

Leistungs- und Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser

Konsequenzen und Handlungsbedarf aus Sicht der GKV

VKD/VDGH – Führungskräfteseminar
Berlin 22.02.2013

Dr. Wulf-Dietrich Leber
GKV-Spitzenverband

Gang der Handlung

- 1 Welche Krankenhausreform?
- 2 PEPP – DRG reloaded?
- 3 QS – die andere Welt
- 4 LBFW – das Preisproblem
- 5 CM – das Mengenproblem
- 6 NUB, P4P,... fünf offene Probleme
- 7 Fazit

Die „großen“ Reformen

AMNOG

Nutzenbewertung findet Eingang in die Gesundheitspolitik - eine kleine Revolution.

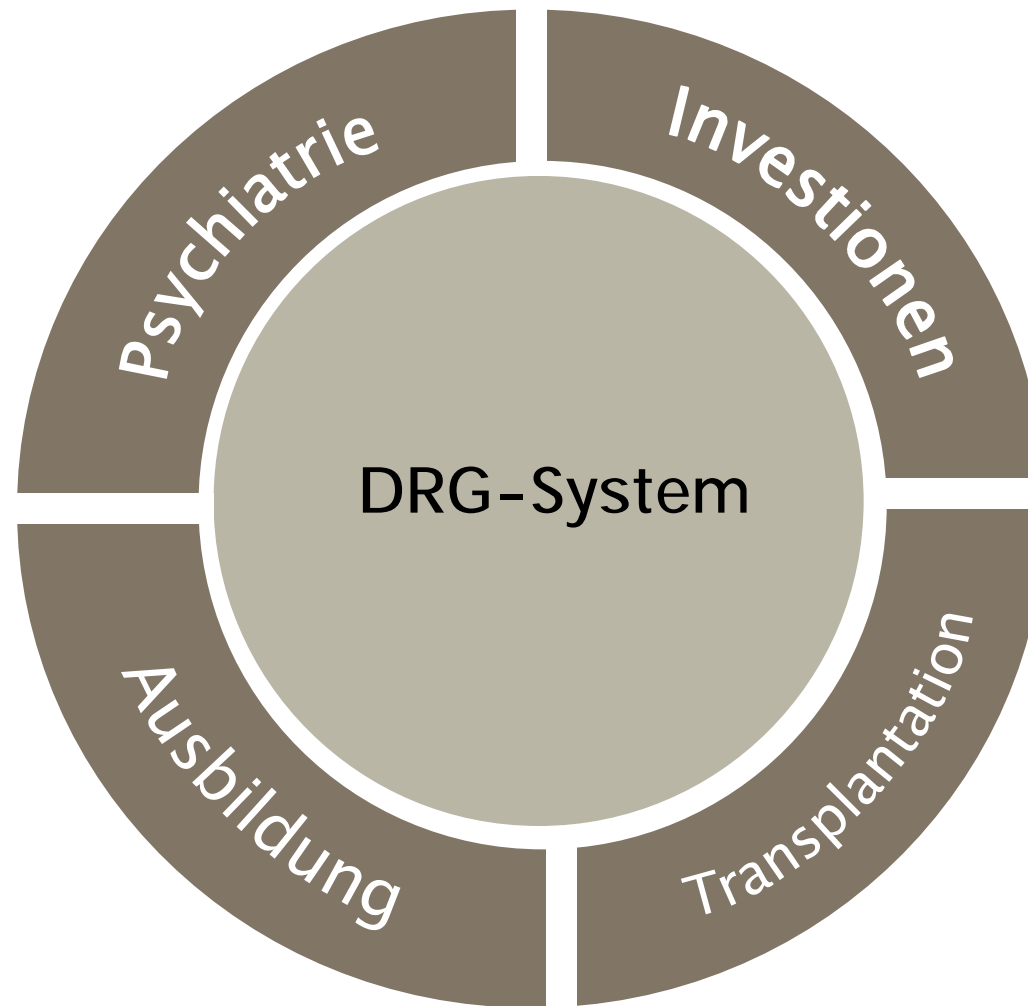
Versorgungsstrukturgesetz

Das Landarztproblem wird instrumentalisiert, aber nicht gelöst. Ein neuer Sektor wird geschaffen, die spezialfachärztliche Versorgung (ASV).

Psych-Entgeltgesetz

Ein überschaubarer Bereich wird nach DRG-Muster nachgearbeitet.

Arrondierung des DRG-Systems



Gang der Handlung

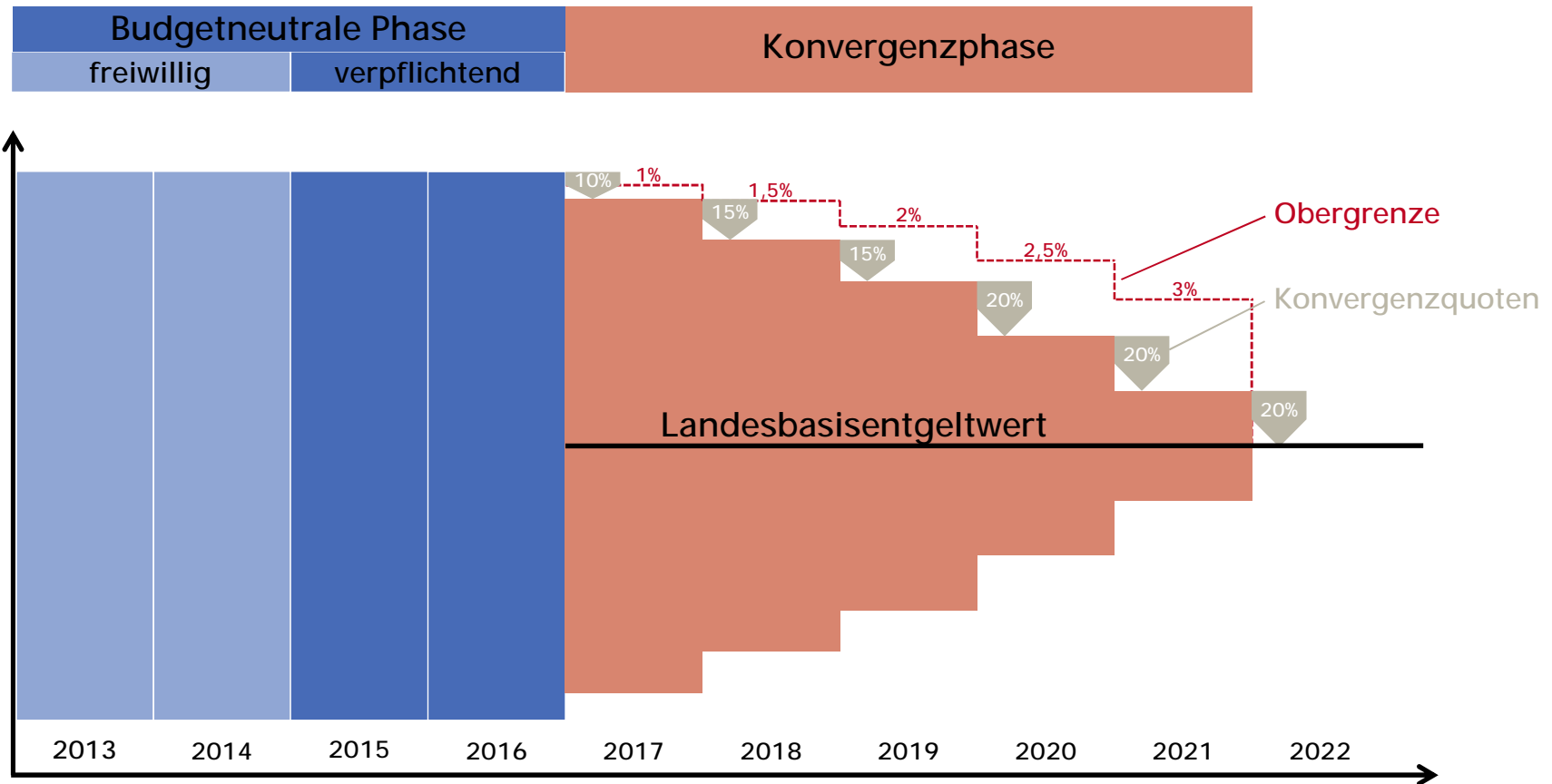
- 1 Welche Krankenhausreform?
- 2 PEPP – DRG reloaded?
- 3 QS – die andere Welt
- 4 LBFW – das Preisproblem
- 5 CM – das Mengenproblem
- 6 NUB, P4P,... fünf offene Probleme
- 7 Fazit

DRG-analoge Regelungen für die Psychiatrie (§ 17d Absatz 2 KHG)



- è Abbildung voll- und teilstationärer Krankenhausleistungen
 - è Möglichkeit von Zusatzentgelten
 - è Vereinbarung von Gewichten vor Ort, wenn bundeseinheitlich nicht möglich
 - è Besondere Einrichtungen
 - è Zu- und Abschläge
 - è Neue Untersuchungs- und Behandlungsformen
 - è Sicherstellungszuschläge möglich
- è Fazit: Alles wie DRG, aber Tagessätze statt Fallpauschalen.

Einführungsphasen PsychEntgG



Überraschung, Überraschung ...

Überraschung 1

è Tagessätze auf Basis einer Fallgruppierung

Überraschung 2

è degressive Tagessätze

Überraschung 3

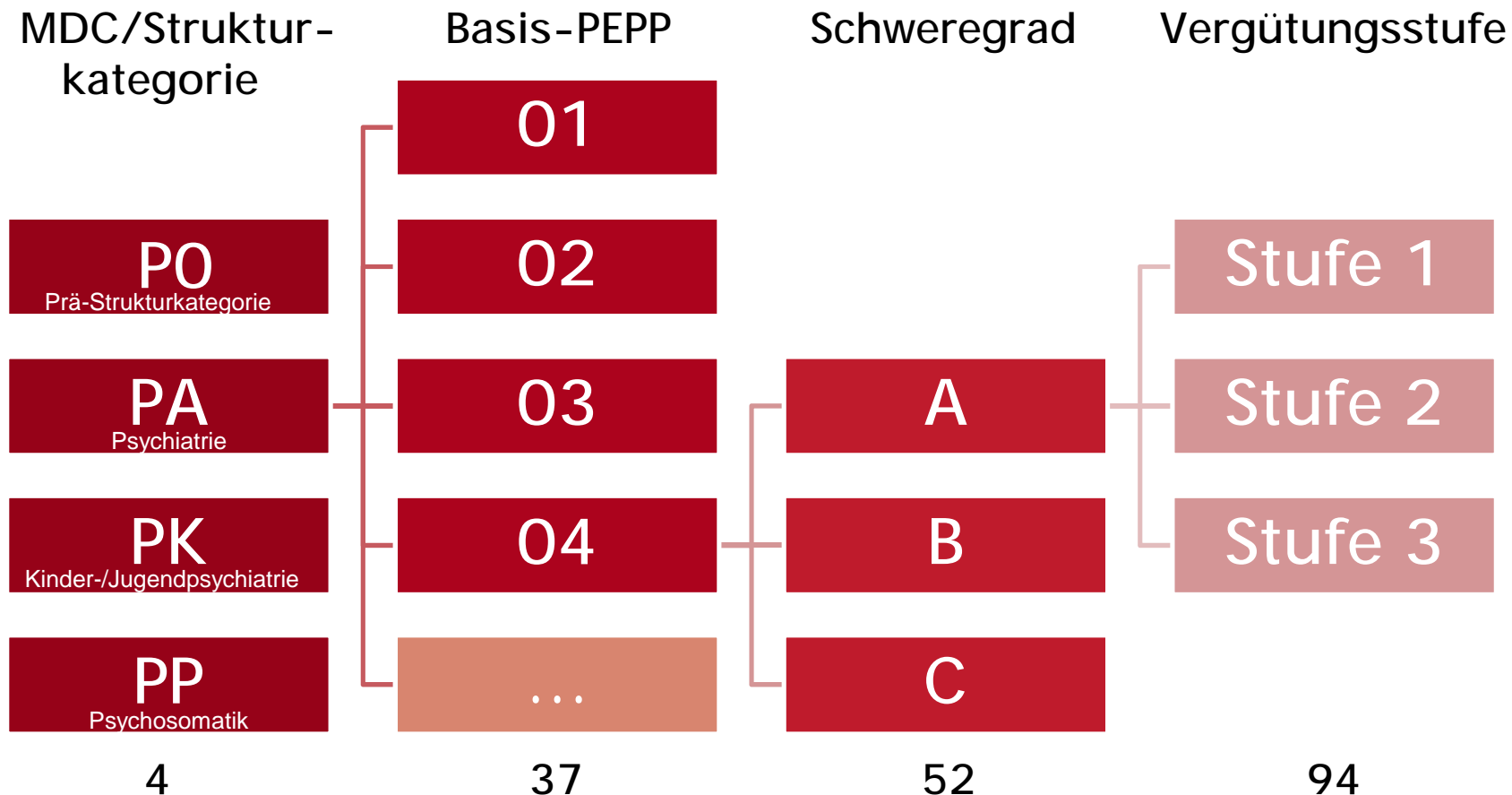
è Therapieeinheiten (TE) spielen keine Rolle

Systematik des PEPP-Katalogs

Vollstationäre PEPPs

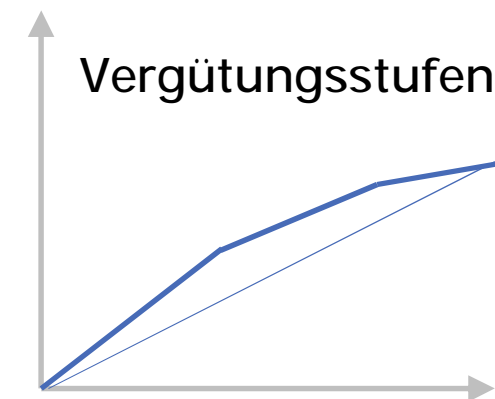
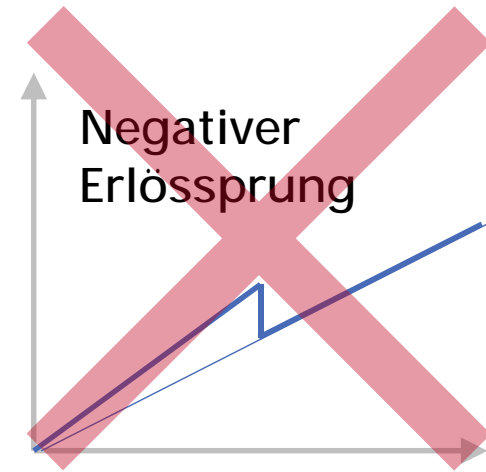
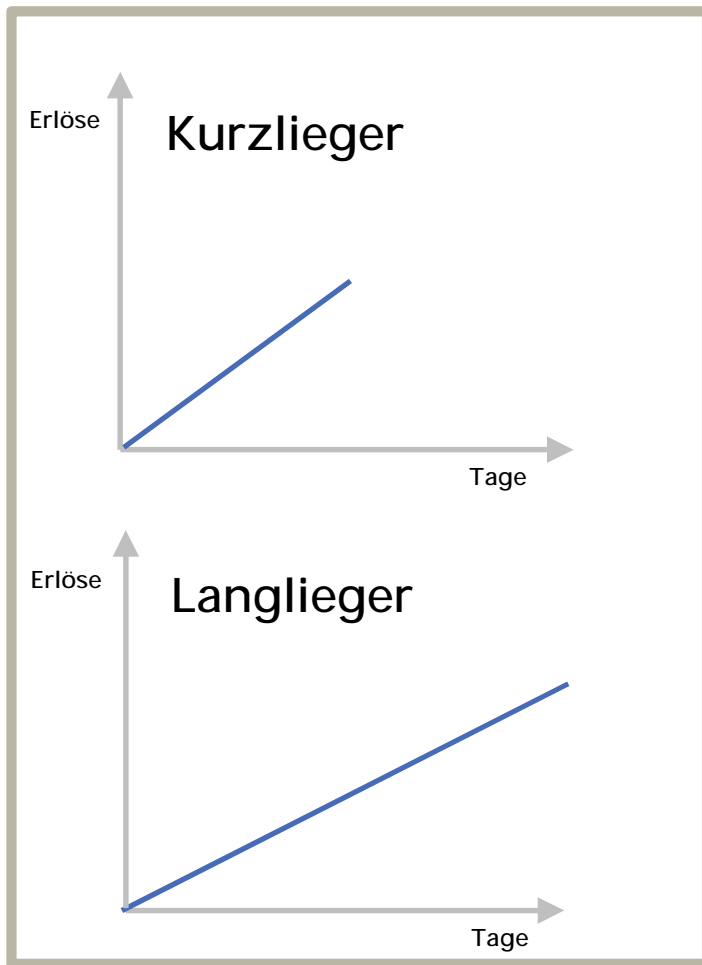


Spitzenverband

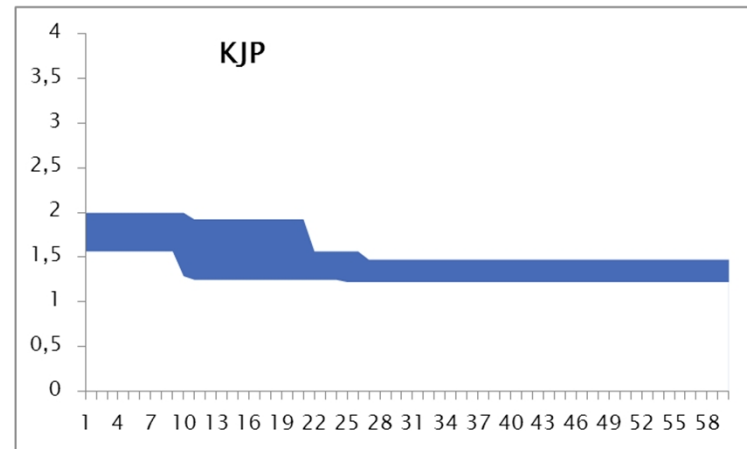
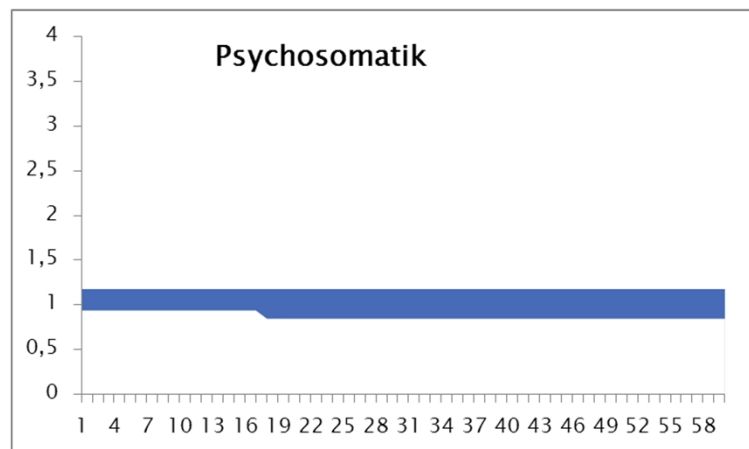
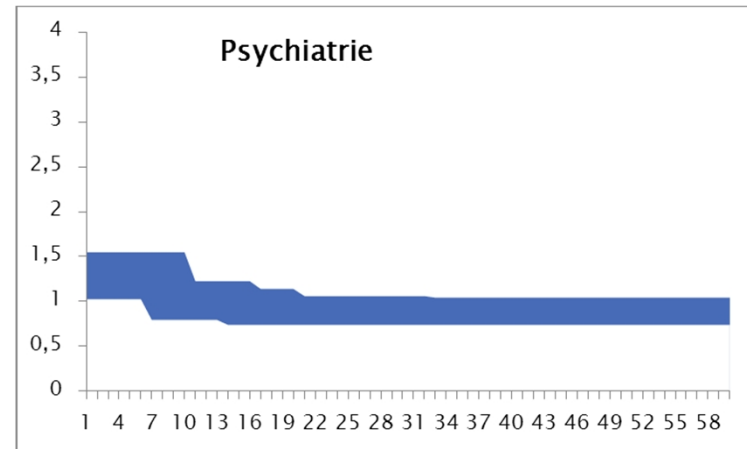
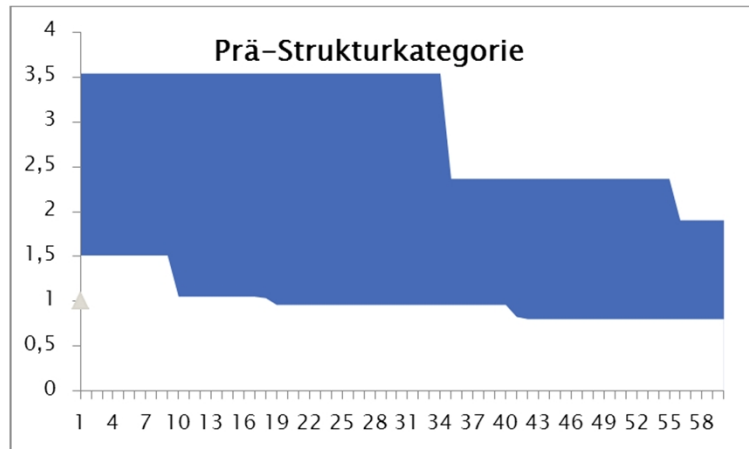


Bsp. PA04A - Affektive, neurotische Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizierender ND oder mit komplizierender Konstellation

Degressionslogik Kurz- und Langlieger



Bandbreite der Tagessätze



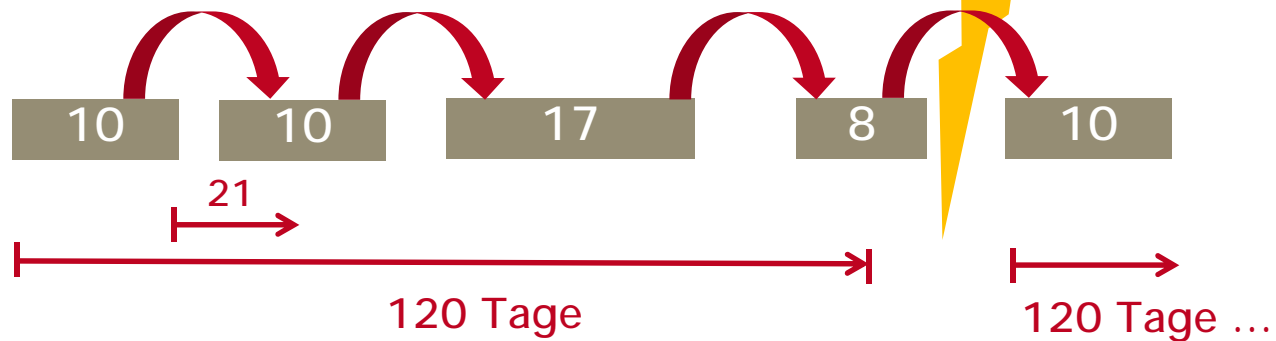
Fallzusammenführung (21/120)



Fallzusammenführung bei Wieder-
aufnahme ins Krankenhaus
innerhalb von 21 Tagen



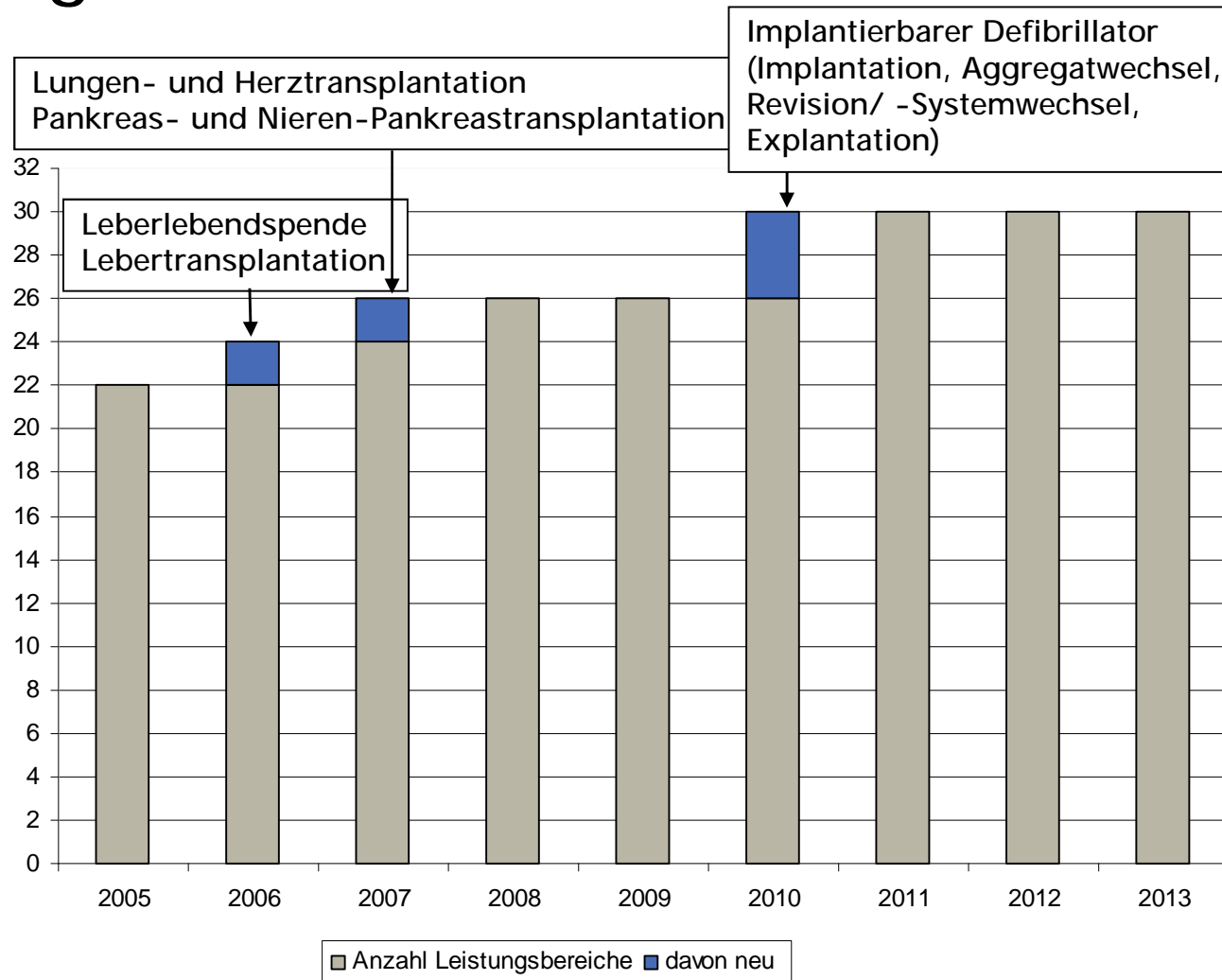
neuer Fall nach 120 Tagen



Gang der Handlung

- 1 Welche Krankenhausreform?
- 2 PEPP – DRG reloaded?
- 3 QS – die andere Welt
- 4 LBFW – das Preisproblem
- 5 CM – das Mengenproblem
- 6 NUB, P4P,... fünf offene Probleme
- 7 Fazit

Leistungsbereiche QS im KH



Historie der Qualitätstransparenz (I)

- è 1. Phase: Qualitätsberichte ohne Qualitätsindikatoren
- è Zu Beginn der ESQS 2001 wurde zunächst vereinbart, Ergebnisse nicht zu veröffentlichen.
- è Lediglich Teilnahme ja/nein und Dokumentationsraten
- è Ergebnis: Der erste Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Datenjahr 2004) ist ein reiner Mengenreport – ohne Qualitätsinformationen.
- è Zunehmende Diskussion über Intransparenz

Historie der Qualitätstransparenz (II)

- è 2. Phase: Qualify – eine Transparenzhürde
- è Standardisierte methodische Bewertung von Qualitätsindikatoren mittels QUALIFY (Reiter et al. 2007), Bewertung durch die einzelnen BQS-Fachgruppen.
- è Im Ergebnis wird ein Indikator nur dann als geeignet für die öffentliche Berichterstattung identifiziert, wenn bei allen 14 verwendeten Kriterien eine positive Bewertung resultierte und eine laienverständliche Erläuterung erstellt werden konnte.
- è Dies traf auf 31 der rund 180 BQS-Qualitätsindikatoren zu.

Historie der Qualitätstransparenz (III)



è 3. Phase: Qualitätsoffensive und Marketing überholen G-BA

- Kliniken und Ketten publizieren alles, was sie im Rahmen der ESQS erheben und mehr...



Historie der Qualitätstransparenz (IV)

è 4. Phase: Der G-BA holt auf

è Vorschlag des GKV-Spitzenverband:

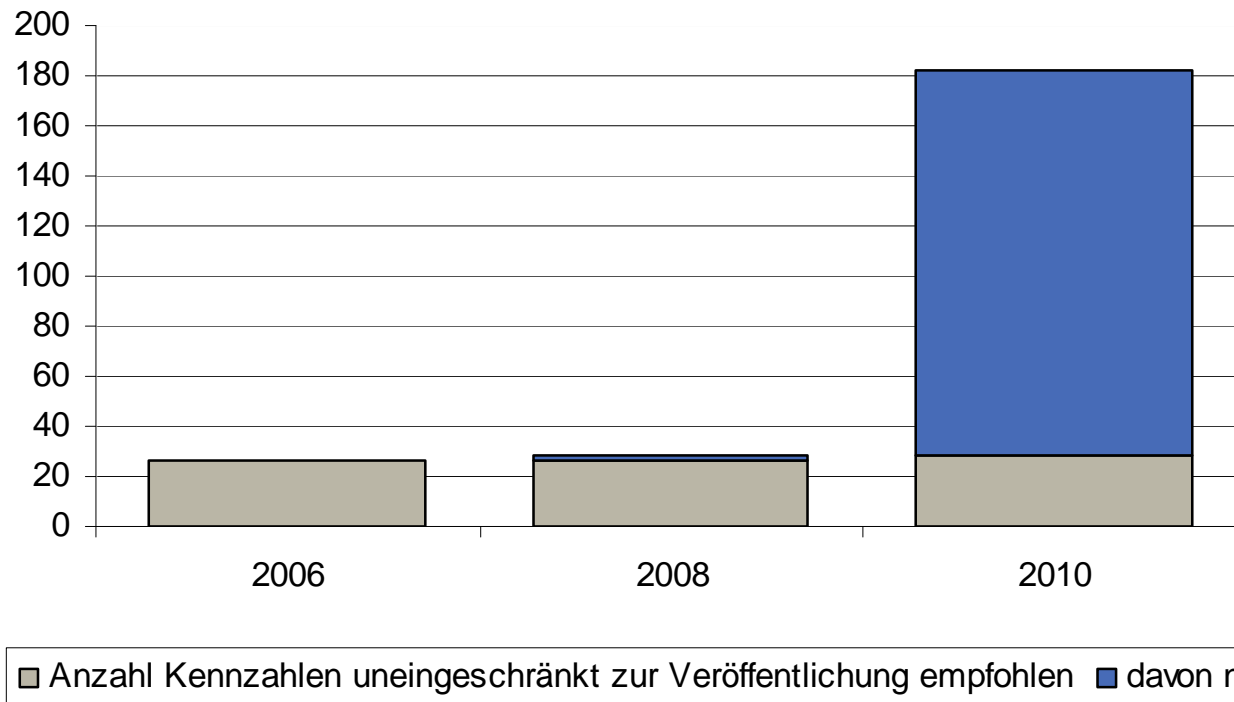
- Alle Indikatoren der ESQS veröffentlichen, sofern diese nicht grob irreführend sind.
- Mittelfristig keine Erfassung von QS-Indikatoren, die nicht gut genug für die Publikation sind.

è Auftrag an AQUA durch G-BA-Plenum vom 21.10.2010, alle Indikatoren auf Publikationsfähigkeit zu testen.

Ergebnis der AQUA-Prüfung:

- è Verpflichtende Veröffentlichung von 182 Qualitätsindikatoren statt bisher 28 im Qualitätsbericht der Krankenhäuser

(G-BA-Beschluss vom 19.05.2011)



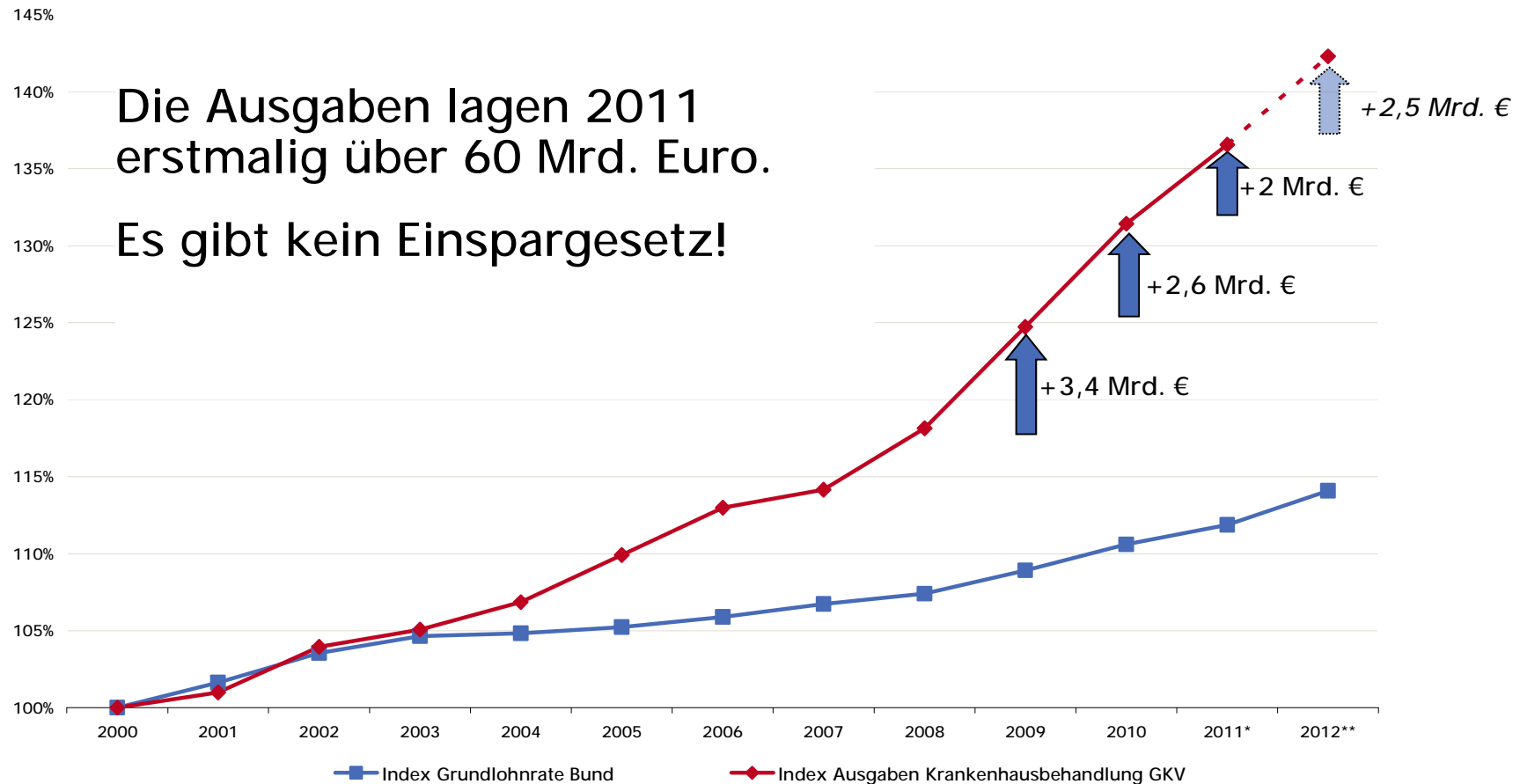
Mehr Qualität?

- è Die sektorübergreifende Qualitätssicherung wurde bislang erfolgreich von DKG und KBV verhindert.
- è Die Nutzung von Routinedaten kommt – wenn auch langsam.
- è Für qualitätsorientierte Vergütung braucht man weit mehr Qualitätsindikatoren.

Gang der Handlung

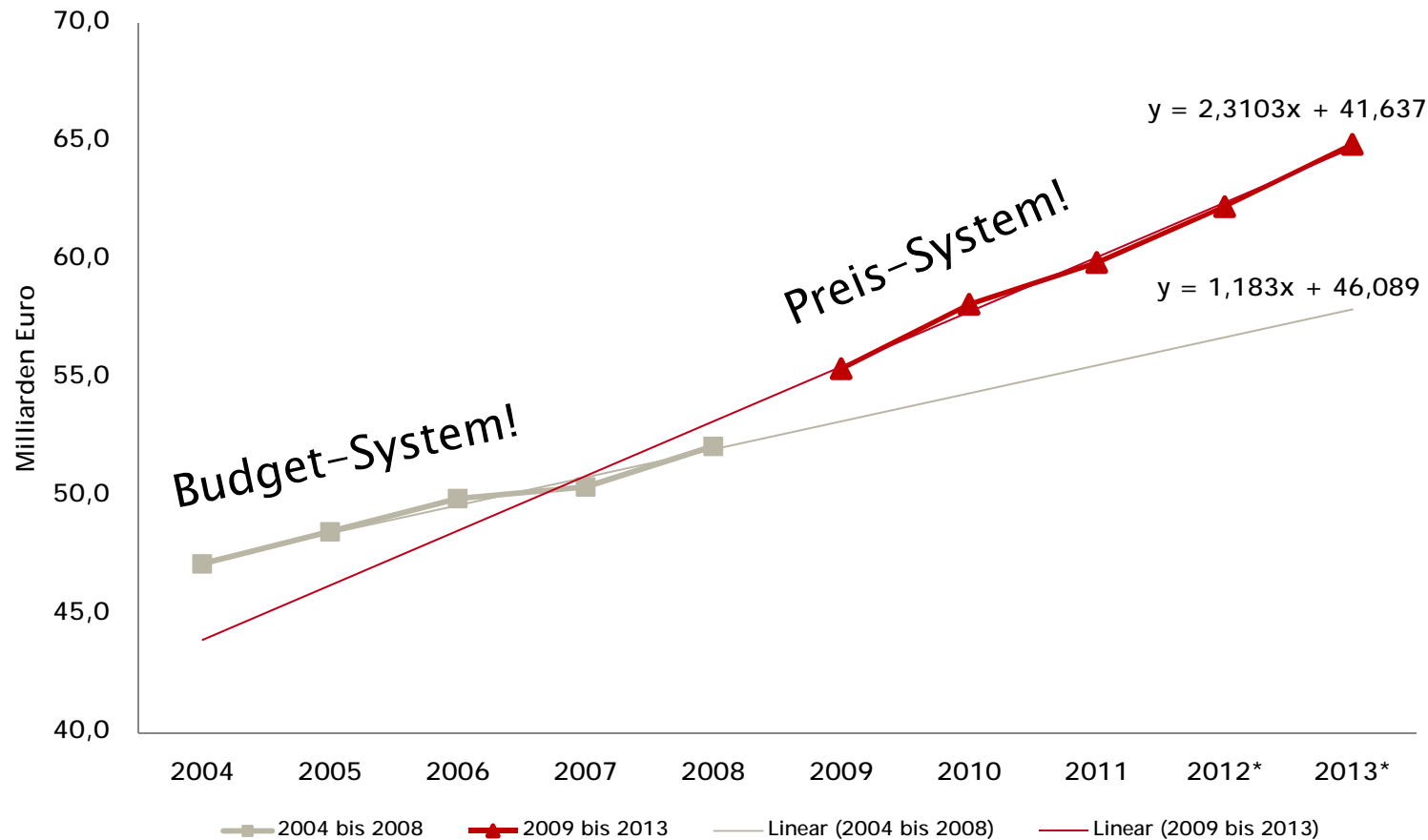
- 1 Welche Krankenhausreform?
- 2 PEPP – DRG reloaded?
- 3 QS – die andere Welt
- 4 LBFW – das Preisproblem
- 5 CM – das Mengenproblem
- 6 NUB, P4P,... fünf offene Probleme
- 7 Fazit

Kaum gedämpfte Ausgabendynamik im Bereich Krankenhäuser



Quelle: Amtliche Statistik KJ1 (2000-2010); *KV45 (2011); **Schätzungen des GKV-SV (2012); Darstellung GKV-SV

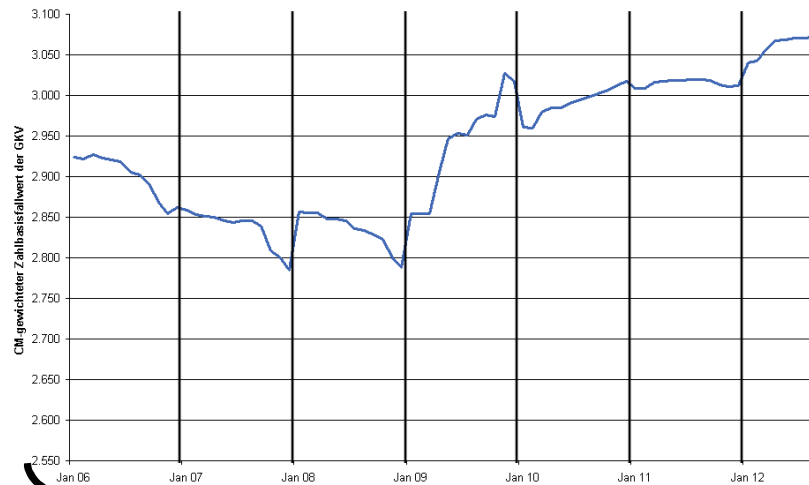
DRG-Ausgabenziel klar verfehlt: Seit Ende der Konvergenz eine Mrd. extra p. a.!



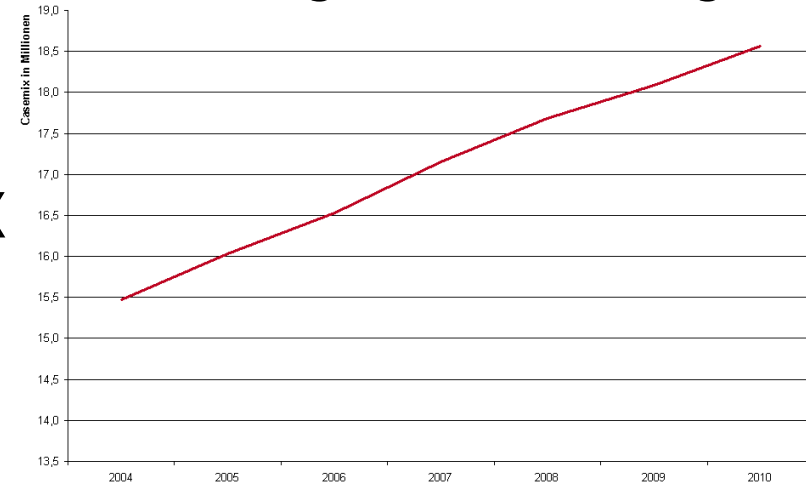
Quelle: Amtliche Statistik KJ 1 (2004-2011), * Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes (2012/2013)

Preis- und Mengenentwicklung: Erlöse der Krankenhäuser

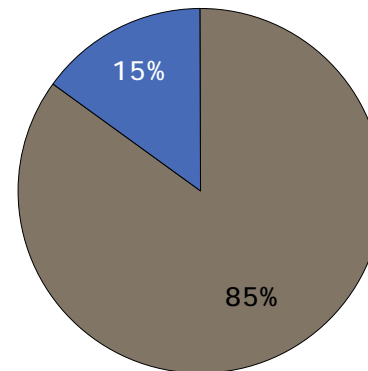
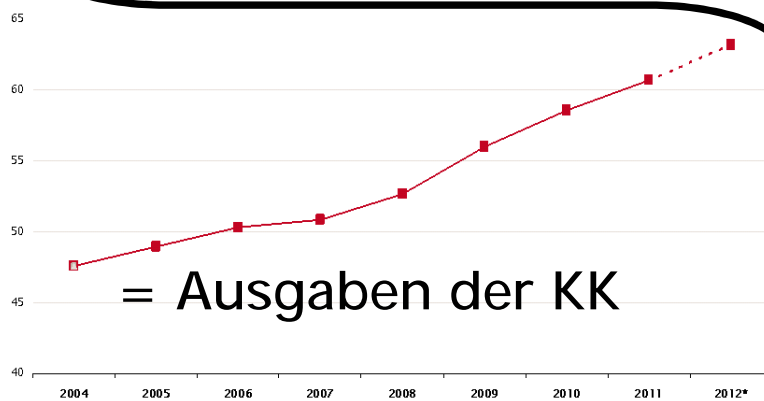
Preis (z-bax)



Menge (§ 21 KHEntgG)



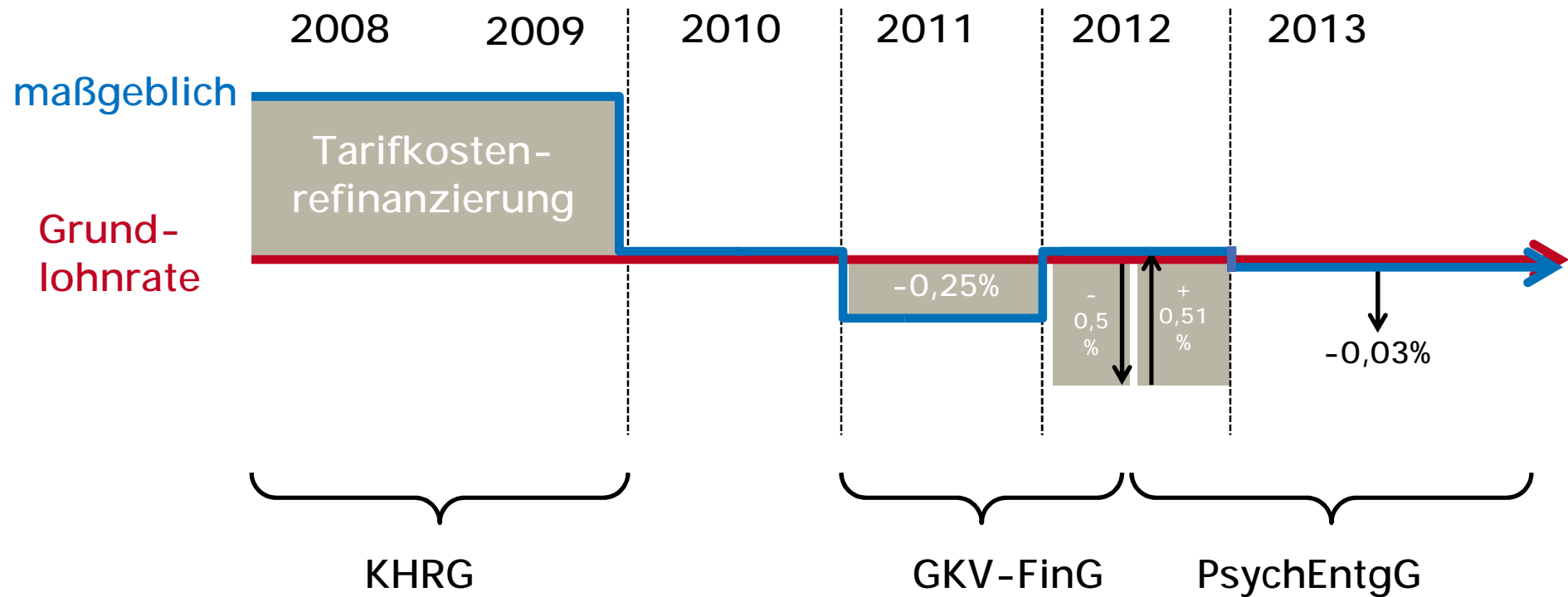
X



Quellen:
Zahlbasisfallwerte
(2006 bis 2012,
CM-Volumen gem.
§ 21 KHEntgG HA,
Ausgaben der KK gem.
KJ1 1999 bis 2011
(2012: Schätzung)

Quelle: Amtliche Statistik KJ1 bzw. KV/45, Schätzungen des GKV-SV für 2012

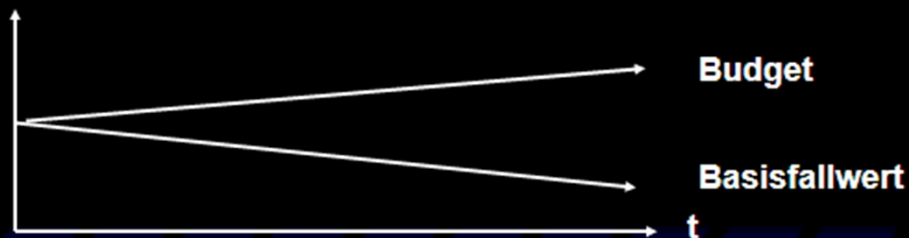
„Maßgebliche“ Grundlohnrate als schneidende Obergrenze



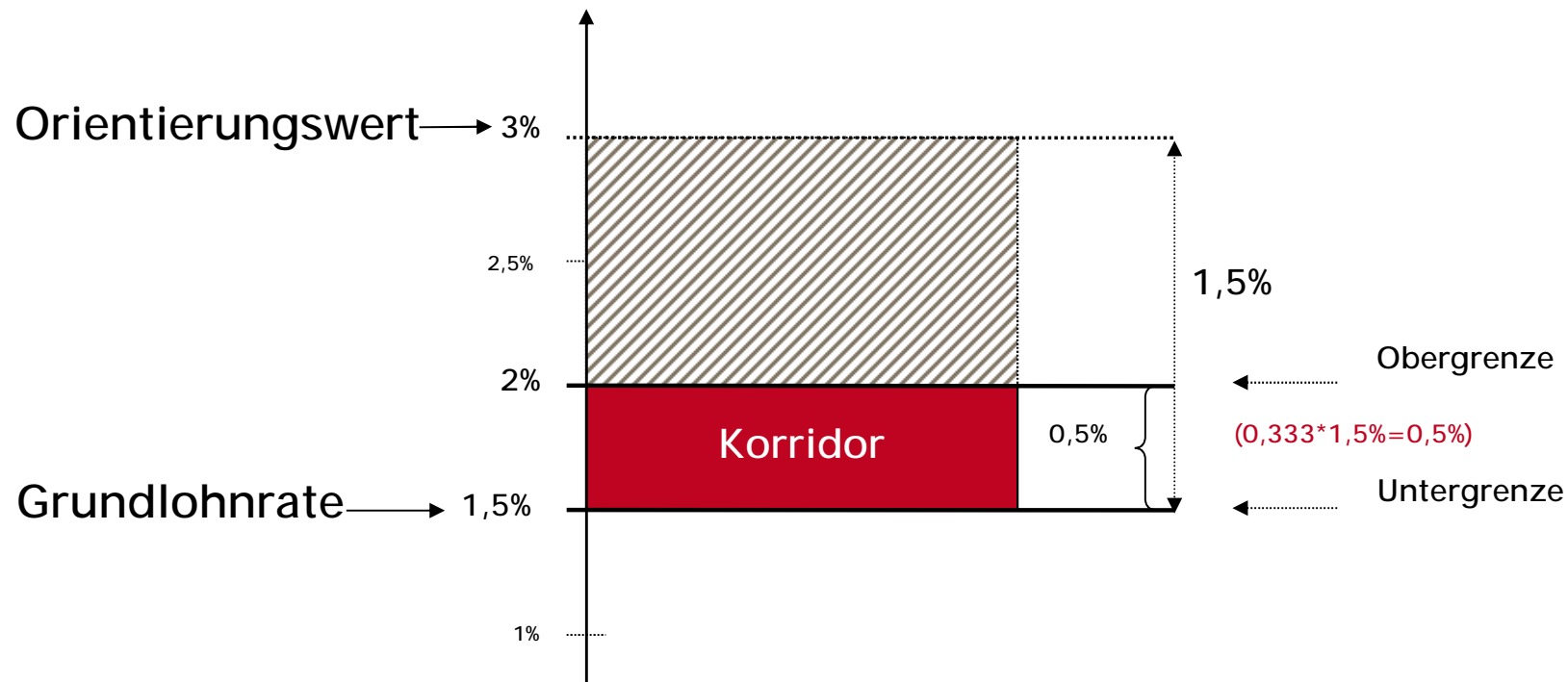
Problem: Fallwertabsenkung (eine Folie aus dem Jahr 2000)

Fallwertanpassung

- ◆ **These: 5 % Fallwertabsenkung in den ersten drei Jahren sind völlig problemlos für die Krankenhäuser.**
- ◆ **Fallwertanpassung bedeuten keine Absenkung der KH-Budgets und dürften insbesondere wegen der Verweildauerverkürzung produktivitätskonform sein.**



Orientierungswert (Somatik): Psych-Entgeltgesetz hier: O-Wert > GLS

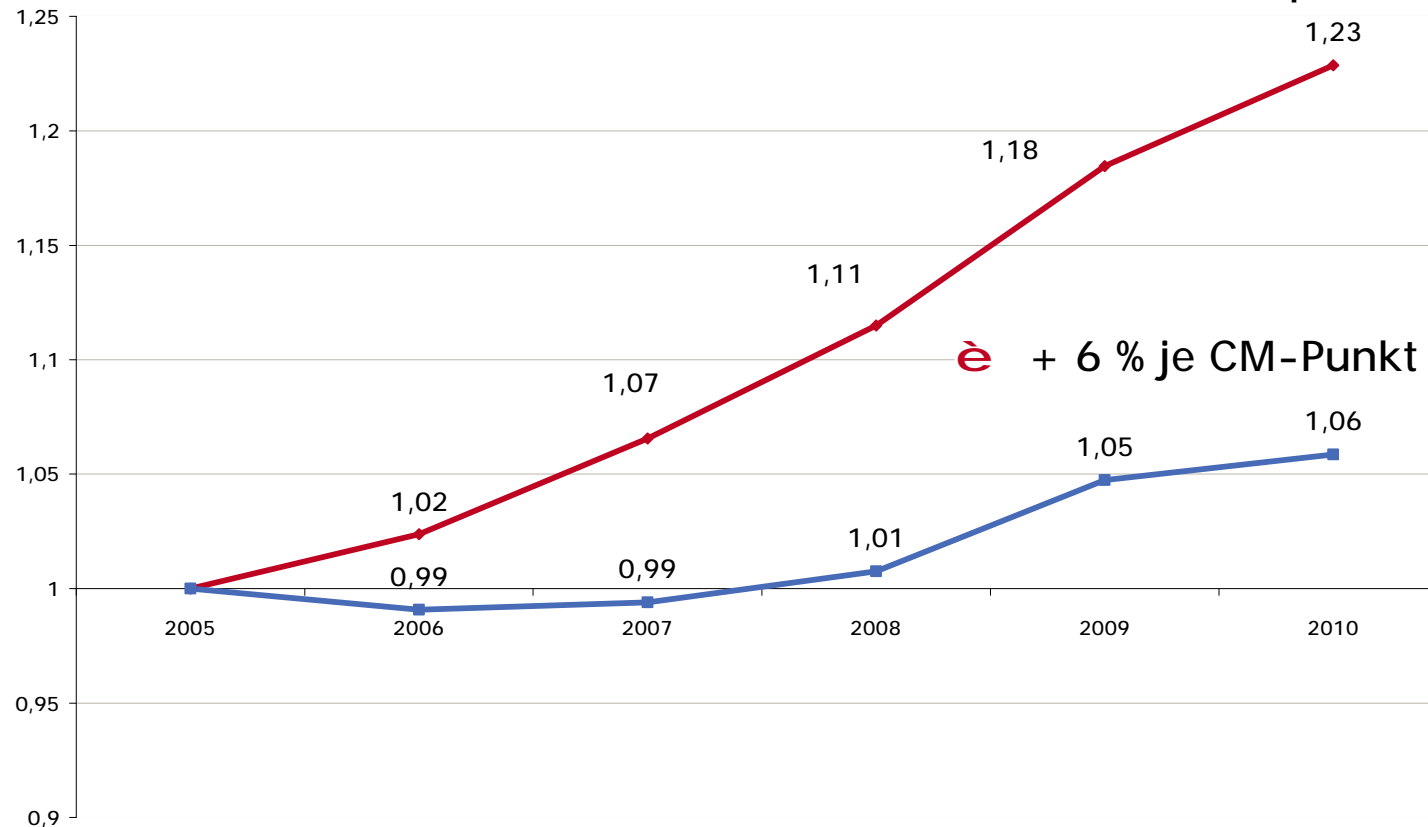


Besser, aber nicht gut:
Aus politischen Motiven heraus fließt mehr Geld als notwendig.

Kosten der Krankenhäuser je Casemix-Punkt 2005 bis 2010



è + 23 % „Kostenexplosion“ (2005 - 2010)



è + 6 % je CM-Punkt (2005 - 2010)

—●— Indexierte, bereinigte Kosten der Krankenhäuser (2005=1) —■— Indexierte, bereinigte Kosten der Krankenhäuser je Casemixpunkt (2005=1)

Quelle: Destatis, Kostendaten der Krankenhäuser (inkl. Ambulanzen etc.), Casemix-Volumen gemäß § 21 KHEntgG

Gang der Handlung

- 1 Welche Krankenhausreform?
- 2 PEPP – DRG reloaded?
- 3 QS – die andere Welt
- 4 LBFW – das Preisproblem
- 5 CM – das Mengenproblem
- 6 NUB, P4P,... fünf offene Probleme
- 7 Fazit

Leistungszuwachs weiter deutlich über der Morbiditätsentwicklung (3. DRG-Forschungszyklus)



Kennzahl	Δ (04 - 10) p. a.		Δ (08 - 10) p. a.	
	IST	standard.	IST	standard.
CM	-	-	+ 2,6 %	+ 0,9 %
Fallzahl	+ 1,3 %	+ 0,6 %	+ 1,5 %	+ 0,6 %
Belegungstage	- 0,9 %	+ 1,1 %	- 0,6 %	+ 1,1 %

è Zuwachs des CM 2006 bis 2008 im Durchschnitt: 2,6 %

è Weniger als die Hälfte des Mengenwachstums ist durch die demographische Entwicklung erklärbar!

Was macht das Mengenproblem zum Problem?



è Gefahren für die Patienten

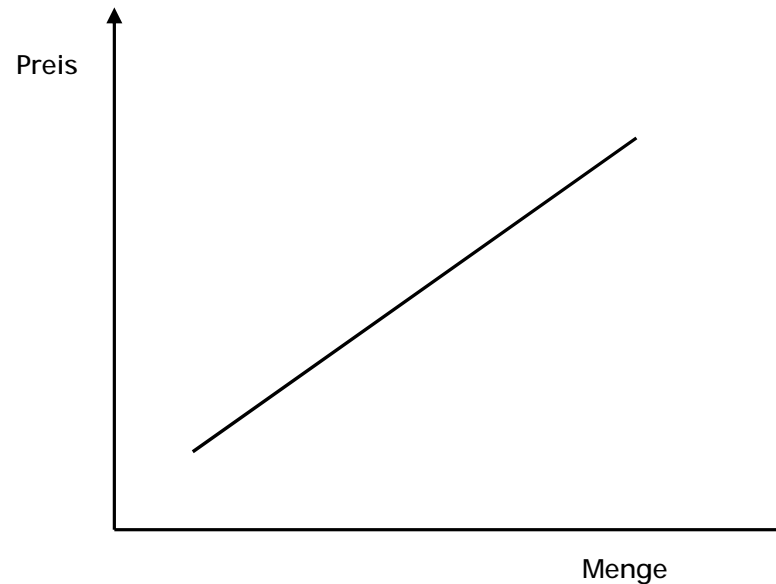
- Behandlung ohne Nutzen
- angebotsinduzierte Nachfrage (Behandlung mit geringem Nutzen)

è Ausgabensteigerung

- Wilde Ausgabensteigerungen ziehen wilde Spargesetze nach sich
- fehlende Mittel für notwendige Behandlungen an anderer Stelle

Der Preis macht die Menge

- è Je höher der Preis, desto höher der Anreiz, Mehrmengen zu erbringen.
- è Empirisch belegbarer Zusammenhang im DRG-Preissystem.
- è Nicht überraschend: Grundlagen der Ökonomie gelten auch im Krankenhausbereich!



Forschungsauftrag Menge § 17 b Abs. 9 KHG



- è Die Vertragsparteien vergeben im Jahr 2012 einen gemeinsamen Forschungsauftrag mit dem Ziel, insbesondere die **Leistungsentwicklung und bestehende Einflussgrößen** zu untersuchen sowie gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten und deren **Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die finanziellen Auswirkungen** zu bewerten.
- è Dabei sind insbesondere Alternativen zu der Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen beim Landesbasisfallwert zu prüfen.
- è Möglichkeiten der **Stärkung qualitätsorientierter Komponenten** in der Leistungssteuerung sind zu entwickeln.

Lösungsoptionen

- è Direktverträge für planbare Leistungen
- è Handel mit Abrechnungslizenzen
- è Preissteuerung unter Einbezug der Zu- und Abschläge
- è Ausschluss von politischen Eingriffen in die Preisgestaltung
- è Mehrleistungsabschläge dauerhaft etablieren
- è Mindestmengen eingebettet in Struktur- und Prozessqualität
- è

Transplantationszentren mit möglicherweise zu geringen Fallzahlen



Transplantationen nach Postmortalspende 2011:



TX-Zentrum	Niere	Pankreas	Herz	Leber	Lunge
G-BA Mindestmenge oder:	(25)	< 5	<= 10	(20)	<= 10
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus	48	6	< 5		
Universität Leipzig	36	< 5	31-35	97	20
Martin Luther Univ. Bereich Medizin Halle	48				
Friedrich Schiller Universität	82	11	10-14	49	6
Universitätsklinikum Benjamin Franklin / FU Berlin	27				
Deutsches Herzzentrum Berlin	< 5		34		28
Universitätsklinikum Charité / Campus Virchow	135	8		93	
Universität Rostock	48	< 5		< 5	
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf	61	7	16-20	71	12
Medizinische Universität zu Lübeck	38	< 5			
Christian Albrechts Universität	24	< 5	< 5	47	< 5
Kliniken der Freien Hansestadt Bremen	27				
Medizinische Hochschule Hannover	138	16	22-26	79	131
Herzzentrum Bad Oeynhausen			77		
Nephrologisches Zentrum Niedersachsen	79				
Klinikum der Philipps-Universität	25	< 5			
Klinikum der Justus-Liebig-Universität	20		10		14
Klinikum Fulda	11				
Universitätsklinik Göttingen	< 5		< 5	33	
Otto-von-Guericke-Universität				20	
Heinrich Heine Universität	72		12		
Knappschaftskrankenhaus	89	31			
Universitätsklinikum Essen	111	7	7	131	14
Westfälische Wilhelms Universität	74	< 5	14	36	< 5
Klinik der Universität Köln-Lindenthal / Köln-Merheim	99	< 5	6	12	< 5
Universitätsklinikum Aachen	16		7	50	
Rheinische Friedrich Wilhelms Universität	31			20	
Klinikum der Johannes Gutenberg Universität	20			43	6
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Univ.	59	8		29	
Kerckhoff Klinik			< 5		
Universität des Saarlandes	18			15	23
Westfalzklinikum	24	< 5			
Klinikum der Stadt Mannheim	24				
Ruprecht-Karls-Universität	87	8	21	96	
Klinikum Stuttgart Katharinenhospital	44				
Eberhard Karls Universität	43	7		38	
Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität	66	< 5	19		15
Klinikum Großhadern	71	8	33	41	58
Klinikum Rechts der Isar	57	7		37	
Zentralklinikum Augsburg	23				
Universität Ulm	8				
Friedrich-Alexander-Univ. Erlangen-Nürnberg	75	11	9	17	
Klinikum der Universität Regensburg	64	10	13	56	
Universitätsklinikum Würzburg	30		7	< 5	

Quelle: DSO-Jahresbericht 2011

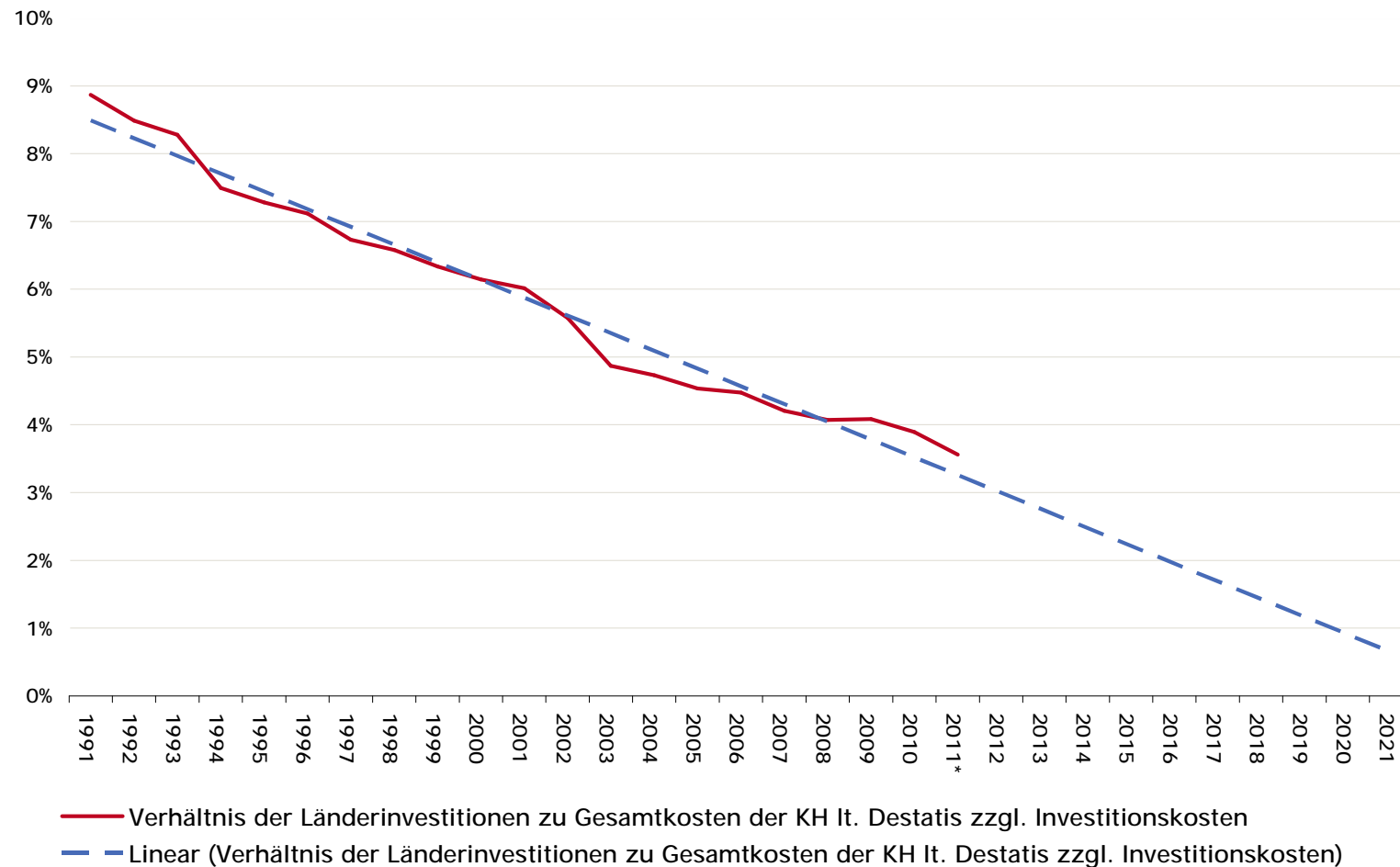
Gang der Handlung

- 1 Welche Krankenhausreform?
- 2 PEPP – DRG reloaded?
- 3 QS – die andere Welt
- 4 LBFW – das Preisproblem
- 5 CM – das Mengenproblem
- 6 NUB, P4P,... fünf offene Probleme
- 7 Fazit

Fünf offene Probleme

1. Erosion der Investitionsfinanzierung der Länder.
2. Mehr Wettbewerb durch Einzelverträge für planbare Leistungen („Elektiv wird selektiv“).
3. Innovation in Studienzentren konzentrieren.
4. Grenze zur ambulanten Behandlung besser abbilden.
5. Qualitätsorientierte Vergütung implementieren.

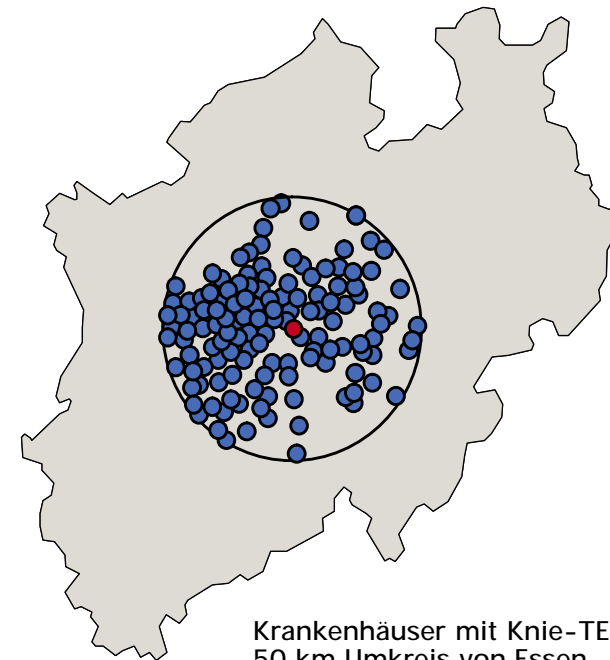
Erosion der dualen Finanzierung



Quelle: Leber, Wolff: Wer bestellt, muss bezahlen, in f+w 03/2012

Einzelverträge für planbare Leistungen

- è Stärkere Wettbewerbsorientierung im Krankenhausbereich notwendig
- è Konzentration der Versorgung der Versicherten in Ballungsgebieten auf ausgewählte Vertragspartner
- è Qualitätsindikatoren als Teil der Verträge
- è Ausschluss schlechter Qualität



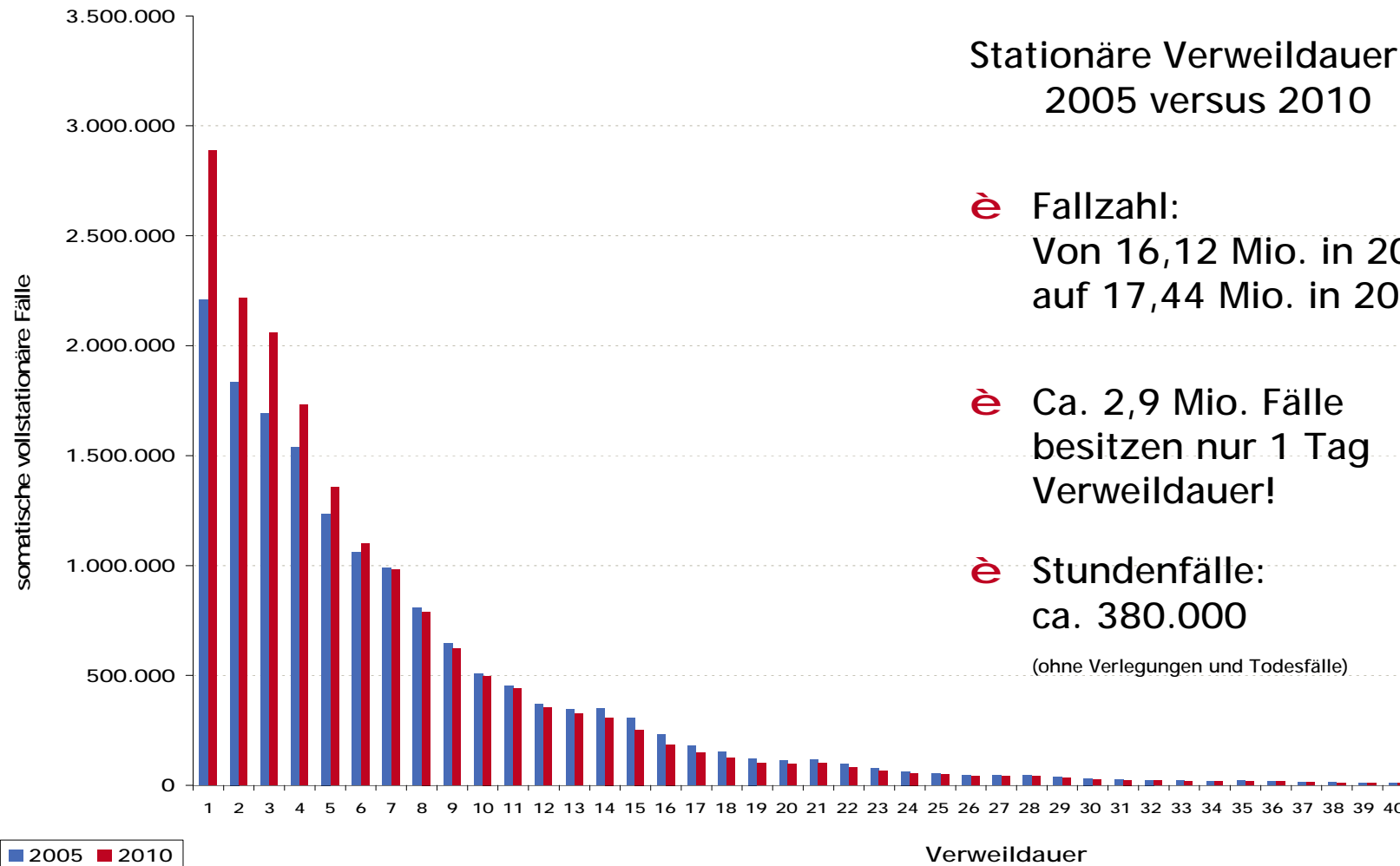
Krankenhäuser mit Knie-TEPs
50 km Umkreis von Essen
Quelle: Leber, Malzahn, Wolff:
Elektiv wird selektiv

Innovationen in Zentren konzentrieren

- è Innovationen gehören zur sicheren und schnellen Evaluation in die Hände von Experten.
- è Versorgung nur in Innovationszentren bis ausreichend Kenntnisse über Nutzen und Schaden und die notwendige Qualitätssicherung vorliegen.



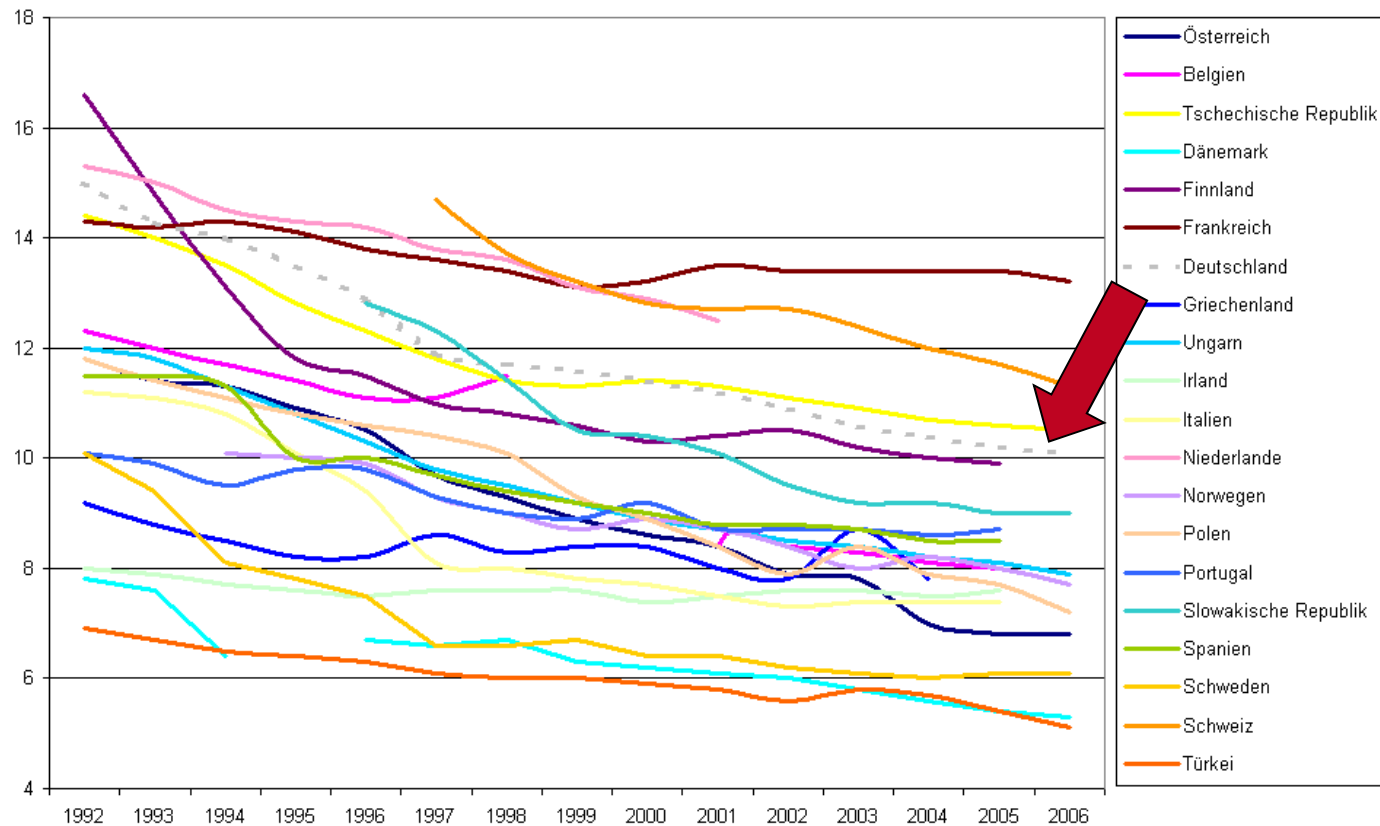
Heute ein Tag – morgen ambulant



■ 2005 ■ 2010

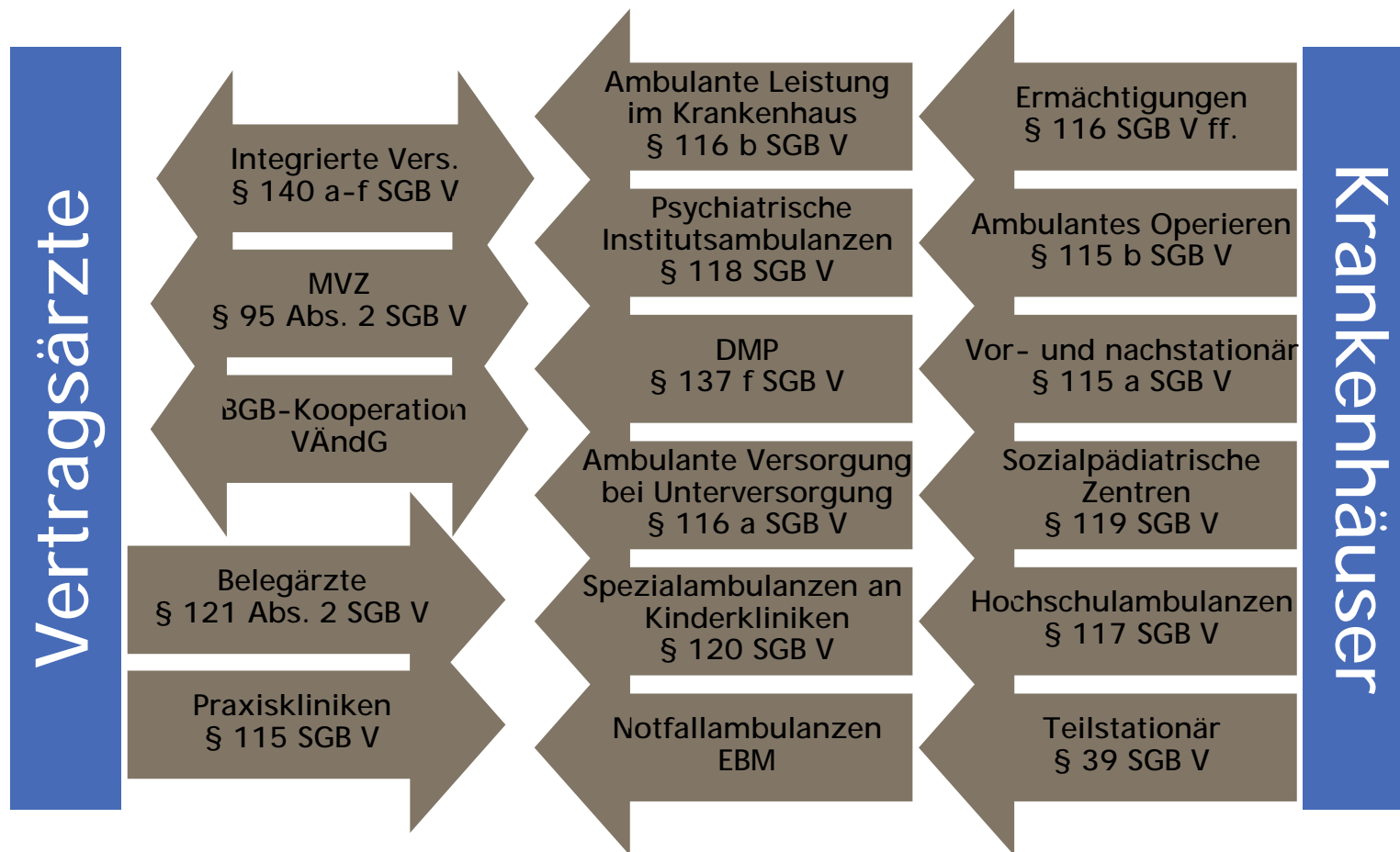
Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG, GKV & PKV Fallzahlen, eigene Berechnungen

Stationäre Verweildauer OECD-Länder: 1992 bis 2006



Quelle: OECD Health Policy and Data web site: www.oecd.org/health, Datenjahr 2006

Projekt: 115x ?



Codex Hammurapi (1750 v. Chr.) Erste ärztliche Gebührenordnung



- è „Wenn der Arzt bei einem Herren einen Abszess mit dem Bronzemesser öffnet oder eine Trübung im Auge mit dem Bronzeinstrument entfernt und das Auge des Patienten erhält, so stehen ihm 10 Schekel Silber zu.“
- è „Für die gleiche Operation bei einem Freigelassenen erhält der Arzt 5 Schekel, bei einem Sklaven 2 Schekel Silber.“

Gang der Handlung

- 1 Welche Krankenhausreform?
- 2 PEPP – DRG reloaded?
- 3 QS – die andere Welt
- 4 LBFW – das Preisproblem
- 5 CM – das Mengenproblem
- 6 NUB, P4P,... fünf offene Probleme
- 7 Fazit

Reform-Bilanz

- è Im Krankenhaus gab es in den letzten Jahren keine Reform und es gab vor allem keine Einspargesetze.
- è Die DRG-Einführung war eine Erfolgsgeschichte. Die Wiederholung dieses Erfolges in der Psychiatrie wird lange dauern.
- è Ärgerlich bleibt: Die Fallwerte fallen noch immer nicht. Das Mengenwachstum wird wohl nächstes Jahr eingeschränkt.
- è Es gibt einen Reformstau in puncto Wettbewerb, Investitionsfinanzierung, Klinikambulanzen und bei qualitätsorientierter Bezahlung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!