

Tagung des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.  
14.04.2008 Bad Liebenzell

## Ordnungspolitischer Rahmen im Krankenhausbereich 2009 unter besonderer Berücksichtigung eines neuen Risikostrukturausgleichs

**Walter Scheller**

Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung  
Baden-Württemberg

1

## Gliederung

Teil 1 Ordnungspolitischer Rahmen im  
Krankenhausbereich 2009

Schwerpunkt:

Einkaufsmodelle und Wettbewerb

Teil 2 Morbiditätsorientierter  
Risikostrukturausgleich

2

Teil 1

## Ordnungspolitischer Rahmen im Krankenhausbereich 2009

Ordnungspolitischer Rahmen  
Einkaufsmodelle  
Wettbewerb

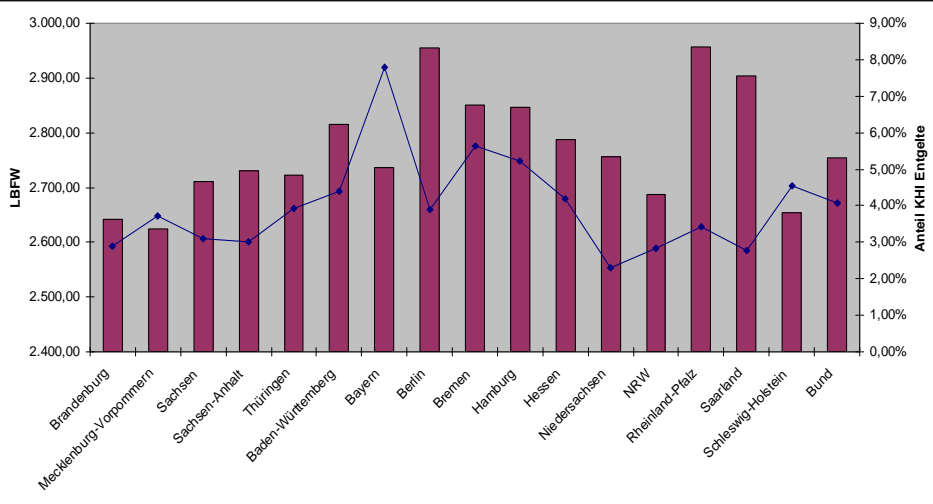
3

## Ordnungspolitischer Rahmen 2009

- **Selektives Kontrahieren**
  - Nur bedingt planbare Fallgruppen
  - Keine Trennung von Notfällen und planbaren Behandlungen
- **Monistische Finanzierung**
  - z. B. für elektive Leistungen
- **Bundesweiter Basisfallwert**
  - Mischsystem aus krankenhaushausindividuellen und krankenhaushausübergreifenden Entgelten verhindert die Vergleichbarkeit und Zusammenführung der landesweiten Basisfallwerte

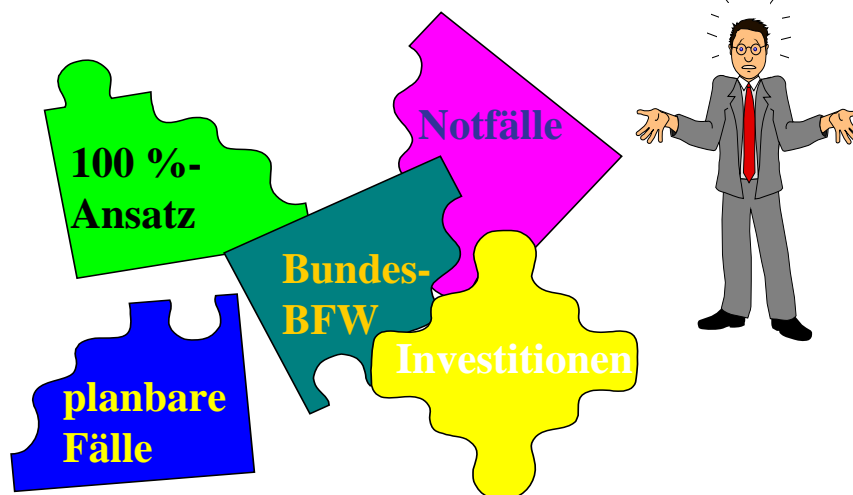
4

# Landesbasisfallwerte



5

# DRG-System und ordnungspolitischer Rahmen 2009



6

## Krankenhausfinanzierungs- rahmengesetz

- § 17d KHG  
Einführung eines pauschalierenden  
Entgeltsystems für psychiatrische und  
psychosomatische Einrichtungen

7

## Eckpfeiler

- Auftrag an die Selbstverwaltung ein neues  
Entgeltsystem zu entwickeln
- Beauftragung des DRG-Instituts (InEK)
- Quantitativer Ansatz
- Integrativer Ansatz
- Grundsätzlich Tagesbezug als  
Abrechnungseinheit (tagesbezogene  
Relativgewichte)
- Leistungsbezug beginnend mit den  
Behandlungsbereichen der Psychiatrie-  
Personalverordnung

8

## Perspektiven

- Langfristige Entwicklung (2015) mit Interims- und Konvergenzphasen
- Preisbildung auf Landesebene
- Langzeitbetrachtung von 360 Tagen bei Leistungsbewilligung und Prüfrechten
- Effizienzsteigerung durch flexible Behandlungsformen (Öffnung der Krankenhäuser)

9

Die neue Macht:

Einkaufsmodelle und Wettbewerb

## Grundsätzliches zum Wettbewerb

- Wettbewerb bietet Chancen und Risiken.
- Wettbewerb ist also differenziert zu betrachten.
- Die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes sind zu beachten!
- In der aktuellen Diskussion ist es nicht allein die Frage, ob man grundsätzlich ein Gegner oder Befürworter von mehr Wettbewerb ist, sondern ob man einen kontrollierten oder einen Verdrängungswettbewerb will.

11

## Gesundheitsmarkt

- Zukunftsmarkt aufgrund der demographischen Entwicklung
- Käufermarkt in urbanen Gebieten
- Bietermarkt in ländlichen Gebieten
- Angebot, Nachfrage und Finanzierung sind weitgehend unabhängig voneinander.
- Ein Marktungleichgewicht kommt durch Wartezeiten und steigende Beitragssätze (künftig Zusatzbeitrag) zum Ausdruck.

12

## Markt und Marktmacht

- Durch den Kontrahierungszwang mit Konfliktlösungsmechanismus der Schiedsstelle haben wir derzeit eine vergleichbare Marktform des bilateralen Monopols.
- Wettbewerb, als ein konstitutives Merkmal von Markt, setzt mindestens zwei Akteure auf Anbieter- oder Nachfragerseite voraus.
- Die heutige Monopolstellung der Kassen durch kollektives Vertragsrecht soll partiell aufgeben werden.
- Oligopole sollen kurzfristig entstehen.
- Langfristig könnte die Einheitskasse folgen!

13

## Wettbewerb

- Preis
  - Fest-, Höchst-, Richtpreise auf Landesebene
  - Wettbewerbs-/Marktpreise ohne Kontrahierungszwang
- Menge
  - Fallzahlen und Patientensteuerung
- Qualität
  - Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität
- Sektorenübergreifender Wettbewerb
  - Ausweichmöglichkeiten

14

## Kundenbezogene Preisbildung

- Einkaufsmenge
- Beschwerdeverhalten des Kunden, wie z. B. MDK-Prüfquote
- Patientenmorbidity in einem pauschalierten DRG-System
- Potenzial der Zusatzerlöse (Zusatzversicherungen und Einkommensunterschiede der Versicherten)

15

## Marktmacht der Krankenkasse

- Größe der Kasse
- Regionale Mitgliederverteilung
- Kundenbindung im Rahmen einer Versicherten-/Patientensteuerung
  - Un-/eingeschränkter Wahlfreiheit (Bonus/Malus)
  - Routine- oder Spezialeingriffe
  - Vertrauen des Versicherten gegenüber der Krankenkasse
  - Zuweisung in ein Discounter- oder Qualitätskrankenhaus

16



## Einkaufs-/Ausschreibungsmodell

- Eignet sich für den Preis- und Mengenwettbewerb.
- Leistungen muss standardisiert und planbar sein und im Vorfeld einer Ausschreibung bekannt sein.
- Bessere Startbedingungen auf Kassenseite.
- Gefahr eines überzogenen Kapazitätsabbaus.

17

## Verhandlungsmodell

- Eignet sich insbesondere für den Qualitätswettbewerb und bietet den Kassen Gestaltungsspielräume; jedoch mit einem know-how-Vorsprung auf Leistungserbringerseite.
- Höhere Transaktionskosten.
- Möglichkeit zur Effizienzsteigerung in der Langfristbetrachtung.

18

## Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

- Einbeziehung der GKV-durchschnittlichen Leistungsausgaben unter Berücksichtigung der Einzelverträge
  - Kassen mit relativ hohen Krankenhausausgaben und überdurchschnittlichen Einsparungen sind im Vorteil.
  - Verlierer sind Kassen mit hohen Krankenhausausgaben und unterdurchschnittlichen Einsparungen.
  - Tendenziell keine Diskriminierung von Kassen mit gesunden Mitgliedern

19

## Voraussetzungen

- Monistisches Finanzierungssystem mit DRG-bezogenen Zuschlägen
- Nicht nur kostenhomogene, sondern auch behandlungshomogene Fallgruppen
- Kostenträgerrechnung für
  - Investitionskosten und
  - Notfälle
- Geeignetes Qualitätsdokumentationssystem mit adäquaten Sanktionsmechanismen
- Bereitschaft zur faktischen Aufgabe der länderbezogenen Planung
- Aufbau eines funktionsfähigen Angebotsmonitorings

20

## Chancen

- Mehr Gestaltungsspielräume für Krankenkassen
- Vertragsaktivitäten werden belohnt
- Einstieg in neuartige Qualitätssicherungs- und -dokumentationssysteme
- Möglichkeiten zur Versichertenberatung und -bindung

21

## Risiken

- Höhere Preise in ländlichen Gebieten, sofern kein Höchstpreisprinzip vorgesehen.
- Kapazitätsreduzierungen in urbanen Gebieten mit der Folge von sektoralen Monopolen mit langfristig steigenden Preisen.
- Rabatte = Wartezeiten.
- Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag lassen den Kassen für eine Investition in einen Qualitätswettbewerb keine Zeit.
- Rabatte werden durch Sicherstellungszuschläge, hohe Transaktions- und Bürokratiekosten kompensiert.

22

## BMG-Vorstellungen

- Selektives Kontrahieren oder **Aufhebung der flexiblen Budgetierung?**
- Zweites Mischsystem, mit einem Nebeneinander von krankenhaushübergreifenden und -individuellen Entgelten.
- Preiswettbewerb ist nahezu ausgeschlossen.
- Ein Qualitätswettbewerb wird möglich, der zur langfristigen Effizienzsteigerung beitragen kann.

23

## Fazit

- Lebensdauer aufgrund von zu erwartenden exorbitanten Ausgabensteigerungen unter Fondsbedingungen gering!
- Besseres Versorgungsangebot, höhere Behandlungsqualität und geringere Krankenhausaussgaben mit zufriedenen Patienten bzw. Versicherten bleiben als Ziele für nachgelagerte Reformvorhaben erhalten!

24

Teil 2

## Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Auswahl der Krankheiten  
Gutachten des wissenschaftlichen Beirats

25

## Wirkungsmechanismus Morbi-RSA

RSA Grundmodell

Morbi-RSA

egal ob gesund oder krank	keine Erkrankung mit Kosten im Folgejahr	Diabetiker, ambulante Behandlung	Diabetiker, stat. Behandlung mit Komplikationen
gleiche Gutschrift für alle 62-jährigen weiblichen Versicherten	Socketbetrag für alle 62-jährigen weiblichen Versicherten	Zuschlag für Rx115 (Insulinpräparat) und HCC 019 (Diabetes o. Kompl.)	Zuschlag für HCC017 (Diabetes mit Komplikationen)
1.614 €	517 €	+ 296 € + 2.406 € 517 €	+ 2.214 € + 2.406 € 517 €
1.614 €	517 €	3.219 €	5.137 €

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

26

## Phasen der Implementierung des M-RSA

- **1. Phase = Auswahlprozess Krankheiten**
  - 50 bis 80 kostenintensive Krankheiten, die einen chronischen oder schwerwiegenden Verlauf haben
  - auf der Basis eines bis 31.10.2007 vorzulegenden Gutachtens des wissenschaftl. Beirates beim BVA
- **2. Phase = Festlegung und Konzipierung des anzuwendenden Klassifikationsmodells („Grouper“)**
  - *Bildung von Morbiditätsgruppen und Einstufungskriterien*
  - *Regressionsverfahren zur Ermittlung von Sockelbeträgen und Krankheitskostenzuschlägen*

⇒ bis 1.7.2008

27

## Phasen der Implementierung des M-RSA

- **3. Phase = Abschlagsverfahren 2009: Ermittlung der aktuellen Sockelbeträge (nach Alter und Geschlecht) und der Krankheitskosten-Zuschläge mit Hilfe des Regressionsverfahrens**

⇒ bis Herbst 2008

28

## Operationalisierung Begriff „Krankheit“

- **Krankheit i.S. des § 268 SGB V / § 31 RSA liegt vor, wenn sie (als „Filterkriterien“)**
  - kostenintensiv ist und entweder
  - chronisch verläuft oder
  - einen schwerwiegenden Verlauf aufweist
- **Lt. Gesetz / Verordnung ist Kriterium „kostenintensiv“ erfüllt, wenn Ausgabensumme je Versicherten mit der jeweiligen Erkrankung die Durchschnittsausgaben aller Versicherten um 50 % überschreitet**
- **Zu den beiden anderen Filterkriterien trifft Gesetz / VO keine Vorgaben**

29

## Operationalisierung durch Beirat

- **Kriterium „Chronizität“**
  - **Krankheit muss mindestens in zwei (nicht zwingend aufeinanderfolgenden) Quartalen eines Jahres aufgetreten sein**
  - **bei Versicherungszeit von nur einem Quartal wird Chronizität grundsätzlich unterstellt**

30

## Operationalisierung durch Beirat

- **Kriterium „schwerwiegender Verlauf“**
  - Krankheit muss eine „Hospitalisierungsquote“ von mindestens 5 % aufweisen

-----  
\*) *Hospitalisierungsquote = Anteil der Versicherten an allen Versicherten, die Krankenhausaufenthalt mit der betrachteten Krankheit aufweisen*

31

## Operationalisierung durch Beirat

- **Kriterium „kostenintensiv“**
  - **Ermittlung der Fallkosten:**
    - Ausgaben je Versicherten mit Krankheit, nicht je Krankheit
    - Prospektive Ausgaben: Ausgaben 2006 in Abhängigkeit der Krankheiten 2005
    - Eliminierung von Ausreißern („Winsorisierung“)
    - Hochrechnung der Ausgaben zu Jahreswerten bei unvollständigen Versicherungszeiten
    - Altersstandardisierung: Die mittleren Kosten der Krankheit werden in Beziehung gesetzt zu den mittleren Kosten über alle Krankheiten der Altersgruppe, die der spezifischen Alterszusammensetzung der Krankheit entspricht
  - ⇒ *Relative altersstandardisierte Kosten (RK)*

32



## Operationalisierung durch Beirat

- **Fortsetzung**  
**Kriterium „kostenintensiv“**
  - **Kostenverteilung und Krankheitsauswahl**
    - Prävalenzgewichtung<sup>1)</sup>: „Kosten“ = relative altersstandardisierte Kosten (RK) gewichtet mit Logarithmus<sup>2)</sup> (Krankheitsfälle)
    - Krankheiten werden ausgewählt, wenn „Kosten“ der Krankheit über dem 70. Perzentil<sup>3)</sup> liegen
    - Schwellenwert 70. Perzentil vom Beirat gesetzt

- 
- 1) *Prävalenzgewichtung = Gewichtung der Krankheitsfallkosten mit der Krankheitshäufigkeit (Fälle \* Kosten)*
  - 2) *Logarithmusfunktion  $\ln(x)$ :  $\ln(20) = 3$ ;  $\ln(2.000.000) = 14,5$  (Funktion mit extrem nachlassender Steigung)*
  - 3) *Perzentil = von 100 Krankheiten liegen die 30 teuersten über dem 70. Perzentil*

33

## Operationalisierung durch Beirat

### **Prävalenzgewichtung der Kosten einer Krankheit durch Berücksichtigung der Häufigkeit der Erkrankung**

- **Ziel: ausgewogene Berücksichtigung von Krankheiten mit sehr hohen Fallkosten und geringer Verbreitung einerseits und mittelhohen Fallkosten und großer Verbreitung andererseits**
- **Die Häufigkeit wird logarithmiert. Damit wird die Häufigkeit zwar berücksichtigt, aber nicht in dominierender Weise (sondern deutlich abgewichtet).**

34

## Methodisches Vorgehen des Beirats

**Ausgewählte Krankheiten müssen  
hiernach folgende Bedingungen  
erfüllen:**

*„Mittlere logarithmisch prävalenzgewichtete  
winsorisierte annualisierte  
altersstandardisierte Gesamtausgaben 2006 je  
Diagnosegruppe 2005 oberhalb des 70.  
Perzentils“*

35

## Methodisches Vorgehen des Beirats

- **Auswahlprozess Krankheiten**
  - 15.000 endständige ICD-Kodes<sup>1)</sup>
  - 781 Dxgroups Risk Smart 2.2<sup>2)</sup>
  - 209 DxGruppen nach Filter Chronizität,  
Schweregrad und Kostenintensität<sup>3)</sup>

---

1) ICD´s = unterste Klassifikationsebene der „international  
classification of diseases“

2) Dxgroups Risk Smart 2.2 = Diagnosegruppen nach  
medizinischen Kriterien des amerikanischen groupers Risk  
Smart 2.2

3) DxGruppen = auf deutsche Verhältnisse angepasste  
Diagnosengruppen nach medizinischen Kriterien

36

## Methodisches Vorgehen des Beirats

- **Auswahlprozess Krankheiten:  
Fortsetzung**
  - 198 DxGruppen nach medizinischer und ökonomischer Plausibilisierung
  - 81 Krankheiten nach medizinisch/ökonomisch orientierter Zusammenfassung
  - 80 Krankheiten nach Schwellenwertprüfung mit 197 DxGruppen und rd. 2400 verschiedenen ICD-Kodes

37

## Zielsetzung des Beirats

- **Fragwürdige Krankheitsauswahl: Beispiele**

<b>Berücksichtigt</b>	<b>Ausgeschlossen</b>
<b>Infektiöse Arthritis (n = 26.000)</b>	<b>Rheumatoide Arthritis (n = 780.000)</b>
<b>Path. Humerusfraktur (n = 1.239)</b>	<b>Femurfraktur (n = 131.000)</b>
<b>Leichte Intelligenzminderung (n = 293.000)</b>	<b>Demenz (n = 1.300.000)</b>

38

## Zielsetzung des Beirats

- **Mit gewähltem Vorgehen will Beirat erreichen:**
  - transparentes, nachvollziehbares, statistisch sowie empirisch fundiertes und damit rechtssicheres Auswahlverfahren;
  - Vermeidung des generellen Ausschlusses von teuren, jedoch wenig verbreiteten Krankheiten;
  - Vermeidung der ausschließlichen Berücksichtigung der weit verbreiteten Krankheiten;
  - Ausschöpfung der Obergrenze der gesetzlich zulässigen Anzahl von besonders ausgleichsfähigen (80) Erkrankungen

39

## Empfehlungen des Beirats

- **Über den gesetzlichen Rahmen hinaus empfiehlt der Beirat:**
  - besondere Berücksichtigung von DMP-Erkrankungen;
  - besondere Berücksichtigung der für die Primär- und Sekundärprävention zugänglichen Erkrankungen

40

## Grundsätzliche Kritikpunkte

- **Aus Sicht des VdAK/AEV sind folgende Inhalte des Gutachtens zu kritisieren / hinterfragen:**
  - durch die Logarithmierung erzeugter Ausschluss von kostenintensiven Krankheiten mit weiter Verbreitung (z.B. Diabetes mell. II ohne Kompl.; koronare Herzerkrankung);
  - zu starke Gewichtung seltener Krankheiten mit hohen Kosten;
  - Operationalisierung der „Chronizität“ sowie des schwerwiegenden Verlaufs;
  - Nichtberücksichtigung von Arzneiverordnungen bei der Krankheitsauswahl

41

## Fazit

- **Vorgehen der Gutachter ist zwar weitgehend transparent und insgesamt nachvollziehbar;**
- **Auswahl der Krankheiten begegnet jedoch etlichen Vorbehalten;**
- **weil zahlreiche Festlegungen auf subjektiven Einschätzungen basieren und nicht auf objektivierbaren Kriterien beruhen.**
- **Gutachten wird daher von vielen Seiten angegriffen.**
- **Empfehlungen der Gutachter (insbes. zu DMP) resultieren auch auf vorgenommener Krankheitsauswahl; deren Umsetzung würde jedoch Änderung der gesetzl. Bestimmungen voraussetzen.**

42

## Weiteres Vorgehen / Zeitschiene

- **Anhörung SpiK durch wissenschaftlichen Beirat am 18.1.2008**
- **Schriftliche Stellungnahmen zum Gutachten durch SpiK bis zum 1.2.2008**
- **Vorschlag BVA über Festlegung der ausgewählten Krankheiten durch BVA bis Ende Febr. 2008**
- **It. gesetzl. Regelung ist bis 1.7.2008 das Klassifikationsmodell, das Zuordnungs- und Rechenverfahren sowie Alterssockelbeträge und die Krankheitskostenzuschläge durch das BVA zu bestimmen (Datenbasis 2005/2006)**
- **Aktuelle Abschlagsparameter für 2009 ab Herbst 2008 (Datenbasis 2006/2007) ?**

43

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit !**

44