

# Perspektive: Ambulante Versorgung

8. Nationales DRG-Forum  
Berlin, 29.04.2009

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
GKV-Spitzenverband

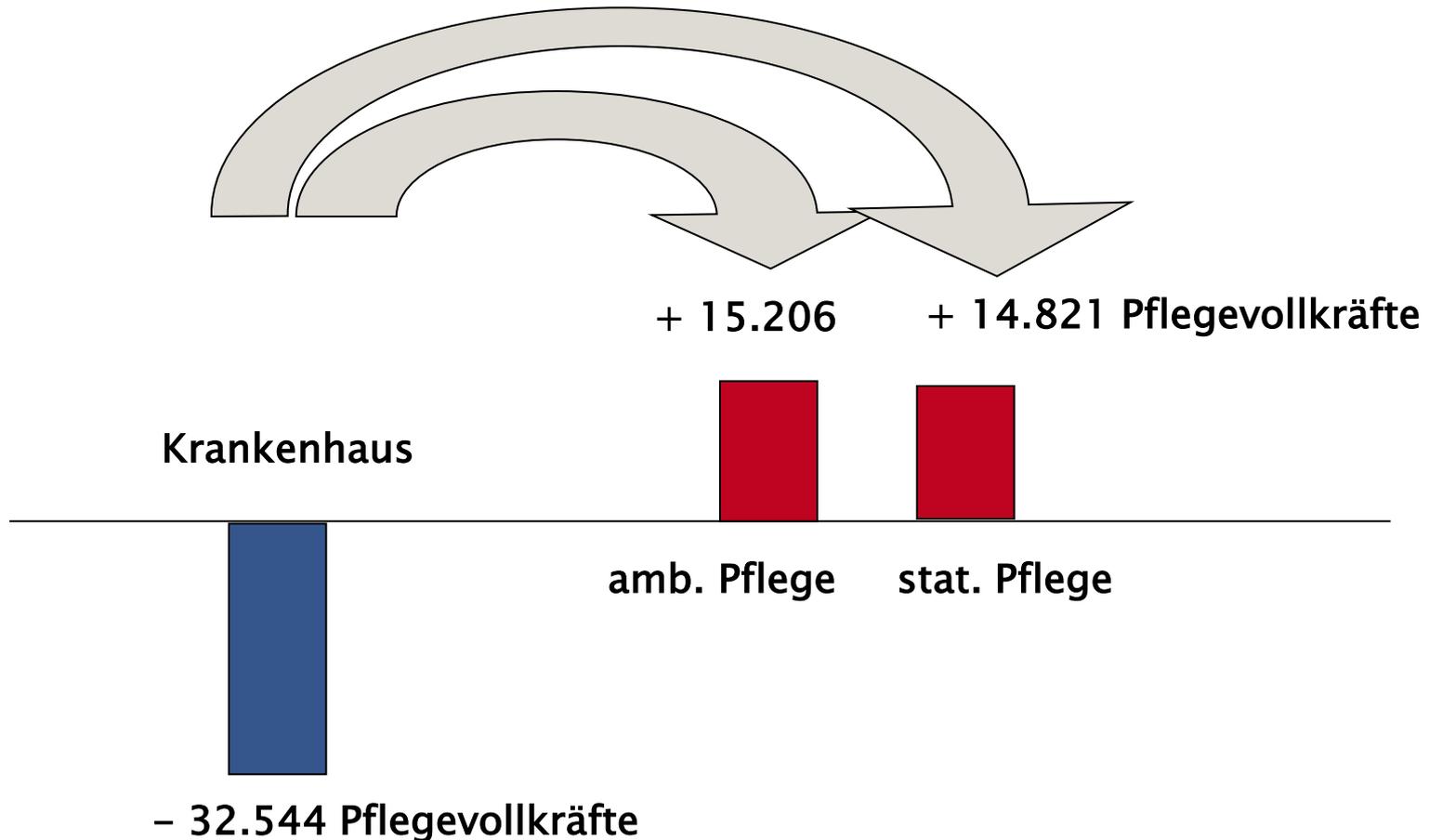
# Gang der Handlung

- 1 Stationär stagniert
- 2 Ambulant floriert
- 3 Ambulantes Operieren
- 4 Spezialisierte Leistungen nach § 116b
- 5 Qualitätsorientierte Vergütung
- 6 Versuch einer Trendprognose

# Beschäftigtenshift in der Pflege

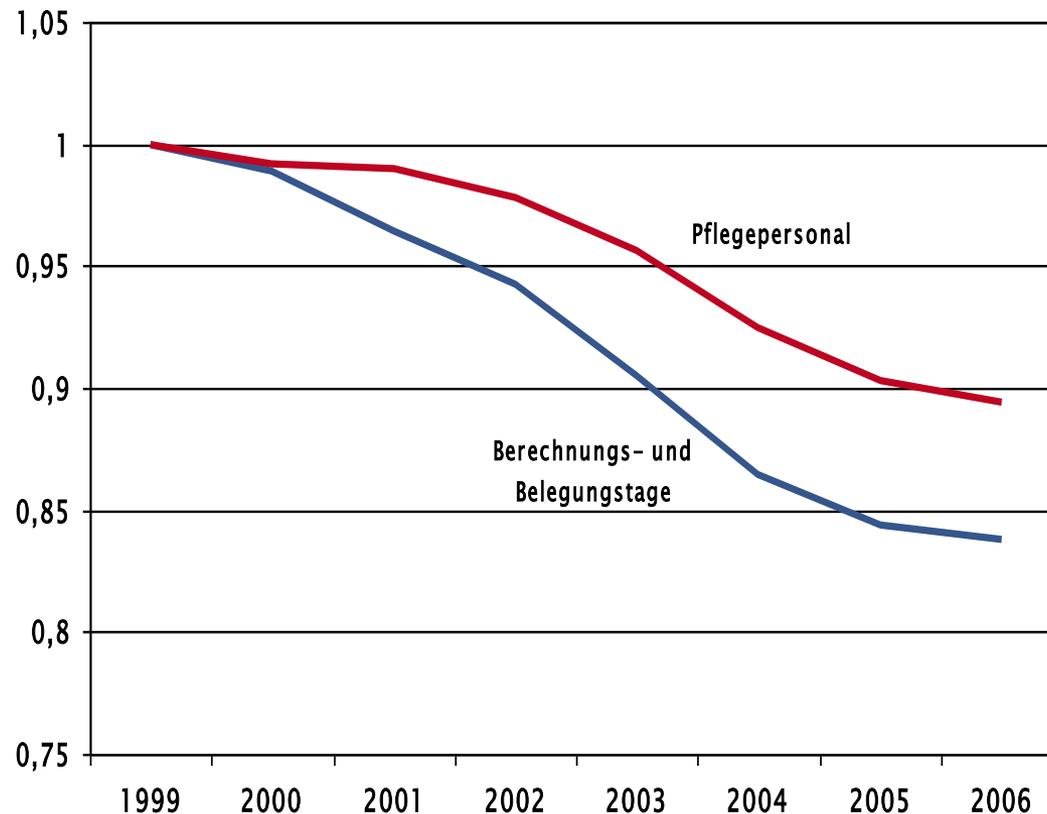
## Berufsgruppe Krankenschwestern/-pfleger

### 1999-2005



Quelle: Statistisches Bundesamt

# Mehr Pflegekräfte je Pflegeetag Belegungstage rückläufig



Heute liegen  
jede  
Nacht rund  
60.000 Patienten  
weniger im  
Krankenhaus  
als vor sieben  
Jahren!

Quelle: Destatis, Berechnungs- und Belegungstage indexiert (1999 = 1) und Personal im Pflegedienst Vollkräfte im Jahresdurchschnitt indexiert (1999 = 1)

# Stationäre Leistungen sind kein Wachstumsmarkt mehr

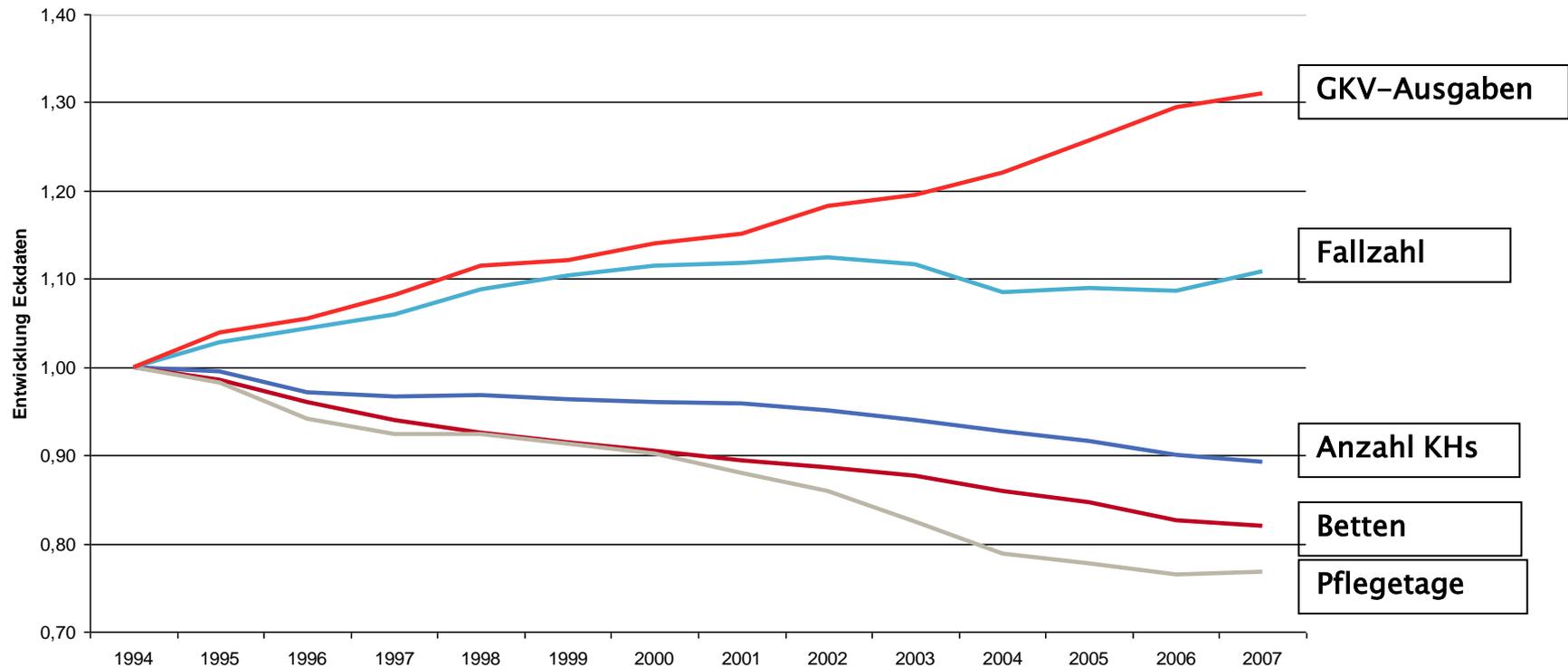
Entkopplung von demografischer Entwicklung und stationären Krankenhausleistungen:

**„Wir werden alle älter.“**

bedeutet vielleicht künftig nicht mehr

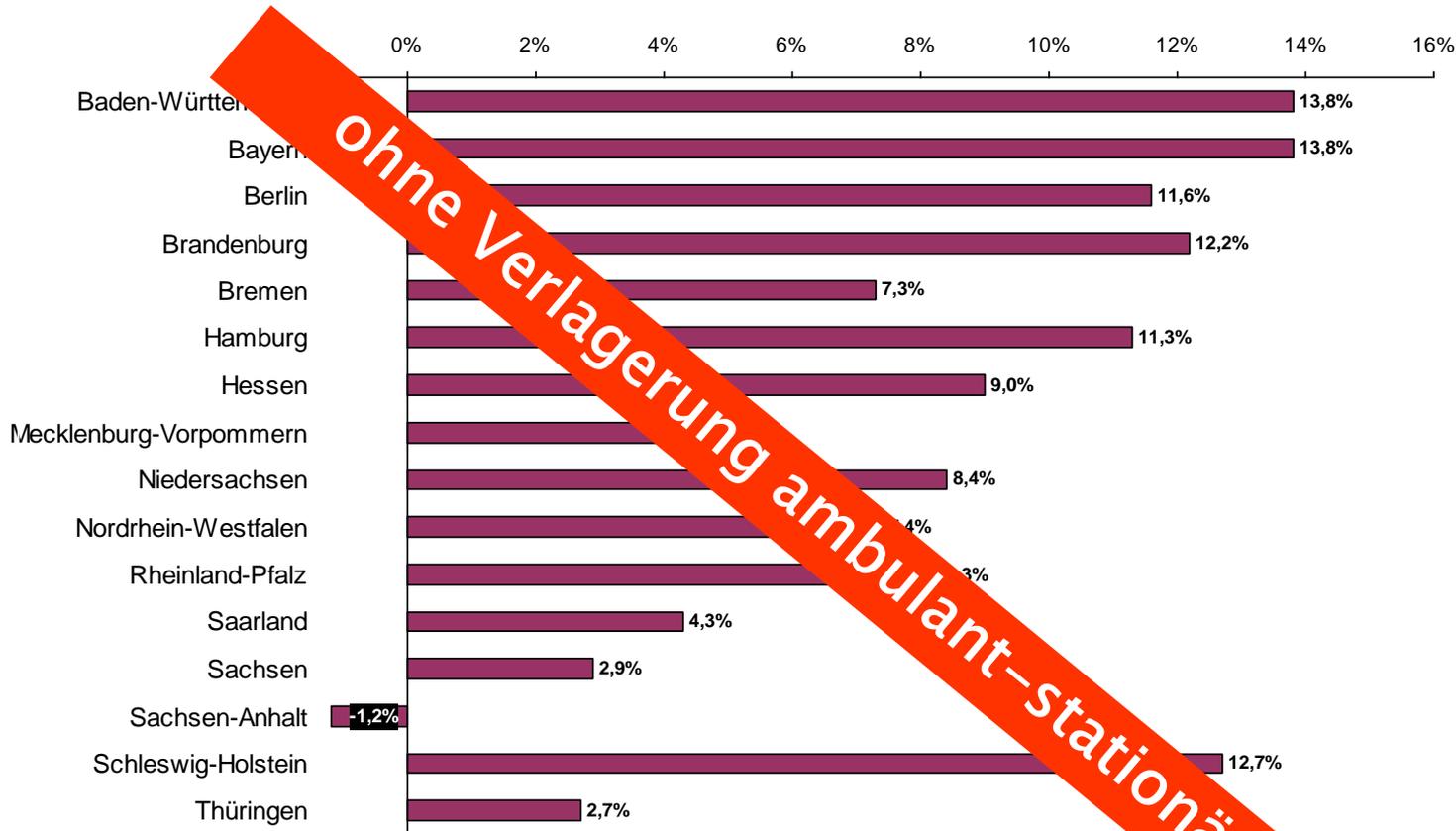
**„Wir liegen mehr im Krankenhaus.“**

# Indikatoren der Krankenhausversorgung



Quelle: Destatis, eigene Darstellung

# Irreführung durch Behörden: Projektion Statistisches Bundesamt für das Jahr 2020 – Veränderung Krankenhausfälle

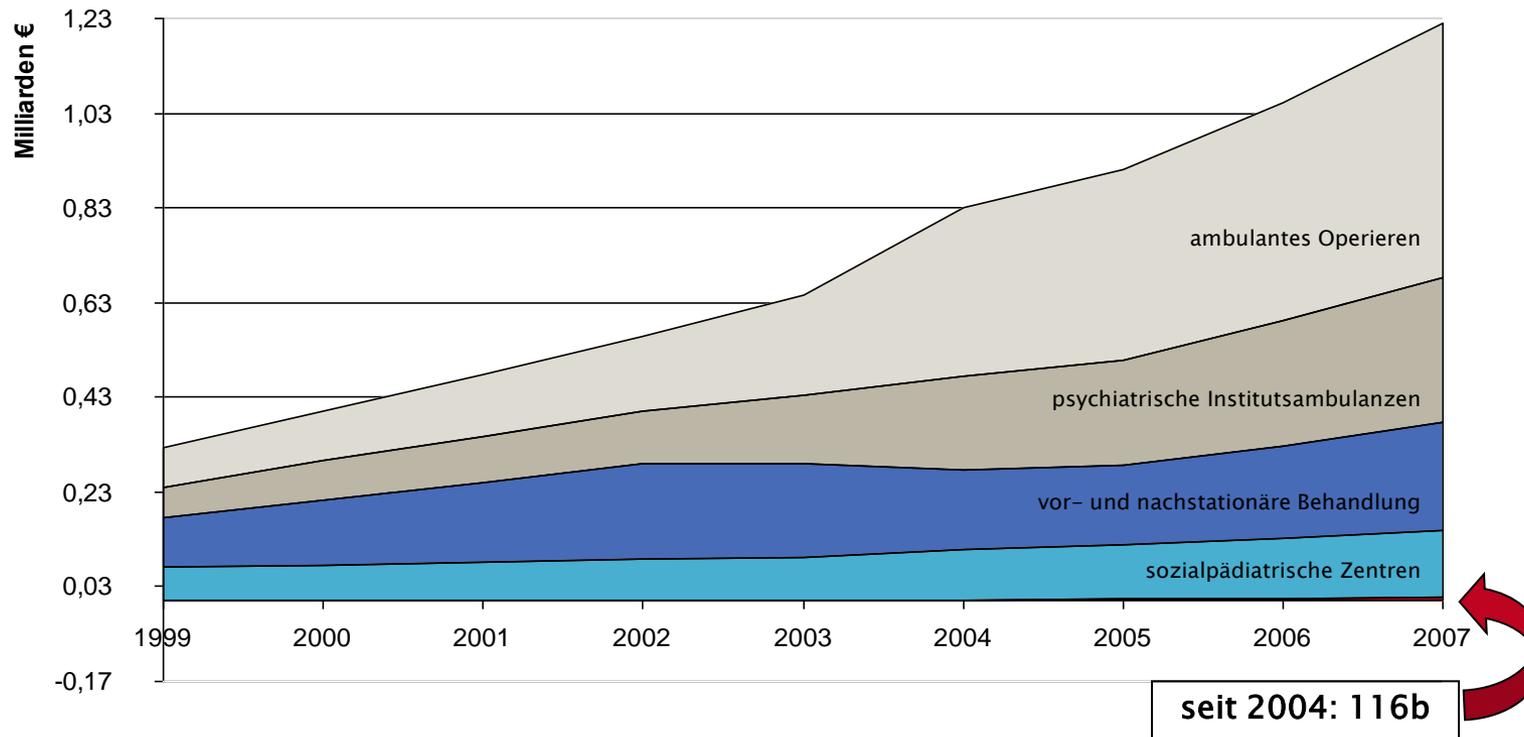


Quelle: Destatis, „Krankenhauslandschaft im Umbruch“, Wiesbaden, 12/2008

# Gang der Handlung

- 1 Stationär stagniert
- 2 Ambulant floriert
- 3 Ambulantes Operieren
- 4 Spezialisierte Leistungen nach § 116b
- 5 Qualitätsorientierte Vergütung
- 6 Versuch einer Trendprognose

# Ausgaben GKV für ambulante Leistungen der Krankenhäuser

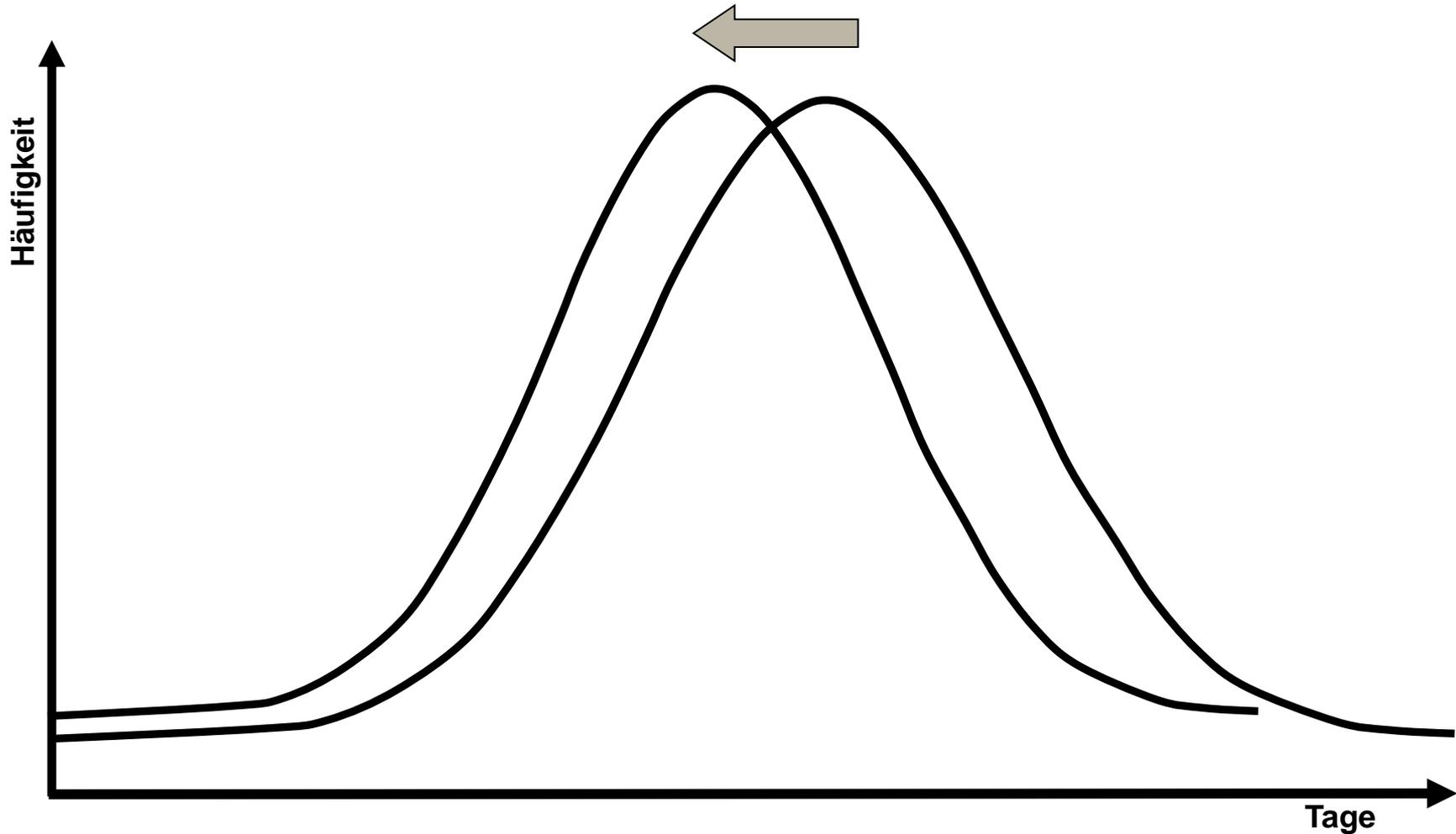


Quelle: Kontenrahmen GKV, eigene Darstellung

# Möglichkeiten der ambulanten Behandlung am KH 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
  
- 2009 Belegarztvergütung?, Notfallvergütung?*

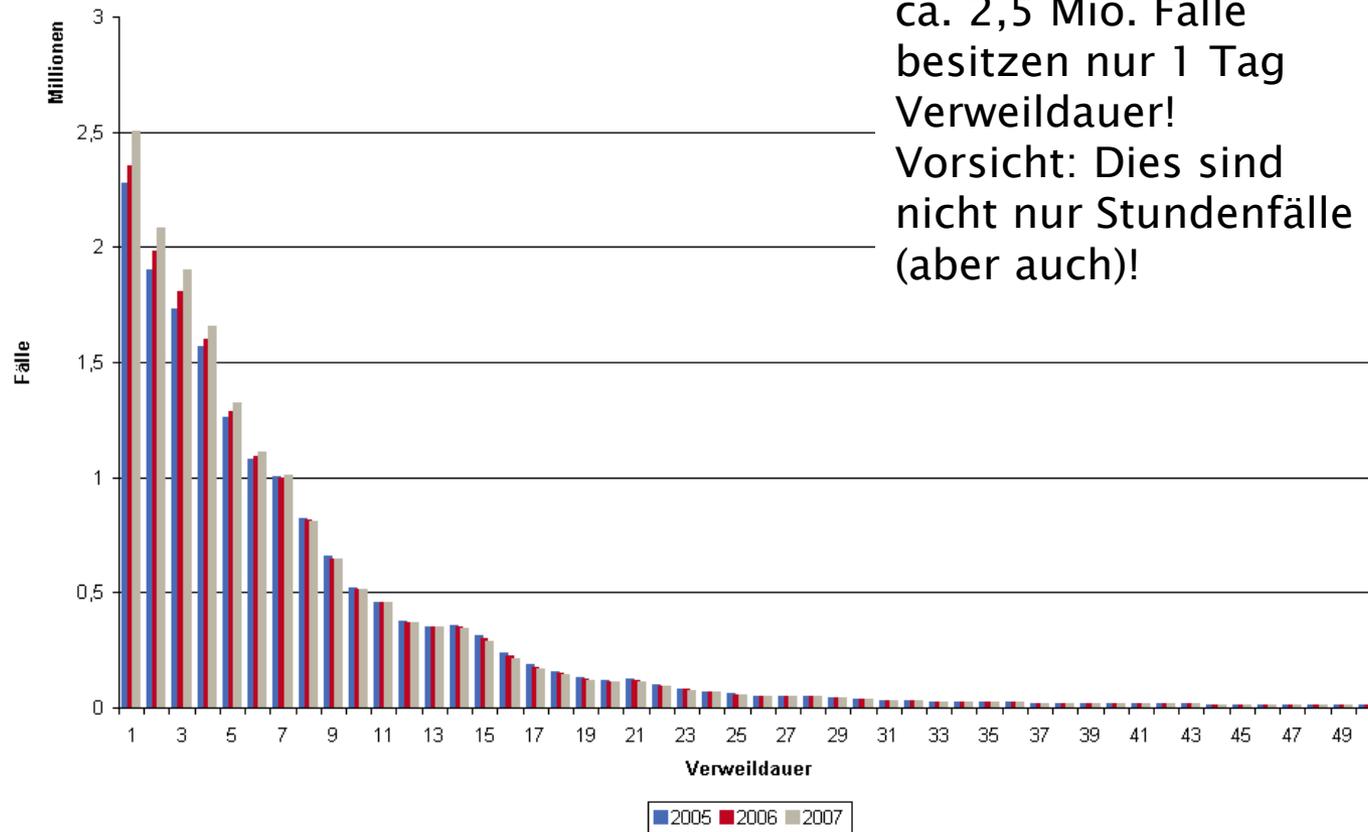
# Verweildauerverkürzung: Die falsche Grafik



# Verweildauer nach DRG-Daten- jahren 2005, 2006 und 2007. Jahr der Entlassung



Spitzenverband



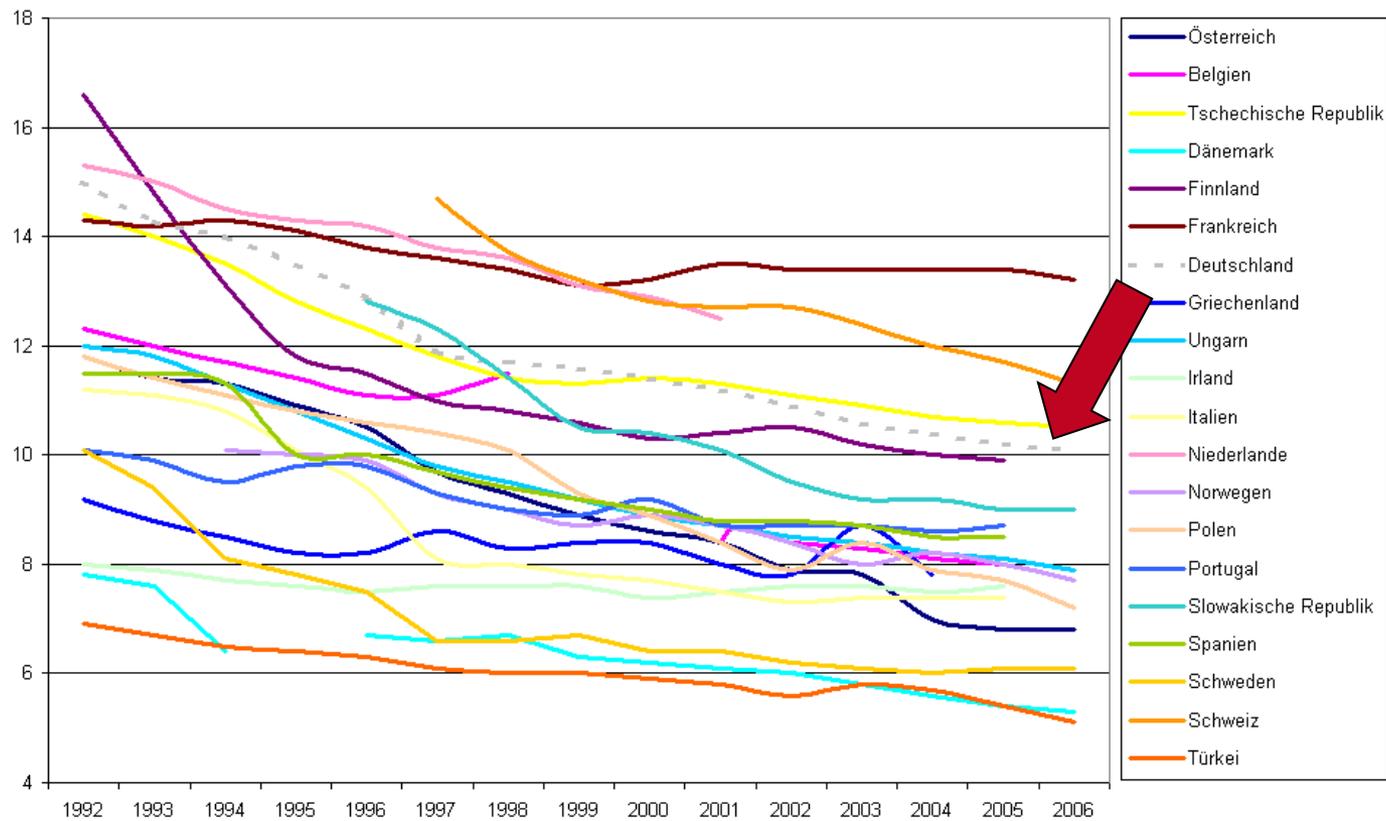
ca. 2,5 Mio. Fälle  
besitzen nur 1 Tag  
Verweildauer!  
Vorsicht: Dies sind  
nicht nur Stundenfälle  
(aber auch)!

- 2005:  
16,4 Mio.
- 2006:  
16,5 Mio.
- 2007:  
16,9 Mio.

# Die ambulante Kante der Krankenhausversorgung

- 2,5 Mio. Fälle haben nur einen Tag Verweildauer.
- Es gilt: Heute ein Tag, morgen ambulant!
- Konsequenz: Die Fallzahl ginge 10 – 20 % zurück.
- Bei den Verweildauern ist Deutschland trotz hohem medizintechnischen Standard noch im Mittelfeld.

# Stationäre Verweildauer OECD-Länder: 1992 bis 2006



Quelle: OECD Health Policy and Data web site: [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health), Datenjahr 2006

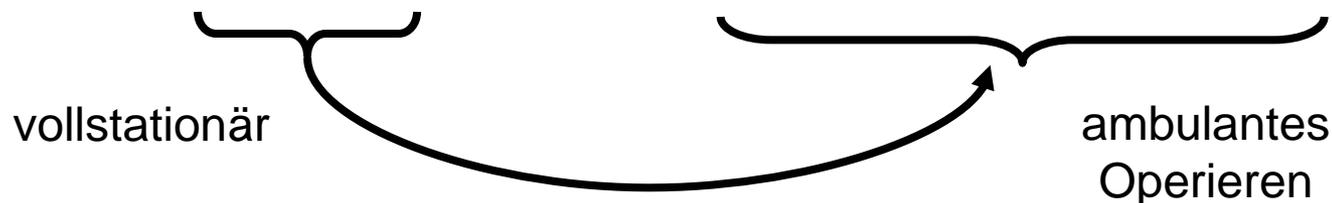
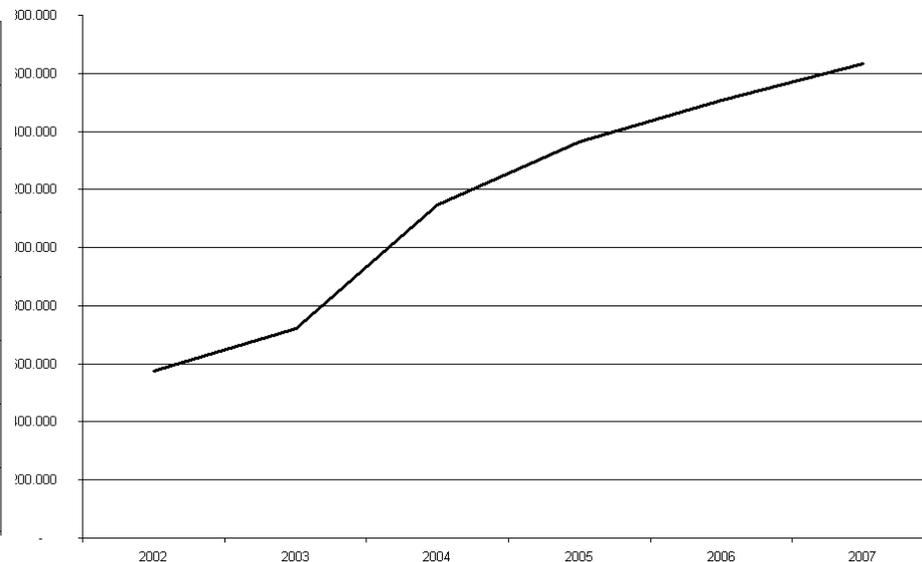
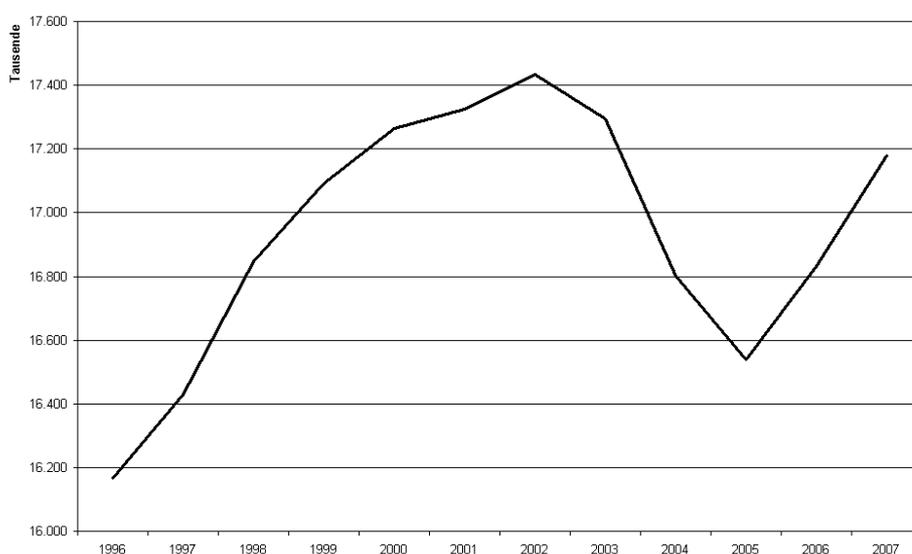
# Die ambulante Kante des DRG-Systems

- Mit dem fortwährenden Rückgang der Verweildauern geht beobachtbar auch ein Anstieg der Ein-Belegungstag-Fälle des DRG-Systems einher (**21 explizite DRGs 2009**). Dies gilt auch für die große Zahl und Zunahme „impliziter“ Eintages-DRGs (**276 implizite DRGs 2009**).
- 239.967 Stundenfälle zwischen 6 und 20 Uhr.

# Gang der Handlung

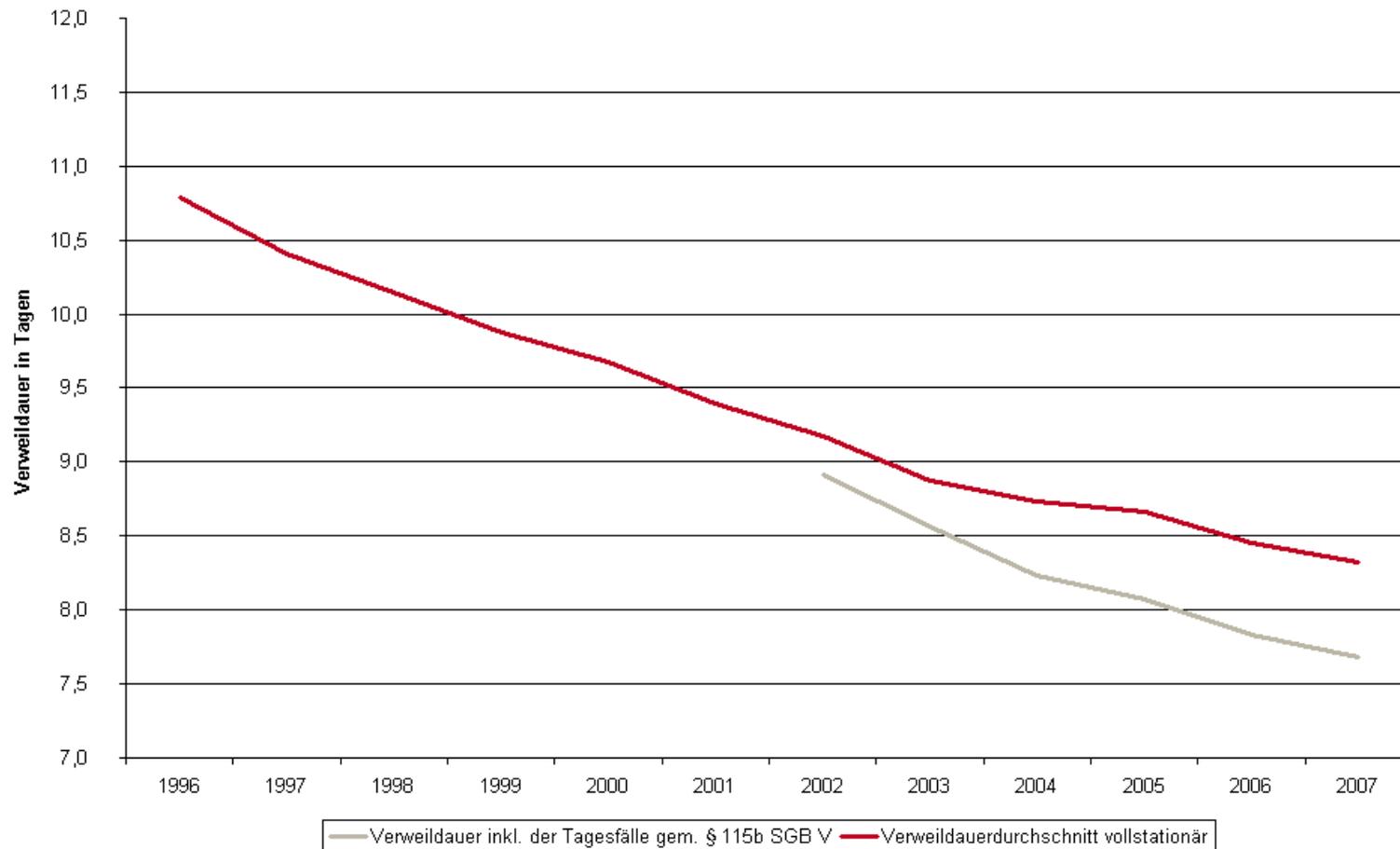
- 1 Stationär stagniert
- 2 Ambulant floriert
- 3 Ambulantes Operieren
- 4 Spezialisierte Leistungen nach § 116b
- 5 Qualitätsorientierte Vergütung
- 6 Versuch einer Trendprognose

# Fallzahlen gem. § 115b SGB V und vollstationäre Fallzahlen



Erscheint demnächst: Leber, W.-D./Wolff, J.: „G-DRG-Entwicklung aus der Sicht der Krankenkassen“, in: Kompendium zum G-DRG System 2009, hrsg. von Roeder/Bunzemeier, Düsseldorf

# DRG-Trend: VWD mit und ohne 115b SGB V



# 115b-Katalog

- Vertrag wurde auf Bundesebene gekündigt und wird bis Jahresende 2009 neu verhandelt.
- Medizinische Entwicklung erlaubt weitere Substitution stationärer Leistungen (Katalogerweiterung).
- Wesentliche Katalogentwicklung: Mehr Leistungen werden regelhaft ambulant erbracht.

# Gang der Handlung

- 1 Stationär stagniert
- 2 Ambulant floriert
- 3 Ambulantes Operieren
- 4 Spezialisierte Leistungen nach § 116b
- 5 Qualitätsorientierte Vergütung
- 6 Versuch einer Trendprognose

# Deutsches Ärzteblatt

# 12

**GKV**  
Spitzenverband

Die Zeitschrift der Ärzteschaft

Gegründet 1872

Ausgabe A

20. März 2009



Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b

## **Ungleicher Kampf**

# Hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V

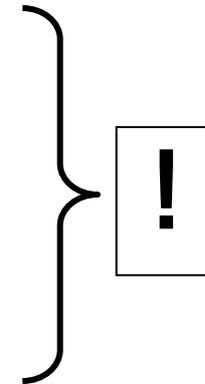
Neuregelung im GKV-WSG:

- Krankenhäuser dürfen unabhängig von der Bedarfslage beliebig viele 116b-Leistungen abrechnen.
- Zulassung von Krankenhäusern für 116b-Leistungen durch die Landesbehörden
- Abrechnung nach EBM
- Konkretisierung der Leistungen durch Gemeinsamen Bundesausschuss

# Stand der Konkretisierungen (Anlage 3)

## Anlage 3: Erkrankungen mit besonderem Verlauf

1. Onkologische Erkrankungen	In Kraft
2. HIV/Aids	In Kraft
3. Schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen	In Kraft
4. Schwere Herzinsuffizienz	In Kraft
5. Anlage 2 zugeordnet	In Kraft
6. Multiple Sklerose	In Kraft
7. Anfallsleiden	in Bearbeitung
8. Pädiatrische Kardiologie	offen
9. Frühgeborene mit Folgeschäden	offen
10. Querschnittslähmung mit Komplikationen	offen



# 116b-Arzneimittelverschreibung

Neuer Absatz 6 durch Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

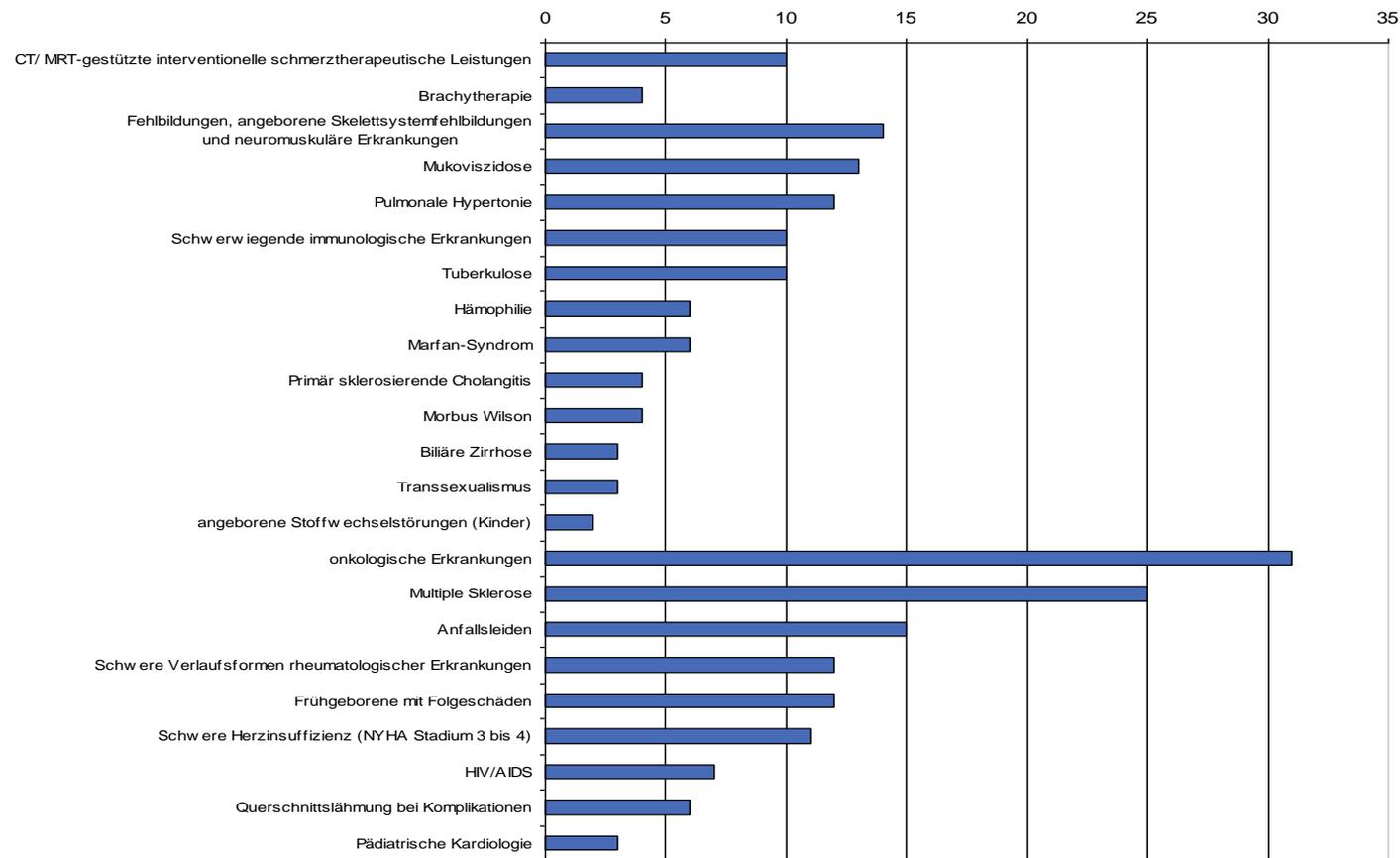
Krankenhausärzte sind im 116b-Rahmen berechtigt zur:

- Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen
- Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln
- Krankentransport sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Verordnung häuslicher Krankenpflege
- Verordnung von Soziotherapie

Formulare aus der vertragsärztlichen Versorgung  
Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassen

- DTA-Regelung: IK und 116b-Leistungsbereich reicht, keine lebenslange Arztnummer

# Zulassungen nach § 116b SGB V – Stand 01.01.2009

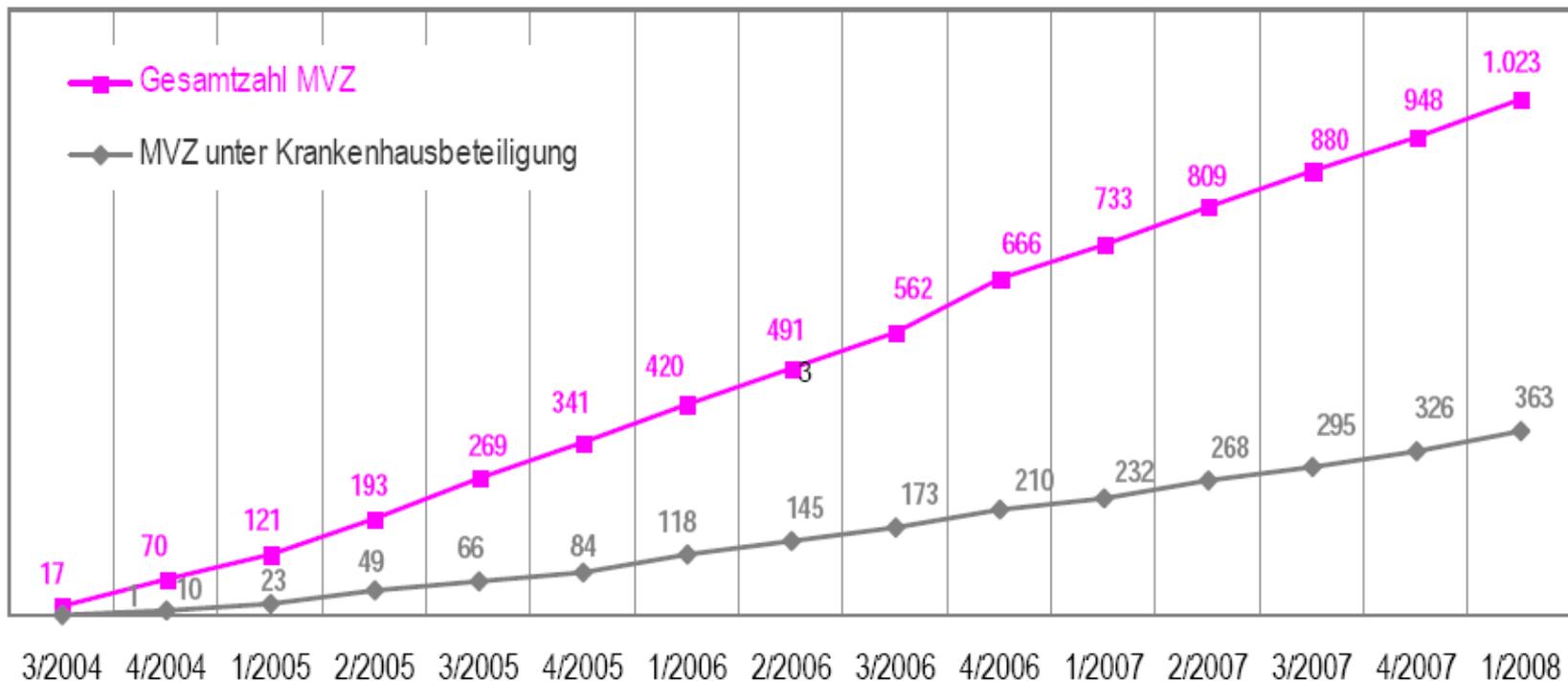


Quelle: eigene Darstellung

# Zögerliche Zulassung

- 2008: Ein Dutzend Kliniken in Schleswig-Holstein zugelassen; weitere Zulassungen u.a. in Hessen, Niedersachsen und Hamburg
- 2009: Bundesweite Zulassungswelle zu erwarten.
- jeweils exakter Bezug zu den einzelnen Krankheiten (Anlagen der Richtlinie) und Vorbehalt bezüglich künftiger G-BA-Konkretisierungen
- insgesamt zögerliches Verhalten der Zulassungsbehörden (Verwaltungsversagen?)
- Feststellungsbescheide werden beklagt – insbesondere in der Onkologie.

# Neue Konkurrenz für geöffnete KHs: Steigende MVZ-Zahl



# Gang der Handlung

- 1 KHRG-Nachlese
- 2 BMG-Gesundheitsfonds
- 3 Ambulante Krankenhausleistungen
- 4 Selektive Krankenhausverträge
- 5 Qualitätsorientierte Vergütung
- 6 Versuch einer Trendprognose

# Welche Vergütung für ambulante Krankenhausleistungen?

- ➔ Tendenz des Gesetzgebers: EBM – also gleiche Vergütung für Krankenhäuser und Praxen
  
- ➔ Morbi-RSA erzwingt Standardisierung der Vergütungssysteme:
  - einheitlicher DTA
  - wahrscheinlich mittelfristig nationale Vergütungssysteme für Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen
  - weniger „teilstationär“
  
- ➔ Politikziel: qualitätsorientierte Vergütung

# USA-Entwicklung: Pay for Performance (P4P)

- Versuche zur Leistungsvergütung in Abhängigkeit von Qualität
- inzwischen offizieller Bestandteil des Medicare-Vergütungssystems
- Variante: Nicht-Bezahlung bei schlechter Qualität

# Parallelwelten

- Vergütungsfragen und Qualitätsfragen sind bislang in Deutschland streng getrennt.
- Budget- und Krankenhausplanungsrecht kennen keine Qualität. QS-Verfahren sind explizit von Vergütungsfragen getrennt.
- Getrennte Szenen:  
Die Edlen einerseits, die Ernstzunehmenden andererseits.

# Verhandlungsritual

- GKV: Abschläge für schlechte Qualität.
- DKG: Nein. Zuschläge für gute Qualität.
- GKV: Nein.
- DKG: Also nichts.
- GKV: Vorschlag: ausgabenneutrale Umstellung.
- DKG: O.k. Wir prüfen.
- GKV: Wir auch.

Monat später (nach der Vorstandssitzung):

- DKG: Geht leider nicht.
- GKV: Also wieder nichts.

# Sektorübergreifende QS im G-BA

- ➔ einheitlicher Rechtsrahmen (eine Richtlinie)
- ➔ einheitliche Beschlussfassung aller Sektoren
  
- ➔ phantastische Optionen
  
- ➔ drei wesentliche Ansätze:
  - sektorgleiche QS (z.B. Katheter)
  - extrasektorale Messung
  - intersektorale Prozesse

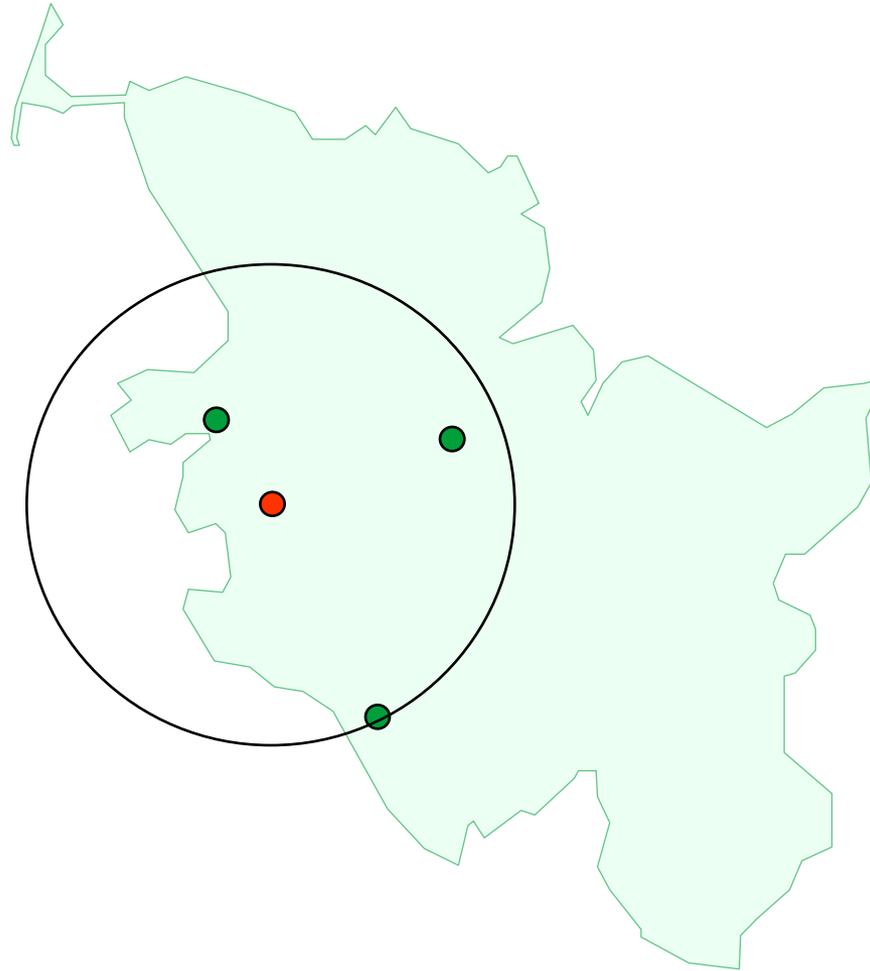
Herausforderung: Mehrpunktmessung

# GKV-Forderung: Ausschreibung von Elektivleistungen



- Die Krankenkassen schreiben regional den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten für definierte Elektivleistungen aus. Je nach Ergebnis des Bieterverfahrens erhalten alle oder ein Teil der Krankenhäuser den Zuschlag.
- Wollen Versicherte in ein Nicht-Vertragskrankenhaus, dann müssen sie die Kostendifferenz tragen (Festbetragsmodell).
- Die Leistungen werden gemäß DRG-Systematik vergütet. Der Landesbasisfallwert hat als Höchstpreis Bestand.
- Es werden in der Regel kassenspezifische Rabatte verhandelt. Qualitätsstandards sind Teil der Ausschreibung.

# Region um Heide in Holstein



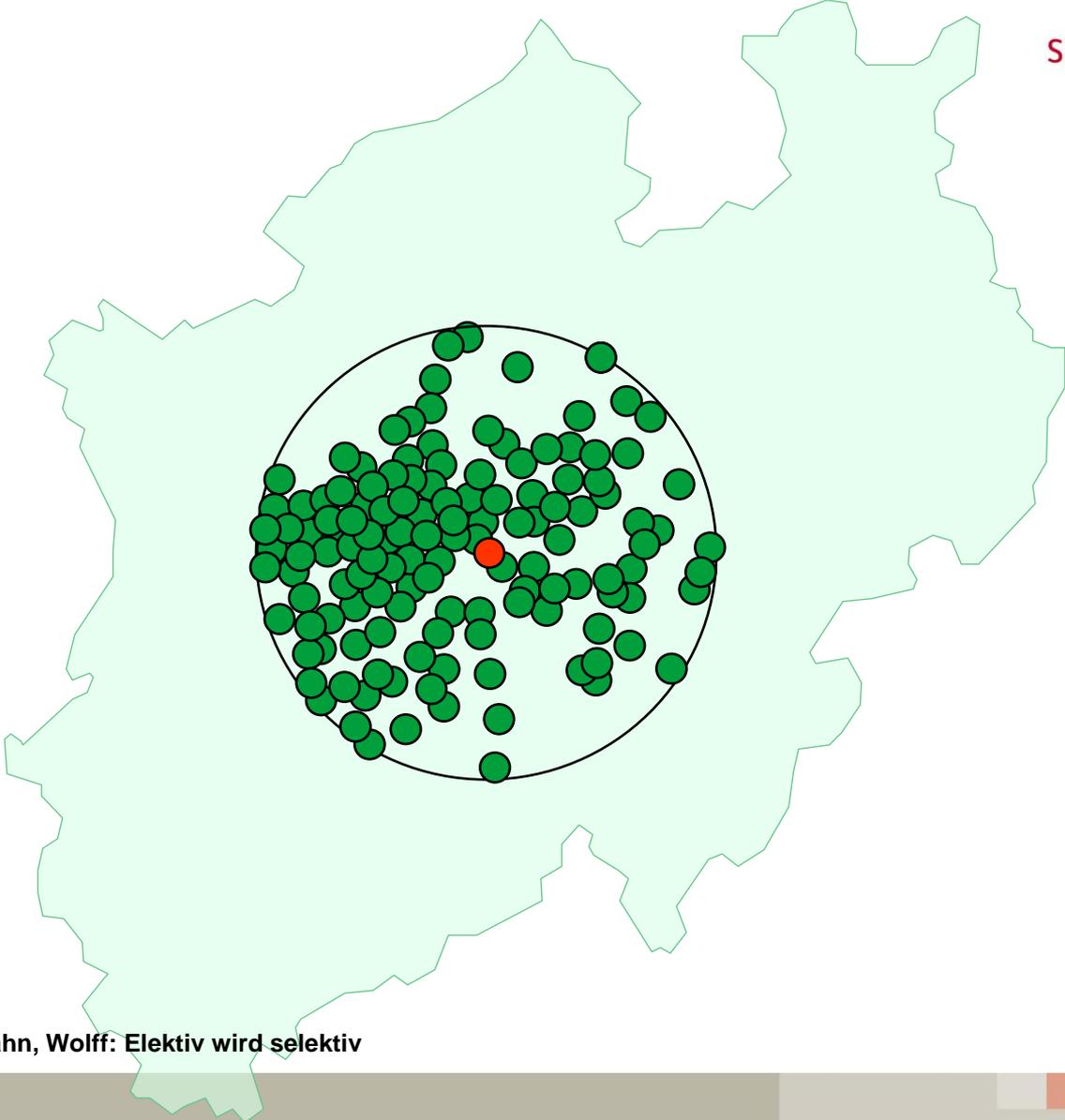
50 km

Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

# Region um Essen



Spitzenverband



Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

# Gründe für Qualität als Teil der Ausschreibung

- Das Gesetz wird die Berücksichtigung der Qualität in der Ausschreibung vorschreiben.
- QS-Marketing: Jede Kassen wird versuchen müssen, Rabatte als Qualitätssteigerung zu verkaufen.
- Echte Qualitätsmängel könnten teuer werden.

# Qualität kollektiv messen – Leistungen selektiv kontrahieren

- Wer Qualität sichern will, muss Qualität messen.
- Qualitätssicherung wird wahrscheinlich kollektiv gemessen, sonst wäre die Fallzahl zu klein und man würde den kassenspezifischen Ergebnissen nicht glauben.
- Qualitätsorientierte Vergütung beginnt mit Qualitätstransparenz.

# Künftig detaillierte Darstellung des ambulanten Spektrums im Qualitätsbericht

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V	Diabetes-Ambulanz	VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
			...	...	
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V	Schrittmacher-Ambulanz	VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit	
			...	...	
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V		LK03	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
...	...	...	...	...	
AM00	(„Sonstiges“)	...	z. B. VC00	(„Sonstiges“)	

# Gang der Handlung

- 1 Stationär stagniert
- 2 Ambulant floriert
- 3 Ambulantes Operieren
- 4 Spezialisierte Leistungen nach § 116b
- 5 Qualitätsorientierte Vergütung
- 6 Versuch einer Trendprognose

# Prognose 1: Ausgabenentwicklung

- Demografische Entwicklung und GKV–Ausgabenentwicklung werden entkoppelt – so wie vor einiger Zeit Wirtschaftswachstum und Energieverbrauch entkoppelt wurden.
- Der Gesundheitsfond markiert den Start der Abkopplung. Er soll die Beitragssatzentwicklung stoppen oder sogar umkehren. Das könnte nach der nächsten Wahl funktionieren.
- Es wird zunehmend medizinische Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung geben (müssen).

# Prognose 2: Ambulante Krankenhausleistungen

- Ambulante Krankenhausleistungen werden zur Normalität.
- Die Finanzierung muss neu geregelt werden. Was das Krankenhaus versorgt, darf der KV nicht vergütet werden.
- Die KV wird faire Wettbewerbsbedingungen einfordern, so z.B. Regelleistungsvolumina für Krankenhäuser.
- Ambulante Krankenhausleistungen und multiple Beschäftigung von Ärzte sind die wesentlichen Wege zur integrierten Versorgung.

## Prognose 3: Industrialisierung der Versorgung

- Das Freiberuflichkeitsdogma („Jeder Arzt ist freier Unternehmer“) ist gefallen.
- Komplexe „industrialisierte“, medizinische Versorgungszentren werden die Einzelpraxis verdrängen. Ambulante Versorgung wird dem Krankenhaus ähnlicher.
- Das ist unromantisch, aber: Wohlstand für alle wurde durch industrialisierte Konsumgüterproduktion geschaffen. Gesundheit für alle wird nur durch einen stärker industrialisierte Medizinbetrieb zu erreichen sein.
- Industrialisierung (Standardisierung und Spezialisierung) ermöglicht Qualitätssicherung medizinischer Leistungen.

## Prognose 4: Qualitätsorientierte Vergütung

- Qualitätsorientierte Vergütung klingt super.
- Die Berücksichtigung von Qualität macht die Vergütungssysteme extrem kompliziert.
- Ausgangspunkt für qualitätsorientierte Vergütung ist Qualitätsmessung und Qualitätstransparenz.
- Die Verortung der Qualitätsorientierung im Kollektiv-selektiv-Schema ist nicht trivial. Wahrscheinlich gilt: Kollektiv messen, selektiv kontrahieren.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**[www.GKV-Spitzenverband.de](http://www.GKV-Spitzenverband.de)**