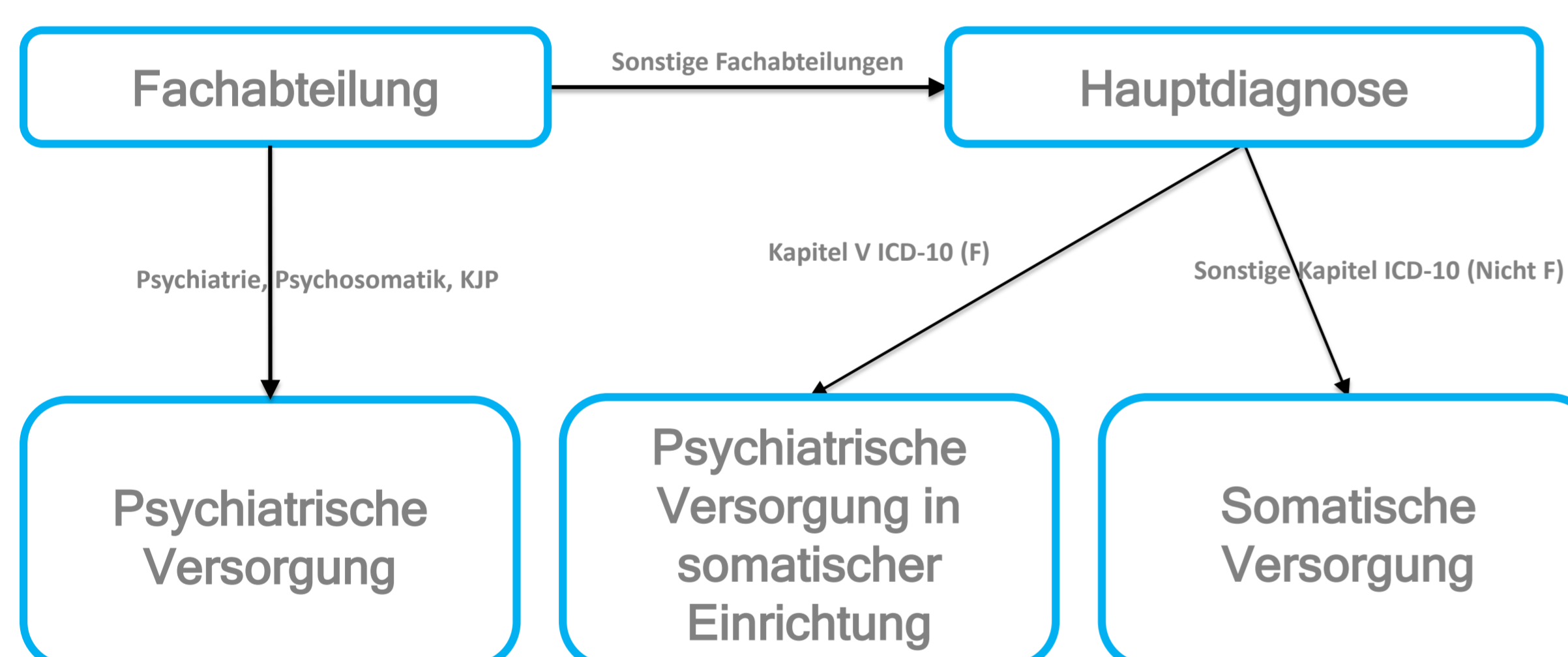


Abb. 2: Schematisches Vorgehen der Zuordnung von Krankenhausfällen zu Versorgungsbereichen

Basis der Zuordnung bilden die behandelnden Fachabteilungen eines Krankenhauses, wobei zusätzlich eine Validierung über zugehörige Entgeltschlüssel erfolgt. Fälle in psychiatrischen Fachabteilungen werden der psychiatrischen Versorgung zugeordnet. Bei Fällen in somatischen Abteilungen erfolgt die Einteilung anhand der kodierten Hauptdiagnose. Stammt diese aus Kapitel V des ICD-10 Kataloges (F00-F99), wird der entsprechende Krankenhausfall der psychiatrischen Versorgung zugeordnet, andernfalls der somatischen Versorgung.

Die Fallkosten ergeben sich aus der Summe aller mit der dokumentierten Entgeltanzahl multiplizierten Entgeltbeträge. Fälle, die sich über den Beobachtungszeitraum hinaus erstrecken, werden zensiert und die Kosten anteilig berücksichtigt.

Vertragsärztliche Versorgung

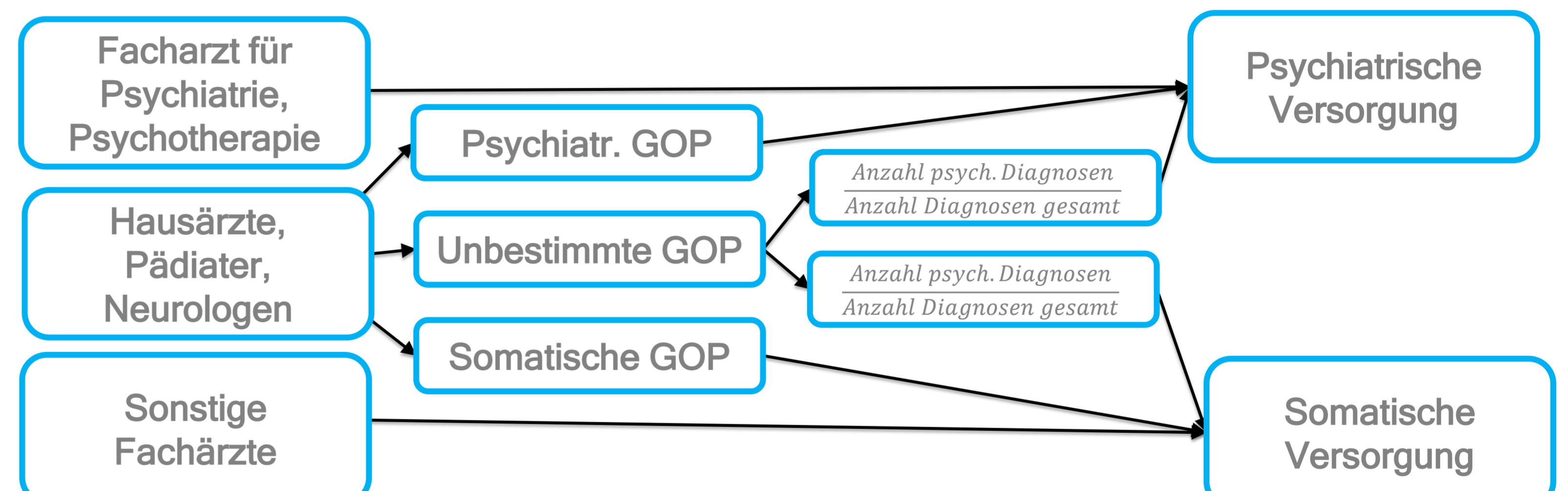


Abb. 3: Schematisches Vorgehen der Zuordnung von vertragsärztlichen Leistungen zu Versorgungsbereichen

Im vertragsärztlichen Bereich erfolgt die Zuordnung im ersten Schritt über die an der Versorgung beteiligten Facharztgruppen. Im Falle von Ärzten, die sowohl psychiatrische als auch somatische Leistungen erbringen (Hausärzte, Pädiater, Neurologen), werden die abgerechneten und im Vorfeld klassifizierten GOPs herangezogen. Eine Leistung wird den psychiatrischen bzw. somatischen Leistungen zugeordnet, wenn auf Basis des EBM-Katalogs eine eindeutige Zuordnung möglich ist. Nicht zuordenbare GOPs (bspw. Versichertenpauschalen) werden anhand der im Behandlungsfall dokumentierten Diagnosen gewichtet, wobei das Verhältnis von psychiatrischen bzw. somatischen Diagnosen an allen dokumentierten Diagnosen die Gewichtung der GOP bestimmt.

Die Kosten der abgerechneten Leistungen ergeben sich, indem die je GOP im EBM-Katalog angegebene Punktzahl mit dem jeweils gültigen Orientierungswert multipliziert wird bzw. entsprechend der im EBM-Katalog enthaltenen Kostenpauschale. Die Zuordnung zum Beobachtungszeitraum erfolgt über das Datum der Leistungserbringung.

ERGEBNISSE UND DISKUSSION

- Eine Kostenanalyse auf Basis von GKV-Routinedaten ist mit zahlreichen Herausforderungen verbunden, denen für die exakte Erfassung der tatsächlich aus Krankenkassenperspektive entstehenden Kosten adäquat begegnet werden muss.
- Für die Kostenbewertung in der stationären Versorgung kann mit Hilfe der entwickelten Methodik eine hohe Genauigkeit erreicht werden, wenngleich auch Zu- und Abschläge für Mehr- und Minderleistungen und -erlöse in einer patientenzentrierten Studie nicht berücksichtigt werden können.
- Auch für den vertragsärztlichen Bereich bietet die angewendete Methodik eine gute Schätzung der tatsächlich entstandenen Kosten. Einschränkend ist allerdings zu sagen, dass die Abrechnung krankenkassen- oder KV-spezifischer GOPs eine Unterschätzung der Kosten für vertragsärztliche Leistungen bewirkt, da hier in der Regel keine Kenntnis über Inhalt und Preis der kodierten GOP vorliegt. Weiterhin liegt eine Verzerrung vor, da keine Punktwertstaffelungen oder Budgetrestriktionen der KVen berücksichtigt werden.
- Die im Rahmen dieser Studie durchgeführte Kostenerfassung liefert einen wichtigen Beitrag zur Abschätzung der durch die Modellversorgung nach § 64b SGB V entstehenden Kosten der psychiatrischen Versorgung aus Sicht der Kostenträger (GKV).
- Entscheidend hierfür ist vor allem die im Datensatz enthaltene Fülle an Datenfeldern sowie ein hoher Abstimmungsgrad zwischen Dateneignern und Forschern, um eine korrekte Bewertung der Leistungen zu gewährleisten.
- Die entwickelte Methodik kann zukünftig, auf Basis von GKV-Routinedaten durchgeführten Kostenanalysen ein Grundgerüst bieten, um Kosten aus Kostenträgerperspektive exakt zu bewerten.

