

Ökonomische Evaluation der Integrierten Versorgung (IGV)

Axel Focke¹, Joachim Gordala³, Franz P. Hessel¹, Karin Höppner¹, Tina Lehnen³, Michael Monka², Sonja Schillo¹, Sebastian Schulz¹, Jürgen Wasem¹

¹ Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen

² Netzwerkmanagement IGV Rheinland

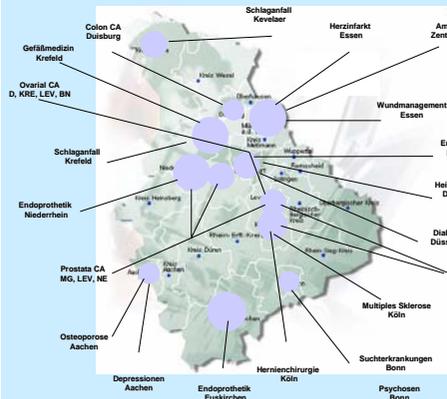
³ AOK Rheinland

Einleitung

Mangelnde Abstimmung an den Schnittstellen der medizinischen Versorgung gilt als potentielle Quelle für erhebliche Verbesserungen der Effizienz der Versorgung. Die IGV soll diese Problematik verbessern, wodurch die Kosten der Versorgung sinken und ihre Qualität steigt. So kommt es beispielsweise zur Reduktion stationärer Aufnahmen oder von Mehrfachuntersuchungen. Zugleich gilt die IGV als "Einstieg in den Ausstieg" aus dem korporatistischen Steuerungssystem. Bisher finden sich in erster Linie indikationsbezogene Modelle der IGV. Ein höheres Effizienzpotential wird allerdings der populationsbezogenen IGV, die alle Indikationen versorgt, zugesprochen. Die Evaluation der IGV spielt bei der Beurteilung der Frage, ob tatsächlich eine Effizienzverbesserung stattgefunden hat, eine wichtige Rolle. Sie soll nachfolgend am Beispiel der IGV im Rheinland erläutert werden.

Die IGV im Rheinland

Die AOK Rheinland entwickelt und betreibt momentan in Zusammenarbeit mit anderen Primärkassen gut zwei Dutzend IGV-Netze für verschiedene Indikationen in unterschiedlichen Regionen des



Rheinlands mit einer vorläufigen Laufzeit bis Ende 2006, die sich aus der gesetzlichen Anschubfinanzierung ergibt. Ein externes Netzwerkmanagement unterstützt dabei die Leistungserbringer und Kostenträger bei Entwicklung, Umsetzung und Betrieb der IGV.

Aufgaben von Controlling und Evaluation der IGV

Controlling als laufender Prozess der Zielfestlegung, der Planung und der Steuerung im finanz- und im leistungswirtschaftlichen Bereich. Durch regelmäßige Feedbacks entsteht ein lernendes System.

Evaluation als systematischer Prozess der Beurteilung der Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und Wirksamkeit von Interventionen.

Ziel von Controlling und Evaluation der IGV ist ein Nachweis von mehr Wirtschaftlichkeit (= weniger Kosten) und Qualität (in den Dimensionen Struktur, Prozess, Ergebnis)

- im Vergleich zur Regelversorgung
- im Vergleich zu anderen Netzen (mit derselben Indikation)
- im Zeitablauf

Bei der IGV im Rheinland übernimmt der Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen diesen Nachweis in Form von quartalsweisen Berichten. Bei der Kommunikation der Ergebnisse und bei der Formulierung daraus resultierender Handlungsempfehlungen spielt das Netzwerkmanagement eine wichtige Rolle.

Methodische Aspekte von Controlling und Evaluation der IGV

Ermittlung einer Vergleichsgruppe der Regelversorgung, die den in den einzelnen IGV-Projekten Versicherten möglichst ähnlich ist, um sowohl Kosten als auch Versorgungsqualitäten vergleichen zu können. Die Ähnlichkeit soll sich beziehen auf

- den Schweregrad der Grunderkrankung
- die Co-Morbiditäten

Mögliche Ansätze zur Bildung einer Vergleichsgruppe:

- Matched Pairs
- Einsatz eines „allgemeinen Morbi-Groupers“

Es kann sich die Problematik kleiner Fallzahlen in der IGV ergeben. Insbesondere bei Behandlungspfaden, die sich (hauptsächlich) im ambulanten Bereich abspielen, kann die Ermittlung einer medizinisch homogenen Vergleichsgruppe mit Hilfe eines Morbi-Groupers sehr schwierig sein. Bei der IGV im Rheinland wird ein Morbi-Groupers darum nur bei IGV-Netzen eingesetzt, die zwingend über den stationären Bereich laufen. Bei ambulanten Netzen wird darauf verzichtet und ggf. ein Vergleich zu anderen Netzen derselben Indikation durchgeführt.

Bestimmung und Ermittlung von Kostenindikatoren zur Beurteilung der IGV

Kosteninformationen können inzwischen weitgehend aus Routedaten der Krankenkassen generiert werden – für die IGV und die Regelversorgung. Eine eindeutige Abgrenzung der Kosten für die IGV-spezifische Grunderkrankung ist allerdings nicht möglich – es lassen sich lediglich die Gesamtkosten der Versorgung (der einzelnen Sektoren) ermitteln. Dieser Aspekt ist nur bei indikationsspezifischen IGV-Formen relevant.

Bestimmung und Ermittlung von Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der IGV

Qualitätsindikatoren sind nur teilweise aus Routedaten abbildbar (z.B. Verweildauern, Mortalität). Bestimmte Informationen lassen sich nur über Befragungen generieren. Auf einen Vergleich mit der Regelversorgung muss ggf. verzichtet werden. Es kann unterschieden werden zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Grundsätzlich fehlen standardisierte Qualitätsindikatoren für die IGV – die Entwicklung solcher Indikatoren für Deutschland ist erstrebenswert. Bei der Evaluation der Versorgungsqualität der IGV im Rheinland werden sowohl Routedaten als auch Daten aus Befragungen von Leistungserbringern und Patienten verwendet.

Datenbedingte Probleme bei der Kosten- und der Qualitätserfassung

- Heterogene Datenquellen
- Unterschiedliche zeitliche Verfügbarkeit der Daten einzelner Sektoren
- Nicht alle Daten liegen im DTA vor
- Krankenkassen verfügen nicht über alle Daten (z.B. wenn die Rentenversicherung Kostenträger der Reha-Maßnahme ist)
- Hohe statistische Varianz
- z.T. aufwändige Validitäts- und Konsistenzprüfung der Routedaten notwendig
- Bei der Verwendung von Befragungsdaten können Probleme von Rücklauf und Validität auftreten
- Durch gesetzliche Rahmenbedingungen können Anreize zu bestimmtem Codierverhalten erzeugt werden, die sich bei Gesetzesreformen verändern können. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind also fundierte Kenntnisse des Systems notwendig

Perspektiven der IGV und Erwartungen an die Politik

Aufbau von IGV als „neue Betriebsform in der Gesundheitsversorgung“ braucht Zeit – insbesondere, wenn sie nicht nur „Quick and Dirty“ sein soll:

- Entwicklung von Behandlungspfaden
- Entwicklung von Steuerungstools und Managementstrukturen
- Investitionen

Darum ist Planungssicherheit erforderlich. Daraus folgt:

→ Zeitraum der pauschalen Anschubfinanzierung bis Ende 2006 zu kurz

→ Ein frühzeitiges Signal der Politik für Verlängerung ist sinnvoll

→ Ausweitung der pauschalen Budgetbereinigung auf bis zu 3 % sinnvoll



Kontakt:

Karin Höppner und Sonja Schillo
Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für
Medizinmanagement
Universitätsstr. 2, D-45117 Essen
e-mail: Karin.Hoepfner@uni-duisburg-essen.de
Sonja.Schillo@uni-essen.de