

## **Elektiv wird selektiv**

**6. Nationales DRG-Forum**

**Berlin 19.04.2007**

**Dr. Wulf-Dietrich Leber  
Jürgen Malzahn  
Johannes Wolff**

**AOK-Bundesverband**

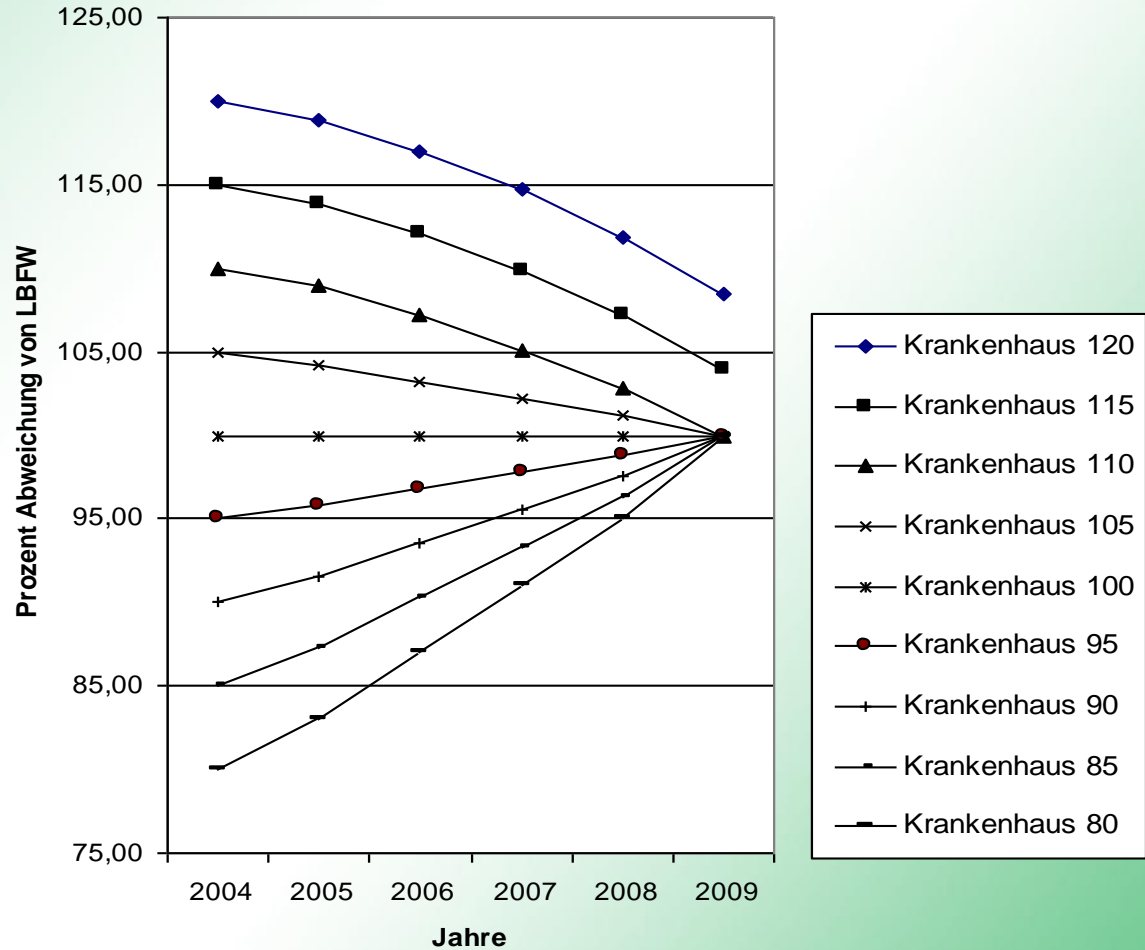


# Gang der Handlung

- 1 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf**
- 2 Ausschreibung elektiver Krankenhausleistungen**
- 3 Exkurs: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)**
- 4 Der Ordnungsrahmen ab 2009 im Überblick**

# Handlungsbedarf 1: Vollendung der Konvergenz

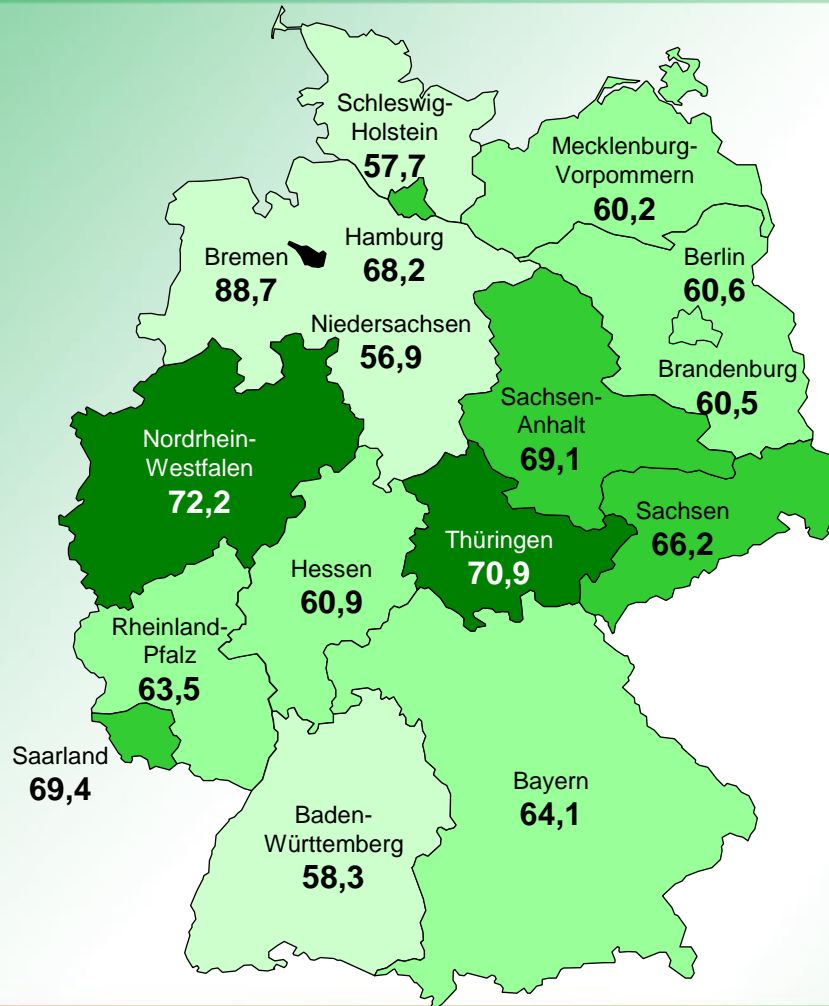
**Konvergenz muss  
erst einmal vollendet  
werden!**



# Handlungsbedarf 2: Legitimationskrise des KH-Plans

- **Das Privileg, im Krankenhausplan zu stehen, garantiert (wegen fehlender Kostendeckung) nicht mehr die Existenz eines Krankenhauses. Der Krankenhausplan stellt also keine Versorgung mehr sicher.**
- **Sieht man von der (zunehmend schwindenden) Landesförderung ab, so ist die Erwähnung im Krankenhausplan vor allem der Besitz einer Abrechnungslizenz zu landeseinheitlichen Preisen.**
- **Der Krankenhausmarkt ist derzeit ein Handel mit diesen Abrechnungslizenzen.**

# Krankenhaus-Bettendichte in den Bundesländern 2004



**Krankenhausbetten  
je 10.000 Einwohner**

- unter 60
- unter 65
- 65 bis unter 70
- 70 bis unter 75
- 75 und höher

**Krankenhaus-  
betten insgesamt:  
531.333**

**Einwohner  
insgesamt:  
82.501 (Tsd.)**

*Stand:  
31.12.2004*

**Durchschnittliche  
Bettendichte im  
Bundesgebiet:  
64,4 Betten je  
10.000 Einwohner**

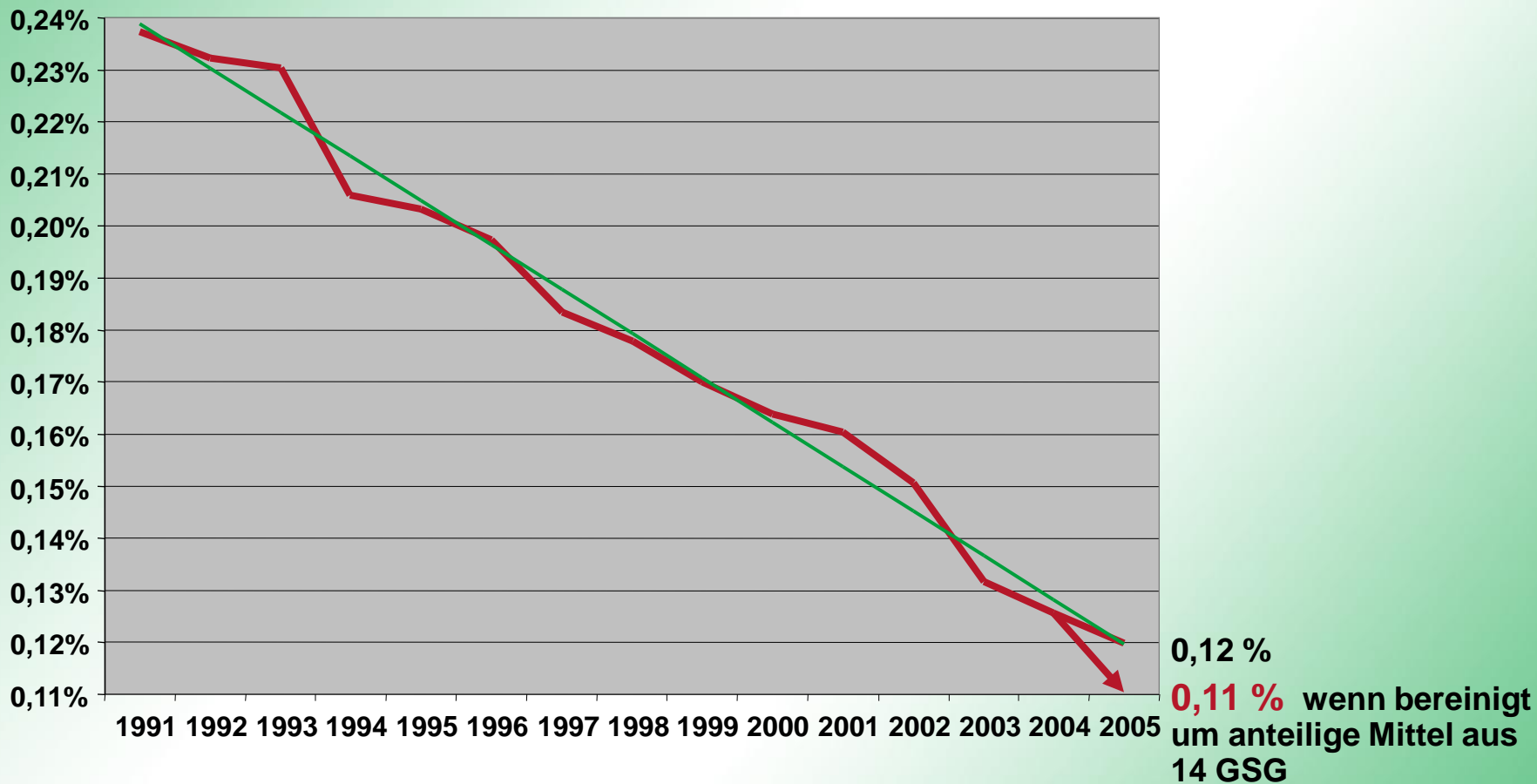
*\* ohne Vorsorge- u.  
Rehainrichtungen*

*Quelle:  
Statistisches Bundesamt,  
(Stand Januar 2006),  
Fachserie 12, Reihe 6.1*

# Handlungsbedarf 3: Erosion der dualen Finanzierung

- Geplantes Finanzierungsverhältnis zwischen Ländern und Krankenkassen bei Einführung der dualen Finanzierung 1972: 1:3 !
- Zwischenzeitlich ist der Anteil der Länderfinanzierung im Verhältnis zu den Gesamtausgaben der GKV und PKV (von über 20% auf eine Restgröße von unter 5 % geschrumpft.
- Auch bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt hat sich der Anteil der Krankenhausinvestitionen von 1991 bis 1995 um 50 % von 0,24 % auf 0,12 % verringert.

# Entwicklung KHG-Fördermittelanteil am BIP



**Quelle:** Stat. Bundesamt (Stand Januar 2006), Haushaltspläne der Länder, DKG-Bestandsaufnahme Krankenhausplanung 2006, eigene Berechnungen

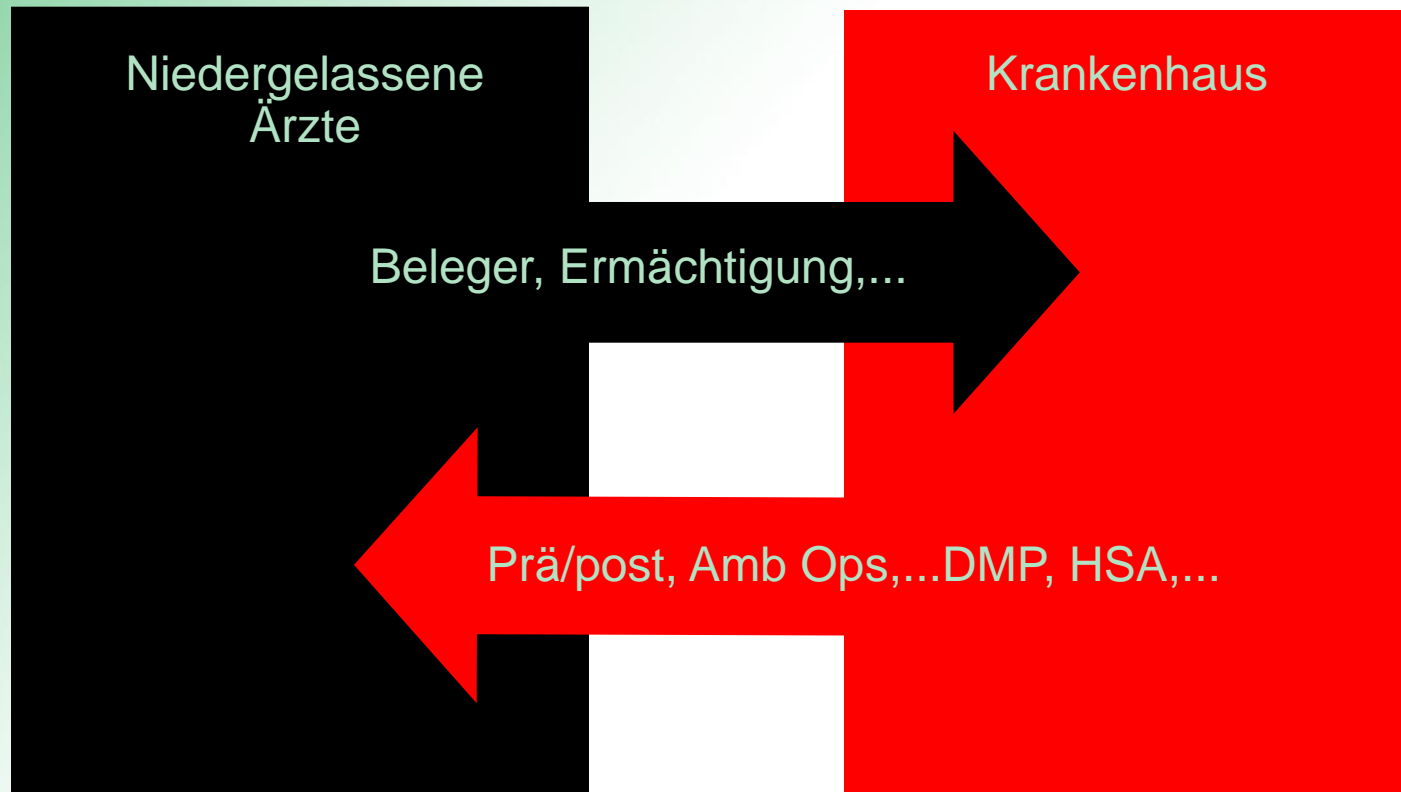
Dr. Wulf-Dietrich Leber  
AOK-Bundesverband

# Handlungsbedarf 4: Kassenwettbewerb

- **Bisher Dominanz des gemeinsam und einheitlich verhandelten Budgets. Wettbewerb nur als Arabeske: Integrierte Versorgung, DMP, 116b,.....**
- **Wettbewerbsansatz 1: Kassenspezifische Verträge ab 2009**
- **Wettbewerbsansatz 2: Dynamischer Übergang durch steigende Anzahl selektiver Verträge mit Bereinigung des Kollektivbudgets.**
- **Wettbewerbsansatz 3: Kassenspezifische Verträge für ein definiertes Leistungsspektrum**



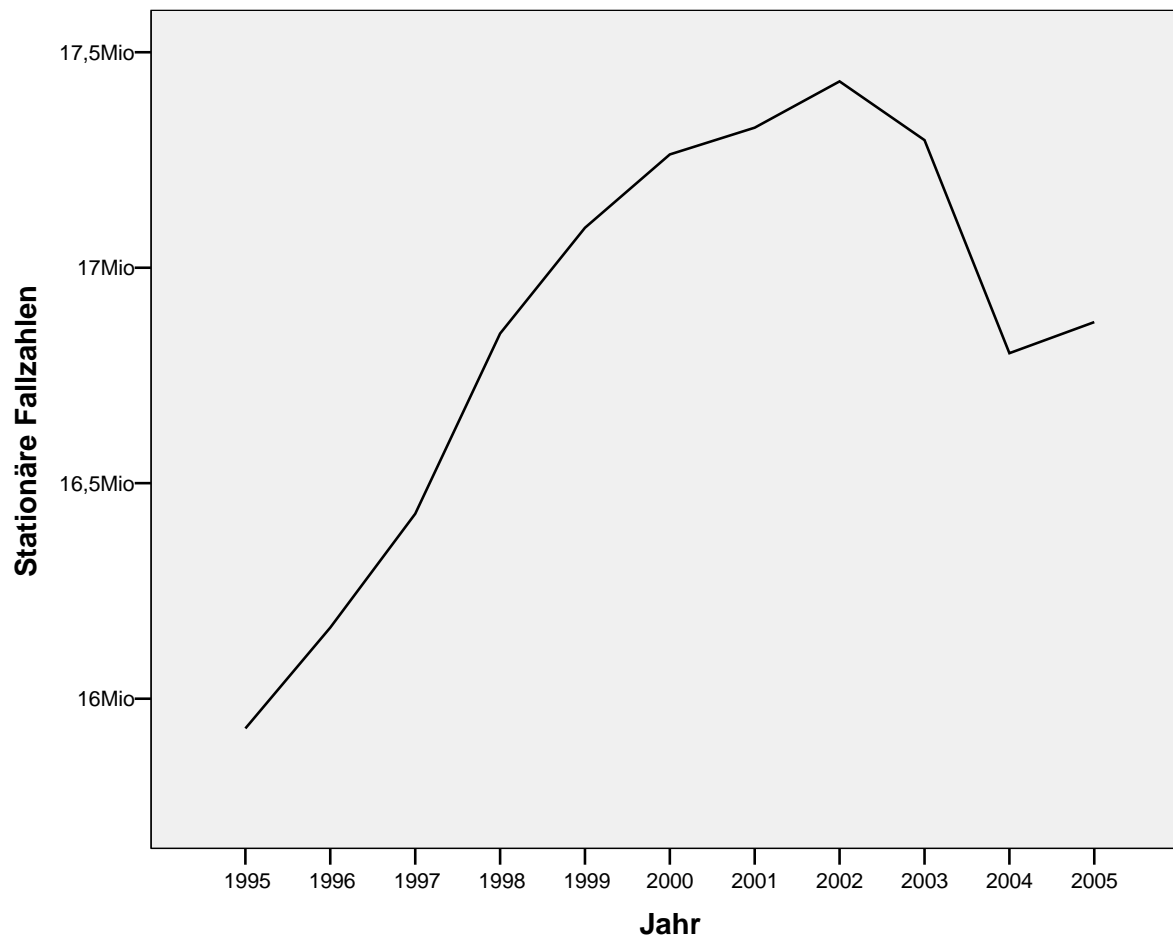
# Handlungsbedarf 5: Öffnung für ambulante Leistungen



# Reconquista-Erfolge der KHS seit 1989

- 1989**    **Teilstationäre Versorgung**
- 1989**    **Hochschulambulanzen**
- 1989**    **Sozialpädiatrische Zentren**
- 1989**    **Psychiatrische Institutsambulanzen**
- 1993**    **Ambulantes Operieren**
- 1993**    **Vor- und nachstationär**  
**Integrierte Versorgung**
- 2004**    **Disease-Management-Programme (DMP)**  
**Hochspezialisierte Leistungen**
- 2007**    **Belegarztvergütung, Notfallvergütung ???????????**

# Entwicklung der stationären Fallzahlen



# Katastrophaler Neuregelung des § 116 b im WSG

- **Enttäuschende 116b-Bilanz wegen fehlender Refinanzierung von 116b-Leistungen**
- **WSG-Fehlentscheidung: Jeder darf unabhängig von der Bedarfslage beliebig viel 116b-Leistungen abrechnen.**
- **Zulassung von Krankenhausabteilung für 116 b-Leistungen durch die Landesbehörden (Abrechnung nach EBM)**
- **Vorsicht: Die Regelung wird nicht lange Bestand haben!**

# Gang der Handlung

- 1 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf**
- 2 Ausschreibung elektiver Krankenhausleistungen**
- 3 Exkurs: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)**
- 4 Der Ordnungsrahmen ab 2009 im Überblick**

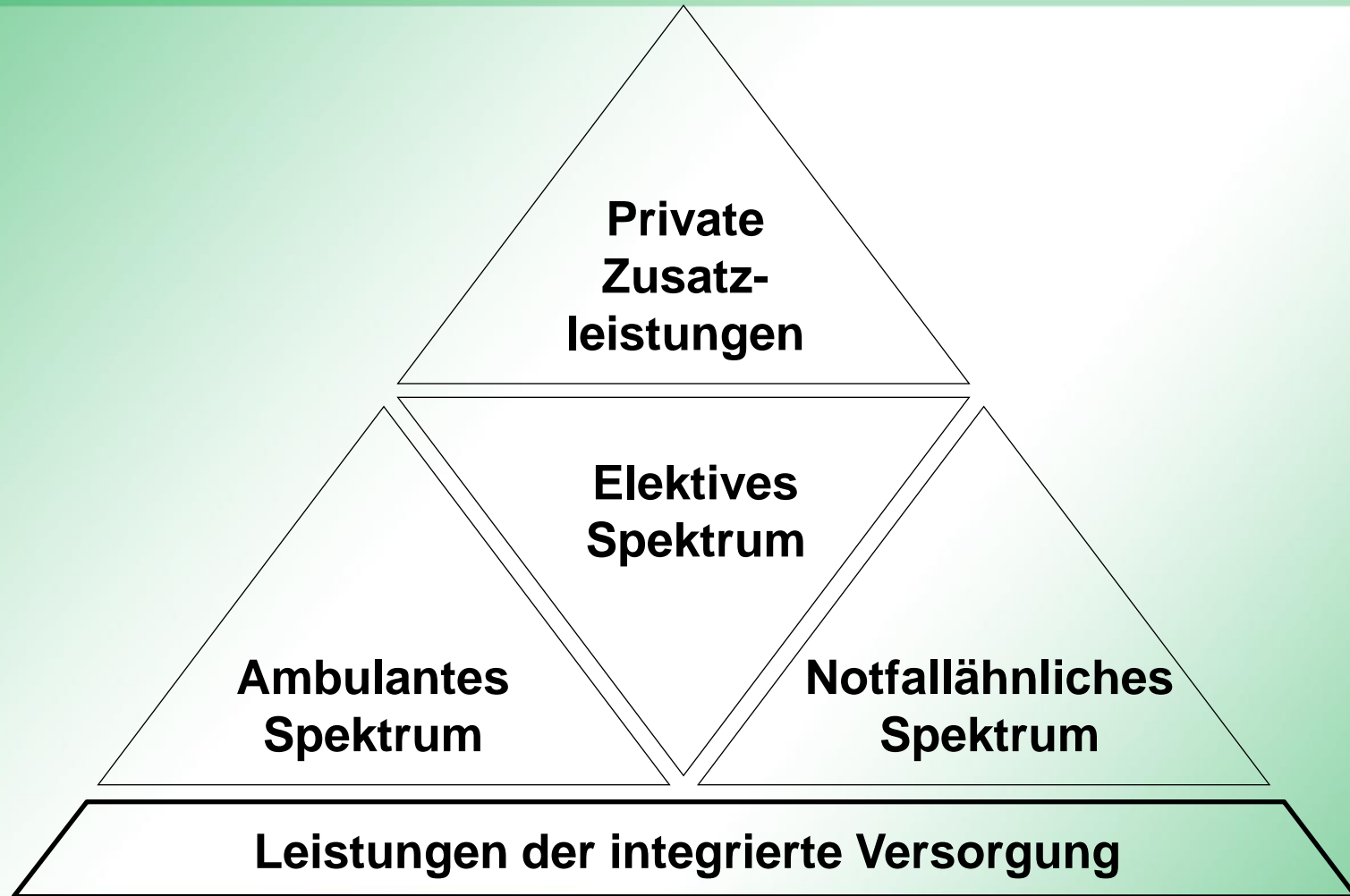
# Der ordnungspolitische Rahmen ab 2009 – Arbeitshypothesen der AOK

- 1. Nicht alle Krankenhausleistungen sind gleich.**
- 2. Nicht für alle Krankenhausleistungen sollte der gleiche ordnungspolitische Rahmen gelten.**

## **Pointiert:**

**Zwischen Rehabilitation und Rettungsdienst gibt es ein breites ordnungspolitisches Spektrum, das man für die Neuordnung des Krankenhausbereiches nutzen kann.**

# Abschied vom monolithischem Budget



- Die Krankenkassen schreiben regional den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten aus. Je nach Ergebnis des Bieterverfahrens erhalten alle oder ein Teil der Krankenhäuser den Zuschlag.
- Die Leistungen werden gemäß DRG-Systematik vergütet. Der LBFW ist als Höchstpreis Bestand. Es werden in der Regel kassenspezifische Rabatte verhandelt. Die Qualitätsstandards sind Teil der Ausschreibung.
- Klärungsbedarf: Teilnahmeberechtigung am Bieterverfahren nur für Krankenhäuser, die im Krankenhausplan sind?

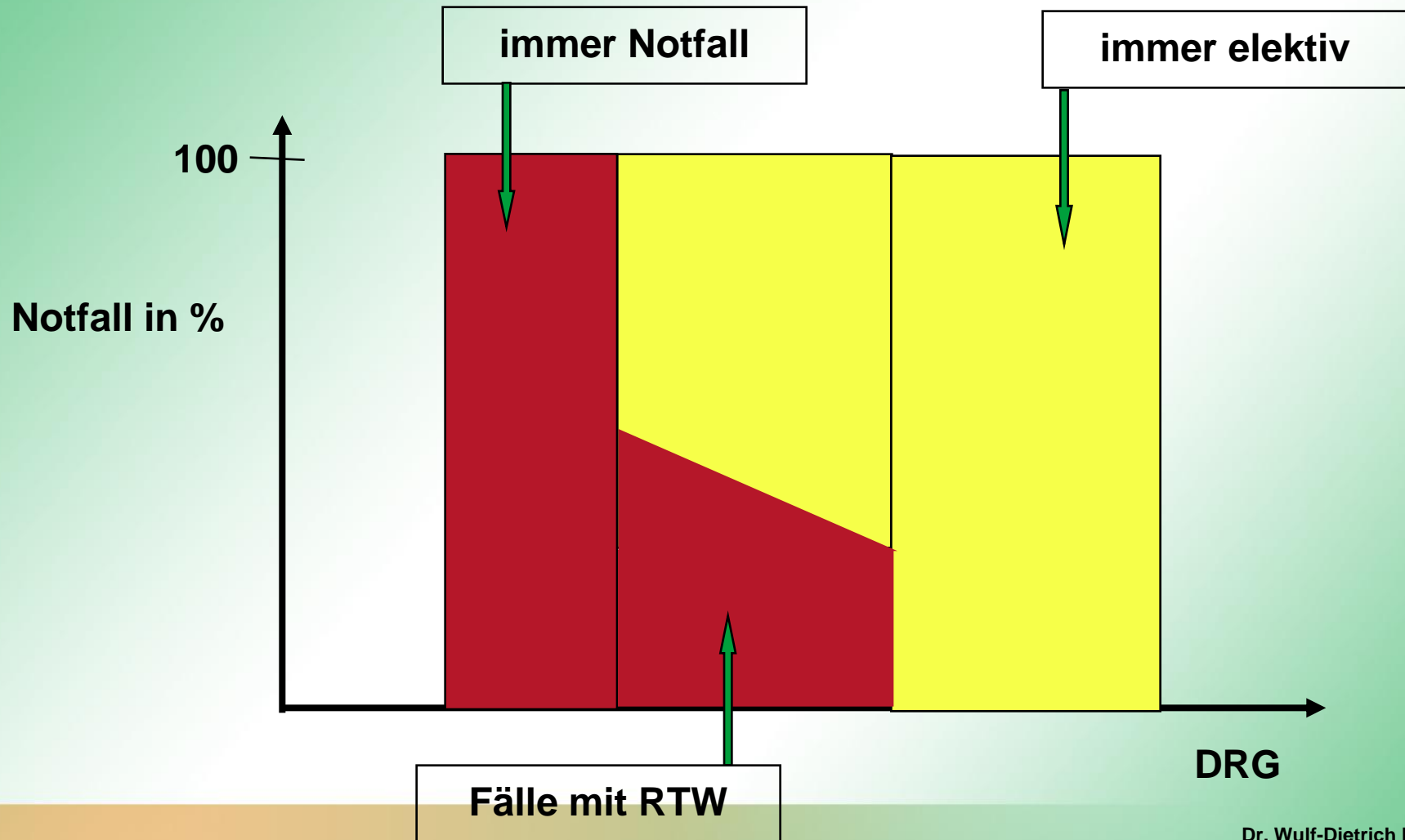


# Leistungsrechtsrechtliche Folgen des bedingten Kontrahierungszwangs

- **Der Versicherte wählt eines der Krankenhäuser, mit denen sein Kasse einen Vertrag geschlossen hat.**
- **Wollen Patienten in ein nicht mit ihrer Krankenkasse vertraglich assoziiertes Krankenhaus, so müssen sie die Differenzkosten selbst tragen.**
- **Ggf. werden gesonderte Tarife für die erweiterte Krankenhauswahl angeboten.**

- Auch wenn es Dämmerung gibt, lohnt es zwischen Tag und Nacht zu unterscheiden.
- Es muss in jedem Einzelfall klar sein, ob eine Leistung zum selektiv- oder kollektivvertraglich abgerechnet wird (anderer Basisfallwert).
- Notfall ist nur ein Kriterium für die Abgrenzung. Neben Notfällen können sollten auch Leistungen mit starker Tendenz zur Risikoselektion und Leistungen in unmittelbarer Todesnähe kollektivvertraglich geregelt werden.

# Abgrenzung Notfall-/Elektivleistungen Rettungstransport (RTW) als Kriterium



- **Alle Kassen schreiben je Region den Versorgungsbedarf an elektiven Leistungen in einem geordnetem Bieterverfahren aus**
- **Positiv für das Krankenhaus: Es gibt keinerlei Beschränkung für das eigene Versorgungsangebot – weder ein Budget, noch einen Landesplan.**

- **Alle Kassen haben die Möglichkeit, regional den Versorgungsbedarf auszuschreiben.**
- **Tun sie das nicht oder kommt kein Angebot zustande, dann gilt „die alte Welt“: Vergütung zum LBFW, unbeschränkte Krankenhauswahl für die Patienten, Beschränkung der Leistungsvolumina gemäß kollektivvertraglich vereinbarter Leistungsmenge.**

# Parallelentwicklung: Selektive Verträge in der ambulanten Versorgung

- **Besondere ambulante Versorgung (§ 73 c)**  
**Möglichkeit zur selektivvertraglichen Versorgung**  
**Bereinigung des Kollektivbudgets vorgesehen**
  
- **Rabattverträge für Arzneimittel (§ 130a)**

- **Wer Ausschreibung will, bekommt alle Probleme von Ausschreibungen: Gefahr der Monopolisierung, juristische Auseinandersetzung, ...**
- **Ausschreibung schafft Verfahrenssicherheit für Krankenhäuser (anders als bei Rehabilitation und integrierter Versorgung).**
- **Kleine Beruhigung für Bodenständige: Auf dem Lande ändert sich nix.**

# Gang der Handlung

- 1 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf**
- 2 Ausschreibung elektiver Krankenhausleistungen**
- 3 Exkurs: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)**
- 4 Der Ordnungsrahmen ab 2009 im Überblick**



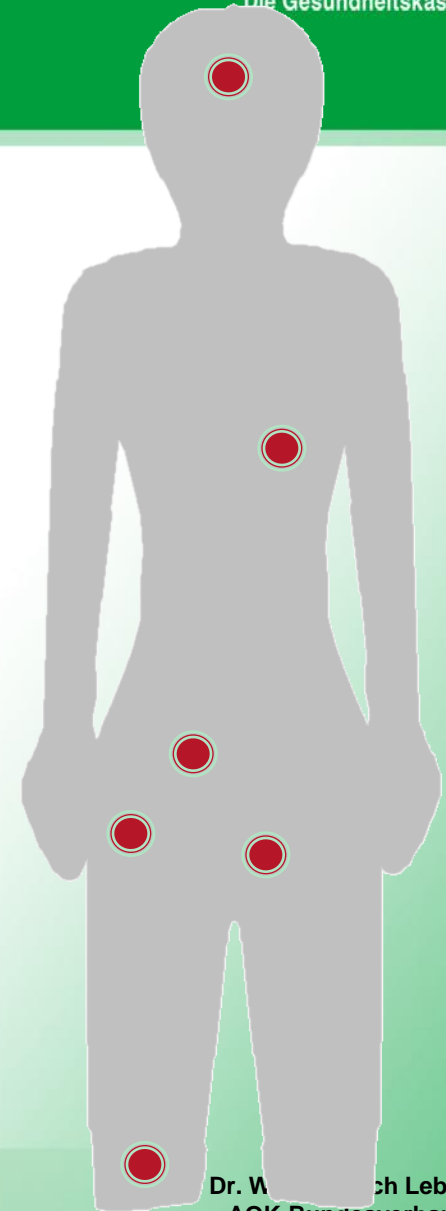
# Exkurs: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

- **Verfahren zur Qualitätsmessung mit administrativen Routinedaten wurde entwickelt (Projektpartner: AOK-Bundesverband, HELIOS Kliniken, Universität Magdeburg (FEISA), WIdO)**
- **Aufwandsarme an Ergebnisqualität orientierte Qualitätssicherung möglich**
- **Erstmals Qualitätssicherung über Entlassungstermin hinaus**
- **Valide Indikatoren der Ergebnisqualität**



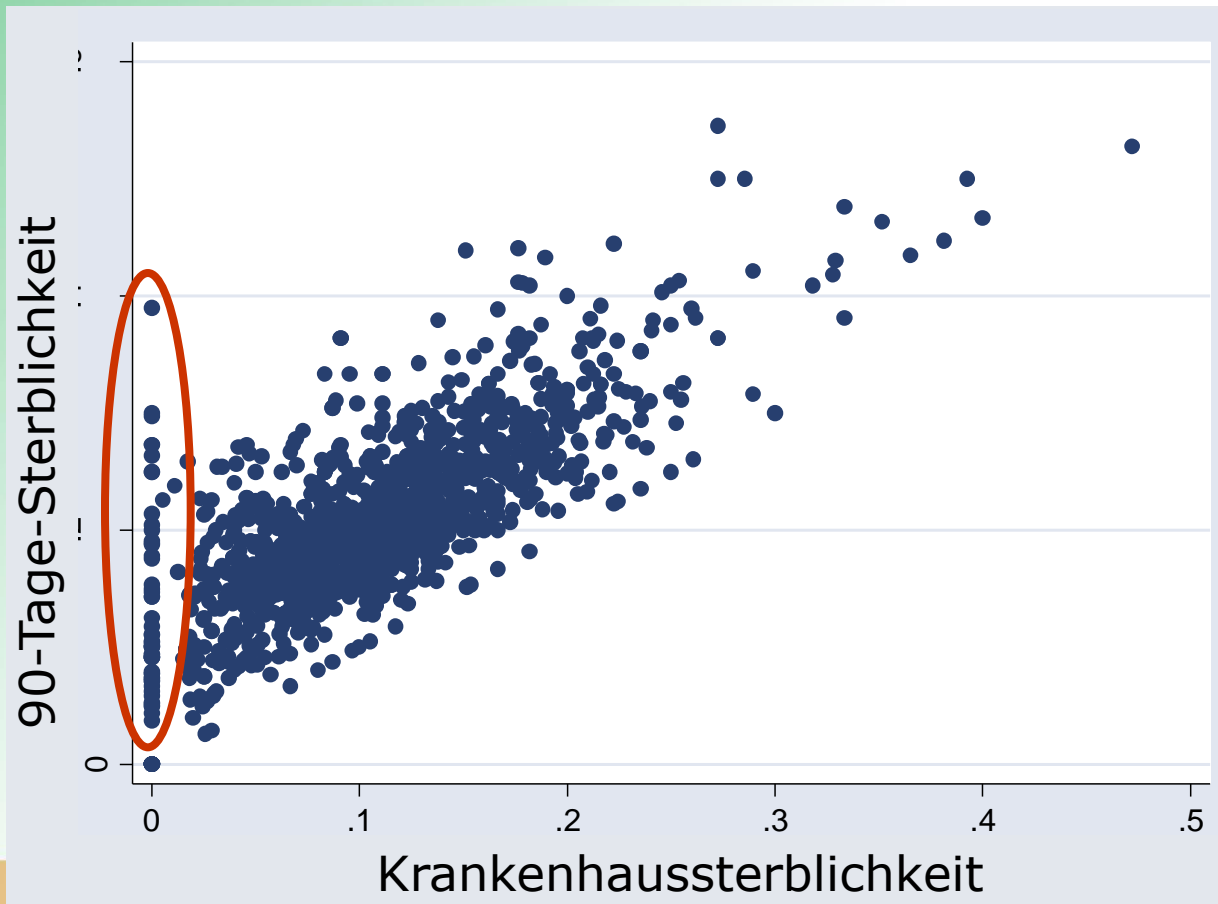
- **Sterblichkeit**  
(während KH-Aufenthalt, innerhalb 30-, 90-Tagen, 1 Jahr)
- **Revisionsraten**
- **andere typische Komplikationen (z. B. perioperativ)**
- **Wiedereinweisungsraten**  
(allgemein, diagnose-/prozedurspezifisch, wegen Revision)

- **Herzinsuffizienz**
- **Herzinfarkt**
- **Hirninfarkt oder intrazerebrale Blutung**
- **Kolon-/Rektum-Operation bei kolorektalem Karzinom**
- **Offene oder n.n. bez./laparoskopische Appendektomie**
- **Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose (elektive Hüft-TEP)/ Hüftgelenks-Endoprothese bei Hüftfraktur**
- **Kniegelenk-Totalendoprothese**



# Notwendigkeit von Follow Ups zur Qualitätsmessung

Zusammenhang zwischen 90-Tage- und KH-Sterblichkeit bei Herzinsuffizienz, AOK Fälle, 2003,  $n > 5$ , 1.393 Kliniken



- **QSR ist ideal auf Selektivverträge zugeschnitten: Die vertraglich vereinbarten Fälle sind identisch mit dem gemessenen QS-Spektrum (100% repräsentativ!).**
- **QSR kann zur Auswahl von Vertragspartnern und als Controlling für Selektivverträge genutzt werden.**
- **QSR macht Qualität vertragsfähig.**

- Die AOK wird den Krankenhäusern einen Klinikbericht zur Unterstützung des internen QS-Managements anbieten.
- Klinikvergleichende Transparenzberichte sind für 2008 vorgesehen.
- Neuer Standard für QS:
  - aufwandsarm,
  - sektorübergreifend,
  - ergebnisorientiert.

# Gang der Handlung

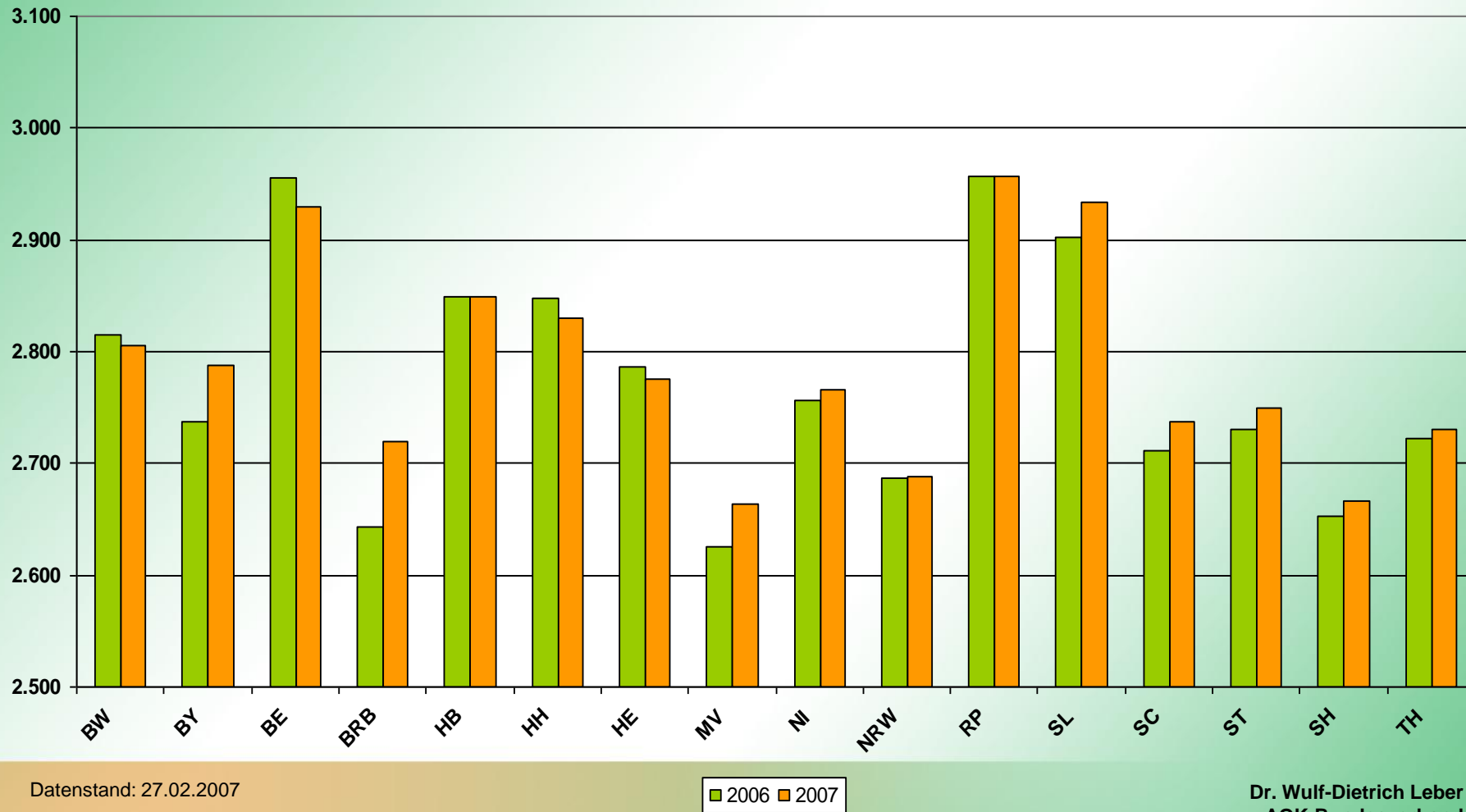
- 1 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf**
- 2 Ausschreibung elektiver Krankenhausleistungen**
- 3 Exkurs: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)**
- 4 Der Ordnungsrahmen ab 2009 im Überblick**

- **Ca. 200 – 300 Krankenhäuser werden den Landesbasisfallwert nicht erreicht haben.**
- **Erforderlich ist eine Fortsetzung des Anpassungspfades ohne Kappung.**
- **Komplementär steigt der Landesbasisfallwert für alle Krankenhäuser, die schon Landesniveau erreicht haben.**



- Die Frage ist nicht so wichtig.
- Kassenposition: Der Übergang zu einem Bundesbasisfallwert sollte aufwandsneutral für die GKV sein.
- Aufgrund bundeseinheitlicher Zuweisungen im Risikostrukturausgleich gibt es Tendenzen in Richtung eines Bundesbasisfallwertes.
- Rabatte für elektive Leistungen erhalten evtl. das LBFW-Niveau trotz Bundbasisfallwert.

# Landesbasisfallwerte mit Ausgleichen und Kappung

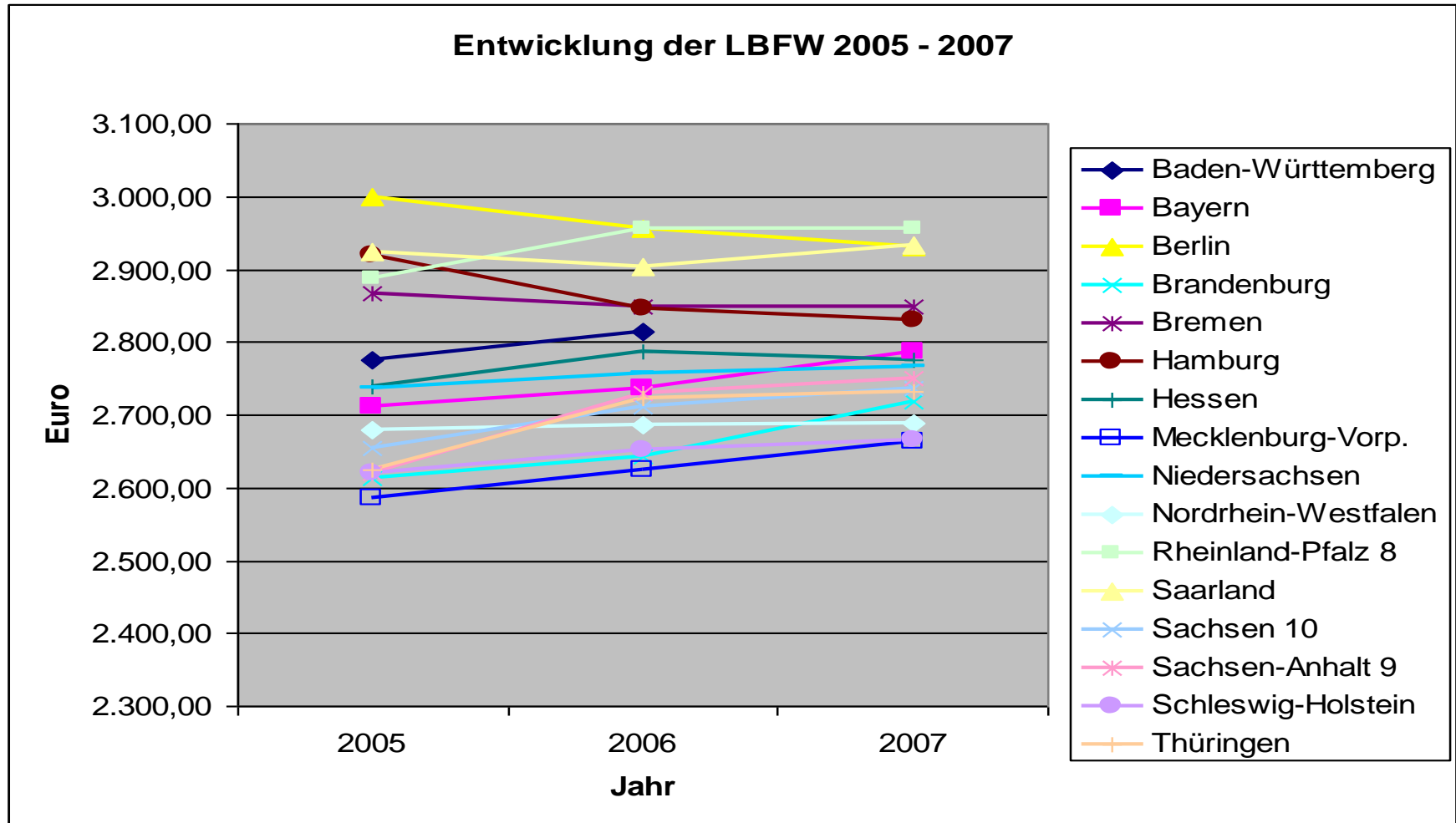


Datenstand: 27.02.2007

■ 2006 ■ 2007

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
AOK-Bundesverband

# Landesbasisfallwerte 2005 - 2007



- Die Länder planen nach bundeseinheitlichen Vorgaben.
- Die kollektivvertraglichen Vorgaben des gegenwärtigen ordnungspolitischen Rahmens gelten im Wesentlichen weiter.
- Die Leistungen werden nach DRGs mit LBFW vergütet.
- Kann die Notfallversorgung von einem Krankenhaus nicht zum LBFW sichergestellt werden, ist die Versorgung auszuschreiben. Findet sich kein anderer Anbieter so ist ein Sicherstellungszuschlag möglich (Grundprinzip: Ausschreibung vor Zuschlag)

- Leistungen werden nur finanziert, wenn sie in irgendeiner Form mit den Kassen vereinbart sind.
- 116b sollte kollektivvertraglich werden (wegen Gefahr der Risikoselektion), 115b selektivvertraglich (da vorwiegend elektiv).
- Teilstationäre Leistungen sind ambulante Leistungen.
- Es erfolgt mittelfristig eine Abstimmung mit dem ambulanten Sektor bezüglich Zulassung (Bedarfsplanung), Vergütung und Qualitätssicherung (u.a. Mindestmengen).

# Ordnungsrahmen 2009 im Überblick

|                              | stationär |                 | ambulant  |          | integriert |
|------------------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|------------|
|                              | Notfall   | elektiv         | kollektiv | selektiv |            |
| <b>Vergütungssystem</b>      | DRG       |                 | EBM + ?   |          | frei       |
| <b>Vergütungshöhe</b>        | LBFW      | Rabatt vom LBFW |           |          | frei       |
| <b>Kontrahierungspflicht</b> | ja        | beschränkt      | ja        | nein     | nein       |
| <b>Preisverhandlung</b>      | gemeinsam | je Kasse        | gemeinsam | je Kasse | je Kasse   |
| <b>Landesplanung</b>         | ja        | je nach Modell  | nein      | nein     | nein       |
| <b>Landesförderung</b>       | ja        | nein            | nein      | nein     | nein       |

- **Notfall: wie bisher.**
- **neu: Landesbehörde überwacht Ausschreibung der Kassen (länderübergreifende Ausschreibung ist möglich).**
- **Die Länder entwickeln sich von einer Baubehörde zu einer Verbraucherschutzbehörde.**

- **Die Länderförderung wird auf die Notfallversorgung konzentriert. Orientierungsgröße ist der Fallmix. Eine Verwendungsaufgabe für Investitionen entfällt.**
- **Im Übrigen bleibt ein Rest an regionaler Wirtschaftsförderung – sonst nichts.**



# „Elektiv wird selektiv“ Ein gutes Modell.....

- ... gut für dynamische Krankenkassen, weil Wettbewerb um effizientere Versorgung statt finden kann.
- ... gut für gute Krankenhäuser, weil endlich Raum für unternehmerisches Handeln geschaffen wird.
- ... gut für die Bundesländer, weil das Geld künftig eh nur noch für den Notfall reicht.
- ... gut für die Versicherten, weil Ergebnisqualität gemessen und transparent wird.
- .. gut für das Nationale DRG-Forum, weil ganz viele neue Probleme zu diskutieren sind.



Bund / Krankenhaus

## GBA veröffentlicht BOS-Auswertungen 2005

**„Elektiv wird selektiv“  
nachzulesen auf:**

**<http://www.aok-gesundheitspartner.de>**

kostenfreie Annahme freiwilliger strukturierter Qualitätsberichte für das Berichtsjahr 2005. Sie können vom 1. September bis 31. Oktober 2006 bei der gemeinsamen Datenannahmestelle ITSG eingereicht werden.

Nun wurden die Schema- sowie die Beispiel-Datei zur Erstellung und Übermittlung des Qualitätsberichtes



Wählen Sie Ihre Region

Bitte auswählen:

kostenfreie  
el

... Juli 2006 sind  
te Generika von  
gesetzlichen  
Zuzahlung befreit. Die  
aktuellen, umfassenden,  
neutralen und  
werbefreien  
listen finden

ales DRG-  
Forum plus

Die AOK-Beiträge auf dem 5. Nationalen DRG-Forum plus am 23. und 24. März 2006 in Berlin finden Sie [hier ...](#)

Disease-Management

- Apotheke
- Arzt und Praxis
- Heilberufe
- Hilfsmittelanbieter
- Krankenhaus
  - ▶ DRG-System
  - ▶ Budgetverha
  - ▶ Abrechnung
  - ▶ Qualitätssicherung
  - ▶ Ambulante Versorgung
  - ▶ Aktuelle Gesetzgebung
  - ▶ Verordnungen
  - ▶ Vereinbarung
  - ▶ Publikationen
  - Klinik-Konsil
- Integrierte Versorgung
- Krankentransport
- Pflege
- Reha / Vorsorge
- Zahnheilkunde