

Ambulant? Stationär? – Wie definieren die Kostenträger den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten?

Dirk Ruiss

Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen

BMC Regional NRW / KVWL
Die Krankenhaus-Strukturreform und ihre
Bedeutung für eine „ambu-näre“ Versorgung
6. November 2015, Dortmund



Wie definieren die Kostenträger den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten?

- Philosophische Antwort
- Gesundheitsökonomische Antwort
- Krankenhauspolitische Antwort
- Fallbezogene Antwort

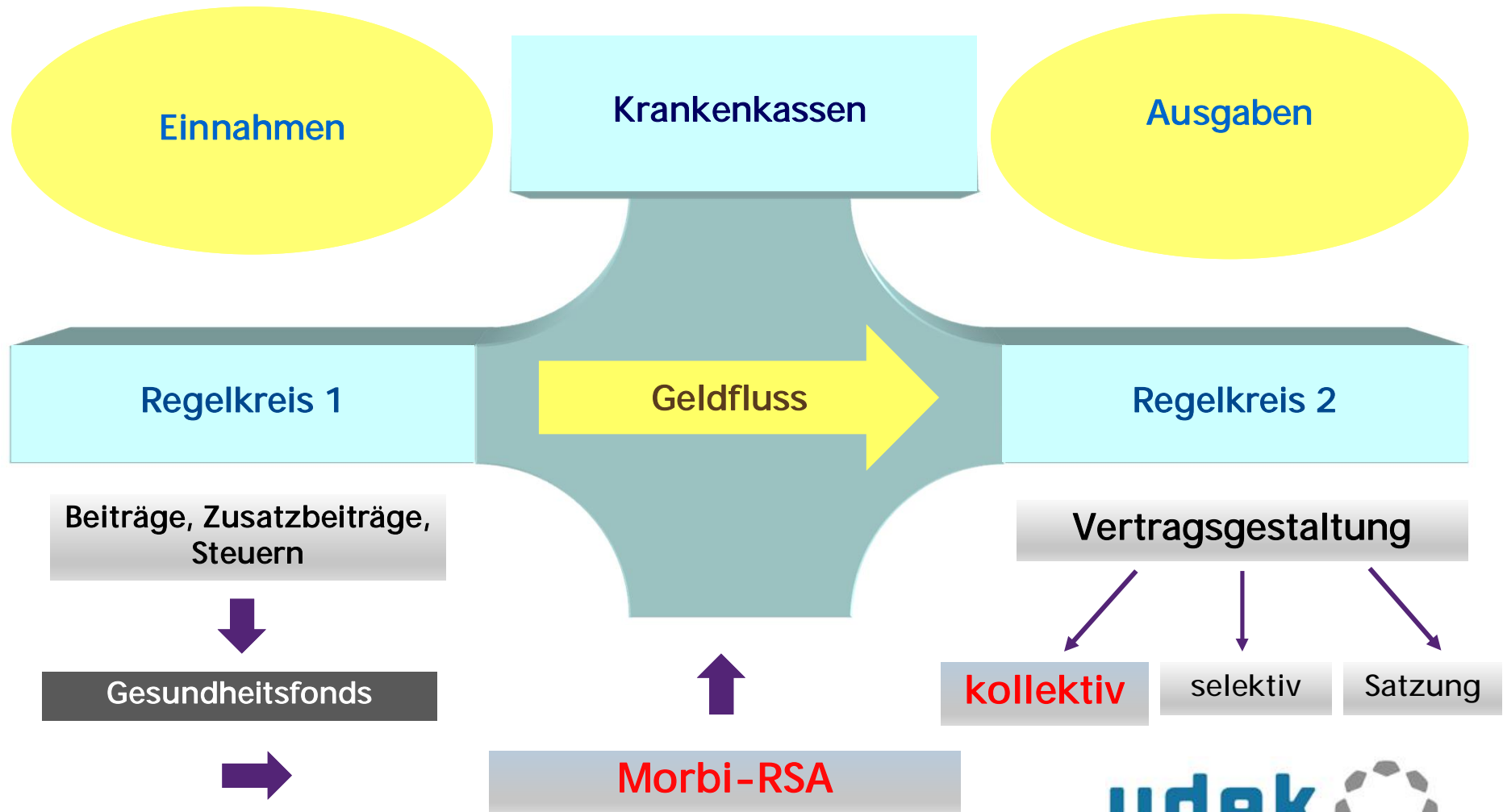
Philosophische Antwort

- Bedarf lässt sich nicht definieren – Bedarf ist „unendlich“
- Methodisch exakte und unstrittige Kriterien zum „Bedarf“ liegen nicht vor
- Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“
- Reden wir über „Bedarf“ oder über „Strukturen“?
- Qualitäts- und/oder mengenbezogener Bedarf?
- Würden sich alle vermeintlichen „Bedarfe“ in Strukturen niederschlagen, bräuchten wir mehrere Gesundheitssysteme



Gesundheitsökonomische Antwort

Regelkreise mit „Bedarfs“-Definition



Ärztliche Honorarverhandlungen

Zuständigkeit

1. Schritt

Aufgaben Bundesebene:

- Beschlussfassung im Bewertungsausschuss (BA) über die Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V
- Beschlussfassung des BA zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungsraten der **Morbiditätsstruktur** nach § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Klassifikationsmodell)
- sonstige Beschlüsse (z. B. Bereinigung, MGV/EGV Abgrenzung)

2. Schritt

Aufgaben Landesebene:

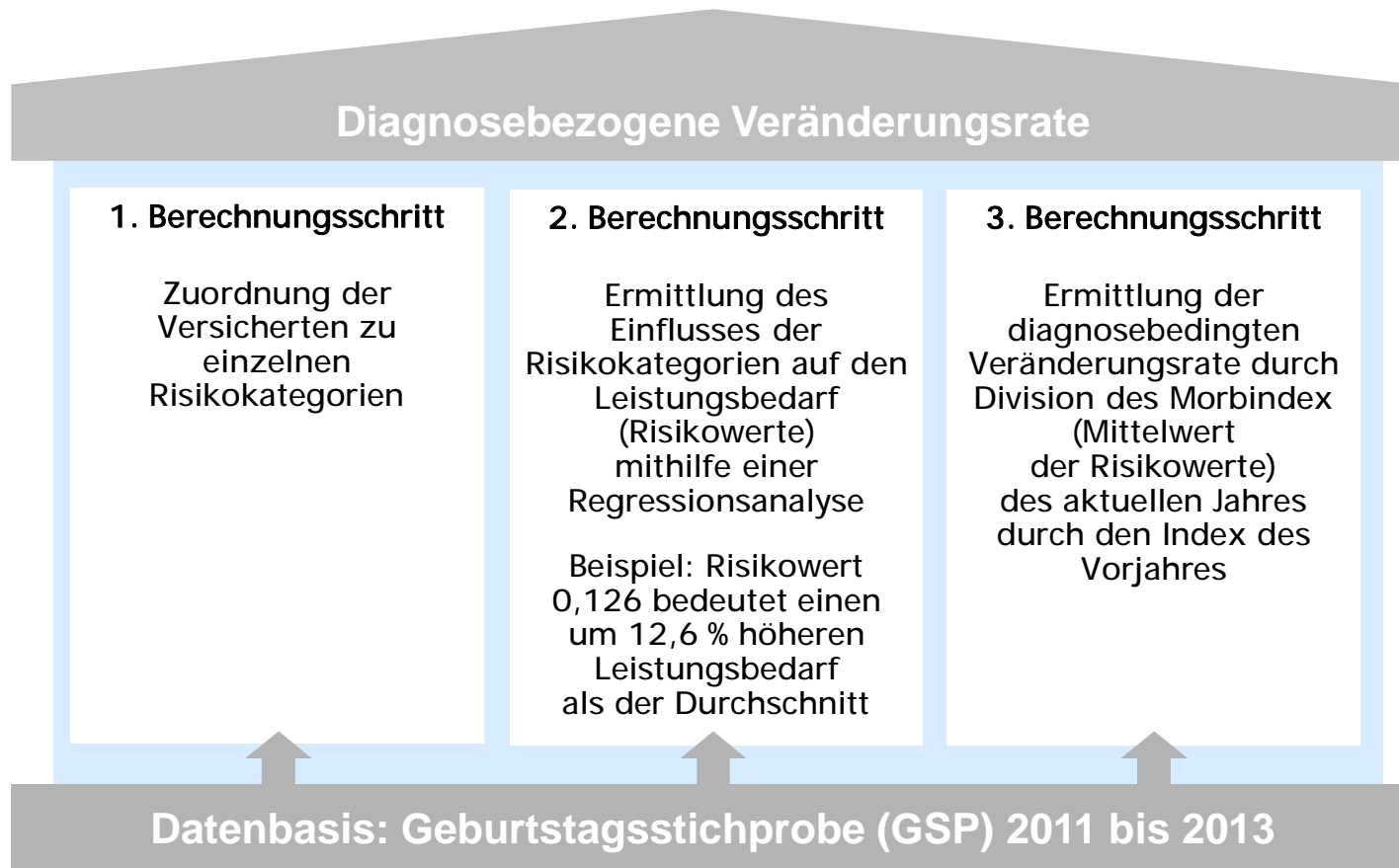
- Vereinbarung des regionalen Orientierungswertes
- Gewichtung der Veränderungsraten
- sonstige Vereinbarungen (z. B. förderungswürdige Leistungen)



Die morbiditätsbedingte Veränderungsrate wird mithilfe eines Klassifikationsmodells ermittelt

- Die Gesamtveränderungsrate der ärztlichen Leistungsmenge setzt sich aus einer **diagnosebezogenen** und einer **demographischen Veränderungsrate** zusammen.
- Die Berechnung der Raten erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA).
- Grundlage der Berechnungen sind ein Klassifikationssystem für die Eingruppierung von **Diagnosen** in Risikoklassen sowie der **Einfluss von Alter und Geschlecht** auf den Leistungsbedarf in einer Region.

Das auf Bundesebene vereinbarte Klassifikationsmodell dient dazu, den Einfluss von Diagnosen auf den Leistungsbedarf zu ermitteln



Auch bei den Arzneimittelvereinbarungen wird „Bedarf“ berücksichtigt

Zuständigkeit

Aufgaben Bundesebene:

1. Schritt

- Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jährlich bis zum 30. September die Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V

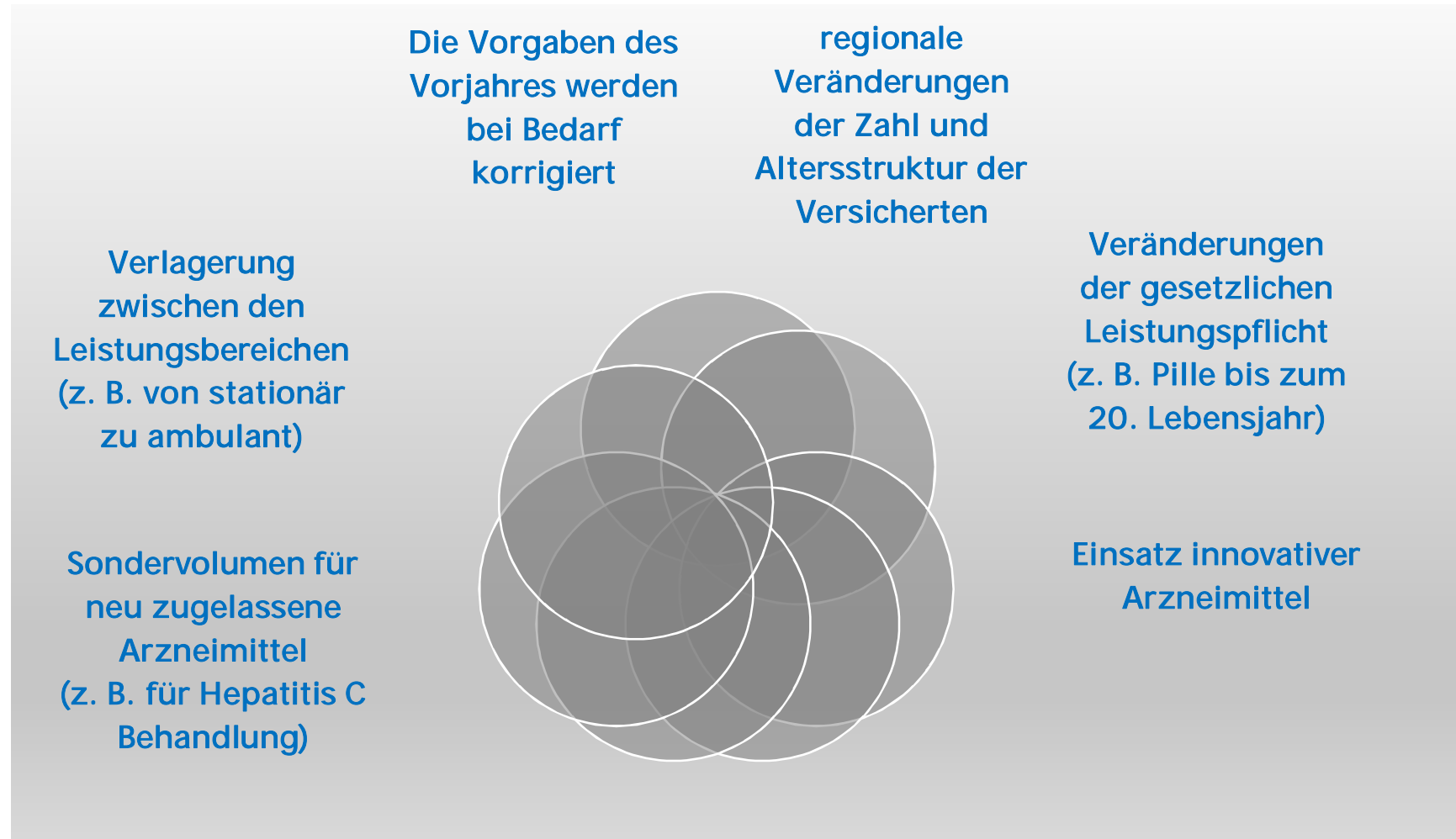
Aufgaben Landesebene:

2. Schritt

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die zuständigen Verbände der Krankenkassen vereinbaren für das Folgejahr:

- das Ausgabenvolumen für die von den Ärzten zu verordneten Leistungen
- Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele

Die Bundesebene legt zur Berechnung des Ausgabevolumens folgende Parameter fest:



Die Landesebene legt folgende Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele fest:

qualitative Ziele - es werden Empfehlungen zur Auswahl bestimmter Arzneimittel gegeben, z. B. :

zurückhaltende Verordnung
von Antibiotika

vorrangige Berücksichtigung
von Biosimilars

Medikamente, die im Alter nicht sinnvoll
sind (Priscusliste) bzw. Vermeidung
von Polymedikation

In der Bedarfsplanung bilden Verhältniszahlen die zentrale Stellgröße für das Leistungsangebot

Hausärztliche
Versorgung

Verhältniszahl

= 1 Hausarzt für 1.671 Einwohner

Allgemeine fachärztliche
Versorgung

z. B. Augenärzte; Kreistyp 1,
1 Augenarzt für 13.399 Einwohner

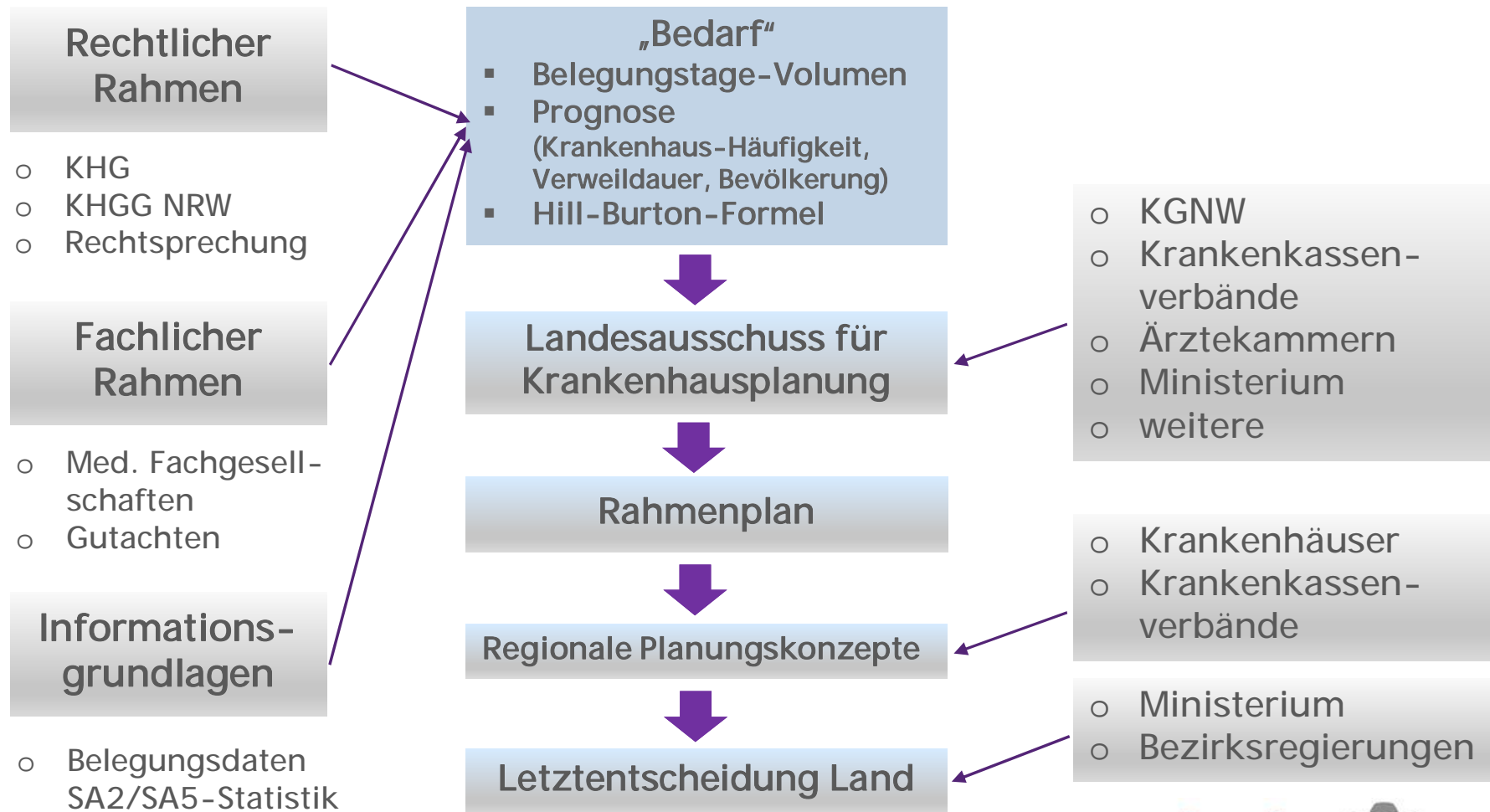
Spezialisierte fachärztliche
Versorgung

z. B. Radiologen,
1 Radiologe für 49.095 Einwohner

Gesonderte fachärztliche
Versorgung

z. B. Neurochirurgen,
1 Neurochirurg für 161.207 Einwohner

Die „Bedarfs“-Ermittlung im Krankenhausbereich erfolgt auf der Basis eines Prognosemodells





Krankenhauspolitische Antwort

Wo stehen wir jetzt?

Gewachsene Strukturen durch Reformstau!

- Seit der Einführung des DRG-Entgeltsystems 2003 hat es keine Krankenhausreform mehr gegeben.
- Die Krankenhausstrukturen haben sich seit DRG-Einführung nach den ökonomischen Interessen der Krankenhäuser entwickelt.
- Die Planung in NRW verändert sich nur in kleinen Schritten und schreibt die gewachsenen Strukturen fort.
- Es besteht ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.
- Die Ausgaben in NRW für den Krankenhausbereich sind überdurchschnittlich hoch.

Ausgaben/Fördermittel für Krankenhäuser in NRW

- Die **Ausgaben** der Ersatzkassen in NRW je Versicherten sind von **566,00 Euro** in 2004 auf **891,00 Euro** in 2014 gestiegen.
 - Das entspricht einem Ausgabenanstieg im genannten Zeitraum von rund **58 Prozent**.
 - Bei Einführung des dualen Finanzierungssystems lag die Förderquote der Länder noch bei 20 Prozent.
 - Die **Investitionsförderquote** in Nordrhein-Westfalen betrug 2014 **2,7 Prozent** (≙ rund 500 Mio. Euro).
- ↳ Für investive Maßnahmen werden in NRW rund 2 Mrd. Euro benötigt (**schleichende Monistik**).



Wo müssen wir hin? Bessere Strukturen durch Reformwilligkeit!

- Gezielte **Konzentrationsprozesse einleiten**, um regionalen und demografischen Veränderungen Rechnung zu tragen.
- Diese **Umstrukturierungsprozesse** mit einer **qualitätsorientierten Planung** unterstützen.
- Krankenhausschließungen nutzen, um gezielte **Personalwandelungen** zu fördern.
- Die **Pflege- und Therapeutenberufe** jetzt **attraktiv gestalten**, damit die künftige Personalrekrutierung bestehen kann.

Qualität – Wie bewerten es die Ersatzkassen?

- Die Ersatzkassen begrüßen, dass Qualitätsmessung zu Konsequenzen in der Planung führen soll; es fehlt aber die Verbindlichkeit für die Länder.
- Abschläge für schlechte Qualität werden abgelehnt; qualitativ unzureichende Leistungen müssen stattdessen ausgeschlossen werden.
- Die Schließung ganzer Krankenhäuser oder Abteilungen durch die Länder wird eher selten sein.
- Qualitativ unzureichende Leistungen müssen in den Budgetverhandlungen ausgeschlossen werden.

Qualität – Wie bewerten es die Ersatzkassen?

Auch in NRW gibt es Verbesserungspotential, z. B.:

- Verringerung der Strahlenbelastung bei Herzschrittmacher- und Defibrillator-Implantationen.
- Anwendung schonenderer OP-Verfahren in der Mamma-Chirurgie (keine radikale Entfernung aller Lymphknoten in der Achselhöhle).
- Überprüfung der Indikationsstellung bei Hüft- und Knieendo-
prothesen-Implantationen und richtige Prothesenplanung zur
Vermeidung unnötiger Komplikationen und vorzeitigem Pro-
thesenwechsel.

Strukturfonds – Wie bewerten es die Ersatzkassen?

- Ein Strukturfonds kann den notwendigen Strukturwandel einleiten.
- Die Krankenkassen müssen an der Umsetzung beteiligt werden.
- Vorrangig ist der Abbau von Überkapazitäten zu fördern.
- Die Schließung von Krankenhäusern darf nicht zum Geschäftsmodell gewinnorientierter Krankenhausträger werden.
- Laufende Insolvenzverfahren dürfen nicht bedient werden.

Pflegestellenförderprogramm – Wie bewerten es die Ersatzkassen?

- Ein Pflegestellenförderprogramm wird akzeptiert, wenn es **dauerhaft** zu mehr Pflegepersonal führt.
- Die Mittelverwendung muss durch Nachweise, MDK-Kontrollen und Sanktionsregelungen gesichert werden.
- Der demografische Wandel am Arbeitsmarkt erfordert es, dass die Attraktivität der Pflegeberufe gesteigert wird.
- Mehr „Pflege am Bett“ muss durch das Pflegestellenförderprogramm auch tatsächlich ankommen.

Landesbasisfallwert Nordrhein-Westfalen – Wie bewerten es die Ersatzkassen?

- Erhöhung des Landesbasisfallwertes Nordrhein-Westfalen
- Deutliche Ausgabensteigerungen
 - 100 Prozent Konvergenzschrift NRW
 - 2016 264 Mio. Euro
(2014: 200 Mio. Euro, 2015: 115 Mio. Euro)

Die Pro-Kopf-Ausgaben liegen u. a. um

- 8,7 Prozent über dem Bundesdurchschnitt
- 13,0 Prozent über Rheinland-Pfalz
- 25,8 Prozent über Baden-Württemberg



Ausgesparte Problemfelder

- Mangelnde Verpflichtung der Länder, die Planung nach bundesweit gültigen (Qualitäts-)Kriterien durchzuführen.
- Mangelnde Verpflichtung der Länder zur angemessenen Investitionsförderung.
- Fehlende Strategie zur Mengenbegrenzung.
- Fehlende Personalstrategie.
- Fehlende Strategie zum Strukturwandel durch Innovationsfonds (?).



Fallbezogene Antwort

Beispiel: Geriatrische Versorgung

„Geriatrische Menschen“ leben Zuhause!



Bild: Maria Lassnig, * 1919-2014, Ausstellung 2010 München

Wenn wir über Geriatrie sprechen, sollten wir nicht gleich in „Pflegefällen“ oder „Krankenhausfallzahlen“ denken, sondern zunächst einmal an ältere Menschen, die Zuhause LEBEN.

Kapazitäten der geriatrischen Versorgung

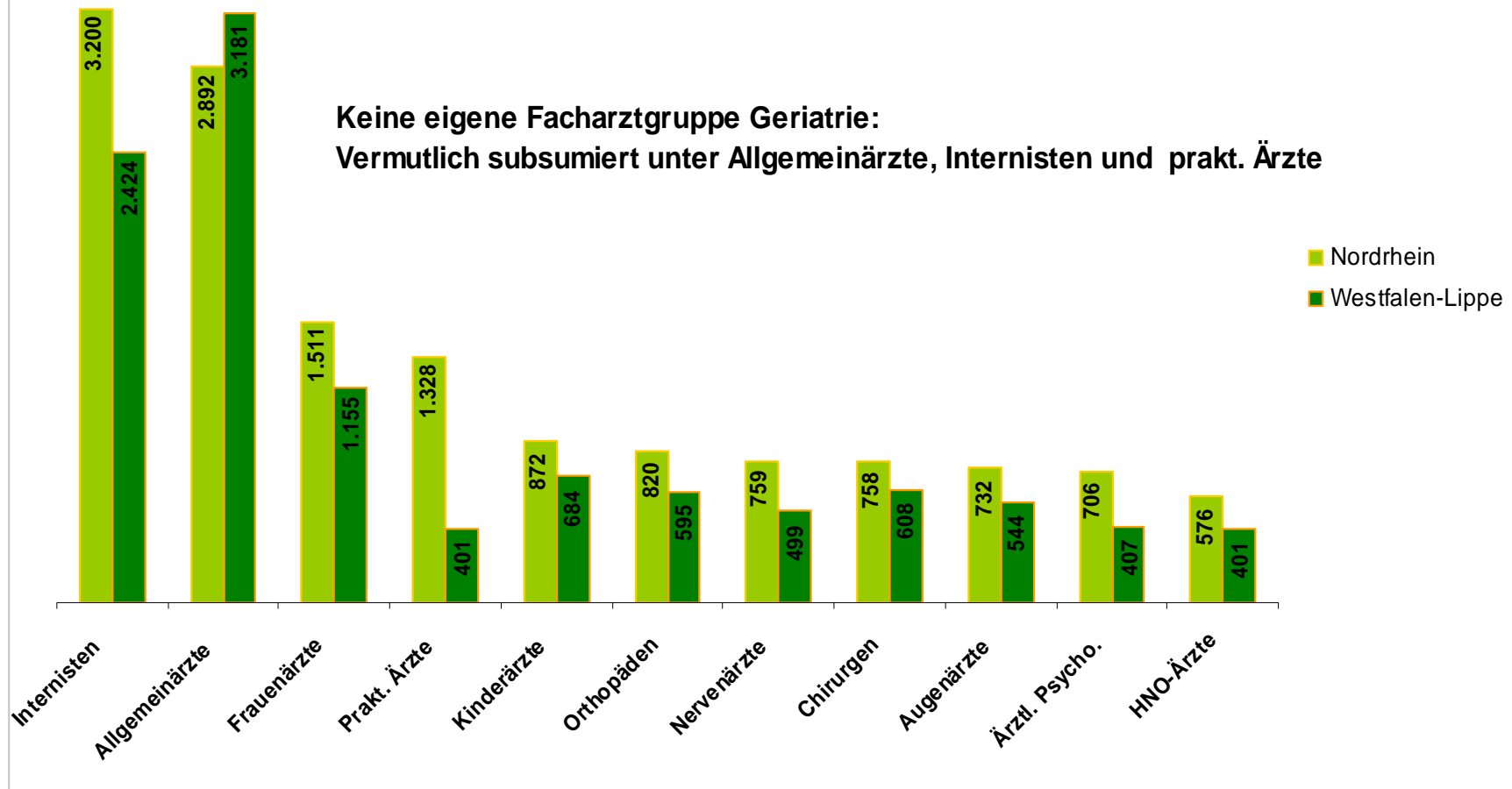
Stationäre geriatrische Leistungserbringung in Nordrhein-Westfalen

- 80 von 305 somatischen Krankenhäusern mit geriatrischen Betten
 - Nordrhein 39 von 157
 - Westfalen-Lippe 41 von 148
- zusätzlich 40 somatische Krankenhäuser haben überwiegend im Bereich der Inneren Medizin die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung budgetär erzwungen
- insgesamt erbringen bereits heute 120 von 305 somatischen Krankenhäuser geriatrische Leistungen



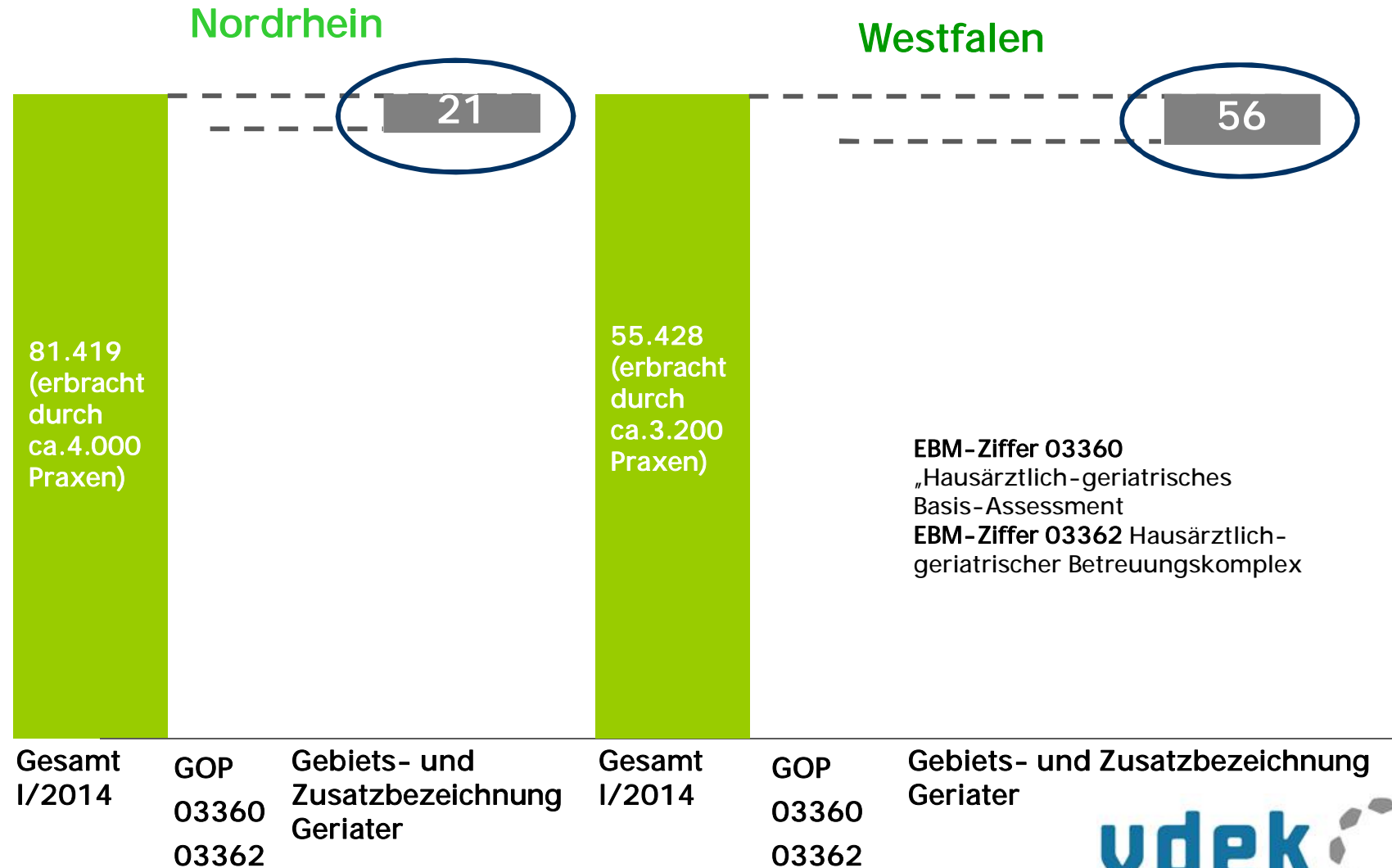
Kapazitäten der geriatrischen Versorgung

Geriatrische Versorgung im ambulanten niedergelassenen Sektor:



Kapazitäten der geriatrischen Versorgung

Geriatrische Versorgung im ambulanten niedergelassenen Sektor



Geriatrie allgemein und ambulant

- **untergeordnete Rolle in Forschung und Lehre**
 - nur an 7 von 36 medizinischen Fakultäten Geriatrie
 - seit 2004 Querschnittsfach (Lehre macht wer . . .?)
- **weiterführende Ausbildung** zum Geriater ist in den Kammerbezirken unterschiedlich geregelt (FA/Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung > **keine Standards**)
- **erst seit 8/2012** BÄK 60-h-Curriculum für Hausärzte
- **erst seit 2013** Geriatrieziffer im EBM (bis dorthin nur geriatrisches Basis-Assessment abrechenbar)
- keine Qualifikationsanforderungen für die Erbringung geriatrischer Leistungen im EBM (alle „können“ Geriatrie“)

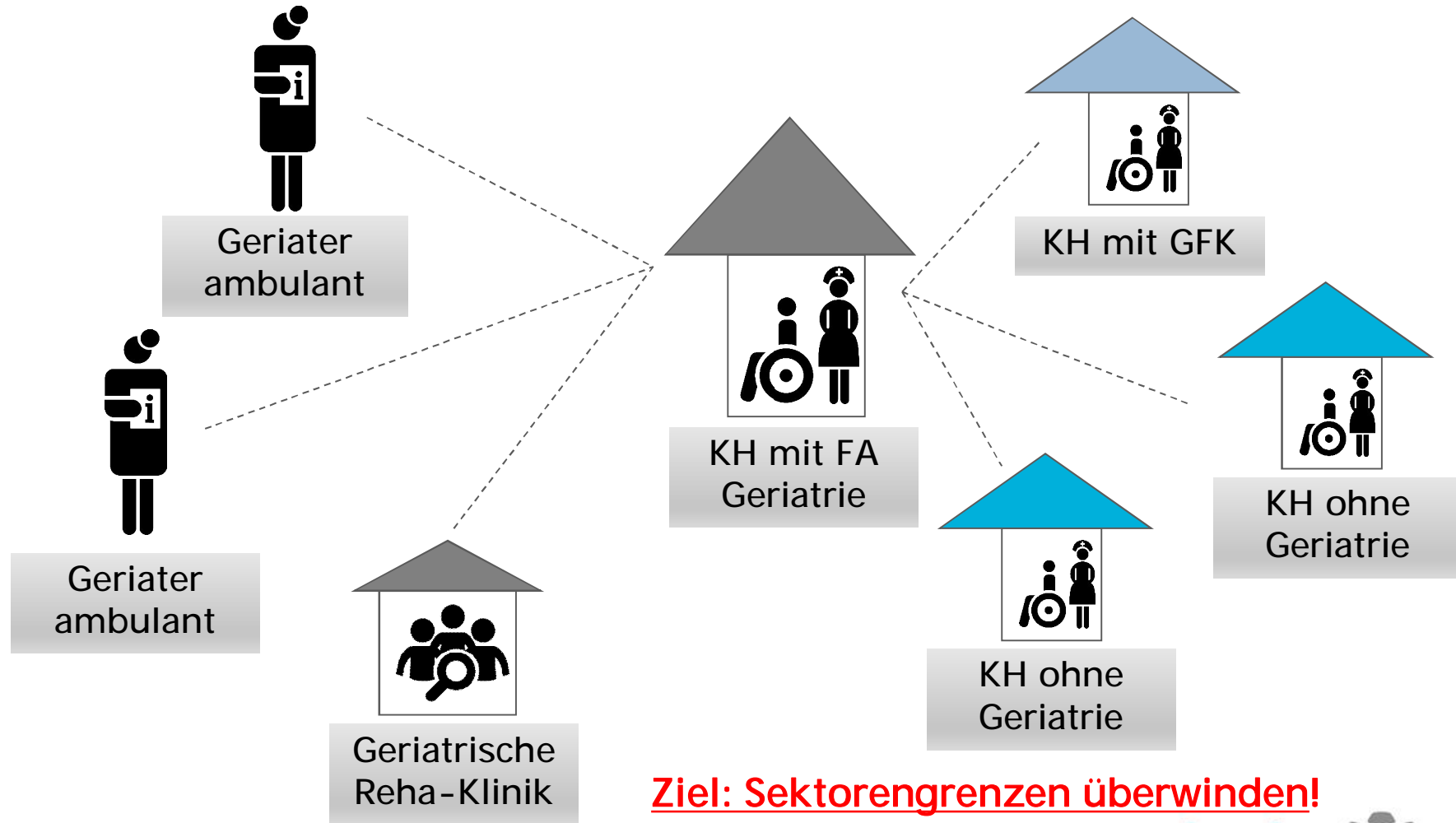
Begründer der **Geriatrie**



Ignatz Leo Nascher
1863 – 1944

Konzept des geriatrischen Versorgungsbundes

Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund



Ziel: Sektorengrenzen überwinden!

Konzept des geriatrischen Versorgungsbundes

Ein geriatrischer Versorgungsverbund muss ...

- ... den Versorgungsbedarf ambulant wie stationär gemeinsam definieren!
Welche Patienten werden wie ermittelt und wer macht was?
- ... Kapazitäten regional aufeinander abstimmen, kein bloßes „Bettenwachstum“ mit der Begründung „demographischer Wandel!“.
- ... Kraftfelder vor Ort bündeln
(Einbeziehung soziale Bereiche, Kommune, Pflegestützpunkte
> Zusammenbringen der „professionellen“ und „Laien“-Helfersysteme
- Konzept der geriatrischen Schwerpunktpraxis umsetzen:
 - Geriatrie-Basisqualifikation für Hausärzte (60 h)
 - geriatrische Schwerpunktpraxis
 - weiterführende notwendige Assessments
 - Verordnung von Fallmanagement
 - statt „Budget und Regress“ am Ende „vorne“ klare Struktur- und Prozessanforderungen an Leistungserbringer
- GIA oder geriatrische Schwerpunktpraxis müssen konsiliarisch tätig werden, der geriatrische Patient ist ein Patient der Hausarztpraxis!!!

Herausforderungen!

Patientenorientierung und nicht Anbieterorientierung!





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dirk Ruiss
Leiter der Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11 – 3 84 10 – 11
dirk.ruiss@vdek.com