

## **Elektiv wird selektiv**

**6. Nationales DRG-Forum**

**Berlin 19.04.2007**

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

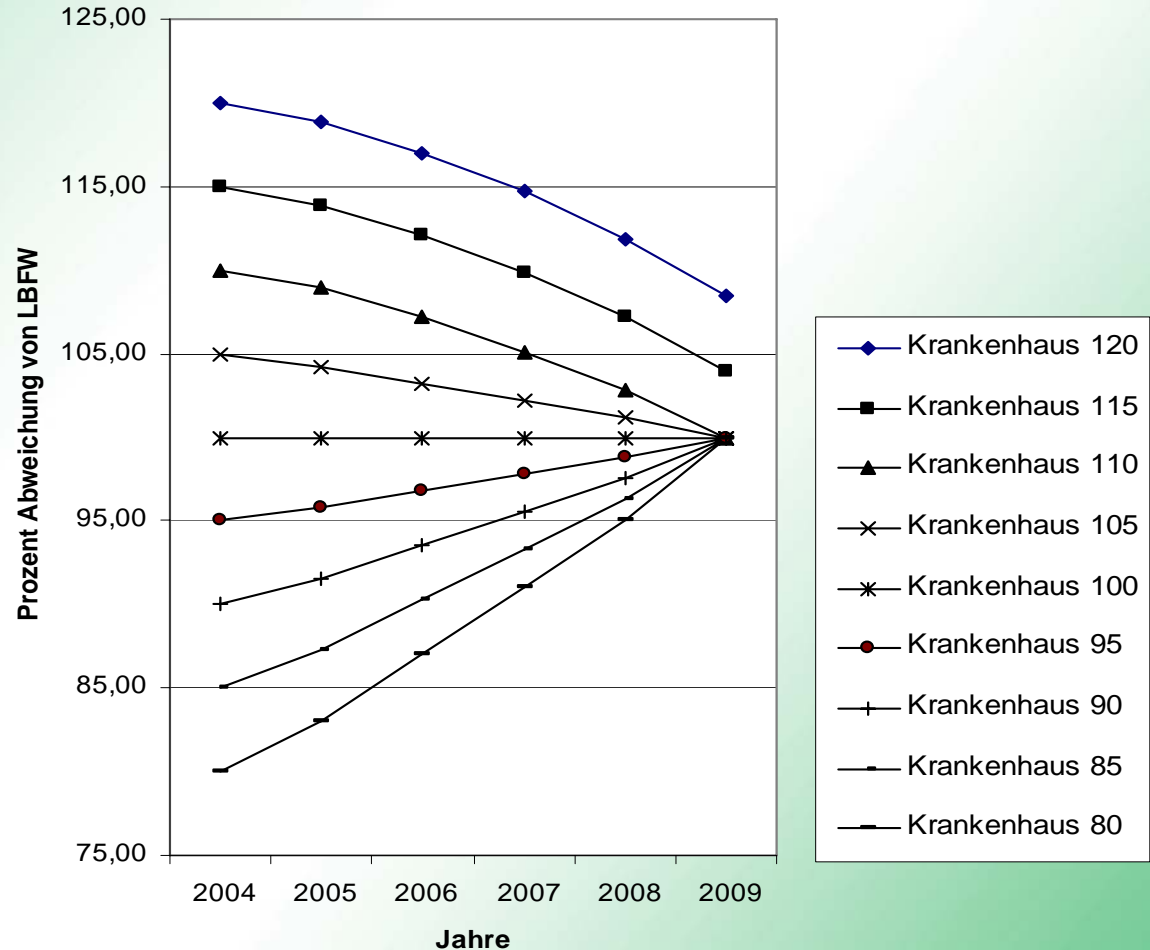
**AOK-Bundesverband**

# 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

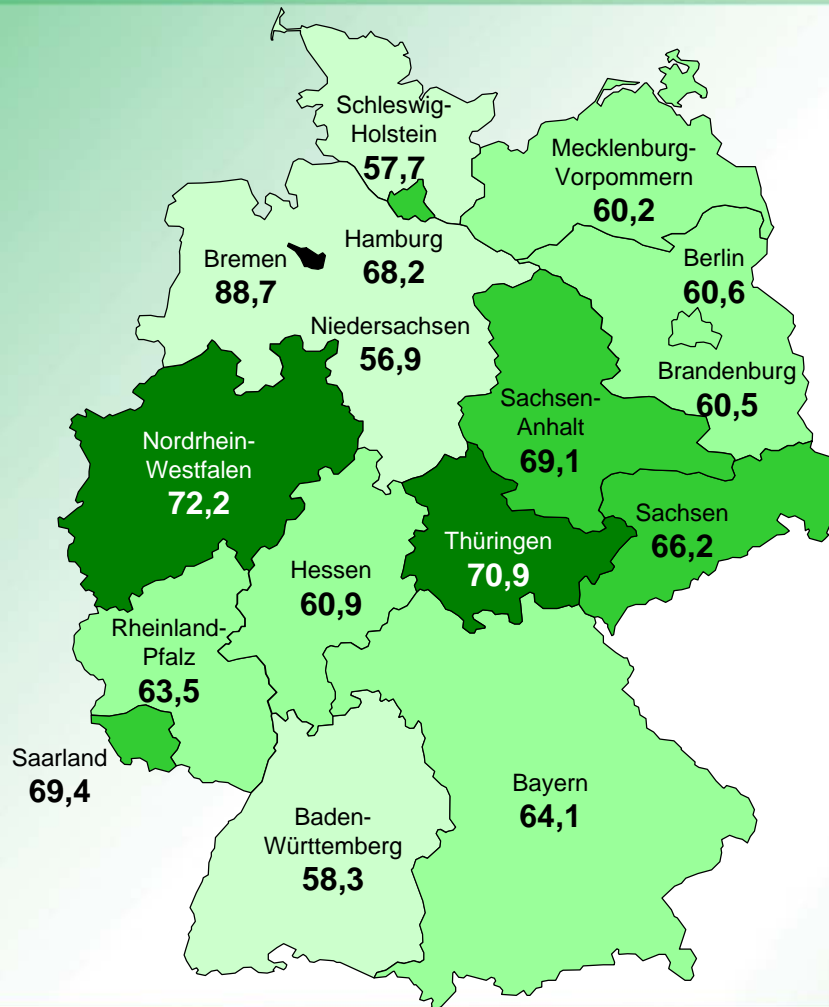
**Konvergenz muss  
erst einmal vollendet  
werden!**



# 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

**Krankenhausbetten insgesamt: 531.333**

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

Stand: 31.12.2004

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

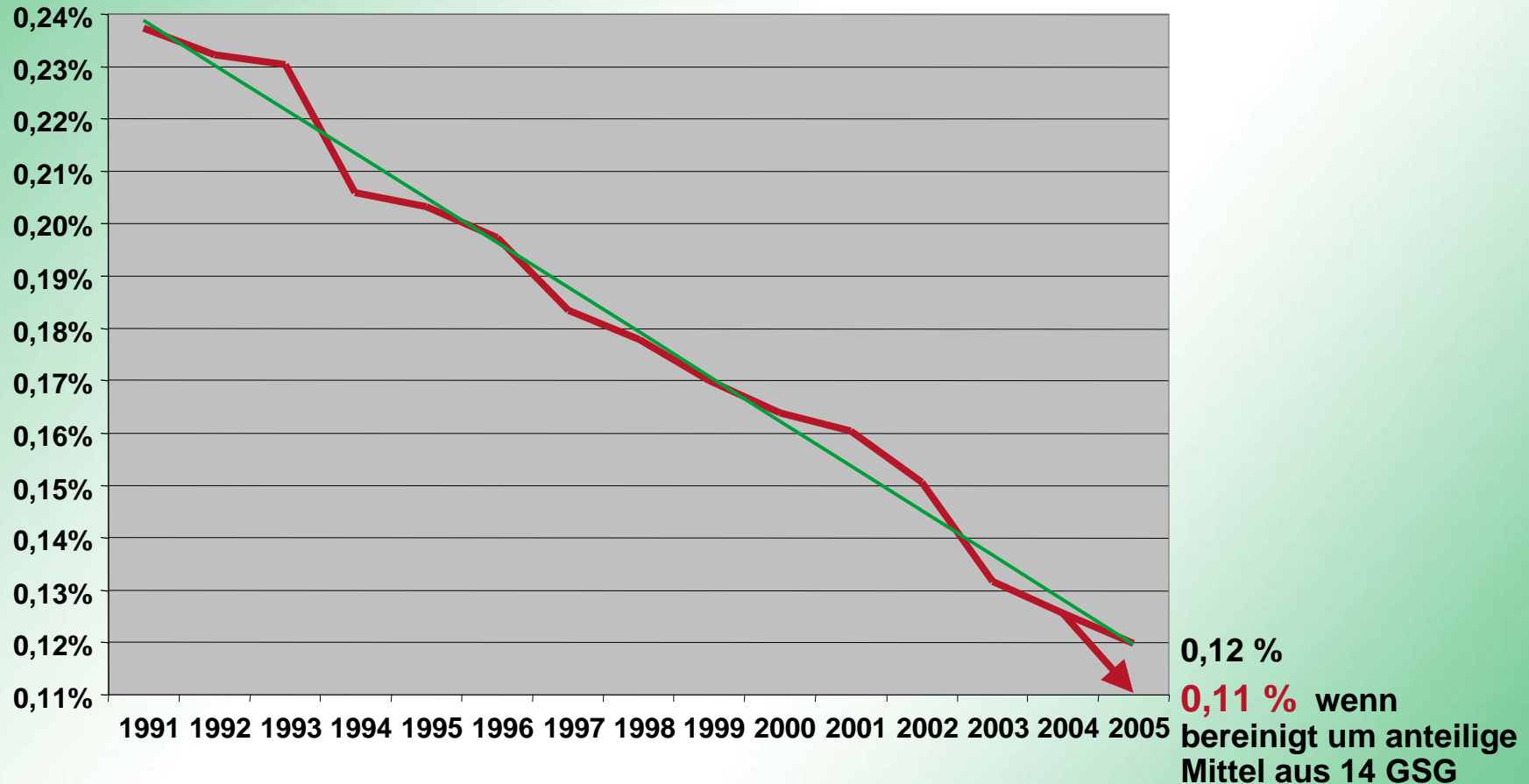
*\* ohne Vorsorge- u. Rehaeinrichtungen*

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**

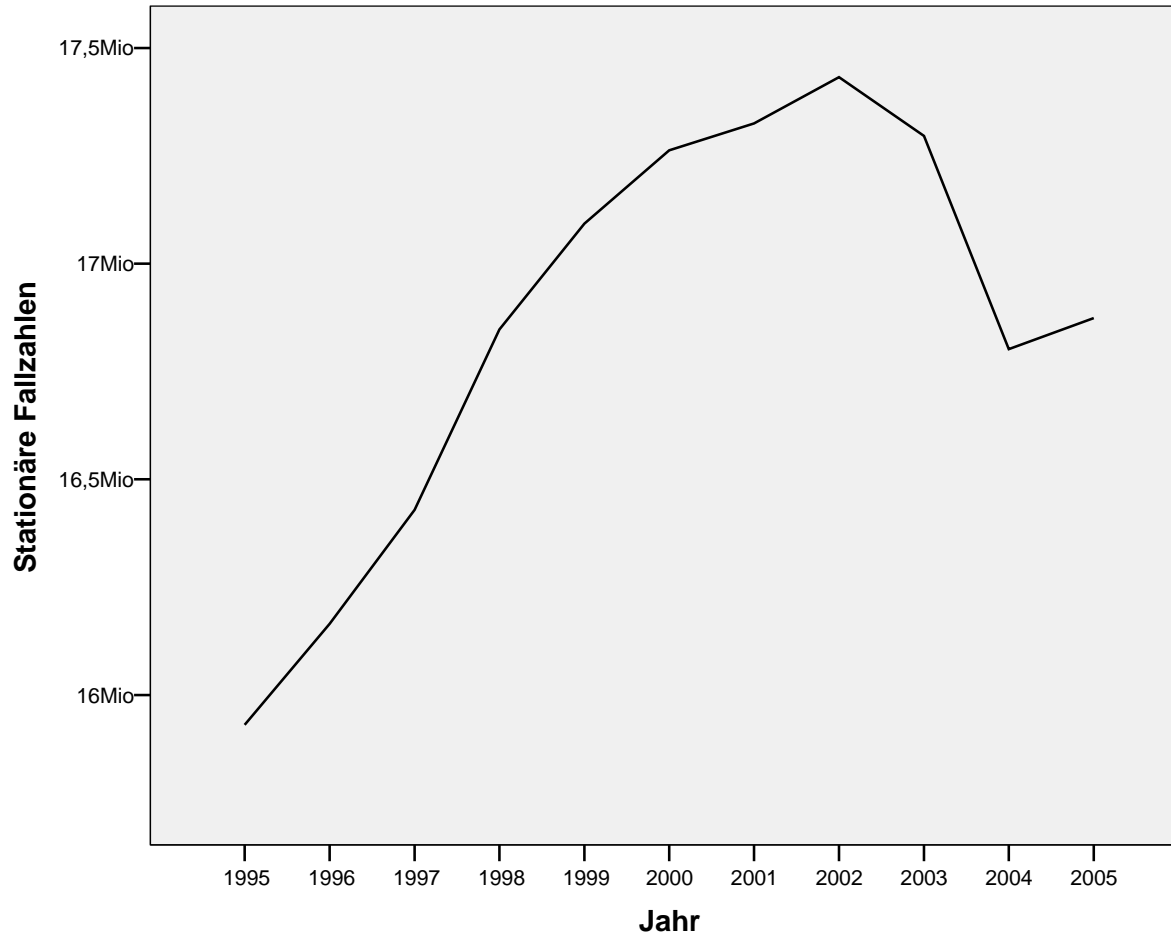


# Handlungsbedarf 5: Öffnung für ambulante Leistungen



- 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

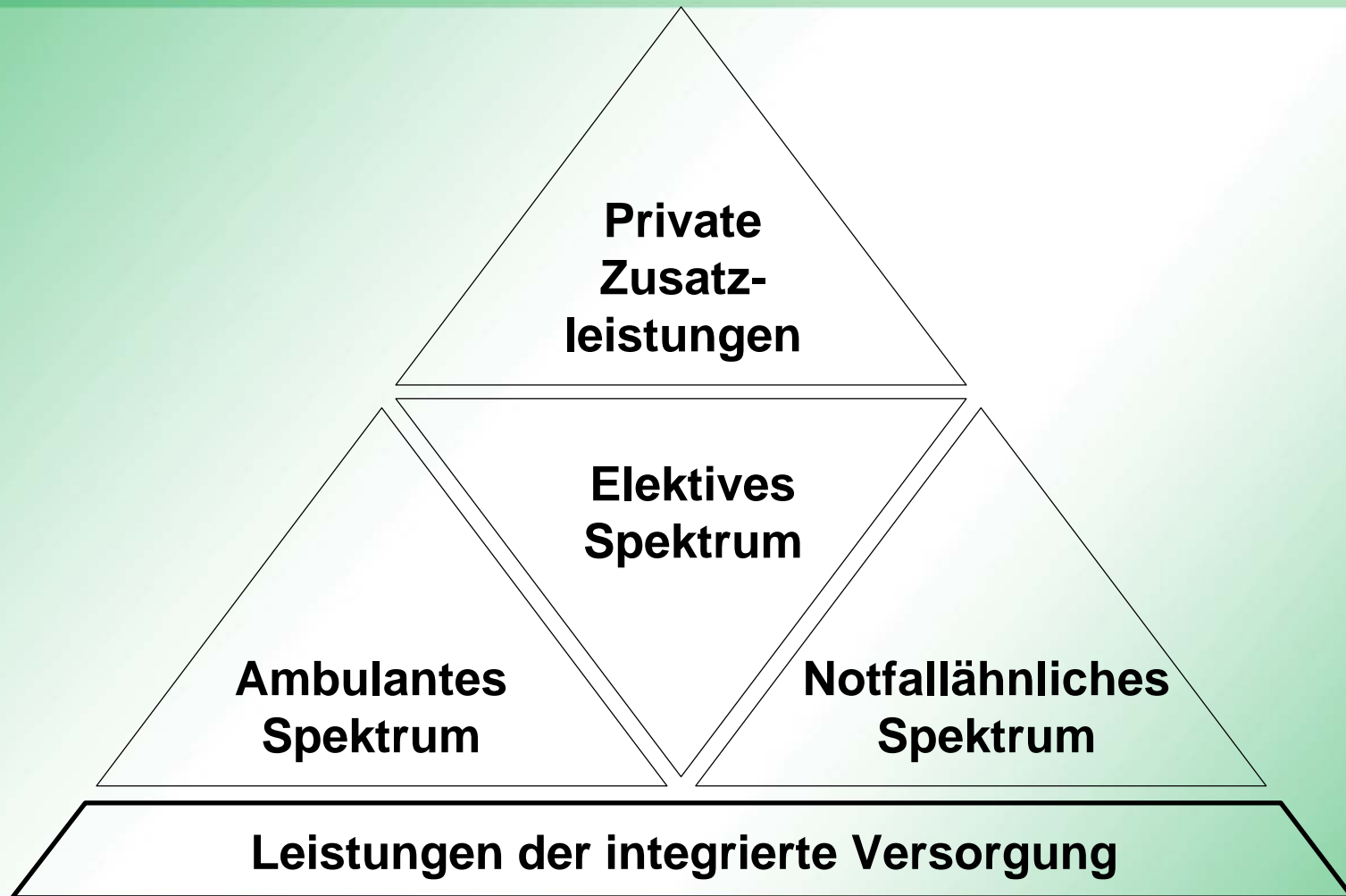
- 1 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf**
- 2 Ausschreibung elektiver Krankenhausleistungen**
- 3 Exkurs: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)**
- 4 Der Ordnungsrahmen ab 2009 im Überblick**

# 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.**



- 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 hat 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?

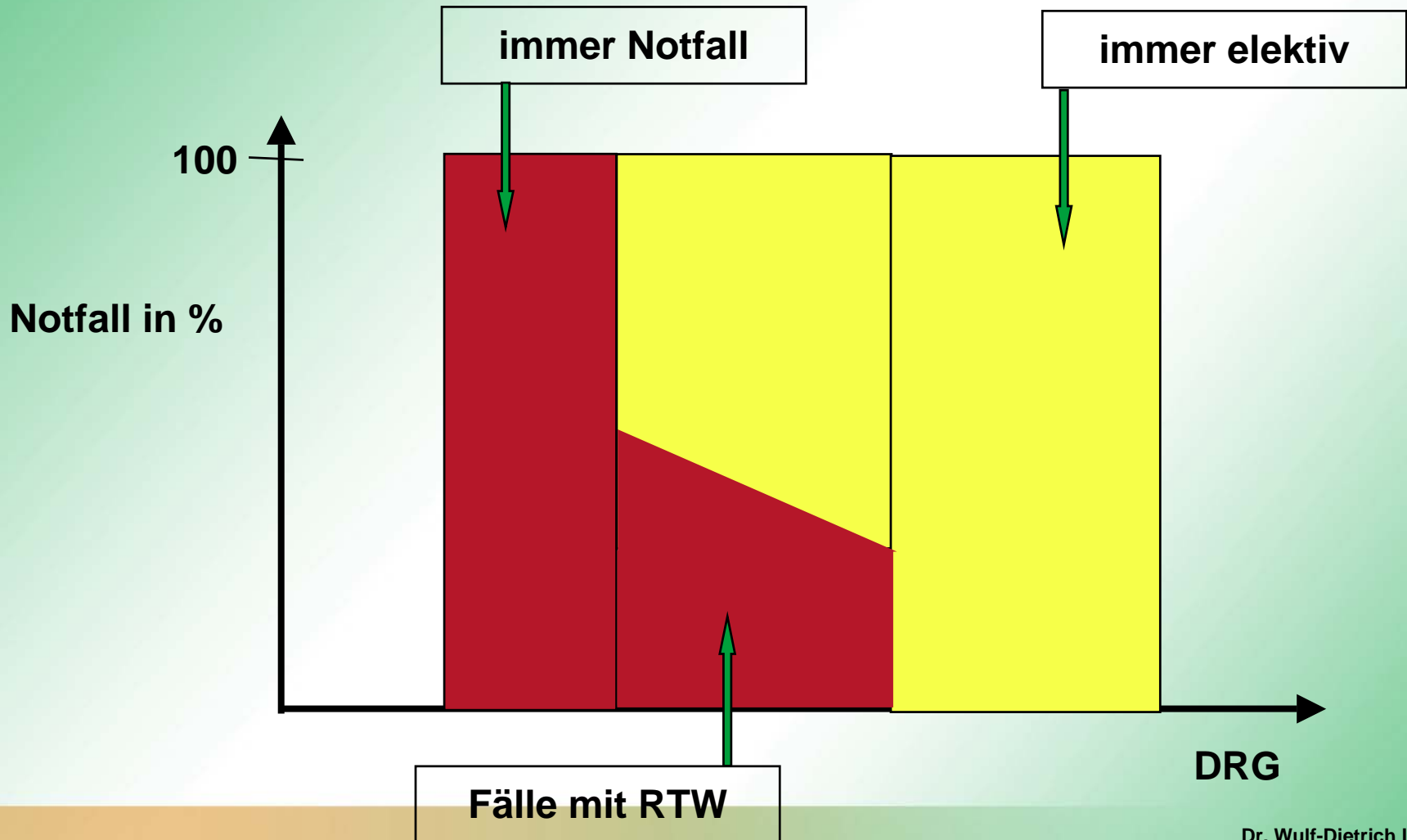


# Leistungsrechtsrechtliche Folgen des bedingten Kontrahierungszwangs

- **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 Qualitäts-Messung 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**

AOK-Bundesverband · Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA)  
HELIOS Kliniken · Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

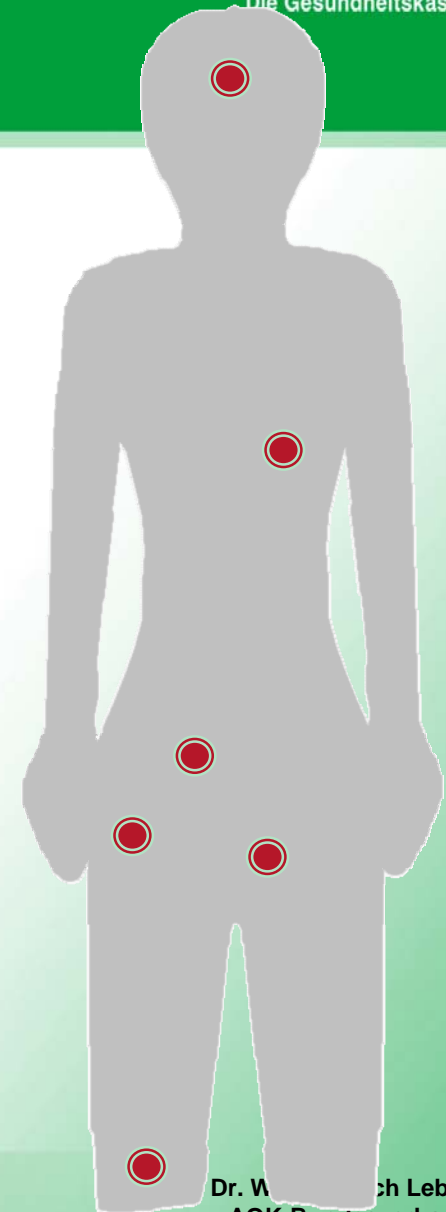


Qualitätssicherung  
der stationären Versorgung  
mit Routinedaten (QSR)  
- Abschlussbericht -

Wissenschaftliches Institut der AOK

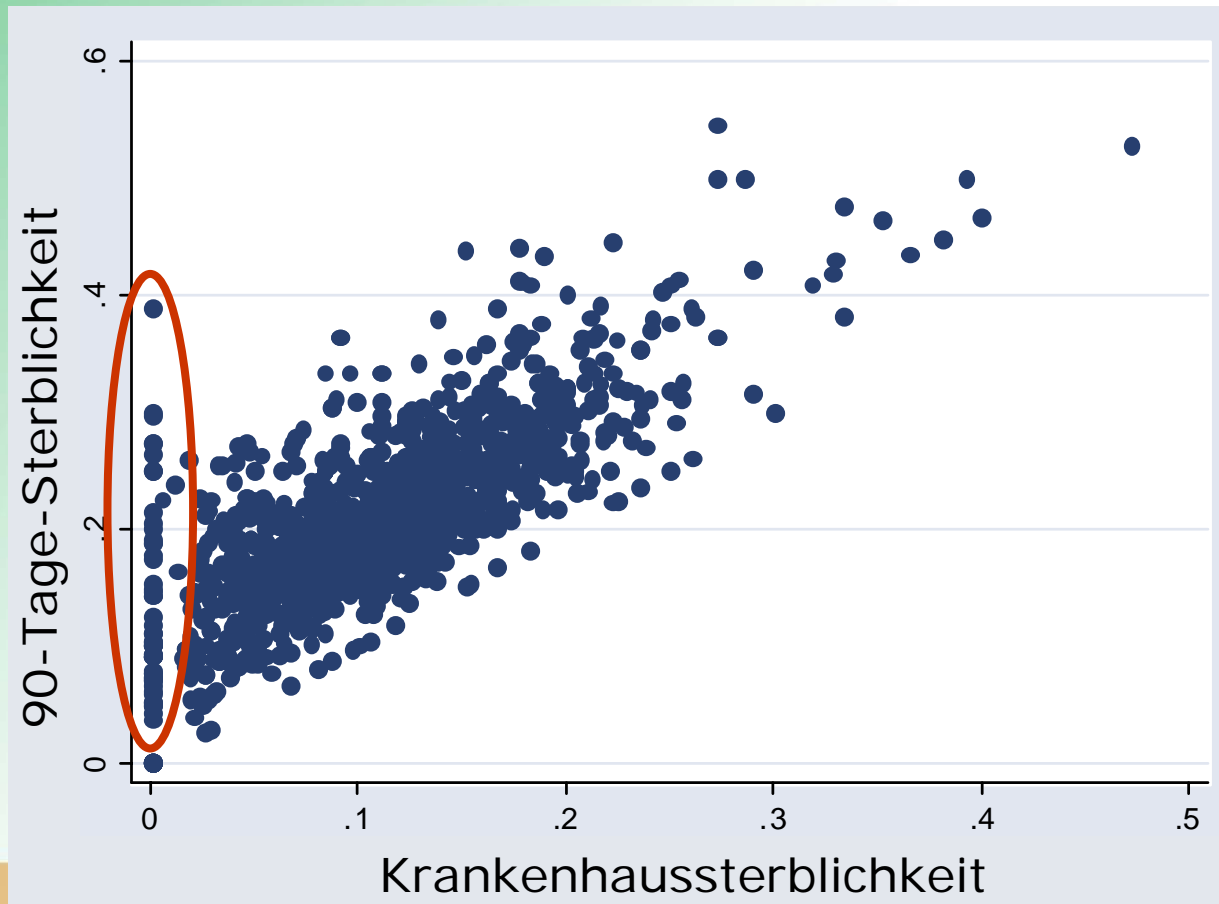
- **Sterblichkeit**  
(während KH-Aufenthalt, innerhalb 30-, 90-Tagen, 1 Jahr)
- **Revisionsraten**
- **andere typische Komplikationen (z. B. perioperativ)**
- **Wiedereinweisungsraten**  
(allgemein, diagnose-/prozedurspezifisch, wegen Revision)

- **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

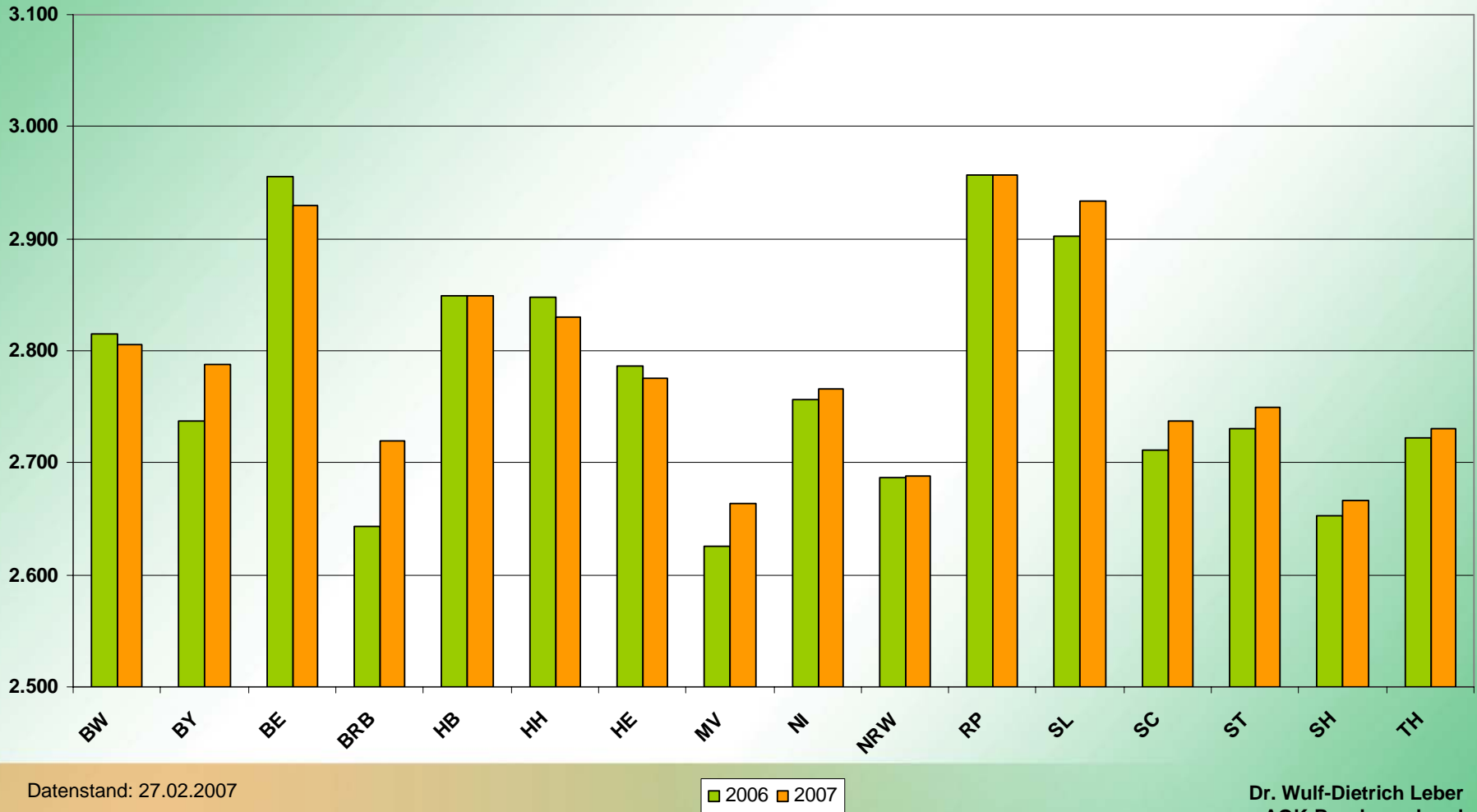
- 1 Ordnungspolitischer Handlungsbedarf**
- 2 Ausschreibung elektiver Krankenhausleistungen**
- 3 Exkurs: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)**
- 4 Der Ordnungsrahmen ab 2009 im Überblick**

- **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 Bundesbasisfallwert.

# Landesbasisfallwerte mit Ausgleichen und Kappung

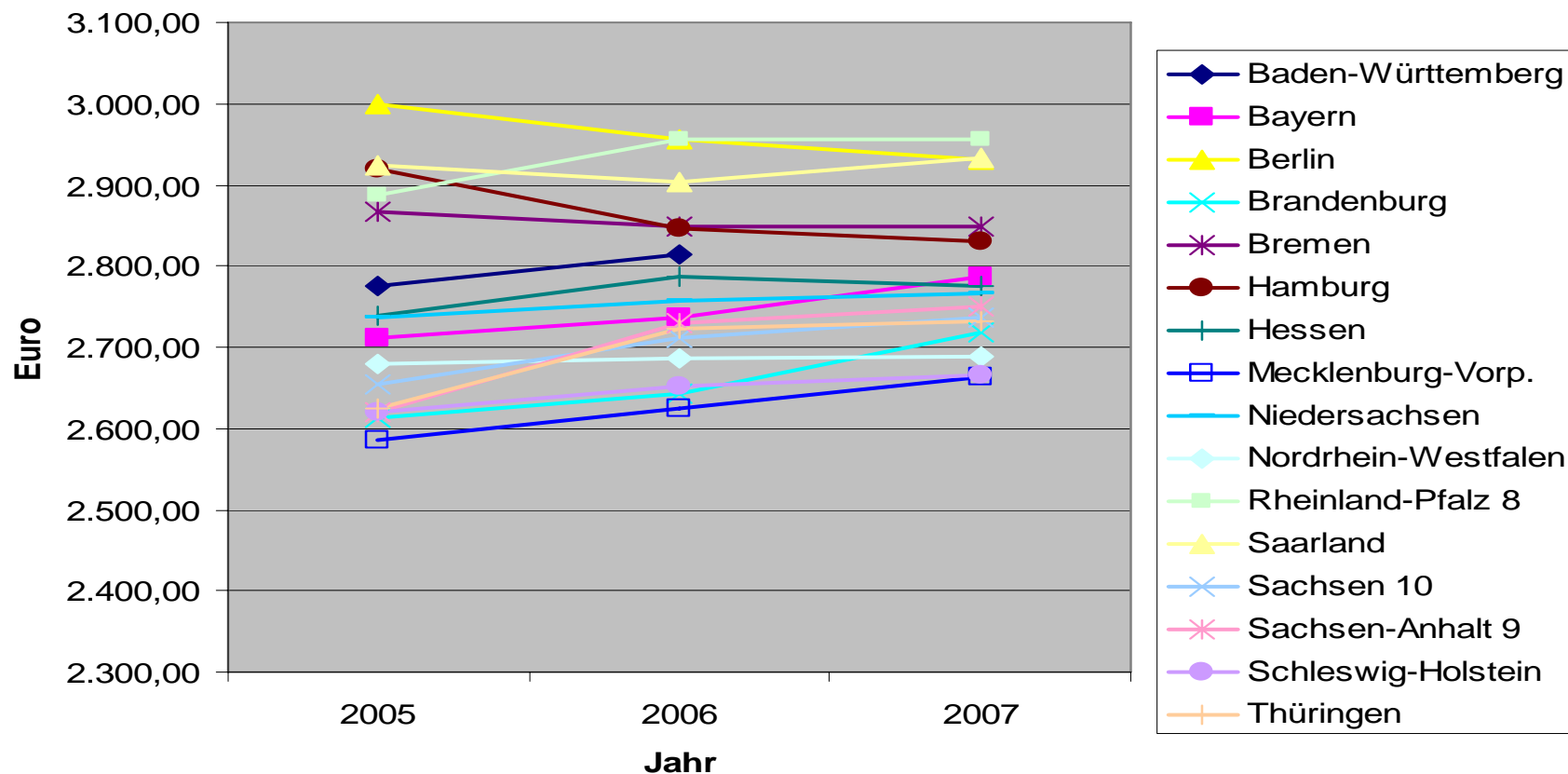


Datenstand: 27.02.2007

■ 2006 ■ 2007

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
AOK-Bundesverband

Entwicklung der LBFW 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	
Vergütungssystem	DRG		EBM + ?		frei
Vergütungshöhe	LBFW	Rabatt vom LBFW			frei
Kontrahierungspflicht	ja	beschränkt	ja	nein	nein
Preisverhandlung	gemeinsam	je Kasse	gemeinsam	je Kasse	je Kasse
Landesplanung	ja	je nach Modell	nein	nein	nein
Landesförderung	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  
Anfrage

Am 1. Juli 2006 sind  
die Generika von  
gesetzlichen  
Zuzahlung befreit. Die  
aktuellen, umfassenden,  
neutralen und  
werbefreien  
Preislisten 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