

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

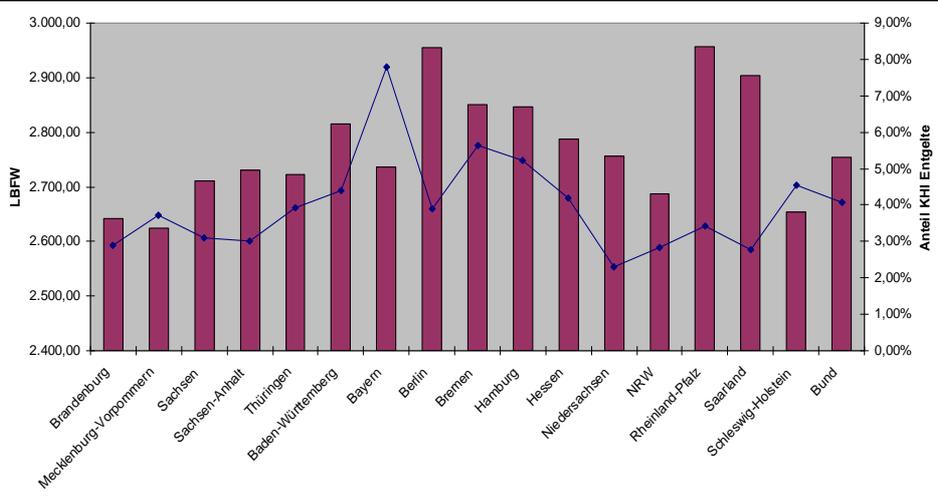
3

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 krankenhausindividuellen und krankenhausübergreifenden Entgelten verhindert die Vergleichbarkeit und Zusammenführung der landesweiten Basisfallwerte

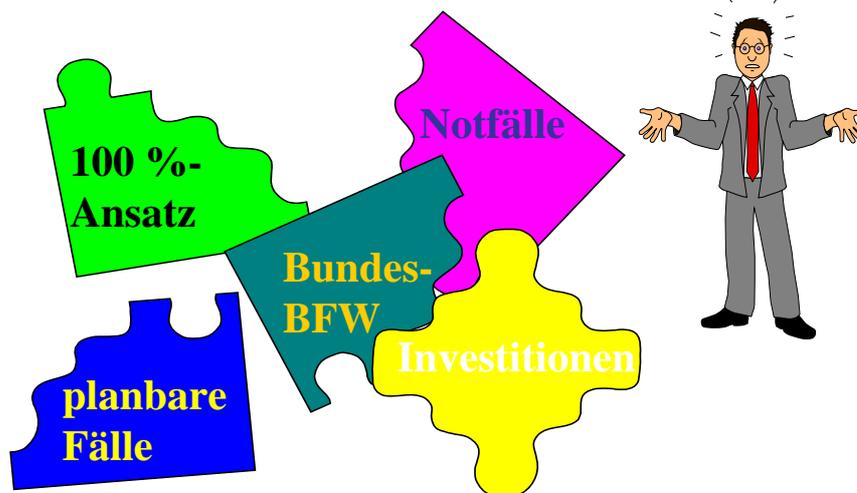
4

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 Krankenhausausgaben 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**
 - Prävalenzgewichtung¹⁾: „Kosten“ = relative altersstandardisierte Kosten (RK) gewichtet mit Logarithmus²⁾ (Krankheitsfälle)
 - Krankheiten werden ausgewählt, wenn „Kosten“ der Krankheit über dem 70. Perzentil³⁾ 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-Kodes¹⁾
 - 781 Dxgroups Risk Smart 2.2²⁾
 - 209 DxGruppen nach Filter Chronizität,
Schweregrad und Kostenintensität³⁾

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**

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

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